โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547)

รายงานวิจัยเล่มที่ 1

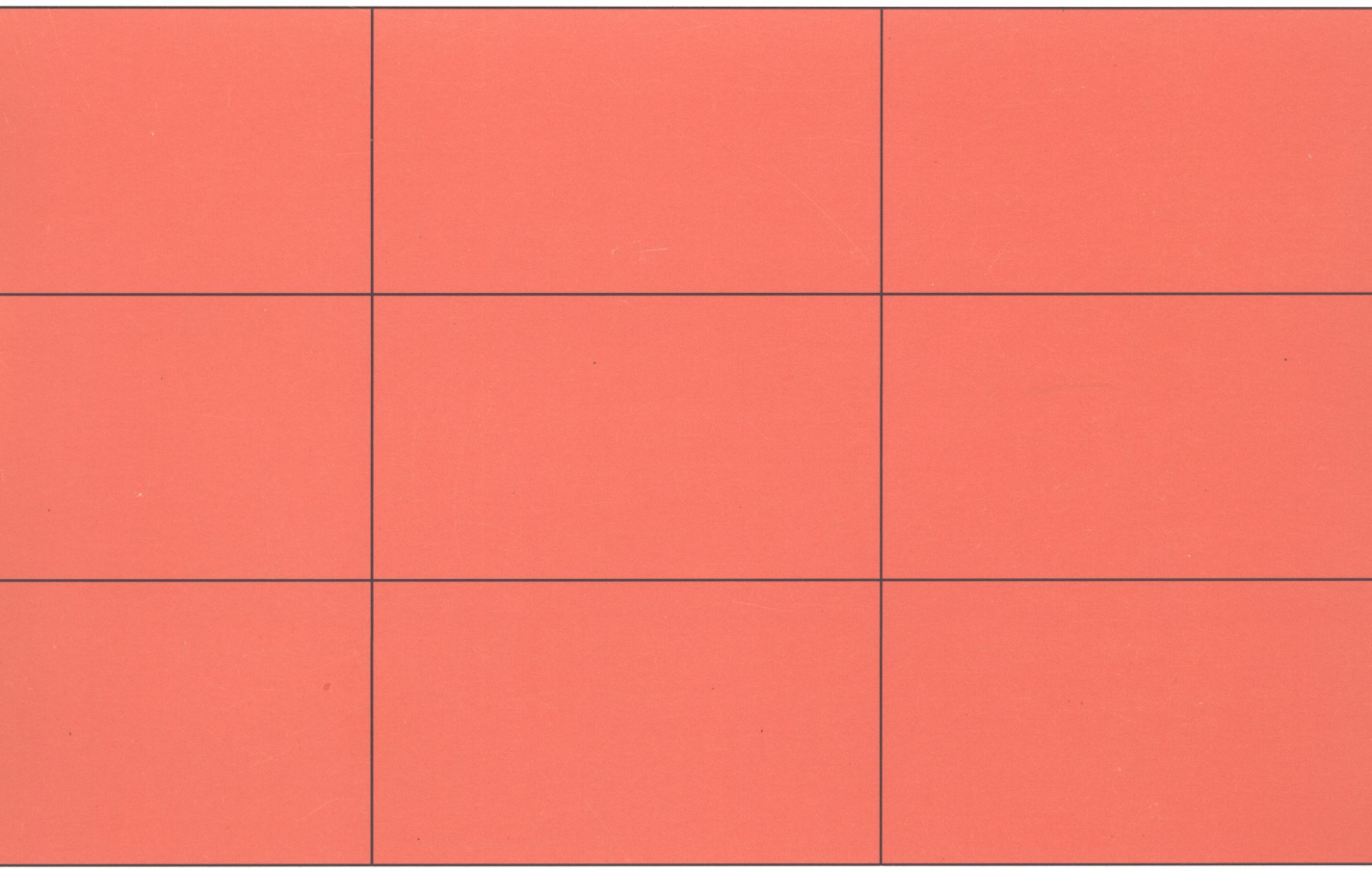
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546

วิโรจน์ ณ ระนอง

อัญชนา ณ ระนอง

ศรชัย เตรียมวรกุล

ศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา



Thailand Development Research Institute Foundation

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546

Universal Health Coverage Schemes in Thailand 2002-2003

รายงานวิจัยเล่มที่ 1

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-47)

Research Report No.1
Monitoring and Evaluating Universal Health Care Coverage in Thailand, Phase II, 2003-04.

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง

รศ.ดร.อัญชนา ณ ระนอง

ศรชัย เตรียมวรกุล

ศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ตุลาคม 2547

แก้ไขปรับปรุง มิถุนายน 2548

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด และมิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

Abstract

This report is part of the research project "Monitoring and Evaluating Universal Health Care Coverage in Thailand." The report summarizes major changes and adjustments in the three major schemes in the Fiscal Years 2002-2003, namely, (1) Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), (2) Social Security Scheme (SSS) and Worker Compensation Fund, and (3) 30 Baht Scheme. The study also looks into the Car-accident Compensation Scheme, which could be considered a supplemental scheme.

CSMBS provides health care benefits to government officials and their dependents (parents and up to three children). The scheme covers roughly 4 million people and the cost is 26 billion baht for 2003. The payment mechanism is retrospective fee-for-service. During the past 13 years (1988-2001), the program cost has increased six-fold, averaging 15 percent per annum. A reform was implemented in the late 1990s that cut down certain benefits such as limiting uses of private hospitals to emergency cases only, cutting lengths of stay at public hospitals and covering only medicines in the Essential Drug List. After the reform, the program cost subdued temporary, then rebounded back to the original trend. The present reform—based on HSRI research which was approved by the cabinet in 2000, aims primarily at changing the payment mechanism to pay the inpatient cost according to the Diagnostic-Related Groups (DRG). The Comptroller General's Department hires the Center office for Healthcare Information (CHI)—an HSRI affiliated institute, to handle the claim procedures. CHI set up a new claim procedure in April 2002, allocating 20% of the amount of inpatient claim by DRG. The implementation was then interrupted because the Counsel General Office judged that this method infringes the hospital rights. However, the mere process that required the hospitals to send short medical record with reimbursement had help cutting inpatient cost down in 2002. Another ongoing reform is on drugs, where the Comptroller General's Department commissioned HSRI to render the proposals setting up the new CSMBS drug list and pricing procedure. Thus far the proposal has not yet been implemented.

SSS is primarily a compulsory scheme that covers about 8.3 million private employees in the formal sector. The scheme imposes mandatory social security taxes from the employers, employees, and the government, to the social security fund, and provides health care benefits to the insured as one of its seven benefits. Health care costs for work-related accidents and injuries are paid for by the Worker Compensation Fund, which is also administered by the Social Security Office and collects premiums solely from the employers. Those insured by the SSS can choose a hospital listed as the main-contractor. The payment mechanism of the scheme to the health care providers is mainly prospective per capitation. (The Worker Compensation Fund pays the hospitals on fee-for-service, but with a ceiling per accident or injury). The main contractor in the SSS could arrange with smaller hospitals or clinics to serve as its subcontractors and

ChangeFusion สสส. TRRM เครือข่ายจิตอาสา VolunteerSpirit Network

เนื้อหาทั้งหมดใน OpenBase ถูกเผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 3.0 Unported License ท่านสามารถนำเนื้อหาทุกชิ้นไปใช้และเผยแพร่ต่อได้ โดยต้องอ้างอิงแหล่งที่มา ห้ามนำไปใช้เพื่อการค้า และต้องใช้สัญญาอนุญาตชนิดเดียวกันนี้เมื่อเผยแพร่งานที่ดัดแปลง เว้นแต่จะระบุเป็นอย่างอื่น

with larger hospitals to be its supra-contractors. To date, the SSO appears to leave these arrangements to the main contractors, which at times leads to having unqualified subcontractors. In some provinces, the private hospitals that are SSS' main contractors are blacklisted by their supra-contractors because of poor payment record. This could prohibit the insured from getting quality care when needed.

Since April 2002, employees form smaller firms (that have 1-10 workers) in the formal sector have been required to enroll in the SSS. Thus far, only 700,000 (one-fourth to one-fifth of the estimated figures of 2.5-3.3 millions) have enrolled. As a result, more people would be covered by the 30 Baht Scheme than the number of the truly eligible. This would have negligible fiscal implications, however, since the burden the government shoulders for both programs are similar for this group of workers.

The 30 Baht Scheme is a new scheme that covers the rest of population who are not under CSMBS or SSS. Thus far, the Ministry of Public Health (MOPH) has been the administrator of this scheme. Starting as a pilot project in six provinces in April 2001 and later expanding to all 76 provinces in October 2001, the scheme has consolidated all existing health insurance programs undertaken by the MOPH—including the Health Welfare Program for the Low Income and Disadvantaged (HWPLID) and the (voluntary) Health Card Scheme (better known as the 500 Baht Health Card for Family). While the phrase "universal coverage" and the slogan "30 Baht fee for curing every disease" have been high in the government's discourse, the major reform that affected the health care providers most in the first year was health care financing reform, which aimed at redistributing resources, and hence physicians, to the deprived areas on a more equal basis. The financing reform allocated three-fourths of the MOPH budget based on capitation, resulting in more money in highly-populated and under-staffed hospitals in rural areas. Larger hospitals in major cities that used to attract most physicians in the past have found themselves in trouble, as their costs are rather high compared with the budget received and they are not allowed to charge the patients the way they used to. However, after the first year, the budget allocation changed in favor of the larger hospitals, leaving the district hospitals smaller per-capita budget that less than in the FY 2000. Overall, the budget was insufficient, resulting in more hospitals of all sizes in greater debt at the end of the FY 2003.

Hospital-based data suggest that the number of outpatient visits increased substantially in 2002 and continued to rise in 2003. The number of admissions and inpatient days also increased in both years. The utilization rate of outpatients for those who eligible for the 30 Baht scheme—except for those who were originally from the HWPLID--is lower than those in SSS and CSMBS (except in the Northern Region where those in the 30 Baht Scheme have the highest utilization rate for outpatients). As for inpatients, those in the 30 Baht Scheme had an admission rate higher than those in SSS, but clearly lower than

those in CSMBS, who had the highest rate of admission and the highest length of stay. Those in the 30 Baht Scheme had the highest referral rate, but part of their increased visits and referrals could be caused by the regulation that a patient has to seek care from the designated hospital first.

The utilization rate for outpatients in the 30 baht scheme in 2002 was lower than the one used to calculate the budget. In 2003, however, the two numbers were almost identical. The admission rate, however, had exceeded the rate used to compute the budget by more than 40% in both years, making it most likely that the capitation provided for the scheme was insufficient.

Incidences of hospital death in 2002 was similar to those in 2000-2001. However, death incidences in district hospitals increased at two-figure rates. After the payment mechanism changed from a various mix to OP-IP split in 2003, the hospital death rates dropped back below the 2000-2001 rate. The data, however, was not sufficient to analyze the causes of these changes systematically to pinpoint whether they were affected by changes in payment mechanisms.

Contrary to popular beliefs in this country, thus far the 30 Baht Scheme has not cost the taxpayers dearly. In FY 2002, the scheme added 10 billion baht to the MOPH regular budget (approximately 16 percent increase from 60 billion baht in FY 2001) while providing health coverage to additional 25 million people. The outlay even decreased in the FY 2003, and then bounced back in FY 2004. Thus far, however, the scheme has been clouded by insufficient funding that has plagued it since its inception and threatened to cause the public health service system to run down.

Since the three major health insurance schemes are unlikely to merge in the near future, there have been concerns on equity and overlapping coverage. Part of the overlapping coverage is due to incentive problem: multiple cardholders still benefit from having more than one card as there has been no one dominant scheme under which the benefit package is better than other schemes in every aspect. One plausible measure to solve the incentive problem is to elevate certain benefits under the CSMBS that are still below than those of the SSS and the 30 Baht scheme and also elevate certain benefits of the SSS that are still below that of the 30 Baht scheme. In addition, reform on payment mechanisms is needed to curtail health providers' incentive in having double/multiple standards in taking care of patients under different schemes.

Keywords: Universal Coverage, Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), Social Security, 30 Baht Scheme, Monitoring and Evaluation, Health Care Financing Reform, Capitation, Diagnostic-Related Group (DRG).

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในปี 2544 รัฐบาลได้เริ่มโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ในจังหวัดนำร่อง และในปีงบประมาณ 2545 รัฐบาลได้ขยายโครงการนี้ไปทั่วประเทศ ครอบคลุมประชาชนเกือบทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและโครงการประกันสังคม ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาในประเทศไทยเป็นครั้งแรก การดำเนินโครงการ 30 บาทในขอบเขตทั่วประเทศ พร้อมๆ กับการปฏิรูประบบงบประมาณ และการออก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีส่วนที่ส่งผลกระทบไปถึงโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ และก่อให้เกิดการปรับตัวของโครงการเหล่านี้ด้วย

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระหว่างปี 2544-2547 ซึ่งเป็นการสรุปผลการดำเนินงานของโครงการที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของภาครัฐที่สำคัญสี่โครงการคือ โครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2546 เป็นอย่างน้อย (โครงการที่เหลือเป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องในด้านต่างๆ ซึ่งจะอยู่ในรายงานเล่มที่ 2-5)

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาหลายวิธีประกอบกัน เช่น การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (รวมทั้งข้อมูลที่มาตามระบบรายงาน) การสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม การทบทวนงานวิจัยในอดีต การติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ การสังเกตการณ์การประชุมและเข้าร่วมประชุมสัมมนาของฝ่ายต่างๆ การใช้แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลจากฐานข้อมูลของสถานพยาบาล

ผลการศึกษาในส่วนนี้ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

โครงการสวัสดิการข้าราชการด้านการรักษาพยาบาลครอบคลุมข้าราชการและครอบครัว (พ่อแม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกินสามคน) โดยให้สิทธิ์ข้าราชการหรือสถานพยาบาลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางโดยไม่มีการกำหนดเพดาน ในช่วระยะเวลาเพียง 13 ปี (2531-2544) ค่าใช้จ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นเป็นหกเท่าตัว หรือเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี ในปี 2541 มีการปฏิรูปโครงการนี้โดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง (เช่น จำกัดเงื่อนไขการจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลัก จำกัดวันนอนผู้ป่วยใน และตัดสิทธิ์การใช้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน) การปฏิรูปครั้งนั้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลงเล็กน้อยในปีงบประมาณ 2542 แต่หลังจากนั้นก็เพิ่มกลับขึ้นไปสู่แนวโน้มเดิม

อย่างรวดเร็ว ในปี 2546 โครงการนี้ครอบคลุมประชากรประมาณสี่ล้านคนเศษและมีค่าใช้จ่ายประมาณ 26,000 ล้านบาท

ในปี 2545 เริ่มมีการปฏิรูปครั้งใหม่ตามแผนปฏิรูปสวัสดิการข้าราชการของคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีมาตั้งแต่ปี 2543 แผนปฏิรูปนี้เสนอให้เปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในจากวิธีเบิกจ่ายตามบริการ (fee-for-service) มาเป็นการเบิกจ่ายตามราคาที่กำหนดไว้สำหรับกลุ่มโรค (DRG) โดยเริ่มจัดสรรตาม DRG ร้อยละ 20 ในปีแรก และค่อยๆ เพิ่มขึ้นทุกปีเป็น 100% ในปี 2547 การปฏิรูปครั้งนี้ใช้วิธีตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) มาบริหารงานด้านข้อมูลการเบิกจ่ายเงิน และสร้างฐานข้อมูลข้าราชการและครอบครัว สกส. ได้กำหนดให้เริ่มนำการเบิกจ่ายวิธีใหม่มาใช้ในเดือนเมษายน 2545 แต่ก็ประสบปัญหาในด้านข้อกฎหมาย เนื่องจากคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความว่าวิธีการนี้เป็นการลิดรอนสิทธิของสถานพยาบาล แต่การปรับระบบข้อมูลการเบิกจ่ายตามมาตรการนี้ก็มีส่วนช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านผู้ป่วยในในปีงบประมาณ 2545 เอาไว้ได้ นอกจากนี้ กรมบัญชีกลางได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำข้อเสนอการปฏิรูประบบการเบิกจ่ายยา แต่ในปัจจุบันทางกรมฯ ยังไม่ได้ดำเนินการตามข้อเสนอนี้

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการภาคบังคับสำหรับลูกจ้างเอกชนในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ โดยลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ในปัจจุบันโครงการประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์เจ็ดด้านซึ่งรวมสิทธิในด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงานอยู่ด้วย สำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานอยู่ในความรับผิดชอบของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเก็บเงินสมทบจากนายจ้างฝ่ายเดียว และอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสังคมเช่นกัน ผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมสามารถเลือกสถานพยาบาลหลักได้เอง โดยกองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าและใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวเป็นหลัก (กองทุนเงินทดแทนจ่ายเงินตามค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แต่มีการกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อการเจ็บป่วยเอาไว้) โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมหลายแห่งมีโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือคลินิกเป็นสถานพยาบาลเครือข่ายและมีสัญญาส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนให้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (เช่น โรงพยาบาลทบวงฯ) ที่ผ่านมา สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ควบคุมดูแลสถานพยาบาลเครือข่ายมากนัก และในบางจังหวัดมีปัญหาการจ่ายเงินในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งในบางกรณีกลายมาเป็นอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความซับซ้อน

ตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ลูกจ้างในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการทุกรายจะต้องเข้าโครงการประกันสังคม แต่ที่ผ่านมามีลูกจ้างมาลงทะเบียนเพิ่มขึ้นเพียงเจ็ดแสนคนเศษ (จากจำนวนที่หน่วยงานต่างๆ เคยประมาณเอาไว้ 2.5-3.3 ล้านคน) การที่มีลูกจ้างมาลงทะเบียนน้อยกว่าที่ควรทำให้มีประชากรเหลืออยู่ในโครงการ 30 บาทมากกว่าที่ควรจะเป็น แต่กรณีนี้มีผลทำให้ภาระทางการคลังของรัฐบาลเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากรัฐบาลมีภาระจ่ายเงินสมทบให้กับทั้งสองโครงการในอัตราที่พอๆ กัน ในปี 2546 กองทุนเงินทดแทนได้ปรับเพิ่มเพดานค่าใช้จ่ายต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรง และปรับเพิ่มระยะเวลาจ่ายเงินทดแทนจาก 15 ปีเป็นตลอดชีวิตเหมือนกับกองทุนประกันสังคม

กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมีจุดเริ่มมาจาก พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งออกมาเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ประสบภัยจากรถถูกปฏิเสธการรักษาจากสถานพยาบาล หรือผู้ประสบเหตุไม่กล้านำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาล พรบ. นี้กำหนดให้เจ้าของรถต้องทำประกันกับบริษัทประกันภัยของเอกชน และบริษัทประกันเหล่านี้นำเบี้ยประกันส่วนหนึ่งมาตั้งเป็นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นและ/หรือค่าทำศพให้ในกรณีที่ไม่สามารถหาตัวผู้ก่อความเสียหาย กองทุนนี้คุ้มครองภัยที่เกิดจากความเสียหายเฉพาะด้านให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิ์ซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่นๆ ทุกสิทธิ์ และการที่ภัยจากรถมักเกิดขึ้นโดยมีผู้ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย ผู้ที่ได้รับความเสียหาย (รวมทั้งสถานพยาบาลที่รับรักษา) จึงมีสิทธิ์เรียกร้องค่าชดใช้จากผู้ที่ก่อความเสียหาย แต่การที่มีสิทธิ์ที่ซ้ำซ้อนทำให้ผู้ประสบภัยมักไม่อยากใช้สิทธิ์นี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ) และในกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย

ที่ผ่านมาสถานพยาบาลหลายแห่งระบุว่าบริษัทประกันบางแห่งพยายามตั้งเงื่อนไขการเบิกจ่ายให้ยุ่งยากเพื่อประวิงหรือปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 พยายามแก้ปัญหานี้โดยกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมตามสิทธิที่จะได้รับตาม พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แทนผู้เสียหาย แต่จนถึงขณะนี้ ยังไม่มีสัญญาณว่าผู้บริหารโครงการทั้งสองได้มีความร่วมมือใดใดเพื่อดำเนินการในเรื่องนี้ ความเปลี่ยนที่เกิดขึ้นในโครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในปีงบประมาณ 2546 คือ เพิ่มสิทธิประโยชน์ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเสียชีวิต และในช่วงกลางปี 2547 ทางกองทุนฯ ได้ร่วมกับกรมการขนส่งทางบกบังคับให้เจ้าของรถที่จะต่อทะเบียนรถประจำปีต้องนำกรมธรรม์ประกันภัยบุคคลที่สามที่มีวันหมดอายุพร้อมกับวันหมดอายุทะเบียนรถในปีต่อไปมาแสดงด้วย แต่ก็ประสบปัญหาการร้องเรียนจนต้องเปลี่ยนมาใช้วิธีขอความร่วมมือแทน

โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เริ่มโครงการนำร่องในช่วงต้นและกลางปี 2544 โดยใช้วิธีออก "บัตรทอง" ให้กับผู้ที่ไม่มีสิทธิ์อื่น แต่เมื่อเริ่มดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้น กทม. ชั้นใน) ในเดือนตุลาคม 2544 ก็ได้ยุบรวมโครงการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกัน เช่น โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาทและโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่ผ่านมา โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ให้บริการโดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

แม้ว่าภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทที่ออกสู่สาธารณะจะเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ภายในกระทรวงสาธารณสุขนั้น ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดในปี 2545 คือการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งน่าจะทำให้เกิดความเสมอภาคมากขึ้น วิธีนี้มุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไปด้วย การจัดสรรงบโดยวิธีนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองใหญ่หลายแห่งซึ่งในอดีตสามารถดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมากเริ่มประสบปัญหา เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูงและไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม การที่การจัดสรรงบประมาณโดยวิธีนี้ก่อให้เกิดปัญหากับโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก ได้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรในปี 2546-2547 โดยแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งมีผลทำให้งบที่จัดสรรต่อหัว (ส่วนที่นอกเหนือจากเงินเดือน) ไปยังโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเหลือเพียงสี่ร้อยบาทเศษต่อคน (ซึ่งใกล้เคียงกับงบ สปร. ในช่วงที่ก่อนจะเริ่มโครงการ 30 บาท)

จากข้อมูลที่รายงานโดยสถานพยาบาลพบว่าในปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัว และยังคงเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2546 (แต่จำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่ตัวโรงพยาบาลลดลงจากปี 2545 เล็กน้อย) จำนวนผู้ป่วยในและวันนอนก็เพิ่มขึ้นในทั้งสองปีเช่นกัน (ซึ่งต่างจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยในลดลงในปีงบประมาณ 2545) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (แต่ข้อมูลการส่งต่อในอดีตอาจจะไม่ค่อยสมบูรณ์นัก) อย่างไรก็ตาม จำนวนการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นและการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นในภาคกลางส่วนหนึ่งอาจเป็นผลที่เกิดจากการที่โครงการ 30 บาทฯ บังคับให้ผู้ที่ใช้สิทธิ์ต้องไปเริ่มต้นใช้สิทธิ์ที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตร

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ถือบัตรทอง 30 บาทต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทุกกลุ่ม ถัดมาได้แก่ กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ขณะที่กลุ่มบัตรทอง "ท" (กลุ่มผู้มีสิทธิ สปร. เดิม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็ก) มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงที่สุด ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองในภาคเหนือทั้งสองกลุ่มมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สูงกว่าในภาคอื่นอย่างชัดเจน (ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคมในภาคนี้ ใกล้เคียงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ) ในด้านสถานที่ใช้บริการนั้น กลุ่มข้าราชการและประกันสังคม (ซึ่งโดยทั่วไปแล้วสามารถเลือกไปใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ได้) มีแนวโน้มมาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในอัตราที่สูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มบัตรทอง 30 บาท มีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนไม่ต่างกัน (ซึ่งคงเป็นเพราะส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ตนมีชื่ออยู่ในบัตร) และกลุ่ม สปร. เดิม มีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน (และเครือข่าย) สูงกว่าที่เครือข่ายของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในปี 2546 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของทุกกลุ่มเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20

สำหรับการใช้บริการของผู้ป่วยในนั้น กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่ำที่สุด ในขณะที่กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างชัดเจน (ร้อยละ 14-15 เทียบกับร้อยละ 11) รองลงมาได้แก่กลุ่มบัตรทอง "ท" (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็ก) ส่วนกลุ่มบัตรทอง 30 บาทมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม ในด้านสถานที่ใช้บริการนั้น อัตราส่วนของการใช้บริการของทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์) สูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจนในทุกพื้นที่และสำหรับทุกสิทธิ์ (มากกว่าหนึ่งถึงสองเท่าตัว) ซึ่งส่วนหนึ่งคงเกิดจากการส่งต่อ ทั้งนี้ กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน สำหรับความแตกต่างระหว่างภาคนั้น ไม่ได้มีภาพที่ชัดเจนเหมือนกับกรณีผู้ป่วยนอก และอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในปี 2546 ซึ่งส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะการให้บริการผู้ป่วยในนั้นขึ้นกับขีดจำกัดด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลและดุลยพินิจของสถานพยาบาลมากกว่าในกรณีผู้ป่วยนอกที่ตัวผู้ป่วยมีบทบาทที่สำคัญกว่าในการกำหนดจำนวนและอัตราการมาใช้บริการ

ในส่วนของวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในนั้น กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีวันนอนเฉลี่ยที่สูงกว่าทุกกลุ่ม ซึ่งนอกจากผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุแล้ว ยังอาจเป็นผลมาจากวิธีการจ่ายเงินตามค่าบริการที่เรียกเก็บ (fee for service) ของโครงการสวัสดิการข้าราชการด้วย

จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใหญ่จะสูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งคงเป็นเพราะโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรคที่มีความซับซ้อนหรือรุนแรงกว่า และภาคกลางและภาคตะวันออกมีวันนอนเฉลี่ยสูงกว่าภาคอื่น ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเหตุผลทำนองเดียวกัน

ในด้านการส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองมีอัตราการส่งต่อและรับรักษาต่อสูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งก็เป็นเรื่องที่พอจะคาดหมายได้ เพราะสำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการซึ่งสามารถเลือกสถานพยาบาลที่ตนจะไปรักษาในแต่ละครั้ง และกลุ่มผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในหรือใกล้เขตเมือง และมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาลได้ปีละครั้ง) ต่างก็มีแนวโน้มที่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่อยู่แล้ว ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในโครงการ 30 บาทถูกกำหนดให้ไปรับบริการจากสถานพยาบาลในบัตรก่อน

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ์ในโครงการ 30 บาท ที่รายงานโดยสถานพยาบาลในปี 2545 และ 2546 สูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวโครงการที่ถูกนำมาใช้ในในการจัดสรรงบประมาณในปี 2544-2546 ถึงร้อยละ 40 และยังคงสูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบสำหรับปีงบประมาณ 2548 ด้วย และในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาลในปี 2545 ยังคงต่ำกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบเหมาจ่ายเกือบร้อยละ 20 นั้น ในปี 2546 อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นมาจนเกือบเท่ากับอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวในปี 2544-2546 และสูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบสำหรับปีงบประมาณ 2548 เสียด้วยซ้ำไป การคำนวณงบของโครงการ 30 บาท โดยใช้ตัวเลขอัตราการใช้บริการที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ย่อมมีโอกาสอย่างมากที่จะคำนวณได้ตัวเลขงบที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และในทางปฏิบัติงบที่ได้รับจริงก็มักจะต่ำกว่างบที่คำนวณได้ด้วย ซึ่งที่ผ่านมาค่อนข้างจะมีฉันทามติว่าโครงการนี้ได้รับงบประมาณที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นมาโดยตลอด และมีแนวโน้มว่าปัญหานี้จะยังคงเป็นปัญหาต่อไปในอนาคต

อัตราการตายที่โรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลตัวหนึ่งที่ไม่ไวนักและมีข้อจำกัดในการตีความหลายประการ (เช่น ถ้าการมีโครงการ 30 บาท ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการอยู่รับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตลดลงจากในอดีต ก็อาจทำให้อัตราตายที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งๆ ที่คุณภาพในการรักษาพยาบาลไม่ได้ลดลงจากเดิม) อีกทั้งข้อมูลการตายที่โรงพยาบาลรายงานไม่ได้ระบุสิทธิ์และรายละเอียดการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงประมาณสามในสี่เป็นผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ดังนั้น ถ้าการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเหล่านี้

เปลี่ยนแปลงไปมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทเกิดขึ้น ก็ย่อมมีโอกาสที่จะเป็นผลของโครงการนี้ (ในกรณีที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก)

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยนอกในระหว่างปีงบประมาณ 2543-2546 พบว่าอัตราการตายต่อจำนวนครั้งของการให้บริการในปีงบประมาณ 2545 ลดลงจากปีก่อนๆ เกือบครึ่งหนึ่ง แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยนอกลดลงเกิดจากจำนวนครั้งของการใช้บริการเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลมาก อัตราการตายต่อจำนวนผู้ป่วยในของปี 2545 ไม่ได้ต่างจากปี 2543 และ 2544 มากนัก แต่เมื่อแยกตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปลดลง (ทั้งในกลุ่มจังหวัดที่แยกงบผู้ป่วยในมารวมที่จังหวัดและในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรเงินทั้งก้อนไปที่โรงพยาบาลระดับต่างๆ) ในขณะที่อัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ประมาณร้อยละ 29 และ 16 (โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดที่จัดสรรเงินทั้งก้อนไปที่โรงพยาบาลมีอัตราตายของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ร้อยละ 45 และ 22 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาอัตราการตายที่สถานพยาบาลต่อประชากรแสนคน พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยนอกต่อประชากรในปี 2545 เพิ่มขึ้นจากในปี 2543-44 เล็กน้อย และอัตราการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่อประชากรในปี 2545 ไม่ได้ลดลงจากในปี 2543-44 แต่อัตราการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในปี 2545 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 17-20 และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรงบทั้งก้อนไปที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ชัดเจนมากกว่าในจังหวัดที่เหลือ แม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ารูปแบบการจัดสรรงบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่ แต่เมื่อเทียบอัตราการตายที่โรงพยาบาลต่อประชากรของปี 2545 กับปี 2546 (ซึ่งเป็นปีที่ส่วนกลางกำหนดให้ทุกจังหวัดเปลี่ยนมาใช้วิธีการแยกงบผู้ป่วยในมารวมเป็นกองทุนของแต่ละจังหวัด) ก็พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ทั้งในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (มีข้อยกเว้นคืออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในภาคเหนือ แต่อัตราการเสียชีวิตรวมของผู้ป่วยนอกต่อประชากรในภาคเหนือก็มีแนวโน้มลดลงเหมือนกับภาคอื่น) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้ก็ไม่เพียงพอที่จะชี้ชัดลงไปว่าอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นและลดลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายเงินหรือไม่ เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลที่ดีพอที่จะทำการวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแปรทางด้านระบาดวิทยา

การที่รัฐบาลให้เงินอุดหนุนโครงการ 30 บาทในระดับที่ค่อนข้างต่ำมาโดยตลอด ทำให้ที่ผ่านมาโครงการนี้ไม่ได้ใช้เงินเพิ่มขึ้นมากเท่ากับที่หลายฝ่ายเป็นห่วง ในปีงบประมาณ 2545 รัฐบาล

จัดสรรเงินให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเพียงประมาณ 10,000 ล้านบาท (จากงบประมาณ 60,000 ล้านบาทในปี 2544 หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 16) ในขณะที่โครงการนี้ขยายความคุ้มครองให้ประชากรประมาณ 25 ล้านคน ในปี 2546 โครงการนี้ได้รับเงินน้อยกว่าในปี 2545 เสียอีก ในปี 2547 โครงการนี้ได้รับเงินเพิ่มขึ้นจากปี 2545 เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ ในปี 2547 รัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายสำหรับสามโครงการหลักประมาณ 1.1 แสนล้านบาท โดยมีภาระต้องจ่ายให้โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจประมาณ 6,000 บาทต่อคน โครงการประกันสังคม (รวมทุกกรณี) 2,115 บาท และโครงการ 30 บาท 1,331 บาทต่อคนต่อปีตามลำดับ

แม้ว่า พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จะกำหนดทิศทางที่จะไปสู่การบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ร่วมกันในอนาคต แต่ในระยะนี้คงจะยังไม่มีการรวมการบริหารจัดการกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน และมีแนวโน้มว่าประเด็นเรื่องความเสมอภาคและสิทธิ์ซ้ำซ้อนจะยังคงเป็นปัญหาในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยต่อไป มูลเหตุประการหนึ่งของปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนคือผู้มีสิทธิ์มีแรงจูงใจที่จะมีหลายสิทธิ์เนื่องจากไม่มีหลักประกันสุขภาพชนิดใดที่ให้สิทธิประโยชน์ที่เหนือกว่าหลักประกันสุขภาพอื่นในทุกด้าน วิธีหนึ่งที่จะแก้ปัญหานี้ในระยะสั้นก็โดยการยกระดับสิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการข้าราชการในส่วนที่ต่ำกว่าโครงการอื่นๆ ให้ขึ้นมาเท่ากับโครงการอื่น และในขณะเดียวกันก็ยกระดับสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมในส่วนที่ต่ำกว่าโครงการ 30 บาทให้ขึ้นมาเท่ากับโครงการ 30 บาทด้วย วิธีนี้จะทำให้เกิดลำดับชั้นของหลักประกันสุขภาพทั้งสามที่ชัดเจนและจะสามารถแก้ปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนได้ แต่ในด้านความเสมอภาคนั้น มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินของทั้งสามโครงการที่จ่ายให้สถานพยาบาลให้มีความใกล้เคียงกันเพื่อลดปัญหาแรงจูงใจของสถานพยาบาลที่จะให้บริการในลักษณะสองหรือหลายมาตรฐาน

อย่างไรก็ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบประกันสุขภาพบางประการ เช่น การเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข การกำหนดให้มีระบบรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน และการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานซื้อบริการ (purchaser) ที่เป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่า พรบ. นี้จะยังกำหนดไว้ในบทเฉพาะกาลว่าการซื้อบริการจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสามปีแรกให้ซื้อผ่านกระทรวงฯ ไปก่อนก็ตาม

สารบัญ

หน้า

Abstract..... III

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร VII

สารบัญ.....XV

สารบัญกรอบ..... XVII

สารบัญตาราง..... .XVIII

สารบัญรูปภาพ..... XXII

1. บทนำ..... 1

2. บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 7

2.1 ปัญหาและข้อจำกัดของโครงการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน 11

2.2 ปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 22

2.3 การศึกษาและผลักดันเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย 29

3. พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 33

4. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว.....39

4.1 กลไกการดำเนินการและกลไกการจ่ายเงิน 39

4.2 ปัญหาของโครงการ 40

4.3 การปฏิรูปโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 45

4.4การปรับตัวและการดำเนินการของโครงการสวัสดิการข้าราชการในปีงบประมาณ 2545 47

4.5 แผนและโครงการในปี 2546-47 51

5. โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน 57

5.1 สิทธิประโยชน์ 58

5.2 ที่มาของแหล่งเงิน 58

5.3 กลไกการจ่ายเงินด้านการรักษาพยาบาล 61

5.4การดำเนินการและการปรับตัวที่สำคัญของโครงการประกันสังคมในด้านการรักษาพยาบาล 63

5.5 การดำเนินงานของโครงการประกันสังคมในปี 2545-46 71

6. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ..... 79

6.1 กลไกการดำเนินการและกลไกการจ่ายเงิน 80

6.2 ผลและปัญหาในการดำเนินการที่ผ่านมา 81

6.3 การดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา 87

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

7. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....89

7.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ และการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ์ 91

7.2 การจัดสรรงบในโครงการ 30 บาท การปฏิรูปการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุข และผลกระทบด้านการเงินต่อสถานพยาบาล 101

7.3 กิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล 172

7.4 การบริหารโครงการ "30 บาท รักษาทุกโรค" ในบริบทของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 214

7.5 สรุปการดำเนินการในช่วงสองปีแรกของโครงการ 30 บาท 230

8. ผลของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระทางการเงินของประเทศและผู้เสียภาษี.....234

8.1 ค่าใช้จ่ายของภาครัฐสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ 2545-47 236

9. สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ 244

9.1 สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน 245

9.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 254

บรรณานุกรม.....264

ภาคผนวก..... 270

ภาคผนวก ก. ตารางเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรปี 2543-2545 จากฐานข้อมูลกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข 264

ภาคผนวกข. สรุปรายงานของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยคณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 288

สารบัญกรอบ

หน้า

กรอบที่ 2.1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 9
กรอบที่ 5.1 การให้สิทธิ์ประชาชนในการเลือกสถานพยาบาลในโครงการ 67
กรอบที่ 7.1 การจัดสรรงบประมาณตามแนวคิดใหม่ในโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาท 107
กรอบที่ 7.2 Inconsistency ในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแนวทางแก้ปัญหา 112
กรอบที่ 7.3 ความน่าเชื่อถือของข้อมูลอัตราการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546... 115
กรอบที่ 7.4 "เงินบำรุง" และ "เงินบำรุงสุทธิ" 145

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543) 14

ตารางที่ 2.2 สัดส่วนของผู้ที่มีบัตรรายได้น้อย บัตร สปร. อื่นๆ และบัตรสุขภาพในกลุ่มรายได้ต่างๆ จากการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543) 16

ตารางที่ 2.3 สัดส่วนของผู้ที่มีบัตรรายได้น้อยและบัตรสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542 และ 2543 17

ตารางที่ 4.1 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ล้านบาท) 43

ตารางที่ 4.2 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการรายครึ่งปี 2543-46 50

ตารางที่ 5.1 อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมที่จ่ายโดยฝ่ายต่างๆ 60

ตารางที่5.2 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน เฉลี่ยต่อคน 2542-47 63

ตารางที่ 5.3 สถานพยาบาลคู่สัญญาและเครือข่าย และจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล พ.ศ.2534-2545 66

ตารางที่ 5.4 จำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม 2543-สค.47 72

ตารางที่ 5.5 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม (ครั้ง/คน-ปี) 74

ตารางที่ 5.6 ผลการดำเนินงาน และฐานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม (ล้านบาท) 75

ตารางที่ 6.1 สถิติเบี้ยประกันรับ ความเสียหายที่เกิดขึ้น และอัตราความเสียหายต่อเบี้ยประกันรับ ช่วงปี 2541-2546 82

ตารางที่ 6.2 ผลการดำเนินงานของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ปี 2541-2546 85

ตารางที่ 7.1 ประมาณความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพของประเทศไทย ปี 2543 92

ตารางที่7.2 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพตามโครงการต่างๆ 95

ตารางที่ 7.3 จำนวนโรงพยาบาลและประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ 100

ตารางที่ 7.4 การจำแนกงบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการ 30 บาท 110

ตารางที่ 7.5 อัตราการเจ็บป่วย ที่ได้จาก Health and Welfare Survey 2539 2544 2546 และจากการสำรวจหลังแจงนับปี 2546 118

ตารางที่ 7.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการป่วยและการนอนโรงพยาบาลที่ได้จากการสำรวจ Health & Welfare Survey 2003 และการสำรวจซ้ำหลังแจงนับ (PES) โดย IHPP 120

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 7.7 งบประมาณของโครงการ 30 บาท ที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2544-45 และเสนอขอในปีงบประมาณ 2546 123

ตารางที่ 7.8 การจัดสรรงบประมาณของโครงการ 30 บาท สำหรับปีงบประมาณ 2546 (ตัวเลข ณ สิ้นปีงบประมาณ) 124

ตารางที่ 7.9 การจัดสรรงบของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 125

ตารางที่ 7.10 รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2545 133

ตารางที่ 7.11 การจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund) ในปีงบประมาณ 2545 139

ตารางที่ 7.12 การจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคง(Contingency Fund) ปีงบประมาณ 2545-2546 140

ตารางที่ 7.13 จำนวนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบ contingency fund ในปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามระดับการตัดเงินเดือน และกลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด 142

ตารางที่ 7.14 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มียอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิติดลบ ในช่วงสิ้นปีงบประมาณ 2544-46 152

ตารางที่ 7.15 จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสถานะเงินบำรุงสุทธิหรือเงินบำรุงเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 154

ตารางที่ 7.16 จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่างๆ ที่มีเงินบำรุง/เงินบำรุงสุทธิติดลบ ณ สิ้นเดือน 154

ตารางที่ 7.17 ยอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาส) 161

ตารางที่ 7.18 ยอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 162

ตารางที่ 7.19 เงินบำรุงสทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ทั่วไปในแต่ละภาค ใน ปีงบประมาณ 2545-46 163

ตารางที่ 7.20 เงินบำรุงสทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละภาค ใน ปีงบประมาณ 2545-46 164

ตารางที่ 7.21 เงินบำรุง ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละภาค ใน ปีงบประมาณ 2545-46 165

ตารางที่ 7.22 เงินบำรุง ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละภาค ใน ปีงบประมาณ 2545-46 166

ตารางที่ 7.23 ตัวอย่างอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปี 2544-2546 จาก 0110 รง.5 (ในเอกสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่โดย สปสช.) 175

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 7.24 กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยนอก/ใน รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2541 – 2545 177

ตารางที่ 7.25 เปรียบเทียบจำนวนกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-2546 (ปี 2545-46 รวม PMC/PCU) 181

ตารางที่ 7.26 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-46 เป็นรายภาค (ปี 2545-46 รวม PMC/PCU) 182

ตารางที่ 7.27 เปรียบเทียบจำนวนกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-2546 (ไม่รวม PMC/PCU) 183

ตารางที่ 7.28 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-46 เป็นรายภาค (ไม่รวม PMC/PCU) 184

ตารางที่ 7.29 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ 189

ตารางที่ 7.30 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในในปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ) 191

ตารางที่ 7.31 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในในปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ 192

ตารางที่ 7.32 อัตราการรับรักษาต่อ (รับ refer) ต่อประชากรในปี 2545-2546 จำแนกตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ 193

ตารางที่ 7.33 อัตราการส่งต่อ (refer) ต่อประชากร ปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ 194

ตารางที่ 7.34 เปรียบเทียบอัตราส่วนการใช้บริการของผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาทฯ ในปีงบประมาณ2545-2546 กับอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบเหมาจ่าย 196

ตารางที่ 7.35 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในช่วงครึ่งปีแรก-หลังของ ปีงบประมาณ 2545 199

ตารางที่ 7.36 เปรียบเทียบอัตราส่วนการบริการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปี 2545 (ปรับข้อมูลเป็นอัตราต่อปี) 200

ตารางที่ 7.37 เปรียบเทียบอัตราส่วนการบริการเยี่ยมบ้าน ปี 2545 และ 2546 201

ตารางที่ 7.38 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัด สป. (รวม รพ. บ้านแพ้ว) ปีงบประมาณ 2546 202

ตารางที่ 7.39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ระหว่างปี 2543-2545 206

ตารางที่ 7.40 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2545-2546 207

ตารางที่ 7.41 ผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2543-45 จำแนกตามผลการจำหน่ายและวิธีการจำหน่าย 209

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 7.42 เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวในปี 2545 กับงบเหมาจ่ายรายหัว
สำหรับปีงบประมาณ 2546 ที่เสนอโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุน
อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 227
ตารางที่ 8.1 ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในโครงการหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2545-2547.....238
ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ 245

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 7.1 เงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาส).....147
รูปที่ 7.2 เงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาสในแต่ละปีงบประมาณ).....148
รูปที่ 7.3 เงินบำรุงสุทธิ (รวมวัสดุคงคลังและหักหนี้คงค้าง) ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 150
รูปที่ 7.4 เงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 151
รูปที่ 7.5 สถานะเงินบำรุง/เงินบำรุงสุทธิของ รพศ. และ รพท. ในปีงบฯ 2545 และ 2546 แยกเป็นรายภาค 167
รูปที่ 7.6 สถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของ รพช. ในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 แยกเป็นรายภาค 168
รูปที่ 7.7 สถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของ รพช. ในปีงบประมาณ 2545 2546 แยกเป็นรายภาค.....169

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง[**]
รศ.ดร.อัญชนา ณ ระนอง[***]
ศรชัย เตรียมวรกุล[****]
ศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา[****]

1. บทนำ

ในระหว่างการหาเสียงสำหรับการเลือกตั้งทั่วไปเมื่อปลายปี 2543 พรรคไทยรักไทยได้ชู "นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค" เป็นนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งของพรรค "นโยบาย" ดังกล่าวได้รับการตอบรับจากประชาชนค่อนข้างดี ถึงแม้ว่าประชาชนจำนวนไม่น้อย (รวมทั้งผู้สมัครรับเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทยเองจำนวนหนึ่ง) ไม่สู้จะมั่นใจนักว่าถ้าพรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาบริหารประเทศแล้ว พรรคจะสามารถดำเนินโครงการนี้ได้จริงหรือไม่

แต่เมื่อรัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศ ก็ได้ผลักดันให้เกิดโครงการ 30 บาทฯ ขึ้นมาในเวลาอันรวดเร็ว ภายใต้คำขวัญ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค" โดยเริ่มโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทในหกจังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 เริ่ม

[**] ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส และหัวหน้าโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) 565 ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง แขวง/เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310 โทรศัพท์ 02-718-5460 ต่อ 338 โทรสาร 02-718-5461 E-mail: viroj@tdri.or.th หรือ naranong@econ.yale.edu

[***] รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) และผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ จังหวัดชลบุรี e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

[****] อดีตนักวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-47) เนื้อหาบางส่วนของรายงานนี้ปรับปรุงมาจากรายงานเรื่อง "หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" โดย วิโรจน์ อัญชนา และศรชัย (ฉบับปรับปรุงแก้ไข ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2547) ข้อมูลเรื่องสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจส่วนใหญ่รวบรวมโดย นิภา ศรีอนันต์ ศ.อัมมาร สยามวาลา ได้กรุณาอ่านร่างก่อนหน้านี้และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์หลายประการ

โครงการนำร่องระยะที่สองในอีก 15 จังหวัดแรกในเดือนมิถุนายน 2544 ขยายโครงการมาครอบคลุม 75 จังหวัดในเดือนตุลาคม 2544 และครอบคลุมทั่วประเทศในเดือนเมษายน 2545 นอกจากนี้ รัฐบาลได้ผลักดันให้มีการออก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ขึ้นมาเพื่อรองรับโครงการ 30 บาทและการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ถึงแม้ว่าโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" จะไม่ใช่โครงการเดียวที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน[1] และก่อนที่พรรคไทยรักไทยได้ประกาศ "นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค" นั้น แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ถูกผลักดันโดยหลายฝ่าย รวมทั้งในการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งริเริ่มขึ้นโดยมติคณะรัฐมนตรีในรัฐบาลชุดที่แล้วเมื่อกลางปี 2543 โดยตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นมาดำเนินการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติภายในสามปี ซึ่งในโครงของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติเองนั้นก็มีประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ "การคลังรวมหมู่ด้านสุขภาพ" อยู่ด้วย และในปี 2543 ก็ได้มีการรณรงค์ล่ารายชื่อ 50,000 ชื่อเพื่อเสนอ พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และบางองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข[2] แต่การเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทฯ ก็ถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่สุดของการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบ "ถ้วนหน้า" ("universal coverage" หรือ UC) ในประเทศไทย

ถ้าเราเริ่มนับอายุของโครงการ 30 บาทฯ ตั้งแต่ช่วงเริ่มโครงการนำร่องในเดือนเมษายน 2544 ปัจจุบันโครงการนี้ก็มีอายุมากกว่าสามปีแล้ว[3] แต่โดยเนื้อแท้แล้ว "โครงการนำร่องระยะที่หนึ่ง" ของโครงการ 30 บาท ก็คือการขยายการดำเนินการ "โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

---

[1] โครงการอื่นที่เกี่ยวข้องสองโครงการหลักๆ ได้แก่สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และครอบครัว และโครงการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชน และในกระทรวงสาธารณสุขก็มีโครงการบัตรสุขภาพ และโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงถือได้ว่าเป็นโครงการที่มาเติมช่องว่างที่มีอยู่เดิมโดยการให้หลักประกันสุขภาพกับผู้ที่ยังไม่มีสิทธิอื่นๆ

[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข หรือ Health Care Reform Project

[3] ในช่วงต้นและกลางปี 2546 สื่อมวลชนหลายสื่อ (รวมทั้งหน่วยงานของรัฐบางแห่ง) ได้พยายามประเมินผลการดำเนินการใน "สองปี" ของโครงการ 30 บาท โดยไม่ได้ให้ความสนใจเท่าที่ควรกับข้อเท็จจริงสองประการคือ ประการแรก การดำเนินการในช่วงโครงการนำร่อง (ใน 6 และ 15 จังหวัดนำร่องในสองระยะ) มีความแตกต่างจากการดำเนินการใน 76 จังหวัดในช่วงปีงบประมาณ 2545 มาก และประการที่สอง ข้อมูลผลการดำเนินการต่างๆ (รวมทั้งข้อมูลที่มาตามระบบรายงาน) ต้องใช้เวลารวบรวมเป็นแรมเดือน (หรือหลายเดือนหรือแม้กระทั่งเป็นปีในบางกรณี)

สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)" ในหกจังหวัดที่ได้เข้าร่วมโครงการลงทุนทางสังคม (SIP) ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่รัฐบาลก่อน ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มที่ยังไม่มีสิทธิ์ด้านประกันสุขภาพ[4] โดยใช้กลไกและกติกาเดิมของโครงการ สปร. แทบทั้งสิ้น ซึ่งการใช้วิธีนี้ทำให้รัฐบาลชุดนี้สามารถเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทได้ภายในระยะเวลาไม่ถึงสามเดือนหลังจากตั้งรัฐบาล สำหรับโครงการนำร่องระยะที่สองนั้น ถึงแม้ว่าจะเริ่มเปลี่ยนแปลงกติกาการจ่ายเงินไปบ้าง แต่ก็ยังเป็นการดำเนินการซ้อนกับโครงการเดิมภายใต้โครงสร้างและงบประมาณเดิมเป็นหลัก

ความเปลี่ยนแปลงหลักๆ ที่เกิดขึ้นจากโครงการ 30 บาท เริ่มขึ้นเมื่อต้นปีงบประมาณ 2545 (เริ่ม 1 ตุลาคม 2544) ซึ่งเป็นช่วงที่โครงการ 30 บาทได้ขยายออกไปครอบคลุม 75 จังหวัด และบางส่วนของกรุงเทพมหานคร และได้เริ่มใช้ระบบงบประมาณใหม่ที่จัดสรรงบตามจำนวนประชากรเป็นหลัก ซึ่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข

แต่นอกจากการเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในโครงการของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็ยังส่งผลไปถึงโครงการและสวัสดิการด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะอย่างโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และโครงการประกันสังคม ทั้งที่เป็นผลกระทบในทางที่ทำให้ผู้บริหารโครงการเหล่านั้นต้องเร่งดำเนินการปฏิรูปโครงการของตน และในทางที่ผู้ที่มีสิทธิ์ในโครงการเหล่านี้เป็นกังวลว่าการเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทจะนำไปสู่การริดรอนสิทธิประโยชน์ที่ตนเคยได้หรือไปดึงทรัพยากรมาจากกองทุนของตน

คณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้รับมอบหมายจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ติดตามประเมินผล (monitor and evaluate) การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในภาพรวม โดยเริ่มดำเนินโครงการติดตามประเมินผลสำหรับปีแรกตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2545 และเมื่อสิ้นสุดโครงการติดตามประเมินผลในปีแรก คณะผู้วิจัยก็ได้เสนอรายงานจำนวน 9 เล่ม[5] แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของโครงการ รายงานชุดดังกล่าวครอบคลุมผลการดำเนินการของโครงการต่างๆ ถึงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถือได้ว่าเป็นระยะเวลาศึกษาที่ค่อนข้างสั้นสำหรับการสรุปผลในเรื่องการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่การศึกษานี้ครอบคลุมการติดตามประเมินผล

---

[4] ในระยะแรกนั้น นักการเมืองที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 30 บาท มักพูดถึงโครงการนี้ว่าเป็นโครงการ "เติมให้เต็ม"

[5] ดูรายชื่อรายงานในภาคผนวก รายงานชุดดังกล่าวสามารถ download ได้จาก website ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ TDRI

โครงการใหม่ที่เพิ่งจะเริ่มต้นและดำเนินการภายใต้ความสับสนอลหม่านของผู้ที่เกี่ยวข้องดังเช่น โครงการ 30 บาทด้วย

รายงานฉบับนี้พยายามเสนอภาพของความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้นกว่าในรายงานชุดแรก[6] โดยรายงานฉบับนี้จะนำเสนอผลการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2546 เป็นอย่างน้อย ซึ่งกรอบเวลาใหม่นี้ครอบคลุมการดำเนินการจริงของโครงการ "30 บาท รักษาทุกโรค" เป็นเวลาอย่างน้อยสองปี ผู้อ่านที่ช่างสังเกตอาจจะแย้งได้ว่า การนับวันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นจุดเริ่มของหลักประกันสุขภาพ "ถ้วนหน้า" นั้น ก็ยังน่าจะเร็วกว่าความเป็นจริงอยู่ดี เพราะพื้นที่ส่วนใหญ่ของกรุงเทพมหานครก็ยังไม่ได้เริ่มโครงการนี้จนกระทั่งเดือนมกราคมหรือเมษายน 2545 ในแง่หนึ่ง ข้อแย้งนี้เป็นความจริง แต่ถ้าเราประยุกต์การใช้ตรรกนี้ต่อไปอีก เราก็อาจจะไปสู่ข้อสรุปที่ว่า จนถึงทุกวันนี้ประเทศไทย (และอาจจะทุกประเทศในโลก) ก็ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ "ถ้วนหน้า" ที่ครอบคลุมประชาชน*ทุกคน*จริงๆ การเลือกเอาวันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นจุดเริ่มของหลักประกันสุขภาพ "ถ้วนหน้า" ของประเทศไทย ด้วยเหตุผลที่ว่าเป็นวันที่เริ่มดำเนินการของโครงการ 30 บาท*ในขอบเขตเกือบทั่วประเทศ*จึงน่าเป็นการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) ที่น่าจะมีประโยชน์ในการแบ่งระยะเวลา (timeline) ในการบันทึก วิเคราะห์ และประเมินผลของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยที่น่าจะผิดเพี้ยนน้อยที่สุด นอกจากนี้ การแบ่งช่วงเวลาที่อิงปีงบประมาณก็มีส่วนช่วยในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่มากับระบบรายงานของภาครัฐ และเป็นกรอบอ้างอิงที่ดีในการสรุปและบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญๆ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงสิ้นปีงบประมาณเก่าและเริ่มต้นปีงบประมาณใหม่ด้วย

รายงานฉบับนี้แบ่งออกเป็น 9 ตอน ตอนที่สองจะกล่าวถึงแนวคิดและความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ตอนที่สามลำดับความเป็นมาและประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งนัยของ พรบ. นี้ ตอนที่สี่ถึงหกสรุปการดำเนินการและการปรับตัวของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพต่างๆ อันได้แก่โครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ตอนที่เจ็ดสรุปผลการดำเนินการของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในปีงบประมาณ 2545-46 ตอนที่แปดวิเคราะห์ผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระทางการเงินของประเทศและผู้เสียภาษี และตอนสุดท้ายเป็น

---

[6] แต่ในหลายกรณีอาจจะไม่ได้ลงลึกในรายละเอียดมากเท่ากับในรายงานชุดเดิม

การวิเคราะห์เรื่องสิทธิประโยชน์ของโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้

2. บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[7]

แนวความคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยเป็นแนวคิดที่ได้รับการนำเสนอในวงการสาธารณสุขมาเป็นเวลานับสิบปี อย่างไรก็ตาม ความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มักจะไปในทางที่ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่แน่ใจว่าประเทศไทยทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีคุณภาพได้[8] และมักจะเห็นว่าควรให้ความสำคัญกับการให้หลักประกันสุขภาพกับผู้ที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเสียก่อน ซึ่งประเด็นนี้เป็นประเด็นที่โครงการ 30 บาทได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน

การให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือให้คนจนในด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจมานานแล้ว ในอดีต สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนบางแห่ง (ส่วนใหญ่มักเป็นสถานพยาบาลของมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับศาสนา) จะจัดงบส่วนหนึ่งไว้สงเคราะห์คนจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยการสงเคราะห์อยู่ในดุลยพินิจของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

ความพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาล มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการ ต่อมาโครงการนี้ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆ และในปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อ

---

[7] เนื้อความส่วนหนึ่งในบทนี้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตอนที่ 2.1-2.2) ปรับมาจากวิโรจน์และอัญชนา (2545ค และ 2545ง)

[8] ความเห็นทำนองนี้ยังปรากฏอยู่ไม่น้อยในระยะหลัง เช่น ความเห็นของหลายฝ่ายที่ศุภสิทธ์และคณะ (2543) รวบรวมมาโดยใช้วิธีสอบถามทัศนคติเรื่องนี้จากผู้เชี่ยวชาญในวงการสาธารณสุข

โครงการเป็น *"โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)*[9]

ถ้ามองย้อนกลับไปดูวิวัฒนาการของโครงการ สปร. เราก็จะพบว่าข้อถกเถียงเรื่องจะช่วยเหลือเฉพาะคนจนหรือจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงโครงการ 30 บาท แต่เป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาอภิปรายทั้งในและนอกวงการสาธารณสุขมาเป็นเวลานานแล้ว ในวงการสาธารณสุขเองนั้น ก็มีข้อถกเถียงเรื่องนี้พอสมควรหลังจากที่รัฐบาลในอดีตที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ (หรือในช่วงที่พรรคประชาธิปัตย์บริหารกระทรวงสาธารณสุข) ได้ขยายความคุ้มครองของ "โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.)" ให้ครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุทุกคน (ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้มีเศรษฐานะดีด้วย) ในช่วงปี พ.ศ. 2532-35 จนกระทั่งโครงการนี้กลายมาเป็น "โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล"[10] หรือ สปร. ในปี พ.ศ. 2537 (ดูประวัติวิวัฒนาการของโครงการด้านนี้โดยสังเขปในกรอบที่ 2.1)

---

[9] นอกจากการสงเคราะห์ผู้ที่มีบัตร สปร. (ซึ่งสถานพยาบาลจัดอยู่กลุ่ม "ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ก.") แล้ว หัวหน้าสถานพยาบาลของรัฐยังสามารถใช้ดุลยพินิจในการให้การสงเคราะห์ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดใดโดยใช้งบของสถานพยาบาลเอง (ในอดีตสถานพยาบาลจัดผู้รับการการสงเคราะห์กลุ่มนี้เป็น "ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ข.")

[10] จากชื่อใหม่ของโครงการจะเห็นได้ว่าผู้ที่เกี่ยวข้องพยายามลบภาพความเป็นโครงการสงเคราะห์ออกไป และยังเลือกชื่อที่ล้อกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (ซึ่งมีภาพของสวัสดิการที่ดีกว่าหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ของภาครัฐในขณะนั้น)

กรอบที่ 2.1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พ.ศ. 2517 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2517 (ซึ่งร่างหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516) เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติไว้ว่า "รัฐพึงให้การรักษาแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า" (มาตรา 92)
- พ.ศ. 2518 รัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เริ่มมีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (เป็นงบหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปให้สถานพยาบาล) มีการออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่นกรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่ โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย
- พ.ศ. 2519–2522 ยกเลิกการออกบัตร แล้วมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้พิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือนสำหรับครอบครัว และให้หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณา
- พ.ศ. 2524–2525 ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวให้บัตรมีอายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตร สามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม
- พ.ศ. 2527–2530 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2527 โดยหลักเกณฑ์รายได้คงเดิม แต่กำหนดสถานพยาบาลในบัตร 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา
- พ.ศ. 2530–2533 ออกบัตรสงเคราะห์ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวคือสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา
- พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ต่อหน้าถัดไป)

กรอบที่ 2.1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พ.ศ. 2534–2537 ประกาศใช้ พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
- พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาเข้ามาในโครงการด้วย
- พ.ศ. 2537 เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเป็นโครงการ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่ เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว
- พ.ศ.2540–2543 ออกบัตร สปร. ระยะที่หก ใช้เกณฑ์รายได้เหมือนเดิม แต่เพิ่มสถานพยาบาลเป็นสองแห่ง (โรงพยาบาลหนึ่งแห่งและสถานีอนามัยหนึ่งแห่ง)
- เมษายน 2544 เริ่มโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ใน 6 จังหวัดนำร่อง ออก "บัตรทอง" สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ดำเนินการแบบเดียวกับโครงการ สปร.
- มิถุนายน 2544 เริ่มโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ในจังหวัดนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ออก "บัตรทอง"สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ หลายจังหวัดมีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม
- ตุลาคม 2544 ขยายโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ไปครบทุกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ยุบรวมโครงการ สปร. เข้ากับโครงการนี้และเปลี่ยนบัตร สปร. เป็นบัตรทองหมวด "ท" (ซึ่งผู้ถือบัตรไม่ต้องจ่าย 30 บาท) เลิกขายบัตรสุขภาพ 500 บาท และค่อยๆ เปลี่ยนบัตรสุขภาพที่หมดอายุเป็นบัตรทองทั้งหมดภายในหนึ่งปี
- 1 เมษายน 2545 ดำเนินโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ครบทั่วประเทศ
- พฤษภาคม 2545 ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ผ่านสภาผู้แทนราษฎร
- พฤศจิกายน 2545 พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศใช้เป็นกฎหมาย

ที่มา: ปรับจาก อัญชนา ณ ระนอง และวิโรจน์ ณ ระนอง (2545)

2.1 ปัญหาและข้อจำกัดของโครงการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) และโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ในยุคต่อมา ได้รับการอุดหนุนจากเงินภาษีทั้งหมด โดยประชาชนผู้มีสิทธิ์ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ[11]

ในระยะแรกนั้นรัฐบาลจัดสรรงบให้โครงการนี้ไม่มากนัก (300 ล้านบาทในปี 2522 หรือร้อยละ 7-8 ของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข) แต่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาทั้งงบ สปร. และงบของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่งบ สปร. เพิ่มขึ้นมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากการขยายความคุ้มครองไปสู่ประชากรกลุ่มใหม่ๆ แต่ถึงแม้จะพิจารณาเฉพาะงบที่เพิ่มขึ้นหลังจากปี 2536 จนถึงปี 2543 (ซึ่งเป็นช่วงหลังการขยายความคุ้มครองแล้ว) ก็จะเห็นได้ว่างบ สปร. มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 14 ต่อปี

เมื่อเทียบงบประมาณต่อจำนวนประชากรที่มีบัตรแล้ว งบ สปร. ตกประมาณ 403 บาทต่อคนในปี 2543[12] อย่างไรก็ตาม งบส่วนนี้ไม่รวมเงินเดือนและงบลงทุนซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรให้สถานพยาบาลแยกต่างหาก ข้อมูลจากการศึกษาสถานพยาบาลของรัฐหลายแห่งพบว่า*โดยเฉลี่ยแล้ว* สถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนและค่าตอบแทนประมาณร้อยละ 50 ถ้าใช้อัตราส่วนนี้คำนวณโดยหยาบๆ ก็จะประมาณได้ว่างบที่รัฐบาลใช้สำหรับประชากรผู้มีบัตร สปร. ตกประมาณ 800 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วยังต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในโครงการ 30 บาท (1,202 บาทต่อคน จัดสรรไปที่สถานพยาบาล 1,052 บาทต่อคน) โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน (ประมาณ 1,606 บาทต่อคน) และสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว (เบิกจ่ายประมาณ 5,000 บาทต่อคน)

การที่โครงการได้รับงบประมาณต่ำกว่าโครงการอื่น (ในขณะที่อัตราการรับการรักษาพยาบาลของประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ถือบัตรผู้สูงอายุและเด็ก สูงกว่าอัตราการรับบริการของผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานล้วนๆ) ทำให้ที่ผ่านมาสถานพยาบาลจำนวนมากมีความรู้สึกว่าเงินงบประมาณที่สถานพยาบาลได้รับไม่สอดคล้องกับภาระงานและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (ทั้งในแง่ที่ระบบการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบงบแบบยอดรวม โดยสถานพยาบาลได้รับเงินเป็นก้อนซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ใช้บริการและชนิดของบริการ และในแง่ที่จำนวนเงินงบประมาณที่ได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงของสถานพยาบาลที่ใช้ในการบริการประชากรกลุ่มเป้าหมาย) ผู้บริการและ

---

[11] แต่จะมีข้อยกเว้นในบางกรณีที่สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ไม่ได้ครอบคลุม (เช่น การล้างไต)

[12] งบที่ลงไปถึงสถานพยาบาลจะต่ำกว่า 400 บาทต่อคนเล็กน้อย เนื่องจากมีการหักไว้ที่ส่วนกลางร้อยละ 2.5 สำหรับซดเซยกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหักไว้ที่จังหวัดประมาณร้อยละ 1 ของงบที่เหลือ

เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจำนวนไม่น้อยจึงมักมองกลุ่มเป้าหมายของโครงการเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะจำกัดการให้การรักษาพยาบาลแก่คนกลุ่มนี้ ทั้งทางด้านการให้บริการและการใช้ยา ในด้านประชากรกลุ่มเป้าหมายเองก็มีบางส่วนที่รู้สึกว่า (หรือกลัวว่าจะ) ไม่ได้รับบริการที่ดีหรือมีคุณภาพ ซึ่งปัญหาทั้งสองประการเป็นภาพที่ติดอยู่ในใจของสถานพยาบาลและผู้ใช้บริการมาเป็นเวลานาน

หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณของโครงการในปีงบประมาณ 2541[13] โดยหันมาใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว มีผลทำให้เม็ดเงินลงไปถึงสถานพยาบาลระดับต้น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน) อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยมากขึ้น ภาพความเป็นภาระของผู้มีสิทธิ์ สปร. ก็เริ่มลดลงไป เนื่องจากงบ สปร. กลายมาเป็นเป็นงบอุดหนุนก้อนใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลชุมชนแทบทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบการสงเคราะห์ที่ผ่านมาประสบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความตรงของการออกบัตร (โดยเฉพาะในกรณีบัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งคนจนส่วนใหญ่ไม่ได้บัตรและคนได้บัตรจำนวนมากไม่ใช่คนจน) และปัญหาคุณภาพของการบริการของโครงการ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นโครงการ "สงเคราะห์"

2.1.1 การเข้าถึงคนจน: กรณีศึกษาการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยในโครงการ สปร.

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในการการจัดสรรงบตามจำนวนบัตรที่ออกบัตรจริงก็คือความตรงของการออกบัตรรายได้น้อย ซึ่งมีปัญหาค่อนข้างมาก ตัวอย่างเช่น บางจังหวัดมีการออกบัตรรายได้น้อยแก่ประชากรในสัดส่วนที่สูงมาก ขณะที่ออกบัตรอื่นๆ ได้ต่ำกว่าเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบัตรเด็ก บัตรทหารผ่านศึกและครอบครัว และบัตรภิกษุสามเณร[14] ซึ่งส่วนหนึ่งเกิด

---

[13] ก่อนปีงบประมาณ 2541 การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นการจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ที่ทางส่วนกลางเป็นผู้กำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรงบให้แก่จังหวัดต่างๆ ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2536 ถึง 2537 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนผู้มีบัตรสงเคราะห์ในจังหวัด หรือผลงานการบริการ ในปี พ.ศ. 2538 ใช้วิธีแยกงบออกเป็นสองส่วน ให้แก่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกลุ่มหนึ่ง และโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีอนามัยอีกกลุ่มหนึ่ง โดยจัดสรรงบทั้งสองส่วนนี้จากส่วนกลางโดยตรง ในปี พ.ศ. 2539 ถึง 2540 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามค่าใช้จ่ายของจังหวัดในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินภาระค่าใช้จ่ายของแต่ละจังหวัดจากตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย โดยใช้ผลจากการประมาณการสมการถดถอยพหุ (multiple regression estimation) เป็นต้น

[14] แต่บัตรผู้นำศาสนาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้ออกได้สูงกว่าเป้าหมายมาก

จากการที่กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่เด็กที่มีฐานะดีพอสมควรมักจะไม่สนใจที่จะทำบัตร สปร. ให้เด็ก[15] ทหารผ่านศึกและครอบครัว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กทม.) มักจะไม่สนใจทำบัตร สปร. เนื่องจากมีความรู้สึกว่าบัตรทหารผ่านศึกได้รับสิทธิ์ที่ครอบคลุมมากกว่าบัตร สปร. หรือพระภิกษุและสามเณรเองก็เป็นกลุ่มที่สถานพยาบาลของรัฐไม่เคยเรียกเก็บค่าบริการอยู่แล้วไม่ว่าจะมีบัตรอะไรหรือไม่ และ/หรือ พระภิกษุและสามเณรจำนวนมากไม่มีหลักฐานที่ต้องใช้ในการออกบัตร เป็นต้น

ในด้านความตรงของการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้น เป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจค่อนข้างมากเนื่องจากมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์กันมากว่า "คนจนไม่ได้บัตร" และ "คนที่ได้บัตรไม่จน" ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องนี้มาแล้วหลายครั้ง แต่ละครั้งมีวิธีการวัดความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตร โดยใช้นิยามดังต่อไปนี้คือ

ความครอบคลุม (คน)	= จำนวนคนจนที่ได้รับบัตร / จำนวนคนจนทั้งหมด
ความครอบคลุม (ครัวเรือน)	= จำนวนครัวเรือนยากจนที่ได้รับบัตร / จำนวนครัวเรือนยากจนทั้งหมด
ความตรงประเด็น (คน)	= จำนวนคนจนที่ได้รับบัตร / จำนวนคนที่ได้รับบัตรรายได้น้อยทั้งหมด
ความตรงประเด็น (ครัวเรือน)	= จำนวนครัวเรือนยากจนที่ได้รับบัตร / จำนวนครัวเรือนที่ได้รับบัตรรายได้น้อยทั้งหมด

ก. การศึกษาของกองสาธารณสุขภูมิภาคและมหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2531 ใช้ตัวอย่างจำนวน 14,400 ครัวเรือน ใน 36 จังหวัด ซึ่งในบรรดากลุ่มตัวอย่างนี้ เป็นคนจนร้อยละ 62 และมีผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยร้อยละ 22 ผลการศึกษาพบว่า

- *ความครอบคลุม* คนจนร้อยละ 28 ได้รับบัตรรายได้น้อย
- *ความตรงประเด็น* ผู้ถือบัตรรายได้น้อยร้อยละ 80 เป็นคนจน

ทั้งนี้ นิยามของคนจนคือคนโสดรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือนหรือครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน ตามเกณฑ์การออกบัตรรายได้น้อยในขณะนั้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าในระยะนั้น ความตรงประเด็นไม่ได้ปัญหามากนัก แต่จะมีปัญหาความครอบคลุมอยู่พอสมควร ซึ่งอาจเป็นเพราะยังมีจำนวนบัตรที่ออกค่อนข้างน้อย

---

[15] ซึ่งคงคล้ายกับในปัจจุบันที่ผู้ที่มีฐานะดีจำนวนมากไม่สนใจไปขอรับบัตรทองเพราะไม่คิดจะมาใช้บริการในโครงการ 30 บาท

ข. การศึกษาของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2538) ศึกษาการออกบัตรรอบที่ 4 (ซึ่งออกในช่วงปีงบประมาณ 2533-36) จากจำนวนตัวอย่าง 7,016 ครอบครัวใน 14 จังหวัด แต่ในการศึกษานี้ ได้เปลี่ยนมาใช้นิยามของคนจนใหม่ตามตามเกณฑ์การออกบัตรรายได้น้อยที่เปลี่ยนไปในปี 2537 คือ ครอบคลุมคนโสดที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือนหรือครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ผลการศึกษาพบว่า

- *ความครอบคลุม* คนจนร้อยละ 73 ได้รับบัตรรายได้น้อย
- *ความตรงประเด็น* ผู้ถือบัตรรายได้น้อยร้อยละ 54 เป็นคนจน

การที่ความครอบคลุมสูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่ความตรงประเด็นลดลงนั้น น่าจะเป็นเพราะมีการออกบัตรรายได้น้อยจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าเดิมมาก

ค. ***การศึกษาโดยสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)*** ศึกษาประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543) ใน 12 จังหวัด มีจำนวนตัวอย่าง 7,685 ครัวเรือน ซึ่งครอบคลุมประชากรจำนวน 32,082 คน ซึ่งได้ผลการศึกษาตามตารางที่ 2.1 ข้างล่าง

ตารางที่ 2.1 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543)

	ทั่วประเทศ	เขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้
ความครอบคลุม (% ครัวเรือน)	17	20	16	11	39	19	10
ความตรงประเด็น (% ครัวเรือน)	35	20	39	32	20	40	17
ความครอบคลุม (% คน)	16	22	15	11	17	18	11
ความตรงประเด็น (% คน)	28	14	32	29	28	31	15

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นได้ว่าความครอบคลุมในการออกบัตรยังอยู่ในระดับต่ำมาก โดยเฉลี่ยทั่วประเทศความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 16-17 ซึ่งหมายความว่ามีคนจนประมาณหนึ่งในหกเท่านั้นที่ได้รับบัตรผู้มีรายได้น้อย ในด้านความตรงประเด็น (สัดส่วนของผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยที่เป็นคนจน) นั้นข้อมูลเฉลี่ยทั่วประเทศอยู่ที่ร้อยละ 28 (สำหรับบุคคล) และร้อยละ 35 (สำหรับครัวเรือน) โดยความผิดพลาดในด้านนี้เกิดมากในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล แต่ในทุกพื้นที่ไม่มีพื้นที่ใดที่มีอัตราความตรงประเด็นสูงกว่าร้อยละ 40 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยที่ไม่ใช่คนจนมีจำนวนมากกว่าที่เป็นคนจนจริงๆ

ในแง่นี้ กระบวนการออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งสามารถครอบคลุมคนจนเพียงร้อยละ 16-17 ถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวของโครงการที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพของคนจน หรืออีกนัยหนึ่งโครงการเหล่านี้เข้าไม่ถึงคนจนจริงๆ (ถึงแม้ว่ามีจังหวัดอย่างน้อย 31 จังหวัดที่ออกบัตรรายได้น้อยมากกว่าจำนวนที่คาดการณ์โดยส่วนกลาง) เนื่องจากมีคนไม่จนจำนวนมากที่ต้องการบัตรดังกล่าว *ซึ่งแม้ว่าการออกบัตรให้คนไม่จนอาจจะไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายในตัวเอง เนื่องจากคนที่ได้บัตรส่วนใหญ่อาจจะเสี่ยงที่จะตกหล่มความจนได้เช่นกัน แต่การที่บัตรรายได้น้อยจำนวนมากถูกแบ่งไปให้คนที่ไม่จน*[16] *ทำให้คนที่จนจริงๆ ไม่ได้บัตร* (ยกเว้นในกรณีที่จังหวัดนั้นใช้วิธีปรับตัวโดยการออกบัตรรายได้น้อยเกิน "โควต้า" ที่ได้รับมาก) *ทำให้โครงการประสบความล้มเหลวในการเข้าถึงและเป็นที่พึ่งของคนจนจริงๆ*

การศึกษานี้ได้ผลซึ่งสนับสนุนความเชื่อที่มีอยู่เป็นเวลานานในบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับโครงการ สปร. ว่า "คนจนไม่มีบัตร บัตรเป็นของคนไม่จน" และเมื่อเปรียบเทียบตัวเลขจากการศึกษาทั้งสามครั้ง ก็น่าจะอนุมานได้ว่าปัญหาความครอบคลุมและความตรงประเด็นของการออกบัตรรายได้น้อยมีแนวโน้มเลวลง

นอกจากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นถึงปัญหาความครอบคลุมของบัตรรายได้น้อยสำหรับกลุ่มคนจนแล้ว ข้อมูลจากการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบัตร สปร. อื่นๆ และบัตรสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (ดูตารางที่ 2.2)

---

[16] หรืออีกนัยหนึ่ง การที่มีปัญหาความไม่ตรงประเด็นของการออกบัตร

ตารางที่ 2.2 สัดส่วนของผู้ที่มีบัตรรายได้น้อย บัตร สปร. อื่นๆ และบัตรสุขภาพในกลุ่มรายได้ต่างๆ จากการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)

	รายได้ต่อปี			
	< 40,000	40,000-99,999	100,000-199,000	200,000+
(1) บัตรรายได้น้อย	9	8	5	2
(2) บัตร สปร. ประเภทอื่น	34	28	23	16
(3) รวม บัตร สปร. ทุกประเภท	43	36	28	18
(4) บัตรสุขภาพ	23	25	24	16
รวมสัดส่วนของคนที่มีบัตร(3)+(4) *	66	61	52	34
สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีบัตร*	34	39	48	66

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)

หมายเหตุ: **สัดส่วนของคนที่มีบัตรที่คำนวณได้อาจจะสูงกว่าความเป็นจริงเล็กน้อยเนื่องจากไม่ได้หักกรณีสิทธิ์ซ้ำซ้อนออก ในทางกลับกันสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีบัตรจะต่ำกว่าความเป็นจริง*

ประเด็นที่น่าสังเกต สำหรับประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาทต่อปี (หรือ 3,333 บาทต่อเดือน) (ซึ่งรวมทั้งกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้มีรายได้ที่สูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้บัตรรายได้น้อย คือ 2,000 บาทต่อเดือนเอาไว้ด้วยนั้น) ก็คือ ขณะที่ประชากรกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 9 มีบัตรรายได้น้อย อีกร้อยละ 34 มีบัตร สปร. ประเภทอื่นๆ และร้อยละ 23 ระบุว่ามีบัตรสุขภาพ (บัตร 500 บาท) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า *หลักประกันสุขภาพที่สำคัญสำหรับประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาทต่อปี คือ บัตร สปร. อื่นๆ ที่ไม่ใช่บัตรรายได้น้อย และรองลงมาก็คือบัตรสุขภาพ ซึ่งในทั้งสองกรณีเป็นบัตรที่ไม่ได้ใช้เกณฑ์ด้านรายได้ในการออกบัตร*[17]

ง. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ได้แก่การการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปี 2542 และ 2543 ซึ่งมีคำถามย่อยเพียงสองข้อว่ามีบัตรรายได้น้อยหรือไม่ และมีบัตรสุขภาพหรือไม่ ซึ่งในคณะผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาเหล่านี้ไว้ในตารางที่ 2.3

[17] แม้ว่าบัตรสุขภาพจะมีการกำหนดเงื่อนไขเรื่องรายได้อยู่ด้วย แต่ในทางปฏิบัติจะไม่มีการตรวจสอบเงื่อนไขประการนี้

ตารางที่ 2.3 สัดส่วนของผู้ที่มีบัตรรายได้น้อยและบัตรสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542 และ 2543

	ปี	กลุ่มรายได้ (จำนวนคนเท่ากันทุกกลุ่ม กลุ่มละ 20%)					
		จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด	เฉลี่ยทุกกลุ่ม
ก.1 สัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มที่มีบัตรด้านการรักษาพยาบาล							
บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย*	2542	9	14	12	4	1	8.0
บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล*	2543	21	17	12	6	2	11.24
บัตรประกันสุขภาพ	2542	50	48	43	34	14	37.8
	2543	46	41	32	19	11	35.68
รวมสัดส่วนของคนที่มีบัตร	2542	59	62	55	38	15	45.8
	2543	67	58	44	25	13	46.92
สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีบัตร	2542	41	38	45	62	85	54.2
	2543	33	42	56	75	87	53.08
ก.2 สัดส่วนของคนจนและไม่จนที่มีบัตรด้านการรักษาพยาบาล							
		จน	ไม่จน	รวม			
บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล	2543	20.8	9.6	11.2			
บัตรประกันสุขภาพ	2543	46.7	33.7	35.7			
รวมสัดส่วนของคนที่มีบัตร	2543	67.5	43.3	46.9			
สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีบัตร	2543	32.5	56.7	53.1			
ข. การกระจายของบัตรตามกลุ่มรายได้ต่างๆ							
สัดส่วนของบัตรที่กระจายตามกลุ่มรายได้		จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด	รวมทุกกลุ่ม
บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย	2542	38	27	24	8	3	100
บัตรประกันสุขภาพ	2542	27	25	23	18	8	100
รวม	2542	65	52	47	26	11	100

ที่มา: ปี 2542 World Bank. Social Monitor.

ปี 2543 Anil B. Deolalikar. "Poverty Profile, Determinants of Poverty, and Government Social Assistance to the Poor in Thailand: Result form the Socioeconomic Survey 2000"

หมายเหตุ: * ปี 2542 และ 2543 ใช้คำถามซึ่งเรียกชื่อบัตรที่ต่างกัน

จากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่า ถ้าจำแนกประชากรตามรายได้ออกเป็นห้ากลุ่มเท่าๆ กัน ในบรรดาประชากรกลุ่มที่จนที่สุดนั้น มีเพียงร้อยละ 9-21 เท่านั้นที่มีบัตรรายได้น้อย[18] และเมื่อดูการกระจายตัวของบัตรรายได้น้อยตามประชากรกลุ่มต่างๆ (แบ่งตามกลุ่มรายได้ห้ากลุ่มข้างต้น) ก็จะพบว่ามีเพียงร้อยละ 38 ของบัตรรายได้น้อยที่อยู่ในมือของประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด 20% แรก ซึ่งข้อมูลทั้งสองประการนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543) ในด้านความครอบคลุมและการกระจายตัวของบัตรรายได้น้อย ถึงแม้ว่านิยามที่ใช้จะมีความแตกต่างกันอยู่บ้างก็ตาม

จากการศึกษาทั้งห้าการศึกษาที่กล่าวมาแล้วนั้น นำมาสู่ข้อสรุปดังต่อไปนี้คือ

- ที่ผ่านมา การใช้ออกบัตรรายได้น้อยเป็นเครื่องมือที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนจนนั้นไม่ประสบความสำเร็จในการเข้าถึงคนจน คนจนโดยส่วนใหญ่ไม่ได้บัตร (มีอัตราความครอบคลุมประมาณ 20% ซึ่งถือได้ว่าเป็นระดับที่ต่ำมาก)
- แม้ว่าการกระจายของบัตรจะมีลักษณะก้าวหน้า (สัดส่วนของคนจนที่ได้บัตรสูงกว่าคนมีฐานะดีที่ได้บัตร) แต่มีบัตรรายได้น้อยที่ตกถึงมือคนจนไม่ถึงร้อยละ 40 บัตรส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60 กระจายไปอยู่ในมือของกลุ่มคนที่ไม่จนจริงๆ
- ปัญหาการออกบัตรที่ไม่ได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย (mismatch หรือ mistarget) มีแนวโน้มเลวลง ทั้งๆ ที่ปัญหานี้เป็นปัญหาที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและพยายามหาทางแก้ไขมาเป็นเวลานับสิบปี
- แม้ว่ากลุ่มคนจนประมาณสองในสามจะมีหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ แต่หลักประกันที่คนกลุ่มนี้ได้รับโดยส่วนใหญ่ได้แก่*บัตร สปร. ชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่บัตรรายได้น้อย* (เช่น บัตรเด็ก บัตรผู้สูงอายุ) *หรือจากการจ่ายเงินซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท* ***ซึ่งบัตรทั้งสองประเภทนี้ เป็นบัตรที่ออกให้หรือขายภายใต้หลักการของการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*** *(universal coverage)* ***มากกว่าเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพที่มุ่งให้เฉพาะคนยากจน (poverty targeting scheme) ที่ใช้เกณฑ์ด้านรายได้ในการออกบัตร*** [19] ดังนั้น *ข้อโต้แย้ง*

---

[18] การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542 มีคำถามที่ระบุถึงบัตรสามประเภทคือ "บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย" "บัตรรับรองสิทธิลูกจ้างผู้ประกันตน" และ "บัตรประกันสุขภาพ" ในปี 2543 คำถามที่เกี่ยวกับบัตรกลุ่มแรกถูกเปลี่ยนมาเป็น "บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล"

[19] แม้ว่าบัตรสุขภาพจะมีการกำหนดเงื่อนไขเรื่องรายได้อยู่ด้วย แต่ในทางปฏิบัติจะไม่มีการตรวจสอบเงื่อนไขประการนี้

ของผู้ที่ระบุว่าระบบสงเคราะห์เดิมที่เน้นการสงเคราะห์เฉพาะคนจนเป็นวิธีที่ได้ผลและเข้าถึงคนจนอยู่แล้วนั้น น่าจะเกิดจากการนับรวมบัตร สปร. อื่นๆ ที่ไม่ใช่บัตรรายได้น้อย (และบัตรสุขภาพ) ซึ่งเป็นหลักประกันสุขภาพที่ไม่ได้เจาะจงเฉพาะคนจนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการช่วยเหลือคนจนด้วย

ข้อสรุปสองประการแรกคงมีทั้งส่วนที่สอดคล้องและขัดกับความรู้สึกของผู้ให้บริการ ในส่วนที่สอดคล้องกันคือ ที่ผ่านมาผู้ให้บริการมักจะยกตัวอย่างของผู้มีฐานะดีที่มีบัตรรายได้น้อยขึ้นมาอยู่เนืองๆ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาเรื่องความตรงประเด็นนั้นมีอยู่พอสมควร แต่สิ่งที่อาจจะขัดกับความรู้สึกก็คือผู้ให้บริการจำนวนมากมีความรู้สึกว่าที่ผ่านโครงการ สปร. สามารถช่วยคนจนได้ดีอยู่แล้ว ซึ่งกรณีนี้คงเป็นเพราะผู้ให้บริการแต่ละคนมีประสบการณ์ของตนเองในการช่วยเหลือคนจนที่มารับบริการที่สถานพยาบาลบ่อยมาก (ซึ่งเป็นเรื่องที่คาดการณ์ได้เพราะแพทย์แต่ละท่านในโรงพยาบาลของรัฐมักจะต้องตรวจผู้ป่วยวันละหลายสิบรายเป็นอย่างน้อย) แต่ในทางกลับกัน ผู้ให้บริการเหล่านี้จะไม่ค่อยได้มีโอกาสรับทราบถึงกรณีของคนจนที่ไม่มีสิทธิ์ สปร. ซึ่งอาจจะไม่กล้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือต้องประสบความลำบากอย่างแสนเข็ญในการหาเงินสำหรับการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล

ข้อโต้แย้งอีกประการหนึ่งที่มักจะมาจากฝั่งผู้ให้บริการก็คือ ถึงแม้ว่าการออกบัตรจะมีปัญหาแต่ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลมักจะให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายได้ถึงแม้ว่าจะไม่มีบัตรใดใดเลยก็ตาม (ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกอ้างถึงเป็นผู้ป่วย สปร. "ประเภท ข.") อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การศึกษาภาคสนามในอดีตของคณะผู้วิจัย (อัญชนาและวิโรจน์ 2544) พบว่าสถานพยาบาลมักจะบ่นถึงภาระที่ต้องใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (เนื่องจากไม่ได้รับงบสนับสนุนเหมือนกับกลุ่ม สปร. ปกติ)[20] ในส่วนของประชาชนเองนั้น การที่คนจนจำนวนมากที่ไม่ได้บัตรรายได้น้อยต้องนำเงินมาซื้อบัตรสุขภาพก็เป็นหลักฐานที่เด่นชัดว่าคนจนเหล่านี้ไม่ได้คิดว่าตนสามารถพึ่งพิงช่องทางการสงเคราะห์นี้ได้[21]

---

[20] เสียงบ่นนี้รวมถึงกรณีพระภิกษุ ซึ่งมักจะไม่สนใจทำบัตร สปร. (หรือไม่มีเอกสารที่จำเป็นเช่นบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้าน) ทำให้ รพ. ที่ให้การรักษาไม่ได้รับงบมาสนับสนุน

[21] และจากการศึกษาภาคสนามเรื่องความยากจนของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2544) ก็พบกรณีคนจนที่ไม่กล้าไปขอรับการรักษาที่ รพ. ทั้งทั้งที่ตนมีบัตร สปร. ซึ่งคงจะอนุมานต่อไปได้ไม่ยากว่าโอกาสที่คนกลุ่มนี้จะไปขอรับการรักษาโดยที่ไม่มีบัตรใดๆ เลยจะน้อยลงไปอีก

การที่ความครอบคลุมและความตรงประเด็นของการออกบัตรรายได้น้อยอยู่ในระดับต่ำมาก และมีแนวโน้มเลวลง มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ สปร. ได้พยายามผลักดันให้มีการเปลี่ยนจากระบบการสงเคราะห์แบบเจาะจงคนจน (poverty-targeting scheme) มาสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal health coverage) โดยในช่วงประมาณหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมานั้น กลุ่มผู้ที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ได้พยายามใช้โครงการ สปร. เป็นบันได (หรือ "stepping stone") ไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอด และแนวคิดนี้ได้ถูกผลักดันมาสู่การปฏิบัติในระหว่างปี 2532-37 โดยการขยายความครอบคลุมของโครงการ สปร. ให้ครอบคลุม เด็ก นักเรียน และผู้สูงอายุ ทุกรายโดยไม่คำนึงถึงเศรษฐานะ (ซึ่งในระยะแรกนั้น การขยายความครอบคลุมของโครงการสำหรับคนเหล่านี้ก็ได้รับการคัดค้านจากบุคลากรผู้ให้บริการพอสมควร เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้มีความเห็นว่ารัฐบาลไม่ควรจะนำงบประมาณที่มีอยู่จำกัดไปช่วยเด็ก นักเรียน และผู้สูงอายุ ทุกรายแบบ "เหวี่ยงแห" เช่นนี้ หากควรไปที่ช่วยเหลือเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่านั้น)

เหตุผลสำคัญสองประการที่มักถูกหยิบยกขึ้นมาสนับสนุนแนวคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าก็คือ ประการแรก โครงการ สปร. มีปัญหาในการเข้าถึงคนจนค่อนข้างมาก และปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีมาเป็นเวลานานแล้วและยังไม่มีวี่แววว่าจะสามารถแก้ไขไปได้โดยง่าย ทั้งๆ ที่โครงการ สปร. ได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่าเสี้ยวของศตวรรษและได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจำนวนมาก และถ้าจะออกบัตรเพิ่มเพื่อเป็นหลักประกันว่าคนจนจริงๆ เกือบทุกคนจะได้รับบัตร ก็จะต้องมีกระบวนการค้นหาคนจนที่มีความครอบคลุมมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งการใช้วิธีดังกล่าวคงจะต้องยอมออกบัตรผิดให้กับคนที่ไม่จนเพิ่มขึ้นอีกจำนวนมาก อีกทั้งยังต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อการหาตัวคนจน ซึ่งเมื่อรวมค่าใช้จ่ายในทุกด้านแล้ว ก็คงจะไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้ามากนัก[22]

เหตุผลสนับสนุนประการที่สองคือ สำหรับครัวเรือนจำนวนไม่น้อยนั้น ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน (unanticipated shock) ที่สามารถส่งผลสะเทือนในระดับที่พลิกฐานะ

---

[22] อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติโครงการที่มีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบ "ถ้วนหน้า" เช่นโครงการ 30 บาทเองก็ยังมีปัญหาในการเข้าถึงคนจนบางกลุ่ม (เช่นกลุ่มเร่ร่อน กลุ่มแรงงานรับจ้างต่างถิ่น) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่โครงการนี้ยังคงยึดการตรวจสอบสิทธิ์ตามทะเบียนบ้านอย่างเข้มงวด หรือแม้แต่ในระยะต่อมาที่การจัดสรรงบของสำนักงบประมาณยังไม่ครอบคลุมประชากรบางกลุ่ม (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตอนที่ 7) แต่ปัญหานี้จะแก้ไขได้ไม่ยากถ้าฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเคารพในหลักการ "ถ้วนหน้า" จริงๆ

ความเป็นอยู่ของครัวเรือนได้อย่างรวดเร็ว โดยในแต่ละปีจะมีครัวเรือนที่ไม่ยากจนจำนวนมากที่เสี่ยงกับการตกหล่มของความยากจนได้อย่างรวดเร็วเมื่อสมาชิกของครัวเรือนป่วยหนัก ทำให้การให้หลักประกันด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นแต่การช่วยเหลือคนจนอาจเป็นหลักประกันที่ไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาความยากจนสำหรับกลุ่มเสี่ยง (ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก[23]) และควรหันมาใช้วิธีแก้ปัญหานี้โดยวิธีเฉลี่ยความเสี่ยงแทน และการเฉลี่ยความเสี่ยงในลักษณะนี้มักจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐมากกว่าการพึ่งกลไกตลาดหรือการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ทำกับบริษัทประกันเอกชน

สาเหตุใหญ่ที่การสร้างระบบประกันสุขภาพของรัฐได้เปรียบโครงการประกันสุขภาพของเอกชนก็คือ ในกรณีของโครงการประกันสุขภาพของเอกชนที่ผู้บริโภคแต่ละรายสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ได้โดยสมัครใจนั้น *ผู้ที่ตัดสินใจเลือกซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีหรือคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าตนมีความเสี่ยงสูงกว่าปกติ*[24] ซึ่งบริษัทประกันเองก็คาดการณ์ไว้ในทำนองเดียวกัน ทำให้บริษัทประกันมักจะคิดเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกันกลุ่มนี้ในอัตราที่สูงกว่าอัตราที่บริษัทคิดกับหน่วยงาน บริษัท หรือ มหาวิทยาลัย ที่เข้าโครงการประกันเป็นกลุ่มใหญ่มาก อีกตัวอย่างหนึ่งคือ ในกรณีที่กฎหมายในบางรัฐของสหรัฐอเมริกาบังคับให้บริษัทประกันเปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันที่เป็นสตรีเลือกกรมธรรม์ที่คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์และคลอดบุตรด้วยนั้น บริษัทประกันจะเรียกเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันที่เลือกกรมธรรม์ประเภทนี้ในอัตราที่สูงมาก เพราะบริษัทประกันมีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าสตรีที่เลือกโครงการดังกล่าวมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์และทำคลอดสูงกว่าสตรีทั่ว ๆ ไปมาก

ในทางกลับกัน การเฉลี่ยความเสี่ยงในโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐจะไม่ประสบปัญหาการถูกเลือกโดยผู้เอาประกันที่มีความเสี่ยงสูงเหมือนกับโครงการของภาคเอกชน ทั้งนี้ *เนื่องจากรัฐมีข้อได้เปรียบเหนือเอกชนตรงที่สามารถใช้อำนาจรัฐมาบังคับให้ผู้ที่มีคุณสมบัติที่รัฐกำหนดเข้าร่วมโครงการทุกรายโดยไม่มีข้อยกเว้น การที่รัฐสามารถใช้กฎหมายบังคับได้ทำให้รัฐไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลของปัจเจกชนแต่ละราย* (ขณะที่บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพของผู้เอาประกันก่อน และเมื่อถูกเรียกร้องสินไหมก็ยังมีค่าใช้จ่าย

---

[23] แม้ว่าจะยังไม่ได้มีการศึกษาที่ชัดเจนในเรื่องนี้ แต่ก็พอจะกล่าวอ้างได้ว่ามีครัวเรือนส่วนน้อยเท่านั้นที่มีฐานะในระดับที่สามารถมั่นใจได้ว่าจะไม่ตกหล่มความยากจนถ้าเกิดการเจ็บป่วยหนักของสมาชิกที่สำคัญในครัวเรือน

[24] โครงการบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทเองก็ประสบปัญหานี้ โดยมีผู้ซื้อบัตรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือมาคลอดบุตรในอัตราที่สูงกว่าอัตราปกติมาก

ในการตรวจสอบว่าผู้เอาประกันมีคุณสมบัติครบถ้วนหรือให้ข้อมูลที่เป็นความจริงทั้งหมดหรือไม่) *ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน และทำให้มีโอกาสมากที่จะทำโครงการประกันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าภาคเอกชน* ตัวอย่างหนึ่งที่อ้างโดย Stiglitz (1989) ก็คือกรมธรรม์ประกันที่เรียกว่า annuity ของบริษัทประกันในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้เอาประกัน (ที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน) จะต้องจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกันทุกเดือนเพื่อแลกกับ "เงินบำนาญ" (annuity) ที่บริษัทจะจ่ายให้เมื่อเกษียณจนกระทั่งผู้เอาประกันเสียชีวิต ซึ่งเมื่อเทียบกับโครงการประกันสังคม (social security pension) ของรัฐบาลสหรัฐฯ แล้ว อัตราผลตอบแทนที่บริษัทประกันจ่ายให้ผู้เอาประกันต่ำกว่าอัตราที่จ่ายโดยโครงการประกันสังคมของรัฐมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะบริษัทประกันเอกชนมีค่าใช้จ่ายในการบริหารในสัดส่วนที่สูงกว่าโครงการของรัฐที่มีขนาดใหญ่กว่ามาก และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบข้อมูลมากเท่าโครงการของเอกชน

2.2 ปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ว่าผู้นำรัฐบาลชุดปัจจุบันเคยออกมาระบุว่า ถ้าประเทศไทยทำโครงการ 30 บาทได้สำเร็จ ก็จะเป็น "ประเทศแรกในโลก" แต่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ภูมิปัญญาไทยหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น หากเป็น "ภูมิปัญญานำเข้า" ที่มาจากซีกโลกตะวันตกโดยส่วนใหญ่

ปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแนวคิดที่มีที่มาที่หลากหลาย ตั้งแต่แนวความคิดจากซีกซ้ายสุดไปจนถึงขวาสุด ประเทศต่างๆ ในแทบทุกภูมิภาคที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบต่างๆ ก็มีความแตกต่างทั้งในด้านปรัชญาและการปฏิบัติ (ซึ่งก็สะท้อนความแตกต่างในเชิงปรัชญาในเรื่องนี้ด้วยเช่นกัน) เราอาจแบ่งปรัชญาซึ่งเป็นที่มาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแนวต่างๆออกเป็น 4 แนวทางใหญ่ๆ คือ

- แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian Socialism) ซึ่งเน้นบทบาทของรัฐในแทบทุกด้าน รวมทั้งด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลด้วย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศเหล่านี้มักไม่ใช่ต้นแบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะในทางปฏิบัติประเทศเหล่านี้มักให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในด้านอื่นๆ เสียมากกว่า[25]

---

[25] แม้ว่าว่าโครงการผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (หรือที่เรียกย่อๆ ว่า ผสส. ซึ่งได้ยกเลิกไปแล้ว) และโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของไทยจะได้รับอิทธิพลบางส่วนจากโครงการหมอเท้าเปล่าของจีน แต่ก็เป็นเรื่อง

- แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian Socialism) ซึ่งเป็นปรัชญาพื้นฐานของประเทศกลุ่มที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (welfare state) เช่น ประเทศในยุโรปกลุ่มแสกนดิเนเวีย แนวทางนี้ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (ตามแนวคิดที่ว่ารัฐจะต้องดูแล "ตั้งแต่เมื่อเริ่มชีวิตเป็นเด็กแบเบาะไปจนถึงเมื่อเข้าหลุมฝังศพ" หรือ "From cradle to grave" ซึ่งศาสตราจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ได้นำมาขยายเป็นแนวคิดเรื่อง "จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน" หรือ "From womb to tomb" อันโด่งดังในประเทศไทย) แนวทางนี้ใช้มาตรการด้านภาษีมากระจายรายได้ใหม่ โดยประเทศเหล่านี้มักเก็บภาษีเงินได้ในอัตราที่ก้าวหน้ามาก เป็นที่น่าสังเกตว่ามีบางประเทศในซีกโลกตะวันตกที่ไม่ได้ใช้แนวทางสังคมนิยมเสรีหรือรัฐสวัสดิการในการบริหารประเทศ ก็ได้นำแนวทางนี้มาใช้ในด้านการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย (เช่น อังกฤษและแคนาดา)
- แนวทางการประกันสังคมแบบบังคับ (social security) ซึ่งมีจุดเริ่มมาจากแนวคิดสายอนุรักษ์นิยมยุค Bismarck ประเทศเยอรมัน เป็นแนวคิดที่ให้ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ (เช่น นายจ้าง ลูกจ้าง และอาจรวมถึงรัฐบาลด้วย) ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคมสำหรับโครงการสวัสดิการด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล แนวทางนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก (รวมทั้งในโครงการประกันสังคมในประเทศไทยด้วย)
- แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก (ซึ่งพัฒนาขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม) จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบอบเศรษฐกิจแบบเสรี แต่เศรษฐศาสตร์กระแสหลักเองก็ตระหนักถึงความล้มเหลวของกลไกตลาดในบางสถานการณ์ เช่นในสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (asymmetric information เช่นในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกับแพทย์มีความรู้ไม่เท่ากัน) หรือในกรณีที่กิจกรรมบางอย่างมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสังคม (externality หรือ spill-over effect เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคได้) หรือในกรณีที่ไม่มีตลาดที่ทำหน้าที่ประกันความเสี่ยงใน

ของเทคนิคมากกว่าตัวระบบ และประเทศไทยใช้ อสม. เป็นระบบเสริมที่จะมาช่วยให้ตัวระบบบริการหลักทำงานได้ดีขึ้นเสียมากกว่า

บางด้าน (เช่น ไม่มีตลาดประกันสุขภาพของเอกชนที่ประชาชนโดยทั่วไปสามารถไปซื้อบริการได้อย่างกว้างขวาง โดยในบางกรณี ผู้ที่จะซื้อประกันสุขภาพสำหรับตนเองจะถูกบังคับให้ซื้อประกันชีวิตควบกันไปด้วย) ซึ่งปัญหาประการหลังนี้มักจะเกิดตามมาจากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูลด้วย ตัวอย่างเช่น ในกรณีประกันสุขภาพของเอกชน ที่ผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี บริษัทจึงมักจะคิดเบี้ยประกันในอัตราที่สูงดักหน้าเอาไว้ก่อน และอาจต้องบังคับให้ผู้ซื้อประกันต้องตรวจสุขภาพก่อนด้วย ในขณะที่โครงการประกันสุขภาพของภาครัฐที่ครอบคลุมทุกคน (หรือในโครงการประกันสังคมซึ่งรัฐ*บังคับ*ให้ลูกจ้างทุกคนเข้าโครงการ) จะไม่ประสบปัญหาที่ถูกเลือกโดยผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเหมือนกับโครงการของเอกชน การที่โครงการของรัฐครอบคลุมทุกคนแบบถ้วนหน้าทำให้รัฐสามารถมีโครงการประกันสุขภาพที่สามารถเฉลี่ยความเสี่ยงและ "เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข" โดยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลด้านสุขภาพของปัจเจกชนแต่ละราย ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน และทำให้มีโอกาสมากที่จะทำโครงการประกันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าภาคเอกชน แนวทางนี้จึงสนับสนุนให้ใช้ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคมของรัฐแทนในกรณีที่รัฐสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

นอกจากแนวคิดทั้งสี่แนวนี้แล้ว ยังมีแนวทางย่อยๆ อื่นๆ อีก ตัวอย่างเช่น แนวทางการประกันตัวเอง (self-insurance) โดยการบังคับให้ออม (mandatory saving) ที่ใช้ในประเทศสิงคโปร์ และในหลายประเทศมีการใช้หลายแนวทางพร้อมๆ กัน รวมทั้งสิงคโปร์ ซึ่งใช้กองทุนอื่นเข้ามาเสริมสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีเงินออมของตนเองไม่พอสำหรับจ่ายค่าบริการด้านการรักษาพยาบาล และบางประเทศมีกองทุนสำหรับช่วยเหลือผู้ตกงานและผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม

ข้อน่าสังเกตประการหนึ่งก็คือ การที่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีที่มาที่หลากหลาย ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้บริการภาคเอกชนมีความหลากหลายตามไปด้วย โดยมีทั้งแนวคิดที่เน้นบริการของภาครัฐและพยายามจำกัดบทบาทของภาคเอกชน (เนื่องจากมีความเชื่อว่าในหลายกรณี บริการที่เกิดจากภาคเอกชนเป็นบริการที่ฟุ่มเฟือยหรือไม่มีประสิทธิภาพเมื่อมอง

จากผลประโยชน์ของสังคม[26]) ไปจนถึงแนวคิดที่ต้องการให้มีการการร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และแนวคิดที่ต้องการให้มีการแข่งขันระหว่างรัฐและเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นทางเลือกของประชาชน

สำหรับในประเทศไทยนั้น ถึงแม้ว่าฝ่ายต่างๆ ที่พยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่ได้มีฉันทามติในทุกๆ ด้าน แต่ก็มีจุดร่วมในประเด็นหลักๆหลายประเด็นเมื่อกล่าวถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น

- เป็นการจัดบริการที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ไม่ใช่การสงเคราะห์ที่ขึ้นกับระดับความเอื้ออาทรที่ผู้ให้บริการเลือกหยิบยื่นให้
- เป็นบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่มีคุณภาพที่เป็นที่ต้องการของผู้มีสิทธิ์ ไม่ใช่บริการชั้นสองที่มีคุณภาพต่ำหรือมีมาตรการจำกัดคุณภาพสำหรับผู้มีสิทธิ์บางกลุ่ม[27]
- มีความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่ทัดเทียมสำหรับทุกคน (ถึงแม้ว่าผู้ที่มีสิทธิ์ต่างกันหรือจ่ายเงินต่างกันอาจจะได้รับ

---

[26] เช่น มีการให้บริการที่เกินความจำเป็น (รวมทั้งการเติบโตของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและผลิตภัณฑ์ราคาแพงอื่นๆ ที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิผลจริง)

[27] ตัวอย่างเช่น การมีบัญชียาสองชุดขึ้นไปสำหรับคนไข้ประเภทต่างๆ (ไม่ว่าจะเป็นการอิงบัญชียาหลักหรือไม่ก็ตาม) น่าจะถือได้ว่าเป็นเลือกปฏิบัติ *เพราะการเลือกจ่ายยาให้ผู้ป่วยน่าจะอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นของผู้ป่วยรายนั้นๆ และควรเป็นการปรับตามแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่เหมาะสมมากกว่าการตัดสินโดยดูว่ายาตัวนั้นอยู่ในบัญชียาหลักหรือไม่* เพราะถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติแล้วยาในบัญชียาหลักอาจจะเพียงพอสำหรับรักษาผู้ป่วยร้อยละ 99 และสถานพยาบาลอาจจะเลือกใช้ยาในบัญชีเป็นยาด่านแรก (drugs of first choice) สำหรับผู้ป่วยทุกรายก็ตาม แต่เมื่อมีผู้ป่วยรายใดที่ใช้ยาในบัญชียาหลักแล้วไม่ได้ผล และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิผล ระบบประกันสุขภาพก็ไม่มีเหตุผลที่จะปฏิเสธความคุ้มครองด้วยเหตุผลว่ายาตัวนั้นอยู่นอกบัญชีชุดหนึ่งที่กำหนดกันขึ้นมาเอง และในระบบที่ควรจะเป็น (ซึ่งควรแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการนั้น) หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ไม่ควรเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดชนิดของยาที่สามารถนำมาใช้ในโครงการ แต่ควรปล่อยให้สถานพยาบาล (หรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล) ตั้งและบริหารกรอบยาของตนเอง ภายใต้เงื่อนไขว่าสถานพยาบาลจะต้องหาทางรักษาผู้ป่วยตามชุดสิทธิประโยชน์ และสถานพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งรายใด (เช่น ถ้ากรอบยาไม่มียาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยรายนั้น) ก็มีหน้าที่ที่จะต้องหายามาให้ผู้ป่วยหรือส่งต่อผู้ป่วยไปในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาได้

ความสะดวกสบายในการรับบริการส่วนอื่นๆ เช่น ห้องพักและอาหาร ในระดับที่ต่างกันได้ก็ตาม)

- เป็นระบบประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพ และคำนึงถึงต้นทุน-ประสิทธิผล (cost effectiveness) ไม่ใช่ระบบที่มีการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยหรือระบบที่ผู้ให้บริการสามารถสั่งจ่ายยาได้อย่างไม่จำกัดโดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย[28]

อย่างไรก็ตาม มีประเด็นอื่นๆ ที่ฝ่ายต่างๆ ที่พยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้เห็นพ้องกันทั้งหมด เช่น

- การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการพื้นฐานที่จำเป็น (basic/essential-package insurance) หรือครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง (catastrophic insurance) โดยฝ่ายแรกมีความเห็นว่าการขาดหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานทำให้ประชาชนไม่มีแรงจูงใจที่จะมาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพหรือมารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยไม่มาก และมักปล่อยจนกระทั่งโรคที่เป็นมีความรุนแรงจึงมารับการรักษา และการมารับบริการก็มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อยู่แล้ว จึงน่าจะช่วยลดภาระด้านนี้ซึ่งเป็นภาระที่ไม่เบาสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ขณะที่ฝ่ายหลังเห็นว่าการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เป็นเหตุการณ์ที่คนส่วนใหญ่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและรับภาระค่าใช้จ่ายเองได้ แต่จะมีปัญหาเมื่อป่วยหนัก (เช่นป่วยเป็นโรคที่รุนแรง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือโรค

---

[28] ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งวิจารณ์ระบบประกันสุขภาพแบบปลายปิดที่พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลว่าเป็นระบบที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกันเนื่องจากผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงความอยู่รอดของสถานพยาบาลและรายได้ของตนเองด้วย และมักให้ความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพที่ควรจะเป็นคือระบบที่ให้ฝ่ายที่สาม (third-party payer) มารับผิดชอบค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย โดยให้ผู้ให้บริการเบิกจ่ายตามการรักษาจริง (ซึ่งเป็นระบบการจ่ายเงินที่เรียกกันว่า fee for service) แต่ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพปลายปิดจะมีปัญหาตามที่ถูกวิจารณ์จริง ระบบประกันสุขภาพตามที่ผู้ให้บริการกลุ่มนี้มีภาพอยู่ในใจ (ซึ่งคล้ายกับระบบที่เคยใช้ในสหรัฐอเมริกา) ก็มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันเนื่องจากในหลายกรณีผู้ให้บริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะคล้อยตามเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (หรือจ่ายเป็นส่วนน้อย เช่น ไม่เกินร้อยละ 20) ทำให้เกิดการให้บริการที่เกินความจำเป็นและทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งประเทศที่ใช้วิธีนี้ (เช่น สหรัฐอเมริกา) ต้องหามาตรการต่างๆ มาควบคุมค่าใช้จ่ายเช่นกัน

เรื้อรังประเภทที่มีภาระค่ารักษาสูงอย่างต่อเนื่อง) จึงควรเน้นการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประเภทหลังมากกว่า

- รัฐบาลไทยหรือประเทศไทยมีทรัพยากรเพียงพอที่จะใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพ*ถ้วนหน้า*หรือไม่ แหล่งที่มาของเงินมาจากไหน จะมาจากภาษีมากน้อยเพียงใด ถ้ามาจากภาษีจะเป็นภาษีเฉพาะ (เช่น ภาษีเหล้าบุหรี่ ภาษีท้องถิ่น ฯลฯ) หรือภาษีทั่วไปที่จัดสรรเป็นงบประมาณของรัฐบาล และจะมีส่วนเสริมจากนายจ้าง/ลูกจ้าง (ดังเช่นในโครงการประกันสังคม) หรือจากตัวผู้มีสิทธิ์เองมากน้อยเพียงใด และจะมีกติกาการจ่ายเงินหรือเรียกเก็บเงินส่วนเสริมอย่างไร จะเก็บล่วงหน้าในรูปเบี้ยประกัน (premium) หรือควรมีส่วนร่วมจ่าย (co-pay) เมื่อไปรับบริการ และถ้ามีการเก็บเงิน ณ จุดให้บริการ ควรมีข้อกำหนดกฎกติกาอะไรบ้าง
- จำนวนกองทุนที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพควรมีกี่กองทุน ควรมีกองทุนเดียว (single payer) เพื่อความเสมอภาคในการให้บริการและอำนาจในการต่อรอง หรือสองกองทุนสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและภาคที่ไม่เป็นทางการ หรือมีจำนวนกองทุนเท่ากับในปัจจุบัน (สามกองทุนหลักบวกกองทุนเฉพาะกิจเช่นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ) หรือมีหลายกองทุนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการแข่งขัน
- การแยกบทบาทระหว่างผู้คุมกฎ (regulator) ผู้ซื้อบริการ (purchaser) และผู้ให้บริการ (provider) ออกจากกัน ซึ่งแต่เดิมนั้น กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ทั้งสามด้านพร้อมๆ กัน และมีโอกาสที่จะเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interests) การรวมแบบเดิมมีข้อดีอะไรบ้าง ถ้ามีความจำเป็นต้องแยกบทบาทสามประการนี้ จะแยกออกไปอยู่ในสองหรือสามหน่วยงาน และจะมีความเกี่ยวข้องกับแผนกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างไร การแยกองค์กรจะสร้างปัญหาอะไรตามมาบ้าง
- บทบาทของภาครัฐและภาคเอกชนในระยะยาว ซึ่งมีทั้งฝ่ายที่ต้องการให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเพื่อเพิ่มทางเลือกสำหรับประชาชนและสร้างระบบที่มีการแข่งขันในด้านประสิทธิภาพมากขึ้น และฝ่ายที่เห็นว่ารัฐจะต้องเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะสามารถวางแผน "จัดระเบียบ" ระบบบริการสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์กับสังคมมากขึ้น และสามารถลดบริการและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นด้านสุขภาพลงในระยะยาว

- สิทธิในการเลือกสถานพยาบาล ซึ่งมีทั้งฝ่ายที่เห็นว่าประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเพราะเป็นสิทธิ์ขั้นพื้นฐาน ฝ่ายที่เห็นว่าการเลือกสถานพยาบาลก่อให้เกิดการแข่งขันและปรับปรุงบริการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น และฝ่ายที่เห็นว่าการเลือกสถานพยาบาลก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ทำลายระบบการส่งต่อ และไม่เอื้ออำนวยต่องานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดของบางฝ่ายที่เห็นว่าควรจะผูกการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ากับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงิน เช่น แนวคิดเรื่องการให้เงินตามไปกับผู้ป่วย ("money follows patient") ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดสรรเงินที่ตอบสนองกับความต้องการและสิทธิในการเลือกของประชาชน และมีนัยในด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่กินความไปถึงการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น และในบางกรณีมีนัยที่สนับสนุนให้มีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ (primary care)[29] และการโยกย้ายทรัพยากรไปสู่สถานพยาบาลระดับต้นมากขึ้นด้วย (ดูรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเหล่านี้เพิ่มเติมในตอนที่ 7.2)

การที่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีที่มาที่หลากหลาย และในกลุ่มผู้ที่สนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเองก็ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันค่อนข้างมากในหลายด้าน[30] เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่ายังมีความแตกต่างในด้านปรัชญาของโครงการที่ยังเป็นที่ถกเถียงกันอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผนวกความเห็นของผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับปรัชญาของโครงการนี้เข้ามาด้วย ดังนั้นเมื่อมีความพยายามการแปลงปรัชญานี้มาสู่การปฏิบัติ ดังเช่นในโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" นั้น ความแตกต่างด้านแนวคิดในด้านต่างๆ ก็ถูกสะท้อนออกมาเป็นข้อถกเถียงและความสับสนที่แวดล้อมโครงการนี้ตลอดช่วงการดำเนินโครงการนี้ที่ผ่านมา

---

[29] เช่น คำขวัญเรื่อง ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" (และอาจรวมไปถึงแนวคิดเรื่อง "สร้างนำซ่อม" ด้วย)

[30] อย่างไรก็ตาม การที่มีผู้ที่เกี่ยวข้องน้อยคนที่จะประกาศจุดยืนคัดค้านหลักการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รวมถึงพรรคฝ่ายค้าน ซึ่งตั้งคำถามมากมาย แต่ไม่มีผู้ที่ออกเสียงคัดค้านร่าง พรบ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ เลย) อาจจะทำให้แนวคิดของ "ผู้สนับสนุน" แนวคิดนี้มีความหลากหลายมากกว่าในกรณีอื่นๆ โดยทั่วไป

2.3 การศึกษาและผลักดันเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

การศึกษาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เพิ่งเริ่มขึ้นอย่างจริงจังในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโดยกลุ่มนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขซึ่งจบการศึกษามาจากยุโรป (ส่วนใหญ่ศึกษาที่อังกฤษและเบลเยี่ยม) โดยในระยะแรกนั้น นักวิชาการกลุ่มนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข) มีบทบาทในการผลักดันหรือมีส่วนร่วมในการบริหารโครงการประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ และโครงการ สปร. (และสำนักงานประกันสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข) รวมทั้งมีบทบาทในการนำแนวคิดใหม่ๆ จากต่างประเทศเข้ามาใช้[31] เช่นการจัดสรรงบแบบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสังคม และการซื้อบริการจากสถานพยาบาลของเอกชนและการให้สิทธิ์ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม การขายบัตรสุขภาพแบบสมัครใจในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และการผลักดันให้มีการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบ สปร. มาใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัวในปี 2541

ในบรรดาโครงการหลักประกันสุขภาพเหล่านี้นั้น โครงการ สปร. (สปน. เดิม) เป็นโครงการเก่าแก่ที่แต่เดิมไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก แต่ในระหว่างปี พ.ศ. 2532-35 นั้น รัฐบาลในขณะนั้นมีนโยบายขยายการรักษาพยาบาลฟรีจากที่แต่เดิมให้เฉพาะผู้มีรายได้น้อย มาให้แก่ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาเข้ามาในโครงการด้วย ซึ่งการขยายโครงการครั้งนี้ทำให้โครงการ สปร. กลายมาเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพที่ขยายออกไปครอบคลุมประชากรเกือบครึ่งประเทศในชั่วระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี ในการขยายโครงการครั้งนี้จึงได้เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ด้วย

กลุ่มนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในประเทศไทยมีปฏิกิริยาที่แตกต่างกันต่อการขยายความครอบคลุมของโครงการ สปร. โดยนักวิชาการในแวดวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายรักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุและเด็กแบบ "เหวี่ยงแห" และเห็นว่าเป็นนโยบายหาเสียงของพรรคการเมือง แต่ก็มีส่วนน้อยที่เริ่มมองเห็นโอกาสที่จะใช้โครงการนี้เป็น "บันได" ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

---

[31] ซึ่งในบางกรณีมีองค์กรต่างประเทศมาเกี่ยวข้อง เช่น GTZ (กรณีบัตรสุขภาพ) และสหภาพยุโรป

หลังจากที่ประเทศไทยประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจและมีประชาชนหันไปพึ่งบริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก็ได้รับความสนใจมากขึ้น ประเด็นเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นหนึ่งในกระแสนี้ และเริ่มมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาเรื่องนี้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนจากโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ซึ่งเป็นโครงการที่นักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งผลักดันให้เกิดขึ้นโดยขอความสนับสนุนทางการเงินจากสหภาพยุโรป โครงการนี้ได้สนับสนุนการศึกษาของศุภสิทธิ์และคณะ (2543) เรื่อง *"ความเป็นไปได้และทางเลือกและของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย"* ในขณะเดียวกันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ คปรส. เพื่อเตรียมการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ) ก็เริ่มให้ความสนใจและสนับสนุนงานวิจัยในเรื่องนี้ และสองหน่วยงานนี้ได้สนับสนุนให้เกิดงานชิ้นสำคัญชิ้นหนึ่ง คือ รายงานของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง *"ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....." ซึ่งแม้ว่าจะตีพิมพ์ออกมาในปี 2544 แต่ในช่วงเตรียมการนั้น คณะทำงานชุดนี้ (ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน) ก็ได้ส่งผลสะเทือนทางความคิดต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ในการจัดประชุมและสัมมนาต่างๆ ในปี 2542-43 ที่จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ก็มักจะมีหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ด้วย

ในระหว่างที่กระแสเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความสนใจในหมู่นักวิชาการด้านด้านสาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขนั้น พรรครัฐบาลในขณะนั้น (ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนโครงการบัตรสุขภาพและการขยายโครงการ สปร. และตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ คปรส. และสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นมาเพื่อเตรียมการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ) ไม่ได้ให้ความสนใจกับเรื่องนี้เป็นพิเศษ เช่นเดียวกับพรรคฝ่ายค้านและพรรคการเมืองที่ตั้งขึ้นมาใหม่ เช่น พรรคไทยรักไทย แต่เมื่อมาถึงช่วงไม่กี่เดือนก่อนการเลือกตั้งนั้น พรรคไทยรักไทยก็ได้เริ่มหาเสียงด้วยนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งกลายมาเป็นหนึ่งในนโยบายที่สำคัญที่มีส่วนช่วยให้พรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาเป็นเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎร และเมื่อได้รับเลือกตั้งแล้ว พรรคไทยรักไทยก็เริ่มหันมาสนใจในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น โดยผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมาสู่การปฏิบัติภายใต้ชื่อ "นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

30 บาทรักษาทุกโรค" และมีบทบาทที่สำคัญในการผลักดัน พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เข้าสู่สภา

ในแง่นี้ ถึงแม้ว่ากระแสเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เรื่องใหม่ และเริ่มได้รับความสนใจในหมู่นักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องมาระยะหนึ่ง และมีการศึกษาวิจัยมาแล้วไม่น้อย แต่การที่บุคลากรของพรรคไทยรักไทยบางท่าน ซึ่งเคยอยู่ในวงการสาธารณสุขมาก่อน ได้ผลักดันโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ขึ้นมาชูเป็นหนึ่งในสิ่นโยบายของพรรค ประกอบกับการที่พรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาด้วยเสียงข้างมากและเป็นพรรคการเมืองที่พยายามปฏิบัติตามพันธสัญญาที่ให้ไว้ในช่วงหาเสียงเลือกตั้ง จึงกลายมาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแบบที่ใช้โครงการ 30 บาทเป็นธงนำ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นมาในประเทศไทยอย่างรวดเร็วกว่าที่นักวิชาการที่เกี่ยวข้องจะคาดฝันเอาไว้ และก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรูปโฉม กระบวนการและปัญหาที่แตกต่างไปจากจินตภาพของนักวิชาการและหลายท่านในคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้กำเนิด "*ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*" ซึ่งเคยถูกอ้างถึงในช่วงเริ่มโครงการว่าเป็น "คัมภีร์ใบเบิ้ลของโครงการ 30 บาท" เป็นอย่างมาก

3. พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 หลังจากที่โครงการ 30 บาทได้ดำเนินการผ่านพ้นปีแรกไปแล้ว แต่ความเป็นมาและเส้นทางวิวัฒนาการของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ รวมทั้งการผลักดันให้มีการแก้ไข พรบ. ฉบับนี้ตั้งแต่ พรบ. เพิ่งจะผ่านสภาได้ไม่นาน ก็สะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงสองปีของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี

ในปี 2543 คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ได้ตั้ง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นมาเพื่อร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติภายในสามปี ซึ่งในโครงของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ เองนั้นก็มีประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ "การคลังรวมหมู่ด้านสุขภาพ" อยู่ด้วย และ สปรส. เองก็ได้มอบหมายให้ ศ.อัมมาร สยามวาลา ซึ่งในขณะนั้นเป็นประธานคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดทำรายงานข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... รายงานชิ้นนี้ตีพิมพ์ออกมาในกลางปี 2544 หลังจากที่รัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศและเริ่มโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทในหกจังหวัดแรกแล้ว แต่ในระหว่างการตระเตรียมโครงการ 30 บาทนั้น รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกำลังหลักในการบริหารโครงการ 30 บาทในปีแรก มักจะอ้างถึงร่างรายงานนี้ว่าเป็น "คัมภีร์ไบเบิ้ล" ของโครงการ 30 บาท

เมื่อรัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศและผลักดันให้เกิดโครงการ 30 บาทขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว[32] รัฐบาลจึงได้ผลักดันให้ออก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งในแผนเดิมของ คปรส. จะผลักดันเรื่องนี้หลังจากที่มี พรบ.สุขภาพแห่งชาติออกมาแล้ว ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรีของรัฐบาลเดิมคือปี 2546) ขึ้นมาเพื่อรองรับโครงการ 30 บาทและการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

---

[32] เริ่มโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทในหกจังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 และขยายออกมาครอบคลุม 75 จังหวัดในเดือนตุลาคม 2544

การที่ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกผลักดันขึ้นมาโดยรัฐบาลอย่างรวดเร็ว ทำให้มีกระบวนการที่ต่างจากการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งเน้นกระบวนการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากเวทีต่างๆ ค่อนข้างมากเป็นเวลามากกว่าหนึ่งปี)[33] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจค่อนข้างมาก จึงมีผู้เสนอร่าง พรบ. นี้เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรถึง 6 ร่าง ซึ่งรวมทั้งร่างของคณะรัฐมนตรี ร่างของ สส. พรรครัฐบาล และร่างของ สส. ฝ่ายค้าน นอกจากนี้ยังมีร่างขององค์กรภาคประชาชน ซึ่งได้เริ่มล่ารายชื่อผู้สนับสนุน 50,000 ชื่อเพื่อเสนอ พรบ. นี้เข้าสภาตั้งแต่ปี 2543 ด้วย แต่เนื่องจากกระบวนการล่ารายชื่อไม่ได้มีหลักฐานประกอบ (เช่น สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน) ที่สมบูรณ์พอและไม่สามารถหาหลักฐานมาเพิ่มเติมทันเวลาที่ประธานสภาจะบรรจุร่าง พรบ. นี้เข้าสภา ร่างขององค์กรภาคประชาชน ซึ่งมีหลายประเด็นที่แตกต่างจาก 6 ร่างที่เหลือ จึงไม่ได้รับการพิจารณาในสภา

ในระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรนั้น ร่าง พรบ. ฉบับของรัฐบาลได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรอย่างรวดเร็ว สภาได้ผ่านร่าง พรบ. นี้เมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2545 โดยไม่มีผู้ที่ออกเสียงคัดค้าน และการแก้ไขเพียงเล็กน้อย แต่ในระหว่างการพิจารณาของวุฒิสภานั้นได้มีการโต้แย้งกันอย่างกว้างขวางทั้งในกรรมาธิการและในวุฒิสภาเอง

ประเด็นสำคัญที่มีการโต้แย้งกันค่อนข้างมากอาจแบ่งได้เป็นสามประเด็นคือ (ก) ทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ (ข) สัดส่วนของกรรมการฝ่ายต่างๆ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และ (ค) ประเด็นเรื่องการกันเงินร้อยละหนึ่งสำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และการ "ไล่เบี้ย" ในกรณีที่มีผู้กระทำผิด (มาตรา 41 และ 42)

(ก) ทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในเรื่องนี้มีประเด็นสำคัญๆ ที่ถกเถียงกันหลายประการคือ

- จะเป็นหลักประกันสุขภาพ "ถ้วนหน้า" หรือ จะเป็นหลักประกันสุขภาพสำหรับคนจน
- จะรวมโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ (อันได้แก่โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และโครงการ 30 บาทฯ) เข้าด้วยกันหรือไม่

---

[33] ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านกระบวนการประชาพิจารณ์หลายครั้งเช่นกัน แต่ไม่มากและไม่ได้กระจายลงสู่พื้นที่ต่างๆ เหมือน ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

ในทั้งสองประเด็นนี้ รัฐบาลเองไม่ได้แสดงท่าทีที่ชัดเจนมากนัก (และบางครั้งผู้ที่เกี่ยวข้องก็แสดงท่าทีกลับไปกลับมา)[34] จนกระทั่งเมื่อการ พรบ. อยู่ในการพิจารณาในวุฒิสภา ผู้ที่เกี่ยวข้องในรัฐบาลจึงหันมายืนยันท่าทีเรื่อง "ถ้วนหน้า" เป็นเสียงเดียวกัน และคงหลักการนี้ไว้ในมาตรา 5 สำหรับประเด็นเรื่องการรวมโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกันนั้น ในที่สุด รัฐบาลได้ยืนตามร่างเดิมเป็นหลัก โดยกำหนดให้รวมการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพเหล่านี้เข้าด้วยกัน แต่เปิดช่องเรื่องเวลาเอาไว้ให้ โดยรัฐบาลจะต้องออกพระราชกฤษฎีกาในกรณีที่จะให้ข้าราชการและพนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจเข้ามาร่วมโครงการนี้ (มาตรา 9) และคณะกรรมการกองทุนประกันสังคมจะต้องเห็นชอบและบรรลุข้อตกลงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันในกรณีที่จะนำผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมเข้ามาร่วมโครงการ (มาตรา 10) ซึ่งในด้านเงื่อนเวลานั้น มาตรา 66 ได้กำหนดให้ดำเนินการตามมาตรา 9 และ 10 ภายในหนึ่งปี แต่ก็สามารถขยายเวลาออกไปครั้งละหนึ่งปี โดยไม่มีเส้นตายที่แท้จริงว่าจะต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นเมื่อใด แต่แม้กระทั่งเงื่อนไขดังกล่าว ก็ยังไม่เป็นที่พอใจของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จนในที่สุดแล้ว คณะรัฐมนตรีมีมติให้แก้ไขมาตรา 66 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยกำหนดให้ดำเนินการตามมาตรา 9 และ 10 ภายใน*สามปี* (และยังคงรักษาเงื่อนไขการขยายเวลาออกไปครั้งละหนึ่งปี โดยไม่มีเส้นตายที่แท้จริงเหมือนเดิม) ดังนั้น จึงเชื่อได้ว่า*โครงการทั้งสามจะยังคงไม่มีการรวมกันในระยะนี้หรือในอนาคตอันใกล้* จะมีก็แต่โครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเท่านั้นที่มาตรา 12 ของ พรบ. นี้กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่วนกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงานนั้น ถึงแม้ว่ามาตรา 11 จะกำหนดเอาไว้ในลักษณะเดียวกับมาตรา 12 แต่คาดว่าในที่สุดแล้วมาตรานี้จะถูกตัดออกไปในการแก้ไข พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (ซึ่งการแก้ไขมาตรานี้ได้ผ่านความเห็นชอบของ ครม. ไปแล้วเช่นเดียวกัน)[35]

---

[34] ดูวิโรจน์และอัญชนา (2545ก และ 2545ข)

[35] การเสนอแก้มาตรา 11 นี้เป็นไปตามข้อตกลงที่รัฐมนตรีว่าการและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามร่วมกับกับกลุ่มผู้บริหารและผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมตั้งแต่เมื่อปลายปี 2545

(ข) ประเด็นเรื่องสัดส่วนของกรรมการฝ่ายต่างๆ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 13) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (มาตรา 48)

กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์) เห็นว่ามีสัดส่วนของกรรมการที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพในคณะกรรมการทั้งสองชุดมากกว่าผู้ประกอบวิชาชีพมาก

ในประเด็นนี้ ได้มีการแก้ไข โดยในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 13) เพิ่มจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนสี่คน (จากแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา) รวมกับตัวแทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชนอีกหนึ่งคน และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคาดว่าน่าจะเป็นแพทย์ประมาณสามคน เมื่อรวมกับกรรมการโดยตำแหน่ง (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) คาดว่าน่าจะมีกรรมการที่อยู่ในวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขประมาณ 9 คนจากคณะกรรมการทั้งหมด 30 คน

สำหรับในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (มาตรา 48) ก็ได้มีการแก้ไขโดยเพิ่มจำนวนแพทย์เป็นประมาณ 13 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นๆ ประมาณ 9 คน จากคณะกรรมการทั้งหมด 35 คน (จากแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา)

(ค) ประเด็นเรื่องการกันเงินร้อยละหนึ่งสำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และการ "ไล่เบี้ย" ในกรณีที่มีผู้กระทำผิด (มาตรา 41 และ 42)

การผลักดันเรื่องนี้ เกิดจากแพทย์กลุ่มหนึ่งที่ได้เห็นความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งในกรณีส่วนใหญ่มักเป็นความเสียหายที่ไม่มีผู้ผิด (เช่นกรณีแพ้ยาโดยส่วนใหญ่) หรือแม้กระทั่งในกรณีที่อาจมีผู้ผิด การใช้กระบวนทางศาลในการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายก็ลำบากและเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก มาตรา 41 จึงกำหนดให้กองทุนจะกันเงินร้อยละหนึ่งของงบรักษาพยาบาลมาไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลทั้งในกรณีที่มีและไม่มีผู้ผิด และในกรณีที่มีผู้กระทำผิด มาตรา 42 ก็ให้สิทธิ์กองทุนในการไล่เบี้ยค่าเสียหายที่กองทุนจ่ายทดแทนไปจากผู้กระทำผิดได้

ในขณะที่แพทย์กลุ่มที่มีบทบาทในการผลักดันให้มีมาตรา 41 และ 42 เชื่อว่าการมีกองทุนที่นำเงินกองกลางมาชดเชยความเสียหายโดยผู้เสียหายไม่ต้องไปฟ้องศาลเอาเองน่าจะช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องและกรณีที่แพทย์ต้องจ่ายค่าเสียหายให้ผู้ป่วยลงได้ แพทย์จำนวนไม่น้อยเชื่อว่าการมีระบบที่ยอมจ่ายค่าชดเชยได้ง่ายขึ้นจะกลายเป็นเครื่องจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติออกมาเรียกร้อง

ค่าเสียหายและฟ้องแพทย์กันมากขึ้นในอนาคต และเรียกร้องให้ตัดสองมาตรานี้ (หรืออย่างน้อยมาตรา 42) ออก

แม้ว่ากรรมาธิการเสียงข้างมากของวุฒิสภาจะเสนอให้ตัดสองมาตรานี้ออก แต่ในที่สุดวุฒิสภาก็ผ่านร่าง พรบ. โดยคงสองมาตรานี้เอาไว้ หลังจากนั้น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็พยายามแก้ปัญหาความไม่พอใจของแพทย์โดยสัญญาว่าจะผลักดันให้ออกกฎหมายมาตัดมาตรา 42 ออกไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ของการแก้ไข พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่คณะรัฐมนตรีได้อนุมติโดยหลักการให้เสนอเรื่องนี้สู่สภาต่อไป

ดังนั้น นัยที่สำคัญจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (และการแก้ไขที่กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ) ก็คือ โครงการประกันสุขภาพต่างๆ จะยังคงแยกกันดำเนินการในระยะนี้และในอนาคตอันใกล้ (ซึ่งคงไม่น้อยกว่า 5 หรือ 10 ปี) ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ตั้งแต่แรกว่าจะเกิดขึ้น เนื่องจากตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทนั้น รัฐบาลเลือกที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทแต่ฝ่ายเดียว โดยไม่ได้แตะต้องโครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สาเหตุสำคัญคงเป็นเพราะวัตถุประสงค์หลักของรัฐบาลในเรื่องนี้ไม่ใช่การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศทั้งระบบ หากเป็นการผลักดันให้โครงการ 30 บาทให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้บรรลุสัญญาที่รัฐบาลให้ไว้ในช่วงก่อนและหลังเลือกตั้ง การเลือกให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทแต่ฝ่ายเดียวนั้น นอกจากจะมีข้อได้เปรียบตรงที่ไม่ประสบกับปัญหาการต่อต้านของข้าราชการและผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์จากโครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งมีกฎเกณฑ์และกติกาของเดิมอยู่แล้ว (รวมไปถึงมี "ภาษา" ของโครงการเดิมซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการใหม่ได้ทันที) และการที่เป็นโครงการของกระทรวงเดียวก็ทำให้รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งเป็นเสมือน CEO ของโครงการในขณะนั้น) สามารถผลักดันให้เกิดการบริหารแบบ*เกือบ*เบ็ดเสร็จ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งรู้จักกันมากกว่าในชื่อ "War Room") ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารโครงการและเป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบาย ซึ่งในหลายกรณีเป็นการบริหารที่ไม่ผ่านขั้นตอนและกลไกราชการปกติของกระทรวงฯ แต่ถึงแม้ว่าการบริหารโครงการ 30 บาทแยกจากโครงการอื่นๆ จะทำให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างรวดเร็วซึ่งสอดคล้องกับจุดประสงค์ของพรรคไทยรักไทยและผู้บริหารโครงการ แต่ก็เป็นการส่งสัญญาณออกไปในขณะเดียวกันว่าโครงการนี้จะเป็นโครงการเฉพาะสำหรับบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในโครงการอื่น และเมื่อรัฐบาลได้นำร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่สภา ก็ทำให้ผู้ที่

เกี่ยวข้องจำนวนไม่น้อยมีภาพในใจว่า พรบ. นี้เป็น พรบ. ที่มารองรับโครงการ 30 บาท เท่านั้น และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บรรยากาศการถกเถียงในเรื่องทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปะทุขึ้นเมื่อร่าง พรบ. นี้เข้าสู่วุฒิสภา

อย่างไรก็ตาม การเกิดขึ้นของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ก็ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบประกันสุขภาพหลายประการ เช่น การเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข การกำหนดให้มีระบบรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน นอกจากนี้ ยังกำหนดให้ตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานซื้อบริการ (purchaser) ที่เป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่า พรบ. นี้จะยังกำหนดไว้ในบทเฉพาะกาลว่าการซื้อบริการจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสามปีแรกให้ซื้อผ่านกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม[36]

แต่ความเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้ก็ไม่ได้เปลี่ยนภาพใหญ่ที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจะยังคงแยกออกเป็นสามโครงการใหญ่ๆ อย่างชัดเจนต่อไป (อย่างน้อยก็ในอนาคตอันใกล้) รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยฉบับนี้ จึงต้องแยกพิจารณาโครงการด้านประกันสุขภาพออกเป็นโครงการย่อยๆ ทีละโครงการ โดยจะเริ่มจากโครงการที่มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนานที่สุดก่อน อันได้แก่โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

---

[36] นอกจากนี้ ในช่วงสองปีที่ผ่านมา ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายข้าราชการประจำ) ก็พยายามผลักดันให้แก้ไข พรบ. นี้ โดยให้ยืดบทเฉพาะกาลออกไปอีก

4. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว[37]

สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวเป็นหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดขึ้นเป็นโครงการแรกของประเทศไทยให้กับข้าราชการ[38] ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ อันได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ[39]ไม่เกิน 3 คน สวัสดิการของรัฐวิสาหกิจมักจะอิงสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นหลัก แต่รัฐวิสาหกิจที่สามารถหารายได้เองหลายแห่งจะมีสวัสดิการที่เหนือกว่าสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในขณะเดียวกัน รัฐวิสาหกิจบางแห่งที่ต้องพึ่งเงินงบประมาณอย่างเดียวก็มีสวัสดิการที่ด้อยกว่าข้าราชการ (เช่น สวัสดิการไม่ครอบคลุมครอบครัวหรือบิดามารดา)

นอกจากข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัวแล้ว ในระยะหลังยังมีกลุ่มพนักงานของรัฐ (เช่น เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งมักจะใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการโดยอนุโลม (บางโรงพยาบาลใช้เงินบำรุงหรือเงินสวัสดิการของโรงพยาบาลสำหรับชดเชยค่ารักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้)

4.1 กลไกการดำเนินการและกลไกการจ่ายเงิน

โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอยู่ในความดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ส่วนสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวนั้น อยู่ในความดูแลของสำนักรัฐวิสาหกิจและหลักทรัพย์ของรัฐ ซึ่งอยู่ในสังกัดกรมบัญชีกลางเช่นกัน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ในอดีตกรมบัญชีกลางทำหน้าที่เป็นสมุห์บัญชีผู้จ่ายเงินให้กับข้าราชการและหน่วยงานตามหลักฐานที่ตั้งเบิกขึ้นมามากกว่าที่มีบทบาทในการ "บริหาร" โครงการนี้

ที่ผ่านมาโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (และรัฐวิสาหกิจโดยส่วนใหญ่) ใช้วิธีเบิกจ่ายย้อนหลังตามค่าบริการที่เรียกเก็บโดยสถานพยาบาล (fee-for-service) โดยในกรณีผู้ป่วยนอกนั้น ผู้มีสิทธิ์ต้องทดรองจ่ายเองไปก่อน แล้วนำใบเสร็จไปเบิกจากทางราชการโดยผ่านต้นสังกัด

---

[37] ดูรายละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมใน นิภา (2545)

[38] ยกเว้นข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ประจำ

[39] อายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือจดทะเบียนสมรสก่อนอายุ 18 ปีบริบูรณ์

ของข้าราชการผู้นั้น สำหรับผู้ป่วยในนั้น ในกรณีที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐนั้น สถานพยาบาลของรัฐจะเป็นผู้ทำฎีกาเบิกจ่ายจากทางราชการเองโดยตรง

ปัจจุบันผู้มีสิทธิ์สามารถไปใช้สิทธิ์ที่สถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ โดยมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวน ยกเว้นค่ายานอกบัญชียาหลัก ซึ่งจะเบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่มีคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลรับรอง และกรณีตรวจสุขภาพประจำปี[40] แต่การใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนั้น ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมามีข้อจำกัดให้เบิกได้เฉพาะในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งมีอันตรายถึงแก่ชีวิตเท่านั้น และมีข้อจำกัดเพิ่มเติมในเรื่องการเบิกจ่าย กล่าวคือนอกเหนือจากค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (ซึ่งเบิกได้เหมือนกับกรณีที่รักษาในสถานพยาบาลของรัฐ) แล้ว ค่ารักษาพยาบาลประเภทอื่นๆ (เช่น ค่ายา ค่าเลือดและสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค[41]) จะเบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายไปจริงและเบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อครั้งเท่านั้น

ลักษณะเด่นของโครงการสวัสดิการข้าราชการที่ต่างจากโครงการอื่นๆ ในด้านการตั้งงบประมาณและการเบิกจ่ายเงินที่ชัดเจนที่สุดคือ โครงการนี้เป็นโครงการที่รัฐบาลรับรอง (หรือ "เคารพ") สิทธิ์ของผู้ที่อยู่ในโครงการอย่างเสมอต้นเสมอปลาย และให้หลักประกันว่าข้าราชการที่ป่วยและเบิกจ่ายตามระเบียบที่กำหนดไว้จะสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งหมด ไม่ว่าจำนวนเงินที่เบิกจ่ายจะเกินงบที่ตั้งเอาไว้สำหรับปีนั้นๆ หรือไม่ก็ตาม หรืออีกนัยหนึ่งโครงการนี้เป็นโครงการแบบ entitlement ที่ทุกคนที่มีสิทธิ์สามารถใช้สิทธิของตนได้เสมอโดยรัฐบาล (ไม่ว่าจะเป็นกรมบัญชีกลางหรือสำนักงบประมาณ) ไม่เคยนำเหตุผลเรื่อง "เงินไม่พอ" หรือ "เกินงบ" มาปฏิเสธการจ่ายเงินในกรณีที่โครงการมีค่าใช้จ่ายมากกว่างบที่ตั้งเอาไว้เลย

4.2 ปัญหาของโครงการ

การที่โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจยินยอมให้ผู้มีสิทธิ์เบิกได้เต็มที่ตามสิทธิ์ของตน ทำให้โครงการนี้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในระหว่างปี 2531-2544 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นเป็นหกเท่าตัวในระยะเวลา 13

---

[40] การตรวจสุขภาพประจำปีในปัจจุบันทำได้เฉพาะตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ ซึ่งมีสิทธิ์เข้ารับการตรวจจากสถานพยาบาลของรัฐปีละ 1 ครั้ง และเบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (สำหรับกลุ่มผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี มีสิทธิ์เบิกได้ไม่เกิน 400 บาท กลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เบิกได้ไม่เกิน 860 บาท และเบิกค่าแพทย์ได้ไม่เกินครั้งละ 50 บาท)

[41] แต่ไม่รวมค่าจ้างพยาบาลพิเศษและค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ (ตั้งแต่ปี 2542 ผู้ที่ใช้บริการคลินิกพิเศษต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ เอง)

ปี คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี (ตารางที่ 4.1) การที่ค่าใช้จ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนั้น เชื่อกันว่าเป็นผลมาจากกลไกการจ่ายเงินของโครงการที่เป็นระบบการเบิกย้อนหลังที่จ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บโดยสถานพยาบาล (fee-for-service) และอาจมีส่วนที่เกิดจากการขาดกระบวนการตรวจสอบที่รัดกุมด้วย ที่ผ่านมาได้มีความพยายามปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการหลายครั้ง การปฏิรูปในปี 2541 พยายามลดค่าใช้จ่ายของโครงการโดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง (เช่น จำกัดการจ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลัก จำกัดจำนวนวันนอน และตัดสิทธิ์การใช้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน) แต่ก็สามารถลดค่าใช้จ่ายลงในช่วงสั้นๆ เพียงปีเดียว (2542) การปฏิรูปครั้งใหม่ที่เริ่มดำเนินการเมื่อกลางปีงบประมาณ 2545 ถือได้ว่าเป็นครั้งแรกที่พยายามสร้างฐานข้อมูลและปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินของโครงการนี้

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การสร้างฐานข้อมูลของโครงการนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งยวดก็คือ ปัญหาการขาดข้อมูลพื้นฐานของโครงการ โดยเริ่มตั้งแต่จำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการนี้ ซึ่งกรมบัญชีกลางเองไม่มีฐานข้อมูลว่ามีจำนวนผู้มีสิทธิ์ในแต่ละหน่วยงาน (ซึ่งรวมบิดามารดาและบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 18 ปี) จำนวนกี่คน ในอดีต นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ เคยประมาณไว้ว่าน่าจะมีจำนวนผู้มีสิทธิ์ประมาณ 7 ล้านคน (จากจำนวนข้าราชการและข้าราชการบำนาญประมาณ 2.4 ล้านคน และพนักงานรัฐวิสาหกิจอีกประมาณสามแสนคน) อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีโครงการ 30 บาท หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานประกันสุขภาพ และต่อมาคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.) ก็ได้พยายามรวบรวบตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งจากการดำเนินการมาเป็นเวลาหนึ่งปีเศษ ได้ยอดตัวเลขผู้มีสิทธิ์นี้ประมาณ 4 ล้านคนเศษ (4.15 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2545 และ 4.12 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2546 และล่าสุด 4.38 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2547)[42] ซึ่งแม้ว่าตัวเลขนี้อาจจะยังไม่ครบถ้วนและยังรวบรวมได้เพิ่มขึ้นอยู่ แต่ก็มีแนวโน้มว่าในที่สุดแล้วจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการนี้น่าจะต่ำกว่าตัวเลข 7 ล้านคนมาก[43]

---

[42] ตัวเลขทั้งสองนี้รวมผู้ที่มีสิทธิ์ซ้ำซ้อนกับโครงการประกันสังคมประมาณหนึ่งแสนคนเศษแล้ว ดูตารางที่ 7.2

[43] การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2544 (ประมาณเดือน เมย.-พค.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากครัวเรือนตัวอย่าง 78,363 ครัวเรือน พบว่ามีประชากรที่มีสวัสดิการข้าราชการประมาณร้อยละ 7.5 และสวัสดิการจากรัฐวิสาหกิจอีกร้อยละ 1.0 ถ้าตัวเลขนี้ถูกต้องและการสำรวจนี้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ ก็สามารถประมาณการจำนวนผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการได้ที่ 4.6 ล้านคน และจำนวนผู้มีสิทธิ์สวัสดิการรัฐวิสาหกิจประมาณ 0.6 ล้านคน (จากประชากรประมาณ 61.2 ล้านคน ซึ่งคณะผู้วิจัยปรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จากสำมะโนประชากรในปี 2543) *รวมเป็นจำนวนผู้มีสิทธิ์สวัสดิการจากทั้งสองโครงการประมาณ 5.2 ล้านคน* และจากรายงานผลการสำรวจ

ถ้าเราใช้ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 4.377 ล้านคนในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อคนของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยประมาณอย่างคร่าวๆ ว่าในจำนวนนี้มีผู้มีสิทธิ์จากสวัสดิการรัฐวิสาหกิจประมาณ 5-6 แสนคน (จากจำนวนพนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้างประจำประมาณ 2.73 แสนคน[44]) ก็จะได้ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการประมาณ 5,281-5,421 บาทต่อปีในปีงบประมาณ 2545 และ 5,851-6,006 บาทต่อปีในปีงบประมาณ 2546 สำหรับค่าใช้จ่ายของพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวนั้น ตัวเลขค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของรัฐวิสาหกิจในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งรวบรวมโดยกรมบัญชีกลางมียอดรวม 2,797 ล้านบาท แต่ตัวเลขนี้เป็นตัวเลขข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน (เช่น ยังขาดข้อมูลค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (ปตท.) ธนาคารอาคารสงเคราะห์ (ธอส.) ธนาคารแห่งประเทศไทย บ.บางจากปิโตรเลียม การประปาส่วนภูมิภาค (กปภ.) องค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ (ออป.) เป็นต้น) ซึ่งถ้ารวมค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของหน่วยงานเหล่านี้เข้ามาด้วย ก็น่าจะมีค่าใช้จ่ายไม่น้อยกว่าประมาณ 3,000 ล้านบาท[45] หรือ 5,000-6,000 บาทต่อคนต่อปีเช่นกัน และเมื่อรวมค่าใช้จ่ายของสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจเข้าด้วยกัน ก็จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 5,363 บาทต่อคนในปีงบประมาณ 2545 และประมาณ 5,868 บาทในปีงบประมาณ 2546

อนามัยและสวัสดิการในปี 2546 ได้ยอดประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจประมาณร้อยละ 9.4 หรือประมาณ 5.72 ล้านคน (โดยใช้ตัวเลขประชากร 63.88 ล้านคน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าตัวเลขจากสำมะโนประชากรปี 2543 ค่อนข้างมาก) ถ้าสมมุติว่าตัวเลขประชากรจากสำมะโนประชากรปี 2543 ถูกต้อง และอัตราเพิ่มของประชากรในช่วงปี 2543-46 อยู่ที่ร้อยละ 1.0 ต่อปี ก็จะได้ตัวเลขประชากรในปี 2546 จำนวน 62.4 ล้านคน ซึ่งถ้าคิดจากฐานนี้จะมีจำนวนประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจประมาณ 5.6 ล้านคน)

[44] ถ้ารวมลูกจ้างชั่วคราวด้วยจะมีจำนวนประมาณ 2.86 แสนคน (ตัวเลขนี้ไม่รวมเจ้าหน้าที่ธนาคารแห่งประเทศไทย)

[45] เฉพาะค่าใช้จ่ายของสององค์กรแรกในระหว่างปี 2540-44 ก็สูงถึง 100-160 ล้านบาทต่อปี

ตารางที่ 4.1 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ล้านบาท)

ปี	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ						รัฐวิสาหกิจ	
งบประมาณ	ค่าใช้จ่ายข้าราชการ	% เพิ่มต่อปี	ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน	% เพิ่มต่อปี	ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในรพ. รัฐ	% เพิ่มต่อปี	ค่าใช้จ่ายรัฐวิสาหกิจ	อัตราเพิ่มต่อปี (%)
2531	3,156	n.a.	1,850	n.a.	1,501	n.a.		
2532	3,521	11.6	2,036	10.1	1,635	9.0		
2533	4,316	22.6	2,587	27.1	2,054	25.6		
2534	5,127	18.8	3,106	20.1	2,453	19.4		
2535	5,964	16.3	3,627	16.8	2,782	13.4		
2536	7,707	29.2	5,140	41.7	3,870	39.1		
2537	9,954	29.2	6,580	28.0	4,875	26.0		
2538	11,156	12.1	7,184	9.2	5,476	12.3		
2539	13,587	21.8	8,761	22.0	6,660	21.6	2,426	n.a.
2540	15,503	14.1	9,878	12.8	7,520	12.9	2,616	7.8
2541	16,440	6.0	10,574	7.0	8,772	11.7	2,674	2.2
2542	15,253	-7.2	9,048	-14.4	8,239	-6.1	2,396	-10.4
2543	17,058	18.8	10,050	11.1	9,083	10.2	2,303	-3.9
2544	19,181	12.4	11,058	10.3	9,775	7.2	2,813	22.1
2545	20,476	6.8	10,967	-0.8	9,463	-3.2	2,797	n.a.
2546	22,686	10.8	11,335	3.3	10,961	15.8	n.a	n.a
2531-44		14.9		14.7		15.5		n.a.

ที่มา: กรมบัญชีกลาง (กุมภาพันธ์ 2547)

หมายเหตุ: - ข้อมูลค่าใช้จ่ายของโครงการเป็นข้อมูลการเบิกจ่ายที่ได้รับอนุมัติในปีงบประมาณนั้นๆ (ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าว เพราะอาจมีการเบิกหรืออนุมัติล่าช้า)

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวบรวมจากข้อมูลที่รัฐวิสาหกิจส่งให้กรมบัญชีกลาง (ซึ่งต่ำกว่าค่าใช้จ่ายรวมของทุกรัฐวิสาหกิจ เพราะรัฐวิสาหกิจบางแห่งไม่ได้ส่งข้อมูลมาให้ในบางปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งขาดข้อมูลของหลายองค์กร)

ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 5,868 บาทต่อคนสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว อาจจะสูงกว่าความเป็นจริงไปบ้างในกรณีที่ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจที่ได้จากการสำรวจในปัจจุบันอาจมีจำนวนต่ำกว่าความเป็นจริง ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่จำนวนผู้ที่มีสิทธิ์ในโครงการเพิ่มขึ้นเป็น 5.6-5.72 ล้านคน (ซึ่งเป็นตัวเลขประมาณการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวก็จะลดลงมาเหลือประมาณ 4,500-4,600 บาทต่อปีในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งยังคงตกประมาณสามถึงสี่เท่าตัวของค่าใช้จ่ายต่อหัวในโครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาท (ดูตอนที่ 5 7 และ 8) และเป็นตัวเลขที่สูงกว่าที่หลายฝ่ายเคยประมาณเอาไว้มาก[46]

นอกจากปัญหาค่าใช้จ่ายและปัญหาฐานข้อมูลแล้ว ก็ยังมีปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งมีทั้งกรณีที่เกิดจากปัญหาโครงสร้าง (เช่น กรณีสิทธิซ้ำซ้อนกับโครงการประกันสังคม ที่เกิดจากคู่สมรสหรือบิดามารดาของข้าราชการทำงานในสถานประกอบการของเอกชน หรือในกรณีที่ข้าราชการไปทำงานนอกเวลาในธุรกิจเอกชน) และเกิดจากปัญหาแรงจูงใจ เช่น ข้าราชการหรือญาติต้องการมีบัตรทอง (หรือสิทธิ์ สปร. ในอดีต) ไว้ใช้ในกรณีที่เจ็บป่วยไม่มาก เพราะการใช้สิทธิ์สองประการหลังนี้ไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน และไม่เกิดปัญหาข้าราชการที่นำใบเสร็จไปเบิกเงินไม่นำเงินมาจ่ายคืนให้พ่อแม่

และถึงแม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการอื่นแล้ว สวัสดิการข้าราชการจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (จนมีผู้เปรียบเทียบว่าเมื่อคนไข้ที่มีสิทธิ์นี้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ก็เหมือนกับการถือเช็คที่ไม่ได้ลงยอดเงินมาให้โรงพยาบาล) แต่การที่ในปัจจุบันผู้มีสิทธิ์นี้ไม่สามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ซึ่งก็เบิกค่ารักษาได้จำกัดมาก) ทำให้ข้าราชการและครอบครัวจำนวนไม่น้อยไม่ได้รู้สึกว่าสวัสดิการของตนดีกว่าโครงการประกันสังคม (ซึ่งสามารถเลือกสถานพยาบาลของเอกชนได้ด้วย) เสมอไป และมีข้าราชการและครอบครัวจำนวนไม่น้อยไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนโดยยอมจ่ายเงินเอง

---

[46] ที่ผ่านมา ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของโครงการนี้ที่นักวิจัยส่วนใหญ่มีอยู่ในใจคือประมาณ 2,000 บาทต่อคน ซึ่งเป็นตัวเลขที่คำนวณจากฐานประชากรผู้มีสิทธิ์จำนวน 7 ล้านคน แต่ถึงแม้จะใช้ตัวเลขผู้มีสิทธิ์ 7 ล้านคน มาคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง 3,354 และ 3,670 บาทต่อคน ซึ่งสูงกว่าเดิมมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายโครงการนี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (คือประมาณ 7,000 ล้านบาท ในระหว่างปี 2540-46)

ในด้านปัญหาที่เกิดจากสถานพยาบาลนั้น การที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบที่จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการตามรายการที่รักษา (fee for service) ก็มีส่วนจูงใจให้สถานพยาบาลของรัฐจำนวนหนึ่ง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครและในจังหวัดใหญ่) เปิดคลินิกพิเศษนอกเวลา เพื่อมารองรับคนไข้กลุ่มนี้และคนไข้ที่มีฐานะดี และถึงแม้ว่าการปฏิรูปในปี 2541-42 จะตัดสิทธิ์ในการเบิกจ่ายค่าแพทย์และค่าบริการของเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลา แต่ก็ไม่มีผลต่อคลินิกพิเศษนอกเวลามากนัก

นอกจากนี้ การที่มีกลไกการจ่ายเงินที่ต่างกันสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้สถานพยาบาลบางแห่งในอดีต (ทั้งสถานพยาบาลของรัฐ และสถานพยาบาลของเอกชนซึ่งเคยร่วมอยู่ในโครงการนี้ในอดีต) ใช้วิธีรับคนไข้บางรายเข้าเป็นผู้ป่วยใน (หรือ "แปลง" คนไข้นอกเป็นคนไข้ใน) โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

4.3 การปฏิรูปโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

การที่ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอดีต ทำให้มีความพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังจากที่เกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ซึ่งมีการปรับตัวที่สำคัญคือ การปฏิรูปในปีงบประมาณ 2541 ซึ่งพยายามควบคุมลดค่าใช้จ่ายของโครงการนี้*โดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง* (เช่น จำกัดการจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลัก จำกัดวันนอนผู้ป่วยใน ตัดสิทธิ์การเบิกค่าแพทย์สำหรับคลินิกนอกเวลา และตัดสิทธิ์การใช้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน)

มาตรการดังกล่าวช่วยให้ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการ (ไม่รวมรัฐวิสาหกิจ) ลดลง*ชั่วคราว*ในปีงบประมาณ 2542 ไปอยู่ในระดับเดียวกับปีงบประมาณ 2540 (15,000 ล้านบาท) แต่หลังจากนั้น ค่าใช้จ่ายของโครงการก็เพิ่มกลับขึ้นไปอย่างรวดเร็วขึ้นไปเป็น 17,058 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2543 และ 19,180 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544 (เฉลี่ยร้อยละ 26 ต่อปีในระหว่างปี 2542-44)

หลังจากการปฏิรูปในปีงบประมาณ 2541 กระทรวงการคลังได้มอบหมายให้คณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลัง ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน) จัดทำแผนปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งแผนนี้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีของรัฐบาลที่แล้วเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 แผนปฏิรูปนี้กำหนดให้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2544 โดยมีปีงบประมาณ 2544-46 เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน และเริ่มดำเนินการเต็มตัวในปีงบประมาณ 2547 ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาฯ ซึ่งผ่านคณะรัฐมนตรีไปแล้วนั้น มีเนื้อหาที่สำคัญคือให้ผู้มีสิทธิ์ยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ควรจะได้รับไม่น้อยกว่าปัจจุบัน แต่มีรายละเอียดบางส่วน

ที่ต่างไปจากเดิมบ้าง รวมทั้งมีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย และการเตรียมการสำหรับการปรับระบบ ซึ่งสรุปได้คร่าวๆ ดังนี้

ประเภทสถานพยาบาล ผู้มีสิทธิจะสามารถเลือกไปใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยทุกๆ ปี จะสามารถเลือกสถานพยาบาลที่เห็นว่าสะดวกหรือใกล้ที่สุด

ผู้ป่วยเรื้อรัง จะมีระบบรองรับเป็นพิเศษเพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก มีคุณภาพ และเป็นธรรมต่อผู้ให้บริการ

การตรวจสุขภาพและสิทธิด้านทันตกรรม ให้สิทธิประโยชน์บางด้านเพิ่มขึ้น ผู้มีสิทธิแต่ละคนจะได้รับสมุดบันทึกประวัติสุขภาพประจำตัวซึ่งจะระบุชุดการตรวจสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากที่จำเป็น

การทดรองจ่าย ผู้มีสิทธิไม่ต้องทดรองจ่ายเงินไปก่อนดังเช่นในปัจจุบัน (ยกเว้นค่ายา<u>ส่วนที่เกินจากสิทธิประโยชน์</u>)

ค่ายา แยกค่ายาออกจากค่าบริการอื่นๆ อย่างชัดเจน และพัฒนาระบบบัญชีรายการยา 3 ชุด โดยแบ่งเป็น (1) บัญชียาที่ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่ายาได้ทั้งหมดตามราคาอ้างอิง (2) บัญชียาที่เบิกได้บางส่วน และ (3) บัญชียาที่เบิกไม่ได้ และในระยะยาวผู้มีสิทธิ์สามารถเลือกรับยาได้ทั้งจากสถานพยาบาลหรือร้านขายยาที่จดทะเบียนไว้กับโครงการโดยไม่ต้องทดรองจ่ายเอง

กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน สามารถรับบริการจากสถานพยาบาลที่สะดวกที่สุดตามเหตุการณ์ด้วยสิทธิ์ที่ไม่ต่ำกว่าในโครงการประกันสังคม ทั้งในเรื่องระยะเวลานอนในโรงพยาบาลแห่งแรกและการส่งต่อผู้ป่วย

ในด้านกลไกการจ่ายเงินนั้น คณะทำงานฯ ได้เสนอให้เปลี่ยนจากระบบ fee for service มาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามอัตราความเสี่ยง (risk-adjusted capitation) สำหรับทั้งผู้ป่วยนอกและใน หรือกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับผู้ป่วยในและจัดสรรงบประมาณโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic-Related Group หรือ DRG)

อย่างไรก็ตาม ในเดือนมีนาคม 2544 คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส. 2544) ได้เสนอแนวทางของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ว่า ในระยะแรกจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพสองกองทุนใหญ่ๆ โดยกองทุนแรกจะเป็นการขยายกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน ให้ครอบคลุมข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐอื่นๆ (หรืออีกนัยหนึ่งคือการรวมสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐที่อยู่ในองค์การมหาชน เข้าไปอยู่กับโครงประกันสังคม) ส่วนกองทุนที่สองจะเป็นกองทุนที่ครอบคลุมทุกคนในประเทศไทยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนแรก

ต่อมากระทรวงการคลังได้มีหนังสือที่ กค 0530.1/9511 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2544 ว่ายังไม่เห็นสมควรให้นำระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของส่วนราชการเข้ารวมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ให้นำระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างเข้ารวมเมื่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้ครอบคลุมทั่วประเทศไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี

หลังจากนั้น กรมบัญชีกลางก็เริ่มดำเนินการปฏิรูปตามแนวทางของคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคณะแรก (คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลังของ สวรส.) โดยว่าจ้างให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) มาบริหารงานด้านข้อมูลการเบิกจ่ายเงิน และสร้างระบบลงทะเบียนเมื่อมาใช้บริการเพื่อสร้างฐานข้อมูลข้าราชการและครอบครัว

ในช่วงปลายปี 2545 ได้มีการประกาศใช้ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งกำหนดให้รวมการบริหารสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อทั้งสองฝ่ายเห็นชอบ โดยให้รัฐบาลออกพระราชกฤษฎีกามารองรับ*ภายในหนึ่งปีหลังจากที่ พรบ. นี้มีผลบังคับใช้*[47] และในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ภายในเวลาที่กำหนด ก็สามารถขยายเวลาครั้งละหนึ่งปี โดยต้องรายงานเหตุผลต่อคณะรัฐมนตรีและสาธารณะ อย่างไรก็ตาม ในปี 2546 คณะรัฐมนตรีมีมติให้เสนอแก้ไข พรบ. นี้ โดยยืดกำหนดเวลาดังกล่าวออกเป็นสามปี (ในขณะนี้ยังไม่ได้มีการพิจารณาเรื่องนี้ในสภา แต่ก็ไม่ได้มีการเตรียมการใดๆ ในเรื่องนี้) และเป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวางในหมู่ผู้ที่มีหน้าที่ดำเนินการว่าจะ*ยังไม่มี*การรวมการบริหารจัดการของทั้งสองโครงการนี้เข้าด้วยกันในอนาคตอันใกล้

4.4 การปรับตัวและการดำเนินการของโครงการสวัสดิการข้าราชการในปีงบประมาณ 2545

ในปีงบประมาณ 2545 โครงการสวัสดิการข้าราชการได้มีการดำเนินการและการปรับตัวในหลายด้านคือ

- จ้างบริษัทที่ปรึกษาเพื่อจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ์ ซึ่งประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้างข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว

---

[47] ซึ่งครบกำหนดในเดือนพฤศจิกายน 2546

- ว่าจ้างให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (ดำเนินงานโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ หรือ สกส. ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) ทำโครงการพัฒนาระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โดย สกส. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานตรวจสอบการเบิกจ่าย และเริ่มนำเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาประกอบในการเบิกจ่ายร้อยละ 20
- ประเมินความพร้อมระบบสารสนเทศด้านยาของโรงพยาบาล และจัดทำข้อเสนอทางเลือกสำหรับระบบการส่งต่อข้อมูลรายการยาและราคายาที่เบิกจ่ายของโรงพยาบาลเพื่อการสร้างระบบส่งต่อข้อมูลการเบิกจ่ายที่มีรายละเอียดอย่างเพียงพอสำหรับการบริหารระบบจากโรงพยาบาลไปสู่กรมบัญชีกลาง
    - ปีงบ 2545 เป็นขั้นสำรวจความพร้อมและการบริหารจัดการด้านยาของสถานพยาบาล (มีแผนดำเนินการเต็มรูปในปีงบ 2547 หรือ 2548)
    - จัดทำข้อเสนอรายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาบัญชีรายการยาและบัญชีราคายากลุ่มต่างๆ
    - จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์ราคายาของโรงพยาบาล (ทั้งราคาขายและราคาต้นทุน)

ในบรรดามาตรการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น มาตรการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยในซึ่งดำเนินการโดย สกส. เป็นมาตรการแรกที่เริ่มนำมาใช้ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 มาตรการนี้เปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งแต่เดิมนั้น กรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของรัฐเต็มตามจำนวนค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและผู้มีสิทธิ์ที่สถานพยาบาลส่งมาเบิก แต่วิธีใหม่นี้กำหนดให้สถานพยาบาลวางฎีกาสองครั้ง โดยครั้งแรกให้โรงพยาบาลส่งข้อมูล DRG มาพร้อมกับฎีกาเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งกรมบัญชีกลางจะจ่ายค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาทั้งหมด แต่ค่ารักษาพยาบาลอื่นจะจ่ายให้ร้อยละ 80 ก่อน ที่เหลือร้อยละ 20 จะถูกกันเอาไว้เพื่อนำมาจัดสรรให้สถานพยาบาลตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG ซึ่งตามวิธีนี้นั้น ในที่สุดแล้วสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยในที่เป็นโรคที่ซับซ้อน (มีค่าน้ำหนัก DRG สูงกว่าค่าเฉลี่ย) จะได้รับการจัดสรรงบ*มากกว่า*ยอดเงินที่ตั้งเบิก ในขณะที่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยในเป็นโรคที่ไม่ซับซ้อน (ค่าน้ำหนัก DRG ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย) จะได้รับการจัดสรรเงินน้อยกว่ายอดเงินที่ตั้งเบิก *แต่ในภาพรวมแล้วการใช้วิธีนี้จะยังไม่มีผลต่อค่าใช้จ่ายรวมของโครงการในช่วงนี้ (เนื่องจากเงินที่กันไว้จะถูก*

จัดสรรกลับไปให้สถานพยาบาลทั้งหมด) แต่จะเป็นการเตรียมการสำหรับในอนาคตซึ่งมีแผนที่จะจัดสรรงบผู้ป่วยในทั้งหมดมีการจ่ายเงินตาม DRG ทั้งหมด[48]

ในระยะแรก การดำเนินการตามมาตรการนี้มีปัญหาด้านอุปสรรคเรื่องการส่งข้อมูลอยู่บ้าง โดยโรงพยาบาลหลายแห่งยังคงส่งข้อมูลมาในแบบเดิม ซึ่งในกรณีเหล่านี้ ทาง สกส. ใช้วิธีส่งเรื่องกลับไปให้โรงพยาบาลทำข้อมูลเพิ่มเติมมาให้ นอกจากนี้ การดำเนินการในช่วงแรกได้ก่อให้เกิดความสับสนในหมู่สถานพยาบาลอยู่บ้าง เพราะโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งเข้าใจผิดว่ารัฐบาลตั้งใจจะจ่ายเพียงร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น หรือพยายามตัดงบส่วนนี้เพื่อนำไปอุดหนุนโครงการ 30 บาท และในช่วงต่อมา ก็มีปัญหาการตีความของกฤษฎีกาที่ตีความว่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิ์ของสถานพยาบาลที่จะกระทำได้ 100% ดังนั้น สกส. หรือกรมบัญชีกลางไม่มีสิทธิ์ที่จะกันเงินส่วน 20% มาจัดสรรใหม่ ซึ่งในเรื่องนี้ สกส. และกรมบัญชีกลางได้เสนอกลับไปยังกฤษฎีกาว่าการกันเงินเอาไว้ร้อยละ 20 ไม่ได้เป็นการกันสิทธิการเบิกจ่าย แต่เป็นการเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้เงินงบประมาณ ซึ่งเรื่องนี้ยังอยู่ระหว่างการพิจารณาของกฤษฎีกา และทาง สกส. ที่เป็นผู้ดูแลระบบจึงยังไม่สามารถจัดสรรงบร้อยละ 20 ตามน้ำหนัก DRG ได้ และใช้วิธีจ่ายเงินส่วนที่เหลือให้กับสถานพยาบาลตามฎีกาที่ตั้งเบิกสำหรับทุกสถานพยาบาลที่ส่งข้อมูล DRG มาครบถ้วนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ดังนั้น จนถึงปัจจุบัน สกส. จึงยังไม่ได้ใช้ข้อมูล DRG ในการจัดสรรงบแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่เริ่มนำวิธีนี้มาใช้ (และมี สกส. มาทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เช่น สถานพยาบาลส่งข้อมูลมาครบหรือไม่ และข้อมูลโรคที่ระบุสอดคล้องกับเพศหรืออายุของผู้ป่วยหรือไม่) ก็ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นผู้ป่วยในของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ 2545 (และครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2546) ลดลงจากระยะเดียวกันของปีที่ผ่านมา (ดูตารางที่ 4.2) โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2545 ลดลง 91 ล้าน (โรงพยาบาลรัฐ ลดลง 312 ล้าน) และถ้าคิดเฉพาะในช่วงหกเดือนหลังของปีงบประมาณ (เมย.- ตค.) ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มใช้มาตรการนี้ ก็จะพบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในในปีงบประมาณ 2545 ลดลงจาก

---

[48] ตามข้อเสนอของคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลัง) นั้น สัดส่วนของเงินส่วนที่จะจ่ายตาม DRG จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นทุกปี จากปีแรกที่กำหนดไว้ที่ 20% เป็น 100% ในเวลาสี่ปี (ตามแผนเดิมกำหนดให้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2544 โดยมีปีงบประมาณ 2544-46 เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน และดำเนินการเต็มตัวในปีงบประมาณ 2547 แต่การดำเนินการจริงเริ่มในเดือนเมษายน 2545 ซึ่งล่าช้ากว่าแผนเดิมเป็นเวลาหนึ่งปีครึ่ง)

ระยะเดียวกันของปี 2544 ถึง 644 ล้านบาท (โรงพยาบาลรัฐลดลง 646 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายรวมของโครงการในปีงบประมาณ 2545 ยังเพิ่มขึ้น 1,295 ล้านบาท (ร้อยละ 7) เป็น 20,476 ล้านบาท) โดยค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นผู้ป่วยนอกยังคงเพิ่มขึ้นร้อยละ 17

เมื่อขยายช่วงเวลาพิจารณามาเป็นตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ถึงเดือนมีนาคม 2546 ซึ่งรวมเป็นระยะเวลาหนึ่งปีหลังจากที่กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูล DRG ก็พบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในในช่วงดังกล่าวอยู่ที่ 10,616 ล้านบาทต่อปี หรือลดลง 995 ล้านบาท จาก 11,611 ล้านบาท ในระหว่างเดือนเมษายน 2544-มีนาคม 2545 (โรงพยาบาลรัฐ ลดลง 1,375 ล้าน จาก 11,108 ล้านบาทเหลือ 9,733 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม ในช่วงหนึ่งปีนี้ ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากจาก 8,666 ล้านบาท มาเป็น 10,441 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นถึง 1,775 ล้านบาท คิดเป็นอัตราเพิ่มสูงถึงร้อยละ 20 ในชั่วปีเดียว) ทำให้ค่าใช้จ่ายรวมของโครงการยังคงเพิ่มขึ้น 780 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 3.8 ต่อปี ซึ่งเป็นการเพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าในอดีตค่อนข้างมาก

ตารางที่ 4.2 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการรายครึ่งปี 2543-46

ปีงบประมาณ	คนไข้นอก			คนไข้ใน			คนไข้ในใน รพ.รัฐ		
	ตค.-มีค.	เมย.-กย.	รวมทั้งปี	ตค.-มีค.	เมย.-กย.	รวมทั้งปี	ตค.-มีค.	เมย.-กย.	รวมทั้งปี
2543	3,341	3,666	7,007	4,830	5,219	10,050	4,397	4,686	9,082
2544	3,873	4,250	8,123	5,341	5,718	11,059	4,747	5,029	9,775
2545	4,416	5,093	9,509	5,893	5,074	10,967	5,079	4,383	9,463
2546	5,348	6,003	11,350	5,542	5,793	11,335	5,350	5,611	10,961

ที่มา: กรมบัญชีกลาง

หมายเหตุ: ข้อมูลค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2546 ของโรงพยาบาลเอกชนบางส่วนยังอยู่ในระหว่างการตรวจสอบ

ถึงแม้ว่าจะเป็นการเร็วเกินไปที่จะสรุปว่ามาตรการนี้ได้ผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการหรือไม่ (เพราะข้อมูลค่าใช้จ่ายในตารางที่ 4.2 ใช้เกณฑ์เงินสด ซึ่งจะมียอดลดลงในกรณีที่กระบวนการเบิกจ่ายใช้เวลานานขึ้น เช่นในกรณีที่สถานพยาบาลส่งข้อมูลมาไม่ครบ แล้วถูก สกส. ปฏิเสธการจ่ายและส่งเรื่องกลับไปให้สถานพยาบาลทำเรื่องเบิกกลับมาใหม่) และ

วัตถุประสงค์หลักที่ สกส. กำหนดที่ให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูล DRG ในช่วงนี้ ก็เพื่อเป็นการสร้างระบบรายงานและฐานข้อมูลสำหรับอนาคตมากกว่าที่จะใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน (ในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ ค่าใช้จ่ายรวมสำหรับผู้ป่วยในก็ยังจะเท่ากับยอดฎีการวมที่สถานพยาบาลตั้งเบิกขึ้นมา) แต่การที่ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในของโครงการนี้ลดลงเกือบพันล้านบาทในระยะเวลาหนึ่งปีแรก และค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในช่วงครึ่งหลังของปีงบประมาณ 2546 ก็ยังคงใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายในช่วงเดียวกันของปีงบประมาณ 2544 ก็น่าจะเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่า มาตรการที่ สกส. กำหนดให้สถานพยาบาลต้องรายข้อมูลผู้ป่วยในที่มีรายละเอียดที่ชัดเจนกว่าในระบบเดิม น่าจะมีส่วนช่วยในการควบคุมให้สถานพยาบาลต่างๆ ลดพฤติกรรมการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องลงไป ซึ่งในเรื่องนี้ การศึกษาภาคสนามของคณะผู้วิจัยเองก็พบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของสถานพยาบาลบางแห่งเช่นกัน โดยผู้บริหารสถานพยาบาลบางแห่งยอมรับว่าเคยใช้วิธี "แปลง" ผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยใน (เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยที่ไม่ต้องทดรองจ่ายไปก่อนและทำให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้มากขึ้น) แต่ได้เลิกพฤติกรรมดังกล่าวหลังจากการเบิกจ่ายระบบใหม่มีการตรวจสอบมากขึ้น

4.5 แผนและโครงการในปี 2546-47

แผนและโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการที่กำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณ 2546-47 ส่วนใหญ่เป็นงานต่อเนื่องจากในปี 2545 โดยในส่วนของกรมบัญชีกลางนั้น มีแผนที่จะจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ์ ซึ่งประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่จนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2546 ข้อมูลก็ยังมีปัญหาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนฐานข้อมูลของบุคคลในครอบครัว ซึ่งการที่โครงการสวัสดิการข้าราชการยังไม่มีฐานข้อมูลครบถ้วนทำให้การตรวจสอบสิทธิ์ซ้ำซ้อนของโครงการต่างๆ จะยังคงเป็นปัญหาต่อไปอีกระยะหนึ่ง

ในส่วนของ สกส. นั้น มีแผนการพัฒนาระบบซึ่งจะมีการดำเนินการในด้านต่างๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ

1. พัฒนาระบบจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณโดยใช้เกณฑ์การจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดย
   - พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมการจัดทำฎีกาสำหรับสถานพยาบาล และมีระบบควบคุมยอดฎีกา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและป้องกันการเบิกซ้ำซ้อน
   - พัฒนาโปรแกรมและระบบการจัดส่งข้อมูลจากสถานพยาบาลมายัง สกส. โดยมีโปรแกรมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งข้อมูลให้ สกส.

- ปรับปรุงดูแลระบบการจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม ให้แบ่งกลุ่มโรคที่คล้ายคลึงกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน มีค่าใช้จ่ายใกล้เคียงกัน และครอบคลุมตามกลุ่มโรคที่ยังไม่ได้ครอบคลุมหรือขาดข้อมูลรายละเอียด
- ประมวลผลข้อมูลและคำนวณการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยใช้สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด
- พัฒนาการจัดทำต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเป็นรายกลุ่มโรค โดยพัฒนาโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล ต้นทุนการรักษาพยาบาลเป็นรายกลุ่มโรค (DRG) และคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการจัดเก็บข้อมูล ประมาณ 20 แห่ง ทุกขนาดโรงพยาบาล
- ติดตามประเมินผลการจัดส่งข้อมูลและการใช้โปรแกรมของสถานบริการและพัฒนาเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลในเรื่องการจัดทำข้อมูล

2. โครงการนำร่องระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เฉพาะค่ายา) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 4 กลุ่มโรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว และกลุ่มอาการจากโรคหลอดเลือดสมอง) โดยเริ่มในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

   - เตรียมระบบเครือข่ายสถานพยาบาล
   - จัดทำทะเบียนผู้มีสิทธิที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
   - พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลที่จะใช้บริการในประเภทผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะผู้มีสิทธิที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินค่ายาผู้ป่วยนอกประเภทเรื้อรัง โดยสถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายแทนผู้มีสิทธิ
   - พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (พัฒนามาตรฐานและรหัสต่างๆที่สำคัญ การจัดกลุ่มโรคประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการใช้ยาและการจัดทำบัญชีค่ารักษาพยาบาลรายครั้งที่มารับบริการ) (ทดลองระบบในโรงพยาบาลในโครงการนำร่องที่สามารถจัดทำระบบเชื่อมโยงได้)
   - พัฒนาการจัดทำ Ambulatory Patient Group (APG)
   - พัฒนาและจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อใช้เป็นพารามิเตอร์ ปัจจัย (factor หรือตัวคูณ) ในการทำความตกลงอัตราที่จะใช้กำกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและใช้ในการกำกับและตรวจสอบ

3. โครงการนำร่องสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการด้านค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน กรณีที่ใช้บริการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ด้วยการเหมาจ่ายรายกลุ่มโรค (จ่ายตามค่า DRG) โดยเริ่มเตรียมความพร้อมระบบในปี 2546 และทดลองดำเนินการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยคัดเลือกโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการนี้ประมาณ 10 แห่ง

4. การพัฒนาระบบการตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (Medical Record Audit) โดย

- ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยตรวจสอบทั้งในส่วนของคุณภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ (Coding Audit) ในกรณีที่มีความผิดปกติในการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงผิดปรกติในกลุ่มโรคที่ไม่น่ามีค่าใช้จ่ายสูง) สุ่มเลือกจากกลุ่มโรคซับซ้อน (DRG ที่มีค่า RW>3) และสุ่มเลือกแบบทั่วไป
- สุ่มตรวจสอบเวชระเบียน ณ สถานพยาบาล โดยเลือกสถานพยาบาลที่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงผิดปกติ
- พัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนให้ครอบคลุมทั้งบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในกรณีที่มีผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยสาเหตุเดียวกัน มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1-3 เดือน หรือผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุเดียวกันในโรคที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางโรค มากกว่า 1 ครั้ง ภายใน 1-3 เดือน

สำหรับโครงการจัดทำบัญชีรายการยา บัญชีราคายา และระบบข้อมูลยาที่เบิกจ่ายสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งกรมบัญชีกลางยังได้มอบหมายให้ สวรส. ดูแลนั้น ในระหว่างปี 2546 ถึงต้นปี 2547 ยังคงเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบโดย

- จัดทำบัญชีรายการยาและบัญชีราคายาที่เบิกจ่ายได้สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านยาของข้าราชการ โดยแยกยาออกเป็น 3 กลุ่มคือ ยาที่เบิกได้เต็ม ยาที่เบิกได้บางส่วน และยาที่เบิกไม่ได้ (โดยในทางปฏิบัติจะมีการทำบัญชียาในสองกลุ่มแรก ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วมีกรอบที่กว้างบัญชียาหลักแห่งชาติที่ประกาศใช้ในปัจจุบัน)

- ติดตามราคายาและการใช้ยาที่มีการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในส่วนของผู้ป่วยนอก เพื่อเตรียมการสำหรับการปรับระบบการเบิกจ่ายค่ายาแก่ผู้ให้บริการในระยะต่อไป
- กำหนดรหัสยาสำหรับรายการยาในบัญชีรายการยา เพื่อเป็นบรรทัดฐานของระบบข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ายาและการติดตามราคายาและการใช้ยา
- ตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดหลักการและหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายยา รวมทั้งกำหนดกลไกและกระบวนการในการกำหนดราคายาและปรับปรุงบัญชีราคายาให้ทันสมัย

การที่มีการจัดทำระบบบัญชียาและระบบการเบิกจ่ายค่ายาขึ้นมาใหม่จะทำให้ได้ค่ายาที่ครอบคลุมเฉพาะต้นทุนที่เกี่ยวกับด้านยา (รวมไปถึงการจ่ายยา) เท่านั้น โดยคณะทำงานที่เกี่ยวข้องได้เสนอให้มีการแยกค่าบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากค่าห้องและค่าอาหาร (เช่น ค่าบริการทางการแพทย์และพยาบาล) ออกมา เพื่อให้มีการเก็บค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นไปอย่างโปร่งใส ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งเป็นผู้ให้บริการรายสำคัญสำหรับสวัสดิการข้าราชการ) ก็ได้ตอบสนองในเรื่องนี้โดยกำลังจัดทำราคากลางของค่าบริการต่างๆ ขึ้นมาแทนราคากลางเดิมที่ทำมาตั้งแต่ปี 2537

นอกจากโครงการที่เกี่ยวข้องกับโครงการสวัสดิการข้าราชการโดยตรงแล้ว ที่ผ่านมา สปสช. ได้เสนอให้ สกส. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโครงการ 30 บาทให้กับ สปสช. ด้วย ซึ่งคาดว่าโครงการทั้งสองจะครอบคลุมผู้ป่วยในทั้งระบบประมาณร้อยละ 80 โดยจะกำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลผู้ป่วยในของโครงการ 30 บาทมาที่ สกส. ด้วย ซึ่ง สกส. จะทำหน้าที่ประมวลผลข้อมูลการใช้บริการของคนไข้ใน ว่าใครเป็นคนไข้ของใคร เข้า-ออกเมื่อใด ที่ไหน พร้อมคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) และจัดส่งข้อมูล ให้ สปสช. นำไปจัดการเรื่องการจ่ายเงินในทุก 3 เดือน ซึ่งคาดว่าโครงการนี้จะสามารถดำเนินการได้ในปีงบประมาณ 2547

จุดเด่นของแผนพัฒนาระบบของสวัสดิการข้าราชการ

- เมื่อระบบพัฒนาสมบูรณ์แล้ว ผู้ใช้สิทธิ์จะไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน (ยกเว้นในส่วนที่เบิกไม่ได้--ถ้ามี) ทั้งนี้ การเข้ารับการรักษาสามารถใช้บัตรประจำตัว 13 หลักแสดงสิทธิ์ โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิ์ และสถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลโดยตรงกับกระทรวงการคลัง
- ทำให้ผู้มีสิทธิ์มีทางเลือกในการใช้สิทธิ์ที่โรงพยาบาลเอกชน (หลังจากที่ถูกตัดสิทธิ์นี้ไปในปี 2541/42)

- การใช้ยา แต่เดิมถ้าต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลรับรองจึงจะเบิกได้ ซึ่งเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยนอก และสถานพยาบาลอาจ abuse ได้ง่ายในกรณีผู้ป่วยใน แต่หลังการจัดทำรายการบัญชียาและราคายาแล้ว กติกาเรื่องการใช้ยาจะมีความชัดเจนว่า ยาใดเบิกได้ทั้งหมด หรือเบิกได้บางส่วนในราคาใด และชนิดใดเบิกไม่ได้[49]

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- การดำเนินการด้านฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ์ยังมีปัญหาความล่าช้าทำให้มีปัญหาในการตรวจสอบการใช้สิทธิ์ซ้ำซ้อน
- ในปัจจุบัน การคิดราคายา/ค่าบริการทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลแต่ละแห่งยังมีมาตรฐานที่ต่างกันค่อนข้างมาก ปัญหาที่ สกส. พบบ่อยคือการคิดค่าห้องและค่าอาหารไม่ตรงกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลจริง การคิดค่าบริการทางพยาบาลไม่เป็นมาตรฐาน และมีการคิดค่าบริการทางการแพทย์เกินความเป็นจริง มีการเบิกค่ายาและเวชภัณฑ์เกินจำนวนที่ใช้จริง และการคิดค่าบริการซ้ำซ้อน ซึ่งทำให้การพยายามนำข้อมูลการเบิกจ่ายของสถานพยาบาลมากำหนดค่าใช้จ่ายที่เป็นมาตรฐาน(ไม่ว่าจะเป็น fee schedule หรือ DRG) ยังทำได้ยาก

---

[49] โปรดดูการอภิปรายเรื่องข้อดีข้อเสียของการใช้ระบบบัญชียาหลักในการกำหนดสิทธิประโยชน์ ในตอนที่ 9 "สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"

5. โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน[50]

โครงการประกันสังคมเกิดขึ้นมาเป็นเวลาประมาณนานกว่าหนึ่งทศวรรษ (ตาม พรบ. ประกันสังคม พศ. 2533) โดยหลักการแล้วโครงการนี้เป็นโครงการ*ภาคบังคับ*สำหรับลูกจ้างและพนักงานของเอกชน โครงการประกันสังคมเริ่มบังคับใช้สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไปในปี พ.ศ. 2534 แล้วจึงขยายความครอบคลุมมายังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไปในปี พ.ศ. 2537 ก่อนที่จะขยายความครอบคลุมมายังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไปในเดือนเมษายน 2545

ก่อนที่จะมีโครงการประกันสังคม ก็มีกองทุนเงินทดแทนนั้น ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 เป็นเวลาสามทศวรรษ โดยกองทุนเงินทดแทนทำหน้าที่รวบรวมเงินจากนายจ้างมาจ่ายเงินชดเชยในกรณีที่ลูกจ้างเกิดการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องการทำงาน หลังจากที่มีการก่อตั้งสำนักงานประกันสังคม ก็มีการโอนงานของกองทุนเงินทดแทนมาให้สำนักงานประกันสังคมบริหารจัดการแทน (ตาม พรบ. กองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537)

ความแตกต่างของโครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนกับโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและโครงการ 30 บาทก็คือ ในโครงการประกันสังคมนั้น สิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาลนั้น*ผูกติดกับสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ*[51] อย่างแนบแน่นกว่าในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (ซึ่งแยกออกมาจากสิทธิอื่นๆ รวมทั้งสิทธิในเรื่องบำเหน็จบำนาญอย่างชัดเจน) หรือโครงการ 30 บาท (ซึ่งไม่ครอบคลุมไปถึงสิทธิประโยชน์ด้านอื่นนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล) สำหรับกองทุนเงินทดแทนนั้น อาจถือได้ว่าเป็นโครงการที่ให้นายจ้าง (ซึ่งน่าจะมีภาระรับผิดชอบจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการทำงานเนื่องจากเป็นผู้จ้างงานที่เป็นที่มาของความเสียหายนั้นๆ) มาร่วมกันจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้น[52]

ในด้านการรักษาพยาบาลนั้น กองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนแรกที่กองทุนทำหน้าที่ซื้อบริการประกันการรักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิ์โดยใช้วิธีจ่ายเงินล่วงหน้าให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และต่อมาก็ค่อยๆ ปรับกลไกการจ่ายเงินโดยผสมผสานวิธีอื่นๆ เข้ามาด้วยเพื่อลดปัญหาการขาดแรงจูงใจในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงอันเนื่องจากการจ่ายเงินโดยวิธีเหมา

---

[50] ดูรายละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมใน อัญชนา และ ศรชัย (2545)

[51] เช่น ความคุ้มครองในกรณีทุพลภาพหรือเสียชีวิต การสงเคราะห์บุตร ความคุ้มครองยามชราภาพ

[52] กองทุนที่มีลักษณะคล้ายกับกองทุนนี้คือ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ (ดูตอนที่ 6)

จ่ายรายหัว เป็นที่น่าสังเกตว่าโครงการ 30 บาทฯ เองนั้น ได้อาศัยโครงการประกันสังคมเป็นต้นแบบในด้านกลไกการจ่ายเงินในระบบเหมาจ่ายและสิทธิประโยชน์พื้นฐานของโครงการ[53]

5.1 สิทธิประโยชน์

ตั้งแต่เริ่มโครงการ กองทุนประกันสังคมคุ้มครองผู้ประกันตนใน 4 กรณี คือ กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วย*ที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน* กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีเสียชีวิต สำหรับกรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานนั้นอยู่ในความคุ้มครองของ กองทุนเงินทดแทน

ในปี พ.ศ. 2541 กองทุนประกันสังคมขยายความคุ้มครองอีก 2 กรณีคือ กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ และเริ่มนำการประกันการว่างงานมาใช้ในปี 2547 นี้

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสังคมประกอบด้วย

- สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล จากสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือก (จากสถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ) ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งสามารถไปใช้สถานพยาบาลอื่นได้ (แต่จะมีข้อจำกัดในเรื่องการเบิกค่าใช้จ่าย)
- จ่ายเงินชดเชยจ่ายค่าใช้จ่ายในการคลอด ทันตกรรม และการทำศพ (ในลักษณะเหมาจ่ายและมีการจำกัดจำนวนครั้ง)
- คุ้มครองด้านการดำรงชีพ (เช่น เงินทดแทนการขาดรายได้สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ)
- อย่างไรก็ตาม สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสังคมไม่รวมการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค (เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีหรือการฉีดวัคซีน)

5.2 ที่มาของแหล่งเงิน

โครงการประกันสังคม เป็นโครงการที่ลูกจ้าง (หรือที่มักเรียกว่า "ผู้ประกันตน") นายจ้าง และรัฐบาลร่วมกันจ่ายเงินสมทบ ซึ่งอัตราเงินสมทบได้เปลี่ยนแปลงหลายครั้งตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน (ดูตารางที่ 5.1) ในปี พ.ศ. 2546 ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินสมทบฝ่ายละ 4% ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจ่ายเงินสมทบ 2% ของเงินเดือน (แต่สำหรับลูกจ้างที่มีเงินเดือนสูงกว่า 15,000 บาท นั้น

---

[53] โดยนำไปผสมผสานกับโครงการบัตรสุขภาพและโครงการ สปร. (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการปฏิรูปการเงินการคลัง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการกับโครงการ สปร. ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา)

การคำนวณเงินสมทบจะคำนวณจาก 15,000 บาท เท่านั้น)[54] ในปี 2547 ทุกฝ่ายต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้นฝ่ายละ 0.5% สำหรับความคุ้มครองใน 4 กรณีแรก[55] และลูกจ้างและนายจ้างต้องจ่ายเพิ่มอีกร้อยละ 0.5 สำหรับความคุ้มครองในกรณีการว่างงาน (รัฐบาลจ่ายเพิ่มร้อยละ 0.25 ในส่วนนี้)

โดยเฉลี่ย เงินเดือนของลูกจ้างในโครงการประกันสังคมในปี 2545 (ซึ่งคำนวณโดยกำหนดเพดานเงินเดือนไว้ที่ 15,000 บาทเหมือนกับเงินเดือนที่ใช้คำนวณเงินสมทบ) ตกประมาณ 6,410 บาทต่อเดือน (เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 6,360 บาทในปี 2544) ดังนั้น โดยเฉลี่ยแล้ว ในปี 2545 รัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมประมาณ 1,538 บาท (และจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2,115 บาทในปี 2547 ถ้าเงินเดือนเฉลี่ยยังเท่าเดิม)[56] ในขณะที่ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินเข้ากองทุนเฉลี่ยฝ่ายละประมาณ 3,077 บาทต่อคน (และจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 3,846 บาทในปี 2547)

---

[54] วิธีนี้ทำให้ระบบประกันสังคมของไทยเป็นระบบที่ถดถอยต่อรายได้ (regressive) กล่าวคือเมื่อคำนวณจากเงินเดือนจริงแล้ว ผู้ที่มีเงินเดือนเกิน 15,000 บาทจะจ่ายเงินสมทบในอัตราที่ลดลง (ในปัจจุบัน เพดานเงินสมทบสูงสุดที่เรียกเก็บจากลูกจ้างและนายจ้างคือ 750 บาทต่อเดือน ไม่ว่าลูกจ้างจะมีเงินเดือนจริงสูงเท่าใดก็ตาม)

[55] ตามข้อตกลงเดิมนั้น ทุกฝ่ายจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มร้อยละ 0.5 (ซึ่งเป็นส่วนที่ตกลงกันว่าจะปรับลดชั่วคราวเป็นเวลา 5 ปี เพื่อบรรเทาผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ) ในปี 2546 แต่รัฐบาลได้ต่อรองให้เลื่อนออกไปอีกหนึ่งปี โดยสรุปแล้วอัตราเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคมในระหว่างปี 2533-40 คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน ลดเหลือร้อยละ 1 ในปี 2541 เพิ่มเป็นร้อยละ 2 ในปี 2542-45 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.5 ในปี 2547 สำหรับนายจ้างและลูกจ้างนั้น เดิมจ่ายเท่ากับรัฐ แต่ตั้งแต่ปี 2543-45 จ่ายเพิ่มเป็นร้อยละ 3 ปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5 ในปี 2547

[56] เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนเงินสมทบเฉลี่ยที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการประกันสังคมทั้งในปัจจุบันและที่จะต้องจ่ายในปี 2547 สูงกว่าเงินงบประมาณที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ 30 บาทในปัจจุบัน (1,202 บาทต่อคน) ค่อนข้างมาก

ตารางที่ 5.1 อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมที่จ่ายโดยฝ่ายต่าง ๆ

ผู้จ่ายเงินสมทบ	กย. 33 -มีค.38	เมย.38 – 2540	2541	2542			2543-2545			2546[4/]			2547[4/]			
	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	ว่างงาน	รวม
ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33[1/]																
- รัฐบาล	1.5	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1.5	1	.25	2.75
- นายจ้าง	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1	3	4	1.5	3	0.5	5
- ลูกจ้าง	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1	3	4	1.5	3	0.5	5
ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39[2/]																
- รัฐบาล	1.5[3/]	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1.5	1	n.a.	2.5
-ผู้ประกันตน	3[4/]	3	2	2	2	4	2	4	6	2	6	8	3	6	n.a.	9

ที่มา: รวบรวมจากสำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: 1/ คำนวณจากฐานค่าจ้างขั้นต่ำ 1,650 บาท และค่าจ้างสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท

2/ คำนวณจากฐานค่าจ้าง 4,800 บาท

3/ คำนวณจากฐานค่าจ้างเดือนสุดท้ายก่อนออกจากงาน

4/ ประกาศเป็นกฎกระทรวงเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2545 บังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2546

- ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 คือลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

- ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 คือผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 และได้สมัครเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคมโดยสมัครใจภายใน 6 เดือนนับจากวันสิ้นสภาพการจ้างงาน

- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 4 กรณี ประกอบด้วย กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือน กันยายน 2533

- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 2 กรณี ประกอบด้วย กรณีชราภาพ และสงเคราะห์บุตร เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือนกรกฎาคม และธันวาคม 2542 ตามลำดับ

สำหรับกองทุนเงินทดแทนนั้น เงินทั้งหมดได้มาจากการเรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างซึ่งมีวิธีคำนวณสองวิธีคือ

1. อัตราเงินสมทบหลัก (Basic Rates) คือการเก็บเงินสมทบในช่วง 4 ปีแรกของการขึ้นทะเบียน การเก็บจะขึ้นอยู่กับประเภทกิจการ (มี 131 รหัส) แตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงภัยจากการทำงานของลูกจ้างในแต่ละประเภทกิจการ (อยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1.0 ของค่าจ้าง เดิมกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-2.0 แต่เนื่องจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจจึงมีการปรับลดตั้งแต่กรกฎาคม 2540)

2. อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ (Experience Rates) คืออัตราเงินสมทบหลังจากนายจ้างขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบไปแล้ว 4 ปีติดต่อกัน สำนักงานประกันสังคมจะคำนวณหาอัตราเงินสมทบประจำปีของนายจ้างแต่ละรายซึ่งอาจจะได้รับการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบ[57] โดยจะคิดจากสถิติย้อนหลังสามปี จากอัตราการสูญเสียซึ่งเท่ากับเงินทดแทนที่กองทุนฯจ่ายให้ลูกจ้างที่ประสบอันตรายรวม 3 ปี หารด้วยเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายมารวม 3 ปีคูณด้วย 100 ถ้าอัตราการสูญเสียที่คำนวณได้เท่ากับร้อยละ 10 นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราเงินสมทบลง 80% จากอัตราเงินสมทบหลักที่เคยจ่าย ดังนั้นถ้านายจ้างเคยจ่ายเงินสมทบในอัตรา 1% ใน 4 ปีแรก เมื่อถึงปีที่ 5 ของการนำส่งเงินสมทบ นายจ้างก็จะจ่ายเงินสมทบ 0.2% ของค่าจ้างทั้งปี ซึ่งการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบที่คำนวณใหม่ กองทุนเงินทดแทนจะลดให้สูงสุดไม่เกินร้อยละ 80 และปรับเพิ่มไม่เกินร้อยละ 150 ของอัตราเงินสมทบหลัก การจัดเก็บอัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์นี้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้นายจ้างมีความระมัดระวังและมีมาตรการในการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

5.3. กลไกการจ่ายเงินด้านการรักษาพยาบาล

ก. โครงการประกันสังคม

- เหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาล (capitation) 1,100 บาทต่อคนต่อปี[58]
- จ่ายเพิ่มให้สถานพยาบาลตามปริมาณการใช้บริการ[59] ตามภาระเสี่ยง[60] กรณีค่าใช้จ่ายสูง[61] ค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[62] และค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉลี่ยรวมทุกกรณี 245-250 บาทต่อคนต่อปีในปี 2545-46

---

[57] เช่น โรงงานที่มีกรณีที่กองทุนต้องจ่ายเงินชดเชยต่อพนักงานในอัตราที่สูงก็จะต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราที่สูงขึ้น

[58] เริ่ม 1 ก.ย. 2543 (ก่อนหน้านั้นจ่ายในอัตรา 900-1,000 บาท ต่อบัตร)

- จ่ายให้ผู้ประกันตนโดยตรง (คลอดเหมาจ่าย ทันตกรรม ทุพพลภาพ และค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์) 169-171 บาทต่อคนต่อปีในปี 2545-46 (กรณีคลอดบุตรไม่รวมเงินทดแทนการขาดรายได้ผู้ประกันตนที่เป็นหญิง)
- รวมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม (ไม่รวมเงินทดแทนคลอดบุตรที่จ่ายให้ผู้ประกันตนที่เป็นหญิง) เฉลี่ย 1,514 และ 1,520 บาทต่อคนต่อปีในปี 2545 และ 2546

ข. กองทุนเงินทดแทน

- จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยวิธี fee-for-service แบบมีเพดาน เฉลี่ยประมาณ 75 บาทต่อคนต่อปีในระหว่างปี 2545 และ 2546 (มีแนวโน้มลดลงในระหว่างปี 2542-2547)

เมื่อรวมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากทั้งสองกองทุนนี้เข้าด้วยกัน จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,617 1,589 และ 1,596 บาทต่อคนในปี 2544-2546 ตามลำดับ หรือตกประมาณ 1,600 บาทต่อคนต่อปีในช่วงสามปีนี้ (ดูตารางที่ 5.2)

---

[59] จ่ายเป็นค่าบริหารจัดการข้อมูล 30 บาทต่อบัตรและจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (สำหรับสถานพยาบาลที่มีอัตราการใช้บริการที่เปอร์เซ็นไตล์ที่ 30 ขึ้นไป) ไม่เกิน 70 บาทต่อบัตร (เริ่ม พ.ศ. 2538)

[60] ครอบคลุมผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง 8 โรค และผู้ป่วยใน รวม 150 บาทต่อคนต่อปี (นำเงินมากองรวมกันและเบิกตามภาระส่วนเกินโดยใช้ข้อมูล DRG) (เริ่ม ม.ค. 2544)

[61] ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการปลูกถ่ายไขกระดูก

[62] ในทางปฏิบัติบางส่วนจ่ายให้ผู้ประกันตนที่มาเบิก แต่ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายให้สถานพยาบาลโดยตรง

ตารางที่ 5.2 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเฉลี่ยต่อคน 2542-47 *(บาทต่อคน)*

	ปี					
	2542	2543	2544	2545	2546	2547*
กองทุนประกันสังคม	1,271	1,252	1,532	1,514	1,520	1,729
- จ่ายให้สถานพยาบาล	1,098	1,076	1,356	1,345	1,350	1,490
- จ่ายให้ผู้ประกันตน	173	175	166	169	171	239
กองทุนเงินทดแทน	95	81	85	75	75	56
รวมสองกองทุน	1,366	1,333	1,617	1,589	1,595	1,786
จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเฉลี่ยทั้งปี (ล้านคน)	5.117	5.653	5.926	6.651	7.764	8.018

ที่มา: วิโรจน์และอัญชนา 2545ข. ตารางที่ 4 (ปี 2542-44) และคำนวณโดยผู้เขียนจากข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม (ปี 2545-47)

หมายเหตุ: *ข้อมูลปี 2547 เป็นข้อมูลของครึ่งปีแรกเท่านั้น

- รายจ่ายด้านสุขภาพจากกองทุนประกันสังคมที่จ่ายให้ผู้ประกันตน รวมเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีทุพลภาพ เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถแยกเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกมาได้

5.4 การดำเนินการและการปรับตัวที่สำคัญของโครงการประกันสังคมในด้านการรักษาพยาบาล

ที่ผ่านมา การดำเนินการของโครงการประกันสังคมในด้านการรักษาพยาบาลได้นำแนวปฏิบัติใหม่ๆ เข้ามาใช้หลายประการ เช่น การเปิดให้สถานพยาบาลของเอกชนเข้ามาร่วมโครงการ และให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาล การสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายสถานพยาบาลและระบบการส่งต่อ การปรับกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ มากขึ้น

ก. การเปิดให้สถานพยาบาลของเอกชนเข้ามาร่วมโครงการ

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการของภาครัฐที่เปิดให้สถานพยาบาลของเอกชนเข้ามาร่วมโครงการตั้งแต่เมื่อเริ่มโครงการในปี 2534 การที่สำนักงานประกันสังคมสามารถดึงสถานพยาบาลเอกชนที่มีอยู่แล้วมาให้บริการผู้ประกันตน แทนที่จะพึ่งแต่สถานพยาบาลของรัฐหรือลงทุนสร้างโรงพยาบาลใหม่ขึ้นมาให้บริการผู้ประกันตนเอง ทำให้สำนักงานประกันสังคมสามารถทำสัญญากับสถานพยาบาลจำนวนมากพอที่ผู้ประกันตนสามารถเดินทางไปใช้บริการได้ทั่วถึงและสะดวก

ในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนนั้น สำนักงานประกันสังคมได้อาศัยเครือข่ายของสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้วของภาครัฐและเอกชน โดยทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก (main contractor) และสนับสนุนให้สถานพยาบาลเหล่านี้สามารถทำสัญญากับคู่สัญญาระดับรองหรือสถานพยาบาลเครือข่าย (subcontractor) และคู่สัญญาระดับตติยภูมิหรือสถานพยาบาลระดับสูงกว่า (supra-contractor) ได้เพื่อเป็นเครือข่ายในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

เมื่อเริ่มโครงการประกันสังคมนั้น สำนักงานประกันสังคมยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองโดยสถานประกอบการจะเป็นผู้เลือกให้ ในปีถัดๆ ไปจึงเริ่มโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปรับตัวที่สำคัญครั้งหนึ่งของโครงการ (ดูรายละเอียดและขั้นตอนการเปิดให้เลือกสถานพยาบาลในกรอบที่ 5.1)

จากในตารางที่ 5.3 จะเห็นว่าช่วงเริ่มโครงการมีสถานพยาบาลที่เข้าเป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักประกันสังคมทั้งสิ้น 137 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลของรัฐ 119 แห่ง[63] และสถานพยาบาลของเอกชนเพียง 18 แห่ง แต่ในปีต่อๆ มาจำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 132 แห่งในปี 2545 (เกือบเท่าจำนวนสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมี 136 แห่งในปีเดียวกัน) และ 134 แห่งในปัจจุบัน (2547) การศึกษาของ สงวนและวิโรจน์ (2536) ชี้ว่าในช่วงแรกที่สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าร่วมเนื่องจากไม่แน่ใจในผลกำไรที่จะได้รับ แต่

---

63 ในปีแรกที่เริ่มโครงการโรงพยาบาลรัฐทุกโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานเทียบเท่าโรงพยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดให้เข้าโครงการทั้งหมด

เมื่อปรากฏว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการประกันสังคมได้รับผลกำไรจึงทำให้มีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการมากขึ้นเป็นลำดับ[64]

[64] อย่างไรก็ตามมีสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการนี้ แม้ว่าจะเป็นช่องทางที่สามารถสร้างกำไรได้เพราะเกรงว่าจะกระทบต่อฐานลูกค้าเดิม โดยการเข้าร่วมโครงการจะทำให้มีลูกค้ากลุ่มใหม่ที่เป็นผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นแต่ก็อาจจะไม่คุ้มกับการสูญเสียฐานลูกค้าเดิมซึ่งมักจะเป็นลูกค้าที่มีฐานะดี

ตารางที่ 5.3 สถานพยาบาลคู่สัญญาและเครือข่าย และจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล พศ.2534-2545

ปี	สถานพยาบาลภาครัฐ				สถานพยาบาลภาคเอกชน				สถานพยาบาลรวม		
	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน		เครือข่าย	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน		เครือข่าย	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน ล้านคน	เครือข่าย
		ล้านคน	(%)			ล้านคน	(%)				
34	119	2.114	84%	-	18	0.414	16%	-	137	2.528	-
35	118	1.703	62%	838	27	1.052	38%	69	145	2.755	907
36	119	1.617	49%	748	37	1.699	51%	91	156	3.316	839
37	122	1.763	45%	1,019	56	2.149	55%	275	178	3.912	1,294
38	126	1.900	45%	1,206	63	2.339	55%	691	189	4.240	1,897
39	126	1.980	40%	1,210	72	2.924	60%	1,629	198	4.904	2,839
40	127	2.317	42%	1,340	69	3.157	58%	1,517	196	5.474	2,857
41	127	2.559	45%	1,263	78	3.189	55%	994	205	5.748	2,257
42	128	2.147	42%	1,522	103	2.969	58%	2,294	231	5.117	3,816
43	130	2.373	42%	1,634	114	3.280	58%	2,380	244	5.653	4,014
44	133	2.468	41%	801	129	3.457	59%	1,247	262	5.925	2,048
45	136	2.732	41%	899	132	3.919	59%	1,351	268	6.651	2,250
46	137	3.110	40%	946	131	4.655	60%	1,654	268	7.764	2,600
47*	144	3.235	40%	932	134	4.783	60%	1,586	278	8.018	2,517

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: *ข้อมูลปี 2547 เป็นข้อมูลครึ่งปีแรก ตัวเลขจำนวนเครือข่ายในปี 2544-47 ใช้นิยามที่ต่างจากเดิม โดยแก้ปัญหาการนับซ้ำ (ถ้าใช้นิยามเดิมกับข้อมูลในปี 2544 จะมีจำนวนเครือข่ายของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน 1,742 และ 3,090 แห่ง รวมเป็น 3,832 เครือข่าย ในทางกลับกัน ถ้าใช้นิยามใหม่กับข้อมูลในปี 2543-2544 จะมีจำนวนเครือข่ายรวมเพียง 1,730 และ 1,756 แห่งเท่านั้น)

กรอบ 5.1 การให้สิทธิ์ประชาชนในการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

เมื่อเริ่มโครงการประกันสังคมนั้น สำนักงานประกันสังคมยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองโดยสถานประกอบการจะเป็นผู้เลือกให้ ในปีถัดๆ ไปจึงเริ่มโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง ตามลำดับเหตุการณ์ดังนี้

ปี 2534 สถานประกอบการเลือกสถานพยาบาลให้ลูกจ้างของตน

ปี 2535 เริ่มโครงการนำร่องให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลเองในจังหวัดนนทบุรี

ปี 2536 ขยายไปสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนต่ำกว่า 6,000 คน จำนวน 19 จังหวัด

ปี 2537 ขยายสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนต่ำกว่า 50,000 คน จำนวน 22 จังหวัด

ปี 2538 ขยายสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนสูงกว่า 50,000 คน จำนวน 19 จังหวัด

ปี 2539 กำหนดให้ดำเนินการทั่วประเทศ 76 จังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานครซึ่งดำเนินการได้เพียงบางส่วน

ปี 2540 ดำเนินการได้ทั่วทั้งประเทศ

<u>หมายเหตุ</u> การเปลี่ยนสถานพยาบาล ในปี 2535 ให้เปลี่ยนได้ทุก 6 เดือน (ตั้งแต่ปี 2536 เปลี่ยนได้ปีละครั้ง)

หลังจากที่เริ่มเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง พบว่าสัดส่วนของผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในระหว่างปี 2534-39 ในปี 2539 สัดส่วนของผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลเอกชนอยู่ที่ 60% และค่อนข้างคงตัวที่สัดส่วนนี้มาจนถึงปัจจุบัน (ดูตารางที่ 5.3)

ความสะดวกเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ผู้มีสิทธิ์ส่วนใหญ่เลือกโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจังหวัดใหญ่บางจังหวัด มีการศึกษาพบว่าผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลภาคเอกชนมักจะพึงพอใจในด้านความรวดเร็ว ความเพียงพอของแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์การรักษา ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ การมีเครือข่ายสถานพยาบาลและเวลาที่เปิดให้บริการที่ค่อนข้างมากกว่าที่ได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐ สำหรับผู้ที่เลือกสถานพยาบาลของรัฐทั้งที่เป็นโรงเรียนแพทย์และในต่างจังหวัดมักจะเชื่อว่าสถานพยาบาลเหล่านี้มีบุคลากรและความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ดีกว่าโรงพยาบาลเอกชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กในต่างจังหวัด)

ข. ระบบเครือข่ายสถานพยาบาล

ระบบเครือข่ายสถานพยาบาลก็เป็นจุดเด่นอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในระบบประกันสังคมซึ่งสำนักงานประกันสังคมมีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดขึ้น การมีระบบเครือข่าย (เช่น คลินิก) ทำให้ผู้ประกันตนมีทางเลือกในการไปใช้บริการที่หลากหลายขึ้น และการสร้างระบบเครือข่ายที่กว้างขวางของสถานพยาบาลของเอกชนหลายแห่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สถานพยาบาลของเอกชนเหล่านี้ได้รับความนิยมมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ[65]

การที่มีสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักและเครือข่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่มีสถานพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมโครงการเพิ่มขึ้นมาก และการมีนโยบายที่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้เอง ล้วนแล้วแต่มีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ประกันตนได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่สะดวกสบายและมีคุณภาพดีขึ้น ถ้ามีกลไกและกติกาการจ่ายเงินและการตรวจสอบที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่สำนักงานประกันสังคมมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักมีเครือข่ายในการให้บริการนั้น สำนักงานประกันสังคมไม่สู้จะสนใจกับสถานพยาบาลเครือข่ายมากนัก โดยปล่อยให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเลือกสร้างและการทำข้อตกลงกับเครือข่ายทั้งระดับรองและระดับสูงกว่าเอง ทั้งนี้ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลนั้น กองประสานการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมจะส่งเจ้าหน้าที่และแพทย์

---

[65] เมื่อเริ่มโครงการในปี 2534 ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลักต่างก็ยังไม่มีเครือข่ายกับสถานพยาบาลอื่น ในปีถัดมาเริ่มมีการสร้างเครือข่าย โดยในปี 2535 นั้น สถานพยาบาลรัฐที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแต่ละแห่งมีสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายโดยเฉลี่ย 7.1 แห่ง ในขณะที่เอกชนมีสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายโดยเฉลี่ยเพียง 2.6 แห่ง อัตราส่วนดังกล่าวทั้งของภาครัฐและเอกชนได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ภาคเอกชนมีการขยายเครือข่ายเร็วกว่าในภาครัฐมาก ตัวอย่างเช่น ในปี 2544 สถานพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลัก 1 แห่ง มีสถานพยาบาลเครือข่ายเฉลี่ย 24 แห่ง ในขณะที่สถานพยาบาลภาครัฐแต่ละแห่งมีสถานพยาบาลเครือข่ายเฉลี่ย 13 แห่ง (อย่างไรก็ตาม จำนวนนี้นับรวมคลินิกที่เป็นเครือข่ายให้มากกว่าหนึ่งสถานพยาบาลด้วย)

ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักทั้งหมด แต่ที่ยังไม่เน้นการเข้าไปประเมินตรวจสอบสถานพยาบาลคู่สัญญารอง โดยอาจมีการสุ่มตรวจบ้าง[66]

ในส่วนของสถานพยาบาลระดับสูงกว่า (supra-contractor) นั้น ก็มีปัญหาในบางพื้นที่เช่นกัน โดยมีทั้งกรณีที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักบางแห่งพยายามผลักผู้ป่วยไข้เรื้อรังหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงไปให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้พยายามแก้ไขปัญหานี้โดยปรับเปลี่ยนกติกาการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของแต่ละสถานพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังพบว่า ในบางพื้นที่มีปัญหาในการจ่ายเงินในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนเกือบทั้งหมดในจังหวัดนั้น ซึ่งปัญหานี้อาจส่งผลให้ผู้ประกันตนในโครงการบางรายไม่ได้รับการรักษาที่จำเป็น[67]

ค.การปรับกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลกลุ่มต่าง ๆ

กุญแจสำคัญที่ทำให้โครงการประกันสังคมประสบความสำเร็จในการดึงสถานพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมโครงการ คือการให้สิทธิผู้ประกันตนในการเลือกสถานพยาบาล (ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน) และการจ่ายค่าตอบแทนซึ่งคุ้มกับการดำเนินการของสถานพยาบาล สำหรับในประการหลังนั้น มีปัจจัยทางประชากรเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือ ผู้ประกันตนที่อยู่ในกองทุนส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุและเด็ก นอกจากนี้ การที่ผู้มีสิทธิ์กลุ่มนี้อยู่ในธุรกิจเอกชนซึ่งค่อนข้างจะเข้มงวดเรื่องการลาหยุดก็อาจทำให้คนกลุ่มนี้มีอัตราการมาใช้สิทธิ์ที่

---

[66] จากการชี้แจงของเจ้าหน้าที่กองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม และเป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะประมาณปีเศษที่ผ่านมาที่กระทรวงสาธารณสุขไปตรวจจับคลินิกเถื่อนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น บางคลินิกที่ถูกจับก็มีการทำสัญญาเป็นคลินิกเครือข่ายของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

[67] อย่างไรก็ตาม กรณีนี้อาจเป็นกรณีเฉพาะที่เกิดจากปัญหาการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคมในส่วนภูมิภาค (ประกันสังคมจังหวัด) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอีกสองแห่งในกรุงเทพมหานคร และได้รับคำตอบจากผู้บริหารทั้งสองท่านว่าไม่มีปัญหานี้ และในกรณีที่สถานพยาบาลคู่สัญญาปฏิเสธการจ่ายเงิน สำนักงานประกันสังคมก็สามารถหักเงินค่าหัวของสถานพยาบาลนั้นมาจ่ายให้ได้ ผู้วิจัยได้กลับไปสอบถามผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคเหนือแห่งนั้นอีกครั้งหนึ่ง และได้รับคำตอบว่าได้ส่งเรื่องให้ประกันสังคมจังหวัดหลายครั้งแล้ว แต่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงต้องหันมาใช้วิธีขึ้นบัญชีดำโรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นเอง

ค่อนข้างต่ำด้วย แต่กลไกการจ่ายเงินและจำนวนเงินที่จ่ายก็มีผลต่อความสามารถในการรักษาให้สถานพยาบาลเหล่านี้อยู่ในโครงการ และในการชักจูงให้สถานพยาบาลรายใหม่สมัครเข้ามาร่วมโครงการด้วย

ในด้านการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลนั้น กองทุนประกันสังคมได้ปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวและวิธีการจ่ายเงินหลายครั้ง โดยในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงานในปี 2534 สำนักงานประกันสังคมกำหนดอัตราเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลจำนวน 700 บาทต่อคนต่อปี ต่อมาได้ปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายเป็น 800 บาทต่อคนต่อปีในปี 2538 และในปี 2541 ปรับเพิ่มเป็น 1,000 บาทต่อคนต่อปีสำหรับสถานพยาบาลที่มีผู้ประกันตนขอขึ้นทะเบียนไม่เกิน 50,000 คน และ 900 บาทต่อคนต่อปีในกรณีที่มีผู้ประกันตนขอขึ้นทะเบียนเกิน 50,000 คน และตั้งแต่เดือนตุลาคม 2543 จนถึงปัจจุบัน ได้ปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายเป็น 1,100 บาทต่อคนต่อปีอัตราเดียวกันทุกโรงพยาบาล

นอกจากนี้ในระหว่างปี 2543-44 ได้มีการปรับการจ่ายค่าตอบแทนให้สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 280 บาทต่อบัตร ซึ่งส่วนหนึ่ง (150 บาทต่อบัตร) เป็นการเพิ่มตามภาระการเสี่ยง ซึ่งการปรับการจ่ายค่าตอบแทนในส่วน 150 บาทนี้มีเป้าหมายที่จะชดเชยภาระความเสี่ยงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง (โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์) ซึ่งในระยะแรก กลุ่มโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ดูจะพอใจกับแนวทางนี้ อย่างไรก็ตาม การที่โครงการประกันสังคมให้สิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาลอย่างเต็มที่ทำให้มีปัญหา adverse selection โดยผู้ป่วยหนักหรือเรื้อรังจำนวนมากหันมาเลือกโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์[68] ซึ่งทำให้ในระยะหลัง โรงพยาบาลกลุ่มนี้หลายแห่งประสบกับการขาดทุน และได้ทำเรื่องขอถอนตัวจากการให้บริการปฐมภูมิของโครงการประกันสังคมในช่วงต้นปี 2547[69]

---

[68] ในบางกรณี การเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ก็เกิดจากการชักนำโดยสถานพยาบาลเดิม ซึ่งมักจะให้เหตุผลกับผู้ป่วยเหล่านี้ว่า โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์จะมีเครื่องไม้เครื่องมือที่ดีกว่า

[69] กรณีนี้ยังไม่มีข้อยุติในขณะที่เตรียมรายงานนี้ โดยทางกองทุนประกันสังคมและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้พยายามเจรจาให้โรงพยาบาลกลุ่มนี้รับผู้มีสิทธิประกันสังคมต่อไป โดยจะพยายามปรับวิธีการจ่ายเงินให้ (แต่ยังไม่มีข้อยุติในเรื่องนี้ และโรงเรียนแพทย์บางแห่งใช้วิธีไม่รับผู้ลงทะเบียนรายใหม่ แต่ยังคงรับรักษาผู้ป่วยเดิมต่อไป)

5.5 การดำเนินงานของโครงการประกันสังคมในปี 2545-46

การดำเนินงานที่สำคัญของโครงการประกันสังคมในปี 2545 คือการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 สำนักงานประกันสังคมได้ขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งก่อนที่จะมีการขยายความครอบคลุมครั้งนี้ มีการประมาณเอาไว้ว่า ถ้ามีการลงทะเบียนอย่างครบถ้วน ก็จะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นอีก 2.78 ล้านคน[70] (รวมเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมประมาณ 8.8 ล้านคน)

ผลการดำเนินการจริงพบว่า ในช่วงที่กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนนั้น จำนวนสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนในโครงการเพิ่มขึ้นจาก 115,984 แห่งในเดือนมีนาคม 2545 เป็น 243,681 แห่งในเดือนเมษายน ขณะที่จำนวนผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นจาก 5.98 ล้านคน เป็น 6.30 ล้านคน ทั้งนี้ในช่วงเริ่มขยายความครอบคลุมนี้ สำนักงานประกันสังคมมีนโยบายให้ดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปไม่เข้มงวด โดยใช้วิธีการประชาสัมพันธ์และการเข้าหาสถานประกอบการและลูกจ้างที่เข้าข่าย และหลังจากเส้นตายที่กำหนดไว้เมื่อสิ้นเดือนเมษายน 2545 แล้ว ก็ยังมีสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ในอัตราที่ลดลง (ดูตารางที่ 5.4)

จนถึงเดือนพฤษภาคม 2546 มีสถานประกอบการและผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นเป็น 310,149 แห่ง และ 7.3 ล้านคนตามลำดับ[71] ในจำนวนนี้เป็นสถานประกอบการและผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน (รวมสถานประกอบการที่เคยมีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป) จำนวน 217,099 แห่ง และ 775,681คน ตามลำดับ จำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนจริงในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน มีจำนวนต่ำกว่าจำนวนผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคม และที่ TDRI ประมาณไว้ค่อนข้างมาก ทั้งนี้ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคมเคยประมาณเอาไว้ว่าในปี 2545 และ 2546 จะมีลูกจ้างในสถานประกอบการต่ำกว่า 10 คน จำนวน 3.06 และ 3.26 ล้านคน ขณะที่ TDRI ประมาณไว้ที่ 2.36 และ 2.49 ล้านคน ตามลำดับ

---

[70] คาดการณ์โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) เมื่อปลายปี 2544 (สำนักงานประกันสังคมคาดว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันตนเพิ่มขึ้นถึง 3.5 ล้านคน)

[71] จำนวนผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมรายงานนี้แตกต่างจากจำนวนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานซึ่งแสดงไว้ในเดือนพฤษภาคมมีจำนวน 7,919,129 คน และผู้มีสิทธิซ้ำซ้อนจากประกันสังคมและข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจจำนวน 105,101 คน

ตารางที่ 5.4 จำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม 2543-สค.47

สถานประกอบการและลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน	ข้อมูลการขึ้นทะเบียน							ประมาณการสำหรับปี 46 [2/]	
	2543	2544	พ.ค.45[1/]	ธ.ค.45	พ.ค.46	ธ.ค.46	ส.ค.47	สปส.	TDRI
สถานประกอบการรวม (แห่ง)	107,228	110,814	270,089	301,518	310,149	301,518	340,054		
สปก.ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป (แห่ง)	107,228	110,814	82,927	87,645	93,050	97,758	100,868		
สปก.ที่มีลูกจ้าง < 10 คน (แห่ง)[3/]	-	-	187,162	213,873	217,099	226,321	239,186		
ผู้ประกันตนรวม (พันคน)[4/]	5,899.5	5,983.4	6,716.4	7,047.6	7,314.2	7,609.4	7.960.9	9,290	8,717
ผปต.ใน สปก.10 คนขึ้นไป (พันคน)	5,810.1	5,865.2	5,935.1	6,144.4	6,382.4	6,629.6	6,936.7	6,030	6,222
ผปต. ใน สปก.< 10 คน (พันคน)[3/]	-	-	656.6	755.8	775.7	804.7	837.2	3,260	2,495
ผปต. ตาม ม.39 (พันคน)	89.4	118.2	124.7	147.4	156.1	175.1	187.0		

ที่มา : - กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม (ยกเว้นตัวเลขประมาณการของ TDRI)

หมายเหตุ : 1/ ไม่มีข้อมูลแบ่งแยกสถานประกอบการและผู้ประกันตนในเดือนเมษายน 2545 (ซึ่งถูกกำหนดเป็นเส้นตายของการขยายความครอบคลุม)

2/ ดูรายละเอียดใน อัญชนา ณ ระนอง และศรชัย เตรียมวรกุล (2545)

3/ รวมสถานประกอบการและผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่เคยมีขนาด 10 คนขึ้นไป แต่ต่อมามีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน

4/ ผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการ ถือเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 สำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 39 คือผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนที่เคยเป็นผู้ประกันตนตาม ม.33 และได้สมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจภายใน 6 เดือนนับจากวันสิ้นสภาพการจ้างงาน นอกจากนี้ มีผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ที่ไม่เข้าข่ายผู้ประกันตนตาม ม.33 และ 39 ซึ่งในที่นี้ไม่ได้รวมคำนวณอยู่ในตาราง (ณ ธ.ค.45 มี 4 คน และ ณ พ.ค.46 มี 6 คน)

การที่มีผู้เข้ามาลงทะเบียนในโครงการนี้ค่อนข้างน้อยในช่วงสองปีเศษที่ผ่านมา (ประมาณร้อยละ 25-33 ของจำนวนที่คาดการณ์) ไม่ได้เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือความคาดหมายมากนัก และทางสำนักงานประกันสังคมเองก็เน้นมาตรการเรื่องการให้ข้อมูลและชักจูงให้เข้าร่วมมากกว่าที่จะตรวจจับ

ผู้ที่ไม่เข้าโครงการ นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทก็อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นายจ้างและลูกจ้างเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมน้อยลง ในขณะเดียวกันรัฐบาลเองก็ไม่ได้กระตือรือร้นในเรื่องนี้มากนัก ซึ่งสาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะการมีลูกจ้างเข้าโครงการประกันสังคมมากขึ้นหมายความว่ารัฐบาลมีภาระในการจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏออกมาว่า โดยเฉลี่ยแล้ว รัฐบาลต้องรับภาระการจ่ายเงินสมทบให้ผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมแต่ละคนในจำนวนที่*สูงกว่า*ค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ 30 บาท

ในระยะแรก ผู้บริหารกองทุนประกันสังคมบางท่านมีความกังวลว่าการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างน้อยกว่าสิบคนจะส่งกระทบด้านลบต่อกองทุนประกันสังคมด้วยสาเหตุสองประการคือ ประการแรก เป็นที่เชื่อกันว่า โดยเฉลี่ยแล้วลูกจ้างกลุ่มนี้น่าจะมีเงินเดือนต่ำกว่าลูกจ้างกลุ่มเดิม ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อรายรับของโครงการประกันสังคม (ซึ่งเก็บเงินสมทบเป็นสัดส่วนของเงินเดือน) และประการที่สอง การที่มีผู้มาขึ้นทะเบียนค่อนข้างน้อยอาจมีปัญหา adverse selection เกิดขึ้นได้ (กล่าวคือผู้ที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมาลงทะเบียน*มากกว่า*ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง) ซึ่งสองประการนี้อาจดึงรายรับเฉลี่ยของกองทุนลงและดึงค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านการรักษาพยาบาลที่กองทุนต้องจ่ายให้สูงขึ้น

จนถึงขณะนี้ ความกังวลทั้งสองประการยังไม่ได้กลายมาเป็นปัญหาขึ้นมาจริง โดยในประการแรกนั้น นอกจากเงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างจะไม่ได้ลดลงแล้ว ยังเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ทำให้ลูกจ้างโดยเฉลี่ยมีรายได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ในช่วงสองปีที่ผ่านมามีการเพิ่มขึ้นของผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่มีขนาดสิบคนขึ้นไปถึงประมาณหนึ่งล้านคน ในขณะที่จำนวนผู้ประกันตนจากสถานประกอบการที่มีขนาดต่ำกว่าสิบคนเพิ่มขึ้นเพียง 0.18 ล้านคน[72]

สำหรับความกังวลประการที่สองนั้น คณะผู้วิจัยก็คาดว่าไม่น่าจะเป็นปัญหาเช่นกัน โดยเมื่อพิจารณาอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสังคม (ตารางที่ 5.5) ก็พบว่าอัตราการใช้บริการในปี 2545 (ซึ่งผู้ประกันตนจากสถานประกอบการที่มีขนาดต่ำกว่าสิบคน

---

[72] โดยรวมแล้ว จำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้นประมาณหกแสนคนในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2545 ถึงเดือนสิงหาคม 2547 เป็นกลุ่มที่มาจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่าสิบคนเพียง 1 ใน 7 เท่านั้น (แต่ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะสถานประกอบการขนาดเล็กบางแห่งมีการจ้างงานเพิ่มขึ้นจนมีลูกจ้างมากกว่าสิบคนด้วย)

ส่วนใหญ่จะมีสิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาลไม่เกินหกเดือน)[73] และในปี 2546 ไม่ต่างจากในปี 2544 มากนัก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการที่มีข้อกำหนดในเรื่องระยะเวลาที่ต้องจ่ายเงินสมทบก่อนสามารถลดแรงจูงใจที่สถานประกอบการบางแห่งจะเลือกสมัครเข้าโครงการประกันสังคมเนื่องจากมีลูกจ้างที่ป่วยอยู่ก่อนแล้วลงได้พอสมควร มาตรการที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงสามารถป้องกันหรือลดปัญหา adverse selection ได้ในระดับหนึ่งแล้ว

ตารางที่ 5.5 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม (ครั้ง/คน-ปี)

ประเภทของบริการและสถานพยาบาล	ปี				
	2542	2543	2544	2545	2546
ผู้ป่วยนอก	2.15	2.04	2.51	2.55	2.54
+ รัฐบาล	2.07	1.85	2.37	2.45	2.41
+ เอกชน	2.22	2.18	2.60	2.61	2.63
ผู้ป่วยใน	0.043	0.043	0.046	0.044	0.046
+ รัฐบาล	0.041	0.042	0.041	0.039	0.043
+ เอกชน	0.043	0.044	0.050	0.047	0.049

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

ดังนั้น ในด้านผลกระทบทางการเงินของการขยายความครอบคลุมที่มีต่อกองทุนประกันสังคมนั้น น่าจะอนุมานได้ว่า จนถึงขณะนี้ การขยายความครอบคลุมไม่น่าจะส่งผลต่อสถานะทางการเงินของกองทุนมากนัก

เมื่อพิจารณาในภาพรวม กองทุนฯ มีรายรับจากการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนและนายจ้างในปี 2545 มีจำนวน 30,447 ล้านบาท และส่วนที่รัฐบาลต้องจ่ายสมทบ 10,127 ล้านบาท (รัฐจ่ายให้บางส่วน และมีส่วนค้างจ่ายสะสมรวมเป็นจำนวน 4,197 ล้านบาท) สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทน (ทั้ง 6 กรณี) ในปี 2545 มีจำนวน 13,542 ล้านบาท สัดส่วนเงินประโยชน์ทดแทนปี 2545

---

[73] ผู้ประกันตนจะมีสิทธิ์ใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลหลังจากจ่ายเงินสมทบครบสามเดือนแล้วเท่านั้น นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ในบางกรณี จะต้องมีระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบที่นานกว่านี้ จึงจะสามารถขอรับประโยชน์ได้ ตัวอย่างเช่น กรณีคลอดบุตรต้องจ่ายสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน (ใน 15 เดือนก่อนหน้านั้น) กรณีสงเคราะห์บุตรต้องจ่ายครบ 12 เดือน (ใน 36 เดือน) และกรณีชราภาพต้องจ่ายครบ 180 เดือน เป็นต้น

เท่ากับร้อยละ 33.4 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2544 ซึ่งอยู่ในอัตราร้อยละ 32.5 ณ สิ้นปี 2545 กองทุนประกันสังคมมีรายรับสุทธิ 11,014 ล้านบาท และมีเงินกองทุนสุทธิ 177,090 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 99.9 ของสินทรัพย์รวม)

ตารางที่ 5.6 ผลการดำเนินงาน และฐานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม (ล้านบาท)

ปี	เงินสมทบ	ประโยชน์ทดแทน	สัดส่วนประโยชน์ทดแทน/เงินสมทบ	รายรับสุทธิ*	เงินกองทุนสุทธิ	สินทรัพย์รวม	เงินกองทุนต่อสินทรัพย์รวม
2542	22,471	7,676	34.16%	20,523	88,562	88,990	99.5%
2543	32,278	10,553	32.69%	26,688	115,060	115,772	99.4%
2544	34,512	11,223	32.52%	28,489	143,298	143,473	99.8%
2545	40,574	13,542	33.40%	33,814	177,090	177,319	99.9%

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: * ไม่รวมค่าเผื่อประโยชน์ทดแทน

ในแง่นี้ ปัญหาที่มีสถานประกอบการขนาดเล็กมาขึ้นทะเบียนในโครงการประกันสังคมเพิ่มขึ้นน้อยที่ควรจะเป็นจึงไม่ได้เป็นปัญหากับโครงการและกองทุนประกันสังคมในปัจจุบันแต่อย่างใด แต่กลับไปมีผลกับโครงการ 30 บาท เพราะความล่าช้าในการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมครั้งนี้ทำให้จำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาท ซึ่งเคยคาดกันไว้ว่าน่าจะลดลงนับล้านคนกลับไม่ลดลง (แต่เดิมกระทรวงสาธารณสุขเคยประมาณการเอาไว้ว่าจะมีผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาทฯ จำนวน 46.6 ล้านคนในปีงบประมาณ 2545 และลดเหลือ 45 ล้านคนในปีงบประมาณ 2546) ซึ่งมีผลในด้านการจัดสรรงบให้โครงการ 30 บาทต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในปีงบประมาณ 2546 อย่างไรก็ตาม ในเชิงบริหารแล้ว ปัญหานี้อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลสามารถแก้ไขได้ไม่ยาก เพราะถึงแม้ว่ารัฐบาลจะจ่ายเงินเพิ่มให้โครงการ 30 บาทด้วยเหตุผลดังกล่าว ก็ไม่ได้ทำให้รัฐบาลมีรายจ่ายรวมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ในภาพรวมแล้ว ค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลสำหรับทั้งสองโครงการลดลง เนื่องจากรัฐบาลจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายจากการที่ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้าโครงการประกันสังคม*มากกว่า*งบที่รัฐบาลจะต้องจัดสรรเพิ่มให้กับโครงการ 30 บาท

การปรับตัวด้านอื่น ๆ ของกองทุนประกันสังคมในปี 2545-47

ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา มีความเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ของกองทุนประกันสังคมในสามประการใหญ่ๆ คือ

- เลื่อนการปรับอัตราเงินสมทบสำหรับความคุ้มครอง 4 กรณีแรก (ซึ่งลดลงจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 1 สำหรับทุกฝ่ายในปี 2541 และมีกำหนดที่จะต้องเพิ่มกลับขึ้นไปเป็นร้อยละ 1.5 ในปี 2546) ไปอีกหนึ่งปี (ไปเริ่มปี 2547) ส่วนอัตราเงินสมทบสำหรับความคุ้มครอง 2 กรณีหลัง (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ดำเนินการตามแผนเดิม คือ เพิ่มการเรียกเก็บจากฝ่ายผู้ประกันตนและนายจ้างจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 3 (ฝ่ายรัฐบาลจ่ายอัตราเดิมคือร้อยละ 1) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2546 เป็นต้นไป (ดูตารางที่ 5.1)
- เพิ่มประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร จากเดิมที่เหมาจ่ายให้ผู้ประกันตนที่มีสิทธิในอัตรา 150 บาทต่อเดือนต่อบุตรหนึ่งคน เพิ่มเป็นอัตรา 200 บาทต่อเดือนต่อบุตรหนึ่งคน โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2545
- เพิ่มอัตราเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายให้ผู้ประกันตนกรณีคลอดบุตรเป็น 6,000 บาทต่อครั้ง (ยังคงข้อกำหนดเรื่องการใช้สิทธินี้ได้ไม่เกินสองครั้งต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนเช่นเดิม)
- ขยายความคุ้มครองประกันสังคมกรณีการว่างงาน (เริ่ม 1 มกราคม 2547)
- แผนงานที่อยู่ในขั้นการศึกษาในปี 2546 และปี 2547
  - การเพิ่มเงินบำนาญกรณีชราภาพ
  - การขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มแรงงานนอกระบบ และกลุ่มแรงงานบางกลุ่ม เช่น กลุ่มลูกจ้างชั่วคราวในส่วนราชการ กลุ่มเกษตรกร ประมง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ

ในช่วงสองปีที่ผ่านมา ยังไม่มีความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนการขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสของผู้ประกันตน ซึ่งเป็นเรื่องที่รัฐบาลได้พยายามผลักดันในอดีตและเคยถูกกำหนดไว้ในแผนของสำนักงานประกันสังคมตั้งแต่ยังไม่มีโครงการ 30 บาท[74]

---

[74] ที่ผ่านมา รัฐบาลเคยใช้เงื่อนไขการปรับอัตราเงินสมทบเพิ่มกลับขึ้นไปฝ่ายละ 0.5 ในปี 2546 เป็นเครื่องต่อรองให้สำนักงานประกันสังคมขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสของผู้ประกันตน ขณะที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม ในปี 2547 ได้มีการศึกษาเรื่องนี้เพิ่มเติม รวมไปถึงการขยายความคุ้มครองไปยังบุตรธิดาของผู้ประกันตนด้วย ในขณะเดียวกัน ในสำนักงานประกันสังคมเอง ก็มีการเสนอให้พิจารณาปรับเพดานเงินเดือนสูงสุดที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบจาก 15,000 บาทเป็น 20,000 บาท เพื่อให้มีเงินเพิ่มสำหรับการขยายสิทธิประโยชน์ต่างๆ ด้วย

การปรับตัวของกองทุนเงินทดแทน

- ขยายความคุ้มครองและเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ลูกจ้างและผู้ประกันตนจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2546 ดังต่อไปนี้
- เพิ่มวงเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยรุนแรงจากเดิมที่เบิกได้ตามจริงไม่เกิน 85,000 บาทต่อครั้ง เป็นไม่เกิน 200,000 บาทต่อครั้ง
- ปรับเปลี่ยนระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพจากกองทุนเงินทดแทนจากเดิมจ่ายเป็นค่าทดแทนรายเดือนไม่เกิน 15 ปี เพิ่มเป็นตลอดชีวิต (ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับการจ่ายสิทธิประโยชน์ในด้านนี้ของกองทุนประกันสังคม)

บางฝ่ายในโครงการและสำนักงานประกันสังคมเองไม่ค่อยเต็มใจดำเนินการในเรื่องนี้มากนัก เพราะเกรงว่าจะมีผลกระทบกับฐานะทางการเงินของกองทุน ในที่สุดมีการเลื่อนการปรับอัตราเงินสมทบเพิ่มไปปี 2547 โดยยังไม่ได้มีการขยายความคุ้มครองไปยังคู่สมรสหรือครอบครัว

6. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ[75]

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ (หรือที่นิยมเรียกกันว่า "กองทุน พรบ. รถ" หรือ "กองทุน พรบ. บุคคลที่สาม") โดยมีจุดเริ่มมาจาก พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งออกมาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ผู้ประสบภัยจากรถถูกปฏิเสธการรักษาจากสถาน พยาบาล หรือผู้ประสบเหตุไม่กล้านำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาล พรบ. นี้กำหนดให้เจ้าของรถต้องทำประกันความเสียหายสำหรับบุคคลที่สามกับบริษัทประกันภัยของเอกชน (เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2536) และบริษัทประกันเหล่านี้นำเบี้ยประกันส่วนหนึ่งมาตั้งเป็นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นและ/หรือค่าทำศพให้จำนวนหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถหาตัวผู้ก่อความเสียหายหรือจ่ายค่ารักษาเบื้องต้นให้ก่อน แล้วไปตาม "ไล่เบี้ย" เรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ก่อความเสียหายหรือบริษัทประกันของผู้ก่อความเสียหายต่อไป

ในแง่นี้ การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมีลักษณะที่แตกต่างจากโครงการประกันสุขภาพอื่นเกือบทุกโครงการ (ยกเว้นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน) เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มักเป็นหลักประกันสำหรับแต่ละบุคคล *แต่กองทุนนี้คุ้มครองภัยที่เกิดจากความเสียหายเฉพาะด้านให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิ์ซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่นๆ ทุกสิทธิ์* และในแง่หนึ่ง การที่ภัยจากรถมักเกิดขึ้นโดยมีผู้ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย ผู้ที่ได้รับความเสียหาย (รวมทั้งผู้เสียหายโดยอ้อม เช่น สถานพยาบาลที่รับรักษา) จึงมีสิทธิ์เรียกร้องค่าชดใช้จากผู้ที่ก่อความเสียหาย แต่การที่มีสิทธิ์ที่ซ้ำซ้อนทำให้ผู้ประสบภัยมักไม่อยากใช้สิทธิ์นี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ และอาจต้องเสียค่าปรับ[76]) และในกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย

ที่ผ่านมาสถานพยาบาลหลายแห่งได้กล่าวหาว่าบริษัทประกันบางแห่งพยายามตั้งเงื่อนไขการเบิกจ่ายให้ยุ่งยากเพื่อประวิงหรือปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน ซึ่งในแง่ของแรงจูงใจแล้วข้อกล่าวหานี้ก็พอมีเหตุผล เพราะการที่สิทธิ์นี้มีความซ้ำซ้อนกับสิทธิ์อื่นย่อมทำให้ผู้ที่ควรที่จะรับผิดชอบจ่ายความเสียหายมีโอกาสที่จะ "โยนกลอง" ไปให้หน่วยงานอื่น (ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของ

---

[75] ดูรายละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมในศรชัย (2545)

[76] ตัวอย่างเช่น ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุโดยไม่มีคู่กรณี (เช่น ขับรถล้มเอง) ถูกตำรวจปรับเป็นเงิน 400 บาท ด้วยข้อหาขับรถโดยประมาท

บุคคลเหล่านั้นด้วย) เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายแทน ซึ่งในอดีตนั้น มีกรณีบ่อยครั้งที่ทั้งโครงการ สปร. และโครงการประกันสังคมต้องมารับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้แทนบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

6.1 กลไกการดำเนินการและกลไกการจ่ายเงิน

- พรบ.ฯ บังคับให้เจ้าของรถทำประกันภาคบังคับกับบริษัทประกันเอกชน ซึ่งกรมธรรม์นี้ชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลภายนอก (รวมไปถึงค่าชดเชยในกรณีที่เสียชีวิต)
- นอกจากบริษัทประกันภัยจะมีหน้าที่จ่ายความเสียหายตามกรมธรรม์ดังกล่าวแล้ว ยังต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนหนึ่งเข้ากองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถด้วย
- กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถทำหน้าที่เป็นทั้งตัวกลางในการจ่ายความเสียหายเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด[77] เพื่อเป็นหลักประกันให้กับสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน แล้วจึงไปไล่เบี้ยเรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ที่ต้องรับผิด (บริษัทประกันหรือผู้ก่ออุบัติเหตุ[78]) และทำหน้าที่เป็นตัวแทนจ่ายความเสียหายแทน (ในเพดานที่กำหนดเอาไว้)[79] ในกรณีที่หาคู่กรณีไม่ได้หรือไม่สามารถเรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ที่ต้องรับผิดได้
- ตั้งบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (โดยเงินสมทบจากบริษัทประกันในโครงการ) ขึ้นมาเป็นส่วนเสริมบริษัทประกันภัยในการจ่ายค่าความเสียหาย และเป็นตัวหลักในการรับประกันรถจักรยานยนต์ (ซึ่งที่ผ่านมามีโอกาสขาดทุนค่อนข้างสูงเนื่องจากเก็บเบี้ยประกันต่ำเมื่อเทียบกับความเสียหายที่เกิดขึ้น)
- วิธีการจ่ายเงินของกองทุนฯ เป็นแบบ fee for service แบบมีเพดาน เหมือนกับกองทุนเงินทดแทนของประกันสังคม

---

[77] รวมทั้งกรณีที่รถที่ก่อความเสียหายหลบหนี หรือบริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายในขณะนั้น เป็นต้น

[78] แต่ในทางปฏิบัตินั้น ที่ผ่านมากองทุนฯ จะไปไล่เบี้ยจากบริษัทประกันเท่านั้น

[79] หากมีความเสียหายเกินกว่าค่าความเสียหายเบื้องต้นที่ได้รับ เช่น ผู้ประสบภัยถึงแก่ความตาย หรือทุพพลภาพ นั้น พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้กำหนดให้บริษัทประกันภัย หรือผู้ก่อความเสียหาย (กรณีรถไม่ได้ทำประกันภัยไว้) ต้องชดใช้ค่าความเสียหายส่วนเกินนี้ให้แก่ผู้ประสบภัยตามอัตราที่กำหนด ซึ่งประกาศโดยกระทรวงพาณิชย์

6.2 ผลและปัญหาในการดำเนินการที่ผ่านมา

หลักการของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถเป็นการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น (เพื่อเป็นหลักประกันให้กับสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน) แล้วไปไล่เบี้ยกับผู้รับผิดชอบ (บริษัทประกันหรือผู้ก่อความเสียหาย) ในภายหลัง (ในกรณีที่สามารถหาตัวผู้กระทำผิดได้)

ในการดำเนินการที่ผ่านมา กองทุนฯ มีความสามารถในการไล่เบี้ยจากบริษัทประกันภัยค่อนข้างสูง ซึ่งสาเหตุหนึ่งคงเป็นเพราะหน่วยงานที่บริหารกองทุนคือกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งมีอำนาจในการควบคุมบริษัทประกันโดยตรง กรณีที่กองทุนไม่สามารถไล่เบี้ยได้มักเป็นกรณีที่ผู้ก่อความเสียหายไม่ได้ทำประกันเอาไว้ ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่ใช่ปัญหาใหญ่ แต่ก็มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเพราะในระยะหลังจำนวนเจ้าของรถที่ไม่ยอมทำหรือต่ออายุประกันชนิดนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งรถจักรยานยนต์ในชนบท

การที่กองทุนฯ มีความสามารถในการไล่เบี้ยสูง ทำให้กองทุนฯ มีภาระการจ่ายเองน้อยมาก (30-39 ล้านบาทต่อปีในระหว่างปี 2541-2546) ซึ่งน้อยกว่ารายจ่ายในด้านการพิมพ์เครื่องหมายและการประชาสัมพันธ์ (44-86 ล้านบาทต่อปีในระหว่างปี 2542-2546) เสียด้วยซ้ำ ซึ่งทำให้ที่ผ่านมาเงินกองทุนเพิ่มพูนขึ้นเป็นลำดับ ในปี 2546 มีเงินกองทุนประมาณ 2,051 ล้านบาท (ดูตารางที่ 6.2)

แต่ในขณะที่กองทุนฯ มีปัญหาในการเรียกเก็บค่าเสียหายจากบริษัทประกันภัยค่อนข้างน้อยนั้น ที่ผ่านมา สถานพยาบาล (โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐจำนวนมาก)[80] มีปัญหาในการเรียกเก็บค่าเสียหายจากบริษัทประกันภัย เนื่องจากปัญหาเอกสารไม่สมบูรณ์ ปัญหาผู้เสียหายไม่ให้ความร่วมมือ และปัญหาบริษัทประกันภัยจงใจเรียกร้องเอกสารเกินความจำเป็นและใช้เป็นเหตุผลในการชลอหรือปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหาย ทำให้ในหลายกรณีสถานพยาบาลหันไปใช้สิทธิ์อื่นที่ผู้ป่วยมี (เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และสิทธิ์ สปร.) ทั้งที่โดยหลักการแล้วจะต้องเรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถก่อน

นอกจากนี้ การที่สิทธิ์ในกรณีนี้มีลักษณะที่เป็นสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิ์อื่นๆ ในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ประสบภัยไม่อยากใช้สิทธิ์นี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ) และมีปัญหาการพิสูจน์หาตัวผู้ก่อความเสียหาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย (เช่น เป็นผู้ก่อความเสียหายเองหรือเป็นญาติหรือเพื่อนฝูง หรือในกรณีที่ตกลงรับค่าชดเชยจากผู้ก่อความเสียหายโดยตรงไปก่อนแล้ว)

---

[80] เป็นที่น่าสังเกตว่า สถานพยาบาลเอกชนที่มีระบบ claim ที่ทันสมัยไม่ค่อยมีปัญหานี้ และสถานพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งที่ปรับปรุงระบบข้อมูลประกันสุขภาพการ (รพ. ขอนแก่น) ระบุว่าทำให้หนี้สูญลดลงลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 10

ตารางที่ 6.1 จำนวนกรมธรรม์ อุบัติเหตุ และความเสียหาย ในการประกันรถจักรยานยนต์และรถยนต์ พ.ศ. 2541-2546

	บริษัทประกันภัย						บริษัทกลางฯ [2/]					กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ				
	2541	2542	2543	2544	2545	2546[1/]	2542	2543	2544	2545	2546	2541	2542	2543	2544	2545
1. จำนวนกรมธรรม์ (ล้านราย)																
- รถจักรยานยนต์	5.116	4.463	4.997	5.769	6.150	7.270	0.667	2.063				n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
- รถยนต์ทุกประเภท	4.457	4.661	9.696	10.797	11.629	12.889	0	0								
2. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุและมีการเรียกร้อง (ครั้ง)*												2. จำนวนเรื่องที่ร้องเรียนและจ่าย (ครั้ง)				
- รถจักรยานยนต์	116,534	118,976	111,910	154,420	167,078	101,825	1,818	28,558				3,236	3,487	3,663	3,846	3,924
- รถยนต์ทุกประเภท	115,073	116,852	178,901	227,258	236,692	137,847	-	-								
3. เบี้ยประกันภัยรับที่ถือเป็นรายได้ (ล้านบาท)												3. เงินสมทบรับจากบริษัทประกัน (ล้านบาท)				
- รถจักรยานยนต์	1,144	1,074	1,071	1,238	1,328	1,436	32	330	444	490		136	117	146	115	94
- รถยนต์ทุกประเภท	5,982	5,948	7,020	7,118	7,044	5,727	-	-	-	-						
4. ความเสียหายที่มีการเรียกร้องและได้พิจารณาจ่าย (ล้านบาท)												4. ค่าความเสียหายเบื้องต้นที่จ่าย (ล้านบาท)				
- รถจักรยานยนต์	1,193	1,204	1,285	1,637	1,847	1,368	34	304	430	516		36	39	39	41	35
- รถยนต์ทุกประเภท	1,828	1,770	2,936	3,382	3,544	2,293	-	-	-	-						
5. อัตราความเสียหายต่อเบี้ยประกันภัยที่ถือเป็นรายได้ (Loss Ratio- %) [(2)/(1)*100]												5. ค่าความเสียหายต่อเงินสมทบรับ (%)				
- รถจักรยานยนต์	104%	112%	120%	132%	139%	95%	106%	92%	97	105		27%	33%	27%	n.a.	n.a.
- รถยนต์ทุกประเภท	31%	30%	42%	48%	50%	40%	-	-	-	-						

ตารางที่ 6.1 จำนวนกรมธรรม์ อุบัติเหตุ และความเสียหาย ในการประกันรถจักรยานยนต์และรถยนต์ พ.ศ. 2541-2546

	บริษัทประกันภัย						บริษัทกลางฯ [2/]					กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ				
	2541	2542	2543	2544	2545	2546[1/]	2542	2543	2544	2545	2546	2541	2542	2543	2544	2545
6. ค่าสินไหมทดแทนเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท/ครั้ง) [(2) / (3)]												6. ค่าความเสียหายต่อครั้ง (บาท/ครั้ง)				
- รถจักรยานยนต์	10,237	10,121	11,015	10,600	11,050	13,440	18,443	10,653				11,124	11,184	10,701	n.a.	n.a.
- รถยนต์ทุกประเภท	15,888	15,148	16,406	14,880	14,970	16,630	-	-								
7. ค่าสินไหมทดแทนเฉลี่ยต่อกรมธรรม์ (บาท/กรมธรรม์) [(2) / (4)]																
- รถจักรยานยนต์	233	270	257	284	300	188	50	147								
- รถยนต์ทุกประเภท	410	380	303	313	305	178	-	-								
8. ผลการดำเนินงานจากการรับประกันภัยภาคบังคับ (ล้านบาท)																
- รถทุกประเภท	1,941	825	1,385[3/]	n.a.	3.5	n.a.	-174[4/]	-132[4/]	-171	-205						
9. ผลการดำเนินงานจากการรับประกันภัยภาคสมัครใจ (ล้านบาท)																
- รถทุกประเภท	-4,699	-3,735	-1,460[3/]	n.a.	-40	n.a.	-	-								
10. อัตราส่วนความสูญเสีย (Loss Ratio) ของการรับประกันภัยภาคสมัครใจ (%)																
- รถทุกประเภท	85%	76%	67%	n.a.	n.a.	n.a.	-	-								

ตารางที่ 6.1 จำนวนกรมธรรม์ อุบัติเหตุ และความเสียหาย ในการประกันรถจักรยานยนต์และรถยนต์ พ.ศ. 2541-2546

	บริษัทประกันภัย						บริษัทกลางฯ [2/]					กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ				
	2541	2542	2543	2544	2545	2546[1/]	2542	2543	2544	2545	2546	2541	2542	2543	2544	2545

ที่มา: 1. สถิติการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (มกราคม – กันยายน 2544) โดยบริษัทไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด (มหาชน)

2. รายงานประจำปี 2543 มกราคม – ธันวาคม 2543 ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

3. สำนักทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

4. www.doi.go.th/stat_data/premium/motor_q1_47.pdf

5. รายงานธุรกิจประกันภัยในประเทศไทย ปี 2545

6. รายงานประจำปี 2545 กองทุนหมุนเวียน กรมการประกันภัย

7. ข้อมูลจากสำนักนายทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กรมการประกันภัย

หมายเหตุ : 1/ ตัวเลขเบื้องต้นซึ่งยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากกรมธรรม์บางส่วนยังไม่หมดอายุและการชดเชยในบางกรณียังไม่สิ้นสุด (ตัวเลขปี 2544-2546 เป็นตัวเลข ณ มีนาคม 2547 ตัวเลขปี 2543 เป็นตัวเลข ณ กันยายน 2546)

2/ บริษัทกลางฯ เริ่มดำเนินการรับประกันภัยเฉพาะรถจักรยานยนต์ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2542

3/ ตัวเลขเบื้องต้นยังไม่ได้ตรวจสอบจากกรมการประกันภัย

4/ ผลการดำเนินงานเฉพาะส่วนของการรับประกันภัยรถจักรยานยนต์ ของบริษัทกลางในปี 2542 ขาดทุนสุทธิ 64 ล้านบาท และ 4.4 ล้านบาทในปี 2543

5/ *จำนวนครั้งที่เกิดความเสียหาย ปี 2543 เป็นจำนวนครั้งที่เบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทน ปี2544-2546 เป็นจำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ

ตารางที่ 6.2 ผลการดำเนินงานของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ปี 2541-2546

	2541		2542		2543		2544		2545		2546**
	ล้านบาท	% ของรายได้รวม	ล้านบาท	% ของรายได้รวม	ล้านบาท	% ของรายได้รวม	ล้านบาท	% ของรายได้รวม	ล้านบาท	% ของรายได้รวม	ล้านบาท
เงินสมทบรับ	146.3	51.9%	117.3	48.6%	135.7	55.9%	115.4	51.0%	107.4	63.0%	106.6
ค่าความเสียหายเบื้องต้นที่ตัดเป็นค่าใช้จ่าย	29.8	10.6%	31.5	13.0%	32.4	13.4%	32.5	15.0%	34.1	20.0%	38.6
ค่าใช้จ่ายในการพิมพ์เครื่องหมาย	1.9	0.7%	22.5	9.3%	51	21.0%	43.1	19.0%	44.2	26.0%	65.4
ค่าใช้จ่ายในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	0	0.3%	23.7	9.8%	20.1	8.3%	13.4	6.0%	0.0	0.0%	20.2
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย	238.7	84.7%	161.7	66.9%	136.5	56.3%	128.6	57.0%	52.4	31.0%	8.8
ลูกหนี้ค่าความเสียหายเบื้องต้น	87.6	5.37%*	91.4	5.09%*	19.2	1.03%*	23.1	1.0%	26.6	1.0%	33.4
เงินกองทุน	1,632.4	99.99%*	1,794.2	99.99%*	1,854.0	99.39%*	2,001.8	100.0%	2,054.1	99.0%	2,051.4

ที่มา : งบการเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ปี 2541-2546 กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

หมายเหตุ : * อัตราส่วนร้อยละของสินทรัพย์รวม

** ข้อมูล ปี2546 สตง.ยังไม่ได้แก้ไขปรับปรุงและรับรองงบการเงิน

ในภาพรวมแล้ว ที่ผ่านมาระบบประกันภัยภาคบังคับมีอัตรา Loss Ratio (เงินชดเชยความเสียหายเทียบกับเบี้ยประกันที่ถือเป็นรายได้) สำหรับรถยนต์ที่ค่อนข้างต่ำ คือไม่ถึงหนึ่งในสามในระหว่างปี 2541-2542 และประมาณครึ่งหนึ่งในระหว่างปี 2544-2545 แต่จะมี Loss ratio มากกว่า 1 สำหรับจักรยานยนต์ (ซึ่งเก็บเบี้ยประกันในอัตราที่ต่ำ) โดยมีอัตรา Loss Ratio อยู่ที่ 1.3-1.4 ในระหว่างปี 2543-2545 (ตารางที่ 6.1) ซึ่งมีผลทำให้บริษัทกลาง (ซึ่งงานหลักคือรับประกันรถจักรยานยนต์) ประสบกับการขาดทุนอย่างต่อเนื่อง[81] อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดทุนของบริษัทกลางไม่ใช่ปัญหาใหญ่นัก เพราะบริษัทกลางได้เงินทุนมาจากเงินสมทบของบริษัทประกันภัยตามสัดส่วนของเบี้ยประกันที่ได้จากโครงการนี้ ซึ่งในระบบแล้วยังมีกำไรมาโดยตลอด จึงอยู่ในวิสัยที่กรมการประกันภัยจะเพิ่มอัตราเงินสมทบให้บริษัทกลางได้

ในทั้งระบบแล้วบริษัทประกันภัยรายงานว่ามีกำไรจากการรับประกันภัยภาคบังคับ แต่ก็รายงานกำไรที่ลดลงมามากในปีหลังๆ แต่ในการประกันภัยรถภาคสมัครใจ (ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ พรบ. นี้) นั้น บริษัทประกันภัยก็รายงานว่าผลประกอบการขาดทุนมากกว่าหนึ่งพันล้านบาทแม้กระทั่งในปีที่มี Loss Ratio เพียง 0.67 เท่านั้น ซึ่งถ้าระบบบัญชีและการรายงานข้อมูลทั้งหมดมีความถูกต้องโปร่งใส ก็พอจะอนุมานได้ว่าค่าใช้จ่ายในการบริหารการประกันภัยจากรถของบริษัทประกันโดยเฉลี่ยอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง และอาจจะมีลู่ทางที่รัฐจะสามารถดึงงานประกันภัยจากรถ*ในส่วนที่เป็นภาคบังคับ*มาทำได้ในต้นทุนที่ต่ำกว่า (เช่น โดยการเก็บเบี้ยประกันรวมไปกับการต่อทะเบียนรถ และจ่ายเงินชดเชยโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการชันสูตรศพ โดยอาจร่วมมือกับธนาคารของรัฐ เช่น ธกส. ซึ่งรับฝากเงินจาก รพ. ของรัฐและมีโครงการฌาปณกิจสงเคราะห์อยู่แล้วเป็นต้น)

ในด้านการรักษาพยาบาลนั้น วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถซึ่งเป็นวิธีจ่ายเงินแบบ fee for service ที่มีเพดาน ก็มีส่วนสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลบางแห่งแย่งกันรับผู้ป่วยเข้ามารักษาเบื้องต้น (และสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งยังคิดค่ารักษาที่ค่อนข้างสูงด้วย) แต่เมื่อค่าใช้จ่ายเริ่มใกล้เคียงกับเพดานที่กองทุนจ่ายแล้ว สถานพยาบาลเหล่านี้มักจะหยุดรักษาและในบางกรณีพยายามผลักคนไข้ไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลของรัฐ

---

[81] ณ สิ้นปี 2546 บริษัทมียอดเงินกองทุน และมีหนี้สินประมาณ 604 ล้านบาท

6.3 การดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา

ในช่วงปี 2544-45 ซึ่งประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความสนใจค่อนข้างมากนั้น บทบาทของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถไม่ค่อยได้รับความสนใจเหมือนโครงการ 30 บาท ซึ่งส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะมีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างมาก และกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถโดยตรงส่วนใหญ่จะเป็นผู้บริหารกองทุน (ซึ่งเป็นข้าราชการ) และบริษัทประกันภัยเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการไม่ได้มีความเป็นกลุ่มก้อนเหมือนกลุ่มผู้มีสิทธิ์และผู้บริหารกองทุนประกันสังคมหรือกลุ่มข้าราชการ ซึ่งต่างก็เฝ้าจับตามองการพัฒนาของโครงการ 30 บาทและร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยความห่วงใยว่าจะมีการรวมโครงการของตนด้านการรักษาพยาบาลของตนเข้ากับโครงการ 30 บาท

ในส่วนของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเองนั้น ก็ได้รับเสียงวิพากษ์วิจารณ์อยู่เรื่อยๆ ในเรื่องกำไรของบริษัทประกันภัยในการรับประกันรถยนต์ และมีเสียงเรียกร้องให้ลดเบี้ยประกันภัยลงมา ซึ่งอาจจะช่วยจูงใจให้ผู้ที่หลบเลี่ยงไม่ทำประกันหันมาทำประกันนี้ แต่กรมการประกันภัย ซึ่งทำหน้าที่ดูแลกองทุนนี้ มักจะตอบข้อเรียกร้องนี้ว่าควรใช้วิธีเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้มากกว่า

ในช่วงปลายปีงบประมาณ 2545 ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ได้ผ่านความเห็นชอบจากวุฒิสภา *โดยคงข้อความในมาตรา 12 ที่กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ* (ซึ่งคล้ายกับในมาตรา 11 ซึ่งกำหนดไว้ในทำนองเดียวกันสำหรับกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน แต่ในกรณีของมาตรา 11 นั้น กลุ่มผู้มีสิทธิ์และผู้บริหารกองทุนประกันสังคมได้ต่อรองและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องหลายท่านให้แก้ไข พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 โดยตัดมาตรานี้ออก)

เมื่อเป็นเช่นนี้ ในที่สุดก็มีเพียงโครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเท่านั้นที่ถูกกำหนดโดยมาตรา 12 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ให้มาทำงานร่วมกันกับ สปสช. ในระยะนี้ (หลังจากระยะเวลา 180 วันที่กำหนดเอาไว้ในบทเฉพาะกาล) แต่จนถึงขณะนี้ ก็ยังไม่มีสัญญาณใดใดว่าผู้บริหารของโครงการทั้งสองมีการดำเนินการใดๆ ที่จะตอบสนองต่อมาตรา 12 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545

ความเปลี่ยนที่เกิดขึ้นจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถในปีงบประมาณ 2546 คือ เพิ่มสิทธิประโยชน์*ในกรณีที่เสียชีวิต*จากการจ่ายค่าชดเชยเบื้องต้น (โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด) 15,000 บาท เป็น 35,000 บาท ทำให้เพดานค่าชดเชยเบื้องต้นกรณีที่*รวมค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ประสบอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาพยาบาลและเสียชีวิตในเวลาต่อมา* เพิ่มขึ้นจาก 30,000 บาทเป็น 50,000

บาท และในกรณีที่สามารถไล่เบี้ยจากผู้กระทำผิดหรือบริษัทประกันภัยของผู้กระทำผิด เพดานค่าชดเชยในกรณีที่ผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ทุพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ ก็เพิ่มจาก 80,000 บาท เป็น 100,000 บาท (เพดานเงินชดเชยนี้ รวมค่ารักษาพยาบาลซึ่งยังคงมีเพดานอยู่ที่ 50,000 บาทเท่าเดิม) การเพิ่มสิทธิประโยชน์ในกรณีหลังนี้มีผลบังคับใช้สำหรับทุกกรมธรรม์ที่ทำขึ้น*ตั้งแต่* 1 เมษายน 2546 เป็นต้นมา (ไม่มีผลบังคับย้อนหลังสำหรับกรมธรรม์ที่ทำก่อน 1 เมษายน 2546 อย่างไรก็ตาม ในส่วนค่าความเสียหายเบื้องต้นที่จ่ายโดยกองทุนฯ นั้น ทางกองทุนฯ จะจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 1 เมษายน 2546 เป็นต้นมา)[82]

มาตรการล่าสุดที่กองทุนฯ พยายามนำมาใช้ในช่วงกลางปี 2547 คือการร่วมมือกับกรมการขนส่งทางบกในการต่อทะเบียนรถประจำปี โดยกำหนดให้รถที่จะต่อทะเบียนต้องนำกรมธรรม์ประกันภัยบุคคลที่สาม*ที่มีวันหมดอายุพร้อมกับวันหมดอายุทะเบียนรถในปีต่อไป*มาแสดงด้วย ซึ่งโดยหลักการแล้ววิธีนี้น่าจะช่วยลดปัญหารถที่ไม่ทำประกันภัยบุคคลที่สามลงไปได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งรถยนต์ แต่ก็อาจจะมีผลข้างเคียงที่ทำให้จำนวนรถที่หลีกเลี่ยงไม่ต่อทะเบียนประจำปีเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรถจักรยานยนต์ในต่างจังหวัดและในเขตชนบท อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ดำเนินการมาได้เพียงประมาณสามเดือน ทางสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามทุจริตแห่งชาติ (ปปช.) ซึ่งได้รับการร้องเรียนจากประชาชน (รวมทั้งการร้องเรียนเรื่องถูกบังคับให้ปรับรอบกรมธรรม์กับบริษัทที่กรมการขนส่งทางบกจัดหามาให้) ได้เข้ามาตรวจสอบและให้กรมการขนส่งทางบกยกเลิกคำสั่ง 13 ฉบับ ที่บังคับให้มีการต่อทะเบียนพร้อมกับทำประกัน โดยระบุให้ต้องดำเนินการในวันเดียวกัน ให้เปลี่ยนเป็นการ "ขอความร่วมมือ" แทน โดยไม่ระบุว่าจะต้องดำเนินการในวันเดียวกันหรือไม่

---

[82] แต่ในช่วงแรกกองทุนยังจ่ายค่าความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในอัตราเดิม เนื่องจากกฎกระทรวงที่ออกมาแก้ไขเรื่องนี้ยังไม่ได้ผ่านการรับรองจากคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตาม หลังจากที่คณะรัฐมนตรีรับรองกฎกระทรวงฉบับแก้ไขนี้แล้ว ทางกองทุนก็จะจ่ายเงินชดเชยส่วนเพิ่มนี้ (20,000 บาท) ย้อนหลังให้แก่ผู้รับประโยชน์

7. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เป็นโครงการที่พรรคไทยรักไทยเสนอขึ้นมาในช่วงปลายปี 2543 ก่อนการเลือกตั้งทั่วไป และเริ่มดำเนินการอย่างรวดเร็วหลังจากที่พรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งด้วยเสียงข้างมากเมื่อต้นปี 2544 ภายใต้ชื่อ "นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค" โดยเริ่มจากโครงการนำร่องระยะที่หนึ่งและสอง ซึ่งใช้วิธีออก "บัตรทอง" ให้กับผู้ที่ไม่มีสิทธิ์อื่น แต่เมื่อเริ่มดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ในเดือนตุลาคม 2544 ก็ได้ยุบรวมโครงการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกัน (เช่น โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาทและโครงการ สปร.) ที่ผ่านมา โครงการนี้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่มีสถานพยาบาลของกระทรวงอื่นและของเอกชนเข้าร่วมด้วย และมีการออก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มารองรับเมื่อปลายปี 2545

แต่ถึงแม้ว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ผลักดันขึ้นมาโดยพรรคไทยรักไทย โครงการนี้ไม่ได้เป็นโครงการที่ "คิดใหม่" ตามคำขวัญของพรรคนี้เสียทั้งหมด ในความเป็นจริงแล้ว สิ่งที่อาจถือได้ว่าเป็นความคิดใหม่ของโครงการนี้คือตัวเลขค่าบริการ 30 บาท ซึ่งเป็นตัวเลขที่ผู้ที่มีบทบาทอย่างสูงในการคิดโครงการนี้เคยระบุเช่นกันว่านำมาจากค่าทางด่วนในขณะนั้น แต่ในที่สุดแม้กระทั่งตัวเลขนี้ก็ยังไม่สามารถนำมาใช้กับประชาชนในโครงการนี้ทั้งหมดได้ เพราะมีการทักท้วงว่าประชาชนผู้มีสิทธิ์เกือบครึ่งหนึ่งของโครงการนี้คือผู้ที่มีสิทธิ์ สปร. เดิม ซึ่งไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลอยู่แล้ว ส่วนประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นเรื่องที่มีผู้เสนอมาเป็นเวลาเกือบสิบปีแล้ว ในการสัมมนาที่จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในระหว่างปี 2542-43 ก็มีหัวข้อสัมมนาเรื่องนี้ทุกครั้ง และในกระบวนการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ก็ได้มอบหมายให้คณะทำงานของ สวรส. ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ไปจัดทำ "ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งมีผลงานออกมาเมื่อต้นปี 2544 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544) และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักของโครงการนี้ในช่วงปีแรกมักอ้างถึงเอกสารชิ้นนี้ (หรือร่างของเอกสารชิ้นนี้) ว่าเป็น "คัมภีร์ไบเบิ้ลของโครงการ 30 บาท"

แต่ถึงแม้ว่าโครงการนี้จะไม่ใช่แนวคิดใหม่ที่ริเริ่มโดยบุคลากรของพรรคไทยรักไทย แต่การตัดสินใจนำโครงการนี้มาปฏิบัติตามแนวทางที่ดำเนินการในปีแรก (2545) ก็นับเป็นการตัดสินใจก้าวสำคัญที่ส่งผลสะเทือนต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยในระดับอาจจะรุนแรงที่สุดในรอบสามสิบปีที่ผ่านมา เพราะในขณะที่ภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทที่ออกสู่สาธารณะจะเป็น

โครงการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดคือการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งนอกจากจะมีเป้าหมายในการสร้างความเสมอภาคในการให้บริการกับประชาชนมากขึ้นแล้ว กลุ่มผู้บริหารที่ผลักดันการปฏิรูปนี้ยังมุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไปด้วย

การจัดสรรงบโดยวิธีนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่[83]ในเมืองใหญ่หลายแห่ง (ซึ่งในอดีตเป็นแหล่งที่แพทย์นิยมไปอยู่ เพราะมีลู่ทางที่จะหารายได้พิเศษมากกว่าในจังหวัดเล็ก) เริ่มประสบปัญหาทางการเงินเนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง และไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม ปัญหานี้ทำให้ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดหันมาใช้วิธีต่างๆ ในการดึงเงินกลับมาสู่โรงพยาบาลเหล่านี้ (เช่น ผลักดันให้ใช้มาตรการรวมเงินเดือนที่จังหวัด และการจัดสรรงบโดยแยกงบผู้ป่วยในมาไว้ที่กองกลาง) ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารโครงการที่ส่วนกลางเองก็ตระหนักถึงปัญหานี้และได้เตรียมงบฉุกเฉิน (Contingency Fund ซึ่งใช้ชื่อที่เป็นทางการว่า "งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ") ให้กับสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน โดยมีเงื่อนไข (conditionality) ว่าสถานพยาบาลที่มาขอรับความช่วยเหลือจะต้องทำแผนปฏิรูปเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายลง[84] ซึ่งในช่วงปีแรก (2545) นั้นประมาณร้อยละ 85 ของงบนี้ไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่งบนี้ลดลงอย่างมากในปี 2546 และยกเลิกไปในปี 2547

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลระดับอำเภอ) จำนวนมากที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมากจากโครงการนี้นั้น การได้งบเพิ่มขึ้นในช่วงปีแรกทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำงานได้คล่องตัวขึ้นกว่าเดิม แต่ก็มีปัญหาที่การใช้เงินยังผูกติดกับกฎระเบียบหลายประการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้มีความคล่องตัวขึ้น และที่สำคัญก็คือการที่มีเงินเพิ่มขึ้นอย่างเดียวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาใหญ่ของโรงพยาบาลเหล่านี้ อันได้แก่การขาดแคลนบุคลากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ซึ่งการจัดสรรกำลังคนยังขึ้นกับส่วนกลางเป็นหลัก) นอกจากนี้ การที่มีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

---

[83] อันได้แก่โรงพยาบาลที่มีขนาด 150 เตียงขึ้นไป เช่น โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขตขึ้นไป)

[84] วิธีนี้คล้ายวิธีที่กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) กำหนดในการปล่อยกู้ให้กับประเทศที่ประสบวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข เงินที่ให้เป็นเงินให้เปล่า

ชุมชนหลายแห่งเพิ่มขึ้นมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท ก็ยิ่งเพิ่มแรงกดดันของปัญหานี้ให้มากขึ้นตามไปด้วย

นอกจากโครงการ 30 บาทจะมุ่งเน้นที่การขยายหลักประกันสุขภาพให้สิทธิครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ (universal coverage) และการปฏิรูปด้านการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข (health care financing reform) แล้ว โครงการนี้ยังให้ความสำคัญกับการปรับระบบบริการให้หันมาเน้นบทบาทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care) การเสริมสร้างสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (prevention) ตลอดจนการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น

การที่โครงการ 30 บาทมีการดำเนินการที่มีผลกระทบในหลายด้าน การสรุปการดำเนินงานของโครงการ 30 บาทในรายงานนี้ จึงนำเสนอเป็นสี่ตอนคือ ตอนที่ 7.1 จะกล่าวถึงงานในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์ให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ตอนที่ 7.2 กล่าวถึงการปฏิรูประบบการเงินการคลังและผลกระทบด้านการเงินต่อสถานพยาบาล ตอนที่ 7.3 กล่าวถึงผลการให้บริการในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ตอนที่ 7.4 จะกล่าวถึงการบริหารโครงการ 30 บาทในบริบทของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปรับตัวในด้านการบริหารโครงการหลังจากที่ได้ดำเนินการผ่านมาสองปีเต็ม

7.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศและการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ์

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศถือได้ว่าเป็นประเด็นใหญ่ในทางการเมือง และเป็นสิ่งที่ทำให้โครงการ 30 บาทได้รับความสนใจจากฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ประเด็นนี้กลับไม่ใช่เรื่องใหม่หรือเรื่องใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุข เพราะแต่เดิมนั้น นอกจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจแล้ว ก็ยังมีโครงการประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท และโครงการ สปร. (ที่ค่อยๆ ขยายความคุ้มครองจนครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย/ว่างงาน ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้นำศาสนา และทหารผ่านศึก รวมประมาณ 20 ล้านคนในปี 2543) ซึ่งเมื่อรวมกันแล้ว ก็จะเห็นได้ว่า ในปี 2543 นั้น คนไทยส่วนใหญ่ (ประมาณสองในสามถึงสามในสี่) อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของโครงการหลักประกันสุขภาพของภาครัฐอยู่แล้ว (ดูตารางที่ 7.1) และที่ผ่านมา ก็เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ฝ่ายการเมืองตั้งแต่ในอดีตถึงปัจจุบันต่างก็เลือกที่ขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพมาโดยตลอด โดยเริ่มจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน. ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช มาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการ

รักษาพยาบาล หรือ สปร. ซึ่งครอบคลุมประชากรเกือบครึ่งประเทศ และกลายมาเป็นโครงการ "30 บาท รักษาทุกโรค" ในที่สุด

ตารางที่ 7.1 ประมาณความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพของประเทศไทย ปี 2543

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละของประชากร
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	20	33%
บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท	7-8	12%
สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	~ 7	11%
ประกันสังคม	6	10%
ประกันสุขภาพเอกชน	~ 5.9	~ 10%
ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใดใด	>15.5	> 25%
ผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน*	?	?
รวมประชากร	61.5	100%

* ตัวอย่างเช่น ข้าราชการที่มีพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีสิทธิ์ประกันสังคมหรือ สปร. ข้าราชการที่ทำงานเอกชน และผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพของภาครัฐและประกันสุขภาพเอกชนในขณะเดียวกัน

ที่มา: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จาก คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส. (2544) แต่ปรับด้วยข้อมูลผู้มีสิทธิ์ในโครงการ สปร. จาก อัญชนา และวิโรจน์ ณ ระนอง (2544)

ในแง่นี้ การขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนก้าวเดินไปข้างหน้าในทิศทางเดิม ถึงแม้ว่าจะเป็นก้าวที่ค่อนข้างใหญ่เพราะการขยายความคุ้มครองครั้งนี้เป็นการขยายความคุ้มครองสำหรับประชากรอีกประมาณ 15-20 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้รวมชนชั้นกลางและกลุ่มผู้มีฐานะดีที่ค่อนข้างจะให้ความสำคัญกับคุณภาพของบริการมากกว่ากลุ่มประชากรที่ได้รับสิทธิ์ สปร. ในอดีต

7.1.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

หลังจากที่โครงการนี้เริ่มดำเนินโครงการนำร่องระยะที่หนึ่งใน 6 จังหวัดในเดือนเมษายน 2544 และโครงการนำร่องระยะที่สองในอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน ก็ได้ขยายขอบข่ายของการดำเนินการออกไปทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ในเดือนตุลาคม 2544 ซึ่งเร็วกว่า

แผนเดิม เนื่องจากมีแรงผลักดันจากทั้งการเมืองและประชาชนให้ดำเนินการโดยเร็ว และขยายการดำเนินการจนครบทุกพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครในเดือนเมษายน 2545

ก. การออกบัตร

การขยายความคุ้มครองอาศัยกระบวนการออก "บัตรทอง" ให้กับประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพของภาครัฐมาก่อน หรือการเปลี่ยนบัตรให้กับผู้ที่เคยอยู่ในโครงการของกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่โครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ การออกบัตรนี้อิงทะเบียนราษฎร์เป็นหลัก ประกอบกับข้อมูลผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคม และข้อมูลข้าราชการ (ซึ่งเป็นข้อมูลที่หน่วยงานต่างๆ ของทางราชการรวบรวมเอาไว้อย่างไม่เป็นระบบนัก และส่วนใหญ่ไม่ได้รวมข้อมูลของบิดามารดาและบุตรธิดาของข้าราชการเอาไว้ด้วย)

การออกบัตรโดยใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์เป็นหลักนั้น มีปัญหาความคลาดเคลื่อนค่อนข้างมาก เนื่องจากมีประชากรจำนวนมากที่ย้ายถิ่นฐานหรืออพยพไปอยู่ที่อื่นโดยไม่ได้แจ้งย้ายกับทางการ สำหรับข้อมูลผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม ซึ่งมีระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัยนั้น ในทางปฏิบัติก็มีความเหลื่อมด้านเวลาของการบันทึกข้อมูล (รวมทั้งความเหลื่อมด้านเวลาที่เกิดในขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุข) นอกจากนี้ ก็ยังมีปัญหาระยะเวลาเหลื่อมของสิทธิ์ (เช่น ผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสังคมในช่วงสามเดือนแรกจะยังไม่ได้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ในขณะที่ผู้ที่หยุดจ่ายเงินสมทบไปแล้วจะยังมีสิทธิ์ไปอีกช่วงหนึ่ง) การที่ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีปัญหาในการตรวจสอบสิทธิ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ต้องดำเนินการออกบัตรอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดปัญหาการออกบัตรซ้ำซ้อนกับสิทธิ์เดิมเป็นจำนวนมาก

นอกจากปัญหาการขาดฐานข้อมูลที่ถูกต้อง และปัญหาที่เกิดจากความเร่งรีบในการผลักดันโครงการและการออกบัตร (ซึ่งจังหวัดส่วนใหญ่ต้องออกบัตรให้เสร็จภายในหนึ่งเดือน) แล้วปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนก็มีทั้งส่วนที่เกิดจากปัญหาโครงสร้าง (บางคนมีสิทธิ์หลายด้านจริง เช่น สมาชิกในครอบครัวของข้าราชการที่ทำงานในภาคเอกชน) ปัญหาแรงจูงใจของผู้มีสิทธิ์ (ผู้มีสิทธิ์ต้องการรักษาสิทธิ์หลายอย่างเนื่องจากเห็นว่าไม่มีสิทธิ์ใดที่ดีกว่าสิทธิ์อื่นในทุกด้าน หรือบางสิทธิ์ผู้ป่วยต้องทดรองจ่ายเงินไปก่อน เช่น ในกรณีสวัสดิการข้าราชการ) และในช่วงแรกสถานพยาบาลจำนวนมากมีแรงจูงใจในการออกบัตรให้ได้มากเอาไว้ก่อนเนื่องจากเข้าใจว่าจะได้รับการจัดสรรงบตามจำนวนบัตรที่ออก จึงไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนอย่างจริงจัง

ผลการดำเนินการในด้านการออกบัตรพบว่าในช่วงสามเดือนแรก (ตุลาคม-ธันวาคม 2544) มีบัตรที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์จากสำนักงานประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งมีทั้งปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนและปัญหาอื่น เช่น เลขประจำตัวบัตรประชาชนผิด ฯลฯ) ประมาณ 5

ล้านบัตร (ร้อยละ 11.6 ของจำนวนบัตรที่ออกในช่วงดังกล่าว) ตัวเลขดังกล่าวลดลงมาเหลือประมาณร้อยละ 1 เมื่อสิ้นไตรมาสแรกของปี 2545[85] โดยประชากรกลุ่มนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในทะเบียนกลางของกระทรวงมหาดไทย และบางส่วนเป็นมีผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์บัตรทองเพราะมีชื่ออยู่ที่มีสิทธิ์อื่น[86]) ถูกจัดเข้าไปอยู่ในกลุ่ม "ค่าว่าง" ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิใดๆ เลย แต่ในความเป็นจริง บุคคลเหล่านี้บางส่วนมีสิทธิ์อื่นด้วย (เช่น สวัสดิการข้าราชการ) ประกอบโครงการ 30 บาทได้ปรับปรุงระบบการขึ้นมะเบียนซึ่งให้ความสะดวกกับแรงงานต่างถิ่นมากขึ้น ทำให้จำนวนประชากรกลุ่ม "ค่าว่าง" ค่อยๆ ลดลง เหลือ 4.4 ล้านคนเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 และ 2.8 ล้านคนเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2547 ส่วนจำนวนบัตรทองที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์แล้วก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 มีบัตรทองที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์ 45.4 ล้านบัตร เพิ่มขึ้นเป็น 46.0 ล้านบัตรเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 และ 47.1 ล้านบัตรเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2547

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าโครงการ 30 บาทมักจะอ้างถึงประโยชน์ที่คนจนจะได้รับ และสามารถขยายการออกบัตรได้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่กระบวนการออกบัตรที่พึ่งทะเบียนราษฎร์เป็นหลักก็มีปัญหาการเข้าไม่ถึงกลุ่มคนจนที่สุด ซึ่งมักเป็นกลุ่มเร่ร่อนและย้ายถิ่นบ่อย (นอกจากนี้ ยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับกลุ่มคนที่ยังไม่ได้สัญชาติไทย) ที่ผ่านมาได้ ปัญหาไปสำหรับกลุ่มแรงงานต่างถิ่นได้รับการแก้ไขไปแล้วบ้างโดยให้ลงทะเบียนที่ปลายทางได้ โดยให้เจ้าบ้านหรือนายจ้างรับรอง แต่ปัญหาของกลุ่มคนที่ไม่มีบัตรประชาชน (ซึ่งรวมถึงคนไทยจำนวนไม่น้อย เช่น ชาวเล ชาวเขา) ยังคงเป็นปัญหาอยู่ในบางส่วน ซึ่งอาจมีผลทำให้เป้าหมายที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยจะยังไม่บรรลุได้จริงในเร็ววันนี้[87]

---

[85] ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อ 1 เมษายน 2545 (ดู วิโรจน์ และอัญชนา 2545ข)

[86] เช่น ผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสังคมในช่วงสามเดือนแรก ซึ่งยังไม่ได้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล หรือผู้ที่หมดสิทธิ์ประกันสังคมแล้ว แต่ยังมีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช. แต่ในระยะหลัง ได้มีการแก้ไขปัญหาทำนองนี้ไปแล้วเป็นส่วนใหญ่

[87] ในปัจจุบัน กลุ่ม "ค่าว่าง" ยังมีสัดส่วนเกือบร้อยละ 5 ของประชากรของประเทศไทย

ตารางที่ 7.2 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพตามโครงการต่างๆ

ประเทศ/ภูมิภาค (หน่วย : ล้านคน)	กันยายน 2545							กันยายน 2546							กันยายน 2547						
	30 บาท (รวมบัตร "ท")	ประกันสังคม	ขรก./รสก.	สิทธิซ้ำ ปกส./ขรก./รสก.	อื่นๆ	สิทธิว่าง**	รวมทั้งหมด	30 บาท (รวมบัตร "ท")	ประกันสังคม	ขรก./รสก.	สิทธิซ้ำ ปกส./ขรก./รสก.	อื่นๆ*	สิทธิว่าง**	รวมทั้งหมด	30 บาท (รวมบัตร "ท")	ประกันสังคม	ขรก./รสก.	สิทธิซ้ำ ปกส./ขรก./รสก.	สิทธิอื่นๆ*	สิทธิว่าง**	รวมทั้งหมด
ทั้งประเทศ	**45.35**	**7.02**	**4.05**	**0.10**	**0.03**	**4.60**	**61.15**	**45.97**	**7.98**	**4.02**	**0.10**	**0.03**	**4.37**	**62.48**	**47.10**	**8.26**	**4.28**	**0.10**	**0.32**	**2.83**	**62.86**
ร้อยละ***	74.2%	11.5%	6.6%	0.2%	0.1%	7.5%	100%	73.6%	12.8%	6.4 %	0.2%	0.1 %	7.0%	100%	74.9%	13.1%	6.8%	0.2%	0.5%	4.5%	100%
เหนือ	9.10	1.14	0.70	0.01	0.00	0.00	10.96	9.27	1.30	0.70	0.01	0.00	0.00	11.29	9.38	1.33	0.76	0.01	0.13	-	11.61
ตอ./น	16.51	2.25	1.02	0.02	0.01	0.00	19.81	16.77	2.57	1.01	0.02	0.01	0.00	20.38	16.96	2.63	1.06	0.02	0.06	-	20.72
กลาง	4.39	1.06	0.57	0.02	0.00	0.00	6.04	4.38	1.22	0.59	0.02	0.00	0.00	6.22	4.43	1.28	0.64	0.02	0.01	-	6.38
ตะวันออก	2.84	0.53	0.25	0.01	0.00	0.00	3.62	2.85	0.60	0.25	0.01	0.00	0.00	3.70	2.88	0.63	0.27	0.01	0.01	-	3.79
ตะวันตก	2.85	0.47	0.28	0.01	0.00	0.00	3.59	2.94	0.53	0.28	0.01	0.00	0.00	3.76	2.98	0.55	0.29	0.01	0.02	-	3.85
ใต้	6.36	0.60	0.54	0.01	0.00	0.00	7.51	6.55	0.68	0.54	0.01	0.00	0.00	7.77	6.94	0.68	0.56	0.01	0.02	-	8.21
กทม.	3.30	0.94	0.67	0.03	0.01	0.00	4.96	3.22	1.03	0.64	0.03	0.01	0.00	4.92	3.49	1.15	0.69	0.03	0.02	-	5.39
รพ. กองทัพ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	-	-	-	-	-	0.04
ไม่สามารถระบุประเภท/จังหวัด	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	4.60	4.66	0.00	0.05	0.02	0.00	0.00	4.37	4.43	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.83	2.83

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (ฐานข้อมูลอิเลกโทรนิก ตุลาคม 2547)

หมายเหตุ : * รวมคนไทยในต่างประเทศที่สามารถตรวจสอบได้ (เช่น แรงงานที่ไปทำงานในต่างประเทศ, ผู้ที่ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ เป็นต้น)

** ไม่สามารถระบุสิทธิได้แน่นอน หรือไม่สามารถตรวจสอบสิทธิได้ และรวมถึงผู้ที่ไปทำงานในต่างประเทศโดยไม่แจ้งกับทางการไว้

*** ร้อยละของจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ก1. ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพภายใต้โครงการต่างๆ

เป้าหมายหนึ่งของการดำเนินโครงการ 30 บาท คือการขยายความครอบคลุมหลักประกันทางสุขภาพไปสู่ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เพิ่มขึ้น จากตารางที่ 7.2 แสดงถึงโครงการหลักประกันสุขภาพที่รัฐดำเนินการซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 (กันยายน 2545) มียอดจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 4.05 ล้านคน โครงการประกันสังคมมีจำนวน 7.02 ล้านคน (และผู้ที่มีสิทธิซ้ำซ้อนระหว่างประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการประมาณหนึ่งแสนคน) โครงการ 30 บาทฯ (รวมบัตรสุขภาพ 500 บาท และคนไทยที่อยู่ต่างประเทศ) 45.35 ล้านคน รวมทั้ง 3 โครงการ ครอบคลุมประชากรได้ประมาณ 56.52 ล้านคน หรือร้อยละ 92.5 ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชากรอีกอย่างน้อย 4.60 ล้านคน หรือร้อยละ 7.5 ของประชากรทั้งประเทศที่ยังไม่มีสิทธิหรือไม่สามารถระบุสิทธิได้แน่นอน

เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 ข้อมูลที่รายงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่ามียอดจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประมาณ 4.03 ล้านคน (ใกล้เคียงกับปี 2545) โครงการประกันสังคมมีจำนวน 7.98 ล้านคน (เพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งล้านคน) โครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นประมาณ 46 ล้านคน รวมเป็นประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพจากทั้ง 3 โครงการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 58.08 ล้านคน หรือร้อยละ 92.9 ของประชากรทั้งประเทศ เหลือประชากรที่ยังไม่สามารถระบุสิทธิได้หรือยังอยู่ในขั้นตอนตรวจสอบ 4.43 ล้านคน หรือร้อยละ 7.0 ของประชากรทั้งประเทศ

จากข้อมูลล่าสุดที่รายงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือนกันยายน 2547 พบว่าจำนวนประชากรที่ยังไม่สามารถระบุสิทธิได้หรือยังอยู่ในขั้นตอนตรวจสอบ (ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการของรัฐ) ลดลงเหลือ 2.83 ล้านคน หรือร้อยละ 4.5 ของประชากรทั้งประเทศ ขณะที่ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพจากทั้ง 3 โครงการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 59.71 ล้านคน หรือร้อยละ 95 ของประชากรทั้งประเทศ

ก2. ปัญหาในการออกบัตร

ที่ผ่านมา กระบวนการการออกบัตร แจกบัตร ตรวจสอบสิทธิ์ เปลี่ยนบัตร เก็บบัตรคืน ฯลฯ ยังเป็นปัญหาที่ใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่เข้าโครงการนำร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะออกบัตรทองให้เฉพาะกลุ่มผู้ที่ไม่มีสิทธิ์อื่น แต่ในช่วงเดือนตุลาคม

2544 ก็ต้องเปลี่ยนบัตร สปร. ชนิดต่างๆ มาเป็นบัตรทองหมวด "ท" ซึ่งในกระบวนการนี้จังหวัดนำร่องส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดนำร่องกลุ่มแรก) มักจะต้องออกบัตรใหม่ทั้งหมดเนื่องจากหลายจังหวัดมีการแบ่งโซนใหม่เพราะมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการ เมื่อมีการออกบัตรใหม่ เจ้าหน้าที่ในหลายจังหวัดต้องออกไปแจกบัตรและแลกบัตรเดิมคืนกลับมา หลังจากเดือนตุลาคม 2544 ก็ยังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านบัตรอยู่เรื่อยๆ เช่น ในกรณีที่มีการออกบัตรผิด หรือเมื่อสำนักงานประกันสุขภาพแจ้งยอดหรือรายชื่อผู้ที่มีสิทธิ์ซ้ำซ้อน เจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นก็ต้องออกไปตรวจสอบหรือในบางกรณีเก็บบัตรที่แจกไปแล้วคืนจากประชาชน และคาดกันว่าหลังจากที่เริ่มเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาล การออกบัตรใหม่และเก็บบัตรคืนจะยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของเจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ระบบบัตรประชาชนอิเลกโทรนิกซึ่งรัฐบาลเคยประกาศว่าจะนำมาใช้ทั่วประเทศยังไม่เกิดขึ้นจริง

การออกบัตรที่เคยเป็นปัญหามากในอดีตอีกประการหนึ่งคือ การออกบัตรรายได้น้อย ซึ่งในช่วงที่ยังเป็นโครงการ สปร. มีการออกบัตรนี้ทุกสามปี (และเมื่อมีโครงการ 30 บาท เกิดขึ้น บัตรนี้ก็ถูกเปลี่ยนมาเป็นบัตรทองหมวด "ท") ในอดีต มีการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่าการออกบัตรนี้มีปัญหามากทั้งในด้านความแม่นตรงและความตรงประเด็น (ดูการสรุปเรื่องนี้ใน วิโรจน์และอัญชนา 2545ค และ 2545ง) ทำให้หลายฝ่ายเสนอให้นำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาแทนการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่การที่โครงการ 30 บาทไม่ได้เป็นโครงการฟรีเหมือนโครงการ สปร. ทำให้มีการทักท้วงว่าโครงการ 30 บาทเป็นโครงการที่ทำให้ผู้ถือบัตร สปร. เดิมมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้บริหารโครงการ 30 บาทจึงตัดสินใจแยกบัตรของโครงการนี้ออกเป็นสองประเภท คือบัตรทอง 30 บาท และบัตรทองหมวด "ท" (ซึ่งได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาท) ซึ่งการแยกประเภทนี้ไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับผู้มีสิทธิ์ สปร. ส่วนใหญ่ ซึ่งได้สิทธิ์นี้ตามอายุ (เช่น กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ) สำหรับประชากรกลุ่มอื่นๆ บางกลุ่ม เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก และพระ/ผู้นำศาสนาอื่น ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาบ้าง แต่การตรวจสอบสิทธิ์ทำได้ง่ายไม่ยากนัก ส่วนที่มีปัญหามากที่สุดคือกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งในอดีตเองก็มีกระบวนการออกบัตรที่ยุ่งยากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีปัญหาในการคัดกรองและตรวจสอบสิทธิ์ค่อนข้างมาก การที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นดำเนินการออกบัตรรายได้น้อยรอบใหม่เพื่อทดแทนบัตรผู้มีรายได้น้อยเดิม (ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอายุครบ 3 ปีในปี 2546) จึงทำให้นอกจากหน่วยงานเหล่านี้จะมีภาระด้านการออกบัตรประเภทใหม่ๆ เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทขึ้นมาแล้ว ก็ยังไม่สามารถลดภาระงานด้านการออกบัตรรายได้น้อยลงตามที่บางฝ่ายเคยตั้งความหวังเอาไว้ด้วย

ข. การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ์กับสถานพยาบาล

แม้ว่าการดำเนินโครงการ 30 บาทฯ จะใช้วิธีดำเนินการแยกจากสองโครงการหลักในด้านประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม (สวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคม) แต่ในด้านการให้บริการนั้น โครงการ 30 บาทฯ ก็อาศัยระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยใช้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักเหมือนกับโครงการ สปร. และบัตรสุขภาพในอดีต และพยายามดึงสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดอื่น และโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมโครงการด้วย โดยตั้งแต่เริ่มโครงการนำร่องระยะที่สอง กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดสรรประชากรและงบนี้ให้กับสถานพยาบาลต่างๆ (รวมทั้งโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนด้วย) ที่ผ่านมาการจัดสรรประชากรให้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลใดจะพิจารณาจากภูมิลำเนาตามทะเบียนราษฎร์ของผู้มีสิทธิ์เป็นหลัก แต่มีแผนที่จะให้สิทธิ์ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้เองในอนาคต

ในช่วงเริ่มโครงการนี้เกือบทั่วประเทศเมื่อต้นปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาระดับต้นจำนวน 967 แห่ง รับขึ้นทะเบียนประชากรประมาณ 40.7 ล้านคน เป็นสถานพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 829 แห่ง รับผิดชอบประชาชน 38.8 ล้านคน (มากกว่าร้อยละ 95 ของประชากรที่อยู่ในโครงการ) สถานพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 60 แห่ง มีประชากรขึ้นทะเบียน 1.1 ล้านคน และมีสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการในช่วงแรก 67 แห่ง ได้รับการจัดสรรประชากรจำนวน 0.8 ล้านคน (ร้อยละ 1.9 ของประชากรในโครงการ) (ดูตารางที่ 7.3) เมื่อสิ้นงบประมาณปี 2545 จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นเป็น 1,006 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเพิ่มในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้สัดส่วนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.5 และ 4.1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังคงรับผิดชอบประชากรเป็นจำนวนถึง 41.5 ล้านคน หรือร้อยละ 91.5 ของประชากรในโครงการ

ในปีที่สองของการดำเนินโครงการ (ปีงบประมาณ 2546) จำนวนโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่นอกสังกัดสำนักปลัดกระทรวงฯ ลดลงจาก 16 แห่งในปีก่อนเหลือ 7 แห่ง โดยโรงพยาบาลส่วนหนึ่งได้ออกจากโครงการไป (เช่น โรงพยาบาลแม่และเด็ก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

เขตต่างๆ[79]) ในขณะที่จำนวนโรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 4 แห่ง และจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในโครงการลดลงสุทธิ 5 แห่ง โดยโรงพยาบาลหลายแห่งให้เหตุผลว่าได้รับการจัดสรรประชากรน้อยเกินกว่าจุดคุ้มทุน สำหรับประชากรที่เคยอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่ถอนตัวไปนั้น ส่วนใหญ่ถูกโอนไปขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโดยภาพรวมแล้วไม่ได้ทำให้สัดส่วนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปมากนัก (เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 91.9 ซึ่งยังใกล้เคียงกับปีก่อน) ในขณะที่สัดส่วนของประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนลดลงเล็กน้อยเหลือร้อยละ 3.8

[79] ซึ่งต้นสังกัดของสถานพยาบาลเหล่านี้ให้เหตุผลว่าสถานพยาบาลเหล่านี้เน้นทำงานในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก โดยไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการโดยตรง

ตารางที่ 7.3 จำนวนโรงพยาบาลและประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ

จำนวน รพ./ประชากรที่ขึ้นทะเบียน	หน่วย	ธ.ค. 44		ก.ย. 45		พ.ค. 46	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ. ทั่วประเทศ	**แห่ง**	967	100.0%	1,006	100.0%	1,000	100.0%
รพศ./รพท.	แห่ง	92	9.5%	94	9.3%	94	9.4%
รพช.	แห่ง	720	74.5%	719	71.5%	720	72.0%
รัฐ นอก สป. ก.สธ.	แห่ง	17	1.8%	16	1.6%	7	0.7%
รัฐ นอก ก.สธ.	แห่ง	60	6.2%	70	7.0%	74	7.4%
เอกชน	แห่ง	67	6.9%	93	9.2%	88	8.8%
นอกเครือข่าย	แห่ง	11	1.1%	14	1.4%	17	1.7%
เหนือ	แห่ง	213	22.0%	213	21.2%	212	21.2%
อีสาน	แห่ง	321	33.2%	320	31.8%	318	31.8%
กลาง	แห่ง	137	14.2%	139	13.8%	136	13.6%
ตะวันออก	แห่ง	72	7.4%	72	7.2%	71	7.1%
ตะวันตก	แห่ง	50	5.2%	50	5.0%	48	4.8%
ใต้	แห่ง	165	17.1%	164	16.3%	161	16.1%
กทม.	แห่ง	12	1.2%	51	5.1%	56	5.6%
ประชากรทั่วประเทศ	**ล้านคน**	40.68	100.0%	45.33	100.0%	45.61	100.0%
รพศ./รพท.	ล้านคน	8.93	22.0%	9.96	22.0%	10.29	22.6%
รพช.	ล้านคน	29.3	72.0%	30.95	68.3%	31.21	68.4%
รัฐ นอก สป. ก.สธ.	ล้านคน	0.55	1.4%	0.56	1.2%	0.4	0.9%
รัฐ นอก ก.สธ.	ล้านคน	1.11	2.7%	2.02	4.5%	1.98	4.3%
เอกชน	ล้านคน	0.79	1.9%	1.84	4.1%	1.73	3.8%
*นอกเครือข่าย**	*ล้านคน*	*0.1*	0.2%	0.17	0.4%	0.19	0.4%
เหนือ	ล้านคน	8.39	20.6%	9.06	20.0%	9.12	20.0%
อีสาน	ล้านคน	15.82	38.9%	16.54	36.5%	16.68	36.6%
กลาง	ล้านคน	5.19	12.8%	5.34	11.8%	5.39	11.8%
ตะวันออก	ล้านคน	2.68	6.6%	2.84	6.3%	2.83	6.2%
ตะวันตก	ล้านคน	1.77	4.4%	1.87	4.1%	1.88	4.1%
ใต้	ล้านคน	5.88	14.5%	6.35	14.0%	6.48	14.2%
กทม.	ล้านคน	0.95	2.3%	3.32	7.3%	3.22	7.1%

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : *จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่ให้บริการนอกเครือข่าย ซึ่งถูกรวมอยู่ในจำนวนประชากรของสถานพยาบาลแต่ละประเภทแล้ว

7.2 การจัดสรรงบในโครงการ 30 บาท การปฏิรูปการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุข และผลกระทบด้านการเงินต่อสถานพยาบาล

แม้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศเป็นประเด็นใหญ่ในทางการเมือง และเป็นสิ่งที่ทำให้โครงการ 30 บาทได้รับความสนใจจากฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาจากกลุ่มผู้ให้บริการมากที่สุดก็คือการเปลี่ยนวิธีการ*จัดสรรงบประมาณสามในสี่ของงบกระทรวงสาธารณสุขมาใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation)* ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบของกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน

การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณครั้งนี้เกิดขึ้นพร้อมๆ กันกับการขยายโครงการ 30 บาทออกไปทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2545 และถึงแม้ว่าความเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เกิดจากโครงการ 30 บาทโดยตรง (ในช่วงโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทก็ใช้ระบบงบประมาณแบบเดิม แต่มีการจัดสรรงบเพิ่มให้จังหวัดที่อยู่ในโครงการนี้) แต่ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของโครงการ 30 บาท

7.2.1 การประกันสุขภาพสองแนวทาง

การจัดการประกันสุขภาพนั้นทำได้หลายวิธี แต่ก่อนที่มีโครงการ 30 บาทฯ นั้น ประเทศไทยใช้มีวิธีที่แตกต่างกันมากสองวิธีกับโครงการที่สำคัญสองโครงการ คือโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคม สำหรับโครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพนั้น มีวิธีดำเนินการที่ถือได้ว่าผสมผสานของสองวิธีนี้

วิธีแรกซึ่งใช้ในโครงการสวัสดิการข้าราชการคือรัฐบาลทำตัวเป็นผู้รับประกัน (insurer) เองโดยให้ผู้มีสิทธิ์หรือผู้ให้บริการมาเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากรัฐบาล ปัญหาใหญ่ของการประกันโดยวิธีนี้คือค่าใช้จ่ายของโครงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ดูตอนที่ 4) และเป็นไปได้มากว่าถ้านำวิธีนี้มาขยายใช้กับประชากรทั้งประเทศ ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง

วิธีที่สองซึ่งถูกนำมาใช้กับโครงการประกันสังคมก็คือ หน่วยงานของรัฐ (ซึ่งในกรณีนี้คือสำนักงานประกันสังคม) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากสถานพยาบาลแทนผู้ประกันตน ซึ่งในการดำเนินการตามวิธีหลังนี้ สำนักงานประกันสังคมกำหนด (หรือเจรจาต่อรอง) อัตราเบี้ยประกันที่จะซื้อบริการจากสถานพยาบาล ซึ่งวิธีที่ง่ายที่สุดก็คือการใช้อัตราเบี้ยประกันอัตราเดียวสำหรับทุกคนในโครงการ และซื้อบริการจากทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนในอัตราเดียวกัน

ความแตกต่างที่สำคัญของการประกันสุขภาพสองวิธีนี้คือ วิธีแรกรัฐบาลเป็นผู้รับประกันความเสี่ยงเอง ขณะที่ในวิธีที่สองนั้น รัฐบาลทำตัวเป็นผู้ซื้อประกันซึ่งโอนความเสี่ยงไปให้สถานพยาบาล ซึ่งถ้ารัฐบาลสามารถโอนความเสี่ยงทั้งหมดไปให้สถานพยาบาลแล้ว ก็ย่อมทำให้รัฐบาล (ซึ่งในกรณีนี้คือกองทุนประกันสังคม) สามารถทราบล่วงหน้าว่าจะมีค่าใช้จ่ายต่อคนเท่าใด (การดำเนินการในช่วงประมาณเกือบสิบปีแรกนั้น กองทุนประกันสังคมใช้วิธีโอนความเสี่ยงทั้งหมดไปให้สถานพยาบาล แต่ต่อมาเข้ามาแบ่งรับความเสี่ยงโดยการจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มให้สถานพยาบาลที่มีผู้ไปใช้บริการมาก และจ่ายเพิ่มให้สำหรับการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น)

การโอนความเสี่ยงจากรัฐบาลไปให้สถานพยาบาลไม่ได้หมายความว่าเป็นการโยนภาระทางการเงินไปให้สถานพยาบาลรับแต่เพียงฝ่ายเดียว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่การตกลงเข้าร่วมโครงการเป็นการตกลงโดยความสมัครใจของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเอง ซึ่งที่ผ่านมา โรงพยาบาลเอกชนเกือบทั้งหมดซึ่งที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมโดยสมัครใจต่างก็มีกำไรจากการเข้าร่วมโครงการนี้) เพราะในกรณีที่แต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ประกันตนมากพอ โรงพยาบาลก็จะสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ประกันตนที่ไม่เคยมาใช้บริการเลยกับผู้ที่มาใช้บริการที่ป่วยเล็กน้อยไปจนถึงป่วยหนัก ดังนั้น ในกรณีที่เบี้ยประกันที่ได้รับสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ต้องจ่ายออกไป โรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็จะมีกำไรจากการเข้าร่วมโครงการนี้ ซึ่งเป็นกรณีที่เกิดขึ้นจริงในโครงการประกันสังคม ดังนั้น *ถ้าในระยะประมาณสิบปีที่ผ่านมานี้ สำนักงานประกันสังคมให้สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งในโครงการประกันสังคมนำยอดค่าใช้จ่ายจริงที่สถานพยาบาลเหล่านั้นใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการประกันสังคมมาเบิกจากสำนักงานประกันสังคม (ในทำนองเดียวกันกับที่เบิกจากโครงการสวัสดิการข้าราชการในอดีต) ยอดเงินที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลเหล่านี้ก็จะ<u>ต่ำกว่า</u>ยอดเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายออกไปจริงๆ ตามวิธีเหมาจ่ายรายหัวเป็นจำนวนมาก* แต่ทั้งนี้ข้อสรุปข้างต้นจะเป็นจริงก็ต่อเมื่อพฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลเหล่านี้จะต้องไม่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสำนักงานประกันสังคมเปลี่ยนกติกาการจ่ายเงิน แต่ในทางปฏิบัตินั้น ถ้าสำนักงานประกันสังคมยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยใช้กติกาแบบโครงการสวัสดิการข้าราชการแล้ว ก็มีโอกาสมากที่สถานพยาบาลจำนวนมากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้บริการจนทำให้ในที่สุดแล้วสำนักงานประกันสังคมจะเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าที่จ่ายออกไปจริงในช่วงสิบปีที่ผ่านมา (ในทำนองเดียวกันกับโครงการสวัสดิการข้าราชการที่ประสบปัญหามากจนต้องหันมาใช้วิธีจำกัดสิทธิ์การใช้สถานพยาบาลของสถานพยาบาลเอกชนในปี 2541)

สาเหตุหนึ่งที่ค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพสองกรณีนี้มีความแตกต่างกันก็คือ สถานพยาบาลที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่ จะมีแนวโน้มที่จะเลือกประเภทของ

บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และในบางกรณีอาจให้บริการ (และยา) ที่เกินความจำเป็น รวมไปถึงการเก็บค่าบริการในอัตราที่สูง (ถ้ากติกาการเบิกจ่ายเปิดช่องให้) ซึ่งโดยรวมแล้วอาจนำไปสู่การใช้บริการที่มากและมีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น (หรือเกินกว่าระดับที่มีประสิทธิภาพ) ในขณะที่สถานพยาบาลที่ได้เงินมาล่วงหน้าในลักษณะเหมาจ่ายก็มีแรงจูงใจที่จะประหยัดค่าใช้จ่าย เพื่อรักษากำไรหรือป้องกันไม่ให้ขาดทุน แต่มาตรการประหยัดเหล่านี้อาจบรรลุโดยการพยายามจำกัดปริมาณและ/หรือคุณภาพของบริการ รวมถึงการประวิงเวลาในการรักษาคนไข้ หรือ "ผลักคนไข้" ให้ไปรับบริการที่อื่นแทน ซึ่งโดยรวมแล้วมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การให้บริการที่ต่ำกว่าและในมาตรฐานที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ที่ผ่านมา โครงการสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งครอบคลุมประชากรเพียงหนึ่งในสิบของประเทศก็ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนรัฐบาลในอดีตแก้ปัญหานี้โดยการตัดสิทธิประโยชน์ลง (ดูตอนที่ 4) และพยายามปฏิรูปโครงการนี้ตั้งแต่ยังไม่ได้ดำเนินโครงการ 30 บาท จึงแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่ภาครัฐจะนำกลไกและกติกาการจ่ายเงินของโครงการนี้มาใช้ในการ "สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ในขอบเขตทั่วประเทศ สำหรับโครงการประกันสังคมเองนั้น ที่ผ่านมาสำนักงานประกันสังคมก็ได้พยายามแก้ปัญหาแรงจูงใจในด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลโดยปรับกลไกการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลมากขึ้น (ดูตอนที่ 5) แต่ก็ยังไม่สามารถลบเสียงบ่นเรื่องคุณภาพการรักษาไปได้ทั้งหมด

นอกจากโครงการประกันสังคมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้นำวิธีการเหมาจ่ายรายหัวมาใช้กับโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท และโครงการ สปร. โดยในโครงการบัตรสุขภาพนั้น นอกจากสถานพยาบาลจะมีรายได้จากการขายบัตรใบละ 500 บาทแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังจ่ายเงินสมทบให้บัตรละ 500-1,000 บาท อีกด้วย สำหรับโครงการ สปร. นั้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา ก็หันมาใช้วิธีการจัดสรรงบแบบเหมาจ่ายรายหัว (ในอัตราร้อยละ 50 75 และ 100 ในปีงบประมาณ 2541-43 ตามลำดับ) ให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการ และในจังหวัดส่วนใหญ่ ก็มีการจัดสรรงบให้สถานพยาบาลตาม (หรือโดยคำนึงถึง) จำนวนผู้มีสิทธิ์ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในทั้งสามโครงการที่กล่าวมานี้ การจัดสรรงบ (หรือจ่ายเงิน) ให้สถานพยาบาลเป็นลักษณะของการจ่ายเงินเพิ่มเติมจากเงินเดือน งบลงทุน และงบอื่นๆ ที่สถานพยาบาลได้รับอยู่เดิม[80] ซึ่งทำให้สถานพยาบาลมักเห็นว่าโครงการเหล่านี้เป็น "รายได้พิเศษ" ซึ่ง

---

[80] ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติแล้ว ในโรงพยาบาลระดับอำเภอบางแห่งนั้น งบ สปร. จะกลายเป็นงบก้อนใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลก็ตาม

เกิดจากการขยายบริการของสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการประกันสังคม ที่สถานพยาบาลของรัฐสามารถนำรายได้บางส่วนมาแบ่งให้เจ้าหน้าที่ในลักษณะคล้ายกับโบนัสอีกด้วย ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลของรัฐหลายแห่งมีภาพที่ดีและให้ความสนใจกับโครงการประกันสังคมเป็นพิเศษ

แต่ถ้าหันมาพิจารณาว่าโครงการประกันสังคมก็จ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของเอกชนในอัตราที่เหมือนกับที่จ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ต้องมีภาระในการลงทุนและจ่ายเงินเดือนให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง และเป็นที่ทราบกันว่าโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการประกันสังคมโดยส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการหากำไร ดังนั้น จึงน่าจะอนุมานได้โดยไม่ยากว่า ในระยะยาวนั้น โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้จะสมัครใจอยู่ในโครงการนี้ก็ต่อเมื่อค่าตอบแทนที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้โรงพยาบาลจะต้องสามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายในทุกด้านของโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ที่มาใช้สิทธิ์ประกันสังคมได้ ซึ่งย่อมรวมถึงเงินเดือนพนักงานค่าใช้จ่ายในด้านการลงทุนของโรงพยาบาลเหล่านี้ด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่มีผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมเป็นฐานลูกค้าหลัก) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลเหล่านี้ (รวมทั้งข้อเท็จจริงที่ว่าโครงการประกันสังคมสามารถดำเนินการมานานกว่าสิบปีโดยผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมีความพอใจในระดับหนึ่ง[81]) แล้ว ก็สามารถสรุปได้ว่า โดยหลักการแล้ว มีความเป็นไปได้สูงที่จะให้รัฐบาลเข้ามาซื้อบริการแทนประชาชนทั้งประเทศจากสถานพยาบาลต่างๆ (ทั้งของรัฐและเอกชน) ภายใต้กติกาที่ใกล้เคียงกับโครงการประกันสังคม[82]

7.2.2 การ "ปฏิรูป" ระบบการจัดสรรงบประมาณโดยโครงการ 30 บาท

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการประกันสุขภาพที่ให้สิทธิ์ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลเอง ซึ่งโดยหลักการแล้ว ในบรรดาสถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิ์สามารถเลือกได้นั้น สถานสถานพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีสิทธิ์ก็จะมีรายรับจากโครงการมากตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหนึ่งที่แพร่หลายในซีกโลกตะวันตกคือ "เงินตามผู้ป่วย" (money follows patients) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนให้มีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ (people-centered และ demand-driven) มากขึ้น ซึ่ง

---

[81] แต่เป็นระดับที่โดยทั่วไปแล้วอาจจะต่ำกว่าผู้ใช้บริการในโครงการสวัสดิการข้าราชการ

[82] ถึงแม้ว่าอัตราค่าบริการอาจจะแตกต่างออกไปด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น โครงสร้างอายุ (และการเจ็บป่วย)ของประชากร และการประหยัดที่อาจเกิดจากการเฉลี่ยความเสี่ยงในขอบเขตที่กว้างกว่า เป็นต้น

แนวคิดทำนองนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิรูปในด้านอื่นด้วย (รวมทั้งข้อเสนอเรื่องคูปองการศึกษาในการปฏิรูปการศึกษาในหลายประเทศ)

แนวคิดนี้เน้นถึงความเสมอภาคที่ประชาชนแต่ละคนจะเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพทัดเทียมกัน ซึ่งนัยประการหนึ่งของหลักการนี้ก็คือ สำหรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ผู้รับบริการแทบทุกคนจะต้องไปใช้บริการนั้น ถ้าเป็นไปได้ประชาชนย่อมเลือกที่จะไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่สะดวกในการเดินทาง ดังนั้น โดยหลักการแล้ว ถ้าประชาชนมีอำนาจซื้อใกล้เคียงกันบริการเหล่านี้ย่อมจะต้องกระจายออกไปทั่วประเทศตามความหนาแน่นของประชากรในแต่ละพื้นที่[83]

ถ้าใช้เกณฑ์เรื่องจำนวนประชากรในการวัดแล้ว ก็คงจะปฏิเสธได้ยากว่าในด้านการเข้าถึงและคุณภาพของบริการด้านสาธารณสุข (อย่างน้อยในระดับที่ประชาชนในแต่ละพื้นที่จำเป็นต้องไปใช้บริการ) ยังมีความเหลื่อมล้ำกันค่อนข้างมาก ทั้งในส่วนของภาครัฐเองและภาคเอกชน ทั้งนี้ในส่วนของภาครัฐนั้น ระบบงบประมาณที่ใช้อยู่เดิมมีแนวโน้มที่ใช้ผู้ให้บริการตัวตั้ง (supply-driven) และมักจัดสรรงบให้ตามทรัพยากรที่มีอยู่เดิม (เตียง แพทย์ ฯลฯ) ทำให้พื้นที่ที่เจริญและประชาชนมีอำนาจการซื้อสูงมักจะสามารถดึงทรัพยากรด้านสาธารณสุข (ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน) เข้าไปสู่พื้นที่ได้ (เป็นที่น่าสังเกตว่าความเหลื่อมล้ำนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อนับรวมภาคเอกชนเข้าไปด้วย)

ที่ผ่านมาปัญหาความเหลื่อมล้ำยังไม่มีแนวโน้มที่จะแก้ไขให้ลุล่วงไปได้ โดยทั้งแพทย์และเตียงมีแนวโน้มกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากกว่าภาคอื่นๆ อย่างชัดเจน (ดูรายงานเล่มที่ 5 วิโรจน์ และ อัญชนา 2548) และในเขตชนบทซึ่งระบบบริการเกือบทั้งหมดเป็นของกระทรวงสาธารณสุขนั้น โรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศประมาณ 800 โรงพยาบาลมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่เพียงประมาณ 2,600 คนจากจำนวนแพทย์ที่คาดว่ายังประกอบวิชาชีพอยู่ประมาณ 23,000-27,000 คน

สาเหตุข้างต้นเป็นสาเหตุสำคัญที่กลุ่มผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันโครงการ 30 บาทในปีแรก (ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ "สายปฏิรูป") หยิบยกขึ้นมาเป็นเหตุผลในการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณของโครงการ 30 บาท โดยพยายามชี้ให้เห็นว่าถ้ากลไกการจัดสรรงบประมาณยังเป็นแบบเดิมแล้ว การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามแนวทางการ "เติมให้เต็ม" ที่เน้นที่การออก "บัตรทอง" ให้ผู้ที่ยังไม่มีสิทธิ์อื่น จะไม่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง และการที่จะยกระดับคุณภาพในภาพรวมของ

---

[83] ซึ่งในกรณีนี้ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาก็คือประชาชนในพื้นที่ที่มีประชากรเบาบางจะมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการมากกว่าในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น

บริการสาธารณสุขขึ้นมาได้นั้น จะต้องมีการปฏิรูประบบการเงินการคลัง (health care financing reform) โดยปรับระบบและกติกาการจัดสรรงบประมาณเสียใหม่เท่านั้น

ทัศนะของผู้บริหารกลุ่มนี้ได้สรุปเอาไว้อย่างชัดเจนในเอกสารเรื่อง "หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง" ซึ่งเป็นเอกสารที่ออกมาจากศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่รู้จักกันทั่วไปในชื่อ "War Room") เมื่อต้นปี 2545 เพื่ออธิบายความจำเป็นที่จะต้องการปฏิรูประบบการเงินการคลังควบคู่ไปกับการดำเนินโครงการ 30 บาท ทั้งนี้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มนี้เชื่อว่าการปฏิรูประบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือชักนำให้เกิดการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น เนื่องจากวิธีนี้ทำให้พื้นที่มีประชากรมากก็จะมีงบมากตามไปด้วย ทำให้มีศักยภาพที่ขยายสถานพยาบาลและดึงทรัพยากรและบุคลากรไปสู่พื้นที่นั้นๆ มากขึ้น ขณะที่พื้นที่มีประชากรน้อย (หรือมีทรัพยากรมากเมื่อเทียบกับประชากรที่ตนดูแล) ก็จะไม่สามารถขยายบริการออกไปเรื่อยๆ เหมือนดังเช่นในอดีต เนื่องจากจะมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ และอาจต้อง "เกลี่ย" ทรัพยากรและบุคลากรไปสู่พื้นที่อื่นๆ ที่ขาดแคลน ดังนั้น ผู้บริหารกลุ่มนี้ได้จึงเห็นว่าการปฏิรูประบบการเงินการคลังโดยการให้เงินตามไปกับประชาชน (money follows patients) จะเป็นวิธีที่ทำให้สามารถขยายขยายความคุ้มครองและปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นโดยไม่ต้องทุ่มเทเงินทองเพิ่มลงไปอีกจำนวนมาก

กรอบที่ 7.1 การจัดสรรงบประมาณตามแนวคิดใหม่ในโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาท

- ปีงบประมาณ 2541 โครงการ สปร. เริ่มเปลี่ยนมาใช้วิธีจัดสรรงบของโครงการ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมเป็นเงินประมาณร้อยละ 15 ของงบของกระทรวงสาธารณสุข) โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ์ (ในอัตราร้อยละ 50 75 และ 100 ในปีงบประมาณ 2541-43 ตามลำดับ) แต่เป็นการจัดสรรเพิ่มจากเงินเดือน งบลงทุน และงบประจำอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2543 มีผู้มีสิทธิ์ในโครงการนี้ประมาณ 20 ล้านคน งบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 403 บาทต่อบัตร โดยจัดสรรในอัตราที่ต่างกันสำหรับผู้มีสิทธิ์กลุ่มต่างๆ (เช่น งบต่อหัวของผู้สูงอายุและเด็กจะสูงกว่างบต่อหัวของกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงาน)
- ช่วง 3 ปีหลังวิกฤติเศรษฐกิจ (ปีงบประมาณ 2541-43) โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากมีฐานะทางการเงินดีขึ้นจากการจัดสรรงบวิธีนี้ ทั้งๆ ที่ในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ผู้มีสิทธิ์ สปร. มีแนวโน้มมาใช้สิทธิ์ที่สถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น (แต่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวนหนึ่งมีฐานะทางการเงินดีขึ้นเช่นกัน แม้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลเหล่านี้หลายแห่งระบุว่าโรงพยาบาลเสียเปรียบจากการจัดสรรงบในลักษณะนี้ แต่ก็ระบุว่าโรงพยาบาลมีงบอื่นมาทดแทนและโรงพยาบาลสามารถหารายได้จากหลายทาง) (อัญชนาและวิโรจน์ 2544, 2545)
- โครงการ 30 บาท ในช่วงนำร่อง 6 จังหวัดกลุ่มแรกใช้วิธีจัดสรรงบแบบ สปร. (จัดสรรงบเพิ่มจากเงินเดือนให้บัตรทองเท่ากับบัตร สปร. กลุ่มผู้มีรายได้น้อย (ซึ่งได้งบต่ำสุดในบรรดางบ สปร. เพราะมีน้ำหนัก=0.69) คิดเป็นงบต่อบัตรทอง = 0.69 x 477 = 329 บาท/คน-ปี การจัดสรรแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสัดส่วน 45:55 (คิดเป็นงบผู้ป่วยนอก 148 บาท/คน-ปี งบผู้ป่วยใน 181 บาท/คน-ปี ไม่มีงบส่งเสริมป้องกันต่างหาก) งบผู้ป่วยนอกจัดสรรไปที่โรงพยาบาล งบผู้ป่วยในเป็นงบรวมไว้ที่จังหวัดและให้สถานพยาบาลต่างๆ เบิกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แม้ว่างบที่ได้จะต่ำ แต่อัตราการใช้บริการของประกรกลุ่มนี้ในช่วงโครงการนำร่องก็ต่ำเช่นกัน โรงพยาบาลที่เข้าโครงการส่วนใหญ่มีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นหรือเสมอตัว (โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้งบนี้มาช่วยจุนเจือทำให้สถานะทางการเงินดีขึ้น)

(ต่อหน้าถัดไป)

กรอบที่ 7.1 (ต่อ)

- โครงการ 30 บาท ช่วงนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ใช้วิธีแบบคล้ายกับกลุ่มแรก โดยหลักการตั้งงบ 1,202 ต่อบัตร รวมเงินเดือน และส่งให้โรงพยาบาลรัฐ 1,052 ต่อบัตร แต่เนื่องจากในปีงบประมาณ 2544 นั้น โรงพยาบาลต่างๆ ได้รับการจัดสรรงบส่วนที่เป็นเงินเดือนและงบลงทุนตามระบบเดิมอยู่แล้ว จึงจ่ายให้สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 (คิดเป็นเงิน 1,052 x 0.55 = 578.60 บาทต่อบัตรเพิ่มจากเงินเดือนและงบอื่น ซึ่งตกประมาณ 2 เท่าของงบ สปร. กลุ่มผู้มีรายได้น้อยในปีงบประมาณ 2543) ในขณะเดียวกัน ก็กำหนดสัดส่วนงบผู้ป่วยนอก+ส่งเสริมป้องกัน:งบผู้ป่วยใน = 574+175 : 303 (ประมาณ 70:30) อัตราการใช้บริการไม่มาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีกำไรจากงบนี้ (ยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์บางแห่งที่ระบุว่าขาดทุน เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี)
- ในปีงบประมาณ 2545 (1 ตุลาคม 2544) โครงการ 30 บาท เริ่มใช้งบประมาณแบบใหม่ ซึ่งกำหนดให้รวมเงินเดือนในงบประกันสุขภาพ (หรือที่เรียกว่างบ UC)[84] ซึ่งเท่ากับเปลี่ยนมา*จัดสรรงบประมาณ**สามในสี่**ของงบกระทรวงสาธารณสุข (45,000 ล้าน) โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว* ซึ่งเป็นการเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบของกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน

7.2.3 การคำนวณงบสำหรับโครงการ 30 บาท

ในช่วงก่อนที่จะมีการประกาศเริ่มโครงการ 30 บาทนั้น คณะทำงานของ สวรส. (2544) ได้ประมาณการไว้อย่างหยาบๆ ว่าโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*สำหรับประชาชนทั้งประเทศ (รวมข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคม)* ที่มีชุดสิทธิประโยชน์ในระดับที่ไม่ด้อยไปกว่าในโครงการประกันสังคม จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 1,500 บาทต่อคน ซึ่งเมื่อคำนวณจากประชาชนทั่วประเทศแล้ว จะมีค่าใช้จ่ายของรัฐประมาณปีละ 100,000 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากงบประมาณด้านสาธารณสุขของภาครัฐก่อนที่จะมีโครงการนี้ประมาณ 23,000 ล้านบาท (งบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุขที่จัดสรรให้กระทรวงต่างๆ รวมกันตกประมาณ 77,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544)

---

[84] ยกเว้นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทบวงหรือโรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ ซึ่งจัดสรรงบให้ 578.60 บาทต่อหัวเพิ่มจากเงินเดือนและงบปกติ

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลตัดสินใจเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาท โดยแยกจากโครงการสวัสดิการ *ข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคม* ของกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเฉพาะประชากรที่ไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม โดยจัดสรรงบให้กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 จำนวน 65,876 ล้านบาท โดยงบประมาณสามในสี่ (47,988 ล้านบาท หรือร้อยละ 72.8) ถูกรวมเข้ามาอยู่ในงบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งในจำนวนนี้มีงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐด้วย) งบอุดหนุนทั่วไปนอกเหนือจากเงินเดือน 22,138 ล้านบาท และเป็นงบกลาง 2,000 ล้านบาท[85] ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงเป็นงบในโครงการอื่นๆ (non-UC) จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก

ในขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยทีมนักวิชาการ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2544) มาคำนวณค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับโครงการ ซึ่งได้ออกมา 1,202.40 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นตัวเลขที่นำมาใช้ในการจัดสรรงบในปีงบประมาณ 2545-46 โดยมีค่าใช้จ่ายหมวดต่างๆ ตามตารางที่ 7.4

[85] ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น Contingency Fund ซึ่งกำหนดไว้ 5,000 ล้านบาท และงบเพิ่มเติมเนื่องจากต้องดำเนินโครงการเร็วกว่าที่คาดเอาไว้หรือต้องรับผิดชอบประชากรมากกว่าที่คาดเอาไว้ ซึ่งคาดว่าจะอยู่ระหว่าง 2,000-5,000 ล้านบาท และ งบ สปร. สำหรับผู้มีสิทธิ์ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน (ในช่วงตุลาคม 2544-มีนาคม 2545)

ตารางที่ 7.4 การจำแนกงบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการ 30 บาท

	งบที่จัดสรรต่อบัตร	% ของงบที่จัดสรรให้พื้นที่	% ของงบรวม
งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของโครงการ	1,202.40		100
งบที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่	1,052	100	87.5
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	574	*54.6*	*47.7*
- *ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน*	303	*28.8*	*25.2*
- งบส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค	175	*16.6*	*14.6*
งบที่เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพ (ส่วนกลาง)	150.40		12.5
- ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	32		*2.7*
- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25		*2.1*
- งบลงทุน	93.40		*7.8*

ที่มา: ดัดแปลงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544)

การคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวของ นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะนั้น ใช้ตัวเลขจำนวนครั้งของการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2537 และตัวเลขค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อครั้งจากการศึกษาหลายชิ้นที่โรงพยาบาลระดับต่างๆ และสถานีอนามัยในบางจังหวัด[86] และนำ*ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสถานพยาบาลแต่ละระดับ*มาคูณกับ*ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและในที่สถานพยาบาลระดับนั้นๆ* สำหรับค่าใช้จ่ายในด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น กำหนดไว้ที่ร้อยละ 20 ของงบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและใน ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้ข้อมูลจากโครงการประกันสังคม และกำหนดงบลงทุนไว้เท่ากับร้อยละ 10 ของงบค่ารักษาพยาบาลรวม (รวมกรณีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ไม่รวมค่าใช้จ่ายในด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

---

[86] ในหลายกรณี "ค่าใช้จ่าย" ที่กล่าวถึงเป็น charge มากกว่า cost เนื่องจากการหาข้อมูลต้นทุนจากระบบบัญชีที่สถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ใช้อยู่ทำได้ค่อนข้างยาก

อัตราค่าเหมาจ่ายรายหัว 1,202.40 บาทต่อคนที่ได้จากการคำนวณของ นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) มักถูกตั้งข้อสงสัยจากสถานพยาบาลต่างๆ อยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องข้อมูลที่นำมาใช้ ซึ่งสถานพยาบาลหลายแห่งตั้งคำถามว่ามีความเป็นตัวแทน (representative) สถานพยาบาลต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด

ในเรื่องนี้ ปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการคำนวณงบปีแรกนั้นเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยอมรับ และความจำกัดด้านข้อมูลก็เป็นสาเหตุที่ทำให้มีการคำนวณงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและงบลงทุนโดยกำหนดตัวเลขร้อยละ 20 และร้อยละ 10 ขึ้นมาเอง และการเลือกใช้ตัวเลขบางตัวอาจมีดุลยพินิจของผู้คำนวณเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง (ตัวอย่างเช่น นพ.วิโรจน์ เคยชี้แจงว่าตัวเลขงบลงทุนร้อยละ 10 อาจจะต่ำกว่าในยุคฟองสบู่ แต่ก็น่าจะเป็นตัวเลขที่เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศในช่วงที่มีปัญหาเศรษฐกิจ และการลงทุนในอัตราที่ต่ำในระยะหนึ่งถึงสองปีก็ไม่น่าส่งผลกระทบด้านลบต่อบริการของสถานพยาบาลมากนักเนื่องจากสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เพิ่งจะได้รับการสนับสนุนด้านการลงทุนในอัตราที่สูงมาแล้วในช่วงฟองสบู่) และมีประเด็นเรื่องสมมุติฐานที่ใช้ในการคำนวณ (เช่น การสมมุติว่าจำนวนการใช้บริการที่สถานพยาบาลจะไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท)[87] และปัญหา inconsistency ของวิธีที่ใช้ในการคำนวณ (ดูกรอบที่ 7.2 ซึ่งกล่าวถึงปัญหานี้และเสนอวิธีแก้ปัญหาเอาไว้ด้วย) แต่ปัญหาพื้นฐานที่ไม่ค่อยมีผู้หยิบยกขึ้นมาก็คือ *แม้กระทั่งในกรณีที่ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณจะมีความครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดนั้น วิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลโดยใช้ค่ากลาง (ไม่ว่าจะเป็น "ค่าเฉลี่ย" หรือค่ามัธยฐาน) ย่อมหมายความว่าตัวเลขต้นทุนที่คำนวณมาได้จะเป็นต้นทุนกลางๆ ของสถานพยาบาลทั้งหมด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใช้ค่ามัธยฐานนั้น ก็ย่อมหมายความว่ามีสถานพยาบาลจำนวนครึ่งหนึ่งที่มีต้นทุนสูงกว่าต้นทุนที่คำนวณได้)* ดังนั้น โดยหลักการแล้ว การที่สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวจึงไม่ใช่เรื่องที่อยู่นอกเหนือความคาดหมายแต่อย่างใด คำถามที่อาจจะตรงประเด็นมากกว่าคือ การคำนวณต้นทุนโดยวิธีนี้เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ "เบี้ยประกัน" ในการซื้อบริการจากสถานพยาบาลหรือไม่ ซึ่งในประเด็นนี้ ถ้าเราดูตัวอย่างจากโครงการประกันสังคม ก็จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน เพราะที่ผ่านมานั้น การที่โครงการประกันสังคมได้รับความสนใจอย่างมากจากโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ก็เพราะโดยทั่วไปแล้วอัตราเหมาจ่ายที่โครงการประกันสังคมจ่ายให้สถานพยาบาลนั้น สูงกว่าต้นทุนในการดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการแทบทุกโรง (หรือทุกโรง)

---

[87] ซึ่งเป็นข้อสังเกตของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ (2545)

กรอบที่ 7.2 ปัญหาความไม่ลงรอย (inconsistency) ในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาท หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแนวทางแก้ปัญหา

การคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวในส่วนของการรักษาพยาบาลโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) สำหรับงบในปี 2544-45 (และภูษิตและคณะ (2545) สำหรับปีงบประมาณ 2546) ใช้ข้อมูลจากสองแหล่งประกอบกันคือ

ก. *ข้อมูลอัตราการใช้บริการ* ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health & Welfare Survey ปี 2539 (การคำนวณงบสำหรับปี 46 ใช้ข้อมูลปี 2544 และปรับพฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มบัตรทองตามกลุ่มผู้มีรายได้น้อย และปรับด้วยดัชนีการเจ็บป่วยตามฤดูกาลอีกร้อยละ 3)

ข. *ค่าใช้จ่ายต่อการไปรับบริการหนึ่งครั้ง* ใช้ค่าเฉลี่ย (มัธยฐานหรือ median ในปีงบฯ 46) ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งจากข้อมูลที่รายงานโดยสถานพยาบาล

โดยค่าใช้จ่ายต่อหัวได้จากการนำผลคูณของ ก. และ ข. ในกรณีต่างๆ มารวมกัน

ปัญหา internal inconsistency/invalidity ของการคำนวณวิธีนี้ เกิดจากจำนวน case หรือ visit ที่รายงานโดยสถานพยาบาลมีความแตกต่างจากจำนวน case หรือ visit ที่ได้จากการสำรวจ ในกรณีที่จำนวน visit หรือ admitted case ในข้อ ข. ต่างจากในข้อ ก. มาก เมื่อนำค่าใช้จ่าย per visit หรือ per case ที่ได้จากการใช้จำนวน case หรือ visit ในข้อ ข. เป็นตัวหาร มาคูณกับจำนวน implied case หรือ visit ที่ได้จากการสำรวจ *ก็จะได้ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมที่ต่างออกไปจากค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวตั้งในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อ case หรือ visit ในข้อ ข. เป็นอย่างมาก* ซึ่งความแตกต่างส่วนนี้เป็นผลที่เกิดจาก arbitrariness ของวิธีการคำนวณล้วนๆ

ในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น น่าจะเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายว่า ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมที่สถานพยาบาลรายงานมาน่าจะมีความถูกต้องแม่นยำกว่าค่าใช้จ่าย per case หรือ per visit *ที่สถานพยาบาลคำนวณมาให้* (ถึงแม้ว่าตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมคงจะสะท้อนความไม่มีประสิทธิภาพและปัญหาของระบบงบประมาณและระบบบัญชีอยู่ในนั้นด้วยก็ตาม) เพราะในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้พยายามตบแต่งตัวเลขนั้น ยอดเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ น่าจะเป็นการรวมจากตัวเงินจริงๆ ที่ไม่ได้ถูกกระทบจากนิยามเรื่องจำนวนคนไข้ จำนวน case หรือจำนวน visit

ดังนั้น ในกรณีที่ต้องการใช้ข้อมูลจากทั้งสองแหล่งประกอบกัน ก็น่าจะต้องมีการปรับตัวเลขที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมข้อมูลทั้งสองชุดนี้ให้สอดคล้องต้องกัน (consistent) ซึ่งก็คือตัวเลขจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

(ต่อหน้าถัดไป)

กรอบที่ 7.2 (ต่อ)

อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนแต่ละคนไม่ได้ใช้บริการที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใด โดยเฉพาะทำให้<u>การปรับข้อมูลจะต้องทำในระดับประเทศเท่านั้น</u> ซึ่งสามารถใช้วิธีการดังต่อไปนี้คือ

ในกรณีที่การคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวยึดตัวเลขจำนวนครั้งและอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจเป็นหลัก ก็จะต้องมีการปรับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ของสถานพยาบาลที่นำมาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อครั้งด้วยสูตรดังต่อไปนี้ (ตัวอย่างในกรณีที่สถานพยาบาล ก. เป็นสถานพยาบาลที่ถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างในการคำนวณต้นทุน)

(1) จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล ก.

= จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาล ก. X (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ไปรับบริการจากสถานพยาบาล*ประเภทนั้น*ทั่วประเทศที่คำนวณได้จาก Health & Welfare Survey / จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกรวมจากรายงานของสถานพยาบาล*ประเภทนั้น*ทั่วประเทศ)

(2) จำนวนครั้งผู้ป่วยในของสถานพยาบาล ก.

= จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่รายงานโดยสถานพยาบาล ก. X (จำนวนครั้งผู้ป่วยในทั่วประเทศที่คำนวณได้จาก Health & Welfare Survey / จำนวนครั้งผู้ป่วยในรวมจากรายงานของสถานพยาบาลทั่วประเทศ)

นัยของการคำนวณนี้ก็คือ เรากำลังสมมุติว่าความแตกต่างของจำนวนการใช้บริการเป็นความแตกต่างที่เป็นระบบ (เช่น ข้อมูลจากการสำรวจอาจมี systematic under-report/missing สถานพยาบาลแต่ละแห่งใช้วิธีนับจำนวน visit ที่เหมือนๆ กันสำหรับคนไข้ในทั้งหมด) หรือไม่ก็มีการแจกแจงของความคลาดเคลื่อนในลักษณะที่เป็นระบบและ symmetric รอบค่าเฉลี่ยบางค่า

ข้อเด่นของวิธีนี้ประการหนึ่งคือ วิธีนี้มีกลไกที่สามารถแก้ไขความผิดพลาดในตัวเองได้บางส่วน เพราะถ้ามี error ที่เกิดขึ้นจากการสำรวจทำให้จำนวนครั้งของ visit ที่สำรวจมาได้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นแล้ว เราก็จะได้คำนวณค่าใช้จ่ายต่อ visit ได้สูงกว่าที่ควรจะเป็น และสองส่วนนี้จะหักล้างกันเองเมื่อคำนวณกลับไปเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถ้านำวิธีนี้มาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายรายหัวโดยยังคงหลักการและวิธีการคำนวณและข้อสมมุติอื่นๆ แล้ว (เช่น สถานพยาบาลไม่ได้ปรับปรุงประสิทธิภาพหรือปรับลดค่าใช้จ่ายลงมา และผู้มีสิทธิ์จะใช้สิทธิทุกครั้งที่มารับการรักษา) *ก็จะได้ตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สูงกว่าที่คำนวณโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่เป็นงบผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้นไม่ร้อยกว่าร้อยละ 37 จากตัวเลขที่เสนอสำหรับปีงบประมาณ 2544-45*

แม้ว่าการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2548 ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเลือกต้นทุนในกรณีของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนโดยอิงค่ากลางของปี 2545 แล้วปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ (เพราะถ้าใช้ค่ากลางเช่นเดิม ต้นทุนเฉลี่ยของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนจะลดลงมาก เพราะมีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นมาก) ในขณะเดียวกันก็นำเหตุผลด้านประสิทธิภาพมาอ้างในการตัดต้นทุนของโรงพยาบาลใหญ่ที่มีต้นทุนสูงกว่าค่าเฉลี่ยออกไปจำนวนหนึ่ง (ประมาณ 25 แห่ง จากทั้งหมด 92 แห่ง) แล้วนำมาหาค่ากลางใหม่ (ซึ่งมีผลทำให้ค่ากลางใหม่ของกลุ่มโรงพยาบาลใหญ่จะอยู่ต่ำกว่าค่ากลางจริงที่ควรอยู่ที่เปอร์เซ็นไตล์ที่ 50) แต่โดยภาพรวมแล้ว unit cost ที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกับค่ากลางเดิมที่ใช้ในปีก่อนๆ

กรอบที่ 7.3 ความน่าเชื่อถือของข้อมูลอัตราการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ผ่านมา ซึ่งดำเนินการโดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ยึดข้อมูลอัตราการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2539 และ 2544 เนื่องจากเป็นการสำรวจภาคสนามขนาดใหญ่การสำรวจเดียวที่มีข้อมูลการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลของประชาชน ที่ผ่านมา ทีมติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ (คณะผู้เขียนรายงานชุดนี้) ได้ตั้งข้อสังเกตถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (ซึ่งที่ผ่านมาเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าอัตราการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานเดียวเสียด้วยซ้ำไป) มาโดยตลอดว่าอาจมีความผิดพลาดอย่างเป็นระบบคือผู้ตอบคำถามมีแนวโน้มที่จะรายงานจำนวนการเจ็บป่วยและการใช้บริการในสถานพยาบาลต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งถ้าเป็นจริงก็จะมีนัยทางนโยบายที่สำคัญคือ ตัวเลขงบเหมาจ่ายรายหัวของปี 2544-2547 ที่คำนวณโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจนี้จะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม ในช่วงก่อนปี 2546 ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะมาสนับสนุนหรือลบล้างความเชื่อของคณะผู้วิจัย[88]

ในการสำรวจในปี 2546 สถาบัน IHPP (นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ) ได้ทำการสำรวจหลังแจงนับ (post-enumuration survey หรือ PES) ให้กับสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้บุคลากรที่มีความรู้พื้นฐานด้านการรักษาพยาบาลและสาธารณสุข (ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนั้นๆ) ไปสอบถามประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างในการสำรวจซ้ำเป็นบางคำถาม (โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำถามที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น) ภายใน 1-3 สัปดาห์หลังจากที่พนักงานสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ไปสอบถามครัวเรือนเหล่านั้น และการสำรวจหลังแจงนับครั้งนี้ได้กำหนดให้ผู้ที่ออกสำรวจในแต่ละครัวเรือนพยายามถามข้อมูลต่างๆ ของสมาชิกแต่ละคนของครัวเรือนจากเจ้าตัวเอง (ยกเว้นในกรณีที่หาตัวสมาชิกคนนั้นไม่ได้) แทนที่จะเป็นการถามจากตัวแทนของครัวเรือนเพียงคนเดียว (ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่ผ่านมา) การที่การสำรวจหลังแจงนับใช้พนักงานสำรวจที่มีความรู้ด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นและพยายาม

---

[88] ถึงกระนั้น คณะผู้วิจัยก็ได้แสดงให้เห็นในกรอบที่ 7.2 ว่า วิธีวิทยาที่ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะใช้ในการคำนวณงบที่ผ่านมา*มี built-in inconsistency ที่ส่งผลให้ค่าหัวที่คำนวณได้จะต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเสมอในกรณีที่อัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการต่ำกว่าอัตราที่รายงานโดยสถานพยาบาล ไม่ว่าตัวเลขใดจะเป็นตัวเลขที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่ากัน*

กรอบที่ 7.3 (ต่อ)

สอบถามจากผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างทุกคนโดยตรงน่าจะทำให้การสำรวจนี้มีแนวโน้มที่จะได้ผลที่น่าเชื่อถือมากกว่าการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติเอง

เมื่อเปรียบเทียบผลของการสำรวจหลังแจงกับผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2546 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ มปป.) จะเห็นได้ว่า โดยทั่วไปแล้วข้อมูลที่ได้จากการการสำรวจหลังแจงนับนั้นสูงกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2546 ค่อนข้างมาก (ดูตารางที่ 7.5 และตารางที่ 7.6) และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาตินาจะมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในเรื่องจำนวนการใช้บริการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจซ้ำครัวเรือนเดิมมีความสัมพันธ์กับข้อมูลเดิมในระดับที่ต่ำมาก (จากตารางที่ 7.6 ค่า R^2 ของข้อมูลจำนวนการใช้บริการของ ปชก. กลุ่มบัตรทองจากการสำรวจสองครั้งมีค่าเพียง 0.005-0.05) *ดังนั้น ถ้าเราถือว่าการสำรวจหลังแจงนับ (ซึ่งใช้พนักงานสำรวจที่มีความรู้ด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นและพยายามสอบถามจากผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างทุกคนโดยตรง) เป็นการสำรวจที่มีความน่าเชื่อถือสูงแล้ว ก็จะมีนัย (implication) ว่าข้อมูลอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 น่าจะมีความน่าเชื่อถือน้อยมาก* และถึงแม้ว่าเราจะไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีก่อนหน้านี้ (คือปี 2539 และ 2544 ซึ่งถูกนำมาในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวของปี 2544-2546) จะมีปัญหาระดับที่มากเช่นนี้หรือไม่ แต่ก็น่าจะพออนุมานได้ว่าน่าจะมีปัญหาไม่น้อย และผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาอย่างรอบคอบในการนำข้อมูลจากการสำรวจเหล่านี้มาใช้ในการคำนวณที่มีนัยทางการเงินดังเช่นในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาท

ในรายงานผลการสำรวจหลังแจงนับครั้งนี้ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (มปป.) ได้แนะนำให้สำนักงานสถิติแห่งชาติเปลี่ยนวิธีการสำรวจจากการสอบถามตัวแทนของครัวเรือนมาเป็นการสอบถามสมาชิกของครัวเรือนทุกคนที่ผู้สำรวจสามารถหาตัวพบ (ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นด้วยว่าวิธีนี้น่าจะช่วยทำให้คุณภาพของข้อมูลดีขึ้น แต่ก็คงจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปได้) อย่างไรก็ตาม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (มปป.) ไม่ได้แนะนำให้สำนักงานสถิติแห่งชาติปรับตัวเลขจากการสำรวจครั้งนี้ โดยให้เหตุผลว่าความแตกต่างของข้อมูลหลายตัวจากการสำรวจสองครั้งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คณะผู้เขียนเชื่อว่าการที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลหลายตัวนั้นน่าจะเป็นผลมาจากการมีความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ที่สูงมากเสียมากกว่า (ซึ่งส่วนหนึ่งบ่งชี้จากการที่ค่าของ*ตัวแปรตัวเดียวกัน*จากการสำรวจสองครั้งมีค่า R^2 ที่ต่ำมาก) และ

กรอบที่ 7.3 **(ต่อ)**

จากที่คณะผู้เขียนได้ลองปรับข้อมูลของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2546 (ดูตารางที่ 7.5 และหมายเหตุท้ายตารางดังกล่าว) ก็จะได้อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ใกล้เคียงกับข้อมูลที่รายงานจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ทำให้ความแตกต่างหายไปหมดก็ตาม[89]

นอกเหนือจากปัญหาข้างต้นแล้ว อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่ผ่านมายังมีปัญหาเรื่องความผันแปรตามฤดูกาล (seasonal variation) เนื่องจากการสำรวจมักดำเนินการในช่วงเดือนเมษายนหรือพฤษภาคมและถามดฉพาะการเป็บป่วยในสองสัปดาห์หรือหนึ่งเดือนที่ผ่านมาเท่านั้น ซึ่งปัญหานี้สามารถแก้ได้โดยการสร้างดัชนีการเจ็บป่วยตามฤดูกาล (seasonal index) จากข้อมูลของสถานพยาบาล (เช่น 0110 รง.5) (ซึ่งในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับปี 2546 ได้ใช้วิธีปรับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกจากช่วงที่สำรวจเพิ่มขึ้นมาร้อยละ 3 สำหรับอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการจะไม่มีปัญหานี้ เนื่องจากเป็นการถามย้อนกลับไปเป็นเวลาหนึ่งปีเต็ม ซึ่งถ้าจะมีปัญหาก็คงเป็นปัญหาที่อาจเกิดจากผู้ตอบไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ในอดีตที่ยาวนานได้อย่างแม่นยำเสียมากกว่า

---

[89] นอกจากความแตกต่างที่เกิดจากแหล่งที่มาและวิธีที่ได้มาซึ่งข้อมูลแล้ว ความแตกต่างบางส่วนก็เป็นเรื่องความแตกต่างในด้านวิธีการนับหรือบันทึกข้อมูล เช่น การสำรวจอนามัยและสวัสดิการนับการคลอดลูกเป็นการเข้านอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในขณะที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่จะนับเป็น 2 ครั้ง (สำหรับแม่และลูก)

ตารางที่ 7.5 อัตราการเจ็บป่วย ที่ได้จาก Health and Welfare Survey 2539 2544 2546 และจากการสำรวจหลังแจงนับปี 2546

	การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอน รพ.					อัตราเพิ่ม (%)			การเจ็บป่วยที่ต้องนอน รพ. (%)					อัตราเพิ่ม (%)		
	2539	2544	2546	2546 PES	2546 Adjust	2539-2544	2544-2546	2544-46Adj	2539	2544	2546	2546 PES	2546 Adjust	2539-2544	2544-2546	2544-46Adj
อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	4.340	4.101	4.926	8.054	6.505	-5.5	20.1	58.6	6.61	7.64	8.30	11.20	9.11	15.6	8.6	19.3
ในสถานพยาบาล	2.876	2.846	3.547	4.937	3.988	-1.0	24.6	40.1	6.61	7.64	8.30	11.20	9.11	15.6	8.6	19.3
ภาครัฐ	*1.888*	*2.247*	*2.818*	*3.512*	*2.836*	*19.0*	*25.4*	*26.2*	*5.42*	*6.80*	*7.49*	*10.33*	*8.40*	*25.4*	*10.2*	23.6
สถานีอนามัย/ศูนย์บริการ สธ.	0.655	0.902	1.148	1.860	1.503	37.7	27.2	66.6								
โรงพยาบาลชุมชน	0.560	0.574	1.064	1.200	0.969	2.6	85.3	68.8	2.19	2.29	4.91	5.38	4.37	4.4	114.0	90.9
รพ. ทั่วไป/รพ.ศูนย์ /รัฐอื่นๆ	0.673	0.738	0.443	0.443	0.358	9.7	-39.9	-51.5	3.23	3.36	3.26	4.95	4.03	4.2	-3.0	19.8
ภาคเอกชน	*0.981*	*0.599*	*0.729*	*1.426*	*1.151*	*-39.0*	*21.8*	*92.3*	*1.19*	*0.84*	*0.81*	*0.88*	*0.72*	*-29.4*	*-4.2*	*-14.3*
คลินิกเอกชน /โพลีคลินิก	0.846	0.492	0.768	1.377	1.112	-41.9	56.2	126.0				0.03				
โรงพยาบาลเอกชน	0.135	0.123	0.094	0.048	0.039	-8.6	-23.9	-68.3	1.19			0.85				
นอกสถานพยาบาล	1.464	1.271	1.379	3.117	2.517	-13.2	8.5	98.0								
ซื้อยา (ไม่รวมแผนโบราณ)	1.161	0.943	0.995	2.150	1.737	-18.7	5.5	84.1								

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544, 2547, มปป.) ภูษิต ประคองสายและคณะ (2545) สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539 และ2544 และคำนวณเพิ่มเติมโดยผู้เขียน (โดยใช้ข้อมูลข้างต้น)

หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2539 เป็นข้อมูลของตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด ปี 2544 เลือกเฉพาะประชากรกลุ่มที่ไม่อยู่ในโครงการสวัสดิการข้าราชการหรือประกันสังคม ปี 2546 เลือกเฉพาะประชากรที่อยู่ในโครงการ 30 บาท (รวมกลุ่ม ท) 2546PES เลือกเฉพาะครัวเรือนที่เป็นครัวเรือนเดียวกันกับที่ HWS46 สัมภาษณ์ และต้องมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเท่ากัน เท่านั้น (รวม 1,337 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 71.8 ของครัวเรือนใน HWS46 ใน 17 จังหวัด ครัวเรือนส่วนนี้ มีจำนวนสมาชิกครัวเรือนรวม 4,772 คน อยู่ในเขตเทศบาล

ร้อยละ 58.2 และนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 41.8 สมาชิกจำนวน 3,461 คน หรือร้อยละ 72.5 มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาท) 2546Adj ได้จากการหารอัตราการใช้บริการที่ได้จาก 2546PES ด้วยสัดส่วน จำนวนการเจ็บป่วยที่ได้จาก HWS26 (ครัวเรือนที่มีข้อมูล PES)/จำนวนการเจ็บป่วยที่ได้จาก HWS46 (ครัวเรือนทั้งหมดที่สอบถามใน HWS46) (ซึ่งก็คือหารตัวเลข 2546PES ด้วย 1.238124 และ1.228916 สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามลำดับ)

สัดส่วนของการใช้บริการที่สถานพยาบาลประเภทต่างๆ ในปี 2546 (ที่แยกย่อยลงไปกว่าสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน) ใช้ข้อมูลจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (มปป.) ซึ่งเป็นข้อมูลจาก subsample 1,337 ครัวเรือน)

ตารางที่ 7.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการป่วยและการนอนโรงพยาบาลที่ได้จากการสำรวจ Health & Welfare Survey 2003 และการสำรวจซ้ำหลังแจงนับ (PES) โดย IHPP

	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ค่า R^2 และ prob-value		
	รวมทุกเขต	**เขตเทศบาล**	**นอกเขตเทศบาล**
รวมทุกกลุ่ม			
จำนวนครั้งที่ป่วย 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์	r=0.123 (R^2=0.02) p=0.04	r=0.141 (R^2=0.02) p=0.017	r=0.11 (R^2=0.01) p=0.079
จำนวนครั้งที่นอนรักษาใน รพ.12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์	r=0.25 (R^2=0.06) p=0.00	r=0.167 (R^2=0.03) p=0.043	*r=0.462* *(R^2=0.21)* p=0.00
กลุ่มบัตรทอง			
จำนวนครั้งที่ป่วย 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์	r=0.071 (R^2=0.01) p=0.157		
จำนวนครั้งที่นอนรักษาใน รพ.12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์	r=0.219 (R^2=0.05) p=0.007		

ที่มา: รวบรวมจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ มปป. (ยกเว้นตัวเลข ค่า R^2 ซึ่งผู้เขียนคำนวณเองจากค่า r)

7.2.4 การจัดสรรงบโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในปีงบประมาณ 2545-2546

การดำเนินการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในปีงบประมาณ 2545 อาศัยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหาร ดังนั้น โดยหลักการแล้ว งบทั้งหมดของโครงการนี้ (รวมทั้งส่วนที่จะต้องจัดสรรให้กับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน) จึงส่งผ่านมาทางกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2545 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบทั้งหมด 65,876 ล้านบาท (ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 เพียง 4,779 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.82) ในจำนวนนี้จัดสรรเป็นงบสำหรับโครงการนี้ (หรือที่เรียกกันว่างบ UC) 47,988 ล้านบาท (ร้อยละ 72.8 ของงบกระทรวงสาธารณสุข)[90] ซึ่งงบจำนวนนี้แยกออกเป็นงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐ) งบอุดหนุนทั่วไปนอกเหนือจากเงินเดือน 22,138 ล้านบาท และเป็นงบกลาง 2,000 ล้านบาท[91] (สำหรับการลงทุนพัฒนาฐานข้อมูลที่ส่วนกลาง)

เมื่อหักงบกลางและงบเงินเดือนส่วนเกินของบางจังหวัดออก เหลือเป็นงบส่วนที่จัดสรรในโครงการนี้ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ์ประมาณ 45,000 ล้านบาท ซึ่งเมื่อคำนวณเทียบกับตัวเลขอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่กำหนดไว้ที่ 1,202.40 บาทต่อคน งบที่ตั้งเอาไว้จะสามารถรองรับประชากรได้เพียง 37.4 ล้านคน จากจำนวนประชากรที่กระทรวงสาธารณสุขเคยคาดว่าจะได้รับสิทธิ์จากโครงการนี้ประมาณ 46.6-50.3 ล้านคน

ในช่วงก่อนเริ่มโครงการ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขบางท่าน ซึ่งเกรงว่างบที่ได้จะไม่พอสำหรับประชากรผู้มีสิทธิ์ จึงเสนอให้ทำเป็น 3 ระยะ โดยไล่จากจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวต่ำไปสูง แต่ในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขก็ตัดสินใจที่จะดำเนินการทั่วประเทศพร้อมกันไปเลย (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน ซึ่งต้องใช้เวลาเตรียมความพร้อมมากกว่าส่วนอื่น รวมทั้งมีโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์อยู่ด้วย) โดยฝ่ายการเมืองรับปากว่าในกรณีที่งบไม่พอจริงๆ จะหางบมาเพิ่มให้ แต่มีเงื่อนไขว่าให้โครงการนี้ใช้งบที่มีอยู่ให้หมดก่อนแล้วจึงค่อยขอเพิ่มในภายหลังจากงบกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงบประมาณท้วงมาว่า ในช่วงโครงการนำร่องนั้น จังหวัดส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่างบที่ได้รับการจัดสรรมาก

สำหรับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่คาดว่าจะมีปัญหาจากการปฏิรูประบบงบประมาณครั้งนี้นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งงบฉุกเฉิน (Contingency Fund) เพิ่มให้สถานพยาบาลที่มีปัญหาอีก 5,000 ล้านบาท (เป็นงบให้เปล่า แต่ใช้วิธีคล้าย IMF ในการกำหนดเงื่อนไขให้สถานพยาบาลที่จะของบนี้ทำแผนปฏิรูปขึ้นมา) งบนี้มีการจัดสรรทั้งหมดสี่รอบในปีงบประมาณ 2545 รวมเป็นเงิน 4,419 ล้านบาทสำหรับ 183 โรงพยาบาลใน 51 จังหวัด (จาก 75 จังหวัด) (แต่

---

[90] ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงเป็นงบ non-UC จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก

[91] ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น Contingency Fund ซึ่งกำหนดไว้ 5,000 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 10 ของงบ UC)

เมื่อหักเงินเดือนที่ติดลบ 383 ล้านบาทออกแล้ว เหลือเป็นเงินที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นจากงบเดิมจำนวน 4,036 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการประเมินผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงปรากฏว่า สถานพยาบาลหลายแห่งที่มีสถานะการเงินดีกว่าที่คาดการณ์ไว้จึงถูกลดวงเงินช่วยเหลือหรือถูกเรียกเงินคืน โดยสรุปแล้ว ในปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลที่ได้รับความช่วยเหลือจากงบนี้ 181 แห่ง รวมเป็นเงิน 3,527 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 6 ของค่าใช้จ่ายของโครงการ) ซึ่งต่ำกว่าวงเงินเดิมจำนวน 5,000 ล้านบาท ที่กระทรวงขอกันไว้จากงบกลางของรัฐบาล[92]

โดยภาพรวมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้งบเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 จำนวน 4,779 ล้านบาท (ร้อยละ 7.8) แต่งบส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องแบ่งไปให้สถานพยาบาลนอกสังกัดและสถานพยาบาลของเอกชนด้วย (ประมาณสองพันล้านบาทในปีงบประมาณ 2545) นอกจากนี้ ยังได้งบ Contingency Fund เพิ่มให้สถานพยาบาลรัฐที่มีปัญหาการเงินอีก 5,000 ล้านบาท รวมเป็นงบที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมาประมาณ 10,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 15

ก. งบประมาณและค่าใช้จ่ายจริงของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2545-46

ในระยะสองสามปีที่ผ่านมา การคำนวณตัวเลขงบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาท (ซึ่งหลายฝ่ายถือว่าเป็นตัวเลขที่ชี้ชะตาการเงินของโครงการนี้) เป็นตัวเลขที่ได้รับการถกเถียงกันค่อนข้างมาก แต่ในทางปฏิบัตินั้น ในช่วงสองปีแรกที่มีการดำเนินโครงการ 30 บาททั่วประเทศ (ปีงบประมาณ 2545 และ 2546) ทั้งตัวเลขงบประมาณและค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นในแต่ละปีของโครงการนี้ไม่ได้เป็นตัวเลขที่ทุกฝ่ายทราบล่วงหน้าอย่างแน่ชัดจริงๆ และในบางกรณี ตัวเลขเหล่านี้ยังมีความเปลี่ยนแปลงหลังจากที่หมดปีงบประมาณไปแล้วเกือบหนึ่งปี ซึ่งการศึกษาในส่วนนี้พยายามที่จะสรุปค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในช่วงสองปีดังกล่าวให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด

งบประมาณ

ในเอกสารประกอบการชี้แจงงบประมาณปี 2547 ของสำนักงบประมาณ (อ้างในรายงานประจำปี 2546 ของ สปสช.) มีการจัดสรรงบให้โครงการ 30บาทในระหว่างปีงบประมาณ 2544 (โครงการนำร่อง) ปีงบประมาณ 2545 และเสนอของบในปีงบประมาณ 2546 ดังต่อไปนี้

---

[92] แต่การเบิกจ่ายในช่วงแรกใช้วิธียืมมาจากงบของโครงการ 30 บาทนั่นเอง

ตารางที่ 7.7 งบประมาณของโครงการ 30 บาท ที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2544-45 และเสนอขอในปีงบประมาณ 2546

รายการ	ปี 2544		2545	2546	หมายเหตุ
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2			
ประชากรที่ได้รับสิทธิ (ล้านคน)	1.926	6.738	45.352	45.613	ตัวเลขประชากรเป้าหมาย
งบเหมาจ่ายรายหัว (บาท/คน/ปี)			1,202.4	1,202.4	
วงเงินงบประมาณ (ล้านบาท)	400	1,510	53,292	58,056	
1) งบเงินเดือนบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐ (ล้านบาท)			*24,083*	*25,917*	สำนักงบฯ ได้หักเงินเดือนบุคลากรส่วนนี้ออกโดยจะถูกจ่ายโอนไปตามระบบการจ่ายเงินเดือนตามปกติ และเหลือเฉพาะงบดำเนินการจึงโอนให้ สปสช.
1.1) สังกัดสำนักงานปลัด ก.สธ.			22,977	24,801	
1.2) สังกัดหน่วยงานอื่นๆ			1,109	1,116	
2) เงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ/กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			*22,138*	*27,138*	
3) งบกลาง			*7,070.89*	*5,000*	
4) งบบริหารจัดการ			*รวมอยู่ในงบกลาง (ดูหมายเหตุ)*	*1,600*	ในรายงาน "งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณปี 45-46" ของ สปสช. (มกราคม 2546) ได้ระบุว่า ปีงบฯ 2545 ได้รับจัดสรรเบื้องต้น 2,000 ล้านบาท และได้จ่ายจริง 1,597 ล้านบาท

ที่มา: ปรับจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) *รายงานประจำปี 2546*

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2546 นั้น รายงานประจำปีของ สปสช. ระบุว่าได้รับจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจริงเป็นจำนวน 31,337.92 ล้านบาท และได้จัดสรรไปแล้ว ณ สิ้นปีงบประมาณ 2546 จำนวน 27,084.35 ล้านบาท ตามรายการในตารางที่ 7.8 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7.8 การจัดสรรงบประมาณของโครงการ 30 บาท สำหรับปีงบประมาณ 2546 (ตัวเลข ณ สิ้นปีงบประมาณ)

งบประมาณจำแนกตามรายการ	จัดสรร(ล้านบาท)	ร้อยละ
งบประมาณที่จัดสรรโดย สปสช.	27,084.35	100.00
1. งบบริการผู้ป่วยนอก/ใน ส่งเสริมและป้องกันฯ	19,948.41	73.65
2. งบบริการกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	1,223.51	4.52
3. งบค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	1,903.29	7.03
4. งบลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง	3,455.24	12.76
5. งบค่าวัคซีน	553.89	2.04

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) *รายงานประจำปี 2546* (หน้า 69)

การที่ตัวเลขงบที่จัดสรรโดย สปสช. ในปีงบประมาณ 2546 มีจำนวนน้อยกว่ายอดงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรส่วนหนึ่งเกิดจากมีการจ่ายเงินข้ามปีงบประมาณ (ทั้งในกรณีที่มีการเบิกจ่ายและประมวลผลการเบิกจ่ายล่าช้า และกรณีที่มีภาระผูกพันข้ามปีงบประมาณ) ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้รวบรวมตัวเลขการจัดสรรงบที่เกิดขึ้นจริงสำหรับแต่ละปีงบประมาณในตอนต่อไป

ค่าใช้จ่ายจริง

การหาตัวเลขค่าใช้จ่ายจริงสำหรับโครงการ 30 บาท (เฉพาะหาจำนวน "เม็ดเงิน" ที่มีการจัดสรรไปให้สถานพยาบาลในแต่ละปี โดยยังไม่ได้ตั้งเป้าไกลไปถึงการหา "ต้นทุน" การดำเนินการของโครงการ) เป็นงานที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน เพราะถึงแม้ว่าจะมีการใช้ตัวเลขเหมาจ่ายรายหัวในการคำนวณงบ แต่ในการโอนจ่ายงบค่าบริการทางการแพทย์ซึ่งมีการรายงานอย่างเป็นทางการมักจะมีรายการที่เป็นค่าใช้จ่ายข้ามปีงบประมาณอยู่ด้วย ตัวอย่างเช่น เม็ดเงินที่ สปสช. ได้รับจากสำนักงบประมาณในปีงบประมาณ 2546 นั้น บางส่วนถูกจัดสรรสำหรับค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2545 ด้วย อันเนื่องเนื่องมาจากระบบการบัญชีและระบบการเบิกจ่าย เช่น การเคลมค่าบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจสอบ เป็นต้น

คณะผู้วิจัยพยายามรวบรวมตัวเลขค่าใช้จ่ายจริงของโครงการ 30 บาท ของปีงบประมาณ 2545 และ 2546 ตามแนวทางบัญชีเกณฑ์พึงรับพึงจ่ายที่ทางกระทรวงสาธารณสุขเองพยายามนำมาใช้ แต่เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ ยังมีความแตกต่างกันอยู่ ดังนั้น ยอดเงินที่จ่ายออกไปจริงสำหรับปีงบประมาณ 2546 จึงยังเป็นตัวเลขมากกว่าหนึ่งชุด และยังมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้อีก อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยเชื่อว่าข้อมูลที่นำเสนอในตารางที่ 7.9 ต่อไปนี้

น่าจะเป็นข้อมูลที่น่าจะตรงกับความเป็นจริงมากกว่าตัวเลขงบประมาณหรือตัวเลขที่คำนวณขึ้นมาจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวโดยตรง

ตารางที่ 7.9 การจัดสรรงบของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2545 และ 2546

งบประมาณที่จัดสรร/โอนจ่ายจริง	ปีงบประมาณ 2545		ปีงบประมาณ 2546			
			รายงานประจำปี 2546 ของ สปสช.		ตัวเลขล่าสุด ณ เม.ย. 2547	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
ประชากรผู้มีสิทธิเฉลี่ย (ล้านคน)[1/]	43.9		45.60		45.60	
งบเงินเดือนบุคลากรของรัฐ[2/]	24,083	41.3%	25,917	51.1%	25,917	50.0%
งบดำเนินการค่าบริการการแพทย์	30,671	52.6%	24,316	48.0%	25,461	49.1%
+ งบบริการผู้ป่วยนอก/ใน ส่งเสริมและป้องกันฯ	25,125[3/]	43.1%	19,948[4/]	39.4%	21,598[4/]	41.7%
+ งบบริการกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	2,433[5/]	4.2%	1,027[6/]	2.0%	788[6/]	1.5%
+ งบค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง			859[6/]	1.7%	593[6/]	1.1%
+ งบลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง	3,064[7/]	5.3%	1,929[8/]	3.8%	1,929[8/]	3.7%
+ งบค่าวัคซีน	49[9/]	0.1%	553	1.1%	553	1.1%
งบ Contingency Fund	3,527[10/]	6.1%	455[11/]	0.9%	455[11/]	0.9%
รวมงบประมาณที่ใช้ทั้งสิ้น	58,281	100%	50,688	100%	51,833	100%
งบประมาณต่อประชากร (บ. ต่อคนต่อปี)	1,327.6		1,111.6		1,136.7	
งบบริหารจัดการ	1,597		1,130		1,130	
งบประมาณรวมงบบริหารฯ	59,878		51,818		52,963	
งบประมาณรวมงบบริหารฯ ต่อ ปชก.	1,364.0		1,136.4		1,161.5	

หมายเหตุ:

1/ คำนวณจากค่าเฉลี่ยของประชากรในโครงการ 30 บาท จากรายงานที่ตรวจสอบสิทธิแล้วซึ่งเผยแพร่ใน website ของ สปสช.

2/ ใช้ตัวเลขจากเอกสารประกอบการชี้แจงงบประมาณปี 2547 ของสำนักงบประมาณ (อ้างในรายงานประจำปี 2546 ของ สปสช.)[93]

3/ ใช้ตัวเลขจากเอกสาร "การจัดสรรเงินทุนหมุนเวียนและเงินอุดหนุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545" (สำนักงานประกันสุขภาพ พ.ค. 2546) แบ่งเป็นการโอนจ่ายจากบัญชีเงินทุนหมุนเวียนฯ (ใน

---

[93] ทั้งนี้ตัวเลขค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2545 จะแตกต่างจากที่แสดงไว้ในรายงานเรื่อง "หนึ่งปีของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ของวิโรจน์ ณ ระนองและคณะ (2547 ตารางที่ 7.5) ซึ่งใช้ข้อมูลจากเอกสาร "งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณปี 45-46" (สปสช. ม.ค. 2546) ซึ่งในเอกสารดังกล่าวระบุงบเงินเดือนบุคลากรของสถานบริการภาครัฐไว้ที่ 24,295.36 ล้านบาท

ระหว่างปีงบฯ 45) 20,332.71 ล้านบาท และจากบัญชีเงินอุดหนุนฯ (ประมาณ ต.ค.-พ.ย.45) 4,792.82 ล้านบาท[94]

4/ รายงานประจำปี 2546 ของ สปสช. ระบุว่าในปีงบประมาณ 2546 งบเหมาจ่ายรายหัว (OP+IP+PP) (ไม่รวมเงินเดือน[95]) ที่โอนจ่ายสำหรับปีงบประมาณ 2546 มีจำนวนรวม 19,948.41 ล้านบาท (ดูตารางที่ 7.8) โดยแบ่งเป็นเงินโอนให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 16,914.42 ล้านบาท (จากฐานประชากร 41.27 ล้านคน) เงินโอนให้โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 54.67 ล้านบาท (จากฐานประชากร 0.67 ล้านคน) เงินโอนให้โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1,035.82 ล้านบาท (จากฐานประชากร 1.97 ล้านคน) และเงินโอนให้โรงพยาบาลเอกชนและสังกัดกาชาด 1,943.50 ล้านบาท (จากฐานประชากร 1.78 ล้านคน)

อย่างไรก็ตามข้อมูลล่าสุดที่ได้จาก สปสช. เมื่อปลายเดือนเมษายน 2547 (จากเอกสาร "รายละเอียดการจัดสรรเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2546") ระบุว่ามีการจัดสรรเหมาจ่ายรายหัวทั้งสิ้น 5 งวด (หักรายการจัดสรรเพิ่มเติมสำหรับปี 2545 และจัดสรรเพิ่มเติมจากการอุทธรณ์ของปี 2545 และบวกรายการจัดสรรเพิ่มเติมและจากการอุทธรณ์ของปี 2546) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่ม รพ.	*รวมจัดสรร 5 งวด*	*- จัดสรรเพิ่มปี 45*	*+ จัดสรรเพิ่มปี 46*	*รวมสุทธิ*
รพ. ในสังกัด สธ.	*18,454.92*	*-*	*88.96*	*18,543.88*
รพ. รัฐ นอก สธ. + เอกชน (ภูมิภาค)	*1,108.24*	*62.59*	*0.56*	*1,046.21*
รพ. รัฐ นอก สธ.+ เอกชน (ใน กทม.)	*2,008.47*	*1.00*	*-*	*2,007.47*
รวม	***21,571.63***	***63.59***	***89.52***	***21,597.56***

5/ งบบริการกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน และงบค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในปีงบประมาณ 2445 มีคำขอเบิกชดเชยที่ได้รับการอนุมัติให้จ่ายทันกับปีงบประมาณเป็นจำนวนเงินเพียง 499.02 ล้านบาทในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคมในหมวดเงินทุน และมาเริ่มจ่ายในช่วงต้นปีงบประมาณ 2546 จากหมวดเงินอุดหนุนอีก 1,098.19 ล้านบาท ส่วนคำขอชดเชยค่าบริการฯ ที่เหลือได้ทยอยอนุมัติจ่ายให้ในช่วงเวลาต่อมาจนกระทั่งเดือนพฤษภาคม 2546 จึงสามารถชำระรายการได้เสร็จสิ้นสำหรับยอดค้างจ่ายจากปีงบประมาณ 2545 โดย สปสช. มีอนุมัติจ่ายชดเชยการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ซึ่งจ่ายจากกองทุนที่กันไว้จากงบเหมาจ่ายรายหัวโดยตรงจำนวน 1,637.69 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนเงินที่อนุมัติจ่ายจริงนี้ต่ำกว่าจำนวนงบประมาณที่ขออนุมัติไว้เมื่อตอนเริ่มโครงการฯ ซึ่งขณะนั้นได้มีการกันเงินไว้ (ซึ่งกันจากงบเหมาจ่ายรายหัว 32 บาทต่อบัตรสำหรับการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ 25 บาทต่อบัตรสำหรับกรณี

---

[94] เอกสาร "งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณปี 45-46" (สปสช. ม.ค. 2546) ระบุตัวเลขงบเหมาจ่ายสำหรับจัดบริการฯ จำนวน 24,053.63 ล้านบาท

[95] สำนักงบประมาณได้หักเงินเดือนของบุคลากรของภาครัฐออกจากงบประมาณที่ต้องโอนเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่น รวม 25,917.23 ล้านบาท

อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน รวมเป็นเงิน 2,665 ล้านบาท) ดังนั้น สปสช. จึงนำเงินกองทุนที่เหลือจากงบในส่วนนี้ไปชดเชยให้แก่สถานพยาบาลที่มีภาระต้องตามจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่นจากการที่คนไข้ที่ขึ้นทะเบียนกับตนไปรักษากับสถานพยาบาลนั้น โดย สปสช. ช่วยรับภาระร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องตามจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่น ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 40 จึงเป็นภาระของสถานพยาบาล[96] (โดย สปสช. นำไปหักออกจากรายรับจากการที่สถานพยาบาลนั้นรับรักษากรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับตน) ซึ่งจากการดำเนินการตามแนวทางนี้ทำให้ สปสช. ต้องจ่ายเงินชดเชยจากการเข้าไปรับภาระแทนสถานพยาบาลอีก 796 ล้านบาท รวมเป็นค่าใช้จ่ายที่จัดสรรสำหรับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 2,433.08 ล้านบาท[97]

6/ ปีงบประมาณ 2546 งบค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินและกรณีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยบริการเพื่อขอรับการชดเชยระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 45 - 30 ก.ย. 45 (ตัดข้อมูลวันที่ 13 พ.ย. 46) ในฐานข้อมูลสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช. แสดงว่ามีการอนุมัติจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินจ่ายจากกองทุนฯ 1,026.68 ล้านบาท (ร้อยละ 75 ของส่วนที่พึงจ่าย) และจ่ายจากหน่วยบริการต้นสังกัด 349.24 ล้านบาท และกรณีค่าใช้จ่ายสูงจ่ายจากกองทุนฯ 858.82 ล้านบาท (ร้อยละ 34 ของส่วนที่พึงจ่าย) และจ่ายจากหน่วยบริการต้นสังกัด 1,696.34 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม รายจ่ายในทั้งสองกรณีนี้ (HC&AE) ที่ปรากฏในรายงานประจำปี 2546 ของ สปสช. น่าจะรวมรายจ่ายบางรายการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปีงบฯ 45 (ซึ่งมีบางส่วนที่พึ่งเคลียร์เสร็จสิ้นเมื่อเดือน พ.ค.46 ดู ข้อ 5/) และมีความเป็นไปได้ที่จะยังไม่รวมรายการที่ยังเคลียร์ไม่เสร็จสิ้นได้ทันในปีงบฯ 46 เนื่องจากอยู่ระหว่างการตรวจสอบเพื่อรออนุมัติจ่าย[98]

สำหรับข้อมูลล่าสุดที่ได้รับจากฝ่ายบริหารการชดเชยค่าบริการ ของ สปสช. (นพ.ประจักษ์วิทย์) เมื่อปลายเดือนเมษายน 2546 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

---

[96] เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบุว่าเงินส่วนที่เหลือจากการกันเอาไว้สำหรับงบค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2545 สามารถรับภาระแทนสถานพยาบาลที่มีหน้าที่ต้องตามจ่ายได้ถึงร้อยละ 70-80 แต่เพื่อป้องกันปัญหาความความคลาดเคลื่อน ไม่พอเพียงของกองทุนสำหรับการดำเนินงานของในปีงบประมาณถัดไป จึงใช้เงินกองทุนสำหรับส่วนที่เหลือนี้รับภาระแทนเพียงร้อยละ 60

[97] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาจมีความผิดพลาด (โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ) ในการบันทึกข้อมูล และยังมีความไม่ลงตัวในระบบการเบิกชดเชย รวมถึงความเข้าใจที่ไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับบันทึกรายการ และการคิดรายจ่าย ฯลฯ ตัวเลขนี้จึงอาจจะยังมีความคลาดเคลื่อนเล็กน้อย โดยมีตัวเลขที่แสดงข้างต้นจะต่ำกว่ายอดเงินที่จ่ายจริง เนื่องจากได้มีการตัดบางรายการที่มีความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลอย่างชัดเจนออก

[98] แต่รายการในกรณีหลังถ้ามีก็น่าจะมีจำนวนไม่มากนัก เพราะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องระบุว่าในระยะหลังได้มีการนำระบบ E-Claim มาใช้แทนระบบ Paper Claim ซึ่งทำให้ลดเวลาที่ใช้ในกระบวนการตรวจสอบ (นับจากวันที่ รพ.ส่งคำขอชดเชยฯ จนถึงวันแจ้งผลอนุมัติ) เหลือไม่เกิน 2-3 เดือน (ตัวเลขที่รายงานเป็นข้อมูลที่มีอยู่ ณ วันที่ 13 พ.ย. 2546 ซึ่งเลยปีงบประมาณไปแล้วประมาณหนึ่งเดือนครึ่ง)

รายการ	จ่ายจากกองทุนฯ	เรียกเก็บจาก รพ. อื่น	ตามจ่าย รพ. อื่น
ค่าใช้จ่ายสูง	788,403,693	935,651,029	935,651,029
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	593,058,613	123,256,441	123,256,441
รวม	1,381,462,306	1,058,907,470	1,058,907,470

ซึ่งมียอดต่ำกว่าที่ปรากฏในรายงานประจำปีของ สปสช. ซึ่งน่าจะเป็นเพราะได้แยกรายการที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2545 ออกไปแล้ว

อนึ่ง ในปีงบประมาณ 2546 สปสช. ได้ยึดแนวทางเดียวกับปีงบประมาณ 2545 คือ ได้อาศัยงบประมาณสำหรับกรณีค่าใช้จ่ายสูง และอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ส่วนที่เหลือหลังจากหักภาระส่วนที่กองทุนฯ ต้องเป็นผู้จ่าย ออกมาช่วยแบ่งเบาภาระแก่สถานพยาบาลที่มียอดสุทธิต้องตามจ่ายแก่สถานพยาบาลอื่น (เจ้าหน้าที่สำนักบริหารการชดเชยฯ ระบุว่ากองทุนฯ ช่วยรับภาระประมาณ 40% ของส่วนที่สถานพยาบาลต้องตามจ่าย)

7/ ตัวเลขงบลงทุนฯ ในปีงบประมาณ 2545 ใช้ตัวเลขจากเอกสาร "งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณปี 45-46" (สปสช. ม.ค. 2546) แบ่งเป็นงบลงทุนทั่วไป 2,371.98 ล้านบาท Excellent Center 527.36 ล้านบาท และ EMS 458.14 ล้านบาท (ในเอกสาร "การจัดสรรเงินทุนหมุนเวียนและเงินอุดหนุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545" ที่ได้จากสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อปลาย พ.ค. 2546 ระบุเพียงว่ามีการจัดสรรงบลงทุนจากบัญชีเงินทุนหมุนเวียนเพียง 1,192.86 ล้านบาท)

8/ จากรายงานประจำปี 2546 ของ สปสช. ระบุว่ามีการจัดสรรงบลงทุนในโครงการฯ จำนวน 1,929.64 ล้านบาท เป็นส่วนที่โอนให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1,053.33 ล้านบาท (เป็นงบลงทุนทั่วไป 844.37 ล้านบาท และงบลงทุนในพื้นที่ทุรกันดาร ชายแดน เกาะ และพื้นที่เฉพาะ 208.96 ล้านบาท) และสถานพยาบาลเอกชนใน กทม. 93.04 ล้านบาท และสถานพยาบาลเอกชนในส่วนภูมิภาค 1.36 ล้านบาท คงเหลืองบลงทุนที่ยังไม่โอนจ่ายให้สถานพยาบาลภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ และศูนย์นเรนทร รวม 721.43 ล้านบาท และสถานพยาบาลเอกชนในส่วนภูมิภาค 60.47 ล้านบาท (รวมเป็นงบลงทุนที่ยังไม่โอนจ่าย 781.90 ล้านบาท)

9/ จากเอกสาร "การจัดสรรเงินทุนหมุนเวียนและเงินอุดหนุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545" (สำนักงานประกันสุขภาพ 2546) แบ่งเป็นบัญชีหมวดเงินทุนฯ 25.23 ล้านบาท และบัญชีหมวดเงินอุดหนุนฯ 24.08 ล้านบาท

10/ จากรายงานผลการพิจารณาเงินสนับสนุนงบประมาณเพื่อความมั่นคงจากการคาดการณ์กับการสนับสนุนจริงปีงบประมาณ 2545 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งมีการโอนงบ CF ทั้งสิ้น 4 รอบ 51 จังหวัด รวมสถานพยาบาล 181 แห่ง เป็นจำนวนเงิน 3,527 ล้านบาท

11/ จากเอกสารที่ขอโดยตรงจากกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่างบ CF ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรจากงบกลางของรัฐบาล ซึ่งได้รับอนุมัติในวงเงิน 500 ล้านบาท แต่มีการโอนรอบที่ 1 (จัดสรรจริง) ให้สถานพยาบาล 133 แห่ง จำนวน 381.96 ล้านบาท รอบที่ 2 ให้สถานพยาบาลเพิ่มอีก 1 แห่ง จำนวน 43.77 ล้านบาท และโอนเพิ่มเติมให้สถานพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรรอบที่ 1 และ 2 บวกกับสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติให้ได้รับงบ CF เพิ่มอีก 1 แห่ง รวมเป็นเงิน 29.16 ล้านบาท สรุปรวมงบ CF สำหรับปีงบฯ 46 ได้โอนจ่ายจริงเป็นจำนวน 454.89 ล้านบาท (46 จังหวัด 135 แห่ง)

จากตารางที่ 7.9 จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ในระหว่างปีงบประมาณ 2544-2546 จะใช้ตัวเลขเหมาจ่ายรายหัวที่เท่ากัน (1,202.40 บาท ต่อบัตร) แต่ค่าใช้จ่ายที่จ่ายจริงสำหรับโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546 (ณ สิ้นเดือนเมษายน 2547 ซึ่งน่าจะเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างครบถ้วนแล้ว) ต่ำกว่าในปีงบประมาณ 2545 ไม่ว่าจะเป็นยอดรวมหรือค่าใช้จ่ายต่อหัว และค่าใช้จ่ายต่อหัวในปีงบประมาณ 2547 ซึ่งมีการปรับตัวเลขงบเหมาจ่ายรายหัวขึ้นมาเป็น 1,308 บาทต่อบัตร (แต่งบนี้รวมงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรที่อยู่นอกโครงการ 30 บาทด้วย) ก็จะยังคงต่ำกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวที่จ่ายจริงในปีงบประมาณ 2545 เช่นกัน ยิ่งเมื่อคำนึงถึงค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นเงินเดือนที่เพิ่มขึ้นประมาณ 1,834 ล้านบาท (ร้อยละ 7.6) ในปีงบประมาณ 2546 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12-15 ในปีงบประมาณ 2547 (เนื่องจากมีการปรับฐานเงินเดือนเมื่อกลางปีงบประมาณ 2547 ด้วย)[99] ย่อมทำให้งบส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้อาจมีความรุนแรงน้อยลงในปีงบประมาณ 2548 ซึ่งจะมีการปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวขึ้นมาเป็น 1,396 บาท (ปรับเพิ่มขึ้นจากปี 2547 ประมาณร้อยละ 6.7) และในปัจจุบันมีการตกลงโดยหลักการที่จะให้สำนักงบประมาณจัดสรรจัดสรรเงินเดือนประมาณ 5,500 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 21 ของเงินเดือนของกระทรวงสาธารณสุข) จากงบอื่นที่นอกเหนือจากงบของโครงการ 30 บาท

7.2.5 กระบวนการจัดสรรงบภายในโครงการ 30 บาท

แม้ว่าการดำเนินโครงการ 30 บาทในช่วงปีงบประมาณ 2545 จะอิงแนวคิดด้านการประกันสุขภาพ โดยใช้วิธีให้รัฐบาล (ซึ่งในกรณีนี้คือกระทรวงสาธารณสุข) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการด้านรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลต่างๆ (ทั้งของรัฐและเอกชน) โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (ในทำนองเดียวกับโครงการประกันสังคมหรือการซื้อประกันสุขภาพของเอกชน) แต่ในการดำเนินการจริงนั้น มีรายละเอียดและปัญหาหลายประการที่ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณา โดยเฉพาะในการ "ซื้อบริการ" จากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดที่กระทรวงสาธารณสุขเผชิญคือความอยู่รอดของสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเอง เพราะในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลของเอกชน (หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่ง) ตามความสมัครใจ แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใช้วิธีเดียวกันกับสถานพยาบาลของตนเองได้ เพราะนอกจากจำเป็นต้องพึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้ใน

---

[99] อย่างไรก็ตาม เงินเดือนส่วนที่เพิ่มขึ้นจากการปรับฐานเงินเดือนเมื่อกลางปีงบประมาณ 2547 จะถูกนำมาจากงบกลาง และจะไม่ได้แสดงไว้ในงบของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2547 และ 2548

การให้บริการประชาชนกว่าร้อยละ 90 ของโครงการแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีฐานะเป็นเจ้าของสถานพยาบาลเหล่านั้นด้วย

โดยหลักการแล้ว แม้ว่าโครงการ 30 บาทจะเป็นโครงการใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่โครงการนี้ก็ไม่ใช่โครงการเดียวของกระทรวงสาธารณสุข (หรือของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังคงให้บริการกับประชาชนอีกเกือบหนึ่งในสี่ที่อยู่ในโครงการสวัสดิการข้าราชการหรือโครงการประกันสังคม) แต่ในด้านการจัดสรรงบประมาณนั้น ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่สำนักงบประมาณลงมาไปจนถึงสถานพยาบาลเอง ต่างก็ถือเสมือนว่าโครงการ 30 บาทเป็นโครงการที่จะต้องรับภาระเงินเดือนของบุคลากรของสถานพยาบาลทั้งหมด ในการจัดสรรงบจึงใช้วิธีแยกเงินเดือนออกมาจากงบเหมาจ่ายที่แต่ละจังหวัดจะได้รับ แล้วจึงจัดสรรงบที่เหลือให้แต่ละจังหวัด ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบของราชการซึ่ง

การจัดสรรงบโดยวิธีนี้มีปัญหาตามมาอย่างน้อยสองประการคือ

ประการแรก การรวมงบด้านต่างๆ ของสถานพยาบาลเกือบทั้งหมดเข้ามาอยู่ในโครงการนี้ (รวมทั้งเงินเดือนทั้งหมดของสถานพยาบาล) ทั้งๆ ที่สถานพยาบาลต่างๆ มีงานที่นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล (และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะที่เป็น personal care)[100] ทำให้ในทางปฏิบัติแล้วจะเหลืองบมาใช้ในโครงการนี้จริงน้อยกว่าที่คำนวณเอาไว้

ประการที่สอง ซึ่งเป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดคือ การจัดสรรงบโดยวิธีนี้ ซึ่งเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบตามทรัพยากรและตามประวัติการจัดสรรงบในอดีต มาเป็นการจัดสรรงบตามประชากรในพื้นที่ ทำให้เกิดการกระจายงบใหม่ (budget redistribution) อย่างรุนแรง ในขณะที่ทรัพยากรสาธารณสุขที่แท้จริง (บุคลากร ตึก เตียง เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ) ยังอยู่ที่เดิม ถึงแม้ว่าจะมีการกล่าวถึงความพยายามในการ "เกลี่ย" ทรัพยากรเหล่านี้บ้าง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว การโยกย้ายทรัพยากรเหล่านี้มีความยากลำบากกว่าการโยกย้ายเงินมาก และภายใต้โครงสร้างทรัพยากรที่เป็นอยู่ ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างมากนั้น การจัดสรรงบวิธีนี้ทำให้หลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ซึ่งมีประชากรมากแต่มีทรัพยากรน้อย เนื่องจากในอดีตได้รับงบประมาณค่อนข้างน้อย) ได้รับการจัดสรรงบเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ในขณะที่ในบางจังหวัดที่มีประชากรไม่มากแต่มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดราชบุรีซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ถึงสี่แห่ง) ได้รับงบที่ไม่พอสำหรับจ่ายเงินเดือนเจ้าหน้าที่ แม้ว่าก่อนที่จะเริ่มโครงการ ผู้บริหาร

---

[100] และในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะที่เป็น personal care เองนั้น สถานพยาบาลต้องเจียดงบส่วนนี้สำหรับการให้บริการผู้มีสิทธิอื่นๆ (สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม) ด้วย ในกรณีที่สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการจากคนไข้สองกลุ่มนี้น้อยกว่าต้นทุนที่แท้จริง ในการให้บริการ (รวมเงินเดือน การลงทุน อุปกรณ์)

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และได้ตั้งงบ Contingency Fund เพื่อให้สถานพยาบาลคาดว่าจะมีปัญหาในการปรับตัวในช่วงสองปีแรกเอาไว้ 5,000 ล้านบาทแล้ว แต่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็คาดการณ์ได้ว่าผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระจายงบใหม่นี้จะส่งผลสะเทือนอย่างกว้างขวาง ทำให้บางฝ่ายในกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอมาตรการสองประการซึ่งคาดว่าจะมีส่วนทางตรงหรือทางอ้อมในการดึงงบกลับไปให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่คือ

- มาตรการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่าย (หรือ "รวมเงินเดือนระดับจังหวัด"[101]) ซึ่งใช้วิธีหักเงินเดือนของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข[102] ทั้งจังหวัดออกจากงบเหมาจ่ายแล้วจึงมาจัดสรรให้แต่สถานพยาบาลตามจำนวนบัตร ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ (ซึ่งมักจะมีบุคลากรจำนวนมาก) ไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องการจ่ายเงินเดือน เนื่องจากมาตรการนี้ทำให้ภาระเรื่องเงินเดือนเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสถานพยาบาลจังหวัด
- มาตรการการแยกงบผู้ป่วยในออกจากงบผู้ป่วยนอก ซึ่งนอกจากจะป้องกันปัญหาด้านแรงจูงใจที่สถานพยาบาลที่ถือเงิน (ซึ่งส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลระดับอำเภอ)อาจจะไม่อยากรับ (admit) หรือส่งต่อผู้ป่วยในแล้ว ยังเป็นวิธีที่จะช่วยให้หลักประกันด้านรายได้ให้แก่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับหนึ่งด้วย

อย่างไรก็ตาม การที่มาตรการเหล่านี้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการแรก) ขัดกับหลักการเรื่องการจัดสรรงบตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้บริหารโครงการนี้ที่ส่วนกลางบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการกำหนดให้ใช้มาตรการทั้งสองนี้ ทำให้ในที่สุดก็มีการเสนอทางออกในลักษณะที่ประนีประนอมโดยให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเองว่าจะเลือกใช้วิธีใดในทั้งสองกรณี (รวมหรือแยกเงินเดือน และรวมหรือแยกงบผู้ป่วยใน) ทั้งนี้ ในการตกลงกันนี้ สถานพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินอย่างรุนแรงก็ยังมีทางเลือกในการขอ Contingency Fund (CF) จากส่วนกลางเป็นทางออกอีกทางหนึ่ง

ในการดำเนินการจริงในปีงบประมาณ 2545 นั้น พบว่าวิธีการที่ใช้ในแต่ละจังหวัดมีความหลากหลาย ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 7.10 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดต่างๆ ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2545 และในระหว่างปีงบประมาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการจัดสรรงบในทุกรูปแบบ รวมทั้งรูปแบบผสมในอัตราที่ต่างๆ กันด้วย โดยในช่วงที่เริ่มโครงการเมื่อเดือนตุลาคม 2544 นั้น จังหวัดมากกว่าครึ่งรวมเงินเดือนในระดับจังหวัด หลังจากที่ได้ดำเนินการมาได้ไม่นาน จำนวน

---

[101] ในช่วงก่อนปีงบประมาณ 2545 ก็มีข้อเสนอให้รวมเงินเดือนระดับประเทศเช่นกัน แต่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารโครงการ

[102] สถานพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลเอกชน ไม่เกี่ยวข้องในกรณีนี้ แต่อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการหลัง (การแยกหรือไม่แยกงบผู้ป่วยมากองรวมกันที่จังหวัด)

จังหวัดที่รวมเงินเดือนในระดับจังหวัด มีจำนวนลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 10 หรือ 4 จังหวัด) และหันไปใช้วิธีตัดเงินเดือนที่เครือข่ายและวิธีลูกผสมมากขึ้น สำหรับในด้านการแยกงบผู้ป่วยในนั้น ในช่วงที่เริ่มโครงการ มี 38 จังหวัดที่ใช้วิธีแยกงบผู้ป่วยในออกมารวมกันเป็นงบกลางสำหรับผู้ป่วยในทั้งจังหวัด (OP–IP split) ขณะที่มี 31 จังหวัดที่เลือกวิธีจัดสรรงบแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) โดยไม่มีการแยกงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยใน และจังหวัดที่เหลือใช้วิธีผสมผสานหรือวิธีอื่น แต่หลังจากที่ดำเนินการมาได้ระยะหนึ่ง จำนวนจังหวัดกลุ่มแรก (OP–IP split) ลดลงเหลือ 29 จังหวัด ในขณะที่จังหวัดในกลุ่มที่สอง (inclusive capitation) เพิ่มขึ้นเป็น 40 จังหวัด

การที่มีอย่างน้อย 4 จังหวัดที่เปลี่ยนจากรวมเงินเดือนมาแยกเงินเดือน และอย่างน้อย 9 จังหวัดเปลี่ยนจากการจัดสรรแบบแยกงบผู้ป่วยในมากองรวมกัน (OP-IP split) มาเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัวที่รวมงบทั้งผู้ป่วยนอกและงบผู้ป่วยในไว้ที่สถานพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้น (inclusive capitation) [103] เป็นข้อบ่งชี้ว่ามีแนวโน้มที่สถานพยาบาลขนาดเล็กหันมาปฏิเสธที่จะร่วมแบกรับความเสี่ยงกับสถานพยาบาลใหญ่มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกจังหวัดหันมาใช้วิธี OP-IP split (เว้นแต่จังหวัดจะสามารถหาเหตุผลที่ดีมาเสนอว่าทำไมถึงมีความจำเป็นต้องใช้รูปแบบอื่น) และในช่วงกลางปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ใช้มาตรการ"รวมเงินเดือนระดับประเทศ" โดยมีผลบังคับย้อนหลังไปจนถึงต้นปีงบประมาณ 2546 การกำหนดสองมาตรการนี้มีส่วนช่วยยุติการถกเถียงในระดับจังหวัดลงไปได้มาก แต่มาตรการชุดนี้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการหลัง) เป็นการกลับหลังหันจากแนวทางที่กลุ่มผู้ผลักดันโครงการนี้ริเริ่มขึ้นในปีแรก และถึงแม้ว่าจะสามารถช่วยแก้ปัญหาของโรงพยาบาลกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ซึ่งหลายแห่งประสบปัญหามากในปีแรก) แต่ในอีกนัยหนึ่งการกลับหลังหันนี้ก็ทำให้ปัญหาเดิมๆ บางประการ โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนกลับประทุขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งในหลายพื้นที่

---

[103] บางจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงมากกว่าหนึ่งครั้ง ซึ่งข้อมูลในตารางที่ 7.10 แสดงการเปรียบเทียบข้อตกลงซึ่งผลจากการสำรวจของการนิเทศงานของสำนักงานประกันสุขภาพเมื่อตอนเริ่มต้นโครงการ และประมาณช่วงเดือนมกราคม 2545 ดังนั้นข้อตกลงแต่ละจังหวัดที่เกิดขึ้นจริง ณ สิ้นปีงบประมาณจึงอาจไม่ตรงกับข้อมูลที่แสดงในตารางนี้

ตารางที่ 7.10 รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2545

เขต	จังหวัดที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด
รวมจำนวนจังหวัด			จ = 40 จังหวัด	Ex = 38 จังหวัด	จ = 36 จังหวัด	Ex = 29 จังหวัด
			คข=30 จังหวัด	In = 31 จังหวัด	คข = 32 จังหวัด	In = 40 จังหวัด
			ผ = 5 จังหวัด	Mix = 6 จังหวัด	ผ = 7 จังหวัด	Mix = 5 จังหวัด
1	1	นนทบุรี	จ	Ex	จ	Ex
1	2	ปทุมธานี	จ	Ex	จ	Ex
1	3	พระนครศรีอยุธยา	คข	Ex	คข	Ex
1	4	อ่างทอง	คข	Ex	คข	Ex
1	5	สมุทรปราการ	จ	In	จ	In
2	6	สระบุรี	คข	Ex	คข	Ex
2	7	ลพบุรี	คข	In	คข	In
2	8	นครนายก	คข	Mix	คข	In
2	9	สิงห์บุรี	คข	Mix	จ	In
2	10	ชัยนาท	คข	In	คข	In
2	11	สุพรรณบุรี	จ	Ex	จ	In
3	12	ชลบุรี	คข	In	คข	In
3	13	ระยอง	คข	Ex	จ	Ex
3	14	จันทบุรี	จ	Ex	คข	Ex
3	15	ตราด	จ	Ex	คข	Ex
3	16	ฉะเชิงเทรา	คข	Ex	จ	Ex
3	17	ปราจีนบุรี	จ	Ex	จ	In
3	18	สระแก้ว	จ	Ex	จ	Ex
4	19	ราชบุรี	คข	In	คข	In
4	20	นครปฐม	คข	Ex	คข	Ex
4	21	กาญจนบุรี	คข	Ex	คข	Ex
4	22	เพชรบุรี	จ	In	คข	Ex

เขต	จังหวัดที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด
4	23	ประจวบคีรีขันธ์	จ	In	จ	Ex
4	24	สมุทรสาคร	คข	Ex	คข	In
4	25	สมุทรสงคราม	จ	Ex	จ	Ex
5	26	นครราชสีมา	จ	Ex	จ	Ex
5	27	บุรีรัมย์	ผ	In	ผ	In
5	28	สุรินทร์	จ	In	จ	In
5	29	มหาสารคาม	จ	Mix	จ	In
5	30	ชัยภูมิ	จ	In	จ	In
6	31	ขอนแก่น	คข	Ex	คข	Mix
6	32	อุดรธานี	จ	Ex	จ	Ex
6	33	กาฬสินธุ์	จ	Ex	จ	Ex
6	34	หนองบัวลำภู	จ	Ex	จ	Mix
6	35	เลย	จ	Mix	คข	Mix
6	36	หนองคาย	จ	Ex	จ	Mix
6	37	สกลนคร	คข	Ex	คข	In
7	38	อุบลราชธานี	จ	Ex	จ	Ex
7	39	ศรีสะเกษ	จ	Ex	จ	Ex
7	40	อำนาจเจริญ	จ	Ex	ผ	Ex
7	41	มุกดาหาร	จ	Ex	ผ	Ex
7	42	นครพนม	จ	Ex	จ	In
7	43	ยโสธร	ผ (จ=80:คข=20)	Ex	ผ	Ex
7	44	ร้อยเอ็ด	จ	In	จ	Ex
8	45	นครสวรรค์	คข	In	ผ	In
8	46	อุทัยธานี	ผ (จ=20:คข=80)	In	ผ	In
8	47	สุโขทัย	คข	In	คข	In
8	48	กำแพงเพชร	คข	In	คข	In

เขต	จังหวัดที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด
8	49	ตาก	คข	In	คข	In
9	50	พิษณุโลก	จ	In	จ	In
9	51	แพร่	คข	In	คข	In
9	52	เพชรบูรณ์	จ	In	จ	In
9	53	น่าน	จ	Ex	คข	Ex
9	54	อุตรดิตถ์	คข	Mix	จ	In
9	55	พิจิตร	ผ (จ=50:คข=50)	Mix (จ=50:คข=50)	ผ	Mix
10	56	เชียงใหม่	จ	In	จ	In
10	57	เชียงราย	คข	In	คข	In
10	58	พะเยา	จ	In	คข	In
10	59	ลำปาง	คข	In	คข	In
10	60	ลำพูน	คข	In	คข	In
10	61	แม่ฮ่องสอน	จ	In	จ	In
11	62	สุราษฎร์ธานี	คข	Ex	คข	Ex
11	63	นครศรีธรรมราช	จ	Ex	จ	In
11	64	กระบี่	จ	In	จ	In
11	65	ชุมพร	จ	Ex	จ	Ex
11	66	พังงา	คข	Ex	จ	Ex
11	67	ภูเก็ต	จ	Ex	จ	Ex
11	68	ระนอง	คข	Ex	คข	In
12	69	สงขลา	จ	Ex	คข	In
12	70	พัทลุง	คข	In	คข	In
12	71	ตรัง	จ	In	คข	In
12	72	ยะลา	คข	In	คข	In
12	73	ปัตตานี	จ	Ex	จ	Ex
12	74	นราธิวาส	ผ (จ=20:คข=80)	In	จ	In

เขต	จังหวัดที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด
12	75	สตูล	จ	In	จ	In

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ (ข้อมูลเมื่อเดือนกันยายน 2545 ได้จากเอกสารสรุปผลการนิเทศงาน สนง.ประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารสุข ซึ่งรวบรวมไว้เพื่อช่วงประมาณมกราคม 2545)

หมายเหตุ: 1. ระดับการตัดเงินเดือน

จ. = หักเงินเดือนทั้งหมดรวมไว้ที่จังหวัด,

คข. = หักเงินเดือนทั้งหมดไว้ที่เครือข่ายสถานพยาบาล

ผ = หักเงินเดือนไว้ที่จังหวัดส่วนหนึ่ง และเครือข่ายสถานพยาบาลส่วนหนึ่ง

2. รูปแบบการจัดสรรเงินงบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

In = จัดสรรโดยไม่แยกงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมป้องกันออกจากงบผู้ป่วยใน,

Ex = จัดสรรโดยแยกงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมป้องกันออกจากงบผู้ป่วยใน (OP&PP-IP split)

Mix = จัดสรรโดยใช้ทั้งสองวิธีผสมกันในสัดส่วนต่างๆ

3. จังหวัดสิงห์บุรี (เมื่อเริ่มโครงการ) โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง เป็นแบบ Inclusive โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง แยก OP&PP-IP

4. ข้อตกลงการตัดเงินเดือน และรูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดที่แสดงในตารางนี้อาจจะแตกต่างและคลาดเคลื่อนจากที่เกิดขึ้นจริง เพราะบางจังหวัดมีเปลี่ยนแปลงข้อตกลงกันมากกว่าหนึ่งครั้ง

ก. การจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund)

ถึงแม้ว่าเป้าหมายประการหนึ่งของการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณคือการใช้กลไกทางการเงินมาผลักดันให้เกิดการ "เกลี่ย" ทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีความเสมอภาคมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณในทันทีทันใดย่อมส่งผลกระทบกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่[104] ในเมืองใหญ่หลายแห่ง (ซึ่งในอดีตสามารถดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมาก) เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง ในขณะที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม ซึ่งแม้ว่ากลุ่มผู้ที่ผลักดันการปฏิรูปต้องการให้โรงพยาบาลเหล่านี้ปรับตัว (ดังเช่นศัพท์คำว่า "รีดไขมัน" ที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในช่วงนั้น) แต่ก็ตระหนักดีว่าการปรับตัวดังกล่าวต้องการเวลาพอสมควร ผู้บริหารโครงการนี้ที่ส่วนกลางจึงได้เตรียมงบช่วยเหลือ ("Contingency Fund" ซึ่งใช้ชื่อที่เป็นทางการว่า "งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ") ให้กับสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน โดยมีเงื่อนไข (conditionality) ว่าสถานพยาบาลที่มาขอรับความช่วยเหลือ

[104] อันได้แก่โรงพยาบาลที่มีขนาด 150 เตียงขึ้นไป เช่น โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขตขึ้นไป)

จะต้องทำแผนปฏิรูปเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายลง[105] และตกลงกับสำนักงบประมาณว่า จะใช้งบนี้ในช่วงสองปีแรกของโครงการเท่านั้น เพื่อให้เวลาสถานพยาบาลในการปรับตัว โดยในปีแรก (ปีงบประมาณ 2545) ได้ตั้งงบนี้เอาไว้ 5,000 ล้านบาท (โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายของโครงการ)

นอกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่แล้ว โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลระดับอำเภอ) บางแห่งก็มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาการเงินจากการปฏิรูประบบงบประมาณในโครงการ 30 บาทด้วยเช่นกัน โดยโรงพยาบาลกลุ่มนี้มักเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรเบาบาง (เช่นในจังหวัดชายแดน) หรือโรงพยาบาลในอำเภอขนาดเล็กซึ่งมีประชากรน้อย แต่ก็มีโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งประสบปัญหานี้เนื่องจากมาตรการรวมเงินเดือนที่จังหวัด (ซึ่งทำให้โรงพยาบาลชุมชนได้งบต่อหัวน้อยลง)

การพิจารณาจัดสรรงบนี้ให้สถานพยาบาลใช้หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเอกสาร "แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กันยายน 2544)" ซึ่งระบุว่าสถานพยาบาลที่จะขอรับการสนับสนุนส่วนนี้ "ต้องมีเงื่อนไขตามที่คณะกรรมกำหนด เช่น รายรับ*ทุกประเภท*ต้องประเภท*ไม่เกิน* 1.5 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร"[106] และ *"วงเงินประมาณการสูงสุดที่จะสนับสนุน ... เมื่อรวมกับรายรับทั้งหมดของสถานพยาบาล ต้องไม่เกิน 1.75 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร และต้องไม่เกินร้อยละ 90 ของประมาณการค่าใช้จ่ายในปีนั้น"*

ในการจัดสรรงบ Contingency Fund นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาความพร้อมด้านการบริหารทรัพยากรขึ้นมาทำหน้าที่พิจารณาอนุมัติให้ความช่วยเหลือแก่สถานพยาบาลภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ซึ่งคณะกรรมการได้อนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือทั้งหมด 4 รอบ โดยรอบแรกมี 109 แห่ง รอบที่ 2 มี 63 แห่ง รอบที่ 3 และ 4 มี 5 และ 7 แห่ง ตามลำดับ รวมมีสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติความช่วยเหลือ 184 แห่ง รวมเป็นเงิน 4,420.5 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีการประเมินผลการดำเนินงานจริงพบว่ามีสถานพยาบาลหลายแห่งที่มีสถานะการเงินดีกว่าที่คาดการณ์ไว้จึงถูกลดวงเงินช่วยเหลือหรือถูกเรียกเงินคืน (โดยตัดลดจากงบเหมา

---

[105] วิธีนี้คล้ายวิธีที่กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) กำหนดในการปล่อยกู้ให้กับประเทศที่ประสบวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข เงินที่ให้เป็นเงินให้เปล่า

[106] แต่ในทางปฏิบัตินั้น ถึงแม้ว่าจะเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลที่มีรายรับรวมต่อรายจ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่า 1.75 ของงบนี้ได้ แต่สถานพยาบาลที่มีรายรับรวมต่อรายจ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่า 1.75 เพียงเล็กน้อย อาจจะเลือกที่จะไม่ขอความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ก็เป็นได้ เนื่องจากจะได้เงินช่วยเหลือไม่มาก ในขณะที่การขอความช่วยเหลือจะต้องทำหนังสือแสดงเจตจำนงและแผนปฏิรูปส่งให้ส่วนกลาง (ในลักษณะที่ประเทศต่างๆ ขอความช่วยเหลือจาก IMF สิ่งที่แตกต่างจากวิธีของ IMF คืองบนี้เป็นงบให้เปล่า)

จ่ายรายหัว) ซึ่งหลังจากการปรับงบลงแล้ว สรุปได้ว่าในปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลได้รับความช่วยเหลือ 181 แห่ง รวมเงินที่จ่ายจริงจากงบ Contingency Fund จำนวน 3,527 ล้านบาท (ร้อยละ 6 ของงบประมาณของโครงการ) ซึ่งต่ำกว่าวงเงินเดิมจำนวน 5,000 ล้านบาท ที่กระทรวงสาธารณสุขขอกันไว้ในเบื้องต้น

จากตารางที่ 7.11 จะเห็นได้ว่า ในปีงบประมาณ 2545 นั้น มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) จำนวน 55 แห่ง (ประมาณ 3 ใน 5 ของโรงพยาบาลกลุ่มนี้) ต้องพึ่งความช่วยเหลือจาก Contingency Fund ในขณะเดียวกัน ก็มีโรงพยาบาลชุมชน 122 แห่ง (ประมาณหนึ่งในหกของโรงพยาบาลชุมชน) ที่ต้องพึ่ง Contingency Fund แต่เมื่อพิจารณาจากตัวเงินสนับสนุนแล้ว จะเห็นได้ว่าเงินถึงร้อยละ 82 ไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่[107] (เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 52 ล้านบาท) ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนใช้งบนี้เพียงร้อยละ 17 (เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 5 ล้านบาท)

นัยของการอนุมัติความช่วยเหลือแก่สถานพยาบาลจากกองทุน Contingency Fund เป็นเครื่องชี้ถึงสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลได้เป็นอย่างดีว่า ถึงแม้ว่าจะมีการใช้มาตรการรวมเงินเดือนระดับจังหวัดในจังหวัดส่วนใหญ่ แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ส่วนใหญ่ก็ยังประสบปัญหาการเงินในปีงบประมาณ 2545 ดังนั้น ในสถานการณ์ที่มีแรงกดดันให้ลด Contingency Fund ลงเหลือ 2000 ล้าน (หรือประมาณร้อยละ 4% ของงบของโครงการ) ซึ่งต่ำกว่าที่จ่ายจริงในปีงบประมาณ 2545 เกือบครึ่งหนึ่ง ย่อมทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขมีแรงกดดันที่จะต้องหาทางปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบ และอาจเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบอย่างมากในปีงบประมาณ 2546 (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหันมาใช้มาตรการรวมเงินเดือนระดับประเทศ)

การหันมาใช้มาตรการรวมเงินเดือนระดับประเทศในปี 2546 ส่งผลให้สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลขนาดใหญ่กระเตื้องขึ้น เนื่องจากส่วนกลางเข้ามารับภาระเงินเดือนแทน ในทางกลับกัน มาตาการนี้ยังผลให้โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบลดลงมาก ดังนั้น ในสถานการณ์ที่รายรับหลักของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มาจากโครงการ 30 บาท หลังจากที่มีมาตรการนี้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ต้องพึ่ง Contingency Fund จึงกลายเป็นโรงพยาบาลชุมชน โดยในปี 2546นั้น Contingency Fund ประมาณร้อยละ 85 ถูกจัดสรรไปให้โรงพยาบาลชุมชน (โดยร้อยละ 76 ของ Contingency Fund ทั้งหมดถูกจัดสรรไปที่โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ (ดูตารางที่ 7.12) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากยอดรวมแล้ว จะเห็นได้ว่า Contingency Fund ที่จัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดก็ยังมี

---

[107] ร้อยละ 83.6 ถ้าคิดรวมโรงพยาบาลแม่และเด็กด้วย

ยอดเงินน้อยกว่าในปี 2545 ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนได้รับการจัดสรร Contingency Fund ให้เพียงร้อยละ 17 เท่านั้น

ตารางที่ 7.11 การจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund) ในปีงบประมาณ 2545

เครือข่าย	CF ที่ได้รับอนุมัติเบื้องต้น			CF ที่จัดสรรจริง		
	แห่ง	ล้านบาท	ร้อยละ	แห่ง	ล้านบาท	ร้อยละ
รอบที่ 1 (33 จังหวัด)	109	2,754.9	62%	108	2,279.7	65%
- รพศ./รพท.	35	2,285.2	52%	34	1,859.9	53%
- รพช.	74	469.7	11%	74	419.8	12%
รอบที่ 2 (30 จังหวัด)	63	1,520.1	34%	61	1,088.5	31%
- รพศ./รพท.	20	1,300.3	29%	19	901.4	26%
- รพช.	40	159.0	4%	39	132.2	4%
- รพ.แม่และเด็ก	3	60.8	1%	3	54.9	2%
รอบที่ 3 (4 จังหวัด)	5	126.9	3%	5	140.3	4%
- รพศ./รพท.	2	117.1	3%	2	123.4	3%
- รพช.	3	9.8	0%	3	16.9	0%
รอบที่ 4 (4 จังหวัด)	7	18.6	0%	7	18.5	1%
- รพช.	6	17.0	0%	6	16.9	0%
- รพ.แม่และเด็ก	1	1.6	0%	1	1.6	0%
สรุปรวมรอบที่ 1-4 (51 จังหวัด)	184 (21.9%)	4,420.5	100%	181 (21.6%)	3,527.0	100%
- รพศ./รพท. (ร้อยละ)*	57 (61.9%)	3,702.6	84%	55 (59.8%)	2,884.7	82%
- รพช. (ร้อยละ)*	123 (16.9%)	655.5	15%	122 (16.8%)	585.8	17%
- รพ.แม่และเด็ก (ร้อยละ)*	4 (21.1%)	62.4	1%	4 (21.1%)	56.5	2%

ที่มา : สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สรส.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: * อัตราร้อยละต่อจำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งตามรายงานของ สปภ. (มิถุนายน 2545) มี โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 92 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 726 แห่ง, รพ.นอก สป. ในสังกัด ก.สธ. 19 แห่ง รวมโรงพยาบาลทั้งสามกลุ่มมีจำนวน 837 แห่ง

ตารางที่ 7.12 การจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคง(Contingency Fund) ปีงบประมาณ 2545-2546

ภาค	ปีงบประมาณ 2545			ปีงบประมาณ 2546		
	จำนวน รพ.	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	ร้อยละ	จำนวน รพ.	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	ร้อย ละ
รวมทั้งประเทศ	178	3,470.5	100	135	454.9	100
รพศ./รพท.	55	2,884.7	83.1	5	69.7	15.3
รพช.	123	585.8	16.9	130	385.2	84.7
ภาคเหนือ	56	1,019.8	29.4	37	91	20
รพศ./รพท.	15	769.0	22.2	0	0	0
รพช.	41	250.8	7.2	37	91	20
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9	88.0	2.5	72	255.2	56.1
รพศ./รพท.	2	59.9	1.7	2	17.9	3.9
รพช.	7	28.1	0.8	70	237.3	52.2
ภาคกลาง	26	572.2	16.5	5	11.9	2.6
รพศ./รพท.	10	507.1	14.6	1	3.1	0.7
รพช.	16	65.1	1.9	4	8.8	1.9
ภาคตะวันออก	17	499.7	14.4	5	16.9	3.7
รพศ./รพท.	6	461.6	13.3	1	4.9	1.1
รพช.	11	38.1	1.1	4	12	2.6
ภาคตะวันตก	15	393.1	11.3	4	7.7	1.7
รพศ./รพท.	7	337.3	9.7	0	0	0
รพช.	8	55.8	1.6	4	7.7	1.7
ภาคใต้	55	897.7	25.9	12	72.2	15.9
รพศ./รพท.	15	749.8	21.6	1	43.8	9.6
รพช.	40	147.9	4.3	11	28.4	6.2

ที่มา : สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สรส.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผลของระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินที่มีต่องบ Contingency Fund

ในบรรดาจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบ Contingency Fund ให้ในปีงบประมาณ 2545 นั้น ถ้าแบ่งตามวิธีการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินในจังหวัด ก็จะเห็นได้ว่าจังหวัดที่แยกเงินเดือนตามเครือข่ายถึงร้อยละ 84 ที่จะต้องพึ่งพิง Contingency Fund ในขณะที่จังหวัดที่รวมเงินเดือนไว้ที่จังหวัดไม่ถึงครึ่งที่ต้องพึ่งพิงงบนี้ (ดูตารางที่ 7.13) สำหรับในด้านการเลือกกลไกการจ่ายเงินนั้น ผลไม่ชัดเจนเท่ากับกรณีการตัดเงินเดือน แต่มีแนวโน้มว่าจังหวัดที่เลือกวิธี inclusive ต้องพึ่งพิง Contingency Fund มากกว่าจังหวัดที่เลือกวิธี OP-IP Split (ร้อยละ 74 เทียบกับร้อยละ 50) อย่างไรก็ตาม เป็นไปได้ว่าสถานพยาบาลในจังหวัดที่ค่อนข้างจะมีปัญหาการเงินมักเลือกที่จะแยกเงินเดือนไปที่แต่ละเครือข่าย (ซึ่งคงเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนต่างก็ไม่ยินยอมที่จะให้รวมเงินเดือนที่จังหวัด) และมีแนวโน้มที่จะเลือกกลไกการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation มากกว่าก็เป็นได้

ตารางที่ 7.13 จำนวนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบ contingency fund ในปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด

ระดับการตัดเงินเดือน	ระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด							
	ตามรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				ตามรายงานของสำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ			
	กลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด			รวมจำนวนจังหวัด	กลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด			รวมจำนวนจังหวัด
	Inclusive	OP-IP Split	Mixed		Inclusive	OP-IP Split	Mixed	
จังหวัดที่ได้รับ Contingendy Fund								
เครือข่าย	16	10	1	27	24	10	2	36
จังหวัด	9	8	0	17	3	7	0	10
ผสม	1	2	1	4	1	1	0	2
รวม	26	20	2	48	28	18	2	48
จังหวัดทั้งหมด								
เครือข่าย	20	10	2	32	28	13	2	43
จังหวัด	17	17	2	36	8	21	0	29
ผสม	3	3	1	7	2	1	0	3
รวม	40	30	5	75	38	35	2	75
ร้อยละของจังหวัดที่ได้รับ Contingency Fund								
เครือข่าย	80.0	100.0	50.0	84.4	85.7	76.9	100.0	83.7
จังหวัด	52.9	47.1	0.0	47.2	37.5	33.3	0.0	34.5
ผสม	33.3	66.7	100.0	57.1	50.0	100.0	0.0	66.7
รวม	65.0	66.7	40.0	64.0	73.7	51.4	100.0	64.0

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สรส.

หมายเหตุ: - ข้อมูลจากการจัดสรรสามงวดแรก (47 ใน 75 จังหวัด ไม่รวมกรุงเทพมหานครซึ่งยังไม่ได้ขอ/อนุมัติงบนี้)

- ในจังหวัดส่วนใหญ่ที่ได้รับการจัดสรรงบนี้ มีเพียงบาง*สถานพยาบาล*เท่านั้นที่ได้การจัดสรร

แต่นอกจากการขอ Contingency Fund อาจจะเป็นผลที่ตามมาจากการเลือกระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินในจังหวัดแล้ว จากการศึกษาภาคสนามของคณะผู้วิจัยยังพบด้วยว่า ในบางกรณีการเลือกระดับการตัดเงินเดือน (ซึ่งผู้บริหารที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีอิทธิพลในการตัดสินใจค่อนข้างมาก) เป็นการตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนโอกาสที่จะได้ Contingency Fund เข้ามาในจังหวัด ตัวอย่างเช่น ในหนึ่งในหกจังหวัดที่ผู้วิจัยไปศึกษาภาคสนามในการศึกษาในระยะแรกนั้น ถ้าเลือกใช้วิธีแยกเงินเดือนตามเครือข่าย ก็จะไม่มีสถานพยาบาลใดเลยที่จะได้ Contingency Fund ตามเกณฑ์ที่ สคส. ตั้งไว้ในช่วงแรก (รายรับต่อเงินเดือนต่ำกว่า 1.5) แต่เมื่อหันมาใช้วิธีรวมเงินเดือนไว้ที่จังหวัด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอยู่ในฐานะที่ขอ Contingency Fund ได้ แต่ผลที่ตามมาก็คือโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนี้ต้องทำแผนปฏิรูปซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินการในหลายด้านของโรงพยาบาลและบุคลากร ในขณะที่การรวมเงินเดือนทำให้โรงพยาบาลใหญ่หมดปัญหาด้านการเงินและสามารถจ่ายค่าเวรในอัตราใหม่บวกกับอีกร้อยละ 50 (ซึ่งทำได้เนื่องจากมีเงินบำรุงของโรงพยาบาลเหลืออยู่ค่อนข้างมาก)

นอกจากนี้ การที่สถานพยาบาลที่ไม่ได้ขอ Contingency Fund ในรอบแรก (หรือขอแล้วไม่ได้) มีสิทธิ์ขอ Contingency Fund ในรอบต่อมา ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ในบางจังหวัดเลือกที่จะขอ Contingency Fund หลังจากที่ได้มีการตัดสินใจเรื่องการรวมเงินเดือนในจังหวัดแล้ว ซึ่งวิธีนี้ทำให้โรงพยาบาลที่ได้ Contingency Fund ได้งบรวมต่อหัว (ที่หักเงินเดือนออกแล้ว) มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ที่ยินยอมให้แยกเงินเดือนของทั้งจังหวัดออกจากงบของจังหวัดก่อนที่จะมาแบ่งกันตามจำนวนบัตร ซึ่งการใช้วิธีนี้ทำให้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในจังหวัดดังกล่าวไม่พอใจและระบุว่าจะคัดค้านการรวมเงินเดือนในปีต่อไป

ตัวอย่างปัญหาเรื่อง Contingency Fund ที่เกิดขึ้นในสองจังหวัดที่กล่าวมาแล้วนี้ในปีงบประมาณ 2545 (รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการรวมเงินเดือนในระดับจังหวัด) เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการใช้วิธีให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเองเรื่องการรวมเงินเดือนภายในจังหวัดมีแนวโน้มที่จะพบกับแรงต้านมากขึ้นในปีงบประมาณ 2546 นอกจากนี้การรวมเงินเดือนในระดับจังหวัดก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาการเงินของโรงพยาบาลใหญ่ในหลายจังหวัดได้ เมื่อประกอบกับแรงกดดันที่จะต้องตัดงบ Contingency Fund ตัดลงอย่างมากในปีงบประมาณ 2546 ก็น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขชุดใหม่ตัดสินใจใช้วิธีรวมเงินเดือนระดับประเทศในปี 2546 ในที่สุด

7.2.6 ผลกระทบด้านการเงินของสถานพยาบาล

การเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณเพื่อชักนำให้สถานพยาบาลต้องปรับตัวนั้นย่อมมีผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของสถานพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อไปถึงพฤติกรรมการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลได้ เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงทำการประเมินสถานการณ์ทางการเงินและปริมาณการให้บริการของสถานพยาบาลเมื่อครบสองปีของการดำเนินโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2545-46 โดยในส่วนแรกจะประเมินผลของการจัดงบประมาณของโครงการ 30 บาท จากนั้นจึงประเมินสถานะทางการเงินและกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลตามลำดับ

ก. สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545-46 กรณีศึกษาจากเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ

ตั้งแต่เริ่มมีการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้โครงการ 30 บาทฯ ในการให้หลักประกันกับประชาชนกลุ่มที่ยังไม่มีสิทธิ์อื่น ซึ่งเท่ากับเป็นการทดแทนรายรับของสถานพยาบาลที่เคยได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองด้วยเงินงบประมาณของภาครัฐ ก็มีความความกังวลว่าเงินที่ได้จากภาครัฐจะไม่เพียงพอที่จะทดแทนรายได้ที่สถานพยาบาลเคยได้รับ และอาจก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินซึ่งนำไปสู่ความเสื่อมถอยของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศได้

ความคาดหมายของสถานพยาบาลของรัฐจำนวนไม่น้อยก็คือ โครงการ 30 บาท จะไม่ได้จัดสรรงบให้สถานพยาบาลอย่างเพียงพอที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพได้ และสถานพยาบาลจำนวนมากจะต้องนำเงินบำรุงที่ตนสะสมเอาไว้มาใช้ ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาสำหรับสถานพยาบาลที่มีฐานะทางการเงินไม่ดีอยู่แล้ว หรือแม้กระทั่งสถานพยาบาลที่มีฐานะทางการเงินค่อนข้างดีก็มีโอกาสที่จะประสบปัญหาเมื่อเวลาผ่านไป

กรอบที่ 7.4 "เงินบำรุง" และ "เงินบำรุงสุทธิ"

"เงินบำรุง" เป็นเสมือนเงินคงคลังของโรงพยาบาลของรัฐ โดยโรงพยาบาลรัฐสามารถนำรายรับหรือ "กำไร" ที่เหลือจากการดำเนินงานมาเก็บสะสมเป็นกองทุนที่สถานพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานต่อไป (ตามระเบียบที่ตราขึ้นโดยกระทรวงการคลัง) ในกรณีที่โรงพยาบาลที่มีรายรับน้อยกว่ารายจ่าย (รวมทั้งในบางช่วงเวลาที่ส่วนกลางหรือจังหวัดโอนเงินงบประมาณมาล่าช้า) โรงพยาบาลก็ต้องอาศัยเงินบำรุงเป็นทุนหมุนเวียนในการดำเนินงาน โรงพยาบาลรัฐหลายแห่งใช้ยอดเงินบำรุงเป็นเครื่องชี้ถึงสภาพคล่องของสถานพยาบาล และผู้บริหารสถานพยาบาลหลายแห่งใช้ยอดเงินบำรุงคงเหลือ (หรือยอดเงินบำรุงที่เปลี่ยนแปลงไป) เป็นตัวชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การวัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลจากเงินบำรุงมีจุดอ่อนหลายประการ ตัวอย่างเช่น สถานพยาบาลที่เน้นเรื่องการรักษาสภาพคล่องเอาไว้อาจมีเงินบำรุงคงเหลือมากโดยพยายามก่อหนี้มากๆ หรือชำระหนี้ล่าช้า ในทางกลับกันสถานพยาบาลที่เก็บสต็อกยาและวัสดุคงคลังอื่นๆ เอาไว้ใช้เป็นจำนวนมากก็ย่อมทำให้เหลือเงินบำรุงน้อยลง ดังนั้นในบางกรณี กระทรวงสาธารณสุขจึงใช้ "เงินบำรุงสุทธิ" ในการวัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล โดยใช้นิยามดังต่อไปนี้

เงินบำรุงสุทธิ = (เงินบำรุง + วัสดุคงคลัง – หนี้ค้างชำระของสถานพยาบาล)

ในความเป็นจริงแล้ว นิยามนี้ก็ยังมีปัญหาอีกเช่นกัน เพราะถึงแม้ว่านิยามนี้จะนำหนี้สินของโรงพยาบาลเข้ามาคิดด้วย แต่ก็รวมเข้ามาเฉพาะส่วนเจ้าหนี้ของโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ให้ความสนใจกับลูกหนี้ของโรงพยาบาลแต่อย่างใด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าในอดีตนั้น โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ไม่สู้จะสนใจตามเก็บหนี้จากลูกหนี้ของตน (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนไข้ที่มีฐานะยากจนหรือสถานพยาบาลรัฐที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา) เท่าใดนัก

ความเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 และ 2546

การศึกษาในส่วนนี้วัดความเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของสถานพยาบาลในระหว่างปีงบประมาณ 2545-2546 ซึ่งถือได้ว่าเป็นช่วงสองปีแรกที่โครงการ 30 บาทเริ่มดำเนินการเต็มตัว ยกเว้นในบางพื้นที่ของกรุงเทพมหานครจะไม่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2545 อย่างไรก็ตาม การที่โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนมาก (รวมทั้งโรงพยาบาลทบวงจำนวนหนึ่ง) ได้ลดบทบาทหรือถอนตัวออกจากโครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2546 รวมทั้งรายงานที่โรงพยาบาลเหล่านี้ส่งมาที่กระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช. ในปีงบประมาณ 2545 มีความสมบูรณ์น้อยกว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาในส่วนนี้จึงเสนอข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (ซึ่งทั้งหมดอยู่นอก กทม. ดังนั้น ข้อมูลที่นำเสนอทั้งหมดจึงเป็นข้อมูลสถานะเงินบำรุงในช่วงที่สถานพยาบาลทั้งหมดเข้าสู่โครงการ 30 บาท ในช่วงที่เริ่มมีการปรับระบบงบประมาณใหม่ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2545

รูปที่ 7.1 แสดงยอดเงินบำรุงคงเหลือและเงินบำรุงสุทธิในระหว่างปีงบประมาณ 2545-2546 สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 716 แห่งที่กระทรวงสาธารณสุขมีข้อมูลเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิครบทุกสิ้นไตรมาสตลอดช่วงสองปีงบประมาณที่ศึกษา[108] เพื่อให้สามารถดูความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จากรูปที่ 7.1 จะเห็นได้ว่าเมื่อเริ่มปีงบประมาณ 2545 นั้น โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีเงินบำรุงรวมกันประมาณ 11,529 ล้านบาท ยอดเงินบำรุงเพิ่มขึ้นเป็น 13,723 ล้านบาทเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 (ซึ่งก็คือมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นในระหว่างปีงบประมาณ 2545 ประมาณ 2,200 ล้านบาท) และเพิ่มจาก 13,723 เป็น 14,852 ล้านบาทเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2546 (ซึ่งก็คือเพิ่มขึ้นในระหว่างปีงบประมาณ 2546 อีกประมาณ 1,100 ล้านบาท)

สำหรับเงินบำรุงสุทธินั้น แม้ว่ามีการเคลื่อนไหวในทิศทางที่คล้ายกับเงินบำรุงคงเหลือ[109] แต่จะอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเงินบำรุงคงเหลือมาโดยตลอด โดยเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 มีเงินบำรุงสุทธิ 10,934 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 11,097 ล้านบาทเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 (ซึ่งก็คือเพิ่มขึ้นในระหว่างปีงบประมาณ 2545 ประมาณ 163 ล้านบาท) และในปีงบประมาณ 2545

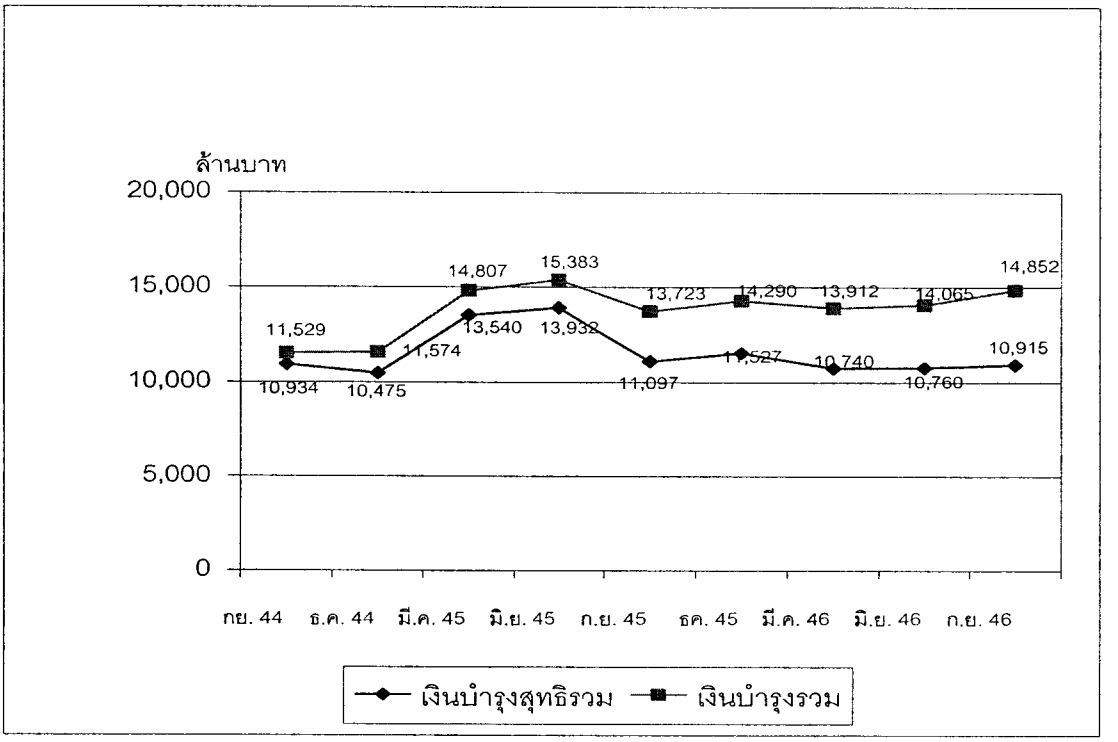
---

[108] ยกเว้นโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยสอบถามข้อมูลยอดเงินเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 จากโรงพยาบาลโดยตรง

[109] ทั้งนี้ สถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิมีแนวโน้มปรับตัวขึ้นลงตามช่วงระยะเวลาการจัดสรรเงินจากส่วนกลางให้แก่จังหวัด/สถานพยาบาล โดยเพิ่มขึ้นมากในช่วงเดือนมีนาคม 2545 ซึ่งส่วนกลางได้กำหนดวิธีการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวโดยการจัดสรรงบล่วงหน้า (ประมาณร้อยละ 80) ให้เป็นเวลาสองเดือนเพื่อแก้ปัญหาความล่าช้าในการตรวจสอบจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายปีงบประมาณ 2545 สถานะเงินบำรุงมีแนวโน้มปรับตัวลดลงตามผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลที่เริ่มแย่ลง ประกอบกับงบประมาณที่ตั้งเอาไว้ในหมวดเงินทุนหมุนเวียนเริ่มไม่เพียงพอ ทำให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบล่าช้า (โดยงบเหมาจ่ายรายหัวบางส่วนของปีงบประมาณ 2545 ได้รับการจัดสรรก็ต่อเมื่อล่วงถึงเดือนพฤศจิกายน 2545) สำหรับในปีงบประมาณ 2546 นั้น ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายเงินมากเหมือนในปีงบประมาณ 2545

ลดลงเล็กน้อยจาก 11,097 เป็น 10,915 ล้านบาทเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2546 (ลดลงประมาณ 88 ล้านบาทในระหว่างปีงบประมาณ 2546) ซึ่งเป็นยอดเงินที่ต่ำกว่าสองปีก่อนเล็กน้อย

รูปที่ 7.1 เงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาส)



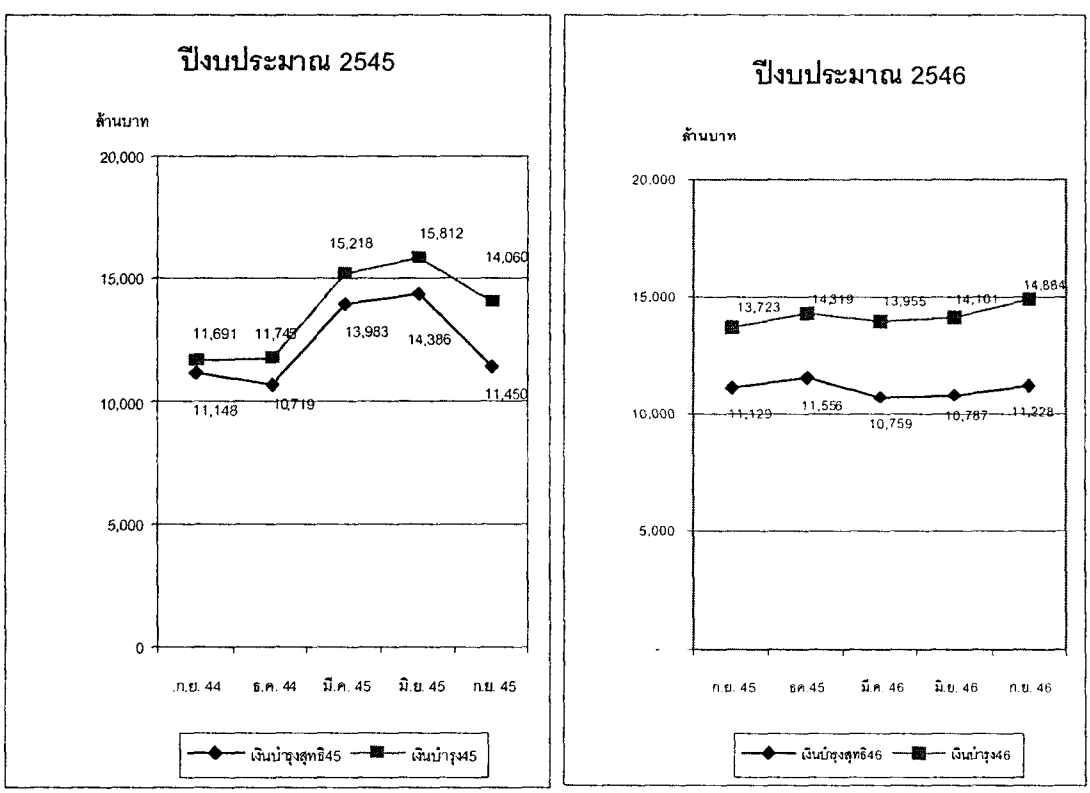
ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ *ครบทุกเดือน*ที่เสนอในรูป ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ครบทั้ง 92 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน624 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชนที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงครบมี 645 แห่ง แต่ที่มีข้อมูลพอสำหรับคำนวณเงินบำรุงสุทธิมี 624 แห่ง)

หมายเหตุ: เดือน กย. 2544 ไม่มีข้อมูลวัสดุคงคลังสุทธิ ตัวเลขเงินบำรุงสุทธิจึงใช้ข้อมูลเมื่อสิ้นเดือน ตค. 2544 แทน

เนื่องจากการเสนอข้อมูลในรูปที่ 7.1 ได้ตัดโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อมูลไม่ครบทุกไตรมาสออกเกือบหนึ่งร้อยแห่ง เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์มากขึ้น รูปที่ 7.2 แสดงยอดเงินบำรุงคงเหลือและเงินบำรุงสุทธิสำหรับโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลครบ*ในแต่ละปีงบประมาณ* ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ครบทั้ง 92 แห่งในทั้งสองปี และโรงพยาบาลชุมชน 658 แห่งในปีงบประมาณ 2545 และ 628 แห่งในปีงบประมาณ 2546 จากรูปที่ 7.2 จะเห็นได้ว่าถึงแม้ยอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิจะเปลี่ยนแปลงไปบ้าง แต่มีจำนวนไม่มากนัก และความเปลี่ยนแปลงของยอดเงินบำรุงคงเหลือและเงินบำรุงสุทธิมีทิศทางความเลื่อนไหวในแต่ละปีที่ไม่

แตกต่างจากในรูปที่ 7.1 มากนัก โดยในรูปที่ 7.2 นั้น เมื่อเริ่มปีงบประมาณ 2545 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีเงินบำรุงรวมกันประมาณ 11,691 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 14,060 ล้านบาทเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 (ซึ่งก็คือมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นในระหว่างปีงบประมาณ 2545 ประมาณ 2,369 ล้านบาท) และเพิ่มจาก 13,487 เป็น 14,554 ล้านบาทเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 46 (ซึ่งก็คือเพิ่มขึ้นในระหว่างปีงบประมาณ 2546 อีกประมาณ1,067 ล้านบาท) สำหรับเงินบำรุงสุทธินั้น แม้ว่ามีการเคลื่อนไหวในทิศทางที่คล้ายกับเงินบำรุงคงเหลือ แต่จะอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเงินบำรุงคงเหลือมาโดยตลอด โดยเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 มีเงินบำรุงสุทธิ 11,143 ล้านบาท เพิ่มเป็น 11,450 ล้านบาทเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 (ซึ่งก็คือเพิ่มขึ้นในระหว่างปีงบประมาณ 2545 ประมาณ 307 ล้านบาท) และในปีงบประมาณ 2545 ลดลงเล็กน้อยจาก 10,948 เป็น 10,938 ล้านบาทเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2546 (ลดลงประมาณ 10 ล้านบาทในระหว่างปีงบประมาณ 2546)

รูปที่ 7.2 เงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาสในแต่ละปีงบประมาณ)



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5

หมายเหตุ: ตัวเลขเงินบำรุงเป็นตัวเลข ณ สิ้นเดือน (เดือน กย. 2544 ไม่มีข้อมูลวัสดุคงคลังสุทธิจึงใช้ข้อมูลเดือน ตค. 2544 แทน) ปีงบประมาณ 2545 รวมจากข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ครบทั้ง 92 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 658 แห่ง จาก 722 แห่ง ปีงบประมาณ 2546 รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 92 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 628 แห่ง

โดยหลักการแล้ว แม้ว่าเงินบำรุงสุทธิจะไม่ได้แสดงฐานะทางการเงินที่แท้จริงอย่างถูกต้อง (เพราะยังไม่ได้รวมลูกหนี้ของโรงพยาบาล) แต่ก็น่าจะสะท้อนสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลที่ดีกว่ายอดเงินบำรุงคงเหลือ ซึ่งถ้าพิจารณาจากยอดเงินบำรุงสุทธิในระหว่างปีงบประมาณ 2545-2546 ก็จะเห็นได้ว่าไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อสองปีก่อนมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าโรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) จะมียอดเงินบำรุงสุทธิที่ลดลงเล็กน้อยหลังจากที่เวลาผ่านไปสองปี (ดูรูปที่ 7.2)

อย่างไรก็ตาม การที่เงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังคงรักษาระดับเดิมเอาไว้ได้ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่ประสบปัญหาทางการเงิน ทั้งนี้เนื่องจากตัวเลขที่แสดงนั้นเป็นยอดรวมของทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลที่มีฐานะทางการเงินดีขึ้นและแย่ลงในช่วงดังกล่าว จากรูปที่ 7.3 จะเห็นได้ว่าในปีงบประมาณ 2545 นั้น ยอดเงินบำรุงสุทธิของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปลดลง ในขณะที่ยอดเงินบำรุงสุทธิของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น ขณะที่ในปีงบประมาณ 2546 นั้น ยอดเงินบำรุงสุทธิของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้น แต่ยอดเงินบำรุงสุทธิของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนลดลง แต่ในโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มนั้น ก็มีทั้งโรงพยาบาลที่มีสถานะเงินบำรุงสุทธิดีขึ้นและแย่ลงในทั้งสองช่วง โดยมีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มียอดเงินบำรุงสุทธิติดลบในแต่ละช่วง

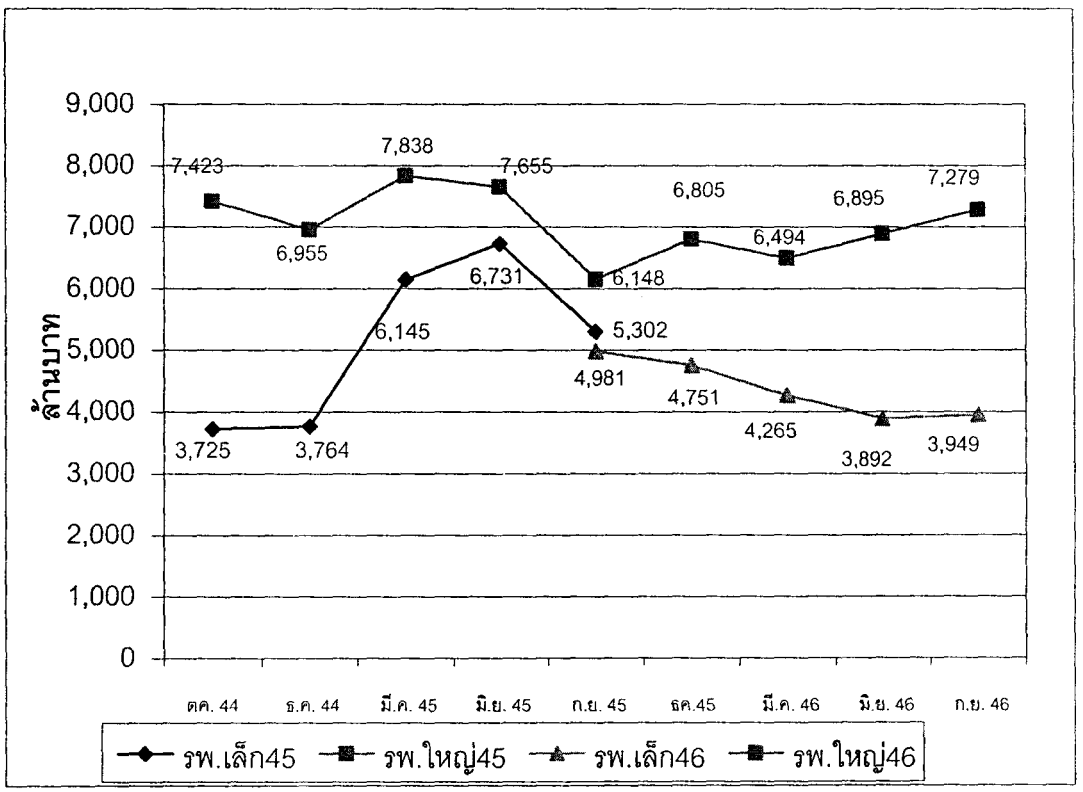
ในส่วนของเงินบำรุงของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม นั้น ถึงแม้ว่าจะมีทิศทางความเคลื่อนไหวที่คล้ายกับเงินบำรุงสุทธิ (ดูรูปที่ 7.4 เปรียบเทียบกับรูปที่ 7.3) แต่ยอดเงินบำรุงของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 3,400 ล้านบาทในช่วงเวลาสองปี (ในขณะที่ยอดเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นประมาณ 300 ล้านบาท หรือไม่ถึงหนึ่งในสิบสองของยอดเงินบำรุงที่เพิ่มขึ้นในช่วงเดียวกัน) แต่การที่สถานพยาบาลมียอดเงินบำรุงเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับเงินบำรุงสุทธินั้นไม่ได้เป็นสัญญาณในด้านการเงินที่ดีสำหรับโรงพยาบาลเสมอไป เพราะถึงแม้ว่าจะมีความเป็นไปได้ว่าเงินบำรุงที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาล*บางแห่ง*อาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลเหล่านั้นสามารถจัดการวัสดุคงคลังให้ดีขึ้น แต่ก็เป็นไปได้เช่นกัน (หรืออาจจะมากกว่า) ที่การที่ระบบมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นเกิดจากการที่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งเห็นว่าตนจำเป็นที่ต้องมีสภาพคล่องทางการเงินของตนให้สูงขึ้นกว่าก่อนที่มีโครงการ 30 บาท[110] และใช้วิธีก่อหนี้เพิ่มขึ้นหรือชำระหนี้ช้าลงในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่เราพบว่าเงินบำรุงสุทธิของระบบไม่ได้เพิ่มตามเงินบำรุงขึ้นไปด้วย นอกจากนี้ก็เป็นได้ว่า

---

[110] หรืออีกนัยหนึ่งคือ เป็นการเพิ่ม precautionary savings เพื่อมาทดแทนกระแสเงินสดที่โรงพยาบาลจากคนไข้จ่ายเงินเอง ซึ่งคาดว่าจะลดลงหลังจากที่มีโครงการนี้

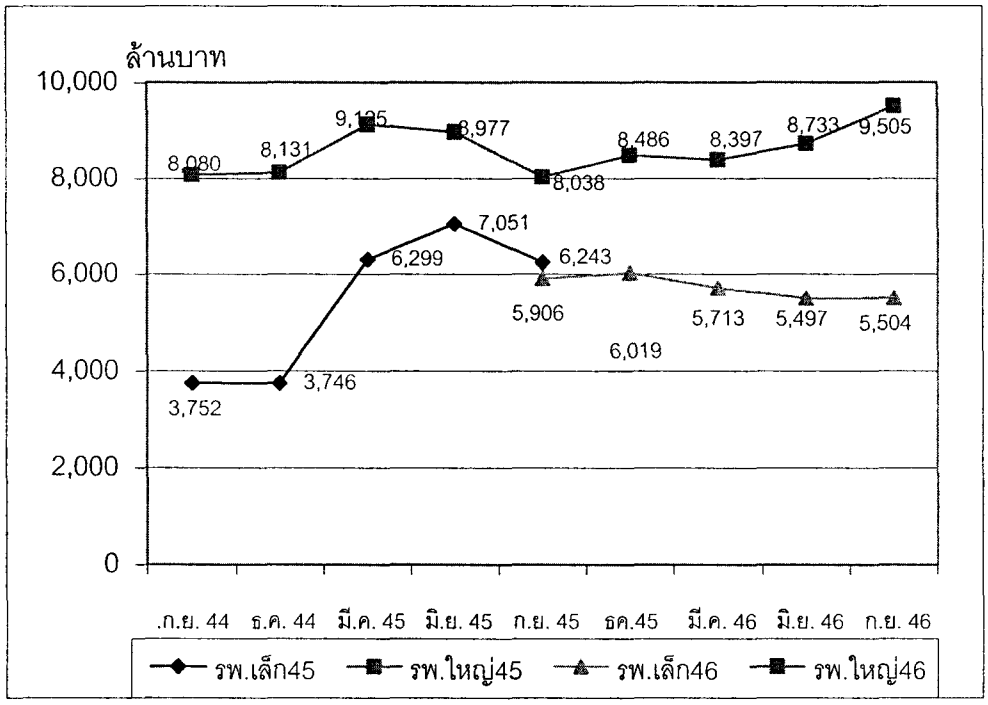
การที่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ยมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นในขณะที่มีเงินบำรุงสุทธิลดลงเกิดจากการที่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งมีปัญหาการเงินทำให้มีความสามารถในการชำระหนี้ลดลงหรือช้าลง

รูปที่ 7.3 เงินบำรุงสุทธิ (รวมวัสดุคงคลังและหักหนี้คงค้าง) ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงสุทธิครบทุกเดือนที่เสนอในรูปในแต่ละปีงบประมาณ (ข้อมูลของปีงบ 45 มาจากโรงพยาบาลชุมชน 658 แห่ง ใน 722 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ครบทั้ง 92 แห่ง และ ข้อมูลปีงบ 46 มาจากโรงพยาบาลชุมชน 628 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ครบทั้ง 92 แห่ง)

รูปที่ 7.4 เงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงครบทุกเดือนที่รายงานในแต่ละปีงบประมาณ (ปีงบ 45 รวมจากข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชน 679 จาก 722 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง 92 แห่ง และ ปีงบ 46 รวมจากข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชน 645 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ครบทั้ง 92 แห่ง)

เมื่อพิจารณาจากสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง (จากทุกโรงพยาบาลที่มีข้อมูลเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ) พบว่าในบรรดาโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 92 แห่งนั้น เมื่อเริ่มต้นงบประมาณ 2545 ทุกโรงพยาบาลมีเงินบำรุงเป็นบวก เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2545 มีโรงพยาบาลใหญ่สามแห่งที่มีเงินบำรุงติดลบ (รพท. เสนา บ้านโป่ง และเบตง) และเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2546 มีโรงพยาบาลใหญ่แห่งเดียวที่มีเงินบำรุงติดลบ (คือ รพท.เสนา ซึ่งมียอดเงินบำรุง –25.9 ล้านบาท และ –19.7 ล้านบาท เมื่อสิ้นสุดงบประมาณ 45 และ 46) ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เหลือยังมีเงินบำรุงเป็นบวกในช่วงเดียวกัน (ดูตารางที่ 7.14)

ตารางที่ 7.14 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มียอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิติดลบในช่วงสิ้นปีงบประมาณ 2544-46

เงินบำรุงติดลบ ณ สิ้นเดือน		
ก.ย. 44	*ก.ย. 45*	*ก.ย. 46*
ไม่มี	*เสนา, รพท*	*เสนา, รพท*
	บ้านโป่ง, รพท	
	เบตง, รพท	
เงินบำรุงสุทธิติดลบ ณ สิ้นเดือน		
ต.ค. 44	*ก.ย. 45*	*ก.ย. 46*
หนองบัวลำภู, รพท		
		สุรินทร์,รพศ
	กาฬสินธุ์, รพท	*กาฬสินธุ์, รพท*
		อำนาจเจริญ, รพท
	เสนา, รพท	*เสนา, รพท*
	พระพุทธบาท, รพท	*พระพุทธบาท, รพท*
สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. รพท		*สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, รพท*
	พระปกเกล้า (จันทบุรี), รพศ	
	บ้านโป่ง, รพท	
	มหาราชนครศรีธรรมราช,รพศ	*มหาราชนครศรีธรรมราช, รพศ*
	ชุมพร, รพท	
	หาดใหญ่, รพศ	
	ตรัง, รพศ	
		สุราษฎร์ธานี, รพศ
ยะลา, รพศ	*ยะลา, รพศ*	
	เบตง, รพท	

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ 92 แห่ง

ในด้านเงินบำรุงสุทธินั้น ในช่วงเริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 มีโรงพยาบาลใหญ่สามแห่ง คือ รพท.หนองบัวลำพู รพท.สระแก้ว และ รพศ.ยะลา มีเงินบำรุงสุทธิติดลบ แต่ในช่วงสิ้นปีงบประมาณ 2545 สองโรงพยาบาลแรกกลับมามียอดเงินบำรุงสุทธิเป็นบวก (ในสามโรงพยาบาลนี้ รพท.สระแก้ว เป็นแห่งเดียวที่กลับมาติดลบในช่วงสิ้นปีงบประมาณ 2546) แต่ในช่วงสิ้นปีงบประมาณ 2545 นั้น มีโรงพยาบาลใหญ่รวม 11 แห่ง (หกแห่งในภาคใต้ สองแห่งในภาคกลาง และหนึ่งแห่งใน ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) มีเงินบำรุงสุทธิติดลบ และ 4 ใน 11 แห่งนี้ ยังคงอยู่ในสถานะติดลบเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546

นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลใหญ่อีกสองแห่งในภาคอีสาน (รพศ.สุรินทร์ และ รพท.อำนาจเจริญ) และอีกหนึ่งแห่งในภาคใต้ (รพศ.สุราษฎร์ธานี) ที่เริ่มมามีสถานะเงินบำรุงสุทธิติดลบเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 7.14)

ดังนั้น ถ้าเราใช้เงินบำรุงสุทธิเป็นตัวชี้วัดอย่างหยาบๆ ถึงสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล ก็จะได้ภาพว่า ในช่วงสองปีของโครงการ 30 บาท (ปีงบประมาณ 2545-46) มีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวนหนึ่ง (ประมาณหนึ่งในสิบ) ประสบปัญหาการ "ขาดดุล" จากการดำเนินการ โดยโรงพยาบาลกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเริ่มมีปัญหาในปีแรก (ตุลาคม 2544 - กันยายน 2545) แต่ในช่วงปีที่สอง (ปีงบประมาณ 2546) ซึ่งมีความพยายามจัดสรรงบที่เอื้อกับโรงพยาบาลกลุ่มนี้มากขึ้น และช่วยให้โรงพยาบาลบางแห่งหลุดพ้นจากภาวะติดลบ แต่ก็ช่วยได้เพียงบางส่วน และยังมีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เริ่มมีปัญหาภาวะติดลบในช่วงปีที่สองเช่นกัน

ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 722 แห่งนั้น เมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลมีเงินบำรุงติดลบ 7 แห่ง เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงติดลบ 18 แห่งและเพิ่มเป็น 20 แห่งเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2546 (ดูตารางที่ 7.15)

แต่ในส่วนของเงินบำรุงสุทธินั้น จากตารางที่ 7.15 จะเห็นได้ว่าจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มียอดเงินบำรุงสุทธิติดลบเพิ่มขึ้น 35 แห่งในปีงบประมาณ 2545 และเพิ่มขึ้นอีก 46 แห่งในปีงบประมาณ 2546 โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มียอดเงินบำรุงสุทธิติดลบอย่างน้อย 138 แห่ง (ประมาณร้อยละ 22 ของโรงพยาบาลชุมชนที่รายงานข้อมูลครบทั้งสองปี) (จากเดิม 58 แห่งในช่วงเริ่มโครงการเมื่อต้นปีงบประมาณ 2545) และจากตารางที่ 7.16 ซึ่งระบุจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่มียอดเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิติดลบเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2544-46 ก็จะเห็นได้ว่าจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีเงินบำรุงสุทธิติดลบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 7.15 จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามสถานะเงินบำรุง สุทธิหรือเงินบำรุงเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

	เงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นเดือน				เงินบำรุง ณ สิ้นเดือน			
	ต.ค. 44	ก.ย. 45	ก.ย.45(2)	ก.ย. 46	ก.ย. 44	ก.ย. 45	ก.ย.45(2)	ก.ย. 46
ก. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป								
สถานะเป็นบวก	89	81	81	84	92	89	89	91
สถานะเป็นลบ	3	11	11	8	0	3	3	1
รวม	92		92		92		92	
ข. รพช.								
สถานะเป็นบวก	600	565	536	490	672	661	627	625
สถานะเป็นลบ	58	93	92	138	7	18	18	20
รวม	658		628		679		645	
Missing	64		74		43		77	
ทั้งหมด	722		722		722		722	

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุง หรือเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณนั้นๆ

หมายเหตุ: กย.45(2) เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีรายงานข้อมูลเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 7.16 จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ ที่มีเงินบำรุง/เงินบำรุงสุทธิติดลบ ณ สิ้นเดือน

จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ ที่มีเงินบำรุงติดลบ ณ สิ้นเดือน		
ก.ย.44	ก.ย.45	ก.ย.46
	ลำปาง (1)	
		อุตรดิตถ์ (1)
	อุบลราชธานี (1)	
		หนองคาย (1)
	ร้อยเอ็ด (6)	ร้อยเอ็ด (6)
		บุรีรัมย์ (1)
	สุรินทร์ (1)	สุรินทร์ (2)
		ศรีสะเกษ (2)
	อำนาจเจริญ (1)	อำนาจเจริญ (1)
	พระนครศรีอยุธยา (6)	พระนครศรีอยุธยา (7)
จันทบุรี (7)	จันทบุรี (2)	จันทบุรี (3)
		ประจวบคีรีขันธ์ (1)

จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ ที่มีเงินบำรุงสุทธิติดลบ ณ สิ้นเดือน		
ต.ค.44	ก.ย.45	ก.ย.46
	เชียงราย (2)	เชียงราย (7)
แม่ฮ่องสอน (2)	แม่ฮ่องสอน (6)	
		พะเยา (1)
น่าน (1)	น่าน (1)	น่าน (6)
เชียงใหม่ (2)	เชียงใหม่ (2)	เชียงใหม่ (3)
ลำพูน (2)	ลำพูน (3)	ลำพูน (3)
	ลำปาง (10)	ลำปาง (7)
แพร่ (1)	แพร่ (1)	แพร่ (2)
ตาก (1)	ตาก (2)	
สุโขทัย (1)	สุโขทัย (2)	สุโขทัย (3)
อุตรดิตถ์ (1)	อุตรดิตถ์ (3)	อุตรดิตถ์ (6)
กำแพงเพชร (2)	กำแพงเพชร (1)	กำแพงเพชร (2)
เพชรบูรณ์ (1)	เพชรบูรณ์ (1)	เพชรบูรณ์ (8)
	นครสวรรค์ (1)	นครสวรรค์ (1)
	หนองคาย (1)	หนองคาย (3)
เลย (1)	เลย (2)	เลย (4)
มุกดาหาร (2)	มุกดาหาร (1)	มุกดาหาร (3)
อุดรธานี (4)	อุดรธานี (3)	อุดรธานี (2)
		หนองบัวลำภู (1)
สกลนคร (5)	สกลนคร (2)	สกลนคร (5)
ขอนแก่น (1)	ขอนแก่น (2)	ขอนแก่น (2)
กาฬสินธุ์ (5)	กาฬสินธุ์ (1)	กาฬสินธุ์ (6)
		ชัยภูมิ (3)
มหาสารคาม (2)	มหาสารคาม (3)	มหาสารคาม (2)
ร้อยเอ็ด (3)	ร้อยเอ็ด (4)	ร้อยเอ็ด (6)
นครราชสีมา (1)	นครราชสีมา (1)	
บุรีรัมย์ (3)		บุรีรัมย์ (6)
	สุรินทร์ (1)	สุรินทร์ (7)
ศรีสะเกษ (2)	ศรีสะเกษ (1)	ศรีสะเกษ (4)
อุบลราชธานี (3)	อุบลราชธานี (2)	อุบลราชธานี (2)
อำนาจเจริญ (2)	อำนาจเจริญ (2)	อำนาจเจริญ (6)
	พระนครศรีอยุธยา (6)	พระนครศรีอยุธยา (8)
	อ่างทอง (2)	อ่างทอง (1)
	ลพบุรี (2)	ลพบุรี (3)
	สระบุรี (6)	สระบุรี (6)
นครนายก (1)	นครนายก (1)	นครนายก (1)
		สุพรรณบุรี (1)

จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่างๆ ที่มีเงินบำรุงสุทธิติดลบ ณ สิ้นเดือน		
ต.ค.44	ก.ย.45	ก.ย.46
ชลบุรี (2)	ชลบุรี (1)	ชลบุรี (2)
จันทบุรี (7)	จันทบุรี (2)	จันทบุรี (3)
ตราด (1)		
	ปราจีนบุรี (2)	ปราจีนบุรี (1)
		สระแก้ว (1)
	กาญจนบุรี (1)	กาญจนบุรี (1)
		สมุทรสงคราม (1)
เพชรบุรี (1)	เพชรบุรี (1)	
	ประจวบคีรีขันธ์ (1)	ประจวบคีรีขันธ์ (1)
ชุมพร (1)		ชุมพร (2)
		สุราษฎร์ธานี (3)
ระนอง (2)		
นครศรีธรรมราช (1)		นครศรีธรรมราช (1)
	พังงา (2)	พังงา (1)
		พัทลุง (1)
		ตรัง (1)
	สงขลา (1)	สงขลา (2)
	สตูล (2)	สตูล (2)
		ปัตตานี (1)
นราธิวาส (1)	นราธิวาส (2)	

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 จากโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อมูลเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิ ณ ต้นปีงบประมาณ 2545 และ ณ สิ้นปีงบประมาณ 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ข้อมูลเงินบำรุงสุทธิ ณ ต้นปีงบประมาณ 2545 ใช้ข้อมูล ณ สิ้นเดือน ตค. 2544 แทนเดือนกันยายน เนื่องจากไม่มีข้อมูลหนี้สิ้นและวัสดุคงคลัง ณ สิ้นเดือนกันยายน 2544)

ผลในด้านการกระจายรายได้

ผลทางด้านการเงินอีกประการหนึ่งของโครงการ 30 บาท ซึ่งคณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ประเด็นนี้ตั้งแต่เริ่มโครงการ (ดูวิโรจน์และอัญชนา 2545ก 2545ข) ก็คือ ผลในด้านการกระจายรายได้ใหม่ (income redistribution) ของสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ และในภูมิภาคต่างๆ ซึ่งผลในด้านนี้อาจมีส่วนที่ไปกระทบยอดเงินบำรุงรวมของระบบมากกว่าเงินบำรุงสุทธิ (เนื่องจากโรงพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นจะมียอดเงินบำรุงเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีรายรับสุทธิติดลบมีความจำเป็นต้องรักษากระแสเงินสดในมือเอาไว้โดยการลดวัสดุคงคลัง ก่อหนี้เพิ่มหรือชำระหนี้ช้าลง) ข้อมูลจากตารางที่ 7.17 และตารางที่ 7.18 ก็แสดงให้เห็นแนวโน้มดังกล่าวอยู่บ้างในปีงบประมาณ 2545 (โดยเฉพาะอย่างยิ่งยอดเงินบำรุงคงเหลือในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน) แต่เมื่อเวลาผ่านไปได้สองปี ผลในด้านการกระจายรายได้ใหม่ก็ดูจะลางเลือนไป โดยจะเห็นอยู่บ้างในกลุ่มของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งยอดเงินบำรุงสุทธิของทั้งกลุ่มสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิเป็นบวกและเป็นลบต่างก็มีขนาดเพิ่มขึ้น (ทั้งในทางบวกและลบ) สำหรับผลต่อกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปนั้น แม้ว่าโรงพยาบาลกลุ่มที่มียอดเงินบำรุงสุทธิเป็นบวกจะมีสถานะเงินบำรุงสุทธิที่ดีกว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 แต่ไม่แตกต่างจากเมื่อต้นปีงบประมาณ 2545 นัก ในขณะที่กลุ่มที่ติดลบมียอดเงินบำรุงสุทธิติดลบที่สูงขึ้นกว่าในช่วงที่เริ่มโครงการ ดังนั้น ในภาพรวมแล้ว ผลของการกระจายรายได้ในด้านบวกที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากได้รับในช่วงปีแรกมีแนวโน้มที่ถูกทดแทนโดยผลจากการที่โครงการจัดสรรเงินให้ไม่เพียงพอในระยะต่อมา ทำให้ในที่สุดแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือยอดเงินบำรุงรวมของทั้งระบบเพิ่มขึ้น แต่เงินบำรุงสุทธิไม่ได้เพิ่มขึ้น และจำนวนโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงสุทธิติดลบ (และยอดเงินที่ติดลบรวม) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสำหรับโรงพยาบาลทุกกลุ่มหลังจากที่โครงการดำเนินไปได้สองปีเต็ม

สำหรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละภูมิภาคนั้น เมื่อพิจารณาจากความเปลี่ยนแปลงของเงินบำรุงสุทธิในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 (ตารางที่ 7.20 และตารางที่ 7.19) จะเห็นได้ว่าในปีแรก (ปีงบ 2545) นั้น โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ในแทบทุกภาค (ยกเว้นภาคเหนือ) มีสถานะทางการเงินที่ดีขึ้น แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในภาคนั้นๆ มีสถานะทางการเงินที่ดีขึ้น โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางนั้นโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มที่ติดลบก็มียอดติดลบเพิ่มสูงขึ้น สำหรับภาคเหนือนั้น สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในภาพรวมไม่ได้เปลี่ยนไป แต่มีแบบแผนการกระจายรายได้ที่เปลี่ยนไปทำให้ทั้งยอดบวกที่เพิ่มกับยอดติดลบที่เพิ่มเพิ่มขึ้นพอๆ กัน สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) ในปีงบ 2545 นั้น จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีสถานะทางการเงิน

แย่ลงอย่างชัดเจนในภาคใต้ สำหรับในภาคอื่นๆ โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีสถานะทางการเงินแย่ลงเล็กน้อยในแทบทุกภาค[111]

สำหรับในปีที่สอง (ปีงบประมาณ 2546) นั้น จากตารางที่ 7.20 จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนในแทบทุกภาคมีสถานะทางการเงินที่แย่ลงจากเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 และถ้าเทียบกับเมื่อต้นปีงบประมาณแรก ก็จะมีภาคเหนือที่โรงพยาบาลชุมชนในภาพรวมมีสถานะทางการเงินแย่ลงหลังจากเวลาผ่านไปสองปี แต่ถ้าดูการกระจายรายได้ในแต่ละภาคด้วย ก็จะเห็นได้ว่าจำนวนยอดติดลบของโรงพยาบาลชุมชนในแทบทุกภาค (ยกเว้นภาคตะวันออก) เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในช่วงสองปีนี้ โดยยอดติดลบของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 รวมเป็นเงิน 376 ล้านบาท ซึ่งตกประมาณสองเท่าของยอดติดลบของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปนั้น โรงพยาบาลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานะทางการเงินที่กระเตื้องขึ้นขึ้นในปีงบประมาณ 2546 (ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากมาตรการจัดสรรงบโดยหักเงินเดือนของทั้งกระทรวงสาธารณสุขออกมาก่อน) และเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อสองปีก่อนแล้ว กลุ่มโรงพยาบาลใหญ่ในภาคตะวันตกมีสถานะทางการเงินดีขึ้นทั้งภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาพรวมที่ดีขึ้น แต่ก็มีโรงพยาบาลในบางจังหวัดที่มีสถานะเงินบำรุงสุทธิลดลงจนติดลบรวมประมาณ 80 ล้านบาท (ซึ่งเป็นยอดติดลบที่สูงกว่าภาคอื่นทุกภาค) ภาคเหนือในภาพรวมไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงและไม่มีโรงพยาบาลที่ติดลบ ในขณะที่สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคกลางและภาคตะวันออกแย่ลงกว่าเดิม และในภาคกลางมียอดติดลบของโรงพยาบาลกลุ่มนี้ประมาณ 53 ล้านบาท

ในภาพรวมนั้น เมื่อโครงการ 30 บาทได้ดำเนินการเต็มรูปมาเป็นเวลาสองปี สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ในภาพรวมไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก แต่จำนวนสถานพยาบาลที่ติดลบมีจำนวนเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลทุกกลุ่มในแทบทุกภาค ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก rigidity ของการจัดสรรงบในลักษณะที่ใช้ประชากรเป็นตัวคูณ (ไม่ว่าจะในกรณีที่รวมเงินเดือนอยู่ในนั้นหรือไม่ก็ตาม) ซึ่งแม้ว่าที่ผ่านมาการที่โครงการ 30 บาททั้งโครงการมีเม็ดเงินที่ลงมาไม่พอ ได้ทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีเกลี่ยเงินในทุกวิถีทางที่จะแก้ปัญหาภายในองค์กรเสียก่อน (เช่นด้วยมาตรการรวมเงินเดือนระดับประเทศ และการจัดสรรงบอื่นๆ (รวมทั้ง CF) ซึ่งในหลายกรณีจะผกผันกับเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิที่โรงพยาบาลสะสมเอาไว้) ซึ่งมาตรการเหล่านี้มีส่วนที่ลบล้างผลของการกระจายรายได้ในภาพรวมที่เกิดขึ้นในช่วงปีแรกไปค่อนข้างมาก แต่มาตรการ

---

[111] อาจจะยกเว้นภาคตะวันตก ซึ่งมีภาพรวมที่ดีขึ้น (แต่ก็มี รพท. บ้านโป่ง ที่มีเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิติดลบ)

เหล่านี้ก็ไม่สามารถลบล้างผลของการจัดสรรงบที่มีลักษณะการในลักษณะที่ใช้ประชากรเป็นตัวคูณ ทำให้ถึงแม้ว่าภาพรวมของสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากหลังจากที่โครงการดำเนินไปได้ครบสองปี แต่จำนวนโรงพยาบาลที่ติดลบและยอดติดลบยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด

สำหรับยอดเงินบำรุง ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มในแต่ละภาค (ดูตารางที่ 7.21 และตารางที่ 7.22) นั้น จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดสามารถปรับตัวเพื่อรักษาเงินสดในมือให้พอสำหรับการใช้จ่ายในช่วงนั้นๆ ทำให้มีโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงติดลบไม่มาก และถ้าดูจากยอดเงินบำรุงก็จะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้นในทุกภาคในช่วงสองปีของโครงการ 30 บาท ซึ่งในอีกแง่หนึ่งก็จะเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของการใช้เงินบำรุงเป็นตัวชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล[112]

รูปที่ 7.5 และรูปที่ 7.6 แสดงสถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละภูมิภาค ตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ 2545 จนสิ้นสุดปีงบประมาณ 2546 (รูปที่ 7.7 แสดงสถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลชุมชนโดยรวมโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อมูลครบในแต่ปีงบประมาณเข้ามาด้วย) จากรูปที่ 7.5 จะเห็นได้ว่าในช่วงเริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 นั้น ยอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิในแทบทุกภาค (ยกเว้นภาคอีสานและภาคใต้) มียอดใกล้เคียงกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ก็จะเห็นความแตกต่างเพิ่มขึ้น โดยในหลายภาค (เช่น ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคเหนือ) มียอดเงินบำรุงสุทธิลดลง ขณะที่โรงพยาบาลใหญ่ในภาคตะวันตกมีเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้น สำหรับในภาคอีสานและภาคใต้นั้น โรงพยาบาลกลุ่มนี้มียอดเงินบำรุงสูงกว่าเงินบำรุงสุทธิตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 และ รพ. ใหญ่ในทั้งสองภาคมียอดเงินบำรุงสุทธิลดลงอย่างชัดเจนเมื่อสิ้นปีแรก แต่ค่อยกลับกระเตื้องขึ้นจนมียอดเกือบเท่าเดิมเมื่อเวลาผ่านไปสองปี (ภาคใต้) หรือสูงกว่าเดิมเล็กน้อย (ภาคอีสาน) แต่ในทุกภาคจะมียอดความแตกต่างระหว่างเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปได้สองปี

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนั้น จากรูปที่ 7.6 และ 7.7 จะเห็นได้เช่นกันว่า ในช่วงเริ่มต้นปีงบประมาณ 2545 นั้น แต่ละภาคมียอดเงินบำรุงกับและเงินบำรุงสุทธิที่ใกล้เคียงกัน (ในทุกภาค) และยอดเงินทั้งสองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไปด้วยกัน โดยเฉพาะในช่วงสามไตรมาสแรก แต่ในปีที่สองนั้น ช่องว่างระหว่างยอดเงินทั้งสองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภาค โดยแทบทุกภาคมียอดเงินบำรุงสุทธิลดลงในปีที่สอง

---

[112] ในช่วงปีแรกของโครงการ 30 บาทนั้น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขบางท่านได้นำตัวเลขเงินบำรุงที่เพิ่มขึ้นมาสนับสนุนสมมุติฐานที่ว่าสถานพยาบาลไม่ได้ประสบปัญหาการเงินจากการที่มีโครงการ 30 บาท

เมื่อพิจารณาจากความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก็พอจะอนุมานได้ว่า ในปีแรก (ปีงบประมาณ 2545) โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีสถานะทางการเงินดีขึ้นในทุกภาค ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีทั้งที่ดีขึ้นและแย่ลง แต่สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนแย่ลงในปีที่สอง และเมื่อสิ้นปีสองนั้น แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนในหลายภาค (ยกเว้นภาคเหนือ) จะยังมีเงินบำรุงสุทธิที่สูงกว่าเมื่อเริ่มโครงการ แต่ก็มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ติดลบเพิ่มมากขึ้น (ดูตารางที่ 7.15 และตารางที่ 7.16 ประกอบ) และเมื่อเวลาผ่านไปสองปี โรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มในทุกภาคมีเงินบำรุงสุทธิที่ต่ำกว่าเงินบำรุงอย่างชัดเจน ซึ่งน่าจะเป็นเพราะโรงพยาบาลส่วนใหญ่พยายามรักษา (หรือเพิ่ม) สภาพคล่องทางการเงินของตนโดยใช้วิธีก่อหนี้เพิ่มขึ้นหรือชำระหนี้ช้าลง ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งมีปัญหาการเงินทำให้มีความสามารถในการชำระหนี้น้อยลง

ตารางที่ 7.17 ยอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาส)

เงินบำรุง ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)									
	กย. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
รวมรพศ./รพท. 92 แห่ง	8,080	8,131	9,125	8,977	8,038	8,486	8,397	8,733	9,505
จำนวนเงินติดลบ	0	-5	0	-21	-47	-29	-25	-22	-20
จำนวนเงินเป็นบวก	8,080	8,136	9,125	8,998	8,084	8,515	8,422	8,756	9,525
รวม รพช. 645 แห่ง	3,590	3,576	5,889	6,621	5,906	6,019	5,713	5,497	5,504
จำนวนเงินติดลบ	-27	-31	-15	-23	-52	-51	-63	-83	-94
จำนวนเงินเป็นบวก	3,617	3,607	5,904	6,644	5,959	6,070	5,776	5,579	5,597
เงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)									
	ตค. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
รวมรพ.ใหญ่ 92 แห่ง	7,423	6,955	7,838	7,655	6,148	6,805	6,494	6,895	7,279
จำนวนเงินติดลบ	-14	-64	-57	-126	-183	-148	-145	-131	-184
จำนวนเงินเป็นบวก	7,436	7,019	7,894	7,781	6,331	6,953	6,639	7,026	7,463
รวมรพ.เล็ก 624 แห่ง	3,511	3,520	5,702	6,277	4,950	4,722	4,246	3,865	3,926
จำนวนเงินติดลบ	-86	-90	-22	-53	-230	-286	-337	-409	-376
จำนวนเงินเป็นบวก	3,597	3,610	5,724	6,330	5,179	5,008	4,582	4,274	4,302

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ *ครบทุกเดือน*ที่เสนอในรูป ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ครบทั้ง 92 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน624 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชนที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงครบมี 645 แห่ง แต่ที่มีข้อมูลพอสำหรับคำนวณเงินบำรุงสุทธิมี 624 แห่ง)

หมายเหตุ: เดือน กย.2544 ไม่มีข้อมูลวัสดุคงคลังสุทธิจึงใช้ข้อมูลเมื่อสิ้นเดือน ตค. 2544 แทน

ตารางที่ 7.18 ยอดเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545-46 (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกสิ้นไตรมาสในแต่ละปีงบประมาณ)

เงินบำรุง ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)											
	กย. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45		ก.ย. 45(2)	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
รวมรพ.ใหญ่ 92 แห่ง	8,080	8,131	9,125	8,977	8,038	รวมรพ.ใหญ่ 92 แห่ง	8,038	8,486	8,397	8,733	9,505
จำนวนเงินติดลบ	0	-5	0	-21	- 47	จำนวนเงินติดลบ	-47	-29	-25	-22	-20
จำนวนเงินเป็นบวก	8,080	8,136	9,125	8,998	8,084	จำนวนเงินเป็นบวก	8,084	8,515	8,422	8,756	9,525
รวมรพ.เล็ก 679 แห่ง	3,752	3,746	6,299	7,051	6,243	รวมรพ.เล็ก 645แห่ง	5,906	6,019	5,713	5,497	5,504
จำนวนเงินติดลบ	-27	-31	-17	-23	-52	จำนวนเงินติดลบ	-52	-51	-63	-83	-94
จำนวนเงินเป็นบวก	3,779	3,778	6,317	7,073	6,295	จำนวนเงินเป็นบวก	5,959	6,070	5,776	5,579	5,597
เงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)											
	กย. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45		ก.ย. 45(2)	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
รวมรพ.ใหญ่ 92 แห่ง	7,423	6,955	7,838	7,655	6,148	รวมรพ.ใหญ่ 92 แห่ง	6,148	6,805	6,494	6,895	7,279
จำนวนเงินติดลบ	-14	-64	-57	-126	-183	จำนวนเงินติดลบ	-183	-148	-145	- 131	-184
จำนวนเงินเป็นบวก	7,436	7,019	7,894	7,781	6,331	จำนวนเงินเป็นบวก	6,331	6,953	6,639	7,026	7,463
รวมรพ.เล็ก 658 แห่ง	3,725	3,764	6,145	6,731	5,302	รวมรพ.เล็ก 628 แห่ง	4,981	4,751	4,265	3,892	3,949
จำนวนเงินติดลบ	-86	-90	-22	-53	-230	จำนวนเงินติดลบ	-230	-286	-337	-410	-377
จำนวนเงินเป็นบวก	3,812	3,854	6,167	6,784	5,532	จำนวนเงินเป็นบวก	5,211	5,038	4,602	4,301	4,326

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุง หรือเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณนั้นๆ

หมายเหตุ: กย.45(2) เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีรายงานข้อมูลเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 7.19 เงินบำรุงสทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละภาค ใน ปีงบประมาณ 2545-46

	จำนวน		เงินบำรุงสทธิ ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)									
			ต.ค. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45	ต.ค. 45	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
ภาคเหนือ	20	รวมทุก รพ.	2,104.1	1,998.1	2,313.3	2,277.3	2,047.1	2,047.0	2,055.9	1,941.1	2,008.3	2,016.6
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	2,104.1	2,001.2	2,313.3	2,277.3	2,047.1	2,047.0	2,055.9	1,941.1	2,008.3	2,016.6
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	-3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19	รวมทุก รพ.	1,257.9	1,145.3	1,413.0	1,432.6	1,064.1	1,263.4	1,355.5	1,301.8	1,446.4	1,357.3
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,257.9	1,145.3	1,413.0	1,432.6	1,065.7	1,265.8	1,373.3	1,318.1	1,452.2	1,436.8
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	-1.6	-2.4	-17.8	-16.4	-5.8	-79.6
ภาคกลาง	16	รวมทุก รพ.	1,288.0	1,249.9	1,309.3	1,212.8	1,142.3	1,093.1	1,024.7	1,020.9	1,030.5	1,124.1
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,288.0	1,252.0	1,309.3	1,230.4	1,180.1	1,140.0	1,074.8	1,060.8	1,080.4	1,176.9
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	-2.1	0.0	-17.6	-37.8	-46.8	-50.0	-39.9	-49.8	-52.8
ภาคตะวันออก	7	รวมทุก รพ.	754.6	713.0	715.9	691.5	454.9	537.5	504.0	427.0	421.4	510.8
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	755.3	717.8	715.9	719.3	479.6	569.7	528.5	454.2	421.4	511.8
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	-0.6	-4.8	0.0	-27.8	-24.7	-32.2	-24.4	-27.2	0.0	-0.9
ภาคตะวันตก	11	รวมทุก รพ.	1,126.6	1,090.4	1,301.2	1,240.5	1,196.0	1,253.6	1,165.8	1,201.3	1,268.9	1,396.9
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,126.6	1,090.4	1,301.2	1,240.5	1,210.5	1,253.6	1,165.8	1,201.3	1,268.9	1,396.9
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	-14.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคใต้	19	รวมทุก รพ.	891.6	758.0	784.8	800.2	243.4	786.6	698.9	602.1	719.6	873.2
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	904.6	812.5	841.3	880.4	348.1	799.9	755.0	663.8	795.2	923.8
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	-13.0	-54.5	-56.5	-80.2	-104.6	-13.3	-56.1	-61.7	-75.6	-50.6

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลรายงาน 0110 รง.5

ตารางที่ 7.20 เงินบำรุงสทธิ ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละภาค ในปีงบประมาณ 2545-46

	จำนวน รพ.		เงินบำรุงสทธิ ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)								
			ต.ค. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
รวมโรงพยาบาลชุมชนทั้งประเทศ	624/722	รวมทุก รพ.	3,510.8	3,520.0	5,702.0	6,276.8	4,949.7	4,722.2	4,245.6	3,864.9	3,925.8
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	3,596.8	3,609.9	5,723.8	6,330.1	5,179.4	5,007.7	4,582.2	4,274.1	4,301.9
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(86.0)	(89.9)	(21.9)	(53.3)	(229.7)	(285.5)	(336.6)	(409.1)	(376.2)
ภาคเหนือ	153/162	รวมทุก รพ.	949.6	932.1	1,354.5	1,519.9	945.4	965.6	844.2	755.5	717.6
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	967.9	954.6	1,360.0	1,534.7	1,054.1	1,070.1	959.5	907.4	848.3
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(18.2)	(22.5)	(5.5)	(14.8)	(108.8)	(104.5)	(115.3)	(151.9)	(130.6)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	193/259	รวมทุก รพ.	908.1	1,012.2	1,906.0	2,084.8	1,533.1	1,884.5	1,548.0	1,336.4	1,116.6
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	941.9	1,045.2	1,913.6	2,095.2	1,582.3	1,926.2	1,604.6	1,413.6	1,258.5
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(33.8)	(33.0)	(7.6)	(10.4)	(49.2)	(41.7)	(56.6)	(77.1)	(141.9)
ภาคกลาง	74/75	รวมทุก รพ.	459.3	427.0	701.5	663.1	611.3	516.0	496.3	436.5	513.8
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	460.1	430.6	702.4	673.4	655.5	581.8	598.8	553.0	579.4
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(0.7)	(3.5)	(0.9)	(10.2)	(44.1)	(65.9)	(102.5)	(116.5)	(65.6)
ภาคตะวันออก	45/54	รวมทุก รพ.	219.1	256.2	457.0	426.7	331.6	333.2	320.1	290.6	346.1
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	243.6	277.9	460.9	436.6	350.7	365.1	343.8	325.0	366.5
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(24.5)	(21.7)	(3.9)	(9.9)	(19.1)	(31.8)	(23.7)	(34.4)	(20.3)
ภาคตะวันตก	36/44	รวมทุก รพ.	253.7	252.4	399.2	408.9	330.0	294.5	280.1	293.7	360.5
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	254.3	254.5	399.2	408.9	331.8	310.3	293.5	301.0	366.2
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(0.6)	(2.1)	0.0	0.0	(1.8)	(15.8)	(13.4)	(7.3)	(5.7)
ภาคใต้	123/128	รวมทุก รพ.	721.0	640.0	883.8	1,173.4	1,198.4	728.3	757.0	752.2	871.0
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	729.1	647.2	887.7	1,181.3	1,205.1	754.1	782.0	774.1	883.1
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(8.2)	(7.2)	(4.0)	(7.9)	(6.7)	(25.8)	(25.0)	(21.9)	(12.1)

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณ 2545 และ 2546

ตารางที่ 7.21 เงินบำรุง ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละภาค ใน ปีงบประมาณ 2545-46

	จำนวน		เงินบำรุง ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)									
			ต.ค. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45	ต.ค. 45	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
ภาคเหนือ	20	รวมทุก รพ.	2,107.2	2,274.4	2,577.7	2,550.5	2,448.4	2,409.7	2,326.3	2,275.9	2,337.6	2,356.5
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	2,107.2	2,274.4	2,577.7	2,550.5	2,448.4	2,409.7	2,326.3	2,275.9	2,337.6	2,356.5
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19	รวมทุก รพ.	1,464.8	1,286.5	1,624.6	1,593.1	1,451.2	1,429.1	1,534.8	1,523.2	1,703.0	1,728.6
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,464.8	1,286.5	1,624.6	1,593.1	1,451.2	1,429.1	1,534.8	1,523.2	1,703.0	1,728.6
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคกลาง	16	รวมทุก รพ.	1,389.6	1,488.4	1,570.0	1,501.7	1,443.0	1,389.6	1,349.4	1,381.9	1,410.7	1,503.0
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,389.6	1,493.4	1,570.0	1,522.8	1,468.9	1,417.8	1,376.8	1,406.4	1,433.1	1,522.7
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	-5.0	0.0	-21.1	-25.9	-28.3	-27.4	-24.5	-22.4	-19.7
ภาคตะวันออก	7	รวมทุก รพ.	717.7	802.6	824.4	846.4	863.8	875.8	826.4	793.2	812.5	981.9
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	717.7	802.6	824.4	846.4	863.8	875.8	828.1	793.2	812.5	981.9
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-1.7	0.0	0.0	0.0
ภาคตะวันตก	11	รวมทุก รพ.	1,170.9	1,186.0	1,374.2	1,356.8	1,316.8	1,385.5	1,324.3	1,376.0	1,393.2	1,624.5
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,170.9	1,186.0	1,374.2	1,356.8	1,325.3	1,385.5	1,324.3	1,376.0	1,393.2	1,624.5
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	-8.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคใต้	19	รวมทุก รพ.	1,229.7	1,093.0	1,154.5	1,128.5	514.2	1,231.0	1,124.6	1,047.0	1,076.4	1,310.7
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	1,229.7	1,093.0	1,154.5	1,128.5	526.8	1,231.0	1,124.6	1,047.0	1,076.4	1,310.7
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	-12.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

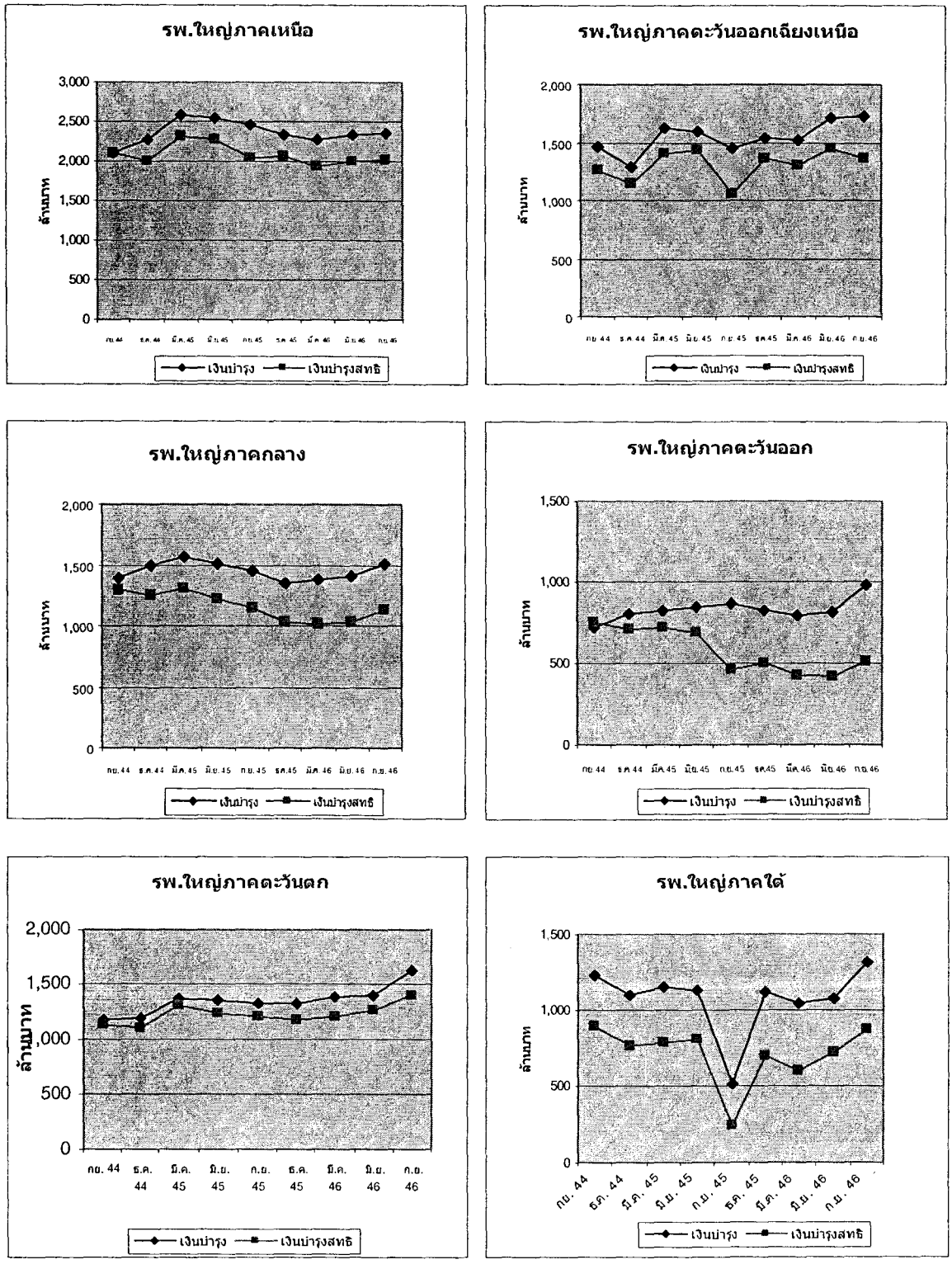
ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลรายงาน 0110 รง.5

ตารางที่ 7.22 เงินบำรุง ณ สิ้นไตรมาส ของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละภาค ในปีงบประมาณ 2545-46

	จำนวน รพ.		เงินบำรุง ณ สิ้นเดือน (ล้านบาท)								
			ก.ย. 44	ธ.ค. 44	มี.ค. 45	มิ.ย. 45	ก.ย. 45	ธค.45	มี.ค. 46	มิ.ย. 46	ก.ย. 46
รวมโรงพยาบาลชุมชน	624/722	รวมทุก รพ.	3,449.2	3,443.4	5,681.9	6,405.7	5,685.4	5,804.3	5,514.8	5,331.6	5,346.7
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	3,476.6	3,473.7	5,691.8	6,428.4	5,731.1	5,851.4	5,570.3	5,387.8	5,406.4
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(27.4)	(30.4)	(9.9)	(22.7)	(45.7)	(47.1)	(55.5)	(56.3)	(59.8)
ภาคเหนือ	153/162	รวมทุก รพ.	891.0	896.8	1,397.5	1,610.1	1,271.0	1,428.8	1,303.1	1,252.7	1,216.7
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	891.0	896.8	1,397.5	1,610.1	1,271.0	1,428.8	1,303.1	1,252.7	1,217.7
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	(1.0)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	193/259	รวมทุก รพ.	894.1	958.1	1,778.3	1,975.9	1,609.3	2,060.9	1,855.1	1,728.3	1,557.2
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	894.1	959.9	1,782.4	1,984.0	1,625.4	2,078.4	1,874.4	1,747.9	1,579.3
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	(1.8)	(4.1)	(8.0)	(16.1)	(17.5)	(19.3)	(19.7)	(22.1)
ภาคกลาง	74/75	รวมทุก รพ.	496.4	449.9	732.6	732.0	701.5	650.0	683.6	677.9	690.0
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	496.4	455.5	732.8	738.1	725.6	673.2	713.7	708.4	719.8
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	(5.6)	(0.2)	(6.0)	(24.1)	(23.2)	(30.2)	(30.5)	(29.8)
ภาคตะวันออก	45/54	รวมทุก รพ.	186.9	236.6	443.2	438.3	387.6	410.8	411.6	387.8	416.0
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	214.3	259.5	448.8	447.0	393.1	417.1	417.6	394.0	422.8
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	(27.4)	(22.9)	(5.6)	(8.7)	(5.6)	(6.3)	(6.0)	(6.1)	(6.8)
ภาคตะวันตก	36/44	รวมทุก รพ.	240.8	235.0	384.6	408.1	349.6	329.2	321.8	329.9	413.4
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	240.8	235.0	384.6	408.1	349.6	329.2	321.8	329.9	413.4
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคใต้	123/128	รวมทุก รพ.	740.0	667.1	945.7	1,241.3	1,366.5	924.7	939.7	954.9	1,053.4
		รวม รพ. ที่มียอดเป็นบวก	740.0	667.1	945.7	1,241.3	1,366.5	924.7	939.7	954.9	1,053.4
		รวม รพ. ที่มียอดติดลบ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณ 2545 และ 2546

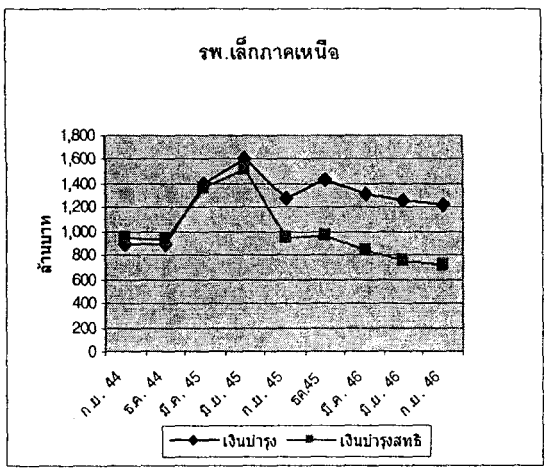
รูปที่ 7.5 สถานะเงินบำรุง/เงินบำรุงสุทธิของ รพศ. และ รพท. ในปีงบฯ 2545 และ 2546 แยกเป็นรายภาค

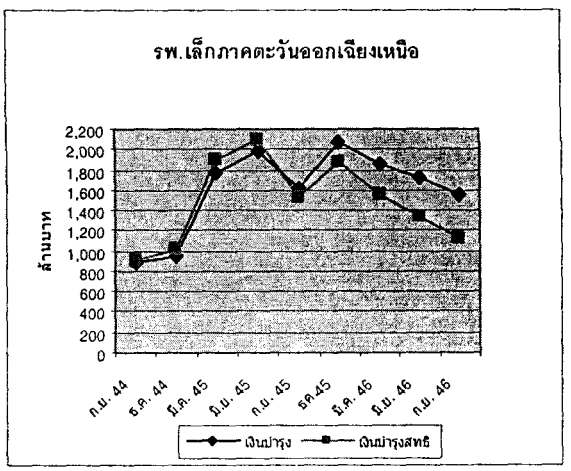


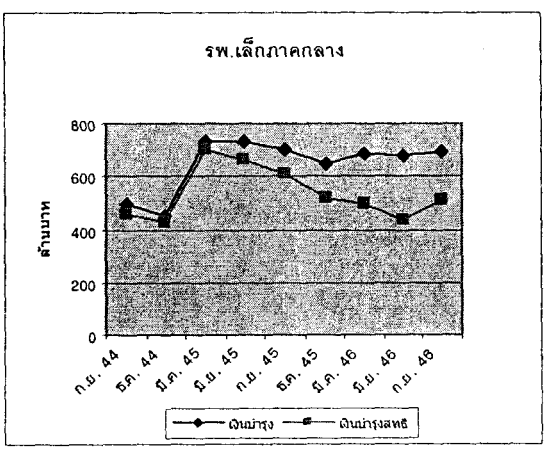
ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป92 แห่ง

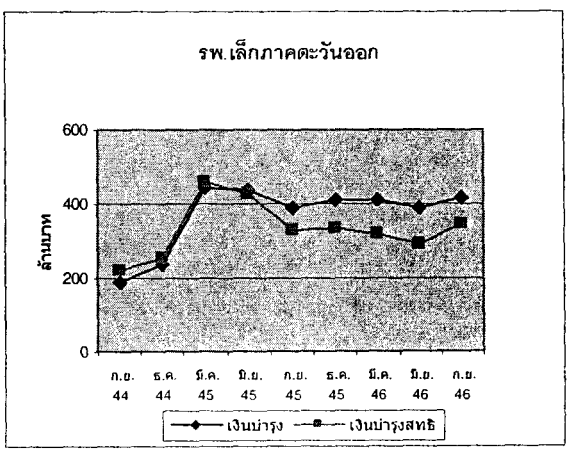
หมายเหตุ: เงินบำรุงสุทธิ ณ ต้นปีงบประมาณ 2545 ใช้ข้อมูลเมื่อสิ้นเดือน ตค. 2544 แทน เนื่องจากไม่มีข้อมูลวัสดุคงคลังและหนี้สิน ณ สิ้นเดือน กย. 2544

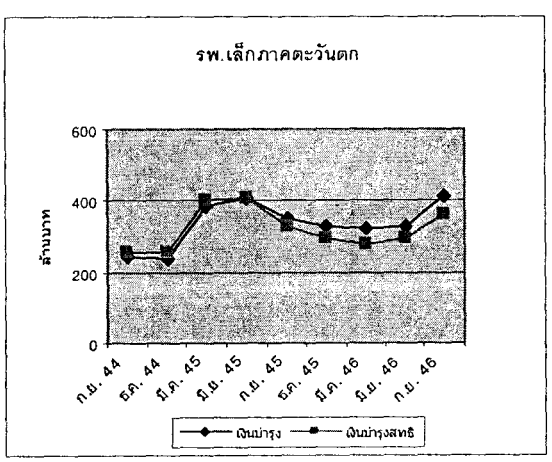
รูปที่ 7.6 สถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของ รพช. ในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 แยกเป็นรายภาค

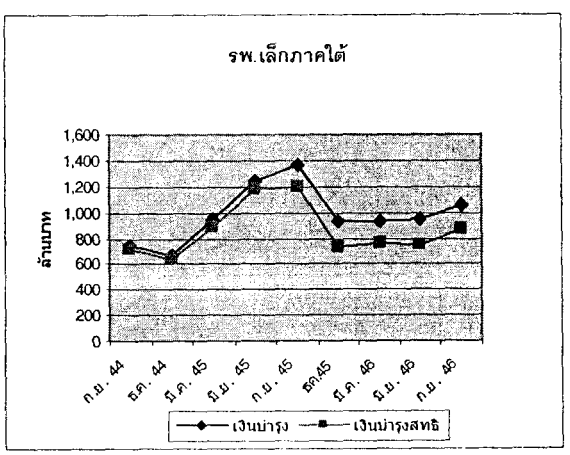










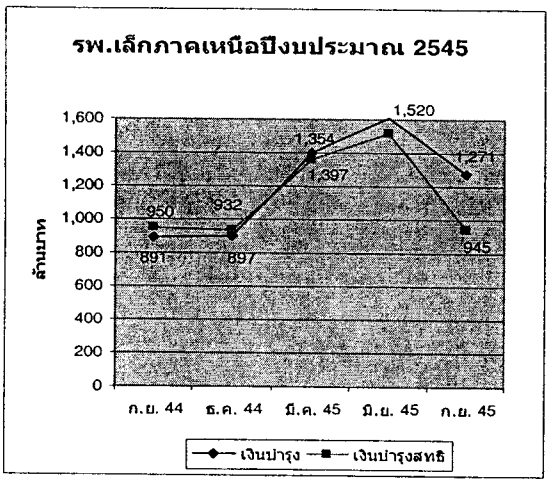


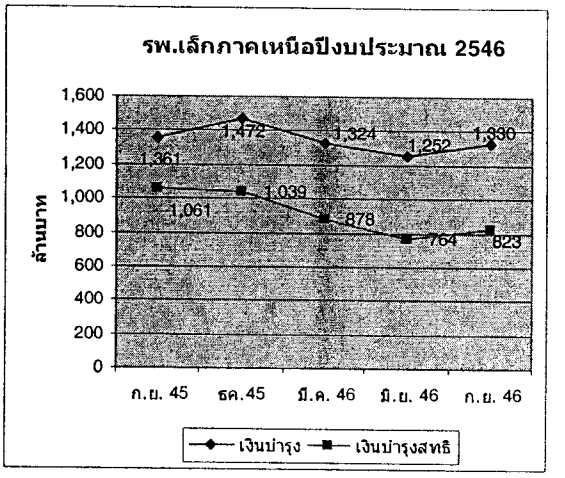
	เหนือ	ตอน.	กลาง	ตอ.	ตต.	ใต้	รวม
รพช. ที่ส่งข้อมูลครบ	153	193	74	45	36	123	624
รพช. ทั้งหมดในภาค	162	259	75	54	44	128	722
ร้อยละของ รพช.	94%	75%	99%	83%	82%	96%	86%

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 โดยรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ*ครบทุกเดือน*ที่เสนอในรูป ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน624 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชนที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงครบมี 645 แห่ง แต่ที่มีข้อมูลพอสำหรับคำนวณเงินบำรุงสุทธิมี 624 แห่ง) (เงินบำรุงสุทธิต้นปีงบ 45 ใช้ข้อมูลเมื่อสิ้นเดือน ตค. 44)

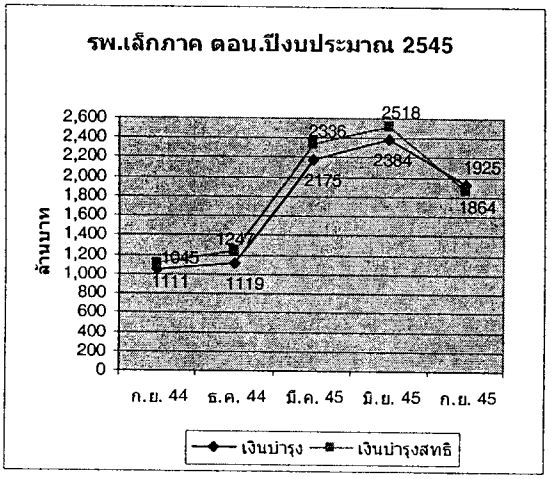
รูปที่ 7.7 สถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของ รพช. ในปีงบประมาณ 2545 2546 แยกเป็นรายภาค

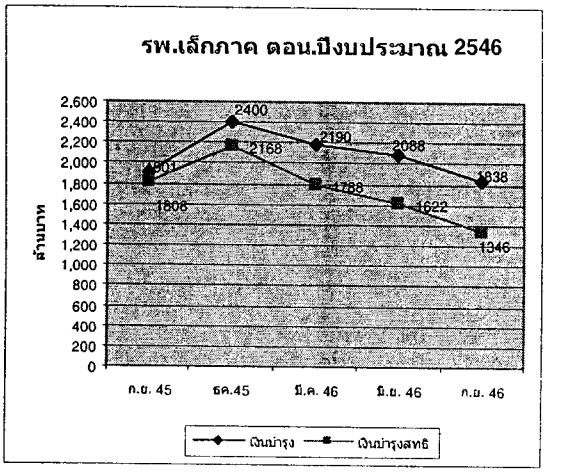
ก. ภาคเหนือ



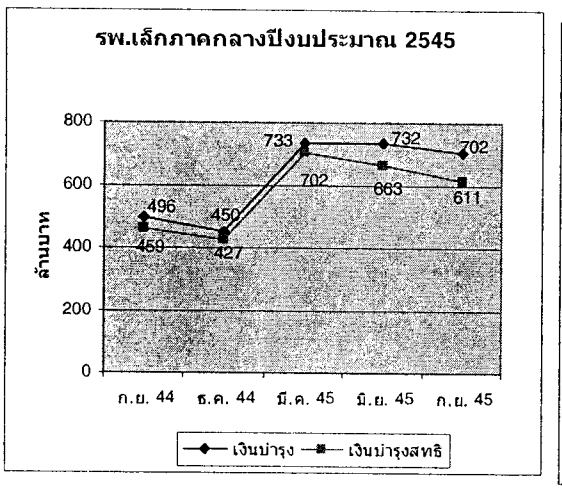


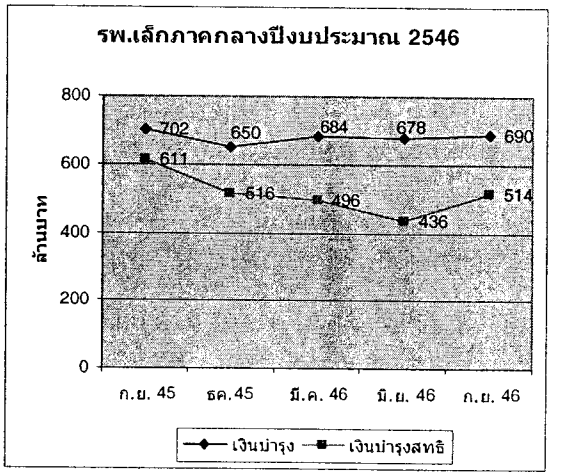
ข. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ





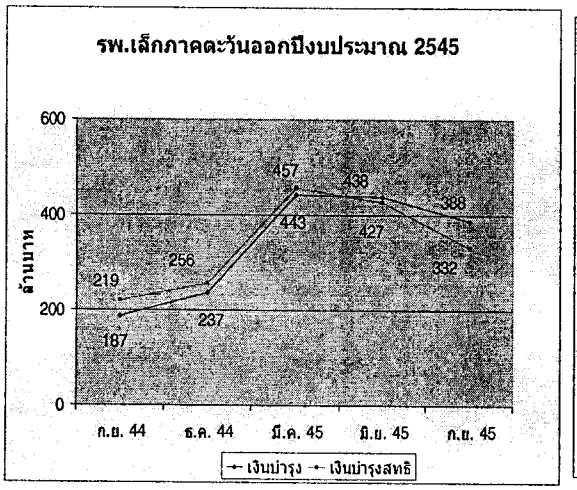
ค. ภาคกลาง

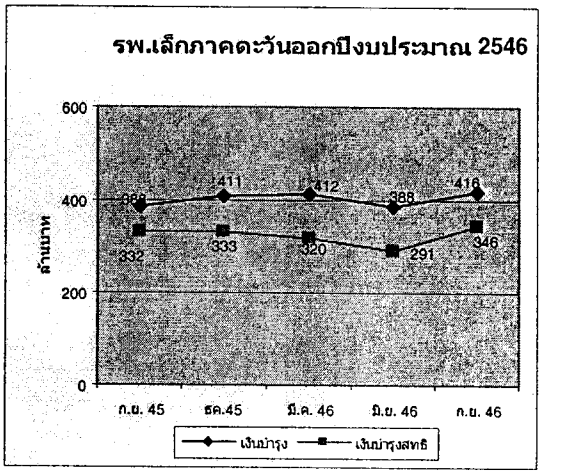




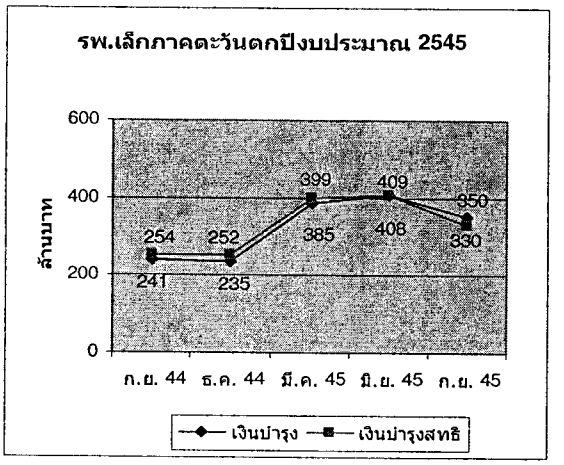
รูปที่ 7.7 สถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของ รพช. ในปีงบประมาณ 2545 2546 แยกเป็นรายภาค (ต่อ)

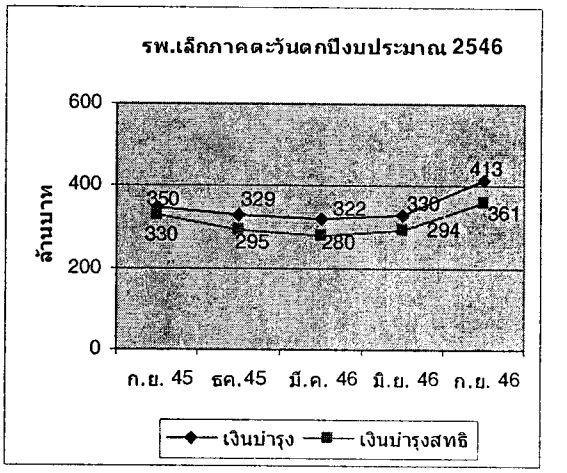
ง. ภาคตะวันออก



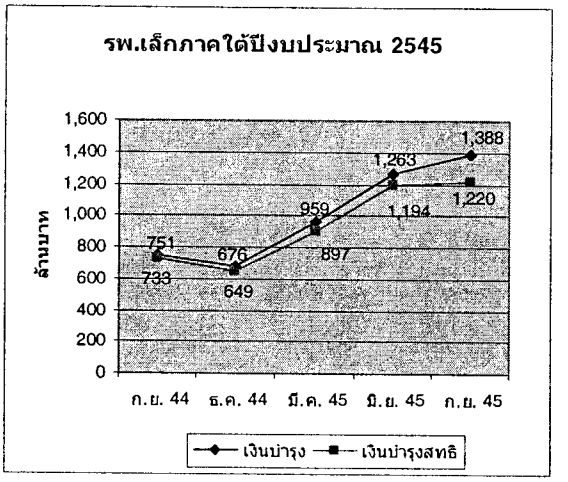


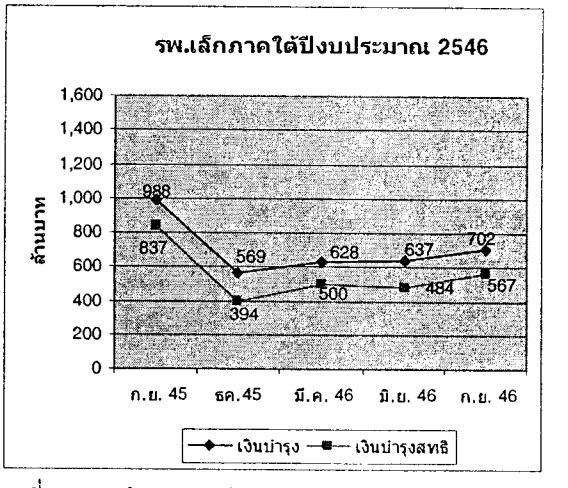
จ. ภาคตะวันตก





ฉ. ภาคใต้





ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล 0110 รง.5 เฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิ*ครบทุกเดือน*ที่เสนอในรูป *ในแต่ละปีงบประมาณ* ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน658 แห่ง ในปีงบ 45 และ 627 แห่งในปีงบ 46)

สรุปการวิเคราะห์สถานะการเงินจากเงินบำรุง

ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของสถานพยาบาลจากสถานะเงินบำรุง หรือแม้แต่เงินบำรุงสุทธิจะมีข้อจำกัดหลายประการ ตามที่ได้อภิปรายเอาไว้ในตอนต้นของหัวข้อนี้แล้ว และการที่จะเชื่อมโยงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับโครงการ 30 บาทก็มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นอีก แต่เมื่อพิจารณาจากความเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาที่นานขึ้น (เช่น สองปีในกรณีนี้) ก็ช่วยให้เห็นภาพใหญ่ของระบบได้ดีพอสมควร โดยในช่วงสองปีงบประมาณที่มีการดำเนินโครงการ 30 บาทอย่างเต็มตัวในส่วนภูมิภาคนั้น แม้ว่าจะได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบของโครงการหลายครั้ง ซึ่งในแต่ละช่วงกล่าวได้ว่าเอื้อประโยชน์ให้โรงพยาบาลคนละกลุ่ม แต่ในภาพรวมนั้น เราจะเห็นได้ว่าจำนวนโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการ "ขาดดุล" มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มในทั้งสองปี ซึ่งแม้ว่าส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจาก rigidity ของวิธีการจัดสรรงบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่ก็น่าจะเป็นข้อบ่งชี้ด้วยว่าเงินที่รัฐบาลเติมเข้าไปในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสองปีแรก (ปีงบประมาณ 2545 และ 2546) ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในสถานการณ์ที่คิดรวมรายรับจากแหล่งอื่นๆ เช่นสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมแล้ว) ทำให้เงินส่วนที่เป็น working capital ของสถานพยาบาลร่อยหรอไปจนหลายแห่งอยู่ในภาวะติดลบหรือ "ขาดดุล" ซึ่งแม้ว่าการขาดดุลในช่วงที่ผ่านมาจะยังไม่มีผลกระทบต่อเงินคงคลัง ("เงินบำรุง") ของโรงพยาบาลมากนัก เพราะโรงพยาบาลยังมีความสามารถในการรักษาสภาพคล่องของตนโดยการก่อหนี้เพิ่มขึ้นหรือยืดระยะเวลาการชำระหนี้ออกไป แต่ในระยะที่ยาวขึ้นนั้น ปัญหาหนี้สินและความสามารถในการชำระหนี้ก็มีโอกาสที่จะกลับมาส่งผลกระทบด้านลบต่อความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลเหล่านี้ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงและคุณภาพของบริการในอนาคตอันใกล้ได้

ถึงแม้จะได้มีการปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2547 แต่งบที่ปรับเพิ่มเป็น 1,308 บาทต่อบัตรในปีงบประมาณ 2547 นั้น ยังเป็นอัตราเหมาจ่ายที่ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายจริงในปีงบประมาณ 2545 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นเงินเดือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงและยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในอนาคต ดังนั้น จึงมีแนวโน้มว่าจะมีโรงพยาบาลในกลุ่มต่างๆ ที่จะมีปัญหาการเงินเพิ่มมากขึ้นในปีงบประมาณ 2547 (และอาจรวมถึงปี 2548 ด้วย) ซึ่งสภาวการณ์เช่นนี้มีโอกาสอย่างมากที่จะบีบบังคับให้โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอดด้วยวิธีที่ส่งผลทางลบต่อการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิ์ในโครงการนี้

7.3 กิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล

เป้าหมายสำคัญประการหนึ่งของโครงการ 30 บาทฯ คือให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนทุกคน โดยขจัดอุปสรรคด้านการเงิน ทำให้ประชาชนที่เคยมีอุปสรรคด้านการเงินเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเงินได้สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทำให้หลายฝ่ายคาดการณ์ว่าโครงการนี้จะทำให้มีผู้มาใช้บริการที่สถานพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งรับผิดชอบดูแลประชากรส่วนใหญ่ของโครงการ) มากขึ้น แต่ก็มีบางฝ่ายเชื่อว่าจำนวนผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐซึ่งส่วนใหญ่แออัดอยู่แล้ว ไม่น่าจะเพิ่มขึ้นมากนัก

ข้อมูลส่วนที่คณะผู้วิจัยได้จากศึกษาในพื้นที่และจากการสัมภาษณ์แพทย์และบุคลากรจำนวนหนึ่งจากสถานพยาบาลต่างๆ ก็พบคำตอบในทั้งสองทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการใช้บริการของผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ บุคลากรจากสถานพยาบาลหลายแห่งระบุว่ามีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการเพิ่มขึ้นมาก ทำให้หลายโรงพยาบาลต้องขยายเวลาตรวจผู้ป่วยนอก (เช่น จากที่เคยตรวจเฉพาะช่วงเช้าเป็นเต็มวัน) และโรงพยาบาลที่ส่งแพทย์ไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU หรือที่เคยใช้ชื่อว่า PMC ในช่วงที่เริ่มโครงการฯ) ก็พบว่ามีผู้มารับบริการมากกว่าช่วงที่ยังเป็นสถานีอนามัยเดิม อย่างไรก็ตาม ก็มีบุคลากรจากสถานพยาบาลหลายแห่งที่ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการไม่ได้ต่างจากเดิม แต่จะเป็นการเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามฤดูกาลเสียมากกว่า แม้ว่าข้อมูลเหล่านี้ได้จากการเก็บรวบรวมที่ไม่เป็นระบบ แต่ก็ชวนให้เชื่อว่า*ในภาพรวม*แล้วมีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยที่ยกระดับมาเป็นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะบอกไม่ได้ว่าเพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด

โดยหลักการแล้ว การตอบคำถามในท้ายย่อหน้าที่แล้วน่าทำได้ไม่ยากนัก เนื่องจากสถานพยาบาล (โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) มีหน้าที่รายงานตัวเลขจำนวนผู้มารับบริการมาที่ส่วนกลาง แต่ในความเป็นจริงแล้ว นอกจากจะมีปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูลแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงแบบและนิยามที่ใช้ในรายงานในปีงบประมาณ 2545 อีกด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับจำนวนผู้ป่วยนอก ซึ่งในปีงบประมาณ 2545 ได้เปลี่ยนมานับรวมผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU/PMC) เป็นคนไข้ของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นด้วย นอกจากนี้ ข้อมูลที่ผู้รวบรวมได้จากแต่ละแหล่งยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากด้วย

7.3.1 การเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการให้บริการช่วงก่อนและหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท

ก. ข้อมูลที่แถลงโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และในเอกสารของ สปสช.

ตั้งแต่ช่วงต้นปี 2546 เป็นต้นมา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าในปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการมากขึ้นประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยในลดลงประมาณร้อยละ 9 (ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอธิบายว่าเป็นเพราะความสำเร็จของการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการที่โครงการ 30 บาททำให้ประชาชนไปรับบริการแต่เนิ่นๆ มากขึ้น)[113] ตัวเลขชุดนี้ปรากฏในเอกสารที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้นประกอบกับการเสนอของบประมาณที่ขาดไปเมื่อเดือนมกราคม 2546 (สปสช. 2546 ดูตารางที่ 7.23 ก.) แต่เนื่องจากในช่วงดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุข (รวมทั้งการแยกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลที่ทำหน้าที่เรื่องข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ บ่อยครั้ง จนผู้วิจัยไม่สามารถติดตามได้ว่าข้อมูลชุดนี้รวบรวมหรือคำนวณมาโดยวิธีใด แต่ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบางท่านระบุว่าข้อมูลชุดนี้ (ซึ่งปรากฏอยู่ในเอกสารที่ออกมาตั้งแต่เดือนมกราคม 2546) น่าจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นมากกว่าที่จะเป็นข้อมูลที่สมบูรณ์

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่นำเสนออย่างเป็นทางการจากหน่วยงานต่างๆ ในระยะเวลาต่อมา (รวมทั้งเอกสารของ สปสช. ในตารางที่ 7.23 ข. และ ค.) ก็มีภาพของความเปลี่ยนแปลงที่คล้ายคลึง

---

[113] ตัวเลขและคำอธิบายทำนองเดียวกันนี้ปรากฏในแผ่นพับเรื่อง "โครงการ 30 บาท สร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า" ที่กระทรวงสาธารณสุขทำออกเผยแพร่ในปี 2546 ในส่วนที่เป็นจดหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงประชาชน ซึ่งนอกจากจะมีตารางที่คล้ายกับตารางที่ 7.23ก แล้ว ข้อความในจดหมายยังระบุด้วยว่า

> "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคน ... สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ... ***ส่งผลให้ประชาชนที่เจ็บป่วยกล้าไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาแต่เนิ่นๆ ทำให้จำนวนคนไข้ที่เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูงมีสัดส่วนลดน้อยลง***"
>
> ....
>
> ในขณะที่ตัวเลขผู้เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกลับมีจำนวนลดลง จาก 6.03 ล้านคนในปี 2544 เหลือเพียง 5.48 ล้านคนในปี 2545 ***ทั้งที่ผู้ป่วยในเหล่านี้ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ แต่กลับมีจำนวนลดน้อยลง อันแสดงให้เห็นว่าประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลให้หายป่วยแต่เนิ่นๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น***"

(ข้อความส่วนที่เป็นตัวหนาเอียงเป็นข้อความที่เน้นโดยรัฐมนตรี)

กับตัวเลขข้างต้น (หรือที่ dramatic กว่า เช่น ในตารางที่ 7.23 ค. ซึ่งระบุว่าการใช้บริการของผู้ป่วยในลดลงถึงร้อยละ 36 และจำนวนวันนอนลดลงถึงร้อยละ 42 ในปี 2545) ซึ่งคณะผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่าข้อมูลที่นำมาใช้ในการคำนวณนั้น อาจได้มาจากรายงานที่ไม่สมบูรณ์ (เพราะบางโรงพยาบาลส่งข้อมูลไม่ครบหรือส่งล่าช้า) ซึ่งในบางกรณีอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเปรียบเทียบข้ามปีเป็นอย่างมากได้ (เพราะโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลไม่ครบในแต่ละปีเป็นโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน หรือจำนวนเดือนของข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งมาในแต่ละปีไม่เท่ากัน)

ตารางที่ 7.23 ตัวอย่างอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปี 2544-2546 ที่ประมวลจาก 0110 รง.5 (ในเอกสารที่เผยแพร่โดย สปสช.)

ก. **อัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากเอกสาร *"งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณปี 45-46" (มกราคม 2546)***

	2544	2545
ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	75.7	123.5
อัตราเพิ่ม (%)		*63.1*
ผู้ป่วยใน (ล้านคน)	6.03	5.48
อัตราเพิ่ม (%)		*-9.12*
วันนอนผู้ป่วยใน (ล้านวัน)	25.6	21.61
อัตราเพิ่ม (%)		*-15.59*
รายจ่ายรวม (ล้านบาท)	55,550	58,317
อัตราเพิ่ม (%)		*4.98*

ที่มา: ตารางที่ 1 ใน สปสช. (2546)

ข. อัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากหนังสือ *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย* (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 ปี 2547)

	2544	2545	2546
ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	63.6	103.0	115.0
อัตราเพิ่ม (%)		*61.8*	*11.7*
ผู้ป่วยใน (ล้านคน)	4.22	3.84	3.99
อัตราเพิ่ม (%)		*-9.1*	*4.0*
การส่งต่อ (ล้านครั้ง)	0.78	1.35	1.49
อัตราเพิ่ม (%)		*72.7*	*10.3*

ที่มา: จเด็จ ธรรมธัชอารี "บทที่ 7 บทเรียนภายหลังการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ใน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย* (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 ปี 2547)

ค. อัตราการใช้บริการ ที่ปรากฏในแผ่นพับ "3 ปีของบัตรทอง 30 บาททำให้คนไทยมีความสุขมากขึ้น"

	2544	2545	2546
ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	75.74	102.95	115.01
อัตราเพิ่ม (%)		*35.93*	*11.71*
ผู้ป่วยใน (ล้านคน)	6.03	3.84	3.99
อัตราเพิ่ม (%)		*-36.32*	*3.99*
วันนอนผู้ป่วยใน (ล้านวัน)	25.60	14.93	14.56
อัตราเพิ่ม (%)		*-41.68*	*-2.48*

ที่มา: คัดลอกจากตารางในแผ่นพับ "3 ปีของบัตรทอง 30 บาททำให้คนไทยมีความสุขมากขึ้น" ของ สปสช. (มีเผยแพร่ที่ สปสช. ในเดือนธันวาคม 2547)

ข. ข้อมูลการให้บริการจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข *ซึ่งรวมการใช้บริการของผู้ป่วยทุกสิทธิ์จากข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานมาที่ส่วนกลาง* (เป็นข้อมูลของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก) ตารางที่ 7.24 ซึ่งแสดงข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลในช่วงปีงบประมาณ 2541-2545[114] แสดงให้เห็นแนวโน้มการให้บริการของสถานพยาบาลที่เพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ซึ่งรวมถึงในปีงบประมาณ 2545 ด้วย) แต่จำนวนการให้บริการของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 ซึ่ง *เพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน*นั้น ไม่ได้แตกต่างจากแนวโน้มในปีก่อนๆ อย่างชัดเจน

[114] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในปี 2543-45 ยังขาดข้อมูล 1, 2 และ 3 จังหวัดตามลำดับ

ตารางที่ 7.24 กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยนอก/ใน รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2541–2545 [1/]

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด	รวมจำนวนครั้งการใช้บริการของผู้ป่วย					รวมจำนวนผู้ป่วยใน				
	2541	2542	2543[2/]	2544[3/]	2545[4/]	2541	2542	2543[2/]	2544[3/]	2545[4/]
รวมทั้งประเทศ	**86.97**	**91.89**	**94.54**	**97.04**	**99.33**	**4.51**	**4.66**	**4.89**	**5.16**	**5.99**
จว.ที่ใช้ Exclusive	34.37	35.72	36.44	38.92	34.70	1.73	1.79	1.90	2.05	2.23
จว.ที่ใช้ Inclusive	45.11	48.09	49.46	49.13	55.07	2.43	2.48	2.59	2.68	3.26
จว.ที่ใช้ Mix	7.49	8.08	8.65	9.00	9.56	0.35	0.39	0.40	0.43	0.50
ภาคเหนือ	21.25	22.14	21.93	23.18	28.20	1.00	1.02	1.04	1.12	1.50
ภาค ตอ./น.	33.42	33.60	33.22	34.78	30.99	1.61	1.54	1.64	1.71	1.92
ภาคกลาง	11.57	13.24	15.34	14.10	14.51	0.58	0.62	0.69	0.72	0.78
ภาคตะวันออก	6.16	6.18	6.98	7.46	7.98	0.36	0.42	0.41	0.41	0.48
ภาคตะวันตก	3.52	4.34	4.07	4.59	4.10	0.24	0.27	0.29	0.28	0.32
ภาคใต้	11.05	12.39	13.00	12.94	13.54	0.72	0.79	0.82	0.92	0.99

ที่มา: สถิติการเจ็บป่วยปี 2541–2543 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข และจาก website ของ สนย.

หมายเหตุ : 1/ สนย. รวบรวมจากข้อมูลนำส่งของสาธารณสุขจังหวัด 75 จังหวัด (ยกเว้น กทม.) เป็นข้อมูลของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ เป็นหลัก ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย และอาจรวมถึงโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักปลัดฯ ด้วย (แต่ สนย. ไม่สามารถระบุได้ว่าข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานมามีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่เพียงใด)

2/ ขาดข้อมูลของจังหวัดมหาสารคาม

3/ ขาดข้อมูลของจังหวัดเพชรบูรณ์ มหาสารคาม

4/ ขาดข้อมูลของจังหวัดสมุทรสงคราม มหาสารคาม ลพบุรี

ค. ข้อมูลจากรายงานกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลตามแบบ 0110 รง.5

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลตามแบบ 0110 รง.5 จากเฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 814 แห่ง (ซึ่งทั้งหมดอยู่นอก กทม.) ซึ่งรายงานมาที่กระทรวงสาธารณสุข และนำเฉพาะข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลทั้ง 4 ปีในระหว่างปีงบประมาณ 2543-2546 จำนวน 787 แห่งมาประมวลผลจำนวนการใช้บริการในระหว่างปีงบประมาณ 2543-2546 เพื่อให้เป็นฐานเดียวกันในการเปรียบเทียบข้ามปี[115]

[115] ดูรายละเอียดของเกณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเลือกโรงพยาบาลในศรชัย (2546) โรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มนี้รวม รพ. บ้านแพ้ว ซึ่งปัจจุบันออกนอกระบบมาเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบข้อมูลข้าม

อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังมีปัญหาจากการเปลี่ยนนิยามผู้ป่วยนอกในปี 2545 (ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป)

จากการประมวลผล ซึ่งแสดงไว้ในตารางที่ 7.25 พบว่าจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2545 เพิ่มขึ้นจากปี 2544 มากกว่าหนึ่งเท่าตัว กล่าวคือเพิ่มจาก 61 ล้านครั้งเป็น 121 ล้านครั้ง และยังคงเพิ่มขึ้นเป็น 145 ล้านครั้งในปี 2546 หรือเมื่อคิดเป็นอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร (ตารางที่ 7.27) จะเพิ่มจาก 1.2 และ 1.3 ครั้งต่อคนในปี 2543–44 เป็น 2.6 ครั้งต่อคนในปี 2545 และ 3.1 ครั้งต่อคนในปี 2546 อย่างไรก็ตาม รายงาน 0110 รง.5 ของปี 2545 ได้รวมกิจกรรมของสถานพยาบาลลูกข่าย (PMC หรือ PCU) ซึ่งประกอบด้วยสถานีอนามัยเป็นหลัก ในขณะที่รายงานปี 2543-44 ไม่ได้รวมข้อมูลของสถานีอนามัย (และผู้วิจัยยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลของสถานีอนามัยย้อนหลังได้) ดังนั้น เพื่อให้เห็นภาพเฉพาะกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ในตารางที่ 7.27 และตารางที่ 7.28 จึงคำนวณหาจำนวนและอัตราการให้บริการกรณีที่ปี 2545 และ 2546 ไม่รวม PMC (หรือ PCU) พบว่าสถานพยาบาลแม่ข่ายให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปี 2545 ประมาณ 94 ล้านครั้ง หรือเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี 2544 ที่ให้บริการ 61 ล้านครั้ง หรือหากคำนวณเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อจำนวนประชากรจะเห็นว่าในปี 2545 มีอัตราการให้บริการประมาณ 2.0ครั้งต่อคน ในขณะที่ปี 2543-44 มีอัตราการให้บริการ 1.2 และ 1.3 ครั้งต่อคน

ในส่วนของจำนวนการรับผู้ป่วยในและจำนวนวันนอนนั้น ในจำนวนโรงพยาบาลที่มีข้อมูลทั้งสามปีจำนวน 787 แห่ง (จาก 814 แห่ง) พบว่าจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 4.78 และ 5.18 ล้านคนในปี 2543-2544 เป็น 5.34 ล้านคนในปี 2545 (ดูตารางที่ 7.25) หรือ 5.27 ล้านคนถ้าไม่รวมผู้ป่วยในที่เครือข่าย PMC/PCU (คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2-3) และเพิ่มขึ้นเป็น 5.38 ล้านคนในปี 2546

ในด้านจำนวนวันนอนนั้น ก็เพิ่มขึ้นจาก 18.5 และ 19.8 ล้านวันในปี 2543-2544 เป็น 21.3-21.4 ล้านวันในปี 2545 (หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 7-8 ในปี 2545) และ 21.8-21.9 ล้านวันในปี

ปีในระหว่างปี 2543-2546 การคำนวณอัตราการใช้บริการต่างๆ ในตารางที่ 7.26 และตารางที่ 7.28 ใช้ตัวเลขประชากรปี 2545 เป็นฐาน และปรับตัวเลขประชากรปีอื่นๆ โดยสมมติให้ประชากรมีอัตราเพิ่มร้อยละ 1.00 ต่อปีในระหว่างปี 2543-2546 (อัตราเพิ่มเฉลี่ยของประชากรในระหว่างปี 2533-43 อยู่ที่ร้อยละ 1.06 ต่อปี) ทั้งนี้ ตัวเลขของประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมใช้ข้อมูลมาจากรายงาน 10 ตารางที่จังหวัดส่งให้สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพในช่วงปี 2544-45 สำหรับจำนวนประชากรที่มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ใช้ข้อมูลจากรายงานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ตรวจสอบสิทธิแล้ว

อัตราส่วนสำหรับสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ (หรือในภาคต่างๆ) คำนวณจากผลรวมระดับสถานพยาบาลและถัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของสถานพยาบาลเพื่อให้ได้อัตราส่วนในภาพรวมระดับจังหวัด/ประเทศ โดยใช้เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทุกปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 814 แห่ง)

2546 (คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2-3) (ดูตารางที่ 7.25 และตารางที่ 7.27)

เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนของประชากรแล้ว อัตราการรับผู้ป่วยในต่อประชากรทั้งประเทศในปี 2545 เท่ากับร้อยละ 11.5 ซึ่งสูงกว่าในปี 2544 (ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 11.3) เล็กน้อย แต่เมื่อแยกคำนวณตามขนาดสถานพยาบาลพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในต่อประชากรในปี 2545 ของสถานพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (จากร้อยละ 17.5 เป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรในพื้นที่ในปี 2545 และร้อยละ 20.7 ในปี 2546)[116] ขณะที่อัตราการรับผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนลดลงเล็กน้อย (จากร้อยละ 9.1 ในปี 2544 เหลือร้อยละ 8.5 และ 8.3 ในปี 2545 และ 2546)

ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยนั้น เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 3.9 และ 3.8 วันต่อผู้ป่วยในหนึ่งคนในปี 2543 และ 2544 เป็น 4.04 วันในปี 2545 และ 4.06 วันในปี 2546 โดยเพิ่มในส่วนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จาก 5.0 และ 4.8 วันในปี 2543-2544 เป็น 5.2 และ 5.1 วันในปี 2545-2546 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีวันนอนเฉลี่ยที่ไม่ค่อยต่างจากเดิมนัก (3.1 วัน) สำหรับอัตราการรับและส่ง Refer มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีก่อนๆ มาก โดยเฉพาะตัวเลขรายงานการส่ง Refer ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.8 และ 2.0 ในปี 2543–2544 เป็นร้อยละ 2.9 และ 3.5 ในปี 2545-2546 ขณะที่อัตราการรับ Refer เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1-3.2 ในปี 2543–2544 เป็นร้อยละ 3.3 และ 3.9 ในปี 2545-2546[117]

แม้ว่าข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ที่คณะผู้วิจัยรวบรวมมาในช่วงต้นปี 2547 จะไม่ครบทุกโรงพยาบาล (รวมทั้งคณะผู้วิจัยตัดสถานพยาบาลที่มีข้อมูลไม่ครบทุกปีออก เพื่อให้การเปรียบเทียบอัตราการให้บริการข้ามปีมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น)[118] แต่คณะผู้วิจัยเชื่อว่าข้อมูลที่เสนอในที่นี้ก็น่าจะมีความสมบูรณ์กว่าในช่วงต้นปีที่กระทรวงสาธารณสุขรายงานในหัวข้อ ก. ซึ่งจากข้อมูลที่ได้นั้น อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2545 ประมาณร้อยละ 50 (ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) *แต่อัตราการให้บริการผู้ป่วยในก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน* ซึ่งตรงกันข้ามกับที่รายงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่าจำนวนผู้ป่วยในลดลง (แต่ยอดผู้ป่วยในที่คณะผู้วิจัยรวบรวมมาได้ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากเท่ากับข้อมูลจากสำนักนโยบายและ

---

[116] อัตรานี้ตัวเศษคิดรวมคนไข้ที่มาจากนอกพื้นที่ด้วย

[117] อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลของปี 2543 และ 2544 อาจจะมีคุณภาพไม่ดีนัก เนื่องจากการบันทึกและรายงานของสถานพยาบาลหลายแห่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนไม่ค่อยเป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง โดยปี 2543 โรงพยาบาลชุมชนจะส่งรายงาน 0110 รง.5 ทุก 4 เดือน และเปลี่ยนเป็นทุก 3 เดือนในปี 2544 ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการส่งรายงานทุกเดือน (ในอดีต โรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มขึ้นอยู่กับหน่วยงานแยกกัน เพิ่งจะถูกนำมารวมให้ขึ้นอยู่กับหน่วยงานเดียวกันในช่วงที่มีการดำเนินโครงการ 30 บาท)

[118] ซึ่งมีผลทำให้ต้องตัดโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขออกไปทั้งหมด ยกเว้น รพ.บ้านแพ้ว

ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขในข้อ ข.) อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่รวบรวมมาได้ก็ยืนยันสมมุติฐาน (และข้อสังเกต) ของหลายฝ่ายว่าน่าจะมีผู้มาใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ ซึ่งส่วนหนึ่งก็สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการที่ต้องการเปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมาก่อนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น ซึ่งย่อมทำให้ภาระงานของสถานพยาบาลเหล่านี้เพิ่มขึ้นด้วย

ข้อพึงระวังประการหนึ่งในการตีความข้อมูลเหล่านี้ก็คือ ถึงแม้ในกรณีที่ไม่มีปัญหาเรื่องความถูกต้องของข้อมูลเหล่านี้เลย การตีความจากข้อมูลเหล่านี้ (หรือการนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการประเมินผลที่เกิดจากจากความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ก็ยังต้องทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างสูง *เพราะโครงการ 30 บาทนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการนำกฎเกณฑ์ใหม่บางอย่างมาใช้ เช่น การกำหนดให้ผู้มีสิทธิ์ต้องไปรับบริการจากสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรก่อน โดยผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะส่งต่อไปรักษาที่อื่นหรือไม่ หรือในฝั่งผู้ให้บริการเองในบางจังหวัดก็มีการกำหนดให้แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดข้างเคียงให้ส่งผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลจังหวัดก่อน แล้วจึงให้แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดตัดสินใจว่าจะรักษาเองหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์* ซึ่งข้อกำหนดเหล่านี้มีผลในการ*เพิ่มจำนวนครั้งรวมของการให้บริการ*ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนคาดการณ์ได้อย่างถูกต้องว่าโรงพยาบาลที่ตนต้องไปรับการรักษาตามที่ระบุไว้ในบัตรหรือโรงพยาบาลที่ตนต้องส่งต่อไปตามขั้นตอนไม่มีศักยภาพในการรักษาในกรณีนั้นๆ จริง ซึ่งในช่วงสามปีที่ผ่านมานั้น เรามักได้ยินได้ฟังหรือได้พบกรณีที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปหลายๆ สถานพยาบาลด้วยเหตุผลทำนองนี้ แม้ว่าเราจะไม่มีข้อมูลว่าจำนวนกรณีเหล่านี้มีมากน้อยเพียงใด แต่การที่ตัวเลข*จำนวนผู้ป่วยนอกรายใหม่*ของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545 และ 2546 (ซึ่งบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในปีนั้นๆ) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว (จากประมาณ 20-21 ล้านคนในปี 2543 และ 2544 เป็นประมาณ 50 ล้านคน ในปี 2545 (หรือ 40 ล้านคน ถ้าไม่นับการให้บริการที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน) ก็น่าจะทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรใช้ความระมัดอย่างสูงในการที่จะเชื่อมโยงอัตราการใช้บริการกับผลลัพท์ด้านสุขภาพของประชาชน เพราะมีความเป็นไปได้ว่าจำนวนบริการที่เพิ่มขึ้น (และภาระงานที่เพิ่มขึ้นของผู้ให้บริการ) อาจจะไม่ได้เป็นหลักประกันว่าประชาชนมีผลลัพท์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นเสมอไป และภายใต้สภาวการณ์เช่นนี้ ถ้าปรากฏว่าในภาพรวมของประเทศยังมียอดจำนวนหรืออัตราการใช้บริการที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (เช่น กรณีตัวเลขที่รายงานการลดลงของจำนวนการให้บริการผู้ป่วยในถึงร้อยละ 9 (หรือร้อยละ 36!) ในปี 2545 ซึ่งถ้าเป็นตัวเลขที่ถูกต้องแล้ว ก็ถือได้ว่าเป็นสัญญาณเตือนที่บ่งชี้ว่าหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทแล้ว ประชาชนจำนวนมากกลับมีปัญหาในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการ

ตารางที่ 7.25 เปรียบเทียบจำนวนกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-2546 (ปี 2545-46 รวม PMC/PCU)

ภูมิภาค	จำนวน(แห่ง)	จำนวนครั้งการใช้บริการ ผป นอก (ล้านครั้ง)				จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน)				จำนวนวันนอน (ล้านวัน)				จำนวนการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (ล้านคน)				จำนวนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ (ล้านคน)			
		2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546
ทั้งประเทศ	787	55.22	60.85	120.93	144.94	4.78	5.18	5.34	5.39	18.47	19.81	21.44	21.88	0.82	0.91	1.51	2.32	1.39	1.46	1.65	1.83
รพ.ใหญ่	92	15.41	17.12	34.71	39.19	1.93	2.08	2.40	2.52	9.59	9.97	12.28	12.85	0.09	0.10	0.22	0.39	0.65	0.73	1.08	1.25
รพ.เล็ก	695	39.81	43.73	86.23	105.74	2.85	3.09	2.94	2.87	8.88	9.84	9.16	9.03	0.73	0.81	1.29	1.93	0.75	0.73	0.57	0.58
ภาคเหนือ	176	12.43	13.88	28.36	35.23	1.03	1.13	1.14	1.14	4.13	4.36	4.89	4.80	0.22	0.25	0.46	0.75	0.48	0.60	0.64	0.67
รพ.ใหญ่	20	3.33	3.62	7.90	9.24	0.44	0.46	0.54	0.55	2.12	2.17	2.85	2.81	0.03	0.03	0.06	0.14	0.19	0.26	0.32	0.39
รพ.เล็ก	156	9.10	10.26	20.46	26.00	0.59	0.67	0.60	0.59	2.01	2.19	2.05	1.99	0.19	0.22	0.40	0.61	0.29	0.34	0.32	0.29
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	263	19.14	20.76	41.44	51.82	1.75	1.84	1.83	1.86	6.05	6.47	6.64	6.94	0.29	0.32	0.49	0.78	0.56	0.51	0.55	0.62
รพ.ใหญ่	19	3.59	3.98	8.24	9.44	0.54	0.57	0.64	0.70	2.58	2.70	3.11	3.37	0.02	0.03	0.07	0.10	0.24	0.24	0.38	0.41
รพ.เล็ก	244	15.54	16.78	33.20	42.38	1.21	1.27	1.19	1.16	3.47	3.77	3.53	3.56	0.27	0.29	0.42	0.68	0.31	0.27	0.17	0.21
ภาคกลาง	91	6.47	7.46	14.15	16.61	0.49	0.54	0.57	0.59	2.12	2.36	2.63	2.61	0.07	0.09	0.15	0.20	0.07	0.07	0.10	0.13
รพ.ใหญ่	16	2.46	2.83	5.81	6.63	0.26	0.29	0.32	0.34	1.31	1.39	1.81	1.79	0.01	0.02	0.03	0.04	0.04	0.06	0.08	0.11
รพ.เล็ก	75	4.01	4.63	8.34	9.98	0.23	0.25	0.24	0.25	0.81	0.97	0.82	0.82	0.06	0.07	0.12	0.17	0.02	0.02	0.02	0.02
ภาคตะวันออก	59	4.11	4.48	9.57	10.92	0.37	0.41	0.43	0.44	1.59	1.65	1.87	1.96	0.06	0.06	0.11	0.14	0.07	0.07	0.09	0.10
รพ.ใหญ่	7	1.24	1.43	2.69	2.95	0.16	0.18	0.19	0.21	0.87	0.87	1.05	1.21	0.01	0.01	0.02	0.02	0.04	0.04	0.07	0.07
รพ.เล็ก	52	2.87	3.06	6.88	7.98	0.22	0.24	0.25	0.23	0.72	0.78	0.82	0.75	0.05	0.06	0.09	0.12	0.03	0.02	0.02	0.02
ภาคตะวันตก	54	4.22	4.58	8.92	9.75	0.39	0.41	0.45	0.47	1.64	1.84	1.97	2.04	0.04	0.05	0.09	0.13	0.04	0.05	0.08	0.09
รพ.ใหญ่	11	1.91	2.13	4.06	4.25	0.21	0.23	0.28	0.29	1.07	1.12	1.40	1.44	0.00	0.01	0.01	0.02	0.03	0.03	0.07	0.09
รพ.เล็ก	43	2.31	2.45	4.85	5.50	0.17	0.19	0.17	0.18	0.58	0.72	0.56	0.61	0.04	0.05	0.07	0.11	0.01	0.01	0.01	0.01
ภาคใต้	144	8.84	9.67	18.49	20.60	0.75	0.84	0.92	0.90	2.93	3.14	3.44	3.52	0.14	0.15	0.22	0.31	0.17	0.16	0.20	0.22
รพ.ใหญ่	19	2.86	3.13	5.99	6.69	0.32	0.36	0.43	0.44	1.64	1.73	2.06	2.23	0.02	0.02	0.04	0.07	0.10	0.10	0.16	0.19
รพ.เล็ก	125	5.98	6.54	12.50	13.91	0.43	0.48	0.49	0.46	1.29	1.41	1.38	1.29	0.12	0.13	0.18	0.25	0.07	0.06	0.03	0.03
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive		*21.92*	*23.78*	*45.26*		*1.89*	*2.04*	*2.10*		*7.08*	*7.65*	*8.30*		*0.32*	*0.35*	*0.55*		*0.49*	*0.48*	*0.53*	
รพ.ใหญ่		5.89	6.54	12.53		0.75	0.82	0.93		3.67	3.84	4.86		0.03	0.04	0.09		0.24	0.24	0.38	
รพ.กลาง&เล็ก		16.03	17.24	32.73		1.13	1.22	1.17		3.40	3.81	3.44		0.29	0.31	0.45		0.25	0.24	0.15	
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive		*29.08*	*32.58*	*66.12*		*2.51*	*2.75*	*2.84*		*10.03*	*10.74*	*11.57*		*0.43*	*0.49*	*0.84*		*0.75*	*0.83*	*0.98*	
รพ.ใหญ่		8.91	9.95	20.61		1.08	1.16	1.33		5.43	5.61	6.70		0.06	0.06	0.12		0.34	0.42	0.61	
รพ.กลาง&เล็ก		20.18	22.62	45.51		1.43	1.59	1.51		4.60	5.13	4.87		0.38	0.43	0.72		0.41	0.41	0.38	
รวมจังหวัดที่ใช้Mixed		*4.21*	*4.49*	*9.56*		*0.37*	*0.38*	*0.40*		*1.36*	*1.42*	*1.57*		*0.07*	*0.07*	*0.12*		*0.16*	*0.15*	*0.14*	
รพ.ใหญ่		0.84	0.90	2.00		0.11	0.11	0.15		0.53	0.57	0.76		0.01	0.01	0.01		0.07	0.07	0.10	
รพ.กลาง&เล็ก		3.37	3.59	7.56		0.27	0.27	0.25		0.83	0.85	0.80		0.06	0.07	0.11		0.09	0.08	0.04	

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทั้ง 4 ปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง)

ตารางที่ 7.26 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-46 เป็นรายภาค (ปี 2545-46 รวม PMC/PCU)

ภูมิภาค	จำนวน(แห่ง)	อัตราการใช้บริการ ผป นอก (ครั้ง)				อัตราผู้ป่วยใน (% ของ ปชก)				วันนอนเฉลี่ย (วัน)				อัตราการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (%)				อัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ (%)			
		2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546
ทั้งประเทศ	**787**	**1.21**	**1.32**	**2.61**	**3.09**	**10.50%**	**11.27%**	**11.50%**	**11.50%**	**3.87**	**3.83**	**4.02**	**4.06**	**1.80%**	**1.99%**	**3.25%**	**4.95%**	**3.06%**	**3.18%**	**3.55%**	**3.91%**
รพ.ใหญ่	92	***1.31***	***1.44***	***2.89***	***3.23***	***16.37%***	***17.52%***	***19.96%***	***20.74%***	***4.97***	***4.79***	***5.12***	***5.11***	***0.80%***	***0.87%***	***1.87%***	***3.23%***	***5.49%***	***6.14%***	***9.00%***	***10.31%***
รพ.เล็ก	695	***1.18***	***1.28***	***2.51***	***3.04***	***8.44%***	***9.08%***	***8.55%***	***8.27%***	***3.12***	***3.18***	***3.12***	***3.14***	***2.15%***	***2.37%***	***3.74%***	***5.55%***	***2.21%***	***2.15%***	***1.65%***	***1.67%***
ภาคเหนือ	176	1.25	1.38	2.79	3.43	10.32%	11.19%	11.20%	11.12%	4.02	3.87	4.29	4.21	2.21%	2.44%	4.51%	7.30%	4.85%	5.88%	6.27%	6.55%
รพ.ใหญ่	20	1.27	1.37	2.95	3.41	16.60%	17.36%	20.22%	20.22%	4.87	4.70	5.25	5.14	1.09%	1.07%	2.31%	5.25%	7.34%	9.71%	12.03%	14.29%
รพ.เล็ก	156	1.24	1.38	2.73	3.44	8.07%	8.98%	7.98%	7.86%	3.39	3.29	3.42	3.35	2.6%	2.93%	5.30%	8.04%	3.96%	4.64%	4.21%	3.77%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	263	1.14	1.22	2.42	2.99	10.42%	10.86%	10.67%	10.75%	3.46	3.51	3.63	3.73	1.73%	1.86%	2.86%	4.53%	3.32%	3.02%	3.20%	3.61%
รพ.ใหญ่	19	1.28	1.40	2.87	3.25	19.12%	20.01%	22.17%	24.10%	4.80	4.75	4.88	4.82	0.78%	0.96%	2.36%	3.57%	8.65%	8.42%	13.12%	14.18%
รพ.เล็ก	244	1.11	1.19	2.33	2.94	8.66%	9.02%	8.36%	8.06%	2.86	2.96	2.96	3.07	1.92%	2.04%	2.96%	4.72%	2.25%	1.93%	1.20%	1.46%
ภาคกลาง	91	1.29	1.47	2.76	3.21	9.79%	10.72%	11.06%	11.31%	4.30	4.33	4.64	4.46	1.45%	1.69%	2.87%	3.95%	1.30%	1.47%	1.94%	2.42%
รพ.ใหญ่	16	1.27	1.45	2.95	3.34	13.68%	15.05%	16.46%	17.05%	4.96	4.74	5.60	5.29	0.73%	0.78%	1.28%	1.93%	2.33%	2.86%	4.18%	5.34%
รพ.เล็ก	75	1.29	1.48	2.64	3.12	7.37%	8.02%	7.70%	7.74%	3.54	3.87	3.35	3.33	1.89%	2.26%	3.86%	5.20%	0.66%	0.61%	0.55%	0.61%
ภาคตะวันออก	59	1.23	1.32	2.80	3.16	11.06%	12.18%	12.69%	12.59%	4.29	3.99	4.31	4.50	1.67%	1.90%	3.08%	3.97%	2.20%	2.03%	2.55%	2.78%
รพ.ใหญ่	7	1.43	1.63	3.04	3.29	17.92%	19.96%	21.24%	22.95%	5.56	4.95	5.58	5.88	0.83%	1.05%	1.92%	2.06%	4.79%	5.06%	7.42%	8.17%
รพ.เล็ก	52	1.15	1.22	2.71	3.11	8.66%	9.45%	9.69%	8.98%	3.36	3.28	3.34	3.27	1.97%	2.20%	3.49%	4.65%	1.29%	0.97%	0.85%	0.90%
ภาคตะวันตก	54	1.31	1.41	2.72	2.94	11.98%	12.76%	13.59%	14.14%	4.27	4.44	4.41	4.36	1.39%	1.61%	2.64%	3.93%	1.33%	1.41%	2.35%	2.81%
รพ.ใหญ่	11	1.35	1.49	2.82	2.92	15.09%	15.78%	19.07%	19.79%	4.99	4.96	5.11	4.98	0.35%	0.48%	1.01%	1.61%	2.01%	2.42%	4.78%	5.89%
รพ.เล็ก	43	1.28	1.35	2.64	2.96	9.53%	10.39%	9.30%	9.70%	3.37	3.83	3.30	3.37	2.20%	2.49%	3.93%	5.75%	0.80%	0.62%	0.44%	0.39%
ภาคใต้	144	1.24	1.34	2.54	2.80	10.49%	11.62%	12.67%	12.22%	3.92	3.75	3.72	3.92	1.91%	2.07%	3.06%	4.27%	2.39%	2.21%	2.72%	3.00%
รพ.ใหญ่	19	1.35	1.46	2.77	3.06	15.10%	16.81%	19.95%	20.00%	5.13	4.80	4.76	5.09	0.83%	0.80%	1.75%	3.04%	4.51%	4.60%	7.59%	8.58%
รพ.เล็ก	125	1.19	1.29	2.45	2.69	8.54%	9.42%	9.59%	8.92%	3.01	2.95	2.81	2.80	2.37%	2.61%	3.61%	4.80%	1.50%	1.19%	0.66%	0.63%
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive		**1.2**	**1.3**	**2.5**		**10.6**	**11.3**	**11.5**		**3.8**	**3.7**	**4.0**		**1.8**	**1.9**	**3.0**		**2.7**	**2.7**	**2.9**	
รพ.ใหญ่		1.4	1.5	2.9		17.8	19.3	21.5		4.9	4.7	5.2		0.8	0.9	2.2		5.6	5.6	8.8	
รพ.กลาง&เล็ก		1.2	1.3	2.4		8.3	8.9	8.4		3.0	3.1	2.9		2.1	2.3	3.3		1.8	1.8	1.1	
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive		**1.2**	**1.3**	**2.7**		**10.4**	**11.3**	**11.5**		**4.0**	**3.9**	**4.1**		**1.8**	**2.0**	**3.4**		**3.1**	**3.4**	**4.0**	
รพ.ใหญ่		1.3	1.4	2.9		15.4	16.5	18.7		5.0	4.8	5.0		0.8	0.8	1.7		4.9	5.9	8.5	
รพ.กลาง&เล็ก		1.2	1.3	2.6		8.3	9.2	8.6		3.2	3.2	3.2		2.2	2.5	4.1		2.4	2.4	2.2	
รวมจังหวัดที่ใช้Mixed		**1.2**	**1.3**	**2.7**		**10.9**	**11.0**	**11.3**		**3.6**	**3.7**	**3.9**		**2.0**	**2.1**	**3.5**		**4.6**	**4.3**	**3.9**	
รพ.ใหญ่		1.3	1.4	3.1		17.1	17.5	23.4		4.9	5.1	5.1		1.1	1.2	1.8		11.1	11.6	15.1	
รพ.กลาง&เล็ก		1.2	1.3	2.6		9.5	9.6	8.6		3.1	3.1	3.3		2.2	2.3	3.9		3.1	2.7	1.3	

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 (เปรียบเทียบเฉพาะในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทุกปีระหว่างปี 2543-2546 จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง) ข้อมูลปี 2545-46 รวม PMC/PCU ข้อมูลปี 2543 และ 2544 ไม่รวมสถานีอนามัย

ตารางที่ 7.27 เปรียบเทียบจำนวนกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-2546 (ไม่รวม PMC/PCU)

ภูมิภาค	จำนวน (แห่ง)	จำนวนครั้งการใช้บริการ ผป นอก (ล้านครั้ง)				จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน)				จำนวนวันนอน (ล้านวัน)				จำนวนการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (ล้านคน)				จำนวนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ (ล้านคน)			
		2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546
ทั้งประเทศ	787	55.22	60.85	93.59	82.41	4.78	5.18	5.27	5.38	18.47	19.81	21.29	21.84	0.82	0.91	1.33	1.62	1.39	1.46	1.54	1.83
รพ.ใหญ่	92	15.41	17.12	27.87	26.63	1.93	2.08	2.36	2.52	9.59	9.97	12.22	12.85	0.09	0.10	0.19	0.21	0.65	0.73	1.02	1.25
รพ.เล็ก	695	39.81	43.73	65.72	55.77	2.85	3.09	2.91	2.86	8.88	9.84	9.07	8.99	0.73	0.81	1.14	1.42	0.75	0.73	0.53	0.58
ภาคเหนือ	176	12.43	13.88	21.75	19.16	1.03	1.13	1.13	1.14	4.13	4.36	4.85	4.80	0.22	0.25	0.41	0.43	0.48	0.60	0.62	0.67
รพ.ใหญ่	20	3.33	3.62	6.25	5.96	0.44	0.46	0.54	0.55	2.12	2.17	2.85	2.81	0.03	0.03	0.05	0.05	0.19	0.26	0.32	0.39
รพ.เล็ก	156	9.10	10.26	15.50	13.20	0.59	0.67	0.58	0.59	2.01	2.19	2.01	1.99	0.19	0.22	0.35	0.38	0.29	0.34	0.30	0.29
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	263	19.14	20.76	32.07	26.48	1.75	1.84	1.78	1.86	6.05	6.47	6.56	6.94	0.29	0.32	0.43	0.53	0.56	0.51	0.49	0.62
รพ.ใหญ่	19	3.59	3.98	6.75	5.76	0.54	0.57	0.60	0.70	2.58	2.70	3.05	3.37	0.02	0.03	0.05	0.06	0.24	0.24	0.33	0.41
รพ.เล็ก	244	15.54	16.78	25.32	20.72	1.21	1.27	1.18	1.16	3.47	3.77	3.51	3.56	0.27	0.29	0.38	0.47	0.31	0.27	0.16	0.21
ภาคกลาง	91	6.47	7.46	10.61	10.51	0.49	0.54	0.57	0.59	2.12	2.36	2.63	2.61	0.07	0.09	0.13	0.18	0.07	0.07	0.10	0.13
รพ.ใหญ่	16	2.46	2.83	4.27	4.74	0.26	0.29	0.32	0.34	1.31	1.39	1.81	1.79	0.01	0.02	0.02	0.03	0.04	0.06	0.08	0.11
รพ.เล็ก	75	4.01	4.63	6.34	5.77	0.23	0.25	0.24	0.25	0.81	0.97	0.82	0.82	0.06	0.07	0.11	0.15	0.02	0.02	0.02	0.02
ภาคตะวันออก	59	4.11	4.48	7.18	6.56	0.37	0.41	0.43	0.44	1.59	1.65	1.85	1.96	0.06	0.06	0.08	0.11	0.07	0.07	0.07	0.10
รพ.ใหญ่	7	1.24	1.43	2.22	2.12	0.16	0.18	0.19	0.21	0.87	0.87	1.05	1.21	0.01	0.01	0.01	0.01	0.04	0.04	0.06	0.07
รพ.เล็ก	52	2.87	3.06	4.96	4.43	0.22	0.24	0.24	0.23	0.72	0.78	0.80	0.75	0.05	0.06	0.07	0.10	0.03	0.02	0.01	0.02
ภาคตะวันตก	54	4.22	4.58	7.96	6.08	0.39	0.41	0.44	0.46	1.64	1.84	1.97	2.01	0.04	0.05	0.08	0.12	0.04	0.05	0.08	0.09
รพ.ใหญ่	11	1.91	2.13	3.63	2.97	0.21	0.23	0.28	0.29	1.07	1.12	1.40	1.44	0.00	0.01	0.01	0.02	0.03	0.03	0.07	0.09
รพ.เล็ก	43	2.31	2.45	4.33	3.11	0.17	0.19	0.17	0.17	0.58	0.72	0.56	0.57	0.04	0.05	0.07	0.10	0.01	0.01	0.01	0.01
ภาคใต้	144	8.84	9.67	14.02	13.62	0.75	0.84	0.92	0.90	2.93	3.14	3.43	3.52	0.14	0.15	0.19	0.25	0.17	0.16	0.19	0.22
รพ.ใหญ่	19	2.86	3.13	4.74	5.08	0.32	0.36	0.43	0.44	1.64	1.73	2.05	2.23	0.02	0.02	0.03	0.04	0.10	0.10	0.16	0.19
รพ.เล็ก	125	5.98	6.54	9.28	8.54	0.43	0.48	0.49	0.46	1.29	1.41	1.38	1.29	0.12	0.13	0.16	0.21	0.07	0.06	0.03	0.03
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive		***21.92***	***23.78***	***45.26***		***1.89***	***2.04***	***2.10***		***7.08***	***7.65***	***8.30***		***0.32***	***0.35***	***0.55***		***0.49***	***0.48***	***0.53***	
รพ.ใหญ่		5.89	6.54	12.53		0.75	0.82	0.93		3.67	3.84	4.86		0.03	0.04	0.09		0.24	0.24	0.38	
รพ.กลาง&เล็ก		16.03	17.24	32.73		1.13	1.22	1.17		3.40	3.81	3.44		0.29	0.31	0.45		0.25	0.24	0.15	
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive		***29.08***	***32.58***	***66.12***		***2.51***	***2.75***	***2.84***		***10.03***	***10.74***	***11.57***		***0.43***	***0.49***	***0.84***		***0.75***	***0.83***	***0.98***	
รพ.ใหญ่		8.91	9.95	20.61		1.08	1.16	1.33		5.43	5.61	6.70		0.06	0.06	0.12		0.34	0.42	0.61	
รพ.กลาง&เล็ก		20.18	22.62	45.51		1.43	1.59	1.51		4.60	5.13	4.87		0.38	0.43	0.72		0.41	0.41	0.38	
รวมจังหวัดที่ใช้Mixed		***4.21***	***4.49***	***9.56***		***0.37***	***0.38***	***0.40***		***1.36***	***1.42***	***1.57***		***0.07***	***0.07***	***0.12***		***0.16***	***0.15***	***0.14***	
รพ.ใหญ่		0.84	0.90	2.00		0.11	0.11	0.15		0.53	0.57	0.76		0.01	0.01	0.01		0.07	0.07	0.10	
รพ.กลาง&เล็ก		3.37	3.59	7.56		0.27	0.27	0.25		0.83	0.85	0.80		0.06	0.07	0.11		0.09	0.08	0.04	

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทั้ง 4 ปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง)

ตารางที่ 7.28 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด ก.สาธารณสุข ระหว่างปี 2543-46 เป็นรายภาค (ไม่รวม PMC/PCU)

ภูมิภาค	จำนวน(แห่ง)	อัตราการใช้บริการ ผป นอก (ครั้ง)				อัตราผู้ป่วยใน (% ของ ปชก)				วันนอนเฉลี่ย (วัน)				อัตราการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (%)				อัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ (%)			
		2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546
ทั้งประเทศ	787	**1.21**	**1.32**	**2.02**	**1.76**	**10.50%**	**11.27%**	**11.35%**	**11.48%**	**3.87**	**3.83**	**4.04**	**4.06**	**1.80%**	**1.99%**	**2.86%**	**3.46%**	**3.06%**	**3.18%**	**3.33%**	**3.91%**
รพ.ใหญ่	92	**1.31**	**1.44**	**2.32**	**2.19**	**16.37%**	**17.52%**	**19.64%**	**20.74%**	**4.97**	**4.79**	**5.18**	**5.11**	**0.80%**	**0.87%**	**1.55%**	**1.72%**	**5.49%**	**6.14%**	**8.47%**	**10.31%**
รพ.เล็ก	695	**1.18**	**1.28**	**1.91**	**1.61**	**8.44%**	**9.08%**	**8.45%**	**8.24%**	**3.12**	**3.18**	**3.12**	**3.14**	**2.15%**	**2.37%**	**3.31%**	**4.07%**	**2.21%**	**2.15%**	**1.53%**	**1.67%**
ภาคเหนือ	176	1.25	1.38	2.14	1.87	10.32%	11.19%	11.07%	11.12%	4.02	3.87	4.31	4.21	2.21%	2.44%	3.98%	4.14%	4.85%	5.98%	6.09%	6.55%
รพ.ใหญ่	20	1.27	1.37	2.33	2.20	16.60%	17.36%	20.22%	20.22%	4.87	4.70	5.25	5.14	1.09%	1.07%	2.05%	1.82%	7.34%	9.71%	11.91%	14.29%
รพ.เล็ก	156	1.24	1.38	2.07	1.74	8.07%	8.98%	7.80%	7.86%	3.39	3.29	3.43	3.35	2.61%	2.93%	4.68%	4.97%	3.96%	4.64%	4.01%	3.77%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	263	1.14	1.22	1.87	1.53	10.42%	10.86%	10.41%	10.75%	3.46	3.51	3.68	3.73	1.73%	1.86%	2.53%	3.08%	3.32%	3.02%	2.83%	3.61%
รพ.ใหญ่	19	1.28	1.40	2.35	1.98	19.12%	20.01%	20.95%	24.10%	4.80	4.75	5.07	4.82	0.78%	0.96%	1.88%	1.99%	8.65%	8.42%	11.42%	14.18%
รพ.เล็ก	244	1.11	1.19	1.77	1.44	8.66%	9.02%	8.29%	8.06%	2.86	2.96	2.97	3.07	1.92%	2.04%	2.66%	3.30%	2.25%	1.93%	1.11%	1.48%
ภาคกลาง	91	1.29	1.47	2.07	2.03	9.79%	10.72%	11.03%	11.31%	4.30	4.33	4.65	4.46	1.45%	1.69%	2.54%	3.49%	1.30%	1.47%	1.87%	2.42%
รพ.ใหญ่	16	1.27	1.45	2.17	2.38	13.68%	15.05%	16.38%	17.05%	4.96	4.74	5.62	5.29	0.73%	0.78%	1.10%	1.61%	2.33%	2.86%	4.11%	5.34%
รพ.เล็ก	75	1.29	1.48	2.00	1.81	7.37%	8.02%	7.70%	7.74%	3.54	3.87	3.35	3.33	1.89%	2.26%	3.44%	4.66%	0.66%	0.61%	0.48%	0.61%
ภาคตะวันออก	59	1.23	1.32	2.10	1.90	11.06%	12.18%	12.46%	12.59%	4.29	3.99	4.34	4.50	1.67%	1.90%	2.47%	3.29%	2.20%	2.03%	2.14%	2.78%
รพ.ใหญ่	7	1.43	1.63	2.50	2.37	17.92%	19.96%	21.22%	22.95%	5.56	4.95	5.58	5.88	0.83%	1.05%	1.61%	1.53%	4.79%	5.06%	6.63%	8.17%
รพ.เล็ก	52	1.15	1.22	1.96	1.73	8.66%	9.45%	9.41%	8.98%	3.36	3.28	3.35	3.27	1.97%	2.20%	2.77%	3.90%	1.29%	0.97%	0.56%	0.90%
ภาคตะวันตก	54	1.31	1.41	2.43	1.84	11.98%	12.76%	13.55%	13.86%	4.27	4.44	4.42	4.37	1.39%	1.61%	2.47%	3.60%	1.33%	1.41%	2.33%	2.80%
รพ.ใหญ่	11	1.35	1.49	2.52	2.04	15.09%	15.78%	19.07%	19.79%	4.99	4.96	5.11	4.98	0.35%	0.48%	0.96%	1.28%	2.01%	2.42%	4.78%	5.89%
รพ.เล็ก	43	1.28	1.35	2.36	1.67	9.53%	10.39%	9.23%	9.21%	3.37	3.83	3.31	3.33	2.20%	2.49%	3.66%	5.43%	0.80%	0.62%	0.41%	0.38%
ภาคใต้	144	1.24	1.34	1.93	1.85	10.49%	11.62%	12.64%	12.22%	3.92	3.75	3.73	3.92	1.91%	2.07%	2.64%	3.42%	2.39%	2.21%	2.65%	3.00%
รพ.ใหญ่	19	1.35	1.46	2.19	2.32	15.10%	16.81%	19.91%	20.00%	5.13	4.80	4.76	5.09	0.83%	0.80%	1.29%	1.68%	4.51%	4.60%	7.49%	8.58%
รพ.เล็ก	125	1.19	1.29	1.82	1.65	8.54%	9.42%	9.56%	8.92%	3.01	2.95	2.82	2.80	2.37%	2.61%	3.21%	4.16%	1.50%	1.19%	0.59%	0.63%
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive		**21.92**	**23.78**	**35.39**		**1.89**	**2.04**	**2.08**		**7.08**	**7.65**	**8.26**		**0.32**	**0.35**	**0.48**		**0.49**	**0.48**	**0.46**	
รพ.ใหญ่		5.89	6.54	10.29		0.75	0.82	0.92		3.67	3.84	4.85		0.03	0.04	0.08		0.24	0.24	0.33	
รพ.กลาง&เล็ก		16.03	17.24	25.10		1.13	1.22	1.16		3.40	3.81	3.41		0.29	0.31	0.40		0.25	0.24	0.13	
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive		**29.08**	**32.58**	**50.63**		**2.51**	**2.75**	**2.82**		**10.03**	**10.74**	**11.49**		**0.43**	**0.49**	**0.73**		**0.75**	**0.83**	**0.95**	
รพ.ใหญ่		8.91	9.95	16.35		1.08	1.16	1.33		5.43	5.61	6.68		0.06	0.06	0.10		**0.34**	**0.42**	**0.59**	
รพ.กลาง&เล็ก		20.18	22.62	34.29		1.43	1.59	1.49		4.60	5.13	4.81		0.38	0.43	0.64		**0.41**	**0.41**	**0.35**	
รวมจังหวัดที่ใช้Mixed		**4.21**	**4.49**	**7.57**		**0.37**	**0.38**	**0.37**		**1.36**	**1.42**	**1.54**		**0.07**	**0.07**	**0.11**		**0.16**	**0.15**	0.13	
รพ.ใหญ่		0.84	0.90	1.65		0.11	0.11	0.12		0.53	0.57	0.74		0.01	0.01	0.01		0.07	0.07	0.10	
รพ.กลาง&เล็ก		3.37	3.59	5.91		0.27	0.27	0.24		0.83	0.85	0.80		0.06	0.07	0.10		0.09	0.08	0.04	

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 (เปรียบเทียบเฉพาะในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทุกปีระหว่างปี 2543-2546 จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง) ข้อมูลปี 2545-46 รวม PMC/PCU ข้อมูลปี 2543 และ 2544 ไม่รวมสถานีอนามัย

การส่งต่อผู้ป่วย

ในด้านการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ข้อมูลที่ได้รับจากรายงาน 0110 รง. 5 มีความสมบูรณ์น้อยกว่าข้อมูลการรับผู้ป่วยใน และข้อมูลไม่มีการแยกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน[117] นอกจากนี้ ข้อมูลการส่งต่อ (และการรับส่งต่อ) แม้กระทั่งภายในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยกัน ก็ยังประกอบด้วยการส่งต่อสามประเภทคือ จากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลใหญ่ ส่งกลับจากโรงพยาบาลใหญ่ไปโรงพยาบาลชุมชน และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนด้วยกันเอง (ซึ่งกรณีสุดท้ายนี้มีค่อนข้างน้อย)[118]

ในด้านแรงจูงใจของกลไกทางการเงินที่มีต่อการส่งต่อนั้น ในตัวมันเองค่อนข้างคลุมเครือ โดยสำหรับคนไข้นอกนั้น โรงพยาบาลชุมชนต้นทางไม่น่าจะมีปัญหาแรงจูงใจในการส่งต่อเมื่อจำเป็น เพราะค่าใช้จ่ายที่ถูกเรียกเก็บต่อครั้งไม่สูง แต่ในกรณีที่โรงพยาบาลใหญ่ที่ปลายทางมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าที่เบิกได้ ก็อาจจะเลือกที่จะส่งต่อหรือพยายามส่งกลับมากขึ้น ซึ่งไม่ว่าจะเป็นกรณีใดก็จะทำให้ตัวเลขยอดการส่งต่อผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น

สำหรับผู้ป่วยในนั้น แรงจูงใจในการส่งต่อก็ไม่ชัดเจนเหมือนกับการรับผู้ป่วยในโดยรวม เพราะถึงแม้ว่าในระบบ inclusive capitation จะทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการส่งต่อน้อยลงก็ตาม แต่ในระบบ OP-IP split ซึ่งสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยในทุกราย (ไม่ว่าจะโดยการส่งต่อหรือไม่) สามารถเบิกจ่ายจากกองกลางตามค่า DRG นั้น ในกรณีที่รายรับที่เบิกได้คุ้มกับการดำเนินการแล้ว สถานพยาบาลก็มีแนวโน้มที่จะเก็บผู้ป่วยไว้รักษาเองเช่นกัน และการเบิกจ่ายจากกองกลางทำให้ในหลายจังหวัด โรงพยาบาลที่รับรักษาสามารถ admit ผู้ป่วยข้ามเขตได้โดยไม่ต้องกังวลกับเรื่องใบส่งต่อ (หรือขอให้ผู้ป่วยหรือญาติกลับไปเอาใบส่งต่อ) ซึ่งทั้งสองประการนี้อาจทำให้ยอดการส่งต่อในจังหวัดกลุ่มนี้ต่ำกว่าอีกกลุ่มหนึ่งก็เป็นได้

นอกเหนือจากประเด็นที่กล่าวมาแล้ว การใช้ข้อมูลการส่งต่อยังมีปัญหาเรื่องความไม่สอดคล้องของข้อมูลฝ่ายส่งและฝ่ายรับอีกด้วย โดยในอดีต (เช่นในปีงบประมาณ 2543 และ 2544) จำนวนยอดผู้ป่วยที่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าได้รับส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นมักจะสูงกว่ายอดผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรายงานว่ามีการส่งต่อไปที่สถานพยาบาลอื่นมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเป็นความแตกต่างที่เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างเป็นระบบ และน่าจะเกิดจากระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานมากกว่าเป็นความแตกต่างที่เกิดขึ้นจริง (เช่น

---

[117] เมื่อพูดถึงการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ที่อยู่นอกวงการสาธารณสุขมักคิดถึงเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยในเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว จำนวนผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งต่อมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยในมาก

[118] สำหรับการส่งต่อภายในเครือข่ายเดียวกัน คือระหว่างสถานีอนามัยและ/หรือ PCU กับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบสถานีอนามัยและ/หรือ PCU นั้นๆ ไม่รวมอยู่ในตารางที่จะนำเสนอในที่นี้

ส่วนที่เกิดจากการส่งผู้ป่วยข้ามไปยังสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น) ซึ่งสาเหตุหนึ่งคงเป็นเพราะในอดีตนั้น ข้อมูลการส่งต่อส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่รวบรวมมาจากรายงานของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีจำนวนมากและมีระบบข้อมูลที่ไม่ดีเท่าข้อมูลการรับส่งต่อ (ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากรายงานของโรงพยาบาลใหญ่จำนวนไม่มากโรงนัก) นอกจากนี้ เป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากในอดีตอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรวบรวมและรายงานตัวเลขการส่งต่อมากนัก[119] ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับตัวเลขการรับรักษาต่อมากกว่าตัวเลขการส่งต่อ

นอกจากความแตกต่างในด้านระบบข้อมูลและการรายงานของโรงพยาบาลระดับต่างกันแล้ว กลไกการจ่ายเงินอาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลด้วย ตัวอย่างเช่น ในหลายจังหวัดที่ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบแยกงบผู้ป่วยในออกมารวมที่จังหวัด (OP-IP Split หรือ "Exclusive") นั้น โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยในโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ ซึ่งอาจมีผลทำให้ตัวเลขการส่งต่อของจังหวัดเหล่านั้นต่ำกว่าจังหวัดที่ใช้วิธีจัดสรรงบแบบ inclusive capitation ที่ต้องมีการตามจ่ายเงิน และอาจจะมีผลในการเปรียบเทียบข้ามปีได้เช่นกัน (เนื่องจากในปี 2546 นั้น เกือบทุกจังหวัดเปลี่ยนมาใช้วิธีการจ่ายเงินแบบแยกงบผู้ป่วยในออกมารวมที่จังหวัด)

เมื่อพิจารณาจากตัวเลขการส่งต่อและการรับรักษาต่อในระหว่างปี 2543-2546 (จากตารางที่ 7.25-ตารางที่ 7.28) ก็จะเห็นได้ว่าทั้งจำนวนและอัตราการส่งต่อและการรับรักษาต่อเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2544-2546 ในทุกภาค แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคแล้ว ภาคเหนือเป็นภาคที่มีทั้งอัตราการส่งต่อและอัตราการรับรักษาต่อที่สูงกว่าภาคอื่นตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งยังไม่มีโครงการ 30 บาท (การส่งต่อในภาคเหนือส่วนใหญ่คงเป็นการส่งต่อภายในโรงพยาบาลในภาคเดียวกัน) รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ในขณะที่ภาคตะวันตกและภาคกลางมีอัตราการรับรักษาต่อต่ำที่สุด ซึ่งความแตกต่างส่วนนี้น่าจะเกิดจากศักยภาพของสถานพยาบาลและทางเลือกของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การที่ภาคกลางมีอัตราการรับส่งต่อที่ต่ำที่สุดมาตั้งแต่เดิม อาจจะเป็นเพราะ case จำนวนมากถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลทบวงหรือผู้ป่วยอาจเลือกไปเข้าโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าที่จะใช้ระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข แต่ที่น่าสังเกตคืออัตราการรับส่งต่อในภาคตะวันตกและภาคกลางต่างก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนขึ้นมาอยู่ในระดับเดียวกันกับภาคตะวันออกในปี 2546 ซึ่งอาจเป็นเพราะหลังจากที่มีโครงการ 30 บาททำให้คนไข้ที่มาใช้บริการในโครงการนี้ถูกส่งต่อผ่านระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น

---

[119] อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังที่มีระบบการเรียกเก็บและตามจ่ายที่เป็นระบบมากขึ้น ความแตกต่างของตัวเลขจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อและที่รับส่งต่อมีจำนวนน้อยลงไปมาก

อัตราการใช้บริการของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพชนิดต่าง ๆ

ตารางที่ 7.29 ถึงตารางที่ 7.33 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพชนิดต่างๆ ที่สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปี 2545-2546[120]

จากตารางที่ 7.29 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ถือบัตรทอง 30 บาทจะต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทุกกลุ่มในทั้งสองปี ที่สูงถัดขึ้นมาได้แก่กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยมีกลุ่มบัตรทอง "ท" (สปร. เดิม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็ก) ที่มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงที่สุด

---

[120] การที่เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น นอกจากจะด้วยเหตุผลที่มีโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีการส่งข้อมูลที่ครบถ้วนกว่าโรงพยาบาลกลุ่มอื่น (เช่น โรงพยาบาลนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการ 30 บาท) แล้ว เมื่อเวลาผ่านไปก็มีโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนหลายแห่งได้ถอนตัวออกจากการเป็นสถาบันคู่สัญญาในระดับปฐมภูมิของโครงการ 30 บาท (ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งก็สมัครเข้ามาเพิ่ม) ทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลในสองปีของโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำได้ค่อนข้างยากสำหรับตัวเลขประชากรที่มีสิทธิต่างๆ ในระดับโรงพยาบาลนั้น ท่านที่สนใจการเปรียบเทียบข้อมูลเหล่านี้ในปี 2545 โปรดดูรายงานการศึกษาในระยะที่ 1 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) และใน วิโรจน์ อัญชนา และ ศรชัย (2546, 2547) ตัวอย่างที่น่าสนใจก็คือในปี 2545 นั้น อัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิเกือบทุกกลุ่มในสถานพยาบาลภาครัฐสูงกว่าในสถานพยาบาลเอกชน (ยกเว้นกลุ่มประกันสังคม)

สำหรับตัวเลขจำนวนประชากรที่มีสิทธิ์ต่างๆ นั้น ในส่วนของบัตรทองนั้นใช้ข้อมูลเฉลี่ยทั้งปีจากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ตรวจสอบสิทธิแล้ว แต่ในส่วนของผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ อิงข้อมูลประชากรในปี 2545 (ดูรายละเอียดใน ศรชัย 2546) และปรับขึ้นมาโดยใช้อัตราส่วน [จำนวนข้าราชการที่ตรวจสอบสิทธิ ณ สิงหาคม 2547/ยอดรวมตัวเลขข้าราชการในปี 2545] ทั้งนี้โดยมีสมมุติฐานว่าจำนวนตัวเลขข้าราชการที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังนั้น ไม่ใช่เป็นเพราะมีจำนวนข้าราชการที่เพิ่มขึ้นในระบบ หากแต่เป็นผลมาจากการตรวจสอบสิทธิ์ที่ครบถ้วนมากขึ้น) วิธีนี้ทำให้อัตราการใช้บริการของข้าราชการที่คำนวณได้ต่ำกว่าอัตราที่เคยรายงานไว้ใน วิโรจน์ อัญชนา และ ศรชัย (2546, 2547) เล็กน้อย สำหรับตัวเลขของประชากรที่มีสิทธิประกันสังคมใช้ข้อมูลมาจากรายงาน 10 ตารางที่จังหวัดส่งให้สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพในช่วงปี 2544-45 แล้วปรับเพิ่มขึ้นมาจากปี 2545 ร้อยละ 1 สำหรับอัตราส่วนสำหรับสถานพยาบาลในภาคต่างๆ คำนวณจากข้อมูลระดับสถานพยาบาล แล้วถัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของสถานพยาบาล (โดยใช้เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทุกปี จำนวน 812 แห่ง จาก 814 แห่ง)

สำหรับตัวเลขการใช้บริการที่เครือข่ายในปี 2545 (ซึ่งไม่ได้แยกตามสิทธิ์นั้น) ใช้วิธีกระจายเป็นสิทธิ์ต่างๆ ตามสัดส่วนของประชากรที่มีสิทธิ์ต่างๆ ใน CUP นั้น

ในด้านสถานที่ใช้บริการนั้น กลุ่มข้าราชการและประกันสังคม (ซึ่งโดยทั่วไปแล้วสามารถเลือกไปใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ได้) มีแนวโน้มมาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในอัตราที่สูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มบัตรทอง 30 บาท มีสัดส่วนที่ไม่ต่างกัน (ซึ่งคงเป็นเพราะส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ตนมีชื่ออยู่ในบัตร) ในขณะที่กลุ่มบัตร ท (สปร. เก่า) มีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน (และเครือข่าย) สูงกว่าที่เครือข่ายของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2546)

ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองในภาคเหนือ (ทั้งกลุ่มที่ต้องจ่าย 30 บาท และ กลุ่ม สปร. เดิม) มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สูงกว่าในภาคอื่น (และค่าเฉลี่ยของประเทศ) อย่างชัดเจน ทั้งในปี 2545 และ 2546 (ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม ใกล้เคียงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศสำหรับประชากรสองกลุ่มนี้

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของทุกกลุ่มเพิ่มขึ้นในปี 2546 โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20

ตารางที่ 7.29 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ

ภูมิภาค	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน-ปี)											
	สวัสดิการ ขรก./รสก.		ประกันสังคม		บัตรทอง (30 บาท)		บัตรทอง "ท" (สปร. เดิม)		บัตรทองรวม		รวมทุกกลุ่ม	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	2.58	2.89	1.57	1.99	1.49	1.80	3.08	3.69	2.34	2.85	2.55	3.08
รพศ./รพท.	3.42	3.75	1.88	2.27	1.53	1.75	3.03	3.46	2.27	2.63	2.82	3.16
รพช.	2.10	2.40	1.37	1.81	1.48	1.81	3.09	3.75	2.36	2.92	2.46	3.06
ภาคเหนือ	2.52	2.84	1.11	1.58	**1.60**	**2.03**	**3.43**	**4.31**	**2.60**	**3.33**	2.75	3.43
รพศ./รพท.	3.10	3.52	1.21	1.65	**1.65**	**1.91**	**3.27**	**3.99**	**2.47**	**3.01**	2.87	3.32
รพช.	2.16	2.42	1.03	1.53	**1.59**	**2.07**	**3.47**	**4.40**	**2.64**	**3.43**	2.71	3.47
ภาคตอน.	2.25	2.63	1.13	1.62	1.52	1.87	2.91	3.63	2.31	2.92	2.36	3.01
รพศ./รพท.	3.42	3.88	2.21	2.97	1.77	1.92	3.08	3.50	2.49	2.83	2.83	3.25
รพช.	1.90	2.27	0.89	1.32	1.47	1.85	2.88	3.65	2.28	2.93	2.27	2.97
ภาคกลาง	3.45	3.98	1.17	1.52	1.34	1.70	3.21	3.68	2.28	2.74	2.71	3.22
รพศ./รพท.	3.61	4.04	1.44	1.80	1.33	1.72	3.01	3.50	2.12	2.60	2.88	3.30
รพช.	3.27	3.91	0.97	1.32	1.35	1.69	3.31	3.78	2.36	2.82	2.60	3.17
ภาคตอ.	2.17	2.36	2.31	2.89	1.44	1.65	3.32	3.61	2.31	2.61	2.74	3.17
รพศ./รพท.	2.93	3.11	2.38	2.75	1.41	1.61	3.53	3.55	2.27	2.48	2.96	3.24
รพช.	1.70	1.89	2.27	2.97	1.45	1.66	3.26	3.63	2.32	2.65	2.67	3.14
ภาคตต.	3.49	3.60	2.72	3.02	1.34	1.49	3.01	3.32	2.06	2.32	2.67	2.89
รพศ./รพท.	3.79	3.93	3.61	3.95	1.26	1.37	2.71	2.96	1.86	2.07	2.76	2.86
รพช.	3.15	3.21	1.96	2.23	1.40	1.58	3.21	3.56	2.22	2.51	2.59	2.91
ภาคใต้	2.41	2.62	2.16	2.47	1.48	1.63	2.87	3.09	2.19	2.41	2.48	2.73
รพศ./รพท.	3.72	3.91	1.68	1.93	1.54	1.73	2.71	2.93	2.12	2.34	2.70	2.90
รพช.	1.70	1.92	3.16	3.59	1.46	1.59	2.92	3.15	2.22	2.43	2.39	2.66

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลครบทั้ง 4 ปี จำนวน 805 แห่ง (จาก 812 แห่ง) ซึ่งประกอบด้วย รพศ./รพท. ครบทั้ง 92 แห่ง และ รพช. 713 จาก 722 แห่ง

สำหรับอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในนั้น จากตารางที่ 7.30 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทุกกลุ่มในทั้งสองปี ในขณะที่กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างชัดเจน (ร้อยละ 14-15 เทียบกับร้อยละ 11) รองลงมาได้แก่กลุ่มบัตรทอง "ท" (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็ก) ส่วนกลุ่มบัตรทอง 30 บาทมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม

ในด้านสถานที่ใช้บริการนั้น อัตราส่วนของการใช้บริการของทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์) สูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชน อย่างชัดเจนในทุกพื้นที่และสำหรับทุกสิทธิ์ (มากกว่าหนึ่งถึงสองเท่าตัว) ซึ่งส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะการส่งต่อ ทั้งนี้ กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน

สำหรับความแตกต่างระหว่างภาคนั้น ไม่มีภาพที่ชัดเจนเหมือนกับกรณีผู้ป่วยนอก และอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในปี 2546 (จากร้อยละ 11.2 เป็น 11.4) ซึ่งส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะการให้บริการผู้ป่วยในนั้นขึ้นกับขีดจำกัดด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลและดุลยพินิจของสถานพยาบาลมากกว่าในกรณีผู้ป่วยนอกที่ตัวผู้ป่วยมีบทบาทที่สำคัญกว่าในการกำหนดจำนวน (และอัตรา) การมาใช้บริการ

ในส่วนของวันนอนเฉลี่ยนั้น กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการยังคงมีวันนอนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มอื่นทุกกลุ่มดังที่เป็นมาในอดีต ซึ่งนอกจากผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจำนวนมากคือพ่อแม่ข้าราชการซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ก็คงเป็นผลมาจากวิธีการจ่ายเงินแบบ fee for service ของสวัสดิการข้าราชการด้วย สำหรับกรณีอื่นไม่มีความแตกต่างที่เด่นชัด ยกเว้นจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใหญ่จะสูงกว่าที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรคที่มีความซับซ้อนหรือรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชน และภาคกลางและภาคตะวันออกมีวันนอนเฉลี่ยสูงกว่าภาคอื่น ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเหตุผลทำนองเดียวกัน[121]

[121] สองภาคนี้มีโรงพยาบาลศูนย์หลายโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 7.30 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในในปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ)

ภูมิภาค	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ร้อยละ)											
	สวัสดิการ ขรก./รสก.		ประกันสังคม		บัตรทอง (30 บาท)		บัตรทอง "ท" (สปร. เดิม)		บัตรทองรวม		รวมทุกกลุ่ม	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	**14.6**	**14.2**	5.5	6.6	7.2	7.5	10.9	11.0	9.2	9.4	11.2	11.4
รพศ./รพท.	**22.8**	**23.0**	8.1	9.8	12.4	13.1	17.7	19.4	15.0	16.3	19.5	20.3
รพช.	9.9	9.2	3.8	4.5	5.5	5.5	9.0	8.6	7.4	7.3	8.3	8.3
ภาคเหนือ	12.9	12.2	3.6	4.9	7.0	7.3	11.4	11.5	9.4	9.7	10.9	11.0
รพศ./รพท.	20.1	19.4	5.0	7.2	13.0	13.5	19.8	21.3	16.4	17.6	19.7	19.7
รพช.	8.5	7.8	2.5	3.2	4.9	5.1	9.0	8.7	7.2	7.2	7.9	7.9
ภาคตอน.	15.7	15.9	4.5	6.2	7.5	7.5	10.5	10.8	9.2	9.5	10.3	10.7
รพศ./รพท.	29.1	32.6	10.6	14.2	16.8	16.3	19.5	22.9	18.3	20.1	21.8	24.0
รพช.	11.8	11.0	3.1	4.4	5.7	5.8	8.9	8.7	7.5	7.5	8.1	8.1
ภาคกลาง	15.9	15.1	4.0	4.7	6.1	6.9	10.0	10.1	8.1	8.6	10.9	11.4
รพศ./รพท.	20.1	19.0	6.3	7.5	8.9	10.3	14.1	15.1	11.4	12.6	16.1	16.9
รพช.	11.2	10.8	2.3	2.7	4.3	4.7	7.9	7.5	6.2	6.2	7.6	7.8
ภาคตะวันออก	12.1	11.2	8.0	9.0	6.6	7.1	10.7	10.9	8.5	9.0	12.4	12.6
รพศ./รพท.	19.4	17.8	11.0	12.7	10.3	12.2	17.4	21.2	13.2	16.2	20.7	22.6
รพช.	7.6	7.2	6.4	6.9	5.3	5.3	8.9	8.1	7.0	6.7	9.5	9.1
ภาคตะวันตก	20.9	21.0	9.5	10.1	6.9	7.6	11.5	12.0	8.9	9.6	13.3	13.9
รพศ./รพท.	27.1	28.0	14.7	15.8	8.8	10.1	15.3	15.8	11.5	12.6	18.7	19.4
รพช.	13.8	13.0	5.1	5.3	5.3	5.6	8.9	9.4	6.9	7.4	9.1	9.5
ภาคใต้	13.2	12.9	7.4	8.5	8.2	8.3	11.7	11.0	10.0	9.7	12.4	11.9
รพศ./รพท.	23.1	23.2	6.8	8.3	12.9	13.7	16.5	16.2	14.7	15.0	19.5	19.0
รพช.	7.9	7.3	8.6	8.8	6.4	6.1	10.0	9.1	8.3	7.7	9.4	8.8

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลครบทั้งสองปีจำนวน 812 แห่ง (จาก 814 แห่ง) ซึ่งประกอบด้วย รพศ./รพท. ครบ 92 แห่ง และ รพช. 720 จาก 722 แห่ง

ตารางที่ 7.31 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในในปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ

ภูมิภาค	จำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน (วัน)											
	สวัสดิการ ขรก./รสก.		ประกันสังคม		บัตรทอง (30 บาท)		บัตรทอง "ท" (สปร. เดิม)		บัตรทองรวม		รวมทุกกลุ่ม	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	**5.0**	**5.2**	3.8	3.8	3.9	**4.0**	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.7
รพศ./รพท.	**6.0**	**6.1**	4.5	4.5	5.0	5.0	5.2	5.2	5.1	5.1	4.7	4.4
รพช.	**3.8**	**3.9**	2.9	2.8	3.0	3.1	3.1	3.2	3.1	3.1	2.8	2.7
ภาคเหนือ	5.1	5.1	4.0	3.9	4.2	4.1	4.2	4.1	4.2	4.1	4.0	3.9
รพศ./รพท.	5.9	5.8	4.6	4.5	5.2	5.0	5.3	5.2	5.3	5.1	4.6	4.6
รพช.	4.0	4.0	3.1	2.9	3.3	3.2	3.5	3.4	3.4	3.3	3.0	3.1
ภาคตอน.	4.3	4.6	3.5	3.6	3.6	3.6	3.5	3.6	3.5	3.6	3.7	3.6
รพศ./รพท.	5.4	5.5	4.1	4.4	4.9	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.7	4.3
รพช.	3.4	3.8	2.9	3.0	2.9	3.0	3.0	3.0	2.9	3.0	2.7	2.7
ภาคกลาง	**6.0**	**5.9**	**4.4**	**4.2**	**4.6**	**4.5**	**4.5**	**4.7**	**4.6**	**4.6**	4.1	3.4
รพศ./รพท.	**6.8**	**6.6**	**5.2**	**4.9**	**5.7**	**5.3**	**5.6**	**5.7**	**5.7**	**5.6**	4.8	4.0
รพช.	**4.3**	**4.4**	**2.9**	**2.9**	**3.3**	**3.3**	**3.5**	**3.5**	**3.4**	**3.5**	2.7	2.5
ภาคตะวันออก	5.5	6.1	3.8	3.8	4.1	4.3	4.2	4.4	4.2	4.3	**4.2**	**4.4**
รพศ./รพท.	6.1	7.2	4.7	4.9	5.4	5.7	5.7	5.7	5.6	5.7	**5.5**	**5.9**
รพช.	4.4	4.5	3.0	2.7	3.3	3.2	3.5	3.4	3.4	3.4	**3.0**	**2.8**
ภาคตะวันตก	5.9	5.9	3.8	3.8	4.3	4.4	4.5	4.5	4.4	4.4	3.6	3.4
รพศ./รพท.	6.7	6.5	4.2	4.2	5.2	5.1	5.5	5.3	5.4	5.2	3.9	3.7
รพช.	4.1	4.4	3.0	3.0	3.2	3.4	3.4	3.5	3.3	3.4	2.9	2.8
ภาคใต้	4.8	5.2	3.6	3.6	3.4	3.8	3.6	3.8	3.5	3.8	3.8	3.6
รพศ./รพท.	5.6	6.2	4.3	4.2	4.3	4.9	4.9	5.3	4.6	5.1	4.6	4.4
รพช.	3.6	3.6	2.6	2.4	2.7	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8	2.5	2.4

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลครบทั้งสองปีจำนวน 812 แห่ง (จาก 814 แห่ง) ซึ่งประกอบด้วย รพศ./รพท. ครบ 92 แห่ง และ รพช. 720 จาก 722 แห่ง

ในด้านอัตราการส่งต่อของกลุ่มผู้ที่มีสิทธิ์ต่างๆ กันนั้น จากตารางที่ 7.32 และตารางที่ 7.33 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองมีอัตราการส่งต่อและรับรักษาต่อสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่ในกรณีนี้ก็เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ไม่ยาก เพราะสำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการซึ่งสามารถเลือกสถานพยาบาลที่ตนจะไปรักษาในแต่ละครั้ง และกลุ่มผู้มีสิทธิ์ประกันสังคม (ซึ่งมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาลได้ปีละครั้ง และในทางปฏิบัติแล้วในต่างจังหวัดนั้น โรงพยาบาลรัฐที่เป็นคู่สัญญาหลักกับประกันสังคมล้วนแล้วแต่เป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปแทบทั้งสิ้น) นั้น ต่างก็มีแนวโน้มที่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่อยู่แล้ว ดังนั้นโอกาสที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกส่งต่อก็ย่อมต่ำตามไปด้วย

ตารางที่ 7.32 อัตราการรับรักษาต่อ (รับ refer) ต่อประชากรในปี 2545-2546 จำแนกตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ)

ภูมิภาค	อัตราการรับรักษาต่อผู้ป่วย (%)											
	สวัสดิการ ขรก./รสก.		ประกันสังคม		บัตรทอง (30 บาท)		บัตรทอง "ท" (สปร. เดิม)		บัตรทองรวม		รวมทุกกลุ่ม	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	**1.5**	**1.3**	**0.6**	**0.8**	**3.1**	**3.3**	**3.7**	**4.3**	**3.4**	**3.9**	3.5	3.8
รพศ./รพท.	2.6	2.3	0.9	1.4	**8.1**	**8.6**	**10.6**	**12.9**	**9.3**	**10.8**	8.8	10.1
รพช.	0.9	0.7	0.3	0.3	**1.3**	**1.4**	**1.9**	**1.9**	**1.6**	**1.7**	1.6	1.7
ภาคเหนือ	**2.9**	**1.6**	**1.3**	**1.4**	**5.2**	**5.1**	**7.2**	**8.0**	**6.3**	**6.7**	**6.1**	**6.4**
รพศ./รพท.	**4.0**	**2.3**	**1.5**	**2.1**	**10.5**	**11.1**	**15.7**	**19.8**	**13.1**	**15.7**	**11.7**	**13.9**
รพช.	**2.2**	**1.2**	**1.1**	**0.8**	**3.4**	**2.9**	**4.8**	**4.6**	**4.2**	**3.9**	**4.2**	**3.8**
ภาค ตอน.	1.5	1.7	0.6	0.9	3.0	3.1	2.9	3.6	2.9	3.4	3.1	3.5
รพศ./รพท.	4.2	4.7	2.2	3.3	13.2	12.1	12.2	15.4	12.6	14.0	12.9	14.1
รพช.	0.7	0.9	0.3	0.4	1.0	1.3	1.2	1.6	1.1	1.5	1.2	1.5
ภาคกลาง	0.9	0.9	0.3	0.4	1.5	2.0	2.3	3.1	1.9	2.6	1.9	2.4
รพศ./รพท.	1.4	1.5	0.5	0.9	3.2	4.2	5.5	7.6	4.3	5.9	4.1	5.3
รพช.	0.3	0.2	0.1	0.1	0.4	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.5	0.6
ภาคตะวันออก	0.5	0.6	0.4	0.6	1.8	2.1	2.7	2.8	2.2	2.5	2.5	2.8
รพศ./รพท.	1.1	1.2	0.8	1.4	4.9	6.0	9.7	9.6	6.9	7.6	7.2	8.0
รพช.	0.2	0.2	0.1	0.2	0.7	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	0.8	0.9
ภาคตะวันตก	1.0	1.3	0.3	0.5	2.4	3.2	2.3	2.5	2.4	2.8	2.3	2.8
รพศ./รพท.	1.9	2.4	0.5	0.9	4.8	6.7	5.1	5.5	4.9	6.2	4.7	5.8
รพช.	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4	0.3	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
ภาคใต้	0.7	0.7	0.4	0.7	2.3	2.6	2.8	3.0	2.6	2.8	2.6	2.9
รพศ./รพท.	1.7	1.6	0.5	0.9	6.8	7.5	8.8	9.5	7.8	8.5	7.4	8.1
รพช.	0.2	0.1	0.2	0.3	0.5	0.6	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลครบทั้งสองปีจำนวน 812 แห่ง (จาก 814 แห่ง) ซึ่งประกอบด้วย รพศ./รพท. ครบ 92 แห่ง และ รพช. 720 จาก 722 แห่ง

ตารางที่ 7.33 อัตราการส่งต่อ (refer) ต่อประชากร ปี 2545-2546 ตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ)

ภูมิภาค	อัตราการส่งต่อผู้ป่วย (%)											
	สวัสดิการ ขรก./รสก.		ประกันสังคม		บัตรทอง (30 บาท)		บัตรทอง "ท" (สปร. เดิม)		บัตรทองรวม		รวมทุกกลุ่ม	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	1.7	2.4	0.8	1.4	**2.7**	**4.3**	**3.6**	**5.6**	**3.2**	**5.0**	3.2	5.0
รพศ./รพท.	1.1	1.8	0.5	0.9	**1.6**	**2.8**	**2.1**	**3.9**	**1.8**	**3.4**	1.8	3.2
รพช.	2.1	2.8	1.0	1.7	**3.1**	**4.9**	**4.1**	**6.1**	**3.6**	**5.5**	3.7	5.6
ภาคเหนือ	**1.8**	**2.6**	**0.9**	**1.8**	**3.8**	**6.2**	**5.5**	**8.9**	**4.7**	**7.7**	**4.6**	**7.3**
รพศ./รพท.	**0.9**	**1.7**	**0.5**	**1.2**	**2.0**	**4.4**	**2.8**	**7.2**	**2.4**	**5.9**	**2.3**	**5.1**
รพช.	**2.4**	**3.1**	**1.2**	**2.3**	**4.4**	**6.8**	**6.3**	**9.4**	**5.5**	**8.3**	**5.4**	**8.1**
ภาคตอน.	2.3	3.3	0.8	1.7	2.4	4.2	2.9	4.6	2.7	4.5	2.8	4.6
รพศ./รพท.	2.1	2.6	0.7	1.4	2.0	3.5	2.3	3.4	2.1	3.5	2.3	3.6
รพช.	2.4	3.5	0.9	1.7	2.5	4.4	3.0	4.8	2.8	4.7	2.9	4.8
ภาคกลาง	1.5	2.4	0.5	0.8	2.2	3.3	3.5	4.9	2.9	4.1	2.8	4.0
รพศ./รพท.	0.8	2.2	0.3	0.6	0.9	1.5	1.7	2.3	1.3	1.9	1.2	1.9
รพช.	2.2	2.7	0.6	1.0	3.1	4.5	4.5	6.3	3.8	5.5	3.8	5.3
ภาคตะวันออก	1.2	1.4	0.9	1.3	2.4	3.1	3.5	4.8	2.9	3.9	3.0	4.0
รพศ./รพท.	0.6	0.9	0.6	0.8	1.5	1.6	2.2	2.6	1.8	2.1	1.9	2.0
รพช.	1.5	1.6	1.1	1.6	2.7	3.6	3.8	5.4	3.2	4.5	3.4	4.7
ภาคตะวันตก	1.0	1.7	0.6	1.1	2.2	3.4	3.2	4.6	2.6	4.0	2.6	3.9
รพศ./รพท.	0.7	1.1	0.6	1.0	0.8	1.5	1.1	1.7	0.9	1.6	1.0	1.6
รพช.	1.4	2.2	0.7	1.1	3.3	4.9	4.6	6.7	3.9	5.7	3.9	5.6
ภาคใต้	1.5	1.8	1.1	1.5	2.7	3.8	3.2	4.5	2.9	4.2	3.0	4.2
รพศ./รพท.	1.1	1.6	0.5	0.7	1.7	2.5	1.7	3.6	1.7	3.1	1.7	2.9
รพช.	1.8	2.0	2.4	3.3	3.1	4.3	3.7	4.8	3.4	4.6	3.5	4.7

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลครบทั้งสองปีจำนวน 812 แห่ง (จาก 814 แห่ง) ซึ่งประกอบด้วย รพศ./รพท. ครบ 92 แห่ง และ รพช. 720 จาก 722 แห่ง

อัตราการใช้บริการจริงกับอัตราที่ใช้คำนวณงบ

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาลกับอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวโครงการโดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ในในการจัดสรรงบประมาณในปี 2544-2546 (ตารางที่ 7.34) ก็จะเห็นได้ว่าอัตราการใช้บริการบางประเภทที่รายงานโดยสถานพยาบาลสูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณ ซึ่งใช้อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาล 2.876 ครั้งต่อคนต่อปี (เป็นการใช้บริการที่สถานีอนามัย 0.43 ครั้งต่อคนต่อปี และที่โรงพยาบาลหรือคลินิก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี) และผู้ป่วยในร้อยละ 6.61 ซึ่งแม้ว่าที่ผ่านมานักวิจัยบางท่าน (เช่น นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณา

รุโณทัย และ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร) จะพบกรณีที่สถานพยาบาลรายงานจำนวนผู้ป่วยในสูงกว่าความเป็นจริงอยู่บ้าง (เช่นมีการนับซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่ย้ายตึก) แต่การที่จำนวนผู้ป่วยในที่รายงานโดยสถานพยาบาลสูงกว่าจำนวนที่ใช้ในการคิดงบประมาณมากกว่าร้อยละ 40 ก็ย่อมมีโอกาสมากที่งบที่ตั้งเอาไว้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ตารางที่ 7.34 คำนวณส่วนต่างของงบกับค่าใช้จ่ายโดยใช้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ใช้ในการคำนวณงบ (โดยยังไม่ได้ปรับข้อผิดพลาดที่คณะผู้วิจัยบรรยายไว้ในกรอบที่ 7.2) จากการคำนวณอย่างหยาบๆ พบว่า ในปี 2545 นั้น สถานพยาบาล*โดยเฉลี่ย*จะมีงบผู้ป่วยนอกเหลือประมาณ 107 บาทต่อบัตร แต่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสูงกว่างบที่ได้รับประมาณ 123 บาทต่อบัตร เมื่อหักกลบลบกันแล้ว สถานพยาบาลโดยเฉลี่ยจะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสูงกว่างบที่ได้รับประมาณ 16 บาทต่อบัตร ซึ่งเป็นจำนวนติดลบที่ไม่มากนัก (แต่ถ้ามีการปรับวิธีการคำนวณงบตามแนวทางที่เสนอไว้ใน กรอบที่ 7.2 ส่วนต่างนี้ก็มีโอกาสที่จะเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยในมากกว่าโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย) แต่ในปี 2546 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยนอกมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นนั้น ถ้าคิดค่าใช้จ่ายในอัตราเดิม สถานพยาบาล*โดยเฉลี่ย*จะมีแทบไม่มีงบผู้ป่วยนอกเหลือเลย ในขณะที่อัตราการให้บริการผู้ป่วยในยังคงสูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณร้อยละ 42 ทำให้โดยเฉลี่ยแล้วสถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสูงกว่างบที่ได้รับประมาณ 122 บาทต่อบัตร

ในที่นี้มีข้อควรสังเกตที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ในการคำนวณงบในปี 2547 และ 2548 นั้น ตัวเลขอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการได้ถูกปรับลงด้วยอัตราการใช้สิทธิ์ (ตัวอย่างเช่น ในปี 2548 ปรับลงร้อยละ 30 ในกรณีผู้ป่วยนอก และ ร้อยละ 5 ในส่วนของผู้ป่วยใน) ด้วยเหตุผลที่ว่าจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการพบว่าอัตราการใช้สิทธิ์ของผู้ที่มีสิทธิ์บัตรทอง (ซึ่งมีการเรียกกันว่า " compliance rate") ยังอยู่ในระดับ 60-80% เท่านั้น ซึ่งแม้ว่าจะเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่ามีผู้มีสิทธิ์จำนวนไม่น้อยไม่ได้ใช้สิทธิ์ของตนจริง แต่วิธีการปรับตัวเลขอัตราการใช้บริการดังกล่าวละเลยข้อเท็จจริงที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ *แม้กระทั่งก่อนที่จะปรับตัวเลขลงมานั้น ตัวเลขอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการก็มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าตัวเลขการใช้บริการ<u>โดยใช้สิทธิ์บัตรทอง</u>ที่สถานพยาบาลรายงานมาอยู่แล้ว* ดังนั้น เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเชื่อว่าอัตราการให้บริการที่สถานพยาบาลรายงานมามีความผิดพลาดที่เป็นระบบ[122]หรือมีการจงใจตบแต่งตัวเลขอย่างกว้างขวางแล้ว[123] การปรับอัตรา

---

[122] ที่ผ่านมามีผู้ยกกรณีที่มีการนับจำนวน admission ซ้ำเมื่อมีการย้ายตึกในบางโรงพยาบาล (ซึ่งเป็นวิธีที่ผิดจริง แต่ไม่ใช่เป็นวิธีที่ใช้โดยทั่วไป และสถานพยาบาลที่รายงานอย่างถูกวิธีจะไม่มีปัญหาดังกล่าว) หรือกรณีการคลอดที่นับทั้งแม่และลูกเป็นคนไข้สองคน (ซึ่งน่าจะเป็นวิธีนับที่ถูกต้องแล้ว และการปรับข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการให้สอดคล้องกับกรณีนี้ก็น่าจะทำได้ไม่ยาก) หรือการส่งต่อผู้ป่วยที่ทำให้การเจ็บป่วยในครั้ง

เหล่านั้นลงอีกจึงยิ่งซ้ำเติมปัญหาการคำนวณงบที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นให้มีความรุนแรงขึ้นไปอีก (ตัวอย่างเช่น ในการคำนวณงบของปี 2548 มีการปรับอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกลงมาเหลือประมาณ 2.6 ครั้งต่อปี ซึ่งต่ำกว่าอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2546 และปรับอัตราผู้ป่วยในลงมาจากร้อยละ 9.4 (ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2546) ลงมาเป็นร้อยละ 8.9 (ซึ่งต่ำกว่าตัวเลขในทั้งปี 2545 และ 2546) เป็นต้น

ตารางที่ 7.34 เปรียบเทียบอัตราส่วนการใช้บริการของผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาทฯ ในปีงบประมาณ 2545-2546 กับอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบเหมาจ่าย

อัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาทฯ	ข้อมูลจากรายงานของโรงพยาบาลสป.			ตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณงบ		*ร้อยละของตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณงบ ปี 2545-46*		ส่วนต่างของงบที่ได้รับกับค่าใช้จ่าย	
	ปีงบฯ 2545 บัตรทอง	ปีงบฯ 2546 บัตรทอง	ปีงบ 2546 ทุกสิทธิ์	ปีงบ 2545-2546*	ปีงบ 2548**	ปีงบ 2545 บัตรทอง	ปีงบ 2546 บัตรทอง	ปี 2545*	ปี 2546*
การใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี)	2.34	2.85	3.08	2.876	3.724 x 0.7 =2.61	*81.3*	*99.0*	107.3	5.7
การใช้บริการของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล (ร้อยละของประชากร)	9.3	9.4	11.4	6.6	9.4 x 0.95 =8.9	*140.7*	*142.2*	-123.3	-127.9
รวมส่วนต่างงบ (บาทต่อคนต่อปี)								-16.0	-122.2

ที่มา: ประมวลผลข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 และจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544)

หมายเหตุ: *คำนวณโดยใช้ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยนอก (574 บาทต่อปี) และผู้ป่วยใน (303 บาทต่อปี) ตาม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544)

**จากไฟล์ข้อมูลของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (สปสช. ตุลาคม 2547)

นั้นปรากฏอยู่ที่โรงพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง แต่ไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ในการคำนวณต้นทุนต่อครั้งของการให้บริการล้วนแล้วแต่นำจำนวนครั้งเหล่านั้นมาเป็นตัวหารทั้งสิ้น ซึ่งถ้ามีการนับจำนวนการให้บริการสูงเกินไป ก็จะได้ตัวเลขต้นทุนต่อครั้งต่ำเกินไปเช่นกัน

[123] ซึ่งถ้าเชื่อเช่นนั้น ในการคำนวณต้นทุนการให้บริการ (ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องต่างก็ใช้ข้อมูลจากรายงานของสถานพยาบาล) ก็ควรต้องปรับตัวหาร (จำนวนบริการ) ลงมาด้วย

7.3.3 กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวทางที่เป็นเป้าหมายชัดเจนของการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการบริการเชิงรุกโดยการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นที่หวังกันว่าในระยะยาวน่าจะช่วยลดภาระงานและค่าใช้จ่ายโดยรวมในด้านการรักษา ดังนั้นในการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวจึงมีการแบ่งไว้สำหรับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ต่างหากจากงบเพื่อการบริการรักษา

เนื่องจากการเปรียบเทียบข้อมูลข้ามปีกลับไปช่วงก่อนที่มีโครงการ 30 บาททำได้ยาก ในที่นี้จึงเสนอผลงาน (Output) ของสถานพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของปี 2545[124] ไว้ในตารางที่ 7.35 และตารางที่ 7.36 และในตารางที่ 7.37 เปรียบเทียบผลงานในด้านการเยี่ยมบ้านของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545 กับ 2546 (เพราะเป็นงานส่วนที่เปรียบเทียบกันได้มากกว่างานด้านอื่นซึ่งมีวิธีจัดหมวดหมู่ของกิจกรรมที่ต่างกันในปี 2545 กับ 2546)[125] สำหรับกิจกรรมอื่นๆ ของปี 2546 รายงานอยู่ในตารางที่ 7.38

ข้อมูลจากตารางที่ 7.35 และตารางที่ 7.36 บ่งชี้ว่า ในปีงบประมาณ 2545 นั้น สถานพยาบาลมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมากในครึ่งปีหลังของปี การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านครั้งในครึ่งปีแรก เป็น 2.1 ล้านครั้งในครึ่งปีหลัง เช่นเดียวกับการให้บริการในชุมชนและการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยในส่วนของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉลี่ยประชากรในโครงการ 30 บาทถึงร้อยละ 28 ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เมื่อพิจารณาแยกตามขนาดสถานพยาบาลจากอัตราส่วนต่อประชากรในโครงการ 30 บาท จะพบว่าโรงพยาบาลชุมชน (รวมเครือข่าย) มีกิจกรรมเหล่านี้ในอัตราที่สูงกว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งคงเป็นเพราะครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางกว่าและมีความใกล้ชิดชุมชนมากกว่า แต่ในระหว่างจังหวัดที่มีวิธีการจัดสรรงบผู้ป่วยนอกและในที่แตกต่างกันนั้น ข้อมูลในภาพรวมไม่ได้บ่งชี้ให้เห็นถึง

---

[124] ซึ่งประกอบด้วยงานดังต่อไปนี้

- การเยี่ยมบ้านที่สถานพยาบาลจัดนอกสถานบริการ เช่น การไปตรวจเยี่ยมครอบครัวในเขตความดูแล การติดตามเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

- การให้บริการชุมชนเพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กร เช่น งานอนามัยโรงเรียน, การออกหน่วยทันตสาธารณสุข การออกหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น

- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการให้วัคซีนหรือท็อกซอยด์แก่ผู้มารับบริการที่สถานพยาบาล เช่น BCG DTP โปลิโอ ไข้สมองอักเสบ เป็นต้น

[125] คณะผู้วิจัยได้ทดลองรวมเฉพาะบริการอนามัยโรงเรียน โรงงาน และอนามัยอื่นๆ เป็นการให้บริการชุมชน แล้วพบว่าถ้าใช้นิยามนี้ จำนวนครั้งของการให้บริการชุมชนลดลงมากกว่าครึ่ง (จากประมาณ 1.2 ล้านครั้งในปี 2545 เหลือประมาณ 0.5 ล้านครั้งเศษในปี 2546) สำหรับในหมวดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน ก็มีปัญหาการจัดหมวดหมู่กิจกรรมที่ต่างกันในแต่ละปีเช่นกัน

ความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มจังหวัดที่ใช้วิธีการจัดสรรงบแบบ Inclusive capitation และ OP-IP split

โรงพยาบาลเอกชนรายงานอัตราการเยี่ยมบ้านและการให้บริการในชุมชนต่อกลุ่มเป้าหมายในจำนวนคนที่สูงกว่าสถานพยาบาลของรัฐ แต่ต่ำกว่าในด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มโรค

สำหรับในปี 2546 นั้น โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (และเครือข่าย) ยังคงรายงานยอดการเยี่ยมบ้านที่ใกล้เคียงกับในปี 2545 โดยยอดรวมของทั้งประเทศเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (เพิ่มขึ้นในส่วนของเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน แต่ลดลงในเครือข่ายของโรงพยาบาลใหญ่) และในแต่ละภาคนั้น ภาคเหนือมีอัตราเพิ่มขึ้นมาก (แต่ยังมีอัตราต่อประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ) ในขณะที่ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันตกรายงานอัตราที่ลดลงจากปี 2545 (ตารางที่ 7.37)

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจำนวนกิจกรรมเหล่านี้ ไม่สามารถบอกได้ว่ามีผลลัพธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือมีประสิทธิภาพในการทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพอนามัยดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และตัวเลขส่วนใหญ่รวบรวมมาจากรายงานของสถานีอนามัยซึ่งที่ผ่านมาสถานีอนามัยส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่ดีนัก และมีตัวอย่างให้เห็นเป็นระยะที่ชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อน ข้อจำกัด และความน่าเชื่อถือของข้อมูลในส่วนนี้ (รวมไปถึงข้อมูลที่รายงานโดยสถานพยาบาลของเอกชน ซึ่งรายงานตัวเลขในหลายด้านที่สูงกว่าภาครัฐ ทั้งๆ ที่เป็นงานด้านที่สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้ทำอย่างจริงจังมาก่อน)

ตารางที่ 7.35 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในช่วงครึ่งปีแรก-หลังของ ปีงบประมาณ 2545

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด	การเยี่ยมบ้าน				การให้บริการในชุมชน				เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรครวม	
	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก	ครึ่งปีหลัง
	ล้านครั้ง	ล้านคน	ล้านครั้ง	ล้านคน	ล้านครั้ง	ล้านคน	ล้านครั้ง	ล้านคน	ล้านครั้ง	ล้านครั้ง
รวมทั้งประเทศ	1.50	3.95	2.09	5.51	0.59	5.24	0.67	8.58	5.50	6.14
รพ.ใหญ่	0.37	0.96	0.54	1.37	0.28	1.58	0.32	2.21	1.69	1.82
รพ.กลาง&เล็ก	1.13	2.98	1.55	4.13	0.32	3.66	0.36	6.37	3.81	4.32
รพ.รัฐ	1.47	3.86	2.06	5.41	0.59	5.14	0.67	8.46	5.45	6.08
รพ.เอกชน	0.03	0.09	0.03	0.10	0.00	0.10	0.00	0.12	0.05	0.06
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive	*0.51*	*1.36*	*0.73*	*2.01*	*0.18*	*1.75*	*0.19*	*4.16*	*2.14*	*2.28*
รพ.ใหญ่	0.10	0.25	0.16	0.41	0.03	0.43	0.03	0.66	0.62	0.64
รพ.กลาง&เล็ก	0.41	1.10	0.57	1.60	0.16	1.32	0.16	3.51	1.53	1.64
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive	*0.80*	*2.05*	*1.06*	*2.75*	*0.36*	*2.98*	*0.42*	*3.68*	*2.82*	*3.33*
รพ.ใหญ่	0.22	0.55	0.29	0.72	0.24	0.99	0.27	1.30	0.95	1.06
รพ.กลาง&เล็ก	0.58	1.50	0.78	2.03	0.12	1.99	0.15	2.38	1.86	2.26
รวมจังหวัดที่ใช้ Mixed	*0.19*	*0.54*	*0.30*	*0.75*	*0.05*	*0.50*	*0.07*	*0.74*	*0.54*	*0.53*
รพ.ใหญ่	0.05	0.16	0.09	0.24	0.01	0.16	0.02	0.26	0.12	0.11
รพ.กลาง&เล็ก	0.14	0.38	0.20	0.51	0.04	0.35	0.05	0.48	0.42	0.41

ที่มา : รวบรวมจากรายงาน 0110 รง.5

หมายเหตุ : - คำนวณจากสถานพยาบาลเฉพาะที่มีข้อมูลทั้งครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลัง

ตารางที่ 7.36 เปรียบเทียบอัตราส่วนการบริการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปี 2545 (ปรับข้อมูลเป็นอัตราต่อปี)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด	อัตราส่วนต่อจำนวนผู้มีสิทธิ์บัตรทอง (ร้อยละ)										อัตราส่วนต่อประชากรรวม (ร้อยละ)									
	การเยี่ยมบ้าน				การให้บริการในชุมชน				เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค		การเยี่ยมบ้าน				การให้บริการในชุมชน				เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	
	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก	ครึ่งปีหลัง	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก	ครึ่งปีหลัง
	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	ครั้ง
รวมทั้งประเทศ	7.2%	18.8%	10.3%	27.1%	2.8%	25.0%	3.3%	42.2%	26.2%	30.2%	6.3%	16.7%	9.1%	24.0%	2.5%	22.2%	2.9%	37.3%	23.3%	26.7%
รพ.ใหญ่	6.9%	17.8%	10.2%	26.1%	5.1%	29.2%	6.0%	42.1%	31.2%	34.6%	5.9%	15.3%	8.8%	22.4%	4.4%	25.1%	5.1%	36.1%	26.8%	29.7%
รพ.กลาง&เล็ก	7.2%	19.2%	10.3%	27.4%	2.0%	23.5%	2.4%	42.2%	24.5%	28.7%	6.5%	17.2%	9.2%	24.5%	1.8%	21.1%	2.1%	37.8%	21.9%	25.6%
รพ.รัฐ	7.1%	18.7%	10.3%	27.0%	2.9%	24.8%	3.4%	42.2%	26.3%	30.3%	6.3%	16.5%	9.0%	23.7%	2.5%	21.9%	2.9%	37.1%	23.2%	26.6%
รพ.เอกชน	10.2%	30.7%	11.4%	36.4%	1.1%	35.5%	0.9%	43.0%	18.3%	20.3%	17.5%	52.5%	19.6%	62.5%	1.8%	60.7%	1.6%	73.7%	31.2%	34.9%
รวม จว.ที่ใช้ Exclusive	*6.2%*	*16.5%*	*9.2%*	*25.3%*	*2.2%*	*21.3%*	*2.4%*	*52.4%*	*26.0%*	*28.7%*	*5.6%*	*14.7%*	*8.2%*	*22.4%*	*2.0%*	*19.0%*	*2.1%*	*46.5%*	*23.2%*	*25.5%*
รพ.ใหญ่	5.1%	12.5%	8.1%	20.6%	1.3%	21.1%	1.5%	33.3%	30.2%	32.4%	4.6%	11.1%	7.2%	18.3%	1.2%	18.9%	1.3%	29.6%	26.9%	28.8%
รพ.กลาง&เล็ก	6.6%	17.9%	9.6%	26.8%	2.5%	21.4%	2.7%	58.7%	24.7%	27.5%	5.9%	15.9%	8.5%	23.8%	2.3%	19.0%	2.4%	52.1%	22.0%	24.4%
รวม จว.ที่ใช้ Inclusive	*7.3%*	*18.6%*	*9.9%*	*25.6%*	*3.3%*	*27.1%*	*3.9%*	*34.2%*	*25.6%*	*31.0%*	*6.3%*	*16.2%*	*8.6%*	*22.3%*	*2.9%*	*23.7%*	*3.4%*	*29.8%*	*22.4%*	*27.0%*
รพ.ใหญ่	7.3%	18.2%	9.7%	24.4%	7.9%	32.7%	9.0%	43.8%	31.4%	36.0%	6.1%	15.0%	8.0%	20.1%	6.5%	27.0%	7.5%	36.1%	25.9%	29.6%
รพ.กลาง&เล็ก	7.2%	18.7%	10.0%	26.0%	1.6%	25.0%	1.9%	30.6%	23.3%	29.1%	6.5%	16.8%	8.9%	23.2%	1.4%	22.4%	1.7%	27.3%	20.9%	26.0%
รวม จว.ที่ใช้ Mixed	*10.8%*	*31.2%*	*18.0%*	*45.8%*	*2.8%*	*29.0%*	*4.0%*	*45.2%*	*31.0%*	*31.9%*	*10.4%*	*29.9%*	*17.2%*	*43.8%*	*2.7%*	*27.8%*	*3.8%*	*43.2%*	*29.6%*	*30.5%*
รพ.ใหญ่	13.5%	45.2%	28.1%	74.3%	3.7%	45.5%	5.7%	79.4%	35.0%	34.8%	13.9%	46.4%	29.3%	77.3%	3.8%	46.8%	5.9%	82.7%	35.9%	36.3%
รพ.กลาง&เล็ก	10.2%	27.7%	15.4%	38.7%	2.6%	24.8%	3.6%	36.6%	29.9%	31.2%	9.6%	26.1%	14.5%	36.3%	2.4%	23.4%	3.4%	34.3%	28.2%	29.2%

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5, รายงานประชากรที่ตรวจสอบสิทธิ์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : ผลการคำนวณอัตราส่วนระดับจังหวัดและประเทศใช้ค่าถ่วงเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของแต่ละสถานพยาบาล ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในศรชัย (2546)

ตารางที่ 7.37 เปรียบเทียบอัตราส่วนการบริการเยี่ยมบ้าน ปี 2545 และ 2546

ภูมิภาค	จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้าน (ล้านครั้ง)		จำนวนผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน (ล้านคน)		อัตราส่วนครั้งการเยี่ยมบ้านต่อประชากรบัตรทอง (ร้อยละ)		อัตราส่วนครั้งการเยี่ยมบ้าน ต่อประชากรในพื้นที่ (ร้อยละ)		อัตราส่วนจำนวนผู้รับบริการเยี่ยมบ้านต่อประชากรบัตรทอง (ร้อยละ)		อัตราส่วนจำนวนผู้รับบริการเยี่ยมบ้านต่อประชากรในพื้นที่ (ร้อยละ)	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	3.50	3.92	9.20	9.55	8.5%	9.6%	7.4%	8.2%	22.3%	23.2%	19.5%	19.8%
รพศ./รพท.	0.81	0.79	2.06	2.00	8.4%	8.1%	6.7%	6.3%	21.4%	20.6%	17.2%	16.2%
รพช.	2.69	3.14	7.14	7.54	8.5%	10.0%	7.6%	8.8%	22.6%	24.1%	20.3%	21.1%
ภาคเหนือ	0.45	0.61	1.06	1.48	4.9%	6.8%	4.3%	5.7%	11.7%	16.5%	10.1%	14.0%
รพศ./รพท.	0.12	0.16	0.28	0.39	5.6%	7.6%	4.5%	5.9%	13.3%	18.0%	10.6%	13.9%
รพช.	0.33	0.44	0.77	1.09	4.7%	6.5%	4.2%	5.7%	11.2%	16.1%	10.0%	14.1%
ภาค ตอน.	1.77	2.07	4.65	4.84	10.8%	12.8%	10.0%	11.5%	28.5%	29.9%	26.4%	26.9%
รพศ./รพท.	0.34	0.28	0.92	0.77	13.3%	11.0%	11.8%	9.6%	36.2%	30.2%	32.2%	26.3%
รพช.	1.43	1.79	3.73	4.08	10.4%	13.1%	9.7%	11.9%	27.1%	29.8%	25.2%	27.1%
ภาคกลาง	0.45	0.46	1.12	0.99	11.0%	11.6%	8.7%	8.9%	27.8%	25.0%	21.9%	19.3%
รพศ./รพท.	0.14	0.16	0.35	0.35	9.9%	10.8%	7.3%	7.8%	24.1%	24.4%	17.9%	17.6%
รพช.	0.30	0.30	0.77	0.64	11.7%	12.0%	9.5%	9.6%	29.9%	25.4%	24.4%	20.3%
ภาคตะวันออก	0.18	0.21	0.49	0.56	6.3%	7.5%	5.2%	6.0%	17.3%	20.3%	14.2%	16.3%
รพศ./รพท.	0.03	0.03	0.07	0.07	4.3%	3.9%	3.2%	2.8%	9.9%	10.6%	7.3%	7.6%
รพช.	0.15	0.18	0.42	0.49	6.9%	8.6%	5.9%	7.1%	19.6%	23.3%	16.6%	19.4%
ภาคตะวันตก	0.15	0.13	0.34	0.29	5.6%	4.7%	4.7%	3.9%	12.2%	10.3%	10.2%	8.5%
รพศ./รพท.	0.06	0.05	0.14	0.11	5.4%	4.5%	4.4%	3.6%	12.1%	9.6%	9.9%	7.7%
รพช.	0.09	0.08	0.19	0.17	5.7%	4.9%	4.9%	4.1%	12.3%	10.7%	10.5%	9.1%
ภาคใต้	0.51	0.45	1.55	1.38	8.1%	7.1%	6.9%	5.9%	24.7%	21.7%	21.1%	18.2%
รพศ./รพท.	0.11	0.11	0.29	0.31	6.6%	6.2%	5.1%	4.8%	17.5%	17.8%	13.6%	13.6%
รพช.	0.40	0.34	1.25	1.06	8.6%	7.4%	7.7%	6.5%	27.3%	23.2%	24.3%	20.2%

ที่มา : รวบรวมจากรายงาน 0110 รง.5

ตารางที่ 7.38 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัด สป. (รวม รพ. บ้านแพ้ว) ปีงบประมาณ 2546 (หน่วย: พันคนหรือพันครั้ง)

	โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน		แพทย์ทางเลือก	ตรวจก่อนคลอด		ตรวจหลังคลอด	ทันตกรรม	วางแผนครอบครัว	คลินิกสุขภาพเด็กดี	ตรวจสุขภาพประจำปี	Pap Smear	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ให้คำปรึกษา	บริการทางสังคม	การเยี่ยมบ้าน		บริการอนามัยโรงเรียน		บริการอนามัยโรงงาน		บริการอนามัยอื่นๆ	
	คน	ครั้ง	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	คน	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	จำนวนครัวเรือน	จำนวนผู้รับบริการ	ครั้งออกพื้นที่	จำนวนผู้รับบริการ	ครั้งออกพื้นที่	ผู้รับบริการ	ครั้งที่ออกพื้นที่	จำนวนผู้รับบริการ
ทั้งประเทศ	5,049	12,156	1,210	1,535	3,470	685	5,646	7,205	5,930	1,617	1,298	2,172	6,404	1,177	3,925	9,546	200	12,638	30	721	297	10,726
รพศ./รพท.	1,234	3,138	372	352	1,008	128	954	1,296	1,388	566	473	1,578	2,261	315	787	2,005	55	3,251	8	330	97	4,089
รพช.	3,814	9,018	838	1,183	2,462	557	4,692	5,909	4,543	1,052	825	593	4,143	862	3,137	7,541	144	9,387	23	391	201	6,637
ภาคเหนือ	1,211	3,207	358	283	645	272	1,764	2,131	1,129	414	326	526	1,000	662	605	1,477	36	2,815	7	128	60	3,165
รพศ./รพท.	273	811	67	57	173	21	183	345	283	157	91	355	385	90	163	387	7	857	3	71	22	1,770
รพช.	937	2,397	291	225	472	251	1,581	1,786	846	257	235	171	615	572	442	1,090	29	1,957	4	57	38	1,395
ภาค ตอน.	1,927	3,958	397	586	1,211	189	2,205	2,769	2,117	685	549	466	2,781	237	2,069	4,842	83	4,964	16	226	137	4,167
รพศ./รพท.	323	682	113	95	223	34	312	350	319	170	174	300	811	66	279	765	13	829	1	100	35	974
รพช.	1,604	3,276	284	491	988	154	1,893	2,419	1,798	515	374	165	1,970	171	1,790	4,077	70	4,134	14	126	101	3,192
ภาคกลาง	556	1,684	136	142	393	43	478	615	671	150	144	394	922	101	460	994	20	1,634	3	155	44	1,510
รพศ./รพท.	194	533	44	57	176	19	145	191	236	69	71	308	332	60	156	354	5	564	1	68	20	757
รพช.	362	1,151	92	85	217	24	333	424	436	81	72	86	590	42	303	640	15	1,070	2	86	24	752
ตะวันออก	341	803	103	97	256	67	387	420	412	74	74	189	329	50	207	564	11	875	2	91	15	503
รพศ./รพท.	114	211	36	22	73	10	95	87	95	24	31	130	116	24	25	70	2	185	1	29	2	83
รพช.	227	592	67	75	182	57	293	333	316	51	43	60	213	26	181	494	8	690	1	62	12	421
ภาคตะวันตก	382	993	81	111	286	33	205	410	409	116	71	248	454	40	132	288	9	720	2	67	11	456
รพศ./รพท.	131	401	35	46	142	16	75	130	149	61	37	166	220	27	53	115	3	312	1	41	4	181
รพช.	252	592	46	65	143	16	130	280	260	56	33	82	234	14	79	173	6	407	1	26	7	275
ภาคใต้	632	1,510	136	317	679	82	606	859	1,192	178	134	349	919	87	452	1,382	41	1,631	1	54	32	925
รพศ./รพท.	200	500	77	75	220	27	143	193	305	86	67	319	397	48	110	314	25	503	0	20	14	324
รพช.	432	1,010	59	242	459	55	462	666	887	91	66	30	522	38	342	1,068	16	1,128	1	34	18	601

ที่มา: ประมวลจากรายงาน 0110 รง.5

7.3.4 การเสียชีวิตที่สถานพยาบาล

ปัญหาใหญ่ที่มีผู้เป็นห่วงกันมากในการปรับมาใช้กลไกการจ่ายเงินแบบใหม่คือคุณภาพของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการเป็นห่วงความอยู่รอดหรือความมั่นคงของตนเอง และอาจแปรความเป็นห่วงเหล่านั้นออกมาเป็นการลดคุณภาพของบริการลง การวัดคุณภาพเป็นเรื่องยากและต้องการการวิจัยที่ลงลึกไปถึงการทบทวนวิธีการรักษาในเวชระเบียน (medical review) เป็นอย่างน้อย ซึ่งเป็นงานที่ควรติดตามศึกษาในระยะยาวโดยนักวิจัยที่เป็นแพทย์ แต่ในช่วงแรกนี้ คณะผู้วิจัยใช้ข้อมูลอัตราการตายที่โรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดหยาบๆ ไปก่อน โดยพยายามเปรียบเทียบว่าอัตราการเสียชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่หลังจากที่มีโครงการ

การใช้อัตราการตายที่โรงพยาบาลมีปัญหาหลายประการ คือ

- ปัญหาโรคระบาดและความรุนแรงของการระบาดเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี (และโรคระบาดหลายโรคก็มีฤดูกาลของโรคด้วย) ดังนั้น ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลจะใช้แนวทางการรักษาแบบเดิม แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีก็อาจจะต่างกันมาก
- การที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้สิทธิ์โครงการ 30 บาท ทำให้ภาระในการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังที่จะรักษา (terminally ill) อยู่รับการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตลดลงจากในอดีตมาก ดังนั้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่ญาติขอนำกลับไปตายที่บ้านอาจจะลดลงกว่าเดิม
- ในทางกลับกัน โรงพยาบาลหลายแห่งพยายามจำหน่ายผู้ป่วยออกเร็วขึ้น รวมทั้งอาจสนับสนุนให้ญาติพาผู้ป่วยที่หมดหวังแล้วกลับไปที่บ้าน ซึ่งอาจจะทำให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงได้เช่นกัน (แต่กรณีนี้อาจจะเกิดยากกว่าข้อที่ผ่านมา เพราะนอกจากในกรณีที่ผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมากแล้ว การให้ผู้ป่วยที่หมดหวังกลับบ้านได้ก็ต่อเมื่อญาติผู้ป่วยเห็นชอบด้วย)
- โรงพยาบาลขนาดเล็กอาจส่งต่อผู้ป่วยที่หมดหวังไปที่โรงพยาบาลใหญ่ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจส่งผู้ป่วยที่หมดหวังหรืออาการดีขึ้นกลับไปที่โรงพยาบาลชุมชน (ด้วยเหตุผลที่ว่ามีเตียงจำกัด) ซึ่งอาจทำให้จำนวนการเสียชีวิตจากการรักษาของแต่ละโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปจากที่ควรจะเป็น

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัญหาความถูกต้องของข้อมูล ตัวอย่างเช่น ในยุคก่อน 30 บาทนั้น ไม่สู้ที่จะมีผู้สนใจข้อมูลการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากนัก แต่หลังจากที่มีกระแส "30 บาทตายทุกโรค" เกิดขึ้น ผู้ที่รายงานก็อาจหันมาสนใจกับข้อมูลนี้มากขึ้น ซึ่งทำให้มีทั้งโอกาสที่จะทำให้มี

การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น หรือในกรณีที่ระบบฐานข้อมูลไม่ได้ออกแบบให้มีการตรวจสอบ (cross check) ได้โดยง่ายแล้ว ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีการบิดเบือนข้อมูลนี้ได้

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ อัตราตายไม่ได้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ไว (sensitive) นัก เพราะในกรณีที่ผู้ป่วยอาการหนักหรือป่วยเป็นโรคบางอย่างในบางขั้นตอนนั้น การรักษาที่มีคุณภาพดีหรือไม่ก็ตามก็เพิ่มโอกาสในการยืดชีวิตผู้ป่วยได้ไม่มากนัก

นอกจากนี้ อัตราตายที่สถานพยาบาลรายงานมานั้น ไม่สามารถแยกตามสิทธิหรือชนิดของหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงประมาณสามในสี่เป็นผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ดังนั้น ถ้าการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทเกิดขึ้น ก็ย่อมมีโอกาสที่จะเป็นผลของโครงการนี้

ตารางที่ 7.39 เป็นข้อมูลอัตราตายที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 (ข้อมูลอัตราตายเป็นอัตราการตายรวมของผู้ป่วยทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลเนื่องจากข้อมูลที่มีไม่ได้แยกจำนวนการตายตามหลักประกันสุขภาพ) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 ในภาพรวมระดับประเทศนั้น เมื่อพิจารณาจากกรณีผู้ป่วยนอก พบว่าอัตราการตายต่อจำนวนครั้งของการให้บริการในปีงบประมาณ 2545 ลดลงจากปีก่อนๆ เกือบครึ่งหนึ่ง แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยนอกลดลงเกิดจากจำนวนครั้งของการใช้บริการ (ซึ่งเป็นตัวหาร) เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลมาก

เมื่อพิจารณาเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน (ซึ่งปกติจะมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยนอกมาก) ในภาพรวมพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในของปี 2545 ไม่ได้ต่างจากปี 2543-44 มากนัก (สูงกว่าปี 2544 แต่ต่ำกว่าปี 2543) แต่เมื่อแยกตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป*ลดลง*จากปี 2544 และ 2543 ประมาณร้อยละ 12 และ 17 ในขณะที่อัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ประมาณร้อยละ 29 และ 16 ตามลำดับ และในขณะที่อัตราการตายของผู้ป่วยในต่อจำนวนของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั้งในจังหวัดที่จัดสรรงบแบบ OP-IP Split และในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรเงินแบบ inclusive capitation *ลดลง*จากปี2544 และ 2543 อัตราตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มหลังเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ร้อยละ 45 และ 22 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเฉพาะอัตราตายต่อจำนวนการใช้บริการแต่เพียงอย่างเดียวอาจก่อให้เกิดภาพที่ลำเอียงได้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากอัตราตายของผู้ป่วยนอกต่อการรักษาแสนครั้ง ซึ่ง

ลดลงมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทนั้น สาเหตุหลักเกิดจากการที่มีผู้มาใช้บริการมากขึ้น (รวมทั้งการเปลี่ยนวิธีการบันทึกซึ่งหันมานับรวมผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานพยาบาลเครือข่ายด้วย) ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ในกรณีเหล่านี้ผู้ที่มารับบริการมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตน้อยลงกว่าเดิม ในกรณีนี้ การใช้อัตราการตายต่อประชากรจะช่วยลดความลำเอียงที่เกิดจากปัญหานี้ลงได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากอัตราการตายของผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลต่อประชากรแสนคน ก็จะพบว่า นอกจากอัตราการตายที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยนอกต่อประชากรในปี 2545 จะไม่ได้ลดลงอย่างมากมายเหมือนกับอัตราตายต่อครั้งของการรักษาแล้ว ยังกลับเพิ่มขึ้นจากในปี 2543-44 เล็กน้อย และในทำนองเดียวกัน แม้ว่าอัตราการตาย*ของผู้ป่วยใน*ที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปี 2545 จะลดลงจากปี 2543-44 แต่อัตราการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป*ต่อประชากร*ในปี 2545 ก็ไม่ได้ลดลงจากในปี 2543-44 แต่อย่างใด ดังนั้น การที่อัตราตายของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้รับเข้ามารักษาลดลงอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่รับคนไข้เข้ามาเป็นคนไข้ในเร็วขึ้น (หรือง่ายขึ้น) กว่าเดิม

แต่ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลใหญ่ต่อประชากรไม่ค่อยเปลี่ยนไปจากเดิมนั้น อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนในปี 2545 กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยทั้งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในต่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 17-20 และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรงบแบบ inclusive capitation มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ชัดเจนมากกว่าในจังหวัดที่เหลือ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ารูปแบบการจัดสรรงบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่หลายจังหวัดที่มีปัญหาการเงินมีแนวโน้มที่จะเลือกจัดสรรงบแบบ inclusive capitation มากกว่าจังหวัดที่คาดว่าจะมีเงินเหลือ

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อประชากรในระหว่างปี 2545 และ 2546 (ซึ่งเป็นปีที่ส่วนกลางกำหนดให้ทุกจังหวัดเปลี่ยนมาใช้วิธีการแยกงบผู้ป่วยในมารวมเป็นกองทุนของแต่ละจังหวัด) ก็พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ทั้งที่กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (จะมีข้อยกเว้นก็คือ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในภาคเหนือ แต่อัตราการเสียชีวิตรวมของผู้ป่วยนอกต่อประชากรในภาคเหนือก็มีแนวโน้มลดลงเหมือนกับภาคอื่นๆ) (ดูตารางที่ 7.40) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้ก็ไม่เพียงพอที่จะชี้ชัดลงไปเช่นกันว่าอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายเงินหรือไม่ เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลที่ดีพอที่จะทำการวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแปรต่างๆ ทางด้านระบาดวิทยา)

ตารางที่ 7.39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ระหว่างปี 2543-2545

ประเทศ/ภูมิภาค	อัตราการเสียชีวิตของ ผป.นอก / จำนวนการให้บริการแสนครั้ง			อัตราการเสียชีวิตของ ผป.ใน / จำนวน ผป.ในแสนคน			อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอก / ปชก.แสนคน			อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน / ปชก.แสนคน			อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยรวม / ปชก.แสนคน		
	ปี 43	ปี 44	ปี 45	ปี 43	ปี 44	ปี 45	ปี 43	ปี 44	ปี 45	ปี 43	ปี 44	ปี 45	ปี 43	ปี 44	ปี 45
รวมทั้งประเทศ	38	34	18	1,951	1,809	1,844	46	45	48	204	203	211	250	248	260
รพ.ใหญ่	31	27	15	3,990	3,737	3,307	41	40	43	653	654	659	695	694	701
รพ.กลาง&เล็ก	41	36	20	553	496	640	48	46	50	46	45	54	95	91	105
จว. ที่ใช้ Exclusive	*43*	*35*	*20*	*2,000*	*1,882*	*1,873*	*53*	*47*	*49*	*211*	*213*	*216*	*264*	*260*	*264*
รพ.ใหญ่	37	25	13	4,265	3,973	3,601	51	39	39	760	765	774	811	804	814
รพ.กลาง&เล็ก	46	39	22	495	473	507	54	49	52	41	42	43	95	91	94
จว. ที่ใช้ Inclusive	*35*	*33*	*18*	*1,998*	*1,816*	*1,900*	*42*	*44*	*48*	*206*	*203*	*217*	*248*	*247*	*266*
รพ.ใหญ่	27	27	14	3,795	3,560	3,164	35	39	42	586	586	590	621	624	632
รพ.กลาง&เล็ก	38	36	20	639	538	782	45	46	51	53	49	67	98	95	118
จว. ที่ใช้ Mixed	*36*	*28*	*16*	*1,397*	*1,370*	*1,298*	*44*	*36*	*44*	*152*	*151*	*147*	*196*	*188*	*191*
รพ.ใหญ่	39	40	24	4,012	3,853	2,760	51	56	74	686	676	647	738	732	721
รพ.กลาง&เล็ก	35	25	14	338	349	400	43	32	37	32	33	34	75	65	71

หมายเหตุ : - จำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนำข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ที่มีข้อมูลพอที่เปรียบเทียบข้ามปีได้ จำนวน 792 แห่ง (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค โดย ศรชัย 2546)

-จำนวนประชากรใช้ฐานข้อมูลปี 2545 โดยรวมยอดจำนวนประชากรตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม โครงการ 30 บาท และบัตรสุขภาพ สำหรับประชากรปี 2544 และ 2543 คำนวณโดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์ย้อนหลัง สมมติให้มีอัตราการเติบโตของประชากรโดยรวมร้อยละ 1 ต่อปี

ตารางที่ 7.40 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2545-2546

ภูมิภาค	อัตราตาย ผู้ป่วยนอกต่อ การให้บริการ แสนครั้ง		อัตราการตาย ผู้ป่วยในต่อ จำนวนผู้ป่วยใน แสนคน		อัตราการตาย ผู้ป่วยนอกต่อ ประชากรแสน คน		อัตราการตาย ของผู้ป่วยในต่อ ประชากรแสน คน		อัตราการตาย ผป. นอก+ใน ต่อ ประชากรแสนคน	
	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546	2545	2546
ทั่วทั้งประเทศ	18	12	1,832	1,698	47	36	205	193	252	230
รพศ./รพท.	15	12	3,315	3,075	41	37	647	624	688	660
รพช.	20	12	643	528	49	36	54	44	102	80
ภาคเหนือ	16	11	2,196	2,004	44	39	240	221	284	259
รพศ./รพท.	12	13	3,656	3,346	*35*	*41*	719	658	754	699
รพช.	17	11	907	804	47	38	71	64	118	101
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	20	10	1,449	1,182	47	31	149	126	197	158
รพศ./รพท.	18	12	3,134	2,679	52	40	684	644	736	684
รพช.	20	10	574	327	47	30	46	27	93	56
ภาคกลาง	18	14	2,478	2,464	49	47	269	280	318	326
รพศ./รพท.	13	13	3,763	3,656	37	43	605	616	641	659
รพช.	22	16	769	832	57	49	58	65	115	114
ภาคตะวันออก	23	15	2,332	2,406	62	46	290	304	352	350
รพศ./รพท.	12	8	4,423	4,285	34	27	914	967	948	995
รพช.	27	17	731	739	72	53	70	67	141	120
ภาคตะวันตก	19	15	2,139	2,081	51	43	285	288	336	331
รพศ./รพท.	15	10	2,932	2,917	41	28	548	565	589	594
รพช.	23	19	863	751	59	54	79	72	138	126
ภาคใต้	16	11	1,369	1,368	40	30	169	162	209	193
รพศ./รพท.	16	11	2,581	2,454	43	31	503	465	546	496
รพช.	16	11	304	343	38	30	28	30	67	60

ที่มา: ประมวลผลจากรายงาน 0110 รง.5 เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลครบทั้งสองปีจำนวน 812 แห่ง (จาก 814 แห่ง) ซึ่งประกอบด้วย รพศ./รพท. ครบ 92 แห่ง และ รพช. 720 จาก 722 แห่ง

หมายเหตุ: จำนวนประชากรใช้ฐานข้อมูลปี 2545 มาประมาณการประชากรในปี 2546 โดยสมมติให้มีอัตราการเติบโตของประชากรโดยรวมร้อยละ 1 ต่อปี

นอกจากข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ที่เป็นรายงานภาพรวมของสถานพยาบาลแล้ว ก็ยังมีแหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาคำนวณอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน คือ ข้อมูล DRG ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากข้อมูลผลการจำหน่ายและวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย (ซึ่งคณะผู้วิจัยได้รับการอนุเคราะห์จาก นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล ดูตารางที่ 7.41) ข้อมูล DRG ให้ภาพที่ละเอียดขึ้น แต่ก็มีปัญหาเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล (ข้อมูลชุดนี้มีจำนวนคนไข้ในประมาณ 3.8-4.2 ล้านคนต่อปีในระหว่างปี 2543-45 ซึ่งต่ำกว่าตัวเลขที่รายงานโดยโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่าง 4.8-5.3 ล้านคน ประมาณหนึ่งล้านคนต่อปี) และยังมีปัญหาในการบันทึกอยู่บ้าง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนในปีก่อน ซึ่งในบางกรณี มีจำนวนที่บันทึกว่า "ไม่ทราบ" มากกว่าจำนวนที่ "ตาย" เสียอีก) นอกจากนี้ จำนวนที่บันทึกว่า "ตาย" จากข้อมูล "ผลการจำหน่าย" และ "วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย" มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก การตีความจึงทำได้ลำบาก โดยจากข้อมูลในตารางที่ 7.41 นั้น จำนวนผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนค่อนข้างจะคงที่ (จากข้อมูลที่ได้มาไม่ครบ โดยเฉพาะในปี 2545 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้น้อยกว่าในปี 2543-44) ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น (แต่จำนวนข้อมูลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนส่งมามีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในระหว่างปี 2543-45) โดยถ้าใช้ข้อสมมุติต่างๆ ในการคำนวณอัตราการเสียชีวิต*ต่อจำนวนผู้ป่วยใน*ที่โรงพยาบาลชุมชนในปี 2545 ก็จะได้ตัวเลขตั้งแต่เท่าเดิมไปจนถึงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่ต่ำกว่าที่รวบรวมจากรายงาน 0110 รง.5

ตารางที่ 7.41 ผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2543-45 จำแนกตามผลการจำหน่ายและวิธีการจำหน่าย

ก. รวมทุกโรงพยาบาล	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
ผลการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. รักษาหาย	129,891	3.68	121,288	3.07	132,429	3.14
2. ดีขึ้น	2,647,697	75.07	3,068,450	77.74	3,236,644	76.82
3. ไม่ดีขึ้น	145,294	4.12	160,924	4.08	187,036	4.44
4. คลอดปกติ	201,991	5.73	207,357	5.25	217,604	5.16
5. ไม่คลอด	19,877	0.56	23,371	0.59	26,047	0.62
6. ทารกแรกเกิดกลับพร้อมแม่	236,259	6.70	246,000	6.23	238,787	5.67
7. ทารกแรกเกิดกลับแยกกับแม่	2,712	0.08	2,810	0.07	1,922	0.05
8. เกิดไร้ชีพ	7,297	0.21	5,765	0.15	4,664	0.11
9. ตาย	65,986	1.87	66,721	1.69	66,579	1.58
ไม่ทราบ	69,771	1.98	44,320	1.12	101,578	2.41
รวม discharge	3,526,775	100.00	3,947,006	100.00	4,213,290	100.00

	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
วิธีการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. โดยอนุญาต	3,243,924	91.98	3,645,481	92.36	3,885,893	92.23
2. ไม่สมัครใจอยู่	66,022	1.87	65,666	1.66	59,052	1.40
3. หนีกลับ	10,200	0.29	9,721	0.25	10,178	0.24
4. ส่งต่อ	106,291	3.01	132,053	3.35	164,718	3.91
5. อื่นๆ	4,478	0.13	7,010	0.18	6,410	0.15
6. อื่นๆ	632	0.02	-	0.00	594	0.01
7. อื่นๆ	1,182	0.03	-	0.00	1,635	0.04
8. ตาย (ผ่า)	954	0.03	-	0.00	43	0.00
9. ตาย (ไม่ผ่า)	71,866	2.04	71,458	1.81	73,395	1.74
ไม่ทราบ	21,226	0.60	15,617	0.40	11,372	0.27
รวม discharge	3,526,775	100.00	3,947,006	100.00	4,213,290	100.00

ข. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
ผลการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. รักษาหาย	31,536	1.48	26,510	1.21	51,444	2.55
2. ดีขึ้น	1,687,570	79.00	1,789,426	81.58	1,603,539	79.46
3. ไม่ดีขึ้น	62,622	2.93	53,219	2.43	47,462	2.35
4. คลอดปกติ	100,011	4.68	94,316	4.30	78,595	3.89
5. ไม่คลอด	11,631	0.54	12,163	0.55	10,738	0.53
6. ทารกแรกเกิดกลับพร้อมแม่	138,737	6.49	132,596	6.04	105,448	5.23
7. ทารกแรกเกิดกลับแยกกับแม่	1,752	0.08	1,831	0.08	800	0.04
8. เกิดไร้ชีพ	6,682	0.31	5,004	0.23	3,851	0.19
9. ตาย	59,034	2.76	58,706	2.68	55,746	2.76
ไม่ทราบ	36,696	1.72	19,714	0.90	60,401	2.99
รวม discharge	2,136,271	100.00	2,193,485	100.00	2,018,024	100.00

	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
วิธีการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. โดยอนุญาต	1,988,772	93.10	2,051,964	93.55	1,883,078	93.31
2. ไม่สมัครใจอยู่	32,739	1.53	31,826	1.45	31,701	1.57
3. หนีกลับ	5,994	0.28	4,698	0.21	3,806	0.19
4. ส่งต่อ	27,934	1.31	31,114	1.42	31,294	1.55
5. อื่นๆ	1,954	0.09	3,338	0.15	1,996	0.10
6. อื่นๆ	224	0.01	-	0.00	179	0.01
7. อื่นๆ	177	0.01	-	0.00	537	0.03
8. ตาย (ผ่า)	545	0.03	-	0.00	17	0.00
9. ตาย (ไม่ผ่า)	65,178	3.05	63,092	2.88	61,807	3.06
ไม่ทราบ	12,754	0.60	7,453	0.34	3,609	0.18
รวม discharge	2,136,271	100.00	2,193,485	100.00	2,018,024	100.00

ค. โรงพยาบาลชุมชน	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
ผลการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. รักษาหาย	98,355	7.07	94,778	5.41	80,985	3.69
2. ดีขึ้น	960,127	69.05	1,279,024	72.94	1,633,105	74.39
3. ไม่ดีขึ้น	82,672	5.95	107,705	6.14	139,574	6.36
4. คลอดปกติ	101,980	7.33	113,041	6.45	139,009	6.33
5. ไม่คลอด	8,246	0.59	11,208	0.64	15,309	0.70
6. ทารกแรกเกิดกลับพร้อมแม่	97,522	7.01	113,404	6.47	133,339	6.07
7. ทารกแรกเกิดกลับแยกกับแม่	960	0.07	979	0.06	1,122	0.05
8. เกิดไร้ชีพ	615	0.04	761	0.04	813	0.04
9. ตาย	6,952	0.50	8,015	0.46	10,833	0.49
ไม่ทราบ	33,075	2.38	24,606	1.40	41,177	1.88
รวม discharge	1,390,504	100.00	1,753,521	100.00	2,195,266	100.00

	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
วิธีการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. โดยอนุญาต	1,255,152	90.27	1,593,517	90.88	2,002,815	91.23
2. ไม่สมัครใจอยู่	33,283	2.39	33,840	1.93	27,351	1.25
3. หนีกลับ	4,206	0.30	5,023	0.29	6,372	0.29
4. ส่งต่อ	78,357	5.64	100,939	5.76	133,424	6.08
5. อื่นๆ	2,524	0.18	3,672	0.21	4,414	0.20
6. อื่นๆ	408	0.03	-	0.00	415	0.02
7. อื่นๆ	1,005	0.07	-	0.00	1,098	0.05
8. ตาย (ผ่า)	409	0.03	-	0.00	26	0.00
9. ตาย (ไม่ผ่า)	6,688	0.48	8,366	0.48	11,588	0.53
ไม่ทราบ	8,472	0.61	8,164	0.47	7,763	0.35
รวม discharge	1,390,504	100.00	1,753,521	100.00	2,195,266	100.00

ที่มา: ประมวลผลจากฐานข้อมูล DRG โดย นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล

โดยหลักการแล้ว อีกวิธีหนึ่งที่อาจจะบอกได้ว่าการตายที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลเป็นผลมาจากคุณภาพในการรักษาที่ลดลงหรือเกิดจากผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านน้อยลง ทำได้โดยเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในพื้นที่นั้นกับอัตราการตายที่โรงพยาบาล โดยในกรณีที่การตายที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลเป็นผลมาจากคุณภาพในการรักษาที่ลดลงนั้นก็ควรจะทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตในพื้นที่นั้นเพิ่มตามไปด้วย แต่ถ้าการตายที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านน้อยลง (เนื่องจากการไม่มีภาระค่าใช้จ่ายจากการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลการเสียชีวิตรวมที่ครบถ้วนที่สุดคือข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีปัญหาอยู่ไม่น้อยเช่นกัน และการเชื่อมโยงประชากรในเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาลกับเขตพื้นที่ปกครองก็ไม่สามารถทำได้ด้วยความมั่นใจเสียทีเดียว ข้อมูลที่เสนอในภาคผนวก ก. จึงคำนวณออกมาเป็นอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตรวมโดยใช้ฐานประชากรคนละตัวกัน ซึ่งทำให้เปรียบเทียบกันได้ยากขึ้นไปอีก

จากตารางในภาคผนวก ก. จะเห็นได้ว่าในภาพรวมนั้น อัตราการเสียชีวิตรวมในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้เพิ่มขึ้นในปี 2545 ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตรวมในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน และแบบแผนนี้เห็นได้ในระดับจังหวัดในบางจังหวัดเช่นกัน แต่ไม่ได้เป็นแบบแผนที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบเสียทีเดียว

โดยสรุปแล้ว ในเบื้องต้นนี้ ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพออาจจะพอสรุปได้ว่า การเข้ามาของโครงการ 30 บาทส่งผลกระทบด้านคุณภาพที่รุนแรงดังที่หลายฝ่ายเป็นห่วงหรือไม่ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะข้อมูลที่รวบรวมมาได้ยังเป็นเพียงข้อมูลช่วงสั้นๆ ช่วงแรกเท่านั้น และยังเป็นช่วงที่มีพลวัตรค่อนข้างสูงในด้านการดำเนินโครงการอีกด้วย ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์แบบควบคุมตัวแปรได้ อย่างไรก็ตามตัวข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นก็เป็นสิ่งที่ควรติดตามอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนการเสียชีวิตที่ไม่ได้แยกตามสิทธิ์) จะยังไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือกลไกการจ่ายเงินและคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้ และจำนวนการตายที่โรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น (เฉลี่ยร้อยละ 4 ทั่วประเทศ) ในปี 2545 อาจมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ (รวมทั้งการระบาดของไข้เลือดออก) และผลจากการที่คนไข้และญาติมีภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลน้อยลงด้วยก็ตาม แต่ข้อมูลเรื่องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องก็ควรจะเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าอัตราตายไม่ได้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ไว (sensitive) นัก

ถ้าจะสรุปอย่างคร่าวๆ ในด้านกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในโครงการ 30 บาทก็จะพบว่าในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นปีแรกที่โครงการ 30 บาทเริ่มดำเนินการทั่วประเทศนั้น สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการประชาชนเพิ่มขึ้นในด้านการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยนอกน่าจะสูงกว่าแนวโน้มในอดีตมาก ในด้านผู้ป่วยในก็มีการให้บริการเพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนในด้านบริการด้านส่งเสริมป้องกันก็มีรายงานการให้บริการเพิ่มขึ้นมากในช่วงครึ่งหลังของปี 2545 แต่ระบบการรายงานยังมีปัญหาเรื่องวิธีการวัดและความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการเปรียบเทียบข้ามปี ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือกลไกการจ่ายเงินและคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้ แต่ก็ชวนให้ตั้งข้อสงสัยถึงผลของวิธีการจัดสรรงบที่มีต่ออัตราการให้บริการและอัตราการเสียชีวิต และถึงแม้ว่าอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะลดลงในปี 2546 ซึ่งเป็นปีที่มีการปรับเปลี่ยนกติกาการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วย แต่ผลจากเพียงปีเดียวก็ไม่สามารถชี้ชัดลงไปว่าอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงเป็นผลมาจากการเปลี่ยนกติกาการจ่ายเงินหรือไม่ ถึงกระนั้นก็ตามข้อมูลการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรจะติดตามและเฝ้ามองอย่างใกล้ชิดกันต่อไป

7.4 การบริหารโครงการ "30 บาท รักษาทุกโรค" ในบริบทของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[126]

โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เป็นโครงการที่ผลักดันขึ้นมาโดยพรรคไทยรักไทย (โดยอาจมีบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนร่วมแนะนำอยู่ด้วย) เมื่อพรรคไทยรักไทยก้าวขึ้นมาเป็นรัฐบาล ก็ได้ใช้กระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการจากกระทรวงนี้เป็นกลไกหลักในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยในระยะแรกมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นเสมือน CEO ของโครงการ ในขณะที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่องการประชาสัมพันธ์โครงการเป็นหลักและไม่ได้เข้ามามีส่วนในการบริหารโครงการในระยะแรกมากนัก แต่ก็ค่อยๆ เข้ามามีบทบาทมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา ส่วนนายกรัฐมนตรีนั้น หลังจากที่

[126] รายงานนี้ไม่ได้ลงรายละเอียดเรื่องกลไกและกระบวนการบริหารโครงการ 30 บาท ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดเอาไว้แล้วใน วิโรจน์และอัญชนา 2545ข.

เป็นประธาน workshop ในช่วงก่อนเริ่มโครงการแล้ว ก็เข้ามาเกี่ยวข้องกับโครงการนี้น้อยมาก ทั้งๆ ที่เป็นโครงการใหญ่ของรัฐบาล[127]

การตัดสินใจของรัฐบาลใหม่ที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทฝ่ายเดียว โดยไม่ได้แตะต้องโครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการข้าราชการในระยะเริ่มแรก *มีส่วนช่วยให้โครงการนี้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว* เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขก็คือมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์จากโครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งมีกฎเกณฑ์และกติกาของเดิมอยู่แล้ว[128] และการที่เป็นโครงการของกระทรวงเดียวก็ทำให้รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งมีบทบาทเสมือนเป็น CEO ของโครงการในระยะแรก) สามารถผลักดันให้เกิดการบริหารแบบ*เกือบ*เบ็ดเสร็จ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งรู้จักกันมากกว่าในชื่อ "War Room") ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารโครงการและเป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบายโดยไม่ผ่านขั้นตอนและกลไกราชการปกติของกระทรวงฯ การมีกลไกการบริหารที่รวดเร็วเป็นข้อดีที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของพรรคและ CEO ของโครงการ แต่วิธีนี้ก็ก่อให้เกิดปัญหาหลายประการเช่นกัน ตัวอย่างคือ

- แม้ว่าผู้บริหารโครงการนี้อาจจะมีภาพในอุดมคติของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ (รวมไปถึงประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ของโครงการ 30 บาทกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ) แต่การที่ไม่มีกลไกในระดับที่สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขมาประสานและทำหน้าที่จัดระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในกรอบรวม ทำให้การดำเนินโครงการ 30 บาทดำเนินการโดยแยกจากโครงการอื่นๆ เพราะผู้บริหารโครงการนี้ที่กระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้อยู่ในฐานะที่จะสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ได้ ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีทิศทางที่ไม่ชัดเจนในระยะแรกด้วย
- การไม่มีการประสานเท่าที่ควรกับโครงการอื่นๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการข้าราชการ) ทำให้การจัดการปัญหาเรื่องทะเบียนผู้มีสิทธิ์กลายเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ค่อนข้างทุลักทุเลมาจนถึงทุกวันนี้

---

[127] นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรียังได้มอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีมาทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแทนด้วย

[128] รวมไปถึงมี "ภาษา" ของโครงการเดิมซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการใหม่ได้ทันทีด้วย

- ปัญหาเรื่องการเงิน (ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากของโครงการนี้) *กลายเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข* ที่ฝ่ายอื่น (รวมทั้งสำนักงบประมาณ) ไม่ประสงค์จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือไม่ให้ความสำคัญมากนัก ทั้งๆ ที่โครงการนี้ถูกจัดเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล

ในด้านการบริหารจัดการโครงการ*ภายในกระทรวงสาธารณสุข* (ซึ่งเป็นผู้ให้บริการหลักในโครงการนี้) มีความเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นจุดเด่นและจุดอ่อนของโครงการนี้ ซึ่งพอสรุปได้คร่าวๆ ดังต่อไปนี้คือ

ก. การบริหารโครงการที่ส่วนกลาง *มีประเด็นที่น่าสังเกตคือ*

- การส่งสัญญาณของฝ่ายการเมืองในเรื่องปรัชญาของโครงการมีความคลุมเครือและเปลี่ยนไปตามกระแส จากในช่วงต้นปี 2544 ที่ส่งสัญญาณว่าจะใช้โครงการ 30 บาทในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลายมาเป็น "โครงการที่มุ่งช่วยคนจน" หรือ "โครงการทางเลือกสำหรับคนจน" ในช่วงต้นและกลางปี 2545 จนกระทั่งเมื่อต้องผลักดันร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฝ่ายการเมืองจึงหันกลับมายืนยันหลักการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกคำรบหนึ่ง แต่หลังจากที่ พรบ. นี้ผ่านสภาไปแล้ว นายกรัฐมนตรีก็มักจะยังคงกล่าวถึงโครงการนี้ในลักษณะที่เป็นบริการพื้นฐานสำหรับคนจนเหมือนเดิม
- การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room) ขึ้นมาเป็นกลไกหลักในการติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในโครงการในปี 2544-45 เป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญที่ทำให้ฝ่ายการเมือง (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CEO ของโครงการ) สามารถผลักดันให้โครงการนี้เกิดขึ้นและเดินหน้าไปได้ในช่วงแรก แต่ในขณะเดียวกัน การมีโครงสร้างใหม่นี้ขึ้นมาทับซ้อนโครงสร้างเดิมก็เพิ่มความสับสนเข้ามาในโครงการ ทำให้เกิดภาพ "นโยบายรายวัน" และมีส่วนสร้างความขัดแย้งกับปลัดกระทรวงซึ่งเป็นผู้ที่มีอำนาจในโครงสร้างเดิม
- ในปีแรกของโครงการนี้ ส่วนกลางจะให้อำนาจการตัดสินใจของจังหวัดมากกว่าโครงการในอดีต (ที่มักจะใช้วิธีสั่งการจากเบื้องบนเป็นหลัก) แต่ก็ไม่มีหลักการหรือเส้นแบ่งที่ชัดเจนว่าจะกระจายอำนาจให้จังหวัดแค่ไหน หลายเรื่องที่ทางส่วนกลางมอบให้จังหวัดตัดสินใจเป็นเรื่องที่ผู้บริหารที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้มากกว่าที่จะเป็นเรื่องที่ส่วนกลางเห็นว่าควรจะกระจายอำนาจให้พื้นที่ การที่ส่วนกลางโยนประเด็นปัญหาที่มี

ลักษณะเกือบเป็น zero-sum (เช่น เรื่องการรวมเงินเดือน) ไปให้พื้นที่ตัดสินนั้น ดูจะเป็นการโยนภาระความรับผิดชอบไปให้มากกว่าที่จะเป็นการมอบหรือกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นตามหลักการที่ควรจะเป็น และเมื่อส่วนกลางเริ่มมีคำตอบว่าจะทำอย่างไร ก็เริ่มกลับมาใช้วิธีรวบอำนาจการตัดสินใจอีกครั้งหนึ่งตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา

- ในขณะที่ผู้บริหารโครงการนี้มักจะเน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ แต่ผู้บริหาร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายการเมือง) มักจะส่งสัญญาณที่ขัดกันเองออกไปให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างตามแต่สถานการณ์ที่ผู้บริหารต้องเผชิญในขณะนั้น ตัวอย่างเช่น มีบางช่วงที่ผู้บริหารโครงการระบุว่าโรงพยาบาลใหญ่จำเป็นต้อง "รีดไขมัน" ของตนออก แต่ในอีกบางช่วงก็จะบอกว่าให้ "ทำเต็มที่" และ "เหมือนเดิม" เพื่อดูว่าต้องใช้เงินเท่าใดในการดำเนินโครงการ[129]

- โครงการนี้เป็นตัวอย่างของโครงการที่ฝ่ายการเมืองพยายามผลักดันอย่างเต็มที่และพยายามทำความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในช่วงโครงการนำร่องและช่วงก่อนเริ่มโครงการ (เช่น การส่งผู้บริหารระดับสูงลงไปตามพื้นที่ และการจัดทำคู่มือต่างๆ) แต่เมื่อมีการดำเนินโครงการทั่วประเทศแล้ว ก็ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนที่จะส่งเสริมให้ผู้บริหารในระดับล่างได้รับรู้ข้อมูลในภาพรวมของโครงการหรือภาพในระดับกว้างกว่าจังหวัดหรือเขตของตนเอง แต่ใช้วิธีบอกให้ทุกพื้นที่พยายามทำให้ดีที่สุด และให้พื้นที่ที่มีปัญหามาขอความช่วยเหลือจากส่วนกลาง (เช่นจากงบ Contingency Fund ซึ่งเป็นมาตรการระยะสั้น) และมักนำแต่ตัวอย่างในพื้นที่ที่ส่วนกลางเห็นว่าประสบความสำเร็จมาโฆษณา[130] แนวทางนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากซึ่งมองไม่เห็นภาพรวมและภาพในระยะยาวเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง และขาดความเชื่อมั่นในโครงการและข่าวสารที่ส่งมาจากส่วนกลาง และมีส่วนทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างในองค์กรหรือพื้นที่ที่ประสบปัญหามีความไม่พอใจกับโครงการนี้ค่อนข้างมาก

- ส่วนกลางให้ความสำคัญกับการร้องเรียนของประชาชนมาก ซึ่งถือได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐ แต่ในการดำเนินการในปีแรกไม่ได้มีการกำหนดแนวทางและกติกาในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่เป็นระบบที่ชัดเจน การติดตาม

---

[129] ปัญหาเรื่องการกระจายอำนาจก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่งสัญญาณที่คลุมเครือไปยังผู้ปฏิบัติงาน

[130] ซึ่งบางครั้งเป็นกรณีที่มีลักษณะเฉพาะสูง เช่น บ้านแพ้ว

เรื่องร้องเรียนจากส่วนกลางในรูปแบบต่างๆ (ซึ่งในหลายกรณีต่างจากในอดีต เช่น การติดตามเรื่องร้องเรียนที่เป็น e-mail หรือบัตรสนเท่ห์) ก่อให้เกิดภาพกับผู้ปฏิบัติงานระดับล่างว่าส่วนกลางต้องการให้โครงการนี้เป็นโครงการปลอดปัญหา หรือส่วนกลางไม่มีจุดยืนที่ชัดเจนและพร้อมที่จะเปลี่ยนแนวทางการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาการร้องเรียนเกิดขึ้น (เช่น ประเด็นเรื่องสิทธิในการคลอดลูกคนที่ 3) ในปี 2546-47 ระบบการร้องเรียนเริ่มมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น[131]

- ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ไขระเบียบหลายด้าน (เช่น ระเบียบเรื่องเงินบำรุงและการจ่ายค่าตอบแทน) ซึ่งถือว่าทำได้ค่อนข้างเร็วในระบบราชการเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านบุคคลากรและงบประมาณยังคงติดกับกรอบและระเบียบราชการและของกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎระเบียบต่างๆ ในด้านกรอบอัตรากำลังและระเบียบค่าตอบแทนของกระทรวงการคลังและระบบการตรวจสอบของสำนักงบประมาณ ซึ่งในหลายกรณียังเป็นอุปสรรคในการบริหารงานของสถานพยาบาลระดับล่าง
- โครงการนี้ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับมีภาระด้านการรายงานเพิ่มขึ้นมาก ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาส่วนกลางจะตระหนักถึงปัญหานี้ และมีความพยายามที่จะตัดรายงานบางส่วนลง แต่ระบบข้อมูลของส่วนกลางยังคงเรียกร้องข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ระดับล่างค่อนข้างมาก โดยเฉพาะระดับสถานีอนามัย ซึ่งหลายแห่งระบุว่าภาระรายงานที่กระทรวงมอบหมายมีมากจนไม่มีเวลาออกเยี่ยมชุมชน หรือการที่ต้องหาข้อมูลจำนวนมากเกินกำลังของเจ้าหน้าที่ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือนัก

ข. การบริหารงานในระดับเขตโดยระบบผู้ตรวจราชการ

- การแบ่งงานให้ผู้ตรวจราชการรับผิดชอบดูแลโครงการในแต่ละเขต (ตามแนวคิดของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 และได้ใช้ต่อมาในปี 2546) ทำให้การดำเนินการขึ้นกับผู้ตรวจค่อนข้างมาก ในบางเขต ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างค่อนข้างพอใจกับระบบนี้เนื่องจากรู้สึกว่าปัญหาของจังหวัดตนได้รับการตอบสนองมากขึ้นกว่าระบบเดิมที่ขึ้นกับหน่วยงานที่ส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว แต่ในบางเขตก็มี

---

[131] ดูประเด็นที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้เพิ่มเติมในรายงานเล่มที่ 3 "ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ" (วิโรจน์ และ คณะ 2548)

ปัญหาที่ผู้ตรวจพยายามกำหนดแนวทางที่ตนคิดว่าเหมาะสมให้ทำเหมือนกันทั้งเขต ทำให้จังหวัดที่มีเงินเหลือต้องทำแบบเดียวกับจังหวัดที่เงินขาด เช่น การกำหนดค่าเวรเหมือนกัน ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระบบได้มากเท่าที่ควร เช่นการดึงบุคลากรเข้ามาทำงานในพื้นที่ที่กันดาร เป็นต้น

- ระบบมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการรับผิดชอบเหมือนเป็นผู้บังคับบัญชาของเขต แต่ไม่มีระบบการรายงานและระบบประสานงานที่เชื่อมระหว่างผู้ตรวจราชการที่รับผิดชอบในแต่ละเขตกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น สคส. (ปัจจุบันคือ สรส.) และสำนักงานประกันสุขภาพ ทำให้มีนโยบายที่ขัดแย้งกันในบางครั้ง การประสานงานที่ผ่านมาผ่านระบบการประชุมเท่านั้น (เช่นใน War Room ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ (ปสน. กลาง) และในการประชุมกระทรวงสาธารณสุข)

- การพยายามให้เกลี่ยบุคลากรภายในเขต แม้ว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดี แต่ในหลายกรณี *ความแตกต่างระหว่างเขตต่างๆ มีมากกว่าความแตกต่างภายในเขตเดียวกัน* การเกลี่ยบุคลากรในระดับเขตจึงทำได้ในขอบเขตที่จำกัดและน่าจะมีโอกาสที่จะได้ผลลัพท์ที่ต้องการน้อยกว่าการดำเนินการโดยส่วนกลาง

ค. การบริหารงานระดับจังหวัด

- ในหลายจังหวัด บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกมากขึ้น โดยการปรับระบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในแนวทางที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง[132]

- ในช่วงการดำเนินการในปีแรกนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการจัดเวทีและเป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยและเจรจาต่อรองในด้านการจัดสรรงบของโครงการ ซึ่งในจังหวัดส่วนใหญ่ก็สามารถตกลงกันได้ด้วยดี แต่สาเหตุหนึ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องเข้ามามีบทบาทนี้ค่อนข้างมาก (ในหลายกรณีอาจมากกว่าที่ควรจะเป็น) เกิดจากการที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้โดยหลักการ (เช่นการรวมเงินเดือน)

---

[132] ตัวอย่างเช่น ในปี 2545 จังหวัดเล็กแห่งหนึ่งที่มีการคมนาคมสะดวกยอมให้ผู้ป่วยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ตนสะดวก โดยกันงบกลางหรืองบตามจ่ายไว้ที่จังหวัด (แม้ว่าจะเป็นแนวทางที่ผู้บริหารที่ส่วนกลางไม่สนับสนุนก็ตาม) หรือในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่งที่ได้รับงบเพิ่มขึ้นมากนั้น ในปี 2545 ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็แนะนำให้สถานีอนามัยไม่ต้องเก็บค่าบริการ 30 บาทจากผู้ป่วยเลย

- อย่างไรก็ตาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดที่รู้สึกว่าระบบงบประมาณใหม่ทำให้ตนสูญเสียอำนาจไป มักพยายามดึงหรือกันเงินไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งในบางกรณีทำให้การกระจายงบมีความล่าช้า หรือจัดสรรงบต่างไปจากวัตถุประสงค์ของโครงการ
- มาตรการรวมเงินเดือนระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ (ซึ่งเริ่มใช้ในปีงบประมาณ 2546) ทำให้สาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดมีแนวโน้มที่กีดกันไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วม เนื่องจากต้องจัดสรรเงินให้โรงพยาบาลเอกชนเต็มอัตราเหมาจ่ายซึ่งทำให้เหลือเงินสำหรับจัดสรรให้โรงพยาบาลในสังกัดน้อยลงมาก

ง. การบริหารในระดับเครือข่ายสถานพยาบาล (โรงพยาบาลและสถานีอนามัย)

- ในปี 2545 ใช้แนวทางการจัดสรรงบประมาณแบบเครือข่ายที่กำหนดให้โรงพยาบาลทำหน้าที่ถือเงินของสถานีอนามัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลด้วย[133] ระบบนี้ทำให้โรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็นหน่วยที่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง และเอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลและสถานีอนามัยร่วมกันวางแผนการทำงานในพื้นที่ที่สอดคล้องกันมากขึ้น และเอื้อกับการพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัย (เช่นการปรับมาเป็น PCU โดยมีแพทย์ให้พยาบาลเข้าไปประจำและมีแพทย์หมุนเวียน)[134] แต่ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาการเงิน โรงพยาบาลที่ถือเงินก็จะพยายามเก็บเงินเอาไว้เองจนทำให้สถานีอนามัยจำนวนมากขาดทรัพยากรในการให้บริการ ขณะที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่ต้องการความอิสระในการบริหารจัดการเรื่องเงิน[135] และพอใจรูปแบบเดิมที่ตนบริหารเงินบำรุงของสถานีอนามัยของตนเองมากกว่า ซึ่งนายแพทย์

---

[133] ในปี 2545 สถานีอนามัยบางแห่งยังได้งบ non-UC จากระบบงบประมาณเดิม แต่ในจำนวนที่ค่อนข้างน้อย

[134] ในบางเครือข่าย (CUP) มีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เช่น เบาหวาน หรือแพทย์ ortho โรงพยาบาลทั่วไปลงไป train แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเรื่องกระดูก และตั้งหลักเกณฑ์ร่วมกันสำหรับระบบส่งต่อผู้ป่วย

[135] ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ซึ่งสมาชิกประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและสาธารณสุขอำเภอได้เสนอรัฐมนตรีและผู้บริหารของกระทรวงในการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจ ของสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพว่า *"ไม่ควรนำงบประมาณในส่วนของสถานีอนามัยไปผูกขาดไว้กับโรงพยาบาล แต่ควรเชื่อมโยงเป็นพวงสถานบริการด้วยระบบส่งต่อและควรเป็นระบบส่งต่อแบบเสรีที่ไม่ควรผูกขาดไว้ที่โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง"*

สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่ก็ต้องการแบบนี้ ในที่สุด ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจกลับไปใช้วิธีจัดสรรงบพื้นฐานไปที่สถานีอนามัยโดยตรงตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา

- วิธีการจัดสรรเงินของเครือข่ายต่างๆ ให้สถานีอนามัยมีความแตกต่างกัน บางเครือข่ายอาศัยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขของอำเภอ (คปสอ. ซึ่งเป็นโครงสร้างที่มีอยู่เดิม) ในการบริหารจัดการ บางเครือข่ายจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาบริหาร (เช่น ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลปทุมธานี) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยได้ดีขึ้น แต่แนวทางการบริหารเครือข่ายส่วนใหญ่ยังคงขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

- การมีศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นนวัตกรรมที่มีผลในหลายด้าน ตัวอย่างเช่น ทำให้การให้บริการทางการแพทย์ใกล้ตัวประชาชนมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล[136] การมี PCU ก่อให้เกิดการปรับตัวและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคลากรในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งเคยทำงานโดยไม่เคร่งครัดเรื่องเวลาเกิดการปรับตัวเมื่อต้องทำงานกับพยาบาลที่จะเข้มงวดในด้านเวลา และพยาบาลเองก็ได้ฝึกฝนการออกชุมชนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย บาง PCU มีการจัดตั้งหน่วยย่อยลงไปอีกในการดูแลชุมชน เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งเป็นงานอาสาสมัคร ดูแลโดยทีม อสม. หมู่บ้านละทีม โดย อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ 15-20 ครัวเรือน ให้บริการต่างๆ เช่น การวัดความดันและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังทุกวัน

- ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ใน PCU จำนวนมากคือปัญหาสายการบังคับบัญชาที่ไม่ชัดเจน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มาทำงานใน PCU กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเดิม) ในบางสถานีอนามัยที่โรงพยาบาลมา "รับช่วงกิจการ (takeover)" จะมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ว่าแพทย์จะเป็นหัวหน้าของ PCU พยาบาลเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการรักษาและจ่ายยา และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยลดบทบาทมาทำหน้าที่คัดกรองคนไข้ (ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก) แต่ในหลายสถานีอนามัยที่ไม่มีแพทย์ไปประจำ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและพยาบาลต่างก็เกิดความอึดอัดใน

---

[136] ในเรื่องนี้ มีข้อเสนอจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแห่งว่า PCU อาจไม่มีความจำเป็นในจังหวัดเล็กที่มีการคมนาคมสะดวก (เช่น สระบุรี) หรืออาจไม่คุ้มที่จะทำในพื้นที่ที่ประชากรกระจัดกระจายมาก (เช่น ในบางอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่)

สถานะที่ไม่ทราบแน่ชัดของตนและเกิดความขัดแย้งกันในบางครั้ง ปัญหานี้ลดลงไปในช่วงปีงบประมาณ 2546-2547 แต่ไม่ใช่เพราะสามารถแก้ไขให้ลุล่วงไป ทั้งนี้ ระบบการจัดสรรงบที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากถอนเจ้าหน้าที่กลับมา

- ที่ผ่านมา การแบ่งประชากรและพื้นที่ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) มักแบ่งตามพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในบางจังหวัด เช่นปทุมธานี ได้นำเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Global Positioning System หรือ GPS และ Geographical Information System หรือ GIS) มาช่วยในการแบ่งพื้นที่ของแต่ละ CUP โดยใช้อาศัยหลักเกณฑ์ให้ประชาชนเดินทางไม่เกิน 30 นาที และอยู่รอบโรงพยาบาลในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตร แต่ผลที่ตามมาก็คือเกิดกรณีที่สถานีอนามัยหลายแห่งขึ้นกับ 2-3 เครือข่าย ซึ่งเป็นปัญหาที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่มีความชัดเจนว่าควรจะแบ่งเครือข่ายตามเขตปกครองหรือแบ่งตามหลักเกณฑ์อื่นและจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไร นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องสถานีอนามัยที่อยู่ในเครือข่ายของเอกชน ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้เกี่ยวพันกับปัญหาที่ใหญ่กว่านี้อีกอย่างน้อยสามประการคือ (1) การกำหนดบทบาทของสถานีอนามัยในด้านการเป็นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนกับบทบาทที่เป็นสถานพยาบาลขั้นต้น (2) การแยกหรือรวมงาน (และงบ) การรักษาพยาบาลกับการส่งต่อ และ (3) การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้มากน้อยแค่ไหนเพียงใด

7.4.1 การปรับตัวด้านการบริหารโครงการในปีงบประมาณ 2546

การที่โครงการ 30 บาทฯ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในกระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นช่วงปีแรกที่มีการจัดสรรงบประมาณใหม่) จึงได้มีปฏิกิริยาจากฝ่ายต่างๆ ออกมาอย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้ตั้งคณะอนุกรรมการ 7 คณะขึ้นมาพิจารณาปัญหาต่างๆ ซึ่งคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ได้นำเสนอข้อเสนอแนะต่างๆ ในการสัมมนาครั้งใหญ่ในเดือนสิงหาคม 2545 หลังจากนั้น ผู้บริหารโครงการได้นำผลการประชุมและข้อเสนออื่นๆ เสนอต่อคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการฯ ได้มีมติให้ปฏิรูปโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ด้วย 5 เป้าหมาย 14 มาตรการ โดยกำหนดให้เริ่มในปีงบประมาณ 2546 (ตุลาคม 2545) โดย 5 เป้าหมายประกอบด้วย

1. การปรับปรุงคุณภาพการบริการ
2. การสร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานพยาบาลระดับต่างๆ
3. การปรับการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมขึ้นโดยเฉพาะแก่พื้นที่ขาดแคลน

4. การปรับการจัดการให้มีความฉับไวและลดความขัดแย้ง
5. การส่งเสริมขวัญและกำลังใจของบุคลากร

และ 14 มาตรการในการดำเนินการซึ่งประกอบด้วย

1. การจัดงบค่าใช้จ่ายสำหรับคนไข้ในและคนไข้ส่งต่อที่ระดับจังหวัด (ซึ่งก็คือการแยกงบผู้ป่วยใน หรือ OP-IP Split) เพื่อลดภาระความกังวลแก่สถานพยาบาลที่ส่งต่อ
2. การจัดรูปแบบบริการไม่ให้เกิดภาพลักษณ์เป็นบริการชั้นสอง เช่น การแยก OPD (ยกเว้นว่ามีทีมดูแลทำให้เกิดความประทับใจและรวดเร็ว) หรือการแยกบัญชียาในสถานพยาบาลเดียวกัน
3. การทดลองโครงการนำร่องประชาชนเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองใน 4 จังหวัด (ภาคละ 1 จังหวัด คือ สุรินทร์ สระบุรี แพร่ สงขลา และเขตประเวศ ในกรุงเทพมหานคร (เริ่ม 1 ตุลาคม 2545)
4. การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยอายุ ภาระโรค และความทุรกันดารของพื้นที่
5. การปรับอัตราการดูแลผู้ป่วยใน (DRG) ตามระดับสถานพยาบาล (โดยจ่ายให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในอัตราที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน)
6. ให้มีการปรับเกลี่ยแพทย์ พยาบาล และบุคลากร จบใหม่ตามสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้วยความสมัครใจ โดยไม่คำนึงถึงการเป็นโควต้าของจังหวัดต้นสังกัด
7. การส่งเสริมความร่วมมือของชุมชน สถานพยาบาลและสถานศึกษาในการผลิตบุคลากร "คืนสู่บ้านเกิด"
8. การเร่งรัดการตามจ่ายผู้ป่วยในและส่งต่อโดยระบบ IT ที่ทันสมัย (กำหนดเริ่ม มกราคม 2546)
9. การเพิ่มช่องทางการไกล่เกลี่ยแก้ปัญหาแทนการรับเรื่องร้องเรียนเพียงอย่างเดียว
10. การดำเนินการให้มีบทบาทหน่วยผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการให้ชัดเจน
11. การเร่งรัดทำความเข้าใจกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
12. ให้ความมั่นใจในการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่จำเป็น โดยการตัดเงินเดือนที่ระดับจังหวัดหรือที่ 2-3 จังหวัดรวมกัน
13. การเร่งรัดในการใช้ประโยชน์จากระเบียบเงินบำรุงที่เปลี่ยนแปลงให้คล่องตัว (เช่น การใช้ก่อสร้างบ้านพักในพื้นที่ทุรกันดาร)

14. การจัดสรรงบประมาณสำหรับส่วนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวเนื่องกับชุมชนไปสู่สถานีอนามัยโดยตรง โดยผ่านการรับรู้จากสถานพยาบาลคู่สัญญา

เมื่อพิจารณาจาก 14 มาตรการจะเห็นได้ว่าเป็นมาตรการที่มีลักษณะประนีประนอม โดยมีหลายมาตรการที่พยายามแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาลใหญ่ (เช่น มาตรการรวมเงินเดือนที่จังหวัด มาตรการแยกงบผู้ป่วยในมากองรวมที่จังหวัด มาตรการกำหนดอัตราการดูแลผู้ป่วยใน (DRG) ตามระดับสถานพยาบาล ซึ่งมาตรการกลุ่มนี้เคยถูกคัดค้านโดยกลุ่มผู้ผลักดันโครงการนี้หลายคนในระยะแรก) ขณะที่บางมาตรการพยายามแก้ปัญหาของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีเงินเหลือแต่ขาดบุคลากร (เช่น การเร่งรัดในการใช้ประโยชน์จากระเบียบเงินบำรุง การปรับเกลี่ยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรจบใหม่ตามสารสนเทศภูมิศาสตร์ และการส่งเสริมการผลิตบุคลากร "คืนสู่บ้านเกิด") หรือพยายามแก้ปัญหาของโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล (เช่น การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยอายุ ภาระโรค และความทุรกันดาร การปรับเกลี่ยและส่งเสริมการผลิตบุคลากร "คืนสู่บ้านเกิด") บางมาตรการพยายามแก้ปัญหาของสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เช่น การจัดสรรงบประมาณสำหรับส่วนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวเนื่องกับชุมชนไปสู่สถานีอนามัยโดยตรง) และบางมาตรการเป็นการปรับเพื่อตอบสนองเสียงเรียกร้องของบุคลากร (การเพิ่มช่องทางการไกล่เกลี่ยแก้ปัญหาแทนการรับเรื่องร้องเรียนเพียงอย่างเดียว) ในขณะที่บางมาตรการเป็นการปรับเพื่อตอบสนองเสียงเรียกร้องของนักวิชาการและภาคประชาชน (เช่น การดำเนินการให้มีการแยกบทบาทของหน่วยผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการให้ชัดเจน หรือ Purchaser-Provider Split การจัดรูปแบบบริการไม่ให้เกิดภาพลักษณ์เป็นบริการชั้นสอง การไม่แยกบัญชียา และการทดลองโครงการนำร่องที่ให้สิทธิ์ประชาชนเลือกสถานพยาบาล) และมาตรการที่มีผลต่อหลายฝ่าย (เช่น การเร่งรัดการตามจ่ายผู้ป่วยในและส่งต่อโดยระบบ IT ที่ทันสมัย)

สำหรับมาตรการแยกงบผู้ป่วยในมากองรวมที่จังหวัด (OP-IP split) นั้น นอกจากมาตรการนี้จะช่วยลดความกังวลเรื่องรายได้ของโรงพยาบาลใหญ่ลงได้ในระดับหนึ่งแล้ว มาตรการนี้ก็น่ามีส่วนช่วยลดความกังวลในการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนได้เช่นกัน และถึงแม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่จะไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในปีงบประมาณ 2545 จะมีส่วนที่เกิดจากความกังวล (หรืออุปสรรค) ในการส่งต่อมากน้อยเพียงใด มาตรการนี้ก็ถือได้ว่าเป็นมาตรการเชิงป้องกันที่น่ามีส่วนช่วยลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาความพิการหรือการเสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ลงได้บ้าง

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเดียวกันคือ การประกาศยุบศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือ "War Room") ซึ่งดำเนินการมาเป็นเวลาหนึ่งปี และกลับไปเข้าสู่ระบบสายการบังคับบัญชาตามปกติของกระทรวงสาธารณสุขในเดือนตุลาคม 2545

หลังจากนั้นไม่นาน ก็มีการเปลี่ยนตัวผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงในฝ่ายการเมืองนั้น ถึงแม้ว่าเป็นการเปลี่ยนในระดับรัฐมนตรีช่วยว่าการ แต่ก็ถือได้ว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ เนื่องจากรัฐมนตรีช่วยว่าการที่ย้ายออกไปนั้นเป็นต้นคิดและผู้บริหารคนสำคัญของโครงการนี้มาตั้งแต่ต้น (ในระดับที่ถือได้ว่าเป็น "CEO" ของโครงการนี้) หลังจากการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็เข้ามาดูแลโครงการนี้โดยตรงมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งปลัดกระทรวงฯ ก็มีนัยสำคัญไม่น้อยเช่นกัน

ในเดือนพฤศจิกายน 2545 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มมีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย และเป็นจุดเริ่มต้นของการแยกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมาทำหน้าที่เป็นหน่วยงานซื้อบริการแทนผู้มีสิทธิ์ (Third-party purchaser) แทนผู้มีสิทธิ์ โดยบทเฉพาะกาลของ พรบ. นี้กำหนดไว้ว่าการซื้อบริการจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสามปีแรกให้ซื้อผ่านกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบประกันสุขภาพหลายประการ เช่น การเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข และการกำหนดให้มีระบบรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

ในแง่หนึ่ง การแยกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกจากกระทรวงสาธารณสุข และบทเฉพาะกาลของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้การซื้อบริการจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสามปีแรกให้ซื้อผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีผลเสมือนทำให้กระทรวงสาธารณสุขกลับเข้าสู่สภาพก่อนที่มีโครงการ 30 บาทอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มข้าราชการประจำที่เคยมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดโครงการ 30 บาทได้ย้ายไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสียเป็นส่วนใหญ่ และในช่วงสามปีแรกที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องซื้อบริการผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในฐานะที่สามารถบริหารงบนี้ได้ตามที่เห็นสมควร เนื่องจากในช่วงนี้นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีฐานะเป็นผู้ส่งผ่านเงินมากกว่าจะเป็นเจ้าของเงินส่วนนี้

ในสภาวการณ์เช่นนี้ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้เลือกใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546 ที่ต่างจากในปีงบประมาณ 2545 เป็นอย่างมาก โดยใน

ระยะแรกนั้น หลังจากที่ใช้มาตรการรวมเงินเดือนระดับประเทศแล้ว การจัดสรรงบที่เหลือให้แต่ละจังหวัด ยังใช้ประชากรในเขตความรับผิดชอบเป็นตัวแปรในการจัดสรรงบรายหัวให้แต่ละจังหวัด ทั้งนี้ จังหวัดที่มีประชากรมาก (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคอีสาน) จะได้งบต่อหัวน้อย (เพราะถือว่ามีการประหยัดจากขนาด หรือ economy of scale) ขณะที่จังหวัดเล็ก (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง) และจังหวัดที่มีประชากรน้อยจะได้งบต่อหัวสูงกว่า

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ใช้วิธีจัดสรรแบบนี้ในระยะสั้นๆ กระทรวงสาธารณสุขได้หันมาใช้มาตรการแยกงบเงินเดือนของข้าราชการและพนักงานของกระทรวงสาธารณสุข*ทั่วประเทศ*ออกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว แล้วจึงนำเงินที่เหลือมาจัดสรรให้กับสถานพยาบาล ซึ่งวิธีนี้ทำให้สามารถแก้ปัญหาเงินเดือนของสถานพยาบาลทั่วประเทศ (รวมทั้งจังหวัดที่เคยมีเงินเดือนติดลบ) ไปได้

นอกจากมาตรการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่าย (หรือที่มักเรียกกันว่า "มาตรการรวมเงินเดือนระดับประเทศ" แล้ว) การจัดสรรงบที่เหลือให้แต่ละเขตและในแต่ละจังหวัด ยังให้อำนาจผู้ตรวจราชการในการปรับการจัดสรรงบรายหัวระหว่างจังหวัดต่างๆ ภายในเขต และให้อำนาจนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในการปรับการจัดสรรงบรายหัวภายในแต่ละจังหวัด[137]

ในแง่หนึ่ง การจัดสรรงบในลักษณะนี้ (ซึ่งคล้ายกับการจัดสรรงบ สปร. ในยุคก่อนปี 2541) สามารถแก้ปัญหาที่โรงพยาบาลหลายแห่งได้รับผลประสบจากความพยายามที่จะปฏิรูประบบการเงินการคลังโดยการ "ให้เงินตามไปกับผู้ป่วย" (หรือ money follows patient ซึ่งเริ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ในปี 2541-43 และนำมาใช้เกือบเต็มสูตรในการจัดสรรงบของโครงการ 30 บาทในปี 2545) แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดปัญหากับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่เคยวางแผนแบบเล็งผลเลิศเมื่อคาดว่ารายรับของสถานพยาบาลจะเพิ่มขึ้นอย่างถาวรจากการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินโดยโครงการ 30 บาท สถานพยาบาลกลุ่มนี้หลายแห่งมีอันต้องปรับเปลี่ยนแผนของตนอย่างขนานใหญ่เมื่อตระหนักว่างบเหมาจ่ายรายหัว (ที่ไม่รวมเงินเดือน) ที่สถานพยาบาลจะได้รับในปีงบประมาณ 2546 ต่ำกว่างบต่อหัวที่เคยได้รับโครงการ สปร. ในอดีตเสียอีก[138]

แน่นอนว่า การเปลี่ยนกติกาใดๆ ในการจัดสรรเงินให้สถานพยาบาลในสถานการณ์ที่เกือบจะเป็น Zero Sum นั้น ย่อมมีสถานพยาบาลที่ได้รับผลกระทบในด้านลบเสมอ ซึ่งผู้บริหารที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางหนึ่งทิศทางใดก็มักจะได้รับคำวิจารณ์หรือการกล่าวหาที่โยงไปถึงแรงจูงใจต่างๆ (เช่น ผู้บริหารที่เคยมีบทบาทในชมรมแพทย์ชนบทที่เสนอให้ปฏิรูประบบงบประมาณก็

---

[137] แต่ทั้งนี้ งบสำหรับสถานีอนามัยถูกจัดสรรไปที่สถานีอนามัยโดยตรง

[138] ในปีงบประมาณ 2543 งบเฉลี่ยต่อหัวของโครงการ สปร. อยู่ที่ 403 บาทต่อคน

ถูกกล่าวหาว่าพยายามทำลายโรงพยาบาลใหญ่และเอื้อประโยชน์ให้โรงพยาบาลชุมชน หรือผู้บริหารที่พยายามปรับเปลี่ยนระบบเพื่อแก้ปัญหาการเงินให้โรงพยาบาลใหญ่ส่วนใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขก็ถูกวิจารณ์ว่าพยายามล้มหลักการของการปฏิรูป) แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของความเพียงพอของเม็ดเงินที่นำมาจัดสรรในโครงการนี้ ซึ่งปัญหานี้มีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากฝ่ายการเมืองเลือกที่จะดำเนินโครงการอย่างรวดเร็ว (โดยไม่ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขไปพร้อมๆ กันทั้งระบบ) และพยายามดำเนินการโดยใช้งบประมาณที่เพิ่มจากเดิมเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ต้องรองรับภาระในการรักษาพยาบาลสำหรับประชากรอีกประมาณหนึ่งในสี่ของประเทศ และในสถานการณ์ที่ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้นหลังจากที่มีโครงการนี้ด้วย

ในประเด็นเรื่องอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการนี้นั้น ในช่วงปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน คณะกรรมการชุดนี้ได้ใช้ทีมเดิม (นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ) ในการคำนวณงบนี้สำหรับปีงบประมาณ 2546 ซึ่งทีมนี้ได้คำนวณงบเหมาจ่ายรายหัวโดยใช้วิธีคล้ายกับวิธีเดิม (แต่มีข้อมูลหลายตัวที่ทันสมัยขึ้น) และเสนอให้ปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2546 ขึ้นเป็น 1,414 บาทต่อคน ตามรายละเอียดในตารางที่ 7.42

ตารางที่ 7.42 เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวในปี 2545 กับงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 ที่เสนอโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ปี 2545	ข้อเสนอสำหรับปี 2546	
	บาท	บาท	%
ผู้ป่วยนอกทั่วไป	574	598	42.4
ผู้ป่วยนอกกรณีซับซ้อน		19	1.3
ผู้ป่วยในทั่วไป	303	442	31.3
ผู้ป่วยในกรณีซับซ้อน		28	2.0
ค่าใช้จ่ายสูง	32	n.a.	n.a.
ฟันปลอม		2	0.1
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25	n.a.	n.a.
ส่งเสริมป้องกัน	175	206	14.6
EMS	10	10	0.7
งบลงทุน (ทดแทนของเดิม)	93.4-10=83.4	109	7.7
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว	1,202.40	1,414	100.0
รวมงบในโครงการ (ล้านบาท) (45 ล้านคน)		63,630	
งบเพิ่มขึ้นจากปีงบ 2545 (ล้านบาท)		9,540	

ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เสนอตัวเลขชุดนี้ต่อรัฐบาล โดยใช้เหตุผลว่าที่ผ่านมามีผู้มีสิทธิ์ที่มาใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิ์จำนวนมาก และในโครงการประกันสังคมเองนั้น หลังจากที่ผ่านการดำเนินการมาเป็นเวลานับสิบปี อัตราการใช้สิทธิ์ก็ยังอยู่ที่ร้อยละ 85 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอให้ปรับการคำนวณโดยใช้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ร้อยละ 85 แทน ซึ่งทำให้งบที่ต้องใช้ลดลงเหลือประมาณ 1,308.50 บาทต่อบัตร แต่ในที่สุดแล้วสำนักงบประมาณก็เลือกใช้อัตราเดิม (1,202.40 บาท) ในการจัดสรรงบให้โครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546 อย่างไรก็ตาม ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองได้มีการปรับสัดส่วนของงบรายการต่างๆ ใหม่ โดยลดสัดส่วนของงบผู้ป่วยนอกลงและเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยในขึ้นมาแทน

ในปีต่อมา คือปีงบประมาณ 2547 รัฐบาลปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวขึ้นเป็น 1,308.50 บาทต่อบัตร แต่ได้ยกเลิกการจัดสรรงบ Contingency Fund และในระหว่างปี ได้มีกระบวนการพิจารณางบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับในปีงบประมาณ 2548 โดยคณะอนุกรรมการการเงินการคลังของ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งมี ดร.โอฬาร ไชยประวัติ ซึ่งเป็นที่ปรึกษาของรัฐบาล เป็นประธานอนุกรรมการ) ทั้งนี้ ในระหว่างปี 2546-47ฝ่ายการเมืองได้ออกข่าวหลายครั้งว่าในปีนี้จะสามารถหาต้นทุนที่แท้จริงของการให้บริการของโครงการนี้ การคำนวณครั้งนี้ยังคงอิงงานของ นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ซึ่งในครั้งนี้ได้มีความพยายามทำนายอัตราการใช้บริการและดัชนีราคาของต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ในปี 2548 ด้วย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการทำนาย ซึ่งได้ตัวเลขของอัตราการใช้บริการในปี 2547 *ที่ต่ำกว่าอัตราการใช้บริการจริงในปี 2546* (ในขณะที่อัตราการใช้บริการที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี) และทำนายอัตราเงินเฟ้อของวัสดุและอุปกรณ์ทางด้านการรักษาพยาบาลในระหว่างปี 2546-50 เพียงร้อยละ 1.69 ต่อปี (เนื่องจากการทำนายอัตราเงินเฟ้อใช้ค่าเฉลี่ยจากช่วงปีที่มีอัตราเงินเฟ้อค่อนข้างต่ำ แต่ในระหว่างปี 2546-50 นั้น มีโอกาสมากที่อัตราเงินเฟ้อจะสูงขึ้นกว่านี้) ในขั้นต้น นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะเสนอตัวเลขอัตราเหมาจ่ายรายหัวของปี 2548 ที่ประมาณ 1,782 บาทต่อคน แต่ตัวเลขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพอนุมัติและนำเสนอนายกรัฐมนตรีคือ 1,510.50 บาทต่อคน (โดยปรับอัตราการใช้บริการลงมาภายใต้ข้อสมมุติว่าผู้ป่วยนอกร้อยละ 20 จะไม่ใช้สิทธิ์นี้เมื่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล และปรับงบลงทุนทดแทนลงมาจากร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลเหลือประมาณร้อยละ 7 หรือ 76.8 บาทต่อบัตร[139] โดยให้เหตุผลว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้งบ Excellent Center ต่างหากอีก 2,400 ล้านบาท[140]) ซึ่งนายกรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบกับตัวเลขนี้ แต่ระบุว่ารัฐบาลไม่มีงบเพียงพอที่จะจัดสรรให้เต็มจำนวนในปีงบประมาณ 2548 และสัญญาว่าจะนำตัวเลขนี้มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นไป (โดยจะปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อในปีนั้นๆ ด้วย) ซึ่งในที่สุดรัฐบาลตกลงที่จะจ่ายงบเหมาจ่ายรายหัวในในปีงบประมาณ 2548 ในอัตรา 1,396 บาทต่อบัตร ซึ่งเพิ่มจากอัตราที่ใช้ในช่วงเริ่มโครงการประมาณร้อยละ 16 คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปีหลังจากที่ได้ดำเนินการมาได้สามปี ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่ไม่น่าจะสูงกว่าอัตราเพิ่มของเงินเดือนค่าตอบแทน และค่าวัสดุอุปกรณ์ในช่วงสามปีครึ่งที่ผ่านมา[141] ดังนั้น เมื่อพิจารณาจากค่าที่จริง (real

---

[139] ตัวเลขนี้ต่ำกว่าตัวเลขที่รายงานในผลการศึกษาเบื้องต้นของ วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง (2547) ซึ่งประมาณการ*ตัวเลขขั้นต่ำ*สำหรับงบลงทุนทดแทนเพื่อรักษาคุณภาพการให้บริการสำหรับโครงการ 30 บาท ไว้ที่ 198 บาทต่อบัตร ค่อนข้างมาก

[140] โดยหลักการแล้ว Excellent Center น่าจะเป็นการลงทุนใหม่มากกว่าการลงทุนทดแทน

[141] ถ้าในปีงบประมาณ 2549 ใช้ตัวเลขประมาณ 1,550 บาทต่อบัตร อัตราเพิ่มเฉลี่ยจะสูงขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 6 ต่อปี

term) แล้ว งบเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2548 ก็จะยังใกล้เคียงกับงบที่ได้ในช่วงสามปีที่ผ่านมา และ*ถ้าข้อสรุปเรื่องเงินไม่พอในสามปีที่ผ่านมาเป็นข้อสรุปที่ถูกต้อง ก็มีโอกาสมากที่ปัญหานี้จะยังคงดำรงอยู่ต่อไปในช่วงต่อไปของโครงการ 30 บาท*

7.5 สรุปการดำเนินการในช่วงสองปีแรกของโครงการ 30 บาท

ผลการดำเนินโครงการ 30 บาททั่วประเทศในปีงบประมาณ 2545-2546 สามารถสรุปได้คร่าวๆ รวมทั้งมีข้อสังเกตที่ควรพิจารณาดังต่อไปนี้คือ

- งบที่รัฐบาลจัดสรรให้โครงการนี้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งมีทั้งส่วนที่เกิดจากวิธีวิทยาในการคำนวณงบ และแรงกดดันทางการเมืองที่พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการให้อยู่ในระดับที่ต่ำมาโดยตลอด
- สถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการ มีภาระงานและค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการมากขึ้น
- สถานพยาบาลของรัฐ*ส่วนใหญ่*ยังไม่ประสบปัญหาการเงินที่รุนแรง แต่จำนวนสถานพยาบาลที่ติดลบหรือมีปัญหาการเงินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
- อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากเดิมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลซึ่งเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 50)
- ในปีงบประมาณ 2545 มีอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้ถือบัตรทองในสถานพยาบาลในสังกัด 2.3-2.5 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งยังคงต่ำกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณ (2.88 ครั้งต่อคนต่อปี) เล็กน้อย แต่อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยใน (เฉลี่ยร้อยละ 9.1) สูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณ (ร้อยละ 6.61) ถึงประมาณร้อยละ 40 จากการคำนวณเบื้องต้นพบว่าในปี 2545 นั้น สถานพยาบาลโดยเฉลี่ยจะมีงบผู้ป่วยนอกเหลือประมาณ 107 บาทต่อบัตร แต่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสูงกว่างบที่ได้รับประมาณ 123 บาทต่อบัตร ซึ่งเมื่อหักลบกันแล้ว สถานพยาบาลโดยเฉลี่ยจะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่างบที่ได้รับประมาณ 16 บาทต่อบัตร[142] แต่ในปี 2546 ปัญหานี้เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นมาก เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกในอัตราที่พอๆ กับ

[142] แต่ถ้ามีการปรับวิธีการคำนวณงบตามแนวทางที่เสนอไว้ใน กรอบที่ 7.2 ส่วนต่างนี้ก็มีโอกาสที่จะเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลใหญ่ที่รักษาผู้ป่วยในมากกว่าโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย

อัตราที่ใช้คำนวณงบ ทำให้ไม่มีส่วนเกินของงบรักษาพยาบาลที่จะนำมาชดเชยอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยใน (ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน) อีกต่อไป ทำให้ในปี 2546 นั้น สถานพยาบาลโดยเฉลี่ยน่าจะมียอดติดลบในส่วนนี้ไม่น้อยกว่า 122 บาทต่อบัตร

- การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวยังคงมีประเด็นที่เป็นที่ถกเถียงกันหลายประเด็น แต่หลังจากที่ได้ผ่านการดำเนินการมาเกือบสามปี ก็เริ่มมีฉันทามติ (รวมทั้งจากทีมที่เป็นแกนในการคำนวณงบด้วย) ว่าอัตราที่ใช้ในช่วงสองปีแรกนั้นต่ำเกินไป แต่ในที่สุดแล้ว อัตราที่ถูกปรับเพิ่มขึ้นมาในแต่ละปี (เป็น 1,308.50 บาทต่อบัตรในปีงบประมาณ 2547 1,396 บาทในปีงบประมาณ 2548 หรือแม้กระทั่งที่นายกฯ สัญญาว่าจะปรับเพิ่มจากฐาน 1,510 บาทในปี 2549) ก็เป็นอัตราเพิ่มที่ยังคงใกล้เคียง (และอาจตามไม่ทัน) กับการปรับเพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทน และราคาค่าวัสดุอุปกรณ์ในช่วงสามปีครึ่งที่ผ่านมา ดังนั้น ปัญหาเรื่องการได้รับงบที่ไม่เพียงพอจะยังคงเป็นปัญหาของโครงการนี้ต่อไปอย่างน้อยในระยะสองถึงสามปีข้างหน้า และคงเป็นไปได้ยากที่จะหวังให้มีการปรับปรุงคุณภาพของการรักษาพยาบาลของโครงการนี้ให้ดีขึ้นจนเป็น "หลักประกันสุขภาพ" ที่ประชาชนสามารถพึ่งพิงได้โดย "ถ้วนหน้า"
- ในปี 2545 ตัวเลขการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรงบแบบ inclusive capitation) ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ารูปแบบการจัดสรรงบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่[143] รวมทั้งไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้[144] และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 ก็ได้เปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบในระดับจังหวัดโดยแยกงบผู้ป่วยในมารวมไว้เป็นกองทุนที่จังหวัด โดยคาดว่าวิธีนี้น่าจะช่วยลดความกังวลทางด้านการเงินในการส่งต่อผู้ป่วยของทุกฝ่ายลงได้ และตัวเลขจำนวนการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็ลดลงในปี 2546 ด้วย แต่ก็ยังไม่

---

[143] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่หลายจังหวัดที่มีปัญหาการเงินมีแนวโน้มที่จะเลือกจัดสรรงบแบบ inclusive capitation มากกว่าจังหวัดที่คาดว่าจะมีเงินเหลือ

[144] การที่มีโครงการ 30 บาท ทำให้ภาระของผู้ป่วยและญาติในการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังที่จะรักษา (terminally ill) อยู่รับการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตลดลงจากในอดีตมาก ดังนั้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่ญาติขอนำกลับไปตายที่บ้านอาจจะลดลงกว่าเดิม

สามารถชี้ชัดลงไปได้ว่าเป็นเพราะสาเหตุนี้หรือไม่ และข้อมูลการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็ยังเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อไป

- โครงการนี้ให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลและเปิดช่องทางให้มีการร้องเรียนมากขึ้น และในระยะหลังเริ่มสร้างระบบการร้องเรียนที่เป็นระบบและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ถ้างบที่จัดสรรให้ไม่เพียงพอ สถานพยาบาลก็อาจปรับตัวโดยลดคุณภาพของบริการลง (ซึ่งเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ทำได้ง่ายและยากที่จะพิสูจน์) และมีโอกาสที่จะกลายเป็นปัญหาของโครงการนี้ในระยะยาวที่มาตรการควบคุมคุณภาพหรือการเปิดช่องทางให้ร้องเรียนก็คงจะจะช่วยอะไรไม่ได้มากนัก

8. ผลของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระทางการเงินของประเทศและผู้เสียภาษี

ในช่วงที่รัฐบาลประกาศเริ่มโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" นั้น ความคาดหมายและความกังวลของฝ่ายต่างๆ คือ โครงการนี้จะใช้งบมหาศาลและจะกลายเป็นภาระของประเทศและประชาชนผู้เสียภาษีในที่สุด

ก่อนหน้าที่จะมีโครงการนี้ คณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2544) คาดว่าโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*สำหรับประชาชนทั้งประเทศ (รวมข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคม)* โดยมีชุดสิทธิประโยชน์ในระดับที่ไม่ด้อยไปกว่าระบบประกันสังคม จะต้องใช้งบประมาณของรัฐประมาณ 100,000 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นจากงบประมาณด้านสาธารณสุขของภาครัฐก่อนที่จะมีโครงการนี้ประมาณ 23,000 ล้านบาท (งบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุขที่จัดสรรให้กระทรวงต่างๆ รวมกันตกประมาณ 77,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการในปีงบประมาณ 2545 เกิดขึ้นในช่วงที่ยังไม่ได้ปรับระบบสวัสดิการข้าราชการ ทั้งนี้ โครงการสวัสดิการข้าราชการกำหนดให้เริ่มจ่ายเงินตาม DRG ร้อยละ 20 ในเดือนเมษายน 2545 แต่ในที่สุดแล้วก็ยังไม่สามารถนำมาตรการนี้มาใช้ได้ และโดยหลักการแล้วมาตรการนี้จะไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายรวมของโครงการ (ยกเว้นในกรณีที่เดิมมีการเบิกจ่ายโดยไม่มีสิทธิ์หรือไม่สุจริต) ส่วนโครงการประกันสังคมนั้น ได้ดำเนินการขยายความครอบคลุมออกไปสู่ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดหนึ่งคนขึ้นไป โดยคาดการณ์ไว้ว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นประมาณ 2.8-3.5 ล้านคน แต่ในระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2545 มีจำนวนลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นเพียงประมาณ 700,000 คน และจนถึงปัจจุบันจำนวนลูกจ้างกลุ่มนี้ที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก

โครงการ 30 บาท ซึ่งในระยะแรกดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข และต่อมามีสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) มาทำหน้าที่ซื้อบริการ แต่หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการเกือบทั้งหมดยังเป็นสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชากรที่ไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม ในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบจำนวน 65,876 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 จำนวน 4,779 ล้าน

บาท (ร้อยละ 7.8) และได้รับเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 8,000 ล้านบาทในช่วงปลายปีงบประมาณ[145] (รวมงบ Contingency Fund สำหรับปีงบประมาณ 2545) ซึ่งจะเห็นได้ว่างบที่จัดสรรเพิ่มขึ้นมีจำนวนที่ค่อนข้างน้อย (ใกล้เคียงกับงบ สปร. เดิม เมื่อเทียบกับประชากรที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้น) นอกจากนี้ งบส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องแบ่งไปให้สถานพยาบาลนอกสังกัดและสถานพยาบาลของเอกชนด้วย[146] ในปีงบประมาณ 2546 งบที่จัดสรรให้โครงการนี้กลับลดลง ทั้งๆ ที่จำนวนประชากรที่มีสิทธิ์เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ งบ Contingency Fund ที่เคยได้ประมาณ 5,000 ล้านบาทในปี 2545 ลดลงเหลือเพียงประมาณ 500 ล้านบาทในปี 2546

ในด้านการจัดสรรงบภายในกระทรวงสาธารณสุขนั้น *ในปีงบประมาณ 2545* นั้น งบเกือบสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุข (47,988 ล้านบาท จาก 65,876 ล้านบาท หรือร้อยละ 72.8) ถูกรวมเข้ามาอยู่ในงบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เรียกกันภายในว่า "งบ UC") ซึ่งในจำนวนนี้มีงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐด้วย) ที่เหลือเป็นงบอุดหนุนทั่วไปให้สถานพยาบาล 22,138 ล้านบาท และเป็นงบกลางสำหรับพัฒนาระบบ UC อีก 2,000 ล้านบาท[147] ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงสาธารณสุขเป็นงบที่จัดสรรให้โครงการอื่นๆ (ซึ่งถูกเรียกรวมๆ ว่าเป็นงบ non-UC) จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก ในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แยกออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข ก็ไม่ได้มีผลให้กระบวนการจัดสรรงบภายในกระทรวงสาธารณสุขเองเปลี่ยนแปลงไปมากนัก

---

[145] ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขหลายท่านระบุว่าผู้นำรัฐบาลรับปากที่จะจัดสรรงบมาให้เพิ่มในกรณีที่งบไม่พอ แต่มีเงื่อนไขว่าให้โครงการนี้ใช้งบที่มีอยู่ให้หมดก่อนแล้วจึงค่อยขอเพิ่มในภายหลัง ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงโครงการนำร่องนั้น จังหวัดส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่างบที่ได้รับการจัดสรร

[146] แต่เป็นยอดเงินค่อนข้างต่ำคือเพิ่มขึ้นประมาณ 2,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2546

[147] ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น Contingency Fund ซึ่งตั้งไว้ 5,000 ล้านบาท และงบเพิ่มเติมเนื่องจากต้องดำเนินโครงการเร็วกว่าที่คาดเอาไว้หรือต้องรับผิดชอบประชากรมากกว่าที่คาดเอาไว้ และ งบ สปร. สำหรับผู้มีสิทธิ์ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน (ในช่วงตุลาคม 2544-มีนาคม 2545)

8.1 ค่าใช้จ่ายของภาครัฐสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2545-47

ในตารางที่ 8.1 คณะผู้วิจัยได้รวบรวมค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับปีงบประมาณ 2545-2546 และสำหรับปีงบประมาณ 2547 นั้น ใช้ตัวเลขจริงเท่าที่จะหาได้มาประกอบกับการประมาณการโดยใช้ข้อสมมุติต่างๆ ตามความจำเป็น

การคำนวณนี้ใช้ข้อสมมุติว่า การปรับกติกาการจ่ายเงินผู้ป่วยในของโครงการสวัสดิการข้าราชการจะช่วยชลออัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ ซึ่งลดลงร้อยละ 0.8 ในปีงบประมาณ 2545 ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 11 ในปีงบประมาณ 2546 ในการประมาณการค่าใช้จ่ายของโครงการนี้ในปีงบประมาณ 2547 คณะผู้วิจัยใช้ข้อสมมุติว่าค่าใช้จ่ายรวมของโครงการสวัสดิการข้าราชการจะยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 10 ซึ่งใกล้เคียงกับในปี 2546 เพราะในปี 2547 แทบจะไม่ได้มีมาตรการใดๆ ที่ต่างจากในปี 2546 เลย สำหรับค่าใช้จ่ายสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจนั้น ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งมีข้อมูลไม่ครบนั้น ผู้วิจัยประมาณการโดยใช้ข้อมูลในอดีตสำหรับรัฐวิสาหกิจที่ไม่ได้รายงานข้อมูลในปี 2546 มาปรับเพิ่มยอดค่าใช้จ่ายรวมของโครงการจาก 2,797 ล้านบาทเป็น 3,000 ล้านบาท และสมมุติว่าค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปีในปี 2547 เหมือนกับโครงการสวัสดิการข้าราชการ

สำหรับการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับกองทุนประกันสังคมนั้น มีทางเลือกหลายทาง แต่ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้ภาระเงินสมทบทั้งหมดของรัฐบาลมาคำนวณค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากในกรณีที่รัฐบาลจะ*ขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคม*นั้น รัฐบาลไม่สามารถเลือกที่จะขยายความคุ้มครองเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง แต่จะต้องจ่ายเงินซื้อบริการจากสำนักงานประกันสังคมเป็น "แพ็คเกจ" ดังนั้น ถ้าคิดค่าใช้จ่ายของโครงการตามหลักต้นทุนส่วนเพิ่ม (ซึ่งเป็นหลักการที่ใช้ในทางเศรษฐศาสตร์) แล้ว การคิดค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเป็นวิธีที่สะท้อนภาระทางการเงินของรัฐบาลได้ดีกว่าการแยกเงิน*ที่รัฐต้องจ่ายสมทบใหม่ในทุกๆ ปี*ออกเป็นส่วนๆ ภายใต้ข้อสมมุติว่ามีการผูกเงินส่วนใดส่วนหนึ่งของแต่ละภาคีกับความคุ้มครองประเภทหนึ่ง

สำหรับการคำนวณค่าใช้จ่ายของโครงการ 30 บาทนั้น ในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 ใช้ค่าใช้จ่ายจริง (จากตารางที่ 7.9) แต่การเปรียบเทียบตัวเลขข้ามปีของโครงการ 30 บาทของปี 2545 กับปีอื่นมีปัญหาเล็กน้อย เพราะในปี 2545 นั้น ประชากรบางส่วน (โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครชั้นใน) ไม่ได้อยู่ในโครงการทั้งปี สำหรับปี 2547 คำนวณโดยใช้งบเหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 1,308.50

บาท คูณด้วยจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ์กลางปี (46.82 ล้านคน ณ เมษายน 2547) แล้วบวกด้วยงบที่นอกเหนือจากงบเหมาจ่าย คือ งบกลางสำหรับการบริหารจัดการงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1,033.55 ล้านบาท

ปัญหาประการหนึ่งของการคำนวณงบในส่วนของโครงการ 30 บาทก็คือ งบเหมาจ่ายนี้คิดรวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอาไว้ทั้งหมด ทั้งที่ในความเป็นจริงนั้น โรงพยาบาลต่างๆ จะมีเจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งที่ทำงานด้านอื่นๆ อยู่ด้วย[148] ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่ปรากฏอยู่ในตารางในรายการของโครงการ 30 บาท อาจจะเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าที่ใช้จริงสำหรับโครงการนี้

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการอุดหนุนข้ามโครงการ เช่น การกำหนดให้งบโครงการ 30 บาทครอบคลุมงานด้านการส่งเสริมป้องกันสำหรับประชาชนทั้งประเทศ และการที่ผู้ป่วยเรื้อรังด้วยสาเหตุที่อาจเกี่ยวข้องกับการทำงานหรืออาจเป็นการป่วยที่ทำให้มีปัญหาและต้องลาออกจากงาน แต่เมื่อบุคคลเหล่านี้ลาออกจากงานไปแล้ว ก็จะไปอยู่ในความคุ้มครองของโครงการ 30 บาทแทน ในขณะที่คนที่เหลืออยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการจะเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพดีเป็นส่วนใหญ่ เป็นต้น

การคำนวณค่าใช้จ่ายของโครงการ 30 บาทรวมงบบริหารจัดการเอาไว้ด้วย (ซึ่งปัจจุบันคืองบที่*สำนักงบจัดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*) *ส่วนโครงการอื่นไม่ได้รวมเอาไว้เนื่องจากไม่*สามารถหาข้อมูลที่ชัดเจนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งนอกจากที่กรมบัญชีกลางแล้ว ยังมีส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศที่ต้องใช้เวลาไม่น้อยในการประมวลและตรวจสอบเอกสาร

ภายใต้ข้อจำกัดและข้อสมมุติที่กล่าวมาแล้วนี้ พอจะคำนวณค่าใช้จ่ายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และของโครงการย่อยต่างๆ ได้ตามที่เสนอไว้ในตารางที่ 8.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่า

- ค่าใช้จ่ายของทั้งสามโครงการรวมกันประมาณ 93,000 ล้านบาทในปี 2545 ลดลงเหลือประมาณ 90,600 ล้านบาทในปี 2546 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 เป็น 108,000 ล้านบาทในปี 2547
- ค่าใช้จ่ายของโครงการที่ลดลงในปี 2546 นั้น เกิดจากการที่ในภาพรวมแล้วโครงการ 30 บาทได้รับการจัดสรรเงินลดลงเกือบ 7,000 ล้านบาท (ในขณะที่ต้องที่รับผิดชอบดูแลประชากรเพิ่มขึ้น) ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการยังคง

[148] ข้อมูลจาก สปสช. ระบุว่า ในปีงบประมาณ 2546 นั้น พบว่าในการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดนั้น เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการ 30 บาทร้อยละ 67 ขณะผู้ป่วยในที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทร้อยละ 70

เพิ่มขึ้นประมาณ 2,000 ล้านบาท (ร้อยละ 11) และโครงการประกันสังคม ซึ่งมีจำนวนผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นประมาณ 700,000 คน (ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขยายความครอบคลุมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน และส่วนหนึ่งเป็นผลจากการฟื้นตัวของเศรษฐกิจ) เพิ่มขึ้นประมาณ 2,400 ล้านบาท สำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ในปี 2546 ได้รับการจัดสรรงบน้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริงในปี 2545 เสียด้วยซ้ำ (ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีการเบิกจ่ายเกินจากวงเงินที่ตั้งเอาไว้ในปี 2545) ทั้งนี้ เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการบริหารแล้ว อัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546 ตกประมาณ 1,161 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งต่ำกว่าเงินสมทบเฉลี่ยที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการประกันสังคม (1,538 บาทต่อคนต่อปี) เกือบ 300 บาทต่อคน

- ค่าใช้จ่ายของโครงการต่างๆ ที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 19 ในปี 2547 นั้น โครงการที่จะมีอัตราเพิ่มสูงที่สุดก็คือโครงการประกันสังคม (ซึ่งรัฐบาลมีภาระต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้นจากประมาณ 1,538 บาทต่อคนต่อปี เป็น 2,115 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นผลจากการปรับอัตราเงินสมทบของรัฐบาลจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 2.75) เมื่อคิดรวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นด้วยแล้ว รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มให้กับโครงการประกันสังคมประมาณร้อยละ 46.5 สำหรับโครงการ 30 บาทก็มีการปรับค่าหัวเพิ่มขึ้น (จากที่ไม่ได้มีการปรับในปี 2546) และคาดว่าจำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการจะเพิ่มขึ้นประมาณ 1.2 ล้านคน[149] ซึ่งคาดว่ารัฐบาลจะทำให้รัฐบาลมีภาระเพิ่มขึ้นจากปี 2546 ประมาณร้อยละ 17.6 สำหรับค่าใช้จ่ายของรัฐในโครงการสวัสดิการข้าราชการนั้น ผู้วิจัยคาดว่าจะยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่ต่างจากในปี 2546 มากนัก (ประมาณร้อยละ 10 ต่อปี) ซึ่งแม้ว่าจะเป็นอัตราที่ต่ำกว่าโครงการอื่นในปี 2547 แต่ก็เป็นการเพิ่มแบบต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของโครงการนี้สูงเกือบสามเท่าของงบที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการประกันสังคม และสูงกว่าสี่เท่าครึ่งของงบรายหัวที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ 30 บาทฯ

[149] ตัวเลขประมาณการค่าใช้นี้คำนวณจากยอดจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ์ที่ 46.82 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าตัวเลขที่สำนักงบประมาณจัดสรรงบให้ที่ 46.0 ล้านคน

ตารางที่ 8.1 ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในโครงการหลัก ๆ ที่เกียวข้องกับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545-2547

	ปีงบประมาณ								
	2545			2546			2547		
	จำนวน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่ายของรัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/คน)	จำนวน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่ายของรัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/คน)	จำนวน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่ายของรัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/คน)
สวัสดิการข้าราชการ/รสก.	4.70	23,476	4,995	4.70	25,686	5,465	4.70	28,255	6,012
ประกันสังคม	6.65	9,577	1,440	7.76	11,941	1,538	8.27	17,495	2,115
โครงการ 30 บาท	45.37 (เฉลี่ย 43.9)	59,878	1,320-1,364	45.60	52,963	1,161	46.82	62,301	1,331
รวม 3 สิทธิ์	56.72	92,931	1,638	58.06	90,590	1,560	59.80	108,051	1,807
หักผู้ที่มีสิทธิ์ซ้ำซ้อน (เฉพาะ ขรก./ปกส.)	0.11	-	-	0.10	-	-	0.10		-
รวมยอดผู้มีสิทธิ์	56.61	92,931	1,642	57.96	90,590	1,563	59.69	108,051	1,810
ไม่มีสิทธิ์ใดใด /รอตรวจสอบสิทธิ์	4.61			3.88			2.76		
รวมประชากร	61.23			61.84			62.46		

ที่มา: จากการประมาณการของคณะผู้วิจัย (ดูรายละเอียดในหมายเหตุ 1-6)

หมายเหตุ:

1. ข้อมูลประชากรรวม ใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรปี 2543 (60.62 ล้านคน เมื่อเดือนเมษายน 2543) เป็นฐานและสมมุติว่ามีอัตราเพิ่มร้อยละ 1 ต่อปี (ในระหว่างปี 2533-43 มีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 1.06 ต่อปี)

2. จำนวนผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจใช้ตัวเลขประมาณการที่ 4.7 ล้านคน (สูงกว่าตัวเลขจากฐานข้อมูลอิเลกโทรนิกของสำนักงานประกันสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรวบรวมได้ 3.93 และ 4.12 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2545 และ 2546 และ 4.38 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2547) เนื่องจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังรวบรวมผู้มีสิทธิ์ได้ไม่ครบ และสมมุติว่าค่าใช้จ่ายของสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อปีในปีงบประมาณ 2547
3. จำนวนผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมในปี 2545 และ 2546 ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเฉลี่ยทั้งปี สำหรับปี 2547 ใช้ข้อมูลเฉลี่ยครึ่งปีแรกบวกด้วยส่วนต่างของตัวเลขเฉลี่ยครึ่งปีแรกของปี 2547 กับตัวเลขเฉลี่ยทั้งปีของปี 2546) การคำนวณค่าใช้จ่ายของภาครัฐ สมมุติว่าอัตราเงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตน (คิดเพดานที่ 15,000 บาท)ในปี 2546-47 เท่ากับปี 2545 ค่าใช้จ่ายของภาครัฐคิดจากภาระเงินสมทบของภาครัฐสำหรับโครงการประกันสังคมทั้งหมด
4. จำนวนผู้มีสิทธิ์ในโครงการ 30 บาท ในปี 2545 จำนวน 43.9 ล้านคน เป็นค่าเฉลี่ยของประชากรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์ที่สำนักงานประกันสุขภาพตลอดทั้งปีงบประมาณ 2545 (45.37 ล้านคนเป็นจำนวนเมื่อสิ้นปีงบประมาณในเดือนกันยายน 45) ปี 2546 ใช้ข้อมูลจริงเฉลี่ยทั้งปี 45.6 ล้านคน ปี 2547 ใช้ข้อมูลกลางปี (เมษายน 2547) ค่าใช้จ่ายของโครงการ 30 บาทในปี 2545 และ 2546 เป็นค่าใช้จ่ายจริงที่รวบรวมไว้ในตารางที่ 7.9 ปี 2547 คำนวณงบจากอัตราเหมาจ่าย 1,308.5 บาท คูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิ ณ เมษายน 2547 (46.82 ล้านคน) บวกด้วยงบบริหารของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1,033.55 ล้านบาท (ไม่มีงบ Contingency Fund)
5. จำนวนผู้มีสิทธิ์ซ้ำซ้อนข้าราชการและประกันสังคมใช้ตัวเลขจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับปี 2545-47 (98,000 และ 105,000 คนในเดือนกันยายน 2545 และพฤษภาคม 2546)
6. จำนวนผู้ไม่มีสิทธิ์ใดๆ คำนวณจากส่วนต่างของตัวเลขประชากรที่คาดการณ์กับจำนวนผู้มีสิทธิ์ที่คาดการณ์ ตัวเลขนี้ต่ำกว่าข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะแรก (4.93 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2545) แต่เริ่มใกล้เคียงกันมากขึ้นในระยะหลัง (2.83 ล้านคน ในเดือนกันยายน 2547) เนื่องจากใช้ตัวเลขประชากรที่ต่างกัน และตัวเลขผู้ไม่มีสิทธิ์ใด หรือ "ค่าว่าง" ในฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจรวมผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจบางส่วนเอาไว้ด้วย

ในภาพรวมแล้ว ค่าใช้จ่ายในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 11 ช่วงสองปี (ระหว่างปีงบประมาณ 2545-2547) นั้น มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นผลมาจากโครงการ 30 บาท (ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายรวมในปีงบประมาณ 2547 เพิ่มขึ้นจากปี 2545 เพียงร้อยละ 4) และเมื่อคำนึงถึงจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ์ที่เพิ่มขึ้นจาก 43.9 ล้านคนต่อปีเป็น 46.82 ล้านคนแล้ว ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่แท้จริง (effective capitation) ที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทในปี 2547 (1,331 บาทต่อคนต่อปี) นั้นต่ำกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวที่แท้จริงในปี 2545 (1,364 บาทต่อคนต่อปี) เสียด้วยซ้ำไป ในขณะที่โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6,012 บาทต่อคนต่อปี และรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบให้โครงการประกันสังคมประมาณ 2,115 บาทต่อคนต่อปี

การที่ค่าใช้จ่ายต่อคนของโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคมอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายของของโครงการ 30 บาทมากนั้น แม้ว่าจะมีส่วนที่เกิดจากการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน (และในบางกรณีก็สะท้อนคุณภาพบริการที่ต่างกันด้วย) แต่ก็มีส่วนที่เกิดจากกลไกการจ่ายเงินและการจัดการด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของสวัสดิการข้าราชการ) จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะมีผู้ที่เห็นถึงปัญหาและโอกาสในการรวมการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน หรืออย่างน้อยที่สุดก็จะต้องปรับกลไกการจ่ายเงินและระดับของเงินที่จ่ายเพื่อให้เกิดความเสมอภาคในด้านการได้รับการบริการมากขึ้น

ในอีกมุมหนึ่ง ถ้าไม่สามารถปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการ ก็จะเป็นการยากที่จะปรับคุณภาพของโครงการ 30 บาทได้ ด้วยเหตุผลอย่างน้อยสองประการคือ นอกจากรัฐบาลจะลังเลที่จะเติมเงินไปให้โครงการอื่นเนื่องจากมีภาระหนักที่จะต้องถมเงินลงไปให้โครงการสวัสดิการข้าราชการปีละกว่า 2,000 ล้านบาทแล้ว สถานพยาบาลเองก็จะขาดแรงจูงใจในการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลยังคงสามารถหารายได้ที่เป็นกอบเป็นกำจากโครงการสวัสดิการข้าราชการ

สำหรับโครงการ 30 บาทนั้น การที่โครงการนี้จะได้งบต่อหัวที่แท้จริงซึ่งแทบจะไม่ได้ต่างไปจากเดิมเลย ทำให้มีโอกาสน้อยมากที่โครงการนี้จะใช้งบมหาศาลและจะกลายเป็นภาระอันใหญ่หลวงของประเทศและประชาชนผู้เสียภาษี ตามที่หลายฝ่ายเคยกังวล เพราะที่ผ่านมานั้น ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการนี้เทียบไม่ได้กับที่รัฐจ่ายให้โครงการประกันสังคมเสียด้วยซ้ำ แต่การที่ค่าใช้จ่ายต่อหัวของโครงการนี้ถูกควบคุมเอาไว้ในระดับต่ำนั้น อาจจะไม่ได้เป็นสัญญาณที่ดีสำหรับประชาชนผู้เสียภาษีเสมอไป เพราะเมื่อสถานพยาบาลที่พยายามให้บริการที่มีคุณภาพต้องประสบ

ปัญหาด้านการเงินไปเรื่อยๆ ก็ย่อมต้องหาทางปรับตัวซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงและคุณภาพของบริการ นอกจากนี้ การที่โครงการนี้ได้งบมาค่อนข้างน้อยในปี 2546 ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต้องเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบภายในกระทรวงสาธารณสุขใหม่ในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งโดยเนื้อหาแล้วเกือบจะเท่ากับการยกเลิกแนวทางการปฏิรูปการเงินคลังที่กำหนดให้ “เงินไปตามผู้มีสิทธิ์” ที่กลุ่มผู้ที่ผลักดันโครงการ 30 บาทนำมาใช้ในปีงบประมาณ 2545

9. สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ[150]

ในโลกอุดมคตินั้น สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลจะถูกกำหนดโดยความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ของประชาชน ซึ่งจะพยายามรักษาพยาบาลจนกระทั่งถึงจุดที่ความพยายามในการรักษาหรือยืดชีวิตต่อไปไม่คุ้มกับความเจ็บปวดในการรักษา[151] แต่ในโลกความเป็นจริงที่มีทรัพยากรจำกัดนั้น การจัดสรรทรัพยากรเป็นปัญหาตลอดเวลา ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและประสิทธิผลที่เทียบกับต้นทุนในการรักษา (cost effectiveness) จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) โดยไม่ว่าใครจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ในที่สุดแล้วก็จะต้องมีผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจว่าการรักษาพยาบาลจะจบลงที่ไหน (ยกเว้นกรณีที่มีการเสียชีวิตโดยฉับพลัน)

มุมมองของฝ่ายต่างๆ ในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ฝ่ายที่เชื่อในแนวคิดเรื่องบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (basic rights/entitlements) มักจะเห็นว่าควรใช้ความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และรัฐบาลมีหน้าที่จัดสรรเงินมาให้เพียงพอสำหรับการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์นั้นๆ ในฝ่ายที่เน้นเรื่องทรัพยากรของภาครัฐที่มีอยู่จำกัดก็จะเห็นว่าการที่รัฐจะจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ (และถ้ามีจะให้สิทธิประโยชน์มากน้อยเพียงใด) ย่อมขึ้นกับสถานะทางการเงินการคลังของภาครัฐเป็นสำคัญ

แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ไม่ว่าจะเชื่อในแนวทางแรกหรือแนวทางหลัง *การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ก็ไม่สามารถทำอย่างอิสระโดยไม่คำนึงถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรได้* *<u>แต่ในขณะเดียวกัน ข้อจำกัดด้านทรัพยากรก็ไม่ใช่ทรัพยากรที่อยู่ในมือของภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว</u>* เพราะรัฐอาจจะอยู่ในฐานะที่ใช้อำนาจรัฐในการจัดสรรทรัพยากรเสียใหม่ได้ในระดับหนึ่งเช่นกัน (เช่นโดยการปรับกลไกภาษี รวมทั้งโครงการที่มีการใช้อำนาจรัฐบังคับให้เข้าร่วมโครงการ เช่นโครงการประกันสังคม และการปรับสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ ของรัฐบาลเสียใหม่ เป็นต้น)

ในสังคมที่เชื่อในสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค (อย่างน้อยก็ความเสมอภาคในด้านโอกาส) นั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ของภาครัฐที่สะท้อนปรัชญาเหล่านั้น มีนัยที่น่าจะให้สิทธิประโยชน์ส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันที่สุด

---

[150] ดูรายละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมในอัญชนา วิโรจน์ และนิภา (2545)

[151] ซึ่งจุดนั้นขึ้นกับเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ในขณะนั้นด้วย

ถ้าจะมีความแตกต่าง ก็ควรเป็นความแตกต่างในด้านความสะดวกสบาย*ในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง* และในกรณีที่ให้ผู้ป่วยมีการส่วนร่วมในการจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็ควรจะเป็นการจ่ายที่ไม่มีผลมากำหนดการเลือกวิธีการรักษาและเวลาที่ผู้ให้บริการให้กับผู้ป่วย

นอกจากนี้ ในเชิงการเมืองและประวัติศาสตร์นั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ต่ำกว่าเดิมอาจจะเป็นปัญหา ดังนั้น ในกรณีที่โครงการประกันสุขภาพต่างๆ มีชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน นั้น การปรับสิทธิประโยชน์ของโครงการที่ต่ำกว่าให้สูงขึ้น จะมีโอกาสที่ได้รับความสนับสนุนมากกว่าการปรับสิทธิประโยชน์ของโครงการที่สูงกว่าให้ต่ำลง

และในทางปฏิบัตินั้น การแก้ปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อน (ในส่วนที่เกิดจากแรงจูงใจของผู้มีสิทธิ์) จะทำได้อย่างมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อสิทธิประโยชน์ของโครงการต่างๆ มีลำดับที่ชัดเจน ทำให้เมื่อบุคคลใดมีสิทธิ์หรือมีโอกาสที่จะได้สิทธิจากหลายโครงการ ก็จะยินดีที่จะเลือกสิทธิหนึ่งสิทธิใดอย่างชัดแจ้งโดยปราศจากแรงจูงใจที่จะเก็บรักษาสิทธิอื่นๆ ที่ซ้ำซ้อนกันไว้ต่อไป

9.1 สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน

ในปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยประกอบด้วยโครงการหลักๆ สามโครงการ ซึ่งมีบทบาทในด้านการให้หลักประกันด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิ์กลุ่มต่างๆ โครงการทั้งสามได้แก่สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยหลักการแล้ว โครงการทั้งสามนี้ให้หลักประกันที่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ แต่ในปัจจุบัน โครงการทั้งสามนี้ยังมีความทับซ้อนกันอยู่บ้างในด้านความครอบคลุม (เช่น สวัสดิการข้าราชการให้ความคุ้มครองไปถึงสมาชิกในครอบครัวซึ่งบางรายมีสิทธิ์ประกันสังคมด้วยเพราะเป็นลูกจ้างในภาคเอกชน) นอกจากนี้ ยังมีกองทุนเงินทดแทน (สำหรับผู้ประสบภัยจากการทำงาน) และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นกองทุนเฉพาะกิจที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลที่อาจถือได้ว่าความเสียหายที่มีผู้ก่อขึ้น (และโดยหลักการแล้วควรมีส่วนรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นด้วย) แต่สองกองทุนหลังนี้ถือได้ว่าเป็นกลไกเสริมมากกว่าที่จะเป็นกลไกหลัก ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ สามารถสรุปโดยย่อออกมาในตารางที่ 9.1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ*					
ประเภทบริการ	**ข้าราชการ**	**ประกันสังคม**	**กองทุนเงินทดแทน**	**โครงการ 30 บาท**	**พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ**
ความคุ้มครอง	• ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว (บิดามารดา คู่สมรส บุตร 3 คน)	• พนักงานลูกจ้างของเอกชนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	• ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเป็นลูกจ้างของนายจ้างผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ	• บุคคลที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากหลักประกันสุขภาพอื่น	• เฉพาะบุคคลผู้ประสบภัยจากรถ
การใช้สิทธิ์	• ใช้สิทธิ์ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง	• ใช้สิทธิ์ได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิ์ สถานพยาบาลอื่นๆ ต้องสำรองจ่าย	• ใช้สิทธิ์ได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิ์ประกันสังคม	• ได้สิทธิ์เฉพาะสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่โครงการกำหนดให้	• สถานพยาบาลทุกแห่ง
การได้รับเงินทดแทนอื่นๆ	• ไม่มี	• ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อต้องหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย คลอดบุตร หรือทุพพลภาพ ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ในกรณีที่เสียชีวิต	• ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต	• ไม่มี	• ค่าทำศพ/ เงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต
การร่วมจ่ายค่าบริการ	• ไม่ต้องจ่าย (แต่มีเพดานค่าห้อง และอาจต้องจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักเอง)	• ไม่ต้องจ่าย	• ไม่ต้องจ่าย (แต่มีเพดานค่าใช้จ่าย)	• จ่าย 30 บาทต่อครั้ง (กลุ่ม สปร. เดิมได้รับยกเว้น) • จ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักและค่าห้องพิเศษเอง	• ไม่ต้องจ่าย (แต่มีเพดานค่าใช้จ่าย)
ใช้บริการผู้ป่วยนอก	• ใช้บริการได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งแต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วนำใบเสร็จมาเบิกคืนภายหลังจากต้นสังกัด *(กำลังดำเนินการแก้ไข)*	• ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนที่ระบุในบัตรรับรอง โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า ยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุแล้วไม่สามารถเข้าไปสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ์ เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลใดก็ได้แต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อน และเบิกคืนได้ตาม	• ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชน โดยได้รับสิทธิค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ไม่เกิน 35,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง ถ้าประสบอันตรายรุนแรงหรือเรื้อรังให้เพิ่มได้ไม่เกิน 50,000 บาท และ	• ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า	• ใช้สถานสถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชน โดยสามารถเบิกจ่ายจากกองทุนตามเพดานที่กำหนดไว้ในแต่ละกรณี

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
		วงเงินที่กำหนดจำกัด และไม่เกินปีละ 2 ครั้ง	ได้รับค่าฟื้นฟูและทดแทนกรณีสูญเสียอวัยวะ ได้ค่าทดแทนรายเดือนในกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตายหรือสูญหาย		
ใช้บริการผู้ป่วยใน	• ใช้ได้ในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น เบิกค่ารักษาได้ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้องพิเศษ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัด รวมทั้งค่าซ่อมแซม เบิกตามที่กำหนด	• ใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกไว้เท่านั้น	• ดูรายละเอียดในหัวข้อการใช้บริการผู้ป่วยนอก	• ใช้บริการจากโรงพยาบาลลงทะเบียนไว้เท่านั้น	• ดูหัวข้อการใช้บริการผู้ป่วยนอก
บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	• ใช้ได้ในสถานพยาบาลของรัฐ • โรงพยาบาลเอกชนใช้ได้บริการได้แต่จำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา การซ่อมแซม ค่าห้อง ค่าอาหารเบิกตามอัตรากำหนดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐ • ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	• กรณีอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาล รพ.รัฐ 72 ชั่วโมงแรกเบิกตามจริง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง รพ.เอกชน จ่ายตามอัตรากำหนด ไม่จำกัดจำนวนครั้ง • กรณีฉุกเฉิน ใช้บริการ รพ.รัฐและเอกชนได้ จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ตามอัตรากำหนด ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง และเบิกค่าใช้จ่ายการเคลื่อนย้ายได้	• ดูรายละเอียดในหัวข้อการใช้บริการผู้ป่วยนอก • เข้ารับบริการได้จากสถานพยาบาลทั่วไป ต้องสำรองจ่ายไปก่อนกรณีไปใช้บริการสถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ในบัตรประกันสังคม	• นอกหน่วยบริการใช้บริการได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	• ได้รับการจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด
การตรวจสุขภาพประจำปี	• ได้สิทธิ์ เฉพาะตัวข้าราชการโดยตรงไม่รวมครอบครัว และใช้บริการได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐ	• ไม่ได้สิทธิ์	• ได้สิทธิ์การตรวจสุขภาพพื้นฐาน และต้องขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องทำ	• ไม่ได้สิทธิ์	
บริการส่งเสริมและป้องกันโรคด้านอื่นๆ	• ได้สิทธิ์วางแผนครอบครัวเฉพาะการทำหมัน	• ได้สิทธิ์วางแผนครอบครัวแบบถาวรเฉพาะการทำหมัน		• ได้สิทธิ์ (เป็นส่วนหลักส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์)	

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	• ปกติไม่ได้สิทธิ (ยกเว้นกรณีที่คณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลลงความเห็นว่ามีความจำเป็น)	• ได้สิทธิ์ (ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้ถือเงินด้วย)	• ได้สิทธิ์ (ภายใต้เพดานค่าใช้จ่ายที่กำหนด)	• ไม่ได้สิทธิ์	• ได้สิทธิ์ (ภายใต้เพดานค่าใช้จ่ายที่กำหนด)
โรคจิต	• ได้สิทธิ์ เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป	• ได้สิทธิ์ เฉพาะกรณีเฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน		• ได้สิทธิ์ กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในไม่เกิน 15 วัน • กรณีเกิน 15 วัน ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์แต่ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายงบตามระบบเดิม	
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา	• ได้สิทธิ์ เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป	• ไม่ได้สิทธิ์		• ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์แต่ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายงบตามระบบเดิม	
โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน	• จำกัดวันนอน 13 วัน ยกเว้นมีคณะกรรมการแพทย์รับรองให้รับการพักรักษาตัวต่อไป	• ได้สิทธิ์ ยกเว้นใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน/ปี (หลังจากนั้นขึ้นกับวินิจฉัยของแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลมักจะไม่รักษาต่อให้)		• ได้สิทธิ์ ยกเว้นต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	
โรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง	ค่ารักษาได้สิทธิ์เบิกตามการจ่ายจริง ยกเว้นค่าอาหารค่าห้องพิเศษ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ การบำบัดรักษารวมค่าซ่อมแซม ให้เบิกตามกำหนด	• ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวดการรักษาพยาบาลที่อยู่นอกการเหมาจ่าย หรือ ประเภทโรคที่ต้องการใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง		• ได้สิทธิ์ ตามเงื่อนไขที่กำหนด รวมการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ (ทั้งภายในและนอกร่างกาย)	
คลอดบุตร	• ได้สิทธิ์เบิกตามจ่ายจริง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้อง	• เหมาจ่ายไม่เกิน 4,000 บาท เบิกค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อ		• รวมไม่เกิน 2 ครั้ง นับแต่เริ่มโครงการ ไม่จำกัดวงเงิน	

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
	พิเศษ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษา รวมค่าซ่อมแซม ให้เบิกตามกำหนด	ผู้ประกันตนหนึ่งราย ผู้ประกันตนหญิง ได้สิทธิ์รับเงินค่าสงเคราะห์การหยุดงานคลอดบุตร			
ค่าห้องพิเศษ	• ได้สิทธิ์ไม่เกินวันละ 600 บาท เบิกได้ 13 วัน ยกเว้นมีกรรมการแพทย์รับรอง	• ได้สิทธิ์ไม่เกินวันละ 700 บาท		• ไม่ได้สิทธิ์ ต้องจ่ายเองเต็มจำนวน	
ทันตกรรม	• ได้สิทธิ์ การถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูน จากสถานพยาบาลรัฐ	• ได้สิทธิ์การถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูนใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกหรือคลินิกทั่วไป เบิกได้ไม่เกินครั้งละ 200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 400 บาท/ปี		• ได้สิทธิ์การถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอม ฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	

ที่มา : อัญชนา วิโรจน์ และนิภา (2545) รวบรวมจากเอกสารของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์จากสามกองทุนหลักสามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นดังต่อไปนี้คือ

ก. เงื่อนไขการใช้สิทธิ์โดยทั่วไป

- ข้าราชการใช้สิทธิ์ได้ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง แต่ไม่สามารถใช้สิทธิ์ที่สถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่มีอันตรายถึงแก่ชีวิต (ซึ่งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน) จะใช้สิทธิ์ได้ในวงเงินที่จำกัด
- โครงการประกันสังคมใช้สิทธิ์ได้เฉพาะหน่วยบริการที่ลงทะเบียน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน จะใช้สิทธิ์วงจำกัดที่สถานพยาบาลอื่น) โดยผู้ประกันตนมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ (รัฐหรือเอกชน) ได้ปีละครั้ง
- โครงการ 30 บาทใช้ได้เฉพาะหน่วยบริการที่ลงทะเบียน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน จะใช้สิทธิ์ในวงจำกัดได้ที่สถานพยาบาลอื่นที่อยู่ในโครงการ) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ผู้ที่ได้รับสิทธิ์

นี้สามารถเลือกสถานพยาบาลในวงจำกัด (เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงานที่เข้าร่วมโครงการ)

ข. ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ในด้านต่าง ๆ

- ***ความครอบคลุมที่เพิ่มเติมจากตัวผู้มีสิทธิ์***

    * สวัสดิการข้าราชการครอบคลุมตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ และยังรวมไปถึงครอบครัว ซึ่ง*มีโอกาส*ที่ความครอบคลุมจะขยายจากผู้มีสิทธิ์เพิ่มได้อีก 6 คน คือ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรอีก 3 คนที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการข้าราชการไม่ต่างกับสิทธิของตัวข้าราชการเอง ยกเว้นการตรวจสุขภาพประจำปี
    * ประกันสังคม ให้สิทธิ์เฉพาะบุคคลแก่ผู้ประกันตนเท่านั้น
    * โครงการ 30 บาท ให้สิทธิ์เฉพาะบุคคล (แต่ให้สิทธิ์คนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิ์อื่น)

- ***การสำรองจ่ายก่อนเมื่อเข้าใช้บริการ***

    * ข้าราชการและครอบครัวที่รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในในโรงพยาบาลรัฐไม่ต้องสำรองจ่ายก่อน แต่เมื่อเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกต้องสำรองจ่ายไปก่อน โดยสามารถเบิกค่ารักษาได้ตามจริงภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด
    * หลักประกันอื่นๆ ไม่ต้องสำรองจ่าย ยกเว้นประกันสังคม (การใช้สิทธิ์กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินเมื่อไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิ์ได้ ผู้ใช้สิทธิ์ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำหลักฐานมารับคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ และการใช้สิทธิทันตกรรม และคลอดบุตร)

- ***การร่วมจ่ายค่าบริการ***

    * สวัสดิการข้าราชการ ไม่ต้องจ่ายร่วม (ยกเว้นค่ายาในบางกรณี และค่าห้องถ้าเกินเพดาน ซึ่งปกติจะไม่เกินถ้าเข้าโรงพยาบาลของรัฐ) แต่ถ้าเข้ารับการ

รักษาจากโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตจะเบิกได้ในวงเงินที่จำกัด (ดูข้างล่าง)

* ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนร่วมกับนายจ้างและรัฐในอัตราร้อยละ 4.5 ของเงินเดือน (คิดจากฐานเงินเดือนไม่เกิน 15,000 บาท)

* โครงการ 30 บาทผู้ใช้สิทธิ์ต้องร่วมจ่าย 30 บาทต่อการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง (ยกเว้นเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้มีสิทธิ์ สปร. เดิมอื่นๆ)

- ***การใช้บริการในฐานะผู้ป่วยใน***

  * ข้าราชการและครอบครัว เข้ารับการรักษาประเภทคนไข้ในแต่ละครั้งได้ไม่เกิน 13 วัน ยกเว้นมีคณะแพทย์ให้การรับรองว่าจำเป็นต้องรับการรักษาตัวประเภทผู้ป่วยในต่อไป

  * โครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาทกำหนดระยะเวลาในการเข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้ในได้ไม่เกิน 180 วัน สำหรับโรคเดียวกัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- ***กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน***

  * สวัสดิการข้าราชการ (ซึ่งปกติจะเข้าใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้) ในกรณีฉุกเฉิน สามารถเข้าใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนประเภทผู้ป่วยในได้ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่จำกัดจำนวนเงินไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ ค่าอาหาร และค่าห้องพิเศษ ซึ่งเบิกได้ตามอัตราที่กำหนด

  * ประกันสังคม กรณีอุบัติเหตุสามารถเข้ารับบริการได้ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง เบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกได้ตามจริงเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลรัฐ และสำหรับโรงพยาบาลเอกชนเบิกได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีฉุกเฉินสามารถใช้บริการโรงพยาบาลใดก็ได้ แต่จำกัดไม่เกินปีละ 2 ครั้ง เบิกค่าใช้จ่าย 72 ชั่วโมงแรกได้ โดยจ่ายให้ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด

* โครงการ 30 บาท ใช้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแห่งใดก็ได้ แต่จำกัดสิทธิ์ในการเข้ารับบริการนอกหน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

- ***การตรวจสุขภาพประจำปี***

  * ข้าราชการใช้สิทธิ์ได้ปีละครั้ง ภายใต้วงเงินที่กำหนด แต่ให้สิทธิ์เฉพาะตัวข้าราชการไม่รวมไปถึงครอบครัว และใช้สิทธิ์ได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น

  * ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมจะไม่ได้รับสิทธิ์นี้

  * โครงการ 30 บาทเข้ารับการตรวจสุขภาพได้ แต่จะได้รับการตรวจเพียงใดขึ้นกับแนวปฏิบัติที่กำหนดในโครงการ (ซึ่งจะต่างกันไปตามกลุ่มประชากรและอายุ) การตรวจที่นอกเหนือจากนี้ต้องเป็นไปตามข้อวินิจฉัยและการสั่งการของแพทย์เท่านั้น

- ***การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านอื่น ๆ***

  * สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมให้สิทธิ์ด้านนี้ค่อนข้างน้อย (มีเพียงการวางแผนครอบครัวเฉพาะการทำหมันเท่านั้น)

  * โครงการ 30 บาท ได้ให้สิทธิ์ด้านนี้กว้างขวางที่สุด แต่ยังมีความคลุมเครือและยังมีแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน

- ***สิทธิ์การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ***

  * สวัสดิการข้าราชการมีสิทธิ์ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เมื่อคณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นว่ามีความจำเป็น (กรณีอื่นต้องจ่ายเงินเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยนอก)[152]

  * ประกันสังคมไม่มีข้อจำกัดเรื่องนี้ แต่ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลที่ให้บริการมักจะไม่มีแรงจูงใจในการจ่ายยาที่มีราคาแพง

  * โครงการ 30 บาทไม่ได้รับสิทธิ์ดังกล่าว (ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลรัฐมักจะพยายามไม่ใช้ยานอกบัญชียาหลัก เนื่องจากไม่ต้องการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย) *ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ประการหนึ่งที่ถือได้ว่าต่ำกว่า*

---

[152] ในปัจจุบัน กำลังมีการดำเนินการสร้างระบบบัญชียาของสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งแบ่งยาออกเป็นสามกลุ่มคือ ยาที่เบิกได้ทั้งหมด ยาที่ต้องร่วมจ่ายบางส่วน และยานอกบัญชีที่เบิกไม่ได้ โดยยาในกลุ่มที่สองส่วนใหญ่จะเป็นยาที่ปัจจุบันอยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

สิทธิในโครงการ สปร. เดิม อย่างไรก็ตาม กำลังมีการผลักดันให้แก้ไขให้ครอบคลุมกรณีที่แพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลัก

- ***โรคจิต*** ทุกหลักประกันได้สิทธิ์การบำบัดรักษา แต่ประกันสังคมจำกัดการรักษาเฉพาะกรณีเฉียบพลันโดยให้สิทธิ์ไม่เกิน 15 วัน สำหรับโครงการ 30 บาทนั้นถือว่าให้สิทธิในการรักษาต่อเนื่อง แต่การเบิกจ่ายค่ารักษาหลัง 15 วันเบิกจ่ายจากงบในระบบเดิม (ในทางปฏิบัติอาจส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเฉพาะทางแทน)
- ***การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*** เฉพาะสวัสดิการข้าราชการเท่านั้นที่ได้รับสิทธิ์
- ***ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล***
    - * สวัสดิการข้าราชการให้สิทธิ์ไว้ไม่เกิน 13 วันต่อครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวประเภทผู้ป่วยใน ยกเว้นแพทย์สั่งให้อยู่รักษาตัวต่อไป
    - * ประกันสังคมให้สิทธิ์ในการรักษาไม่เกิน 180 วัน หลังจากนั้นก็จะถูกจัดกลุ่มเป็นโรคเรื้อรัง
    - * โครงการ 30 บาทให้สิทธิ์ในการรักษาไม่เกิน 180 วัน แต่ขยายเวลาได้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- ***ค่าห้องพิเศษ*** ข้าราชการเบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท และไม่เกิน 13 วันต่อครั้ง เว้นแต่มีแพทย์รับรอง ประกันสังคมเบิกได้ 700 บาทต่อวัน ไม่เกิน 180 วันต่อปี ขณะที่โครงการ 30 บาท ผู้ป่วยที่ขออยู่ห้องพิเศษต้องจ่ายค่าห้องพิเศษเองทั้งหมด
- ***โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง***
    - * สวัสดิการข้าราชการให้สิทธิ์รับการรักษาและเบิกค่ารักษาพยาบาลตามการจ่ายจริง จำกัดการเบิกจ่ายตามกำหนดเฉพาะค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ ค่าซ่อมแซม ค่าห้อง ค่าอาหารห้องพิเศษ
    - * ประกันสังคม มีกำหนดอัตราการเบิกจ่ายได้เท่าที่กำหนด
    - * 30 บาท ไม่ครอบคลุมการล้างไตกรณีไตวายเรื้อรัง และให้ยาต้านไวรัสเอดส์เฉพาะผู้ที่มี CD4 ต่ำกว่า 200

- ***การคลอดบุตร***

    * สวัสดิการประกันสังคม จำกัดจำนวนไม่เกิน 2 ครั้งต่อรายและอัตราการเหมาจ่ายไว้ที่ 6,000 บาทต่อครั้ง (ในกรณีที่ทั้งสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนสามารถเบิกได้รวมกันสี่ครั้ง) ผู้ประกันตนหญิงสามารถเบิกค่าสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อคลอดบุตรได้ (สองครั้ง)

    * โครงการ 30 บาท จำกัดความคุ้มครองไม่เกิน 2 ครั้งต่อราย (นับตั้งแต่เริ่มโครงการ)

- ***บริการด้านทันตกรรม***

    * สวัสดิการข้าราชการเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวนตามจ่ายจริง แต่จำกัดเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ และได้สิทธิ์เฉพาะการรักษาเท่านั้น เช่น การขูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน เป็นต้น (ไม่รวมทำฟันปลอม)

    * ผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมมีอิสระในการเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลรวมทั้งคลินิกทั่วไป สามารถนำใบเสร็จมาเบิกเงินคืนได้ตามอัตรากำหนด (ครั้งละไม่เกิน 200 บาท และไม่เกิน 400 บาท/ปี) สิทธิ์ครอบคลุมการขูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน แต่ไม่รวมฟันปลอม

    * โครงการ 30 บาท ได้สิทธิ์มากกว่าหลักประกันอื่นๆ กล่าวคือครอบคลุมทันตกรรมแทบทุกประเภท รวมทั้งการทำฟันปลอมฐานพลาสติกด้วย (แต่ในปัจจุบันต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนเอาไว้หรือสถานีอนามัยเครือข่ายเท่านั้น)

9.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การที่โครงการประกันสุขภาพต่างๆ มีชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินที่ต่างกันก่อให้เกิดความกังวลในเรื่องความไม่เสมอภาคในการให้บริการ ที่ผ่านมามีผู้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหานี้สองแนวทางคือ

- การปรับชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงิน (รวมทั้งจำนวนเงินที่จ่ายต่อคน) ให้ใกล้เคียงกันมากขึ้น (ในกรณีที่ยังไม่มีการรวมการบริหารจัดการของการทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน)

- การรวมกองทุน (หรือรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน)

ก. กรณีที่ยังแยกการบริหารจัดการของทั้งสามกองทุน

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งยังมีความชัดเจนว่าจะมีการการรวมกองทุนต่างๆ (หรือรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพ) เข้าด้วยกันหรือไม่และเมื่อใด โดยจะเห็นได้ว่า แม้กระทั่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่กำหนดให้มีการรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน ก็ไม่ได้กำหนดว่าจะมีการรวมเกิดขึ้นจริงเมื่อใด เพราะ พรบ. นี้ยังเปิดช่องให้เลื่อนออกไปได้โดยไม่มีที่สิ้นสุด ฉากทัศน์ (scenario) ที่น่าจะสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุดคือจะยังคงไม่มีการรวมกองทุนทั้งสามเข้าด้วยกันในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งในสภาวการณ์เช่นนั้น แนวทางในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ควรใช้หลักการและแนวทางดังต่อไปนี้คือ

1. ภายใต้หลักการเรื่องความเสมอภาค ควรหาทางปรับสิทธิประโยชน์*ด้านการรักษาพยาบาล*ของโครงการประกันสุขภาพสามโครงการหลักให้เข้ามาใกล้กันให้มากที่สุด
2. ควรปรับกลไกการจ่ายเงินหลักๆ ของโครงการต่างๆ ให้ใกล้เคียงกันมากขึ้น และควรหาทางปรับอัตราค่าบริการที่กองทุนต่างๆ จ่ายให้สถานพยาบาลให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันด้วย (เพื่อไม่ให้สถานพยาบาลแบ่งเกรดผู้ป่วยเป็นชั้นตามสิทธิ์ที่ต่างกัน) โดยการคำนวณงบสำหรับแต่ละโครงการนั้น จะต้องคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ที่โครงการให้ด้วย[153]
3. ยกเลิกแนวทางปฏิบัติที่อาจก่อให้เกิดการรักษาสองมาตรฐานในสถานพยาบาลเดียวกัน ตัวอย่างเช่น การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์โดยใช้กรอบยาหรือบัญชียาเป็นตัวตัดสิน (เช่น บัญชียาหลัก) การจำกัดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการยินยอมให้สถานพยาบาลเก็บเงินจากผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะดีสำหรับบริการเสริม (เช่น ห้องพิเศษ และการผ่าตัดที่ใช้กระบวนการพิเศษ) *ในอัตราที่มุ่งทำกำไรจากผู้ป่วยกลุ่มนี้*ให้สถานพยาบาล[154]

---

[153] แต่ในกรณีที่ยังไม่สามารถใช้ inclusion criteria ในการคำนวณงบได้ ก็อาจใช้ค่าเฉลี่ยในอดีตเป็นฐานขั้นต่ำไปก่อน

[154] สำหรับสิทธิประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาลโดยตรง (เช่น ค่าห้องและอาหารพิเศษ) ซึ่งบางกองทุนอาจให้สิทธิเหนือกองทุนอื่น อาจอนุญาตผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิ์ดังกล่าวร่วมจ่าย*ได้ตาม fee schedule ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า*โดย

4. เพื่อป้องกันปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน ควรหาทางปรับสิทธิของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมไม่ให้ด้อยกว่าสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาท*ในทุกด้าน* ในทำนองเดียวกัน ควรหาทางปรับสิทธิของสวัสดิการข้าราชการไม่ให้ด้อยกว่าสิทธิประโยชน์ของประกันสังคม*ในทุกด้าน*ด้วยเช่นกัน (รวมทั้งสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล) เพื่อไม่ให้ผู้มีสิทธิในหลายกองทุน (หรือมีโอกาสที่จะได้สิทธิจากหลายกองทุน) มีแรงจูงใจที่จะไม่ให้ข้อมูลเรื่องสิทธิซ้ำซ้อนเนื่องจากยังเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้จากการมีหลายสิทธิ ทำให้กองทุนต่างๆ เหล่านี้ต้องจ่ายเงินสองหรือสามต่อให้สถานพยาบาล

5. ในทุกโครงการ ในที่สุดแล้วประชาชนจะต้องมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างโครงการ 30 บาทที่ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นระบบที่มักมีปัญหาแรงจูงใจในการให้บริการเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ถือเงินจะได้รับงบเหมาจ่ายไปล่วงหน้าแล้ว ในระบบนี้นั้น สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเป็นเครื่องมือประการเดียวที่ผู้บริโภคจะมีได้ในการควบคุมให้สถานพยาบาลทำหน้าที่ของตน[155]

6. ในกรณีที่ให้สิทธิ์ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้อย่างกว้างขวาง อาจทำให้ต้องปรับวิธีการจัดสรรงบ โดยแยกงบด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแยกออกจากงบด้านรักษาพยาบาล (โดยให้เฉพาะงบด้านการรักษาพยาบาลที่ไหลตามไปกับการเลือกของผู้ป่วย) *แต่ถึงแม้ว่าจะมีการแยกงบส่วนนี้ออกมาจากงบรักษาพยาบาล ก็ไม่ควรเป็นสาเหตุ (หรือข้ออ้าง) ที่นำไปสู่การลดหรือเลิกสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นงานด้านที่มีผลการศึกษาวิจัยออกมาอยู่ตลอดว่ามีผลตอบแทนสูงกว่างานด้านการรักษาพยาบาล*

ข้อเสนอแนะข้อ 1-3 เกิดจากเหตุผลเรื่องความเสมอภาคในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในข้อ 3 นั้น ในปัจจุบันยังมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในลักษณะที่อาจก่อให้เกิดการรักษาสองมาตรฐานในสถานพยาบาลเดียวกัน เช่น ในกรณีบัญชียาหลัก ซึ่งในปัจจุบันนั้น โครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการ 30 บาทมีข้อจำกัดในด้านการใช้ยานอกบัญชียาหลัก ในขณะที่แต่

สามารถคำนวณอัตราที่เรียกเก็บจากกองทุนต่างๆ หรือผู้ป่วยตาม*ส่วนต่างค่าใช้จ่าย*เฉลี่ยของสถานพยาบาลในการดำเนินการสำหรับเตียงพิเศษหนึ่งเตียงเทียบกับเตียงสามัญหนึ่งเตียง

[155] และถ้าจะกล่าวกันให้ถึงที่สุดแล้ว เครื่องมือนี้ก็ยังเป็นเครื่องมือที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพเพียงพอ แต่ก็ยังดีกว่าในกรณีที่ผู้บริโภคไม่มีสิทธิ์ใดใดในการเลือกเลย

ละโรงพยาบาลก็จะมีกรอบยาของตัวเอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะมียาในบัญชียาหลักบางส่วน (ไม่ครบทุกตัว) และยานอกบัญชียาหลักอีกจำนวนหนึ่ง ดังนั้น การมีบัญชียาหลักแห่งชาติในตัวมันเองไม่ได้เป็นหลักประกันคุณภาพบริการว่าโรงพยาบาลจะมียาทุกตัวในบัญชีสำหรับผู้ป่วย[156] แต่เป็นเสมือนแนวทาง (guideline) ในการบริหารยาของโรงพยาบาลเสียมากกว่า และการที่กรอบยาของโรงพยาบาลมียานอกบัญชียาหลักอยู่ด้วย แต่มักจะเลือกใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองหรือเบิกได้ (บางราย) โดยปฏิเสธที่จะใช้ยาที่มีอยู่สำหรับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งกรณีนี้เป็นเครื่องชี้ถึงบริการสองมาตรฐานหรือหลายมาตรฐานอย่างชัดเจน

ยิ่งไปกว่านั้น การที่พฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากการที่หน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์มาออกระเบียบจำกัดสิทธิ์ส่วนนี้ ยิ่งเป็นพฤติกรรมที่สวนทางกับการสวมบทบาทของผู้ซื้อบริการ (purchaser) เป็นอย่างยิ่ง เพราะโดยหลักการแล้ว *การเลือกจ่ายยาให้ผู้ป่วยน่าจะอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นของผู้ป่วยรายนั้นๆ และควรเป็นการปรับตาม Clinical Practice Guideline ที่เหมาะสมมากกว่าการตัดสินโดยดูว่ายาตัวนั้นอยู่ในบัญชียาหลักหรือไม่* เพราะถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติแล้วยาในบัญชียาหลักอาจจะเพียงพอสำหรับรักษาผู้ป่วยร้อยละ 99 และสถานพยาบาลอาจจะเลือกใช้ยาในบัญชีเป็น drugs of first choice ก็ตาม แต่เมื่อมีผู้ป่วยรายใดที่ใช้ยาในบัญชียาหลักแล้วไม่ได้ผล และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิผล ระบบประกันสุขภาพก็ไม่มีเหตุผลที่จะปฏิเสธความคุ้มครองด้วยเหตุผลว่ายาตัวนั้นอยู่นอกบัญชีชุดหนึ่งที่กำหนดกันขึ้นมาเอง และในระบบที่ควรจะเป็นนั้น หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ไม่ควรจะทำหน้าที่กำหนดชนิดของยาที่สามารถนำมาใช้ในโครงการ แต่ควรปล่อยให้สถานพยาบาล (หรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล) ตั้งและบริหารกรอบยาของตนเอง โดยหน่วยงานที่ซื้อบริการต้องเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขและกำกับดูแลสถานพยาบาลให้ต้องรับผิดชอบรักษาผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ และให้สถานพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งรายใด (เช่น ถ้ากรอบยาของสถานพยาบาลไม่มียาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยรายนั้น) มีหน้าที่ที่จะต้องหายามาให้ผู้ป่วยหรือรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาได้[157]

---

[156] ในความเป็นจริงแล้ว รายการต่างๆ ในบัญชียาหลัก (ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งพันรายการ) นั้น ส่วนหนึ่งเป็นรายการยาชนิดเดียวที่มีบรรจุภัณฑ์มากกว่าหนึ่งชนิด แต่โรงพยาบาลเองก็มักจะตัดยาบางตัวออกด้วยเหตุผลต่างๆ กัน

[157] นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะข้อนี้ยังพยายามแก้ปัญหาที่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งใช้วิธีลดค่าใช้จ่ายโดยลดกรอบยาของตนลง และ refer ผู้ป่วยไปรับยาราคาแพงจากโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการผลักภาระไปให้ผู้ป่วยและโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งต่างก็มีปัญหาของตนเองเช่นกัน และที่ผ่านมาก็มีโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งรับมือกับ

สำหรับข้อเสนอแนะที่ให้โอกาสกองทุนต่างๆ และผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์สำหรับหัตถการที่เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิผลสูงกว่าแต่มีค่าใช้จ่ายแพงกว่าหัตถการพื้นฐาน (เช่น การผ่าตัดในช่องท้องด้วยวิธีส่องกล้อง) และเลือกสิทธิประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาลโดยตรง (เช่น ห้องพิเศษ) โดยเสนอหลักการให้จ่ายเฉพาะ*ส่วนต่างของต้นทุนที่เพิ่มขึ้นตาม fee schedule ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า*นั้น เป็นข้อเสนอแนะที่พยายามรักษาความเสมอภาคในการได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่จำเป็นสำหรับทุกคน ในขณะที่เปิดโอกาสให้บางกองทุนหรือผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีเลือกกระบวนการรักษาบางอย่างที่อาจจะทำให้เสียเวลาพักฟื้นน้อยกว่าหรือได้รับความสะดวกสบายในระหว่างที่การรับการรักษาพยาบาลมากกว่า *แต่ในขณะเดียวกัน ก็ไม่ต้องการให้อำนาจเงินที่กองทุนหรือผู้ป่วยจ่ายสำหรับห้องพิเศษหรือหัตถการพิเศษมามีอิทธิพลในการดึงทรัพยากรส่วนที่ใช้ในด้านการรักษาพยาบาลมาให้คนไข้บางกลุ่มเป็นพิเศษ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่จะจ่ายเพิ่มให้รายการเหล่านี้จึงควรเป็นค่าใช้จ่ายที่สะท้อนต้นทุนที่แตกต่างกันเป็นหลัก โดยไม่ได้สนับสนุนให้สถานพยาบาลใช้รายการพิเศษเหล่านี้เป็นเครื่องมือหารายได้มาจุนเจือโรงพยาบาล* เพราะถ้ามีการเปิดช่องทางในลักษณะนี้แล้ว ก็จะทำให้ไม่สามารถรักษามาตรฐานที่เท่าเทียมกันสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มได้ เพราะมีโอกาสที่แพทย์และผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ของโรงพยาบาลจะให้ความเอาใจใส่กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ซึ่งกลายเป็นแหล่งรายได้เสริมที่สำคัญของโรงพยาบาล) มากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป (เช่น ผู้ที่จ่ายแค่ 30 บาทหรือไม่จ่ายเลย)[158]

สำหรับข้อเสนอแนะข้อ 4 นั้น เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติ (และในระยะเปลี่ยนผ่าน) มากกว่าที่จะเป็นข้อเสนอในระยะยาว โดยนัยของข้อเสนอแนะข้อนี้ ก็คือการกำหนดลำดับชั้นของสิทธิประโยชน์ให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งไม่มีโครงการใดเลยที่มีชุดสิทธิประโยชน์ที่เหนือกว่าโครงการอื่นในทุกด้าน ทำให้การแก้ปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนทำได้ยากขึ้น *การปรับชุดสิทธิประโยชน์ให้มีลำดับชั้นที่ชัดเจนนั้น โดยตัวของมันเองแล้วเป็นการลดความเสมอภาคมากกว่าเพิ่มความเสมอภาค* แต่ก็อาจจะเป็นมาตรการที่มีความจำเป็นในกรณีที่ไม่สามารถรวมการบริหารจัดการ

วิธีนี้โดยการจ่ายยาไม่เกินมูลค่าที่จะได้รับจากการตามจ่าย (เช่น ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง) และในบางกรณีผลักภาระต่อไปให้ผู้ป่วยซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลไกลขึ้นและ/หรือบ่อยขึ้น

[158] โปรดสังเกตว่า ข้อเสนอแนะข้อ 3 เป็นข้อเสนอแนะที่*สวนทาง*กับแนวคิดที่เคยมีการเสนอใน war room และแนวคิดของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานบางคณะ ซึ่งพยายามหาวิธีหาเงินเข้าโรงพยาบาลเพิ่มด้วยวิธีต่างๆ เพื่อลดแรงกดดันด้านงบประมาณลง แต่ข้อเสนอแนะข้างต้นอยู่ภายใต้สมมุติฐานว่า รัฐบาล/สังคมไทยยังอยู่ในวิสัยที่จะจัดสรรเงินให้โครงการในระดับที่ทำให้โครงการนี้เดินหน้าไปได้ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลที่บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจะไม่จำเป็นต้อง (และไม่ควร) หารายได้เพื่อมาอุดหนุนไขว้ดังเช่นวิธีที่โรงพยาบาลหลายแห่งใช้กับโครงการสวัสดิการข้าราชการในอดีต

ของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งในกรณีดังกล่าว คณะผู้วิจัยเชื่อว่าการปรับชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคมจะสามารถทำได้ไม่ยากนัก คือ

- โครงการสวัสดิการข้าราชการ
    - * สามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่ควรให้ความคุ้มครองอยู่แล้ว) ในทันที
    - * สิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลัก โดยหลักการแล้วสามารถเปลี่ยนได้ทันที โดยในขณะนี้ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องของ สวรส. ก็ได้จัดทำข้อเสนอบัญชียาสำหรับข้าราชการและกติกาการเบิกจ่ายของบัญชียาชุดนี้ขึ้นมาแล้ว แต่ก็อาจต้องมีองค์กรที่ทำหน้าที่ติดตามดูแลและพิจารณากติกาการเบิกจ่ายของบัญชียาชุดนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยาราคาแพงโดยไม่จำเป็น (ซึ่งเคยเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้มีการตัดยานอกบัญชียาหลักออกจากสิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการข้าราชการในปี 2541)
    - * สิทธิด้านทันตกรรม ควรปรับให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยให้สิทธิในการเบิกค่าทำฟันที่ไปทำที่ทันตสถานของเอกชนอย่างน้อยปีละสองครั้งในอัตราที่ไม่ต่ำกว่าของโครงการประกันสังคม[159] และขยายสิทธิ์อื่นๆ ที่ทำในโรงพยาบาลของรัฐให้ทัดเทียมกับสิทธิ์ตามโครงการ 30 บาท
    - * สิทธิประโยชน์ด้านการคลอดบุตร ควรปรับให้มีทางเลือกที่ข้าราชการสามารถขอรับสิทธิประโยชน์แบบเหมาจ่ายในอัตราที่ทัดเทียมกับในโครงการประกันสังคม
    - * สำหรับวิธีการจ่ายเงินในกรณีผู้ป่วยนอกนั้น ปัจจุบันกรมบัญชีกลาง และ สกส. กำลังพิจารณาแก้ไข (โดยเริ่มโครงการทดลองกับโรคเรื้อรังบางโรค) อย่างไรก็ตาม การแก้ไขควรทำควบคู่ไปกับการปรับกลไกการจ่ายเงินด้วย เพราะไม่เช่นนั้นก็อาจจะมีปัญหาการเบิกจ่ายมากกว่าที่ควรจะเป็นของโรงพยาบาลเหมือนดังเช่นที่เคยเกิดกับการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในในช่วงที่ผ่านมา

[159] และในกรณีที่โครงการประกันสังคมปรับสิทธิประโยชน์ด้านนี้ให้สูงขึ้นเพื่อให้ทัดเทียมโครงการ 30 บาท โครงการสวัสดิการข้าราชการก็ควรจะปรับสิทธิ์ส่วนนี้ตามขึ้นมาด้วย

* ในด้านสิทธิในการเลือกโรงพยาบาลเอกชนนั้น หลังจากที่โครงการสวัสดิการข้าราชการมีการปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินจากระบบเดิมแล้ว ก็ไม่น่าจะต้องกังวลกับการให้สิทธิข้าราชการเลือกสถานพยาบาลของเอกชน (แต่การปรับตัวด้านนี้อาจต้องใช้เวลานานกว่าส่วนอื่น คือน่าจะใช้เวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี)

- โครงการประกันสังคม

  * ปรับเพิ่มสิทธิด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยอาจจะใช้กลไกหรือสถานพยาบาลที่ต่างจากสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกในปัจจุบัน (โดยอาจทำสัญญากับกระทรวงสาธารณสุขให้ดูแลผู้ประกันตนในด้านนี้ด้วย)
  * ปรับเพิ่มสิทธิด้านทันตกรรมให้ครอบคลุมสิทธิที่กำหนดไว้ในโครงการ 30 บาท
  * ในปัจจุบัน กองทุนประกันสังคมมีฐานะทางการเงินที่ยังค่อนข้างดี และในปี 2547 ยังได้มีการปรับสัดส่วนของเงินสมทบที่ฝ่ายต่างๆ จะต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคมเพิ่มขึ้นด้วย อีกทั้งในปัจจุบัน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมก็มีกำไร ดังนั้น ข้อเสนอในการปรับสิทธิประโยชน์ในสองด้านข้างต้นน่าจะอยู่ในวิสัยที่ทำได้โดยไม่ยากนัก
  * ในกรณีที่รัฐบาลให้โครงการประกันสังคมขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ประกันตน *ก็ไม่ควรเลือกวิธีจำกัดสิทธิประโยชน์ของคู่สมรสให้ต่ำกว่าของผู้ประกันตน* (ดังเช่นที่บางฝ่ายในสำนักงานประกันสังคมพยายามต่อรองเนื่องจากกลัวว่าจะมีเงินไม่พอ) *เนื่องจากจะทำให้ปัญหาสิทธิ์ซ้ำซ้อนมีความรุนแรงขึ้น* ในกรณีที่รัฐบาลเลือกขยายความคุ้มครองและมีปัญหาเรื่องเงินไม่พอ รัฐอาจจะเพิ่มเงินสมทบให้กองทุนประกันสังคม โดยอาจดึงเงินบางส่วนจากงบที่จัดให้กับโครงการ 30 บาท (ซึ่งจะมีประชากรในความรับผิดชอบน้อยลง) มาชดเชยให้กองทุนประกันสังคมได้

ข. กรณีรวมกองทุน (หรือรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพของทั้งสามกองทุนเข้าด้วยกัน)

รายงานนี้ไม่ได้แตะประเด็นเรื่องข้อดีและข้อเสียของการรวมกองทุนต่างๆ (ดูวิโรจน์ และอัญชนา 2545ก. ซึ่งสรุปประเด็นเหล่านี้เอาไว้แล้ว) อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีการรวมกองทุนนั้น จะมีทางเลือกหลักๆ ในการกำหนดหรือปรับชุดสิทธิประโยชน์เสียใหม่ในฉากทัศน์ที่ต่างๆ กันดังต่อไปนี้คือ[160]

*1. **การรวมกองทุน (หรือการบริหารจัดการของกองทุน) โดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ชุดเดียวกันสำหรับทุกคน*** ซึ่งมีทางเลือกสองทางคือ

* *ปรับสิทธิประโยชน์ขึ้นมาเท่ากับโครงการที่มีสิทธิประโยชน์สูงที่สุด* วิธีนี้อาจทำให้ค่าใช้จ่ายรวมของประเทศเพิ่มขึ้นมาก ในกรณีที่การรวมกองทุนเกิดขึ้นเร็ว (เว้นแต่การปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของสวัสดิการข้าราชการจะสามารถลดค่าใช้จ่ายของโครงการลงได้อย่างมีนัยสำคัญ)
* กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่อาจจะต่ำกว่าโครงการที่เคยมีสิทธิประโยชน์สูงที่สุดและมีกระบวนการจ่ายเงินชดเชยให้กลุ่มที่ได้รับผลกระทบด้านลบ (เช่นมีการปรับบัญชีเงินเดือนของข้าราชการใหม่) วิธีนี้อาจมีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่า แต่อาจสร้างกระแสความไม่พอใจให้กับข้าราชการจำนวนหนึ่ง เพราะ*ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการคำนวณเงินชดเชยที่ดีเพียงใด ก็จะไม่ทำให้ข้าราชการทุกคนได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น* และการปรับในลักษณะนี้อาจบั่นทอนแรงจูงใจสำหรับข้าราชการบางกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญในระบบราชการ (เช่น แพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ) ด้วย

*2. **การรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพของกองทุนในลักษณะที่ยังคงความแตกต่างของสิทธิ์เอาไว้เช่นเดิม*** วิธีนี้เป็นวิธีที่รัฐจะมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่ก็มีโอกาสที่จะถูกวิพากษ์วิจารณ์หรือคัดค้านจากกลุ่มองค์กรเอกชนและผู้บริโภคที่ต่างก็เรียกร้องความเสมอภาคในการเข้าถึงและรับบริการมากที่สุด

---

[160] ในกรณีที่สามารถรวมสามกองทุนเข้าด้วยกันในอนาคตนั้น ข้อเสนอแนะที่กล่าวมาทั้งหมดในหัวข้อ ก. จะยังคงสามารถนำมาใช้ในช่วงเปลี่ยนผ่าน (ซึ่งน่าจะเป็นช่วงที่นานไม่น้อยกว่า 5-10 ปี)

ถ้าพิจารณาจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดเอาไว้ว่าการรวมกองทุนจะต้องเกิดจากความยินยอมของทุกฝ่ายนั้น โอกาสที่เกิดการรวมในแบบที่สองคงเกิดขึ้นได้ยาก เพราะคงจะไม่มีฝ่ายใดผู้ที่ผลักดันให้เกิดการรวมกันโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิทธิประโยชน์ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเลย ส่วนในกรณีแรกนั้น โอกาสที่จะรวมโดยการลดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการลงก็คงเกิดขึ้นได้ยากเช่นกัน เพราะถ้าการรวมทำให้ข้าราชการจำนวนมากรู้สึกว่าสิทธิของตนลดลงแล้ว ก็คงจะก่อกระแสคัดค้านจนไม่สามารถมีการรวมกองทุนเกิดขึ้นได้

เมื่อพิจารณาถึงโอกาสเป็นไปได้ของฉากทัศน์ต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ก็คงพอจะอนุมานได้ว่าถึงแม้ว่าการรวมกองทุนมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ก็คงจะต้องใช้เวลาอีกนานหลายปี ดังนั้น ในอนาคตอันใกล้นั้น ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่คณะผู้วิจัยเสนอไว้ในหัวข้อ ก. น่าจะสามารถนำมาดำเนินการในช่วงสามถึงห้าปีข้างหน้าเป็นอย่างน้อย แต่ในกรณีที่เกิดการรวมการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ เกิดขึ้นเร็วกว่าที่คาดนั้น ก็คงจะต้องมีการปรับชุดสิทธิประโยชน์ให้มีความเสมอภาค (หรือเสมอภาคกันมากขึ้น) ระหว่างผู้มีสิทธิ์ทุกกลุ่มตามไปด้วย

บรรณานุกรม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ "รายงานผลการพิจารณาเงินสนับสนุนงบประมาณเพื่อความมั่นคงจากการคาดการณ์กับการสนับสนุนจริงปีงบประมาณ 2545" (เอกสารอัดสำเนา).

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารเรื่องการจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคงจากการคาดการณ์กับการสนับสนุนจริงปีงบประมาณ 2546". (เอกสารอัดสำเนา).

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544. *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project). *รายงานผลการดำเนินการระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2540-2543.* กรุงเทพ: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

นิธิ เอียวศรีวงศ์ 2545. "ไม่ทำก็อดทำ" *กรุงเทพธุรกิจ* 8 เมษายน 2545.

นิภา ศรีอนันต์. 2545. "ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ" *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

ภูษิต ประคองสาย และคณะ. 2545. "อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2546" *วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:5* 599-613.

วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง. 2547. *"การประมาณการงบลงทุนทดแทนสำหรับโครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2548"* รายงานความก้าวหน้าครั้งที่หนึ่ง โครงการศึกษาการจัดสรรงบลงทุนสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. เมษายน.

_____. 2545ก. "รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง 2545-45" (รายงานหลัก) *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

_____. 2545ข. "การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ของกระทรวงสาธารณสุข" (รายงานเล่มที่ 3) *รายงานฉบับสมบูรณ์*

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

_____. 2545ค. *"จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท"* บทความประกอบการประชุมห้องย่อยวิชาการ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" หัวข้อ "30 บาทรักษาทุกโรค ช่วยคนจนหรือถ้วนหน้า อนาคตที่ต้องเลือก" ในการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง "ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ" ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร 5-7 สิงหาคม 2545.

_____. 2545ง. *"ถ้วนหน้า" หรือ "ช่วยคนจน"? เส้นทางสู่อนาคตของโครงการ 30 บาท.* กรุงเทพ: โรงพิมพ์แสงสว่างเวิลด์เพรสจำกัด.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศรชัย เตรียมวรกุล. 2547. *"หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" (ฉบับปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2547).* กรุงเทพฯ: *สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

_____. 2546. *"หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า."* รายงานความก้าวหน้า โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2545. "ตอบข้อสังเกตจุดอ่อนของที่มาของ 1,202 บาทต่อคนต่อปี ของ นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย และคณะ" *วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:5* 759-766.

_____. 2544. "งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน" *วารสารวิชาการสาธารณสุข 10:3* 381-390.

ศรชัย เตรียมวรกุล. 2546. "การประเมินกิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545" *รายงานเสริมทางเทคนิค โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

_____. 2545. "การประมาณสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545" *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

_____. 2545ข. "การวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ ช่วงเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545"

รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

_____. 2545ค. "การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในส่วนของการประกันสุขภาพ" *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย*

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย. 2545. "การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี)" *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย และคณะ. 2545. 'งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มาของ 1,202 บาทต่อคนต่อปี" *วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:1* 121-126.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย และคณะ. 2543. "ความเป็นไปได้และทางเลือกและของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย" ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

_____. 2543ข. "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้" สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2545. "หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง" (เอกสารอัดสำเนา).

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2547. *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4)* นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

_____. 2541. "ปฏิรูปงบรักษาฯ ผู้มีรายได้น้อย: คนจนได้ประโยชน์อะไร" มติชน. 2541

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ Sara Bennett. 2536. *หนึ่งปีของการประกันสังคม ผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข. (ฉบับพิมพ์ครั้งที่สอง)* . คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา" 2544. "บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... (เรื่องเสร็จที่ 365/2544)" (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงบประมาณ. 2547. "เอกสารประกอบการชี้แจงงบประมาณปี 2547" (อ้างใน สปสช. 2547)

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2546. "การจัดสรรเงินทุนหมุนเวียนและเงินอุดหนุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545" (เอกสารอัดสำเนา ได้รับจากสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อเดือน พ.ค. 2546).

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). 2547. *รายงานประจำปี 2546 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

_____. 2547ข "รายละเอียดการจัดสรรเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2546" (เอกสารอัดสำเนา ได้รับจาก สปสช. ในเดือน เม.ย. 2547)

_____. 2546. "งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณปี 45-46" (มกราคม).

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด. 2543. "ประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ.2541-2543)." รายงานวิจัยเสนอมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มีนาคม.

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2541.*

_____. *รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2540.*

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547. *รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546*

_____. 2545. *รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544*

_____. *รายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การสำรวจข้อมูลทางสังคม พ.ศ. 2542* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. 2540. *รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 (Health and Welfare Survey 1996).* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. แบบสำรวจรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (ปี 2542-2544)

อัญชนา ณ ระนอง. 2546. *การศึกษาปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนและสิทธิประโยชน์ที่ต่างกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ.* รายงานการวิจัย คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. *การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.). (ฉบับแก้ไขปรับปรุง).* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.

_____. 2545ข. "การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)." *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์* ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 หน้า 7-33.

_____.2544. *การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.)*. รายงานวิจัยเสนอมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มิถุนายน.

อัญชนา ณ ระนอง วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์. 2545. "สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า" *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

อัญชนา ณ ระนอง และ ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545. "การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม" *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

Deolalikar, Anil B. 2002. "Poverty Profile, Determinants of Poverty, and Government Social Assistance to the Poor in Thailand: Result form the Socioeconomic Survey 2000" (mimeograph).

Stiglitz, Joseph E. 1994. *White(r) Socialism?* Wicksell Lectures. Cambridge and London: MIT Press.

_____. 1989. "On the Economic Role of the State," in A. Heertje (ed.) *The Economic Role of the State.* Oxford: Basil Blackwell.

World Bank. 2001. *Thailand: Social Monitor.* Bangkok: The World Bank Regional Office.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรปี 2543-2546 จากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546	2543	2544	2545	2546
รวมทั้งประเทศ	**323,846**	**323,108**	**326,583**	**61,879**	**62,309**	**62,800**	**523**	**519**	**520**	**114,409**	**114,255**	**120,937**	**112,487**	**45,681**	**46,138**	**46,599**	**48,104**	**250**	**248**	**260**	**234**
รพ.ใหญ่ (ไม่รวม กทม.)	*76,745*	*71,685*	*69,038*	*13,942*	*12,898*	*12,998*	*550*	*556*	*531*	*81,777*	*82,469*	*84,230*	*83,273*	*11,704*	*11,821*	*11,939*	*12,409*	*699*	*698*	*705*	*671*
รพ.กลางและเล็ก (ไม่รวม กทม.)	*224,421*	*228,621*	*235,114*	*42,255*	*43,684*	*44,019*	*531*	*523*	*534*	*32,632*	*31,786*	*36,707*	*29,214*	*33,976*	*34,316*	*34,659*	*35,695*	*96*	*93*	*106*	*82*
กรุงเทพมหานคร	22,679	22,802	22,431	5,680	5,726	5,782	399	398	388	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
แม่ฮ่องสอน	1,001	977	1,079	234	237	240	427	412	450	431	399	432	366	188	190	192	221	229	210	225	166
รวม รพ.ใหญ่	193	207	196	46	47	48	422	445	407	202	224	192	108	36	36	37	39	564	619	526	275
รวม รพ.กลางและเล็ก	808	770	883	189	191	192	429	404	460	229	175	240	258	153	154	156	182	150	114	154	142
เชียงราย	8,303	10,212	9,908	1,260	1,263	1,274	659	808	778	3,720	3,849	3,627	3,299	977	986	996	1,057	381	390	364	312
รวม รพ.ใหญ่	1,477	1,786	1,752	222	225	233	664	795	751	2,461	2,500	2,291	2,182	147	148	150	157	1,680	1,689	1,533	1,387
รวม รพ.กลางและเล็ก	6,826	8,426	8,156	1,038	1,039	1,041	658	811	783	1,259	1,349	1,336	1,117	830	838	847	899	152	161	158	124
เชียงใหม่	14,403	13,585	13,297	1,590	1,601	1,596	906	849	833	2,953	2,655	2,727	2,185	1,160	1,172	1,183	1,327	255	227	230	165
รวม รพ.ใหญ่	2,312	2,122	2,102	335	330	318	690	644	661	1,445	1,256	1,209	791	106	107	108	135	1,360	1,170	1,115	586

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	12,091	11,463	11,195	1,255	1,271	1,278	963	902	876	1,508	1,399	1,518	1,394	1,054	1,064	1,075	1,192	143	131	141	117
ลำปาง	4,854	6,203	6,401	803	801	801	604	774	799	2,586	2,424	2,777	2,277	680	687	693	692	380	353	401	329
รวม รพ.ใหญ่	1,411	1,571	1,238	247	166	166	571	946	748	1,925	1,848	1,872	1,785	205	207	209	213	938	891	894	838
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,443	4,632	5,163	556	635	635	619	729	813	661	576	905	492	474	479	484	479	139	120	187	103
ลำพูน	3,172	3,611	3,689	406	406	407	781	889	906	707	692	869	679	373	377	380	383	190	184	228	177
รวม รพ.ใหญ่	1,212	1,193	1,080	138	111	111	875	1,077	973	465	455	534	543	142	144	145	148	327	316	368	367
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,960	2,418	2,609	268	295	296	732	819	881	242	237	335	136	231	233	235	235	105	102	142	58
พะเยา	4,107	4,761	4,530	512	509	509	803	935	891	1,342	1,400	1,210	1,160	443	448	452	470	303	313	268	247
รวม รพ.ใหญ่	1,583	2,006	1,841	208	201	201	762	997	918	1,060	1,102	980	989	248	250	253	247	428	441	388	400
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,524	2,755	2,689	304	308	308	830	895	873	282	298	230	171	196	198	200	222	144	151	115	77
น่าน	2,696	2,927	2,898	486	487	488	555	601	594	1,549	1,334	1,291	1,353	359	363	366	419	431	368	352	323
รวม รพ.ใหญ่	426	554	522	82	82	83	517	673	633	939	872	889	918	100	101	102	104	942	866	874	887
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,270	2,373	2,376	404	405	405	562	586	586	610	462	402	435	259	262	265	316	235	176	152	138
แพร่	3,532	4,045	4,524	490	487	485	721	831	933	1,172	1,141	1,228	1,125	453	458	462	457	259	249	266	246
รวม รพ.ใหญ่	921	1,019	1,124	128	109	109	720	936	1,036	838	830	950	845	136	137	139	137	617	605	685	619

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,611	3,026	3,400	362	378	377	722	801	903	334	311	278	280	317	320	324	320	105	97	86	87
อุตรดิตถ์	2,715	2,862	3,449	484	484	485	561	591	711	1,422	1,470	1,601	1,399	384	388	392	412	370	379	409	339
รวม รพ.ใหญ่	909	868	1,016	161	148	148	566	587	685	1,256	1,279	1,409	1,287	175	177	179	182	718	724	789	708
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,806	1,994	2,433	323	336	337	559	593	723	166	191	192	112	209	211	213	231	79	90	90	49
สุโขทัย	3,914	3,700	3,974	625	624	625	626	593	636	1,176	1,119	1,224	1,252	630	636	643	609	187	176	190	206
รวม รพ.ใหญ่	1,225	1,056	1,091	188	173	174	653	610	628	386	403	394	932	121	122	123	191	320	331	320	489
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,689	2,644	2,883	438	451	451	614	586	639	790	716	830	320	509	514	520	418	155	139	160	77
ตาก	2,453	2,454	2,547	490	499	507	501	492	502	1,319	1,717	1,833	1,477	458	463	468	487	288	371	392	303
รวม รพ.ใหญ่	1,297	1,238	1,233	205	195	196	633	635	628	1,097	1,418	1,584	1,290	225	227	229	233	489	625	692	553
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,156	1,216	1,314	285	304	311	405	400	423	222	299	249	187	234	236	239	254	95	127	104	74
กำแพงเพชร	3,662	3,732	3,991	766	766	768	478	487	520	1,390	1,447	1,474	1,202	690	697	704	697	201	208	209	173
รวม รพ.ใหญ่	1,049	1,197	1,118	230	212	212	457	566	528	980	1,084	1,066	848	216	218	220	222	455	498	485	382
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,613	2,535	2,873	536	555	557	487	457	516	410	363	408	354	474	479	484	475	86	76	84	75
พิษณุโลก	4,697	4,783	4,834	866	870	868	542	550	557	2,378	2,348	2,405	2,578	710	717	724	720	335	328	332	358
รวม รพ.ใหญ่	1,461	1,591	1,489	270	270	268	541	589	556	2,078	2,016	2,012	2,215	206	208	210	216	1,009	969	958	1,024

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,236	3,192	3,345	596	599	600	543	533	558	300	332	393	363	504	509	514	504	60	65	77	72
พิจิตร	3,365	3,337	3,550	594	591	592	567	564	600	1,578	1,471	1,465	1,456	440	444	449	474	359	331	326	307
รวม รพ.ใหญ่	834	738	674	119	107	107	702	691	629	1,132	1,154	1,137	1,071	115	116	118	120	983	992	968	894
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,531	2,599	2,876	475	485	485	533	536	593	446	317	328	385	325	328	331	354	137	97	99	109
เพชรบูรณ์	5,555	5,485	5,847	1,037	1,036	1,041	536	529	562	1,598	1,482	1,645	1,777	823	831	840	853	194	178	196	208
รวม รพ.ใหญ่	1,180	1,042	1,169	225	212	213	524	491	549	869	680	1,008	723	169	171	173	190	514	398	584	380
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,375	4,443	4,678	811	824	828	539	539	565	729	802	637	1,054	654	661	667	663	111	121	95	159
นครสวรรค์	6,143	5,941	6,407	1,125	1,129	1,131	546	526	567	2,862	3,148	3,127	2,958	914	923	932	975	313	341	335	303
รวม รพ.ใหญ่	1,248	1,035	1,174	239	237	239	521	436	492	2,065	2,395	2,275	2,243	157	159	161	198	1,312	1,507	1,417	1,131
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,895	4,906	5,233	886	892	892	553	550	586	797	753	852	715	757	764	772	777	105	99	110	92
อุทัยธานี	1,781	1,874	1,852	333	334	336	535	561	551	944	961	832	879	286	289	292	280	330	332	285	314
รวม รพ.ใหญ่	400	414	363	55	55	55	731	758	665	738	713	616	705	51	52	52	52	1,441	1,378	1,179	1,366
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,381	1,460	1,489	278	279	282	496	523	529	206	248	216	174	235	237	240	228	88	104	90	76
เลย	3,049	3,144	3,071	631	632	636	483	497	483	1,243	1,433	1,062	1,039	523	528	534	503	238	271	199	207
รวม รพ.ใหญ่	686	629	659	116	109	110	592	575	600	955	1,163	750	766	92	92	93	88	1,044	1,259	804	873

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,363	2,515	2,412	516	523	526	458	481	459	288	270	312	273	432	436	440	415	67	62	71	66
หนองคาย	4,458	4,234	4,179	904	905	910	493	468	459	760	717	860	834	768	776	784	784	99	92	110	106
รวม รพ.ใหญ่	803	713	709	141	130	131	569	549	541	487	431	495	501	131	133	134	123	371	325	370	409
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,655	3,521	3,470	763	775	779	479	454	446	273	286	365	333	637	643	650	661	43	44	56	50
อุดรธานี	8,083	7,691	7,894	1,520	1,527	1,536	532	504	514	1,770	1,862	1,713	2,075	1,197	1,209	1,221	1,236	148	154	140	168
รวม รพ.ใหญ่	2,132	1,803	1,741	393	322	323	543	561	539	1,318	1,412	1,275	1,761	228	230	232	250	579	614	549	705
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,951	5,888	6,153	1,127	1,205	1,212	528	489	508	452	450	438	314	970	979	989	986	47	46	44	32
สกลนคร	5,415	5,677	5,079	1,098	1,102	1,108	493	515	458	1,281	1,394	1,414	1,216	964	974	984	959	133	143	144	127
รวม รพ.ใหญ่	997	949	900	182	169	171	548	560	527	860	832	938	806	172	174	175	183	500	479	535	441
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,418	4,728	4,179	916	932	937	483	507	446	421	562	476	410	792	809	808	776	53	70	59	53
หนองบัวลำภู	2,330	2,517	2,414	494	497	499	471	507	484	300	364	416	444	439	444	448	443	68	82	93	100
รวม รพ.ใหญ่	637	660	615	129	117	118	494	564	523	200	202	166	266	115	116	117	113	174	174	141	236
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,693	1,857	1,799	365	380	381	464	489	472	100	162	250	178	324	327	331	330	31	49	76	54
ขอนแก่น	9,019	9,196	9,220	1,748	1,757	1,768	516	523	522	2,876	2,537	2,895	3,058	1,272	1,285	1,298	1,374	226	197	223	223
รวม รพ ใหญ่	1,978	1,900	1,864	366	360	364	541	528	513	1,887	1,723	2,102	2,123	179	181	183	200	1,054	953	1,151	1,061

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	7,041	7,296	7,356	1,383	1,397	1,404	509	522	524	989	814	793	935	1,094	1,104	1,115	1,174	90	74	71	80
กาฬสินธุ์	5,324	5,177	4,853	984	986	990	541	525	490	1,230	1,169	1,038	1,097	854	862	871	840	144	136	119	131
รวม รพ.ใหญ่	770	802	727	147	136	137	524	592	533	940	908	704	853	136	137	139	133	691	661	507	642
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,554	4,375	4,126	837	850	854	544	515	483	290	261	334	244	718	725	732	707	40	36	46	35
นครพนม	3,622	3,868	3,581	717	719	722	505	538	496	610	629	729	702	479	484	489	581	127	130	149	121
รวม รพ.ใหญ่	786	783	808	164	164	165	479	477	491	425	480	545	460	115	116	118	119	369	413	464	388
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,836	3,085	2,773	553	555	557	513	556	498	185	149	184	242	364	368	371	463	51	41	50	52
มุกดาหาร	1,606	1,643	1,604	334	336	338	480	489	474	438	350	382	353	282	285	288	283	155	123	133	125
รวม รพ.ใหญ่	663	664	672	128	129	130	518	516	518	404	283	315	315	102	103	104	102	398	276	304	308
รวม รพ.กลางและเล็ก	943	979	932	206	207	209	457	473	447	34	67	67	38	180	182	184	180	19	37	36	21
ยโสธร	2,801	3,155	2,989	554	553	554	506	571	540	741	728	691	764	474	479	484	476	156	152	143	160
รวม รพ.ใหญ่	767	873	732	133	133	133	579	658	552	596	592	596	642	109	110	112	108	545	536	535	597
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,034	2,282	2,257	421	420	421	483	543	536	145	136	95	122	365	369	372	369	40	37	26	33
อำนาจเจริญ	1,857	1,930	1,886	367	368	370	506	524	509	361	315	474	333	321	325	328	321	112	97	145	104
รวม รพ.ใหญ่	654	659	624	130	126	127	502	522	493	272	248	209	255	124	125	126	113	220	199	166	225

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,203	1,271	1,262	237	242	244	508	525	518	89	67	265	78	198	200	202	207	45	34	131	38
อุบลราชธานี	8,166	8,057	7,846	1,767	1,780	1,793	462	453	438	3,416	3,174	3,211	3,450	1,417	1,431	1,445	1,479	241	222	222	233
รวม รพ.ใหญ่	1,048	794	593	223	220	221	470	362	268	2,848	2,727	2,834	2,926	162	164	165	159	1,759	1,667	1,715	1,844
รวม รพ.กลางและเล็ก	7,118	7,263	7,253	1,544	1,560	1,572	461	465	462	568	447	377	524	1,255	1,267	1,280	1,320	45	35	29	40
ร้อยเอ็ด	7,262	7,548	7,247	1,318	1,320	1,323	551	572	548	1,703	1,278	1,361	1,396	1,124	1,135	1,146	1,173	152	113	119	119
รวม รพ.ใหญ่	859	845	857	153	153	154	563	551	556	1,208	1,004	1,149	1,189	176	178	180	190	685	564	639	627
รวม รพ.กลางและเล็ก	6,403	6,703	6,390	1,165	1,166	1,169	550	575	547	495	274	212	207	947	957	967	983	52	29	22	21
ศรีสระเกษ	7,252	7,032	6,781	1,444	1,451	1,459	502	484	465	1,886	1,830	1,876	2,020	1,175	1,187	1,199	1,301	160	154	156	155
รวม รพ.ใหญ่	828	772	701	137	138	139	603	560	505	1,230	1,247	1,244	1,322	152	153	155	149	810	813	803	885
รวม รพ.กลางและเล็ก	6,424	6,260	6,080	1,306	1,314	1,320	492	477	461	656	583	632	698	1,023	1,034	1,044	1,152	64	56	61	61
สุรินทร์	7,067	6,729	6,208	1,383	1,392	1,399	511	483	444	1,669	1,737	4,957	1,459	1,001	1,011	1,021	1,164	167	172	485	125
รวม รพ.ใหญ่	1,455	1,253	597	258	257	259	564	487	231	1,284	1,281	1,032	1,074	193	195	197	211	665	657	524	509
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,612	5,476	5,611	1,125	1,135	1,141	499	482	492	385	456	3,925	385	808	816	824	953	48	56	476	40
มหาสารคาม	5,102	4,901	4,978	938	940	943	544	521	528	934	957	1,223	859	646	652	659	797	145	147	186	108
รวม รพ.ใหญ่	772	780	775	149	143	141	519	546	548	756	706	842	627	161	162	164	162	470	435	513	387

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,330	4,121	4,203	789	797	802	549	517	524	178	251	381	232	485	490	495	635	37	51	77	37
บุรีรัมย์	6,904	6,327	6,479	1,528	1,534	1,546	452	412	419	2,513	2,266	2,422	2,334	1,187	1,199	1,211	1,302	212	189	200	179
รวม รพ.ใหญ่	970	762	655	206	207	210	472	368	312	1,532	1,341	1,396	1,368	172	174	175	199	891	772	796	688
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,934	5,565	5,824	1,323	1,327	1,336	449	419	436	981	925	1,026	966	1,015	1,026	1,036	1,103	97	90	99	88
นครราชสีมา	13,085	11,697	12,688	2,546	2,566	2,581	514	456	492	6,725	6,607	7,458	5,555	1,842	1,861	1,879	1,987	365	355	397	280
รวม รพ.ใหญ่	2,043	1,801	2,029	430	415	417	475	434	486	4,135	4,152	4,096	3,116	144	145	147	153	2,872	2,855	2,789	2,038
รวม รพ.กลางและเล็ก	11,042	9,896	10,659	2,117	2,151	2,164	522	460	493	2,590	2,455	3,362	2,440	1,698	1,715	1,733	1,834	153	143	194	133
ชัยภูมิ	5,937	5,152	4,896	1,129	1,131	1,137	526	456	431	1,280	1,152	1,217	1,223	980	990	1,000	970	131	116	122	126
รวม รพ.ใหญ่	1,241	653	291	189	179	184	657	365	158	700	692	780	746	154	155	157	154	455	445	497	484
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,695	4,499	4,605	940	952	952	499	473	484	580	460	437	477	826	834	843	816	70	55	52	59
ลพบุรี	4,490	4,604	4,565	762	765	768	590	602	594	2,221	2,287	2,296	2,336	609	615	622	615	365	372	369	380
รวม รพ.ใหญ่	2,182	2,102	1,912	342	317	316	638	664	605	1,445	1,447	1,492	1,438	266	269	271	276	543	538	550	521
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,385	2,502	2,653	419	448	452	569	558	587	776	840	804	898	343	347	350	339	226	242	230	265
สระบุรี	2,869	2,642	2,907	608	614	622	472	430	467	2,866	2,759	2,570	2,595	499	504	509	514	574	547	505	505
รวม รพ.ใหญ่	796	639	726	191	192	195	416	332	372	2,268	2,180	2,003	2,260	203	205	207	215	1,116	1,062	966	1,052

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,073	2,003	2,181	416	422	427	498	475	511	598	579	567	335	296	299	302	299	202	194	188	112
อยุธยา	3,943	4,829	5,137	734	742	748	537	651	687	1,832	1,886	2,210	2,293	661	668	675	675	277	282	328	340
รวม รพ.ใหญ่	1,078	1,071	1,011	192	171	173	561	627	586	1,390	1,458	1,701	1,776	177	178	180	186	788	818	945	955
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,865	3,758	4,126	542	571	576	529	658	717	442	428	509	517	485	490	495	489	91	87	103	106
อ่างทอง	1,841	1,759	1,686	289	289	290	636	608	581	713	842	788	904	252	254	257	256	284	332	307	353
รวม รพ.ใหญ่	359	394	417	54	54	55	669	729	764	498	603	587	716	43	44	44	44	1,148	1,376	1,326	1,621
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,482	1,365	1,269	236	235	236	629	580	538	215	239	201	188	208	210	212	212	103	114	95	89
สิงห์บุรี	1,542	1,710	1,464	224	223	223	689	766	655	882	962	994	889	192	194	196	201	460	496	508	442
รวม รพ.ใหญ่	927	960	778	117	117	117	793	824	667	821	885	903	800	106	107	108	111	775	827	836	723
รวม รพ.กลางและเล็ก	615	750	686	107	107	107	576	704	643	61	77	91	89	86	87	88	91	71	89	104	98
ชัยนาท	1,971	2,150	2,206	351	351	351	561	613	629	640	744	930	953	310	313	316	314	206	238	294	303
รวม รพ.ใหญ่	478	498	509	75	76	76	634	659	673	500	572	746	819	66	66	67	69	761	862	1,113	1,182
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,493	1,652	1,697	276	275	275	542	600	617	140	172	184	134	244	247	249	245	57	70	74	55
สุพรรณบุรี	5,022	5,636	5,645	858	860	863	585	655	654	1,496	1,594	1,724	1,874	712	719	727	709	210	222	237	265
รวม รพ.ใหญ่	1,727	1,757	1,697	292	266	267	591	660	635	983	1,136	1,259	1,411	252	254	257	251	391	447	491	561

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,295	3,879	3,948	566	594	596	582	653	662	513	458	465	463	461	465	470	457	111	98	99	101
กาญจนบุรี	3,772	3,790	3,868	786	792	802	480	478	482	2,133	1,985	2,113	1,958	673	680	686	689	317	292	308	284
รวม รพ.ใหญ่	1,591	1,331	1,275	281	246	248	566	541	515	1,770	1,680	1,750	1,666	229	232	234	237	772	725	748	702
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,181	2,459	2,593	505	546	554	432	450	468	363	305	363	292	444	448	452	452	82	68	80	65
นครปฐม	4,787	4,714	4,711	781	792	802	613	595	587	1,940	2,069	1,945	2,029	552	557	563	624	352	371	346	325
รวม รพ.ใหญ่	1,520	1,427	1,437	263	243	245	578	588	587	1,366	1,501	1,552	1,589	206	208	210	224	662	720	738	710
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,267	3,287	3,274	518	549	557	630	598	588	574	568	393	440	346	349	352	400	166	163	112	110
นนทบุรี	3,732	3,381	3,554	860	884	905	434	382	393	1,464	1,313	1,546	1,444	523	528	533	555	280	249	290	260
รวม รพ.ใหญ่	1,515	1,332	1,317	313	316	317	484	421	415	1,305	1,201	1,413	1,292	259	261	264	273	505	460	536	473
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,217	2,049	2,237	547	568	588	406	361	380	159	112	133	152	264	267	270	282	60	42	49	54
ปทุมธานี	2,582	2,677	2,610	655	679	709	394	394	368	886	1,069	1,095	1,224	387	390	394	404	229	274	278	303
รวม รพ.ใหญ่	639	580	581	134	133	137	476	437	424	774	893	895	1,050	136	138	139	147	568	649	644	716
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,866	2,097	2,029	520	547	572	359	383	355	112	176	200	174	250	253	255	257	45	70	78	68
นครนายก	1,441	1,456	1,545	247	250	251	584	582	615	679	672	369	375	200	202	204	206	340	333	181	182
รวม รพ.ใหญ่	530	654	631	99	99	100	533	659	634	428	410	238	232	77	78	79	81	555	527	303	288

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	911	802	914	148	151	152	618	532	603	251	262	131	143	123	124	125	125	204	211	105	114
ฉะเชิงเทรา	3,316	3,315	3,580	640	644	650	518	515	551	1,637	1,672	1,976	1,796	552	557	563	552	297	300	351	325
รวม รพ.ใหญ่	714	758	807	143	143	144	499	531	561	1,122	1,211	1,316	1,420	129	130	131	132	871	931	1,002	1,075
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,602	2,557	2,773	497	501	506	524	510	548	515	461	660	376	423	427	431	420	122	108	153	90
ปราจีนบุรี	2,085	2,620	2,534	444	449	453	469	584	560	1,392	1,494	1,333	1,313	331	334	337	362	421	447	395	363
รวม รพ.ใหญ่	617	659	608	112	108	109	553	610	560	956	880	988	1,053	60	61	61	87	1,590	1,449	1,610	1,215
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,468	1,961	1,926	333	341	344	441	576	559	436	614	345	260	270	273	276	275	161	225	125	94
สระแก้ว	2,410	2,475	2,535	531	535	539	454	463	470	964	1,327	1,022	1,081	427	431	435	440	226	308	235	246
รวม รพ.ใหญ่	522	546	477	105	100	100	497	548	475	448	450	527	583	85	86	87	89	526	523	607	655
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,888	1,929	2,058	426	435	439	444	443	469	516	877	495	498	342	345	349	351	151	254	142	142
จันทบุรี	2,698	2,601	2,487	493	500	506	547	520	491	2,084	2,171	2,336	2,338	446	451	455	443	467	482	513	528
รวม รพ.ใหญ่	581	463	372	127	88	90	456	524	415	1,653	1,665	1,786	1,861	108	109	110	109	1,530	1,526	1,621	1,711
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,117	2,138	2,115	366	412	416	578	520	508	431	506	550	477	338	341	345	334	128	148	160	143
ตราด	1,274	1,195	1,140	224	224	225	569	533	506	744	758	664	712	199	201	203	201	374	378	327	355
รวม รพ.ใหญ่	611	572	550	94	89	90	652	643	615	555	564	496	534	90	91	92	85	619	623	542	629

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	663	623	590	130	135	136	509	460	434	189	194	168	178	109	110	111	116	173	176	151	154
ระยอง	2,893	2,537	2,720	524	536	547	553	473	498	1,880	2,064	1,933	1,800	473	478	483	490	397	432	400	367
รวม รพ.ใหญ่	879	744	598	159	143	146	554	522	409	1,163	1,394	1,419	1,452	147	148	150	152	792	940	947	953
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,014	1,793	2,122	365	394	400	552	455	530	717	670	514	348	326	330	333	338	220	203	154	103
ชลบุรี	5,585	5,193	5,591	1,079	1,104	1,130	518	470	495	2,776	2,672	3,022	3,077	928	937	947	972	299	285	319	317
รวม รพ.ใหญ่	1,049	749	653	213	119	121	494	627	538	2,013	1,969	2,106	2,146	250	253	255	256	805	780	826	839
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,536	4,444	4,938	866	985	1,009	524	451	490	763	703	916	931	678	685	692	716	113	103	132	130
สมุทรปราการ	4,529	4,374	4,419	996	1,012	1,028	455	432	430	1,822	1,779	2,088	2,062	684	690	697	711	267	258	299	290
รวม รพ.ใหญ่	1,752	1,059	641	400	146	151	438	724	426	1,493	1,452	1,687	1,549	343	347	350	356	435	419	482	435
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,777	3,315	3,778	596	866	877	466	383	431	329	327	401	513	340	344	347	355	97	95	116	145
สมุทรสาคร	2,279	2,159	2,108	429	436	443	531	496	476	2,060	1,576	1,621	1,471	392	396	400	422	525	398	405	349
รวม รพ.ใหญ่	1,140	1,121	1,027	210	209	213	542	535	483	1,178	1,155	1,050	965	201	203	205	216	587	570	513	447
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,139	1,038	1,081	219	226	230	521	459	470	882	421	571	506	191	193	195	206	461	218	292	246
สมุทรสงคราม	1,334	1,427	1,472	205	204	205	651	698	718	687	671	721	746	211	213	215	223	326	316	336	334
รวม รพ.ใหญ่	698	714	731	107	108	108	650	662	675	581	606	616	661	135	136	137	143	432	446	449	464

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	636	713	741	98	97	97	652	738	766	106	65	105	85	76	77	78	81	139	85	135	105
ราชบุรี	5,178	4,919	4,754	822	825	830	630	596	573	2,504	2,653	2,594	2,876	614	620	626	641	408	428	414	449
รวม รพ.ใหญ่	4,067	3,466	3,110	591	494	495	688	701	629	2,323	2,468	2,404	2,699	420	425	429	438	553	581	561	616
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,111	1,453	1,644	231	331	336	482	439	490	181	185	190	177	193	195	197	202	94	95	96	88
เพชรบุรี	2,720	2,979	3,036	457	459	461	595	649	658	1,221	1,337	1,174	1,266	397	401	405	408	307	333	290	310
รวม รพ.ใหญ่	761	758	752	122	113	114	626	671	662	927	903	865	965	152	154	155	157	608	587	557	613
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,959	2,221	2,284	335	346	348	584	642	657	294	434	309	301	245	247	250	251	120	175	124	120
ประจวบคีรีขันธ์	2,362	2,341	2,410	479	483	489	493	485	493	1,132	1,109	1,082	896	378	382	386	382	299	290	281	234
รวม รพ.ใหญ่	480	436	469	87	79	80	554	552	589	580	554	434	288	71	72	73	73	815	771	598	396
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,882	1,905	1,941	392	404	409	480	472	475	552	555	648	608	307	310	313	309	180	179	207	196
ชุมพร	2,255	2,264	2,205	463	469	474	487	483	465	1,124	1,097	1,122	985	409	413	418	414	275	265	269	238
รวม รพ.ใหญ่	801	710	687	143	130	131	561	547	524	843	788	823	723	123	124	125	118	688	637	658	614
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,454	1,554	1,518	321	339	343	454	459	443	281	309	299	262	287	290	293	296	98	107	102	89
ระนอง	582	617	623	161	162	163	362	382	382	424	404	440	412	138	139	141	150	308	290	313	275
รวม รพ.ใหญ่	363	329	308	76	70	71	480	468	434	385	326	358	369	64	64	65	72	606	508	553	514

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	219	288	315	85	92	92	258	315	341	39	78	82	43	74	75	76	78	52	104	108	55
สุราษฎร์ธานี	4,152	3,739	4,122	894	908	920	465	412	448	2,270	2,162	2,122	2,026	818	826	834	865	278	262	254	234
รวม รพ.ใหญ่	829	786	927	191	195	199	434	402	465	1,585	1,608	1,725	1,677	176	177	179	186	903	907	963	900
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,323	2,953	3,195	702	712	721	473	415	443	685	554	397	349	642	649	655	678	107	85	61	51
พังงา	936	1,121	1,134	235	238	239	398	472	474	450	473	515	511	184	186	188	211	245	255	275	242
รวม รพ.ใหญ่	434	423	449	81	82	82	539	519	546	363	396	435	453	72	73	74	76	501	542	589	593
รวม รพ.กลางและเล็ก	502	698	685	155	156	157	324	447	436	87	77	80	58	111	113	114	135	78	68	71	43
ภูเก็ต	1,035	977	1,169	251	261	270	413	374	432	837	779	907	788	224	226	228	237	375	345	398	332
รวม รพ.ใหญ่	587	516	690	158	160	165	371	322	417	797	736	854	727	148	150	151	158	538	492	565	460
รวม รพ.กลางและเล็ก	448	461	479	92	101	105	486	456	456	40	43	53	61	75	76	77	79	53	57	69	77
กระบี่	1,403	1,533	1,556	366	372	378	384	412	412	571	558	583	625	435	439	444	459	131	127	131	136
รวม รพ.ใหญ่	358	358	352	86	88	90	416	406	393	413	409	466	439	103	104	105	106	400	393	443	413
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,045	1,175	1,204	279	284	288	374	414	418	158	149	117	186	332	335	339	352	48	44	35	53
นครศรีธรรมราช	6,357	6,417	6,942	1,525	1,527	1,534	417	420	453	2,684	2,882	2,682	2,356	1,250	1,263	1,275	1,330	215	228	210	177
รวม รพ.ใหญ่	1,011	999	1,128	269	258	260	375	387	433	1,621	1,735	1,758	1,496	239	242	244	260	677	718	720	575

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,346	5,418	5,814	1,255	1,269	1,274	426	427	457	1,063	1,147	924	860	1,011	1,021	1,031	1,070	105	112	90	80
ตรัง	2,410	2,487	2,867	591	597	603	408	417	475	1,030	1,094	1,010	999	493	498	503	520	209	220	201	192
รวม รพ.ใหญ่	545	584	767	132	146	148	414	400	519	793	827	797	843	137	138	140	146	579	598	570	578
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,865	1,903	2,100	459	451	455	406	422	461	237	267	213	156	356	360	363	374	67	74	59	42
พัทลุง	2,146	1,999	2,067	504	503	505	426	398	410	690	659	886	763	427	432	436	439	162	153	203	174
รวม รพ.ใหญ่	613	503	611	126	124	124	488	407	495	475	471	541	610	119	121	122	136	398	391	444	450
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,533	1,496	1,456	378	379	381	405	394	382	215	188	345	153	308	311	314	303	70	60	110	51
สตูล	1,143	1,104	1,251	264	267	271	434	413	462	289	315	354	353	238	241	243	249	121	131	146	142
รวม รพ.ใหญ่	444	414	486	98	93	94	455	446	517	225	260	264	286	87	88	89	94	259	296	298	305
รวม รพ.กลางและเล็ก	699	690	765	166	174	177	421	396	433	64	55	90	67	151	153	154	155	42	36	58	43
สงขลา	7,007	5,893	6,337	1,233	1,249	1,271	568	472	499	2,232	2,181	2,181	2,111	1,021	1,031	1,042	1,086	219	211	209	194
รวม รพ.ใหญ่	2,552	2,048	2,252	464	466	478	550	440	471	1,818	1,779	1,822	1,688	381	385	389	438	477	462	469	386
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,455	3,845	4,085	769	784	793	580	491	515	414	402	359	423	640	647	653	648	65	62	55	65
ปัตตานี	3,845	3,288	3,099	612	618	628	628	532	494	502	653	845	753	553	558	564	575	91	117	150	131
รวม รพ.ใหญ่	452	500	519	114	116	119	395	430	437	373	464	533	549	101	102	103	109	368	453	516	504

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข											
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คน			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)				จำนวนประชากรรวม (พันคน)				อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก.รวม (คนต่อแสนคน)			
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,393	2,788	2,580	498	502	509	682	555	507	129	189	312	204	451	456	460	466	29	41	68	44
ยะลา	2,062	1,838	1,969	442	451	460	466	407	428	978	1,102	1,074	994	392	396	400	433	250	278	269	230
รวม รพ.ใหญ่	873	886	954	215	218	221	406	407	431	898	1,035	984	893	196	198	200	220	459	524	493	406
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,189	952	1,015	227	234	238	523	408	426	80	67	90	101	196	198	200	213	41	34	45	47
นราธิวาส	4,487	3,382	3,457	679	690	700	661	490	494	811	876	904	869	586	591	597	624	139	148	151	139
รวม รพ.ใหญ่	1,215	837	856	175	179	182	695	468	472	675	745	751	704	178	180	182	191	379	414	413	369
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,272	2,545	2,601	504	511	519	649	498	502	136	131	153	165	408	412	416	433	33	32	37	38

ภาคผนวก ข.

สรุปรายงานของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2544-2547)

การศึกษาของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีแรก (2544-45) ของคณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ประกอบด้วยรายงานหลักและรายงานประกอบรวมทั้งสิ้น 9 ฉบับดังต่อไปนี้

(1) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง 2545ก. "รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง 2544-45" *(รายงานหลัก)*

(2) อัญชนา ณ ระนอง วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์. 2545. "สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า"

(3) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง 2545ข. "การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ของกระทรวงสาธารณสุข"

(4) ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545. "การประมาณสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545" *(รายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับที่ 3)*

(5) ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545ข. "การวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ ช่วงเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545" *(รายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับที่ 3)*

(6) ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย. 2545. "การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี)"

(7) อัญชนา ณ ระนอง และ ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545. "การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม"

(8) ศรชัย เตรียมวรกุล. 2545ค. "การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในส่วนของการประกันสุขภาพ"

(9) นิภา ศรีอนันต์. 2545. "ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ"

(รายงานทั้งเก้าฉบับนี้สามารถ download ได้จาก webpage ของ TDRI และ สวรส.)

นอกจากนี้ ยังมีเอกสารและบทความที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้อีกจำนวนหนึ่ง เช่น

(10) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). 2544. "กรอบการศึกษา โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2544–มิถุนายน 2545)"

(11) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง 2545ค. *"จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท"* บทความประกอบการประชุมห้องย่อยวิชาการ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" หัวข้อ "30 บาทรักษาทุกโรค ช่วยคนจนหรือถ้วนหน้า อนาคตที่ต้องเลือก" ในการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง "ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ" ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร 5-7 สิงหาคม 2545.

(12) ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย. 2545ข. *"ปรัชญาของ 30 บาทรักษาทุกโรคกับปรัชญาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ใกล้กันมากขึ้นหรือยิ่งห่างกันคนละทาง"* บทความประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง "ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ" ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร 5-7 สิงหาคม 2545.

(13) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ก. *" 'สังคมนิยม' กับโครงการ 30 บาท"* กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์มุมมองใหม่ 15 กรกฎาคม.

(14) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ข. *"เรื่องยุ่งๆ ของประกันสังคม กับโครงการ 30 บาท"* กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ ทัศนะวิจารณ์ 30-31 กรกฎาคม.

(15) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ค. "ชีวิตหมอและคนไข้หลัง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ ทัศนะวิจารณ์ 25-26 กันยายน.

(16) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ง. "30 บาทพาชาติล่มจมจริงหรือ?" กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ ทัศนะวิจารณ์ 14 พฤศจิกายน.

(17) อัญชนา ณ ระนอง 2545. *"หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล"* กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์มองมุมใหม่ 26 สิงหาคม.

สำหรับในโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47) นั้น ในระหว่างโครงการได้มีรายงานที่ตีพิมพ์ออกมาดังต่อไปนี้คือ

(1) วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และ ศรชัย เตรียมวรกุล. 2546. "หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า." *รายงานความก้าวหน้า โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

(1.1) วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศรชัย เตรียมวรกุล. 2547. *หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ฉบับปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2547).* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

(2) ศรชัย เตรียมวรกุล. 2546. "การประเมินกิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545" *รายงานเสริมทางเทคนิค ของรายงานฉบับที่ 1 (และ 1.1) โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

และเมื่อจบโครงการมีรายงานฉบับสมบูรณ์รวม 5 เล่มคือ

(1) วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง ศรชัย เตรียมวรกุล และศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา. 2548. "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545-2546." *รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.* (รายงานฉบับนี้)

(2) วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา. 2548. "ผลกระทบของโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มรายได้ต่างๆ." *รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 2 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2646-2457) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

(3) อัญชนา ณ ระนอง. 2548. "ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน." *รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2646-2457) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

(4) วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์. 2548. "กลไกและกระบวนการจัดการกับเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ." *รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 4 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2646-2457) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

(5) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง. 2548. "การหมุนเวียนของบุคลากรที่ให้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐ." *รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 5 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2646-2457) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

C.U.BOOK
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
RCV 922 21-02-49
9 789990 855845
C111 5020 JB 350.

Thailand Development Research Institute Foundation
565 Ramkhamhaeng 39, Wangthonglang, Bangkok 10310 Thailand
Tel: (662) 7185460; Fax: (662) 7185461-62; Web site: http://www.info.tdri.or.th