

การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”
ของกระทรวงสาธารณสุข

รายงานวิจัยเล่มที่ 3
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีที่หนึ่ง (2544-45)

รายงานฉบับสมบูรณ์ เล่มที่ 3

รายงานวิจัย

เรื่อง

การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”
ของกระทรวงสาธารณสุข

โดย

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง

ผศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45)

The Monitoring and Evaluation of Universal Health Coverage in Thailand,

First Phase 2001/02

หัวหน้าโครงการ

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง

ทีมวิจัย

ผศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง

รศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย

ศรชัย เตரியมวรกุล

นิภา ศรีอนันต์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

พฤศจิกายน 2545

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับ
ความเห็นของสถาบันต้นสังกัด และมีใช้ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สารบัญ

หน้า

สารบัญ.....	I
สารบัญตาราง	III
สารบัญกรอบ	VI
1. บทนำ.....	1
2. การบริหารโครงการของกระทรวงสาธารณสุข	4
ก. การบริหารจัดการโครงการภายในกระทรวงสาธารณสุข	6
ข. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (war room)	9
ค. ระบบข้อมูลและการรายงาน.....	16
ง. การบริหารงบประมาณ.....	21
3. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ	24
ก. ผลการดำเนินการ.....	25
ข. ข้อเสนอแนะ	27
4. ผลของการปฏิรูประบบการเงินการคลัง: ความพอเพียงของงบประมาณ	28
ก. การเทียบค่าใช้จ่ายกับกองทุนประกันสังคม.....	29
ข. ข้อมูลอัตราการใช้บริการ.....	33
ค. สัดส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	41
ง. การคิดต้นทุนการรักษาของ รพ.กลุ่มต่างๆ	48
จ. สิทธิเข้าซื้อและผลกระทบของการขยายโครงการประกันสังคมในอนาคต	54
ฉ. การคาดการณ์สถานะทางการเงินในระดับสถานพยาบาล	61
ช. ผลของการปฏิรูปการเงินการคลังในโครงการ “30 บาท” ที่มีต่อการกระจายรายได้ระหว่างสถานพยาบาล	73
ซ. การจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาวิกฤติด้านการเงินของสถานพยาบาล	77
ฌ. ผลการดำเนินการในช่วงสามเดือนแรกของโครงการ ใน 75 จังหวัด (ตุลาคม-ธันวาคม 2544) ที่มีต่อสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล	96
ญ. แนวโน้มการจัดสรรงบประมาณ 2546.....	107

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. การปรับตัวของหน่วยงานและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	110
ก. การปรับตัวที่กระทรวงสาธารณสุข	110
ข. การปรับตัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	114
ค. การปรับตัวของสถานพยาบาล	117
ง. การเข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาลเอกชน	176
6 จุดเด่นและจุดอ่อนในกระบวนการบริหารโครงการ 30 บาท	181
ก. ปรัชญาของโครงการ	183
ข. การบริหารโครงการที่ส่วนกลาง	185
ค. การบริหารงานในระดับเขตโดยระบบผู้ตรวจ	190
ง. การบริหารงานภายในจังหวัด	191
บรรณานุกรม	196
ภาคผนวก	198
ก. สถานะเงินบำรุงของสถานพยาบาลของรัฐในช่วงหกเดือนแรกของโครงการ 30 บาท ใน 75 จังหวัด (ตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545)	199
ข. สถานะเงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าช่วงเดือนกันยายน 2544 – มีนาคม 2545 (รวมเฉพาะโรงพยาบาล ที่มีข้อมูลครบทุกเดือน)	215

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	แบบฟอร์มรายงานที่จังหวัดต้องส่งให้ศูนย์ปฏิบัติการฯ ในช่วงก่อนเริ่มโครงการทั่วประเทศ	11
ตารางที่ 2	ระบบรายงานในโครงการ 30 บาท	19
ตารางที่ 3	ประมาณความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี 2543	25
ตารางที่ 4	รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน	32
ตารางที่ 5	ร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือที่รู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ จำแนกตามวิธีการรักษาตัวในวันแรกที่ป่วยภาคและเขตการปกครอง พ.ศ.2539.....	34
ตารางที่ 6	จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปีที่แล้ว จำแนกตามเพศ ภาค และเขตการปกครอง พ.ศ.2539.....	35
ตารางที่ 7	อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลของข้าราชการและข้าราชการบำนาญ.....	36
ตารางที่ 8	อัตราการใช้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิ สปร. ในปีงบประมาณ 2543 ใน 6 จังหวัดโครงการ SIP.....	37
ตารางที่ 9	การจำแนกงบประมาณรายหัวในโครงการ 30 บาท	41
ตารางที่ 10	สัดส่วนต้นทุนของโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 5 จังหวัด ปี 2540.....	42
ตารางที่ 11	การทดลองคำนวณงบประมาณรายหัวในโครงการ 30 บาท โดยใช้ข้อมูลอัตราค่าบริการเป็นผู้ป่วยในจากข้อมูลปี 2539 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ.2540	44
ตารางที่ 12	ประมาณการประชากรในโครงการ 30 บาท	55
ตารางที่ 13	ยอดการออกบัตรและการตรวจสอบสิทธิในโครงการ 30 บาท	57
ตารางที่ 14	ดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล.....	66
ตารางที่ 15	จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (ใช้ข้อมูลการออกบัตรที่จังหวัดส่งให้ส่วนกลาง)	68
ตารางที่ 16	จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน รวบรวมและจัดกลุ่มจากข้อมูลที่คำนวณโดย สคส.	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 17	จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (z) กรณีสมมุติรวมเงินเดือนที่ระดับจังหวัดทั้งหมด และกรณีสมมุติแยกเงินเดือนที่ระดับอำเภอทั้งหมด (รวบรวมและจัดกลุ่มจากข้อมูลที่คำนวณโดย สคส.).....	72
ตารางที่ 18	ประมาณการรายรับ ยอดเงินที่คาดว่าจะเหลือและขาดและความต้องการงบประมาณ contingency fund ของสถานพยาบาล (คำนวณรายรับโดยใช้ข้อมูลการออกบัตรที่รายงานโดยจังหวัด).....	75
ตารางที่ 19	ประมาณจำนวนโรงพยาบาลที่คาดว่าจะมีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นหรือลดลงในปีงบประมาณ 2545 คำนวณรายรับโดยใช้ข้อมูลการออกบัตรที่รายงานโดยจังหวัด.....	76
ตารางที่ 20	ผลการพิจารณา Contingency Fund รอบที่ 1-3	78
ตารางที่ 21	การจัดสรรงบประมาณ contingency fund สามารถแยกแยะตามประเภทสถานพยาบาล	79
ตารางที่ 22	ผลการคำนวณงบประมาณรายหัว (Capitation) ตามเงื่อนไขการตัดเงินเดือนหลังหักเงินเดือนและหลังรวมงบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund) สำหรับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	82
ตารางที่ 23	ค่าเฉลี่ยและพิสัยของอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ระดับจังหวัดของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มในภาคต่างๆ	91
ตารางที่ 24	จำนวนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ contingency fund จำแนกตามระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด	94
ตารางที่ 25	ผลการดำเนินในช่วงครึ่งปีแรกของโครงการ 30 บาท (ตุลาคม 2544-มีนาคม 2545) ที่มีต่อรายรับสุทธิของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน 75 จังหวัด.....	99
ตารางที่ 26	ผลการดำเนินในช่วงครึ่งปีแรกของโครงการ 30 บาท ที่มีต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล	101
ตารางที่ 27	เปรียบเทียบผลการคาดการณ์กับผลการดำเนินงานในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2545 (ตุลาคม 2544-มีนาคม 2545)	103
ตารางที่ 28	การเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงสุทธิ (เงินบำรุง+วัสดุคงคลัง-หนี้ค้างชำระ) ระหว่างเดือนตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 และเงินบำรุงระหว่างเดือนกันยายน 2544-มีนาคม 2545)	105

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 29 สถานะเงินบำรุงสุทธิ (สิ้นเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545) และเงินบำรุง (สิ้นเดือนกันยายน 2544 – มีนาคม 2545) (เฉพาะโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลครบ ทุกเดือน)	106
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบงบประมาณจ่ายรายหัวปัจจุบันกับงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 ที่เสนอโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	108
ตารางที่ 31 วิธีการรวมหรือแยกเงินเดือนของจังหวัดต่างๆ ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2545	125
ตารางที่ 32 รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2545	127
ตารางที่ 33 อัตราการรับผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ จำแนกตามกลไกการจ่ายเงินในจังหวัด (ข้อมูลเดือนตุลาคม 2544 ถึงมีนาคม 2545 ปรับเป็นอัตราต่อปี)	133
ตารางที่ 34 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ปรับเป็นต่อปี) และดัชนีการรับผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิและกลไกการจ่ายเงิน.....	136
ตารางที่ 35 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ปรับเป็นต่อปี) และดัชนีการรับผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิและ กลไกการจ่ายเงิน เป็นรายภาค (ผลการดำเนินในช่วงสามเดือนแรก)	137
ตารางที่ 36 อัตราการรักษาต่อ (ปรับเป็นต่อปี) และดัชนีการรับผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิและกลไกการจ่ายเงิน.....	145
ตารางที่ 37 อัตราการส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2543-45 ปรับขึ้นเป็นอัตราต่อประชากร ในพื้นที่ต่อปี)	147
ตารางที่ 38 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อการมารับบริการหนึ่งแสนครั้ง ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543-2545	157
ตารางที่ 39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อจำนวนประชากรแสนคน ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543-2545.....	160
ตารางที่ 40 เปรียบเทียบอัตราการตายต่อจำนวนครั้งการให้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ช่วง 6 เดือนแรก และระหว่างเดือน เม.ย.-ส.ค. ของปีงบประมาณ 2545	165

สารบัญกรอบ

หน้า

กรอบที่ 1	แนวทางการปรับแก้ inconsistency ในการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45
กรอบที่ 2	พฤติกรรมการณ์ส่งต่อคนไข้ในระบบแบบเหมาจ่ายรายหัว (Inclusive Capitation) : บทเรียนจากโครงการ สปร.	152
กรอบที่ 3	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในด้านการบริหารการเงินในโครงการ 30 บาท	166

การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ของกระทรวงสาธารณสุข*

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง**

ผศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง***

1. บทนำ

เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งด้วยเสียงข้างมากเมื่อต้นปี 2544 โครงการใหญ่โครงการหนึ่งที่หลายฝ่ายจับตามองว่ารัฐบาลจะสามารถนำมาดำเนินการได้จริงหรือไม่คือ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” แต่ทันทีที่มีการจัดตั้งรัฐบาล รัฐบาลก็ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขผลักดันโครงการนี้ออกมาภายใต้ชื่อ “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค”

ทุกวันนี้ ถึงแม้ว่า โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ไม่ใช่โครงการเดียวที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹ แต่โครงการนี้ถือได้ว่าเป็นโครงการที่มีใหญ่ที่สุดในด้านการให้หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย และที่ผ่านมาโครงการนี้เป็นโครงการที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก

* รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่ 1 (2544-45) โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้รับผิดชอบโครงการ/สถานที่ติดต่อ: ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 565 ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง เขตวังทองหลาง กทม. 10310 โทรศัพท์: 02-718-5460 ต่อ 338 หรือ 01-382-7846 โทรสาร: 02-718-5461-2 e-mail: viroj@tdri.or.th หรือ naranong@econ.yale.edu

การประมวลผลข้อมูลส่วนใหญ่ในตอนี่ 4 และ 5 เป็นผลงานของศรัชัย เจริญมวรกุล ซึ่งเป็นนักวิจัยที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ดู ศรัชัย 2545 และ 2545ข ซึ่งเป็นรายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับนี้)

** ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) และผู้อำนวยการหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ศูนย์การศึกษาสี่คิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

¹ โครงการอื่นที่เกี่ยวข้องสองโครงการหลักๆ ได้แก่สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และครอบครัว และโครงการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชน โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงถือได้ว่าเป็นโครงการที่มาเติมช่องว่างที่มีอยู่เดิมโดยการให้หลักประกันสุขภาพกับผู้ที่ยังไม่มีสิทธิอื่นๆ เสียมากกว่า ในระยะแรกนั้น นักการเมืองที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้มักจะพูดถึงโครงการนี้ว่าเป็นโครงการ “เติมให้เต็ม”

รายงานฉบับนี้เป็นผลจากการติดตามและประเมินผลการดำเนินการของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ในรอบปีที่ผ่านมา² ซึ่งตามกรอบการศึกษาที่วางเอาไว้³ กำหนดว่าการศึกษาในช่วงปีแรกจะให้ความสำคัญกับกลไก (mechanism) และกระบวนการ (process) ในการดำเนินการ โดยการติดตามประเมินผลในปีแรกนี้เน้นที่กลไกการจัดสรรงบประมาณและการปรับตัวของสถานพยาบาล

การที่การติดตามประเมินผลในปีแรกมีจุดเน้นที่กลไกการจัดสรรงบประมาณและการปรับตัวของสถานพยาบาล ก็เพราะว่าในขณะที่ภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทที่ออกสู่สาธารณะอยู่ การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนนั้น ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดในรอบหนึ่งปีเศษที่ผ่านมาคือการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งนอกจากจะมีเป้าหมายในการสร้างความเสมอภาคในการให้บริการกับประชาชนมากขึ้นแล้ว กลุ่มผู้บริหารที่ผลักดันการปฏิรูปนี้ยังมุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไปด้วย

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

ในช่วงที่คณะผู้วิจัยเสนอเค้าโครงการวิจัยนี้เมื่อกลางปี 2544 (ซึ่งเป็นช่วงที่มีการโครงการนำร่องดำเนินการใน 21 จังหวัด) คณะผู้วิจัยได้เน้นที่การศึกษาที่ส่วนกลางประกอบกับการศึกษาเชิงลึกในจังหวัดนำร่อง 6 จังหวัด โดยคาดว่าวิธีนี้จะมีความหลากหลายมากพอที่จะแสดงภาพรวมของโครงการได้ แต่เมื่อคณะผู้วิจัยเริ่มติดตามความคืบหน้าของโครงการในช่วงปลายปี 2544 ก็ได้ข้อมูลหลายประการที่ทำให้คาดการณ์ได้ว่าข้อมูลที่จะได้จากหกจังหวัดคงจะไม่เพียงพอที่จะสะท้อนภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นในส่วนอื่นๆ ของประเทศได้อย่างรอบด้าน คณะผู้วิจัยจึงหันไป

² โครงการนี้กำหนดระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2544 - มิถุนายน 2545

³ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). 2544

เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมมากขึ้น ซึ่งน่าจะตรงตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาที่วางเอาไว้ว่าที่วิจัยชุดนี้จะทำหน้าที่ประเมินภาพรวมของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมมีข้อจำกัดที่ต้องอาศัยข้อมูลรายงาน ซึ่งบางครั้งมีปัญหาการรายงานเกินความจริงหรือไม่สนใจรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงพยายามนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานมาสังเคราะห์เข้ากับข้อมูลขององค์กรและข้อมูลที่สรุปมาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกหรือทำ focus group ตั้งแต่ระดับรัฐมนตรีช่วยว่าการ ปลัดกระทรวง รองปลัดที่รับผิดชอบ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านนี้ที่ส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคถึงลงไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และสถานีนอมาลัยในบางพื้นที่ รวมทั้งเข้าร่วมประชุมในการจัดสรรงบในบางจังหวัด สำหรับหน่วยงานนอกในกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานประกันสังคม และกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ และนำมาประกอบกับข้อมูลและความเห็นที่ได้จากการติดตามรับฟังข้อมูลจากฝ่ายต่างๆ รวมทั้งข้อมูลจากสื่อมวลชนประเภทต่างๆ และ internet⁴ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้ร่วมประชุมคณะกรรมการหรืออนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การรวบรวมประสบการณ์และความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ นั้น แม้ว่าจะไม่ได้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และเป็นการศึกษาในพื้นที่ไม่ครบทุกจังหวัด แต่ในระหว่างการศึกษา นั้น คณะผู้วิจัยก็ได้พยายามให้เกิดความสมดุลโดยพยายามรวบรวมมุมมองของทุกฝ่าย (รวมทั้งข้อมูลจากบางจังหวัดที่อยู่นอกเหนือแผนการศึกษาด้วย)⁵ อย่างไรก็ตาม จนถึงทุกวันนี้ (กลางปี 2545) โครงการ “30 บาท” ก็ยังคงเพิ่งจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ แม้กระทั่ง 21 จังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่องทั้งสองกลุ่มนั้น ก็เพิ่งเข้าสู่ระบบงบประมาณใหม่พร้อมๆ กับ

⁴ โดยติดตามข่าวสารและทัศนะวิจารณ์จากสื่อต่างๆ ติดตามความเคลื่อนไหวใน web page ของกระทรวงสาธารณสุข (และหน่วยงานต่างๆ ภายในกระทรวง) web board เช่น Thaiclinic.com ซึ่งผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือบุคลากรอื่นๆ จากโรงพยาบาลทบวง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชน (มีส่วนน้อยที่มาจากโรงพยาบาลชุมชน) web page และ web board ของชมรมแพทย์ชนบท สมาคมวิชาชีพและองค์กรแพทย์ต่างๆ และ web board ทั่วไป เช่น pantip.com

⁵ โดยนอกจากจะรับฟังมุมมองจากโรงพยาบาลในทุกกลุ่มแล้ว ในบรรดาโรงพยาบาลชุมชนนั้น ก็พยายามศึกษาจากทั้งโรงพยาบาลชุมชนที่ข้อมูลประมาณการจากส่วนกลางคาดว่าจะประสบปัญหาอย่างรุนแรง โรงพยาบาลชุมชนที่คาดว่าจะได้งบใกล้เคียงกับรายรับเดิม โรงพยาบาลชุมชนที่คาดว่าจะได้งบมากกว่ารายรับเดิมแต่ไม่มาก และโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มที่คาดว่าจะได้งบมากกว่ารายรับเดิมเป็นจำนวนมาก

จังหวัดอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2545 นี้เอง ดังนั้น ภาพต่างๆ และข้อมูลที่รวบรวมมาได้ในช่วงที่ผ่านมาจึงมีส่วนที่เป็นปฏิริยาเฉพาะหน้าและความสับสนรวมอยู่ด้วยมากพอสมควรและอาจจะยังไม่สามารถเป็นกระจกสะท้อนภาพของโครงการในระยะยาวได้

รายงานวิจัยฉบับนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน ตอนที่สองเป็นการสรุปกระบวนการบริหารโครงการนี้โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมไปถึงการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่รู้จักกันในนาม “War Room”) ระบบรายงานและข้อมูล และการบริหารงบประมาณ ตอนที่สามเป็นการสรุปผลการดำเนินการในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ตอนที่สี่เป็นการวิเคราะห์ผลของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขอันเนื่องมาจากโครงการนี้ โดยเน้นประเด็นเรื่องความเพียงพอของงบประมาณ ซึ่งเป็นประเด็นใหญ่ที่เป็นที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางในหมู่ผู้ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ในตอนที่สี่นี้พิจารณาจากหลายแง่มุม เช่น ศึกษารายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน และวิเคราะห์ประเด็นสำคัญๆ ที่มีส่วนในการคำนวณงบประมาณของโครงการ “30 บาท” เช่น อัตราการใช้บริการ สัดส่วนของงบผู้ป่วยใน การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ ปัญหาสิทธิเข้าซื้อและผลกระทบของการขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม ตลอดจนวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของสถานพยาบาลทั้งหมดที่อยู่ในโครงการ และผลในด้านการกระจายรายได้และทรัพยากรที่เกิดจากการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ตอนที่ห้าเป็นรายงานการศึกษาการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานพยาบาลระดับต่างๆ อันสืบเนื่องมาจากการปฏิรูปการเงินการคลังโดยโครงการ “30 บาท” และตอนสุดท้ายจะสรุปจุดเด่นและจุดอ่อนในการบริหารโครงการนี้ในช่วงที่ผ่านมา

2. การบริหารโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยกระทรวงสาธารณสุข

โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการที่ผลักดันขึ้นมาโดยพรรคไทยรักไทย (โดยอาจมีบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนร่วมแนะนำอยู่ด้วย) เมื่อพรรคไทยรักไทยก้าวขึ้นมาเป็นรัฐบาล ก็ได้ใช้กระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการจากกระทรวงนี้เป็นเครื่องมือหลักในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นเสมือน CEO ของโครงการ ในขณะที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่องการประชาสัมพันธ์โครงการเป็นหลัก แต่ไม่ได้เข้ามามีส่วนในการบริหารโครงการในระยะแรก และค่อยๆ เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ส่วนตัวนายกรัฐมนตรีนั้น หลังจากที่ได้จัด workshop ในช่วงก่อนเริ่มโครงการแล้ว ก็แทบจะไม่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องเลย ทั้งๆ ที่โครงการนี้เป็นโครงการใหญ่ของรัฐบาล ทั้งนี้ นายกรัฐ

มนตรีก็ได้มอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีมาทำหน้าที่เป็นและประธานคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ แทน

การตัดสินใจของรัฐบาลที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทฝ่ายเดียว โดยไม่ได้แต่งตั้งโครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการข้าราชการในระยะเริ่มแรก มีส่วนช่วยให้โครงการนี้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขก็มีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์จากโครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งมีกฎเกณฑ์กติกาของเดิมอยู่แล้ว และการที่เป็นโครงการของกระทรวงเดียวก็ทำให้ CEO ของโครงการสามารถผลักดันให้เกิดการบริหารแบบเกือบเบ็ดเสร็จ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งรู้จักกันมากกว่าในชื่อ “War Room”) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารโครงการและเป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบายโดยไม่ผ่านขั้นตอนและกลไกราชการปกติของกระทรวงฯ การมีกลไกการบริหารที่รวดเร็วเป็นข้อดีที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของพรรคและ CEO ของโครงการ แต่วิธีนี้ก็ก่อให้เกิดปัญหาหลายประการเช่นกัน ตัวอย่างคือ

- แม้ว่าผู้บริหารโครงการอาจจะมีภาพในอุดมคติของความสัมพันธ์ของโครงการ 30 บาทกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ แต่การที่ไม่มีกลไกในระดับที่สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขมาประสานและทำหน้าที่จัดระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในกรอบรวม ทำให้โครงการ 30 บาทถูกผลักดันแยกจากโครงการอื่นๆ เนื่องจากผู้บริหารโครงการนี้ที่กระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้อยู่ในฐานะที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ได้ ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีทิศทางที่ไม่ชัดเจนด้วย
- การไม่มีการประสานเท่าที่ควรกับโครงการอื่นๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการข้าราชการ) ทำให้การจัดการปัญหาเรื่องทะเบียนผู้มีสิทธิกลายเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ค่อนข้างทุลักทุเลมากกว่าที่ควรจะเป็น
- ที่สำคัญกว่านั้นคือ ปัญหาเรื่องการเงิน (ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากของโครงการนี้) กลายเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขที่ฝ่ายอื่น (รวมทั้งสำนักงานประมาณ) ไม่ประสงค์จะเข้าไปยุ่งเกี่ยว ทั้งๆ ที่โครงการนี้ถูกจัดเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล
- ในขณะเดียวกัน อำนาจที่กระทรวงสาธารณสุขมีเหนือโครงการนี้กลายเป็นเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำมาใช้เพื่อปกป้องฐานะทางการเงินของสถานพยาบาลในสังกัด การที่กระทรวงสาธารณสุขยังดังเลที่จะแยกบทบาทของผู้ซื้อบริการ (purchaser) ออกจากบทบาทการเป็นผู้ให้บริการ (provider) ทำให้ผู้

ให้บริการรายอื่นๆ (ทั้งในภาครัฐและเอกชน) ไม่ไว้วางใจในการดำเนินการต่างๆ ของ
กระทรวงฯ และชวนให้เข้าใจว่า การทำงานส่วนใหญ่ทำไปเพื่อแก้ปัญหาภายใน
ของกระทรวงฯ เอง เพื่อส่งมอบประมาณไว้ให้กับสถานพยาบาลของกระทรวงฯ

ก. การบริหารจัดการโครงการภายในกระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ที่ผลักดันขึ้นมาโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นโครงการใหญ่ที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบกับผู้บริหารและบุคลากรของกระทรวงฯ ค่อนข้างมาก แต่การดำเนินการดำเนินโครงการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและในช่วงครึ่งปีแรกมีสถานะเป็นโครงการนำร่องเฉพาะในบางพื้นที่ จึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการโดยตรงไม่มากนัก ทั้งนี้ การบริหารโครงการ “30 บาท” ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงของโครงการนำร่องระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2544 มีหน่วยงานที่ส่วนกลางที่รับผิดชอบร่วมกันสองหน่วยงานหลักๆ คือ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และสำนักงานประกันสุขภาพ โดยสำนักงานโครงการปฏิรูปฯ มีหน้าที่เตรียมการด้านแนวทางการดำเนินงานต่างๆ ขณะที่สำนักงานประกันสุขภาพทำหน้าที่ดำเนินการ (implement) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการออกบัตรและการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้ ก็มีสำนักนโยบายและแผน (สนผ.) ทำหน้าที่ติดตามประเมินผล และสำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ (สคส. ซึ่งเกิดขึ้นจากการรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคเข้าด้วยกัน) ซึ่งมีบทบาทในการติดตามปัญหาต่างๆ ในการดำเนินการ

ในด้านคณะกรรมการบริหารโครงการนั้น ในระยะแรก โครงการนี้ได้ใช้รูปแบบที่คล้ายกับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เดิม (ซึ่งเป็นโครงการที่ให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลรวมเจ็ดกลุ่ม ครอบคลุมประชากรประมาณ 20 ล้านคนในปี 2543) โดยกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ” (หรือ ปสน. กลาง) และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด (หรือ ปสน. จังหวัด)⁶ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพที่ส่วนกลางมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายเป็นรองประธาน และกรรมการอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้แทนหน่วยบริการสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้แทนกระทรวงกลาโหม ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนกระทรวงพาณิชย์ ผู้แทนกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม ผู้แทนกรุงเทพมหานคร ผู้แทนกระทรวงการคลัง ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และผู้

⁶ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544

ทรงคุณวุฒิที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง จำนวน 7 คน (ประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร อย่างละ 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิอื่นจำนวน 2 คน) และมีผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ เป็นกรรมการและเลขานุการ ทั้งนี้ คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้คือ

- (๑) กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเงิน และการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ
- (๒) กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีการคัดเลือกหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๓) กำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๔) กำหนดสิทธิและความคุ้มครองการให้บริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัยอันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
- (๕) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข เกี่ยวกับการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพดังต่อไปนี้
 - (ก) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และการจัดเครือข่ายหน่วยบริการ
 - (ข) การขึ้นทะเบียน การกำหนดหน่วยบริการประจำครอบครัว และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครอบครัว ของผู้มีสิทธิ
 - (ค) การเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
 - (ง) การรับบริการทางการแพทย์เพิ่มจากที่ระบียบนี้กำหนดไว้
 - (จ) รับพิจารณาและวินิจฉัยเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้มีสิทธิ
 - (ฉ) ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- (๖) วางระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดอื่นใดที่ไม่ขัดแย้งกับระบียบนี้
- (๗) แต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอื่นใด
- (๘) อำนาจหน้าที่อื่นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

สำหรับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด (หรือ ปสจ. จังหวัด) นั้น ยังคงใช้คณะกรรมการบริหารบัตรประกันสุขภาพจังหวัดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด แต่จังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่องด้านการกระจายอำนาจซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับ

พื้นที่ (กสพ.) แล้วนั้น ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดแทน ทั้งนี้ ในระเบียบนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้คือ

- (๑) กำหนดแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ ในส่วนที่จะถือปฏิบัติในจังหวัด
- (๒) ตรวจสอบคุณสมบัติและมาตรฐานของหน่วยบริการ และกำกับดูแลการจัดเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๓) กำกับดูแล การขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการและผู้มีสิทธิ
- (๔) กำหนดหน่วยบริการประจำครอบครัวแก่ผู้มีสิทธิ
- (๕) รับและวินิจฉัยคำร้องเรียนจากผู้มีสิทธิ ผู้รับบริการบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการ และหน่วยงานต่างๆ
- (๖) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติการเกี่ยวกับการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ
- (๗) อำนาจและหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

การบริหารโครงการและกองทุนในระดับจังหวัดยังคงใช้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นองค์กรหลัก สำหรับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) นั้น มีการตั้งขึ้นเฉพาะในจังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่องในโครงการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในเอกสาร “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน” ของกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งเป็นคู่มือหลักในการดำเนินการโครงการนี้) ได้กำหนดบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ให้เป็นเพียง advisory board และหลังจากที่เกิดความขัดแย้งระหว่างคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดนำร่องบางจังหวัด ในเดือนตุลาคม 2544 ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่รู้จักกันในนาม “war room” ดูรายละเอียดในหัวข้อถัดไป) มีมติให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ตามแผนที่ได้กำหนดไว้โดยสำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจ เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวปรับปรุงรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ให้มีความเหมาะสมต่อไป อีกทั้งให้ขอลการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ในจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในโครงการนำร่องของการกระจายอำนาจออกไปก่อน⁷ และที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้ได้กำหนด

⁷ รายงานการประชุมของศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 8 วันที่ 8 ตุลาคม 2544 (มติข้อ 4 และ 5 ในวาระ 5.1)

โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัดซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้⁸

- คณะกรรมการอำนวยการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีหน้าที่กำกับและประเมินผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับจังหวัด
- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน มีหน้าที่บริหารจัดการการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นที่ปรึกษาในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีมติให้มีการแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 เพื่อให้มีโครงสร้างการบริหารเงินอุดหนุนระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับข้อเสนอข้างต้น

สำหรับการบริหารงานภายในอำเภอ นั้น มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอยู่เดิม เป็นเวทีประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจะทำหน้าที่เหมือน CEO ด้านสาธารณสุขของอำเภอ โดยบหลักประกันสุขภาพถ้วน (งบ UC) ของอำเภอจะลงไปโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด (รวมทั้งเงินเดือนของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยด้วย) อย่างไรก็ตาม บางจังหวัด (เช่น ปทุมธานี) มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP) ซึ่งน่าจะทำให้มีการคานอำนาจในการบริหารกันมากขึ้น

นอกเหนือจากโครงสร้างที่กล่าวมาแล้วนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) โดยมีผู้ตรวจราชการเป็นประธาน หรือ “ปลัดเขต” เพื่อทำหน้าที่แก้ปัญหาเบ็ดเสร็จในเขต ในทางปฏิบัติ ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์จะลงไปตรวจนิเทศก์งานเป็นจังหวัดๆ ไปมากกว่าที่จะใช้ระบบคณะกรรมการเขต ในบางเขตมีการประชุมร่วมกันในระดับเขตโดยมี ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ และผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนบางส่วน

⁸ มติที่ 01/10/10 ของศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (การประชุมครั้งที่ 8 วันที่ 8 ตุลาคม 2544)

ข. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War room)

ในช่วงเดือนกันยายน 2544 ซึ่งเป็นช่วงประมาณหนึ่งเดือนก่อนที่จะเริ่มดำเนินการใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือมีชื่อที่เรียกกันภายในว่า War room) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการดำเนินการโครงการ เป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบาย การชี้แจงนโยบาย การเผยแพร่ข้อมูล/ประชาสัมพันธ์ การควบคุมกำกับและติดตามความคืบหน้าของการเตรียมการและการดำเนินงานของโครงการ พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น⁹ โดยศูนย์นี้ประกอบด้วยที่ประชุมซึ่งมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ปลัดกระทรวง¹⁰ รองปลัดกระทรวง ผู้ช่วยปลัดกระทรวง อธิบดีทุกกรม ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักนโยบายและแผน เป็นต้น มาร่วมประชุมสัปดาห์ละสองครั้งในระยะแรก และลดลงเหลือสัปดาห์ละครั้งในเดือนพฤศจิกายน และมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประมาณ 5-6 คนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาทำหน้าที่สรุปรวบรวมรายงานการดำเนินการโครงการจากแต่ละจังหวัด ตอบปัญหาทางโทรศัพท์ และนำปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบเข้าเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา (นอกเหนือจากเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือที่ผู้ตรวจราชการนำเสนอ)

ในระยะแรกนั้น ทางศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดให้แต่ละจังหวัดรายงานสรุปความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการในด้านต่างๆ (ในแบบฟอร์มความยาวหนึ่งหน้ากระดาษ ดูตารางที่ 1) มาที่ศูนย์ฯ สัปดาห์ละครั้งทุกวันพฤหัสบดี โดยในแต่ละด้านนั้น จังหวัดเพียงแต่ต้องกรอกในแบบฟอร์มว่า 'ได้ดำเนินการเสร็จแล้ว กำลังดำเนินการ หรือยังไม่ได้ดำเนินการ' ซึ่งเจ้าหน้าที่จะนำข้อมูลนี้มาขึ้นกระดานเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบความคืบหน้าของโครงการและติดตามไปดูแลหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้โครงการสามารถดำเนินการได้ทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2544 ที่ผ่านมา

การที่ต้องเร่งเตรียมความพร้อมในการเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทในเดือนตุลาคม ซึ่งปกติเป็นช่วงโยกย้ายข้าราชการประจำปี ทำให้รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจให้เลื่อนการพิจารณาโยกย้ายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งปกติจะพิจารณาภายใน 30 กันยายน มาเป็นช่วงปลายปีแทน เพื่อให้การดำเนินงานนโยบายดังกล่าวมีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งในที่ประชุมว่าจะใช้ผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาท ในช่วง 2 เดือน (ตุลาคม-พฤศจิกายน

⁹ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะเลขานุการของศูนย์ฯ ออกย้อนหลังเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2544

¹⁰ แต่ในช่วงเดือนตุลาคมถึงกลางเดือนธันวาคม 2544 ปลัดกระทรวงรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบันไม่ได้เข้าร่วมการประชุมของศูนย์ฯ โดยมอบหมายให้รองปลัดฯ เข้าประชุมแทน

2544) เป็นเครื่องมือในการประเมินผลพิจารณาการโยกย้าย โดยระบุว่าผู้ไม่ทำงานอย่างจริงจังจะถูกโยกย้ายไปในพื้นที่ที่มีบทบาทน้อยลง¹¹ เป็นที่น่าสังเกตว่าการโยกย้าย 70 ตำแหน่งที่เกิดขึ้นต่อมาในเดือนธันวาคม 2544 ซึ่งจุดชนวนความขัดแย้งระหว่างรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับปลัดกระทรวงฯ คนใหม่ ก็คือการโยกย้ายที่ถูกเลื่อนออกไปในช่วงนั้นนั่นเอง

¹¹ รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ 3/2544 วันที่ 14 กันยายน 2544 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุม ข้อ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แบบฟอร์มรายงานที่จังหวัดต้องส่งให้ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงก่อนเริ่มโครงการทั่วประเทศ

รายงานการดำเนินงาน “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

จังหวัด.....เขต.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2544

ประเด็นรายงาน	ดำเนินการเสร็จ	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ
● การจัดตั้งองค์กร โครงสร้างเพื่อการจัดการในพื้นที่			
● การขึ้นทะเบียนประชาชนและจัดทำบัตร			
● การแจกบัตรประกันสุขภาพ			
● การประชาสัมพันธ์ * แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน * แก่หน่วยงานภายนอกและประชาชนผู้รับบริการ			
● การจัดระบบรับเรื่องร้องเรียน * การจัดตั้งหน่วยรับเรื่องร้องเรียน * ระบบการดำเนินการเมื่อมีเรื่องร้องเรียน			
● การเตรียมระบบควบคุมคุณภาพบริการ			
● การจัดเครือข่ายบริการและกำหนดพื้นที่(ประชากร)รับผิดชอบ			
● การจัดทำแผนการจัดตั้งสถานพยาบาลปฐมภูมิ * การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ * การกำหนด referral unit			
● การประเมินและรับรองสถานพยาบาลเอกชน * ประเมินสถานพยาบาลครบถ้วน * การทำสัญญาจ้าง * การจัดเตรียมระบบการดำเนินการกรณีผิดสัญญา			
● การเตรียมระบบข้อมูลข่าวสาร * ระบบศูนย์คอมพิวเตอร์ * กำหนดผู้ดูแลระบบ			
● การวางระบบการจ่ายเงินแต่ละระดับในพื้นที่ * ระบบการตรวจสอบสิทธิก่อนการจ่ายเงิน * ระบบตรวจสอบการเรียกเก็บ * ระบบติดตามและบริหารการส่งต่อ * ระบบการจ่ายเงินเพื่อตอบสนองต่อการส่งเสริมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค			

ที่มา: ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข

หลังจากที่โครงการได้เริ่มดำเนินการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2544 ที่ผ่านมาแล้ว ศูนย์ปฏิบัติการ ได้กลายมาเป็นที่ประชุมตัดสินใจปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีหลักการว่าที่ประชุมศูนย์ฯ จะเป็นผู้ตัดสินใจปัญหาที่เป็นหลักการและในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานข้ามจังหวัด และให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเองในปัญหารายละเอียด และให้มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) โดยมีผู้ตรวจราชการเป็นประธาน หรือเป็นเสมือน “ปลัดเขต” ซึ่งมีหน้าที่แก้ปัญหาเบ็ดเสร็จในเขตของตนเอง¹²

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลและสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายท่าน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการมีศูนย์ปฏิบัติการ มีประโยชน์ในการตอบคำถามและแก้ปัญหาในเชิงปฏิบัติการหลายประการได้อย่างรวดเร็ว และมีส่วนช่วยจังหวัดที่คิดจะนำนวัตกรรมหรือวิธีการจัดการใหม่ๆ มาใช้ สำหรับปัญหาที่มักมีผู้หยิบยกขึ้นมาก็คือ เส้นแบ่งขอบเขตการตัดสินใจระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคยังไม่มี ความชัดเจนพอ และเรื่องใหญ่ที่ผู้บริหารสถานพยาบาลหลายแห่งเห็นว่าควรตัดสินใจมาจากส่วนกลางได้แก่เรื่องวิธีการจัดสรรงบให้สถานพยาบาล (รวมทั้งการรวมหรือแยกเงินเดือน) ซึ่งทางส่วนกลางไม่ตัดสินใจแต่เสนอทางเลือกให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเอง ในบางจังหวัดก็ขึ้นกับการตัดสินใจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมักได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม หรือ ผชช. ว.) ในขณะที่บางจังหวัดมีปัญหาไม่สามารถตกลงกันได้ทำให้ต้องเสียเวลาในการเจรจาต่อรองเป็นเวลายาวนาน ทั้งนี้เนื่องจากการตกลงเรื่องการจัดสรรงบเป็นการตกลงที่มีเกื้อบจะเป็น zero-sum game¹³ ที่การตัดสินใจใดๆ ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อของหน่วยงานที่มาร่วมเจรจาต่อรองทั้งสิ้น ทำให้การตกลงเรื่องนี้ในหลายจังหวัดมีปัญหา¹⁴ ในขณะเดียวกัน ก็มีกรณีที่สามารถตกลงกันได้ ในจังหวัด แต่ถูกลบล้าง (override) โดย war room ตัวอย่างเช่น บางจังหวัดยอมให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ไหนก็ได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนโดยโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ตกลงที่จะตามจ่ายกัน แต่ส่วนกลางมีมติว่าไม่ยอมให้ใช้วิธีการดังกล่าวเนื่องจากเป็นการสวนทางกับระบบการส่งต่อที่กำหนดเอาไว้¹⁵ หรือมีกรณีที่บางจังหวัดกำหนดค่าใช้จ่ายต่อ DRG weight ที่ต่างออกไปจากค่าที่

¹² แนวทางที่ใช้ผู้ตรวจราชการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานในแต่ละเขตเป็นแนวทางที่ริเริ่มโดยปลัดกระทรวง นพ. วินัย วิจารณ์กิจจา

¹³ สาเหตุที่ไม่ได้เป็น zero-sum game เสียทีเดียวก็เพราะที่ผ่านมามีส่วนกลางยังมีกองทุนฉุกเฉิน (contingency fund) ที่สถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงินสามารถขอความช่วยเหลือได้

¹⁴ นครราชสีมาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ต้องใช้เวลาในการประชุมตกลงเรื่องนี้บ่อยครั้ง

¹⁵ ทั้งๆ ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องดูเหมือนจะเห็นตรงกันว่า จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลภายในสองปี แต่เงื่อนไขการเลือกที่ฝ่ายต่างๆ มีอยู่ในใจอาจจะยังแตกต่างกันค่อนข้างมาก

ส่วนกลางกำหนด ซึ่งเป็นการตกลงที่ทุกฝ่ายในจังหวัดยินยอมแล้ว แต่ผู้บริหารจากส่วนกลางเห็นว่าเป็นการปฏิบัติที่แตกต่างออกไปจากที่กำหนด¹⁶

ผู้วิจัยได้นำประเด็นเหล่านี้มาสัมภาษณ์ผู้บริหารในหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลายท่าน พบว่ามีอย่างน้อยสามท่านที่เห็นว่าเส้นแบ่งขอบเขตการตัดสินใจระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคยังไม่มี ความชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารระดับสูงท่านหนึ่งได้ตั้งข้อสังเกตว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาพข้างต้นก็สืบเนื่องมาจากผู้บริหารที่ส่วนกลางเองหลายท่านก็มีแนวความคิดที่แตกต่างกันในเรื่องการจัดสรรงบประมาณในประเด็นที่สำคัญหลายประเด็นคือ

- การจัดสรรงบประมาณทุกอย่างในงบเหมาจ่ายรายหัว (inclusive capitation) กับการแยกงบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน (OP-IP Split หรือที่นิยมเรียกว่าเป็นแบบ exclusive) ซึ่งโดยหลักการแล้ววิธีหลังน่าจะช่วยกระจายความเสี่ยงได้ดีกว่า แต่ระบบข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่ดีพอ และในบางจังหวัดยังขาดความรู้ความชำนาญในการคิด DRG และวิธีคิด DRG หรือค่าใช้จ่ายต่อน้ำหนัก DRG ยังไม่เป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลใหญ่ในพื้นที่)
 - ข้อสรุป: ให้ไปตกลงกันเองในจังหวัด (เริ่มจากโครงการนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด สำหรับโครงการนำร่องกลุ่มแรก 6 จังหวัด กำหนดให้ใช้วิธี OP-IP Split ทั้งหมด)
 - อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มว่าในปีงบประมาณ 2546 ทางส่วนกลางจะกำหนดให้ใช้วิธี OP-IP Split เป็นหลัก (สำหรับโรคที่มีน้ำหนัก DRG สูงกว่า 0.5)
- การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายควรปรับด้วยอะไรบ้างเพื่อแก้ปัญหาความเสี่ยงและอัตราการใช้บริการที่ต่างกัน และปัญหาที่บางจังหวัดหรือสถานพยาบาลบางแห่งจะประสบปัญหาอย่างรุนแรงเนื่องจากมีประชากรน้อย ทำให้ได้งบลดลงมาก
 - ข้อสรุป: ปีงบประมาณ 2545 ใช้การเหมาจ่ายรายหัวเท่ากันทั่วประเทศไปก่อน และใช้ contingency fund เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้านงบประมาณ จะเริ่มใช้วิธีจัดงบประมาณโดยปรับตามอัตราการเจ็บป่วยหรืออัตราการใช้บริการของประชากรอายุต่างๆ (age-adjusted capitation) ในปีงบประมาณ 2546 แต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะนำตัวแปรอื่นๆ เข้ามาปรับด้วยหรือไม่และเมื่อใด

¹⁶ 4,000 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนัก DRG ในกรณีที่รวมเงินเดือนที่จังหวัด และ 10,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนัก DRG ในกรณีที่ไม่วางเงินเดือนที่จังหวัด อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่ายังมีหลายจังหวัดที่ตกลงกันใช้ค่า DRG ที่แตกต่างกันไปจากนี้

- การรวมเงินเดือนในงบเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาล หรือแยกเงินเดือนเป็นงบต่างหาก (เหมือนในโครงการ สปร. หรือโครงการนำร่องระยะแรก)
 - ข้อสรุป: รวมเงินเดือนในงบที่เหมาจ่ายให้สถานพยาบาล¹⁷ แต่เปิดช่อง (หรือในบางกรณีสนับสนุน) ให้มีการรวมเงินเดือนในระดับจังหวัดเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้สถานพยาบาลที่มีบุคลากรมากหรือได้รับงบน้อยเนื่องจากมีประชากรในความรับผิดชอบน้อย
- ควรกันหรือรวมเงินเดือนที่ระดับไหนหรือไม่ (มีทั้งฝ่ายที่เชื่อว่าควรเฉลี่ยทุกซ์เฉลี่ยสุข โดยรวมเงินที่ระดับจังหวัด กับฝ่ายที่เชื่อว่าถ้ารวมเงินเดือนไว้ที่ระดับจังหวัดก็จะไม่เกิดการปฏิรูปอย่างจริงจัง และโรงพยาบาลชุมชนก็จะประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ เช่นเดิม)
 - ข้อสรุป: สำหรับปีงบประมาณ 2545 ให้ไปตกลงกันเองในจังหวัด แต่ในกรณีที่มีการรวมเงินเดือนที่ระดับจังหวัด ให้จังหวัดทำแผนว่าโรงพยาบาลใหญ่จะให้ความช่วยเหลือด้านบุคลากรกับโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร (เช่น จัดแพทย์จากโรงพยาบาลใหญ่หมุนเวียนไปช่วยให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์)¹⁸ และในกรณีที่รวมเงินเดือนระดับจังหวัด ให้คิดค่าน้ำหนัก DRG = 4,000 บาท แทน 10,000 บาทกรณีแยกเงินเดือน
- ขนาดของสถานบริการคู่สัญญาที่เหมาะสม (ซึ่งมีฝ่ายที่เชื่อว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit--PCU) ที่มีประชากรขึ้นทะเบียนหน่วยละ 10,000 คน สามารถเข้าร่วมให้บริการเป็นหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (contracting unit for primary care หรือ CUP) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ กับฝ่ายที่เชื่อว่าแม้กระทั่งโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง ซึ่งมีประชากรขึ้นทะเบียนต่ำกว่า 30,000 ยังไม่ควรมีฐานะเป็น CUP เนื่องจากยังไม่อยู่ในฐานะที่จะสามารถรับภาระความเสี่ยงจากการส่งต่อได้ดีพอ ดังเช่นตัวอย่างปัญหาที่เคยเกิดกับระบบ GP Fundholder ในประเทศอังกฤษ)

¹⁷ โครงการนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ระบุว่าใช้หลักการนี้ แต่ในทางปฏิบัติเป็นการจ่ายเพิ่มให้สถานพยาบาล ในอัตรา $1,052/2 = 576$ บาทต่อบัตรต่อปีนอกเหนือจากเงินเดือน สำหรับโครงการนำร่องกลุ่มแรก 6 จังหวัด ใช้วิธีแยกเงินเดือนและจ่ายให้สถานพยาบาล $477 \times 0.69 = 329$ บาทต่อบัตรต่อปี)

¹⁸ มติที่ 01/10/15 ของศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพ เรื่องการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนการกระจายบุคลากรหรือแผนการช่วยเหลือระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด ให้ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ กำชับให้จังหวัดที่มีการดำเนินการหักเงินเดือนบุคลากรสถานพยาบาลที่ระดับจังหวัดจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนการกระจายบุคลากรหรือแผนการช่วยเหลือระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด

- ข้อสรุป: ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่จัดตั้งในชุมชนโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ฯ สามารถเข้าร่วมให้บริการเป็นหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (CUP) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ โดยสามารถรับผู้มาขึ้นทะเบียนได้ไม่เกินหน่วยละ 10,000 คน (มติที่ 00/10/04 การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน และการขึ้นทะเบียนให้บริการรักษาพยาบาล) อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติที่ผ่านมายังไม่มี PCU ใดที่ขอแยกออกมาเป็น CUP เองแต่อย่างใด อีกทั้ง PCU ส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถทำตามมาตรฐานที่ส่วนกลางกำหนดได้

การที่ส่วนกลางมีความเห็นที่แตกต่างกันทำให้บางเรื่องถูกส่งต่อไปให้จังหวัดตัดสินใจในเรื่องวิธีการแบ่งบ การกำหนดสัดส่วนของงบต่างๆ การกันเงินเดือน ซึ่งแม้ว่าจะมีส่วนดีในการทำให้บางจังหวัดสามารถจัดสรรงบให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่มากขึ้น แต่ก็มีผลทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันในหลายจังหวัดตามมา และส่งผลให้บรรยากาศการประชุมในหลายจังหวัดกลายเป็นเวทีของความขัดแย้งและการต่อรองผลประโยชน์มากกว่าจะเป็นเวทีที่ให้ฝ่ายต่างๆ มาร่วมกันแก้ปัญหาหรือหาทางออกร่วมกัน หรือหาทางปรับบริการให้เป็นประโยชน์กับประชาชนมากขึ้น

แต่นอกจากความไม่เป็นเอกภาพด้านแนวคิดภายใน war room เองแล้ว ยังมีความแตกต่างด้านแนวคิดระหว่างใน war room กับนอก war room อีกด้วย เช่น ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงเองบางท่าน (รวมทั้งปลัดกระทรวงในขณะนั้น) ก็ไม่ได้เห็นด้วยกับการใช้ war room หรือมติบางประการของ war room¹⁹ ซึ่งความแตกต่างส่วนนี้ ถูกสะท้อนออกมาในกรณีการผลักดันให้ยุบสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) กลับไปเป็นสองกองแบบเดิม และการเตรียมแนวทางการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงฯ ที่มีการเสนอให้แยกการจัดบให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยวิธีเดิม หรือที่ปรากฏออกมาเป็นข่าวที่โด่งดังก็คือกรณีการโยกย้ายข้าราชการระดับ 8-9 เมื่อเดือนธันวาคม 2544

อย่างไรก็ตาม หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวคลี่คลายไปแล้ว war room ก็ยังคงดำเนินการต่อไป ภาพที่ดูจะเปลี่ยนไปบ้างก็คือ ตั้งแต่ช่วงปลายไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2545 (ซึ่งเป็นช่วงที่กำลังจะเริ่มดำเนินการครบทุกเขตของกรุงเทพมหานครโดยโรงพยาบาลในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัยหลายแห่งต้องเข้าร่วมด้วยนั้น) กลุ่มโรงพยาบาลในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัยได้

¹⁹ เป็นที่น่าสังเกตว่า การจัดตั้ง war room (ซึ่งตั้งขึ้นโดยคำสั่งของรัฐมนตรีกว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานนั้น) โดยหลักการแล้วอาจถือได้ว่ามีความซ้ำซ้อนกับ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ” ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ซึ่งอาจจะเป็นประเด็นหนึ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างประธานของทั้งสองชุดนี้ในเวลาต่อมา

เข้ามามีบทบาทใน war room มากขึ้นและยังคงบทบาทนั้นจนกระทั่งมีการประกาศยุบ war room อย่างเป็นทางการเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 หลังจากที่ว่า พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภา

ค. ระบบข้อมูลและการรายงาน

โครงการนำร่องระยะที่หนึ่ง (ซึ่งดำเนินการใน 6 จังหวัดโครงการ สปร.-SIP เดิม) เป็นการดำเนินโครงการต่อเนื่องจากโครงการ สปร.-SIP ซึ่งเป็นโครงการที่ทดลองปรับระบบการบริหารและระบบข้อมูลของโครงการ สปร. เดิม (เช่น ให้โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็น CEO ด้านสาธารณสุขของอำเภอ การจัดสรรงบในจังหวัดโดยแยกงบคนไข้นอกและคนไข้ในในอัตราส่วน 45:55 และจัดสรรงบคนไข้ในตาม DRG) การที่กระบวนการดำเนินการไม่ได้แตกต่างจากโครงการ สปร. เลย (นอกจากการออกบัตรทองให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิอื่น) ระบบข้อมูลและการรายงานจึงยังคงใช้ระบบเดิมที่ใช้ในโครงการ สปร.-SIP (ซึ่งแตกต่างหากจากระบบรายงานของโครงการ สปร. อีก 70 จังหวัดที่เหลือในโครงการ สปร. มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542) โดยให้จังหวัดกลุ่มนี้รายงานไปที่ฝ่ายที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโครงการนี้ที่สำนักงานประกันสุขภาพ

ในช่วงโครงการนำร่องระยะที่สอง (15 จังหวัด) สำนักงานประกันสุขภาพได้จัดตั้งส่วนงานใหม่ขึ้นมาดูแลโครงการในจังหวัดกลุ่มนี้ โดยส่วนงานใหม่ดูแลเฉพาะ 15 จังหวัดกลุ่มนี้เท่านั้น ระบบรายงานของจังหวัดนำร่องสองกลุ่มจึงแยกจากกันโดยสิ้นเชิง ในจังหวัดกลุ่มหลังนี้ ผู้บริหารสาธารณสุขได้อาศัยบทบาทของผู้ตรวจราชการ (และสาธารณสุขนิเทศก์) มากขึ้น โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบกันอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม วิธีแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะนี้ ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดระบบรายงานไปที่หน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น เมื่อปลายเดือนกรกฎาคม 2544 สำนักงานประกันสุขภาพเองยังไม่มีข้อมูลว่าแต่ละจังหวัดจัดสรรงบกันโดยวิธีใด และคณะติดตามประเมินผลของสำนักนโยบายและแผนเองก็ต้องไปรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ที่จังหวัดระยอง (ซึ่งก็มีแต่เฉพาะข้อมูลของ 15 จังหวัด ทั้งนี้การประชุมสัมมนารายงานความคืบหน้าของกลุ่ม 6 จังหวัดและ 15 จังหวัดมักจะจัดแยกกันโดยตลอด ทั้งๆ บางครั้งจัดในวันเวลาเดียวกัน)

ในช่วงก่อนที่จะเริ่มโครงการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับระบบรายงาน โดยในเดือนกันยายน ได้มีการจัดตั้ง war room และกำหนดให้ทุกจังหวัดส่งรายงานหนึ่งหน้ามาให้ทุกสัปดาห์ (ดูข้างบน)

หลังจากที่เริ่มโครงการจริงทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2544 สถานพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่รายงานข้อมูลมาที่ 3 หน่วยงานหลักคือ

- สำนักงานประกันสุขภาพ: ข้อมูลการขึ้นทะเบียน อัตราการใช้บริการ การส่งต่อ และ DRG²⁰
- สำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ (สคส.) :
 - แต่ละโรงพยาบาลมีหน้าที่ส่งรายงาน 0110 รง. 5 (ตามแบบฟอร์มชุดใหม่) ไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ update ใน web ของ สคส.
 - แต่ละจังหวัดมีหน้าที่ส่งรายงานการเงิน 10 ตาราง (ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล บุคลากร จำนวนประชากรกลุ่มต่างๆ รายรับรายจ่าย ประมาณการรายจ่าย ของแต่ละโรงพยาบาลและเครือข่ายสถานีนอามัย เป็นต้น)
- สำนักนโยบายและแผน: รายงานเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการโครงการ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางที่ 2 ข้างล่าง)

สำนักงานประกันสุขภาพและสำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพกำหนดให้การส่งข้อมูลเป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงิน รวมทั้งข้อมูล DRG ซึ่งทางสำนักงานประกันสุขภาพตั้งเป้าไว้ว่าจะใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานให้สถานพยาบาลต่างๆ นำมาใช้ในการเรียกเก็บและตามจ่ายในอนาคต และข้อมูลรายงานการเงิน 10 ตาราง ซึ่งจะต้องส่งมาให้ สคส. สำหรับการเบิกเงินงบ UC งวดแรก และกำหนดให้สถานพยาบาลต้องส่งรายงาน 0110 รง. 5 ทุกเดือน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาข้อมูลการเงิน 10 ตารางที่ส่งมายัง สคส. ก็ยังพบว่าข้อมูลหลายรายการจากสถานพยาบาลหลายแห่ง (แต่เป็นส่วนน้อย) ยังขาดอยู่ (missing) นอกจากนี้จากการสังเกตการณ์ของคณะผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ สคส. บางท่านเชื่อว่าข้อมูลที่รายงานมาจำนวนไม่น้อยมีปัญหาความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหลายจังหวัดใช้ข้อมูลชุดนี้ในการต่อรองเรื่องการจัดสรรงบในจังหวัด ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งจึงใช้ยุทธวิธีเลือกส่งข้อมูลในลักษณะที่คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์กับการจัดสรรงบให้สถานพยาบาลของตน และสถานพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดก็ใช้ข้อมูลนี้ในการขอ contingency fund จากส่วนกลางอีกด้วย นอกจากนี้ บางจังหวัดอาจมีการปรับเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบหลังจากที่ได้ส่งข้อมูลให้ สคส. ไปแล้ว และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้บริหารสถานพยาบาลบางแห่งไม่เชื่อว่าการส่งข้อมูลล่าช้าหรือไม่ถูกต้องของสถานพยาบาลจะมีผลกระทบต่อการส่งผ่านงบจากส่วนกลางมาที่

²⁰ ต่อมาในช่วงปลายปี 2544 ได้เปลี่ยนให้รายงานข้อมูลด้านการให้บริการทั้งหมดตาม 11 รง. 5 โดยไม่ต้องส่งมาที่สำนักงานประกันสุขภาพอีก โดยให้สำนักงานประกันสุขภาพดึงข้อมูลที่ต้องการจาก สคส. แทน

จังหวัดจริง เนื่องจากเชื่อว่าในระบบนี้ส่วนกลางมีหน้าที่เพียงส่งผ่านงบให้จังหวัดโดยไม่ได้มีอำนาจที่แท้จริงในการจัดสรรงบ²¹

²¹ จากการศึกษาภาคสนามของคณะผู้วิจัยในจังหวัดภูเก็ต เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฝ่ายแผนงานหนึ่งระบุว่าจังหวัดภูเก็ตไม่ได้รับงบ UC ของเดือนพฤศจิกายน 2544 เนื่องจากไม่ได้ส่งข้อมูลไปให้ส่วนกลางตามเวลาที่กำหนดไว้ แต่ผู้วิจัยเข้าใจว่าเป็นความเข้าใจผิดเสียมากกว่า ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเรื่องการจัดสรรงบที่สำนักงานประกันสุขภาพระบุว่าที่ผ่านมายังไม่เคยตัดเงินจังหวัดใดที่ส่งข้อมูลเข้ามาล่าช้า (แต่อาจจะทำให้จังหวัดเหล่านั้นได้รับเงินช้ากว่าจังหวัดอื่น) แต่ในระยะหลังนั้น ทุกจังหวัดส่งข้อมูลการออกบัตรเข้ามาตรงเวลาทุกเดือน

ตารางที่ 2 ระบบรายงานในโครงการ 30 บาท

หน่วยงานรับเรื่อง/ หัวข้อรายงาน	รายละเอียดข้อมูล	แหล่งที่มา	หมายเหตุ
สำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ.)			
1. ประชากรผู้มีสิทธิ	1.1 ข้อมูลจาก สปร. 1.2. ผู้มีบัตรประกันสังคม 1.3ฐานข้อมูลประชาชน 1.4 ข้าราชการ	1.1 ฐานข้อมูล สปร. เดิม 1.2 สำนักงานประกันสังคม 1.3 ทะเบียนราษฎร์ 1.4 ยังไม่มีข้อมูล ต้องอาศัยการ ประมาณการไปก่อน	1.2 Update ทุกเดือน 1.4 มีการตั้งคณะทำงาน รวบรวมข้อมูลข้าราชการ และญาติ และ สกส.
2. การขึ้นทะเบียน และการให้บริการ ของสถานพยาบาล	2.1 ประชาชนที่ขึ้นทะเบียน กับสถานพยาบาล 2.2 ข้อมูลการให้บริการ	2.1สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ ละจังหวัดรวบรวมส่งมาให้ 2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ละจังหวัดรวบรวมส่งมาให้	2.1 ในช่วงแรก จังหวัดเป็น ผู้เลือกสถานพยาบาลให้ 2.2 ปัจจุบันส่งให้ สคส. อย่างเดียว (0110 รง. 5)
3. ระบบการจ่ายเงิน	3.1 เงินเหมาจ่ายรายหัว 3.2 รายงานการจ่ายเงินตาม DRG 3.3 แบบขอรับค่าบริการทาง การแพทย์ กรณีอุบัติเหตุ จุก เงิน 3.4 แบบขอรับค่าบริการทาง การแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง	3.1 ฝ่ายบริหารงานบัตรสุขภาพ คำนวณส่งให้ฝ่ายบัญชีการเงินเป็น ผู้จ่ายให้จังหวัด 3.2 สสจ.จะต้องนำเสนอรายงาน การจ่าย (ไม่ว่าจังหวัดจะเลือกใช้วิธี Inclusive หรือ Exclusive) 3.3 จากสถานพยาบาลโดยตรง 3.4 จากสถานพยาบาลโดยตรง	3.1 นำข้อมูลจาก ข้อ 1.1- 1.4 มา match กับ 2.1 3.2 มีข้อมูล คนไข้นอก, คน ไข้ใน, ประเภทโรค , Bill Segment (ร ว ม ค่ำ Lab และค่า X-Ray) 3.3 การ claim กรณีการ รักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ อุบัติเหตุ จุกเงิน จะเบิก จากกองทุนหลักประกันฯ โดยตรง โดยจะมีการตรวจ สอบก่อน 3.4 เหมือน 3.3
(ต่อหน้าถัดไป)			

หน่วยงานรับเรื่อง/ หัวข้อรายงาน	รายละเอียดข้อมูล	แหล่งที่มา	หมายเหตุ
สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.)			
1. ข้อมูลจากสถาน พยาบาล	1.1 รายงานประจำเดือน (0110 รง.5) มี 2 ส่วน คือ - รายงานสรุปกิจกรรม สำคัญของสถานบริการด้าน สุขภาพ - รายงานรายรับ-รายจ่าย เงินงบประมาณและเงินนอก งบประมาณของสถานบริการ ด้านสุขภาพ 1.2 รายงานการใช้งินบำรุง	1.1 สถานพยาบาลส่งให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดรวบรวมภายใน วันที่ 10 ของเดือนถัดไป และสำนัก งานสาธารณสุขจังหวัดส่งให้ สคส. ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป หรือ สถานพยาบาลส่งให้ สคส. โดยตรง ผ่าน Internet (www.phdb.moph.go.th) 1.2 สถานพยาบาล	3.1 สสจ.จัดส่งให้ผู้ตรวจ ราชการแต่ละเขตเช่นกัน
2. วิธีการตามจ่าย	2. รายละเอียดวิธีการตาม จ่าย	2.1 สสจ.	
3.เงื่อนไข ข้อตกลง การจัดสรรเงิน	3.1 เงื่อนไข ข้อตกลงการจัด สรรเงิน	3.1 สสจ.	
4. ข้อมูล 10 ตาราง		4.1 แต่ละโรงพยาบาล รวบรวมโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room)			
1. ความก้าวหน้าของ การดำเนินการโครง การ	1.1 รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานหลักประกัน สุขภาพ	1.1 สสจ. รวบรวม	1.1 ผู้ตรวจราชการซึ่งเข้า ร่วมประชุม จะรับ ทราบด้วยเช่นกัน
2. ปัญหาที่เกิดจาก การดำเนินการ	2.1	2.1 สถานพยาบาล สำนักงานสา ธารณสุขจังหวัด ผู้ตรวจราชการ/สา ธารณสุขนิเทศก์นำเสนอปัญหา	2.1 ผู้ตรวจฯ ร่วมประชุม จะรับทราบด้วย
3. ผลการตัดสินใจ เชิงนโยบาย	3.1 รายงานมติที่ประชุมสรุป รายสัปดาห์	3.1 War Room	3.1 เผยแพร่ทาง website http://uc.moph.go.th
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข			
1. กระบวนการ ดำเนินโครงการ	1.1 เงื่อนไข ข้อตกลงการจัด สรรเงิน	1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1.1 และ 2.1 หลายจังหวัดส่งข้อมูลที่ราย งานไปที่ สคส. และ War Room มาให้
2.ความก้าวหน้าใน การดำเนินงาน โครงการฯ	2.1 รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานหลักประกัน สุขภาพ	2.1สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	

ที่มา: รวบรวมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ตุลาคม-ธันวาคม 2544)

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ตรวจราชการ (และสาธารณสุขนิเทศก์) ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลและแก้ไขปัญหาในระดับเขต (ทั้งหมด 12 เขต) ในฐานะ “ปลัดเขต/รองปลัดเขต” (หรือประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.)) นั้น ไม่ได้เป็นผู้ที่ دریافتรายงานจากแต่ละจังหวัดในเขตโดยตรงอย่างเป็นระบบ (ยกเว้นในบางเขตที่ผู้ตรวจจะขอให้รายงานไปให้ด้วย) จึงทำให้ดูเหมือนว่าระบบผู้ตรวจราชการถูกใช้สำหรับออกไปดูแลแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าจะใช้เป็นผู้บริหารหรือบังคับบัญชาจริงๆ (ถึงแม้ว่าเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่นๆ หลายกระทรวงแล้ว ผู้ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทมากกว่าผู้ตรวจราชการในกระทรวงอื่นๆ โดยส่วนใหญ่ก็ตาม) อย่างไรก็ตาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้บริหารสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ก็จะต้องทำรายงานเสนอผู้ตรวจในช่วงที่มาตรวจนิเทศก์งาน และ/หรือ ในกรณีที่มีการเรียกประชุมในระดับเขต

สิ่งที่เปลี่ยนจากเดิมในระบบรายงานที่ส่งมายังสำนักงานประกันสุขภาพคือ ข้อมูลรายละเอียดของผู้มีสิทธิ สปร. เดิม ซึ่งเคยแยกออกเป็น 7 กลุ่ม ถูกรวมเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน (บัตรทองหมวด “ท” ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาท) สำหรับยอดประชากรผู้มีสิทธินั้น สำนักงานประกันสุขภาพก็ทำการตรวจสอบสิทธิ์ซ้ำซ้อนและรายการที่มีข้อมูลไม่ครบ ในระยะแรกมีบัตรที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์จำนวนมาก แต่หลังจากที่มีการส่งข้อมูลกลับไปให้จังหวัดติดตามตรวจสอบและมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการออกบัตรให้ผู้ย้ายถิ่นชั่วคราว จำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบก็เพิ่มจำนวนจนเกือบเท่ากับจำนวนบัตรที่ออกโดยสถานพยาบาล (ดูตอนที่ 3)

สำหรับรายงานที่ส่งมายัง สคส. นั้น นอกจากรายงานการเงิน 10 ตาราง ซึ่งเป็นของใหม่ และรายงาน 0110 รง. 5 ซึ่งใช้แบบฟอร์มที่แก้ไขใหม่แล้ว สิ่งที่เปลี่ยนไปก็คือ สคส. กำหนดให้สถานพยาบาลส่งรายงาน 0110 รง. 5 ทุกเดือน (แต่เดิมให้รายงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานมาทุกสามเดือน) เหตุผลหนึ่งที่ สคส. ต้องการรายงานเป็นรายเดือนก็คือระบบงบประมาณใหม่ใช้วิธีส่งเงิน UC ให้จังหวัดเป็นรายเดือน (แทนระบบเดิมซึ่งงบถูกส่งไปเป็นงวด งวดละ 3-6 เดือน)

ง. การบริหารงบประมาณ

การบริหารงบประมาณในโครงการนี้มีผลในการเปลี่ยนระบบงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขอย่างขนานใหญ่ โดยในขั้นต้นนี้ งบประมาณส่วนใหญ่ (ประมาณสามในสี่) ของกระทรวงสาธารณสุข (47,988 ล้านบาท จาก 65,876 ล้านบาท หรือร้อยละ 72.8) ถูกรวมเข้ามาอยู่ในงบ UC ซึ่งในจำนวนนี้มีงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐ) งบอุดหนุนทั่วไปนอกเหนือจากเงินเดือน 22,138 ล้านบาท

และเป็นงบกลาง 2,000 ล้านบาท²² ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงเป็นงบ non-UC จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก ในภาพรวมนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 จำนวน 4,779 ล้านบาท (ร้อยละ 7.82) แต่งบประมาณหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องแบ่งไปให้สถานพยาบาลนอกสังกัดและสถานพยาบาลของเอกชนด้วย (ถึงจะเป็นยอดเงินค่อนข้างน้อยคือประมาณ 1,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2545) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขหลายท่านระบุว่ารัฐบาลรับปากที่จะจัดสรรงบมาให้เพิ่มในกรณีที่งบประมาณไม่พอ แต่มีเงื่อนไขว่าให้โครงการนี้ใช้งบที่มีอยู่ให้หมดก่อนแล้วจึงค่อยขอเพิ่มในภายหลัง ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงโครงการนำร่องนั้น จังหวัดส่วนใหญ่ใช้งบน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรร

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญด้านงบประมาณเกิดขึ้นหลายประการคือ

- เส้นแบ่งระหว่างงาน (และงบ) UC กับ non-UC ไม่มีความชัดเจน เนื่องจากงาน UC เองนั้นครอบคลุมทั้งงานรักษาเกือบทุกโรค และงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งในบางกรณีอาจรวมไปถึงงานระบาดวิทยาและเวชศาสตร์ชุมชนด้วย) การที่มีงบรวมกันไปเป็นก้อนขณะที่งบ non-UC หลายรายการหายไป ทำให้ผู้บริหารสถานพยาบาลจำนวนไม่น้อยมีความรู้สึกว่าการนี้มาเบียดบังงบด้านอื่นๆ ของสถานพยาบาล (ในลักษณะของการ “หมกเม็ด”)
- งบ UC รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่เอาไว้ด้วย (ทั้งที่โดยหลักการแล้วไม่ควรคิดรวมทั้งหมดในกรณีที่เจ้าหน้าที่เหล่านั้นทำงานด้านอื่นด้วย แต่ในทางปฏิบัติแยกเฉพาะงบกลางออกจากงบ UC) ถึงแม้ว่าจะมีการแยกเงินเดือนออกมาก่อน แต่ก็เป็นการแยกเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบราชการ การจัดสรรวิธีนี้ทำให้เจ้าหน้าที่จำนวนเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง และความรู้สึกว่ามี trade-off ระหว่างค่าตอบแทนของตนเองกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย
- งบ non-UC ทั้งที่ส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลดลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากการปรับระบบงบประมาณใหม่ หน่วยงานส่วนกลางที่เคยใหญ่ (ตัวอย่างเช่น สดส. ซึ่งประกอบด้วยกองใหญ่ถึงสองกอง และเคยมีงบประมาณรวมกันปีละหลายร้อยล้านบาท ในระบบใหม่นี้เหลืองบดำเนินการหลังหักเงินเดือนเพียง 39 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2545)
- แม้ว่าจะยังมีปัญหาความล่าช้าของการจัดสรรงบ แต่ระบบการส่งเงินที่เปลี่ยนจากรายงวดมาเป็นรายเดือน บังคับให้การส่งเงินไปยังจังหวัดเร็วกว่าเดิม (ตัวอย่างเช่น งบของเดือนตุลาคม สามารถส่งไปยังจังหวัดในช่วงกลางเดือนพฤศจิกายน เมื่อเทียบกับ

²² ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น contingency fund ซึ่งกำหนดไว้ 5,000 ล้านบาท

กับในอดีตที่งบประมาณ สป. แต่จะงวดมักจะล่าช้าไม่ต่ำกว่า 3-6 เดือน) ยกเว้นกรณีที่มีปัญหาความล่าช้าที่เกิดจากจังหวัดเอง เช่น จังหวัดที่ไม่สามารถตกลงกันได้ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถส่งรายงาน 10 ตารางมาที่ สคส. ตามเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตาม จากการศึกษามาตรฐานพบว่าบางจังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลค่อนข้างช้าเหมือนเดิม และในบางจังหวัดยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณจากโรงพยาบาลให้สถานอนามัยที่โรงพยาบาลรับผิดชอบหลังจากเวลาผ่านไปเกือบครึ่งปีงบประมาณ

- การนำวิธีจัดสรรงบประมาณในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวมาแทนที่ระบบเดิมที่เคยจัดสรรงบให้ตามขนาดสถานพยาบาล (จำนวนเตียงและจำนวนบุคลากร) ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าสถานพยาบาลใหญ่หลายแห่งและจังหวัดเล็กหลายจังหวัดจะได้รับบ่น้อยลงจากเดิมมาก จึงได้มีการเตรียมจัดตั้งกองทุนแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน (contingency fund) ขึ้นมา โดยขอเพิ่มจากงบกลางของรัฐบาล (แต่ที่ผ่านมามีการจัดสรรงบส่วนนี้เป็นที่ยึดจากงบ UC ในกระทรวงสาธารณสุขเอง)
- การจัดสรรงบประมาณมีกลไกที่ต่างไปจากเดิม โดยจะมีงบลงทุนสองส่วน คือโครงการลงทุนขนาดเล็กซึ่งใช้ของจังหวัดและสถานพยาบาลเอง และการลงทุนขนาดใหญ่ที่ต้องการงบเพิ่มเติม ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือ สถานพยาบาลจะต้องทำแผนขอมาที่ส่วนกลาง (ซึ่งในส่วนหลังนี้ ในปีงบประมาณ 2545 ส่วนกลางกันออกมาจากงบ UC จำนวน 93.40 บาทต่อบัตร) ซึ่งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (war room) ได้ตั้งคณะกรรมการพัฒนาความพร้อมด้านการบริหารจัดการทรัพยากรมาทำข้อเสนอในการจัดสรรงบนี้ และในเดือนมกราคม 2545 ที่ผ่านมามีประชุมศูนย์ปฏิบัติการฯ ได้ให้ความเห็นชอบให้จัดสรรเงิน 10 บาทต่อหัว เพื่อลงทุนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล (EMS) ประมาณ 400 ล้านบาท ส่วนที่เหลือใช้วิธีแบ่งร้อยละ 70 (ประมาณ 2,500 ล้านบาท) เป็นงบลงทุนทั่วไปให้สถานพยาบาลต่างๆ ใน 12 เขตและกรุงเทพมหานคร ส่วนอีกร้อยละ 30 (ประมาณ 1,000 ล้านบาท) เป็นการลงทุนเพื่อพัฒนาศูนย์บริการการแพทย์ขั้นสูง 4 ประเภท ได้แก่ ศูนย์ผ่าตัดหัวใจ ศูนย์เปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และศูนย์รักษามะเร็ง และส่วนที่เหลือประมาณ 200 ล้านบาท จะนำไปใช้พัฒนาสถานพยาบาลในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ทั้งนี้ ในส่วนของงบ 1,000 ล้านบาทนั้น ในปีงบประมาณ 2545 จะมุ่งเน้นการพัฒนาศูนย์ผ่าตัดหัวใจ ก่อน โดยมุ่งการพัฒนาศูนย์ผ่าตัดหัวใจที่จังหวัดอุบลราชธานี พิษณุโลก ยะลา และนครราชสีมา รวมทั้งพิจารณางบประมาณสนับสนุนศูนย์ผ่าตัดหัวใจที่มีอยู่แล้วให้มีศักยภาพสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณใหม่ก็ได้เกิดความตึงขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขอยู่ไม่น้อย เนื่องจากการจัดสรรงบในลักษณะนี้ได้ทำให้งบที่เคยเป็นของสำนักปลัดกระทรวงและกรม กองต่างๆ ลดลงไปอย่างมาก รวมทั้งส่วนที่เดิมเคยกระจายไปยังสถานพยาบาลต่างๆ ผ่านกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคตามทรัพยากรที่มีอยู่เดิม และมีแรงกดดันที่จะหันกลับไปใช้ระบบงบประมาณแบบเดิม ซึ่งกรณีนี้เป็นที่มาของความขัดแย้งประการหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงต้นปี 2545²³

3. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิครอบคลุมประชากรทั้งประเทศเป็นประเด็นใหญ่ในทางการเมืองและเป็นจุดขายใหญ่ของนโยบาย 30 บาท แต่ไม่ใช่เรื่องใหม่หรือเรื่องใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุข เพราะถ้าพิจารณาในด้านความครอบคลุม (coverage) เป็นหลัก (โดยยังไม่เน้นที่คุณภาพของการบริการ) ก็จะได้เห็นว่า ก่อนที่มีโครงการนี้ ประชากรประมาณสองในสามถึงสามในสี่ของประเทศก็มีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ อยู่แล้ว โดยมีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล หรือ สปร. (ซึ่งครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย/ว่างงาน ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้นำศาสนา และทหารผ่านศึก) ระบบประกันสังคม และบัตรสุขภาพ 500 บาท ที่ค่อยๆ ขยายความคุ้มครองจนครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอยู่แล้ว (ดูตารางที่ 3) และที่ผ่านมาฝ่ายการเมืองทั้งในอดีตและปัจจุบันเลือกที่จะขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพมาโดยตลอด (จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในสมัยรัฐบาลคึกฤทธิ์ มาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หรือ สปร. ซึ่งขยายความคุ้มครองอย่างมากในช่วงรัฐบาลชวน ซึ่งกลายเป็นฐานรากของโครงการ 30 บาทในปัจจุบัน) ทำให้ก่อนที่จะมีโครงการนี้ มีจำนวนผู้ไร้หลักประกันทางสุขภาพที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลหรือระบบประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนอยู่ระหว่างหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25) ถึงหนึ่งในสามของประชากรทั้งประเทศเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้บริหารที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันโครงการ 30 บาท (ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ “สายปฏิรูป”) ต้องการสร้างระบบบริการที่ดีกว่าระบบ สปร. เดิม ดังนั้น จึงไม่ได้พอใจกับเพียงแค่การ “เติมให้เต็ม” โดยออกบัตรเพิ่มให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิอื่น²⁴ (ใน

²³ คณะผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงรายละเอียดเรื่องการจัดสรรงบประมาณในตอนที่ 4 และ 5 ต่อไป

²⁴ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขบางท่าน ซึ่งเคยผลักดันให้เกิดการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการ สปร. มาก่อน เคยคิดที่จะใช้โครงการ สปร. เป็นสะพานไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเสนอให้ใช้ระบบงบประมาณแบบ สปร. ในการดำเนินโครงการนี้ แต่ได้รับการคัดค้านจนข้อเสนอนี้ตกไปในที่สุด

ลักษณะที่ดำเนินการในจังหวัดนำร่องกลุ่มแรก ซึ่งเป็นการดำเนินการแบบขยายโครงการ สปร. โดย “บัตรทอง” แต่ละไปได้งบประมาณกับผู้มีรายได้น้อย)²⁵ เป้าหมายหลักของโครงการ 30 บาท ในทัศนะของผู้บริหารกลุ่มนี้จึงเน้นที่การปฏิรูประบบการเงินการคลัง (Health care financing reform) โดยมีเป้าหมายที่จะใช้การปฏิรูประบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือชักนำให้เกิดการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น เพื่อที่จะทำให้สามารถขยายและปรับปรุงบริการให้ดีขึ้นโดยไม่ต้องทุ่มเทเงินทองเพิ่มลงไปอีกจำนวนมาก (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตอนท้าย 4 และ 5)

ตารางที่ 3 ประเมินความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี 2543

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเหลือเกิน (สปร.)	20	33%
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12%
สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ	~ 7	11%
ประกันสังคม	6	10%
ประกันเอกชน	~ 5.9	~ 10%
ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกัน	>15.5	> 25%
ผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน*	?	?
รวมประชากร	61.5	100%

* ตัวอย่างเช่น ข้าราชการที่มีพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีสิทธิประกันสังคมหรือ สปร. ข้าราชการหรือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่มีประกันสุขภาพเอกชน

ที่มา: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จาก คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส. (2544) แต่ปรับด้วยข้อมูลผู้มีสิทธิในโครงการ สปร. จากอัญญา และวิโรจน์ ณ ระนอง (2544)

ก. ผลการดำเนินการในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

- ดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครขึ้นใน) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 ซึ่งเร็วกว่าแผนเดิมของรัฐบาลอย่างน้อยครึ่งปี เนื่องจากมีแรงกดดันจากทั้งการเมืองและประชาชนให้ดำเนินการโดยเร็ว (ดำเนินการครบทุกพื้นที่เมื่อ 1 เมษายน 2545)
- การออกบัตรดำเนินการไปแล้วโดยส่วนใหญ่ (อิงทะเบียนราษฎร์เป็นหลัก) แต่มีปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน (ในช่วงสามเดือนแรกของปีงบประมาณ 2545 มีบัตรที่มีปัญหาซ้ำซ้อนมากกว่าร้อยละ

²⁵ $0.69 \times 477 = 329$ บาทต่อบัตรต่อปี ซึ่งเป็นงบที่ต่ำที่สุดในบรรดาบัตร สปร.

ละ 10 แต่ค่อยๆ ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 7 ในไตรมาสแรกของปี 2545) เนื่องจากมี
 ปัญหาโครงสร้าง (บางคนมีสิทธิหลายด้านจริง) แรงจูงใจ (ผู้มีสิทธิต้องการรักษาสีทธิหลาย
 อย่างเนื่องจากไม่มีสิทธิใดที่ดีกว่าสิทธิอื่นในทุกด้าน และสถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการ
 ออกบัตรให้ได้มาก) ขาดฐานข้อมูล ความเร่งรีบในการผลักดันโครงการ/ออกบัตร (ส่วนใหญ่
 ออกบัตรภายในหนึ่งเดือน ทำให้ต้องพึ่งทะเบียนราษฎรเป็นหลัก ซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุก
 ฝ่ายว่ามีปัญหา) และการต้องออกบัตรใหม่หรือเปลี่ยนบัตรเนื่องจากการมีสถานพยาบาล
 เอกชนเข้าร่วมโครงการเพิ่มหรือถอนตัวออกจากโครงการ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่
 เคยอยู่ในโครงการนำร่องมาก่อน)

- การออกบัตรที่พึ่งทะเบียนราษฎรเป็นหลักทำให้ยังไม่ปัญหาการเข้าไม่ถึงกลุ่มคนจนที่สุด
 กลุ่มเร่ร่อน/ย้ายถิ่น ชาวเกาะ/ชาวเลหรือแม้กระทั่งชาวเมืองที่ไม่มีบัตรประชาชน (และยังม
 ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับกลุ่มที่ยังไม่ได้สัญชาติไทย) ซึ่งในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลมักต้องรับ
 ผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่ได้รับงบประมาณ ทำให้บุคคลกลุ่มนี้กลายเป็นประชาชนชั้นสอง
 หรือชั้นสามในสายตาของสถานพยาบาล ที่ผ่านมามีส่วนที่แก้ไขปัญหามาบ้างแล้วก็คือกลุ่ม
 แรงงานต่างถิ่นโดยให้ลงทะเบียนที่ปลายทางได้โดยต้องมีผู้รับรอง
- ในรอบปีที่ผ่านมา กระบวนการการออกบัตร แจกบัตร ตรวจสอบสิทธิ เปลี่ยนบัตร เก็บบัตร
 คืบ ๗๗ ยังเป็นปัญหาที่ใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 ในจังหวัดที่เข้าโครงการนำร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะออกบัตรทองให้เฉพาะกลุ่มผู้ที่มีสิทธิอื่น
 แต่ในช่วงเดือนตุลาคมก็ต้องเปลี่ยนบัตร สปร. ชนิดต่างๆ มาเป็นบัตรทองหมวด ท. ซึ่งใน
 กระบวนการนี้จังหวัดนำร่องส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแรก) มักจะต้องออกบัตรใหม่
 ทั้งหมดเนื่องจากหลายจังหวัดมีการแบ่งโซนใหม่เพราะมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครง
 การ เมื่อมีการออกบัตรใหม่ เจ้าหน้าที่ในหลายจังหวัดต้องออกไปแจกบัตรและแลกบัตรเดิม
 คืนกลับมา หลังจากเดือนตุลาคม 2544 ก็ยังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านบัตรอยู่เรื่อยๆ เช่น
 ในกรณีที่มีการออกบัตรผิด หรือเมื่อสำนักงานประกันสุขภาพแจ้งยอดหรือรายชื่อผู้มีสิทธิ
 ข้ำซ้อน เจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นก็ต้องออกไปตรวจสอบหรือในบางกรณีเก็บบัตรที่แจกไป
 แล้วคืนจากประชาชน และคาดกันว่าถ้าในเดือนตุลาคมที่จะถึงนี้ (หรือหลังจากนั้น) ที่จะ
 เริ่มเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาล การออกบัตรใหม่และเก็บบัตรคืนจะยังคง
 เป็นปัญหาใหญ่ของเจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่น เว้นแต่จะสามารถนำระบบบัตรประชาชนอิ
 เลกทรอนิกส์ทั่วประเทศมาใช้ได้ทันจริงตามที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งความหวังเอาไว้

- ข้อมูลเบื้องต้นในช่วงโครงการนำร่องพบว่าอัตราการใช้บริการไม่ค่อยต่างจากเดิมมากนัก และผู้มารับบริการโดยไม่ใช้สิทธิ์ค่อนข้างมาก²⁶
- ข้อมูลจากการดำเนินการใน 75 จังหวัดในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 พบว่าอัตราการมารับบริการของผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัว จาก 1.1 ครั้งต่อคนต่อปี (ในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2544) เป็น 2.3 ครั้งต่อคนต่อปี แม้ว่าข้อมูลเดิมอาจจะรายงานไม่ครบ (และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งนำจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ PCU นอกโรงพยาบาลมาคิดรวมเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในปีนี้ด้วย) แต่ก็น่าจะสรุปได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการเพิ่มขึ้นสำหรับโรงพยาบาลใหญ่นั้น มีอัตราการมารับบริการของผู้ป่วยนอกในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 อยู่ที่ 2.5 ครั้งต่อคนต่อปี (สำหรับผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอง) และ 2.8 ครั้งต่อคนต่อปี (ถ้านับรวมผู้ป่วยที่มาจากที่อื่นด้วย) แต่คณะผู้วิจัยยังไม่มีข้อมูลอัตราการให้บริการในปีงบประมาณ 2544 ของโรงพยาบาลใหญ่ จึงไม่สามารถระบุได้ว่าจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นหรือไม่ แต่ในหลายจังหวัด ผู้ให้บริการระบุว่าจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ²⁷
- อัตราการรับผู้ป่วยใน (รวมทุกกลุ่ม) ตกประมาณร้อยละ 11 ต่อปี ซึ่งใกล้เคียงกับปีก่อน โดยมีอัตราการรับผู้ป่วยในของประชากรกลุ่มบัตรทองและบัตรสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 9 และกลุ่ม สปร. เดิมอยู่ที่ร้อยละ 10 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 35-37)
- เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการให้บริการในช่วง 3 และ 6 เดือน (ข้อมูลปรับเป็นอัตราต่อปี) พบว่าอัตราการให้บริการของผู้ป่วยนอกในแต่ละกลุ่มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ทั้งนี้ อาจมีปัจจัยเรื่องฤดูกาลและปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ข. ข้อสังเกต

- แม้ว่าการให้หลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรเกือบทั้งประเทศจะดำเนินการไปได้ค่อนข้างราบรื่นในการออกบัตรและแจกจ่ายให้ประชาชน (โดยทั้งปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนไว้ให้ฝั่งผู้บริการตามแก้กันจนถึงทุกวันนี้) แต่ประเด็นที่น่าจะสำคัญกว่าคือพฤติกรรมการใช้บริการ คุณภาพของบริการ และผลกระทบของโครงการที่มีต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่ง

²⁶ งานวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากโครงการนำร่องช่วงต้นในสี่จังหวัดพบว่าผู้มีสิทธิ์จำนวนมากไม่ได้ใช้สิทธิ์นี้เมื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล (แต่ก็เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการเช่นกัน) โดยกลุ่มผู้มีรายได้น้อยใช้สิทธิ์นี้ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้มีรายได้สูง (ผลงานวิจัยเบื้องต้นของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย)

²⁷ ประเด็นการนี้ในต่างประเทศมักจะพบว่า การขยายหลักประกันสุขภาพมักทำให้ผู้ที่มีหลักประกันมาใช้บริการเพิ่มขึ้น

การวัดผลในด้านนี้ต้องใช้เวลาพอสมควร (โครงการปีที่ 2-3 ของคณะผู้วิจัยจะหันมาศึกษาเรื่องนี้และผลกระทบของโครงการที่มีต่อประชาชนผู้ให้บริการมากขึ้น)

- ข้อมูลจากการศึกษาสี่จังหวัดในช่วงโครงการนำร่องพบว่ากลุ่มผู้มีรายได้ต่ำมาใช้สิทธิในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงอย่างชัดเจน²⁸
- แม้ว่าบุคลากรในวงการแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับโครงการสามสิบบาทมักจะกล่าวอ้างถึงระบบสงเคราะห์เดิมว่าดีอยู่แล้ว และทำให้สถานพยาบาลสามารถหารายได้จากผู้ที่จ่ายได้มาช่วยเหลือคนจน แต่แทบทุกฝ่ายก็ยอมรับว่าโครงการนี้ทำให้ประชาชนรับรู้สิทธิของตนมากขึ้น และเข้ามารับบริการมากขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนตัวอย่างหนึ่งคือสิทธิในเรื่องการทำฟันปลอมซึ่งเป็นสิทธิที่มามีมาตั้งแต่ยุค สปร. แต่ในอดีตมีผู้มาขอใช้บริการน้อยมากเมื่อเทียบกับในช่วงที่มี 30 บาท ในปัจจุบัน คิวทำฟันปลอมของสถานพยาบาลจำนวนมากยาวกว่า 6 เดือน (บางแห่งคิวยาวเป็นปี) จนทันตแพทย์บางกลุ่มเสนอให้ยกเลิกสิทธินี้โดยอ้างว่าทำให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพฟันน้อยลง²⁹
- ผู้เข้ามารับบริการเข้ามาอย่างมีสิทธิและมีศักดิ์ศรีมากขึ้น มีความคาดหวังที่สูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะปกป้อง/รักษาสีตริของตนมากขึ้น
- ประชาชนที่มารับบริการจำนวนมากมีความกังวลเรื่องการเงินน้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่จำนวนผู้ที่ขอใช้ห้องพิเศษเพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่าเดิมมาก (และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่บุคลากรที่ให้บริการมีความรู้สึกว่าการนี้กำลังช่วยคนรวยมากกว่าคนจน)

4. ผลของการปฏิรูประบบการเงินการคลัง: ความพอเพียงของงบประมาณ

ประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาใหญ่ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ โครงการประเภทนี้มักเป็นโครงการที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก และมักมีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) ประเทศในยุโรปที่มีโครงการเหล่านี้มักจะเก็บภาษีในอัตราที่สูงกว่าประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นภาษีมูลค่าเพิ่มหรือภาษีเงินได้ การศึกษาโดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ (2543) ประมาณว่างบประมาณที่ภาครัฐต้องใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลังจากที่ยุบรวมสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ เข้าด้วยกันแล้ว จะตกประมาณปีละหนึ่งแสนล้านบาท ซึ่งสูงกว่างบด้านสาธารณสุขที่ใช้กันอยู่กระจายกระจายในปัจจุบัน (รวมประมาณ 80,000

²⁸ ผลงานวิจัยเบื้องต้นของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและคณะ

²⁹ คิวผ่าตัดในหลายโรงพยาบาลยาวขึ้นเช่นกัน

ล้านบาท) ไม่มากนัก และคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สวรส. (2544) ประมาณไว้ว่าต้องการบเพิ่มขึ้น 30,000-40,000 ล้านบาทต่อปีสำหรับการดำเนินโครงการในระยะแรก และยอดเงินรวมสำหรับโครงการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 200,000 ล้านบาทในปี 2553

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ตั้งความหวังเอาไว้ว่าจะสามารถดำเนินโครงการนี้ให้ครบทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2545 โดยจัดสรรงบให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเพียง 5,000 ล้านบาท (รวมเป็นงบ UC 47,998 ล้านบาท) โดยในช่วงที่ตั้งงบประมาณนั้น รัฐบาลและผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขคาดกันว่าจะเริ่มดำเนินโครงการเพียงบางส่วนในเดือนตุลาคม 2544 และคาดว่าจะขยายออกไปทั่วประเทศในเดือนเมษายน 2545 เป็นอย่างรวดเร็ว สาเหตุที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเสนอให้แบ่งการดำเนินการออกเป็นหลายระยะเกิดจากความกังวลสองประการคือ ความกังวลเรื่องความไม่พร้อมของระบบ และความกังวลเรื่องความเพียงพอของงบประมาณ ซึ่งในประการหลังนั้น จะเห็นได้ว่าถ้าคำนวณจากการจัดสรรงบ 1,202.40 บาทต่อหัวแล้ว งบที่รัฐบาลเตรียมไว้ให้จะครอบคลุมประชากรได้เพียง 39 ล้านคน ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์เอาไว้ว่ามีประชากรผู้มีสิทธิประมาณ 46.6 ล้านคน

ความกังวลประการหลังนี้เห็นได้ในการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโครงการนำร่องระยะที่สองที่จังหวัดระยองในเดือนกรกฎาคม 2544 ซึ่งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันโครงการนี้มาโดยตลอด ได้นำเสนอทางเลือกในการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหางบประมาณโดยให้แยกดำเนินโครงการในจังหวัดที่เหลือเป็นสามระยะ โดยเริ่มจากกลุ่มจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวประชากรต่ำที่สุดในเดือนตุลาคม 2544 แล้วขยายไปยังกลุ่มจังหวัดที่มีรายได้ปานกลางในเดือนมกราคม 2545 และกลุ่มจังหวัดที่มีรายได้สูงที่สุด (รวมกรุงเทพมหานคร) ในเดือนเมษายน 2545 อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขได้มีมติให้ดำเนินการพร้อมกันทั่วทั้งประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 โดยไม่ต้องกังวลถึงปัญหาความเพียงพอของงบประมาณ โดยถือว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายการเมืองซึ่งได้ให้สัญญาประชาคมเอาไว้เป็นผู้รับผิดชอบหากมาเพิ่มเติมให้โครงการเอง

ประเด็นเรื่องความเพียงพอหรือไม่ของงบประมาณเป็นประเด็นที่มีความสลับซับซ้อนและมีพลวัตอยู่ในตัวเองค่อนข้างมาก การวิเคราะห์ประเด็นนี้จึงต้องแยกพิจารณาในหลายมุม

ก. การเทียบค่าใช้จ่ายกับกองทุนประกันสังคม

การที่ชุดสิทธิประโยชน์และกลไกหลายอย่างของโครงการ 30 บาทปรับมาจากโครงการประกันสังคม ทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการประกันสังคมน่าจะเป็นหลักยึด (benchmark) ที่มีประโยชน์ตัวหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการประกันสังคมเป็นโครงการที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่

ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจมีกำไร จากเข้าร่วมโครงการ ถึงแม้ว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัยสี่แห่งที่ ผู้วิจัยสัมภาษณ์หรือพูดคุยด้วยจะระบุว่าโรงพยาบาลของตนเริ่มประสบกับการขาดทุนในการให้บริการคนไข้ประกันสังคมในระยะประมาณสองปีที่ผ่านมา แต่ทางสำนักประกันสังคมเองก็ได้มีการปรับอัตราค่าตอบแทนตามความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง (ในอัตรา 150 บาทต่อ บัตร โดยเริ่มในปี 2544 เป็นปีแรก ซึ่งคาดว่าเงินส่วนนี้จะไปที่โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัยเป็น ส่วนใหญ่ และน่าจะสามารถชดเชยการขาดทุนของโรงพยาบาลเหล่านี้ได้)

ในอดีตนั้น ถึงแม้ว่าจะไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บริการในโครง การประกันสังคมเปรียบเทียบกับโครงการอื่นๆ ของสถานพยาบาลของรัฐอย่างเป็นระบบ และมัก จะเชื่อกันว่าผู้มีสิทธิประกันสังคมน่าจะมีความคาดหวังต่อการบริการที่สูงกว่าผู้มีสิทธิอื่นๆ ของ ภาครัฐ เช่น ผู้มีสิทธิ สปร. และผู้ใช้บัตรสุขภาพ 500 บาท อยู่บ้าง แต่การศึกษาในระยะหลัง เช่น อัญชนาและวิโรจน์ (2544, 2545) ซึ่งมีการสอบถามทัศนคติของผู้ถือบัตร สปร. ในสามจังหวัด (เชียงใหม่ ขอนแก่น และปทุมธานี) พบว่าผู้ถือบัตร สปร. ส่วนใหญ่ (ประมาณ 3 ใน 4) มีความเห็น ว่าตนได้รับบริการที่ไม่ได้แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ สำหรับโครงการ "30 บาท" นั้น ถึงแม้ว่าจะ ได้ปรับชุดสิทธิประโยชน์และงบประมาณลดลงมาจากโครงการประกันสังคม แต่กรณีนี้ไม่ได้เป็นที่ รับรู้กันอย่างกว้างขวางในวงสาธารณะ ในทางตรงกันข้าม การประชาสัมพันธ์โครงการ "30 บาท" อย่างแข็งขัน ทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยมีความคาดหวังกับโครงการค่อนข้างสูง³⁰ ดังนั้น ถ้า โครงการ "30 บาท" สามารถดำเนินการได้ผลตามที่ผู้ผลักดันโครงการคาดเอาไว้จริง โครงการ "30 บาท" ก็ควรจะต้องมีคุณภาพของบริการที่อย่างน้อยต้องเทียบเคียงได้กับโครงการประกันสังคม

ความแตกต่างประการหนึ่งของโครงการ "30 บาท" จากโครงการประกันสังคมคือ โครง การ "30 บาท" ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย แต่ถ้ามองการดำเนินการสอง ด้านนี้มีส่วนช่วยลดการเจ็บป่วยลงได้จริง ก็ไม่น่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการ "30 บาท" เพิ่มสูง ขึ้นกว่าในกรณีที่ไม่มีโครงการดังกล่าวจนทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ความ แตกต่างของโครงการทั้งสองในประเด็นสำคัญที่สุด ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาในการใช้ค่าใช้จ่ายของ โครงการประกันสังคมมาประมาณการค่าใช้จ่ายของโครงการ "30 บาท" ก็คือโครงสร้างประชากร ที่ต่างกัน โดยในปัจจุบันนั้น ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว (ซึ่งมี อัตราการเจ็บป่วยต่ำ) และเป็นประชากรวัยทำงาน (ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ยอมกลางงานโดยไม่จำเป็น มาก) ดังนั้น อัตราการให้บริการของผู้มีสิทธิประกันสังคมอาจจะต่ำกว่าประชาชนทั่วไปที่มีหลัก

³⁰ จากการศึกษาภาคสนามโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลใน 6 จังหวัด ในอย่างน้อย 3 จังหวัด (สระบุรี ปทุมธานี และภูเก็ต) มีผู้บริหารโรงพยาบาลที่ระบุว่าประชาชนผู้ที่มาใช้บริการจำนวนหนึ่งมีภาพลักษณ์ ว่าโครงการ "30 บาท" ตั้งเป้าในด้านคุณภาพการบริการไว้สูงกว่าโครงการประกันสังคม

ประกันด้านสุขภาพที่ตัดเทียมกัน สำหรับข้อได้เปรียบของโครงการ “30 บาท” อาจจะมีเหนือโครงการประกันสังคมอยู่บ้างก็คือการมี pool ของผู้ประกันตนขนาดใหญ่อยู่ในระแวกเดียวกัน ซึ่งอาจช่วยลดต้นทุนในด้านการบริหารจัดการ (รวมทั้งสามารถใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า) นอกจากนี้ กลุ่มผู้มีสิทธิ 30 บาทอาจมีความเสี่ยงในด้าน occupational hazard ที่ต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในกองทุนประกันสังคม³¹ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม และกองทุนเงินทดแทนต้องจ่ายชดเชยโดยเฉลี่ยประมาณ 80-130 บาทต่อคนต่อปีในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (ดูตารางที่ 4 หน้าถัดไป)

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคมที่จ่ายโดยกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนรวมกันตกประมาณ 1,617 บาทต่อคนในปี 2544 ซึ่งสูงกว่าปีที่ตั้งเอาไว้สำหรับโครงการ 30 บาท (1,202.40 บาทต่อคน) ประมาณร้อยละ 34 แม้ว่ายอดค่าใช้จ่ายจากโครงการประกันสังคม (ในส่วนของที่จ่ายให้ผู้ประกันตน) ในตารางนี้จะรวมประโยชน์ทดแทนสำหรับกรณีทุพพลภาพที่ไม่ได้สืบเนื่องจากการทำงานเอาไว้ด้วย (เนื่องจากไม่สามารถแยกส่วนที่เป็นค่ารักษาพยาบาลออกมาได้) แต่ประโยชน์ทดแทนรายการนี้ (ซึ่งรวมค่ารักษาพยาบาลเอาไว้ด้วยแล้วนั้น) มีค่าเฉลี่ยเพียง 20 บาทต่อบัตรเท่านั้น ดังนั้น ถ้ามีความผิดพลาดที่เกิดจากรายการนี้ก็จะเป็นระดับที่ต่ำกว่าร้อยละหนึ่งของยอดรวม ในทางกลับกัน มีความเป็นไปได้เช่นกันที่ยอดค่าใช้จ่ายรวมที่คำนวณได้จะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้เนื่องจากรายจ่ายของกองทุนเงินทดแทนในสองปีหลัง (ปี 2543 และ 2544) เป็นสองปีที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดนับตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา (ในระหว่างปี 2535-2542 รายจ่ายของกองทุนเงินทดแทนมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 95-133 บาทต่อคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของปี 2543 ประมาณ 13-52 บาทต่อคน)³² ถ้าใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากกองทุนเงินทดแทนในระยะ 5 ปีหลัง (2540-44) ก็จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 100

³¹ อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักฐานว่าสมมุติฐานนี้เป็นจริงหรือไม่ เพราะมีความเป็นไปได้เช่นกันว่าความเสี่ยงด้าน occupational hazard ในภาคเกษตรกรรมอาจจะสูงกว่าในโรงงานอุตสาหกรรมและภาคธุรกิจอื่นๆ ผู้ที่อยู่ในกองทุนประกันสังคม

³² การที่กองทุนเงินทดแทนใช้วิธีจ่ายเงินให้สถานพยาบาลแบบ fee for service ทำให้มีผู้ที่เชื่อว่ากองทุนฯ อาจมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนฯ เป็นการจ่ายแบบมีเพดาน ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาแรงจูงใจในการให้การรักษามากกว่าที่ควรจะเป็นในกรณีการรักษาโรคหรืออุบัติเหตุที่มีค่าใช้จ่ายสูงเช่นกัน ซึ่งกรณีเหล่านี้น่าจะหักล้างกับกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่ควรจะเป็นไปบ้างแล้ว และในกรณีที่เลือกใช้อัตราของปีที่ต่ำกว่าปกติค่อนข้างมาก ก็น่าจะเพียงพอที่จะหักล้างผลที่อาจเกิดจากแรงจูงใจของสถานพยาบาลในการให้บริการมากกว่าความจำเป็นอันเนื่องมาจากการใช้ระบบ fee for service ลงไปได้

บาทต่อคน ซึ่งเมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายจากกองทุนประกันสังคม (1,532 บาทต่อคน) ก็จะมีค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 1,632 บาทต่อคน

ตารางที่ 4 รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน

ปี	จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน กับสถาน พยาบาล ล้านคน	กองทุนประกันสังคม			กองทุนทดแทน			รวมรายจ่ายด้านสุขภาพ	
		จ่ายให้สถาน พยาบาล บาท/คน	จ่ายให้ผู้ ประกันตน บาท/คน	รวม บาท/คน	ค่ารักษา พยาบาล บาท/คน	ค่าฟื้นฟู สมรรถภาพ บาท/คน	รวม บาท/คน	ภาพ	
								จากทั้งสองกองทุน	
								บาท/คน	ล้านบาท
2534	2.528	299.56	1.39	300.96	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2535	2.755	657.82	58.99	716.81	94.15	0.42	94.57	811.38	2,235
2536	3.316	638.03	78.01	716.04	97.36	0.59	97.94	813.98	2,699
2537	3.912	663.14	79.80	742.94	98.55	0.30	98.85	841.79	3,293
2538	4.240	725.66	127.47	853.13	113.18	0.36	113.55	966.68	4,099
2539	4.904	821.64	146.70	968.34	122.71	0.35	123.06	1,091.40	5,352
2540	5.474	778.62	158.73	937.35	132.72	0.44	133.16	1,070.52	5,860
2541	5.748	1,073.61	153.32	1,226.93	106.91	0.29	107.20	1,334.13	7,669
2542	5.117	1,097.98	172.98	1,270.97	95.12	0.34	95.46	1,366.42	6,992
2543	5.653	1,076.35	175.39	1,251.75	80.83	0.33	81.16	1,332.90	7,535
2544	5.926	1,356.22	166.42	1,531.54	84.71	0.34	85.05	1,616.59	9,580

ที่มา: อัญญาและศรัชัย (2545 บทที่ 4 ตารางที่ 5.8)

หมายเหตุ: ตัวเลข บาท/คน เป็นตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด

ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของกองทุนประกันสังคมเป็นฐานคิดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนสำหรับกองทุนเงินทดแทนด้วย

ถ้าใช้อัตราค่าใช้จ่ายของโครงการประกันสังคม 1,617-1,632 บาทต่อคน มาคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการ “30 บาท” โดยคิดจากฐานประชากร 43.8 ล้านคน³³ ค่าใช้จ่ายที่ควรจะเป็นของโครงการนี้ (ไม่รวมข้าราชการและครอบครัวและผู้มีสิทธิประกันสังคมในปัจจุบัน) จะตกประมาณ 70,825-71,500 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมากกว่างบที่ใช้ในปัจจุบันประมาณ 25,000 ล้านบาทต่อปี

³³ ดูตัวเลขประมาณการผู้มีสิทธิในโครงการในกรณีต่างๆ ในหัวข้อย่อย จ.

ข. ข้อมูลอัตราการใช้บริการ

การตั้งงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ไว้ที่ 1,202.40 บาทต่อคน เป็นผลจากการประมาณการค่าใช้จ่ายโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) ในการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการ โดยใช้ข้อมูลอัตราการใช้บริการจากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 (Health and Welfare Survey 1996) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาคำนวณอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนสถานพยาบาลได้ 4.34 ครั้งต่อคนต่อปี อัตราการให้บริการสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก 2.876 ครั้งต่อคนต่อปี และอัตราการให้บริการสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน 0.066 ครั้งต่อคนต่อปี

คณะผู้วิจัยได้ศึกษารายงานการสำรวจดังกล่าว ซึ่งรายงานว่าร้อยละ 15.31 และ 2.37 ของประชากรที่สำรวจมีการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ/ประสบอุบัติเหตุในช่วงสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจ (เมื่อนำมาคำนวณโดยหยาบๆ โดยใช้อัตราการป่วยรวม 0.1768 คนต่อสองสัปดาห์ คูณด้วย 26 ก็จะได้เป็นอัตราการป่วยอย่างต่ำ 4.597 ครั้งต่อปี)³⁴ และจากสำรวจนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60.8 ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนตั้งแต่วันแรกของการเจ็บป่วย (คิดเป็นอัตราการให้บริการในสถานพยาบาลอย่างต่ำ 2.795 ครั้งต่อปี) และพบว่ามีประชากรร้อยละ 0.59 เข้าไปรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบปีที่ผ่านมา การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยในมีปัญหาอยู่บ้างเนื่องจากเป็นข้อมูลที่มีฐานต่างกัน แต่ในกรณีสุดโต่งที่ผู้ป่วยในทุกรายไม่ได้ไปรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกมาก่อน อัตราการให้บริการในฐานะผู้ป่วยนอกก็จะลดเหลือประมาณ 2.2 ครั้งต่อคนต่อปี (ซึ่งตัวเลขจริงน่าจะสูงกว่านี้) โปรดสังเกตว่าตัวเลขที่คำนวณในที่นี้ น่าจะต่ำกว่าอัตราการให้บริการจริง เพราะในความเป็นจริงแล้ว จะมีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษามากกว่าหนึ่งครั้งและ/หรือมากกว่าหนึ่งสถานพยาบาลในรอบสองสัปดาห์ (ข้อมูลที่รายงานเป็นข้อมูลการรักษาในวันแรกเท่านั้น) และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลมากกว่าแห่งหรือหนึ่งครั้งในหนึ่งปี

นอกจากผู้ป่วยประมาณร้อยละ 61 จะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลในวันแรกของการเจ็บป่วยแล้ว ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ใช้วิธีการรักษาวิธีอื่น (ดูตาราง 4 ข้างล่าง) วิธีการรักษาอื่นๆ ที่สำคัญคือผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามซื้อยากินเอง และในบรรดาผู้ป่วยที่เลือกวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน (รวมทั้งผู้ป่วยประมาณร้อยละ 8 ที่ไม่ได้รักษาโดยวิธีใดในวันแรกของการเจ็บป่วย) นั้น มี

³⁴ ในกรณีที่การสำรวจมีการกระจายอย่างสม่ำเสมอทั้งปี หรือไม่มีความบิดเบือนอันเนื่องมาจากผลของฤดูกาล (seasonal variation)

ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 7.1 ที่ให้เหตุผลว่าเลือกวิธีการรักษานั้นๆ เนื่องจากมีฐานะยากจนหรือการคมนาคมไม่สะดวก (ร้อยละ 4.25 และ 2.83 ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือที่รู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ จำแนกตามวิธีการรักษาตัวในวันแรกที่ป่วย^{1/} ภาคและเขตการปกครอง พ.ศ. 2539

วิธีการรักษาตัว ในวันแรกที่ป่วย	ทั่วราชอาณาจักร			กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	ภาค เหนือ	ภาค ตะวันออก เฉียง เหนือ	ภาคใต้
	รวม	ในเขต เทศบาล	นอก เขต เทศบาล					
ไม่ได้รักษา	8.4	8.1	8.4	9.1	6.3	7.7	8.0	13.0
ใช้ยาสมุนไพร	1.4	1.0	1.4	0.7	1.2	1.6	1.2	2.2
ไปหาหมอพื้นบ้าน	1.0	0.2	1.2	0.1	1.3	0.8	0.9	1.8
ซื้อยากินเอง	34.1	33.4	34.2	33.2	33.7	35.0	35.4	30.2
ไปหาเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย	18.4	2.6	21.2	2.9	15.5	24.4	21.2	14.6
ไปโรงพยาบาลอำเภอ	10.9	2.4	12.4	0.6	6.3	11.2	14.9	12.4
ไปโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ	11.9	18.8	10.6	16.3	14.4	11.7	9.5	12.1
ไปหาแพทย์ที่คลินิก	16.3	28.5	14.0	27.9	19.6	13.4	12.3	19.7
ไปโรงพยาบาลเอกชน	3.3	7.7	2.5	9.5	7.2	2.1	1.1	1.6
อื่นๆ ^{2/}	1.1	1.7	1.0	2.4	1.7	0.8	0.7	0.8
ไม่ทราบ	1.0	2.7	0.6	3.0	1.6	0.7	0.6	0.2

หมายเหตุ : อัตราร้อยละคำนวณจากประชากรที่ป่วยหรือที่รู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ในภาคและเขตการปกครองเดียวกัน

1/ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ ตามโรคหรืออาการของโรคที่ป่วย

2/ เช่น ไปหาพระรดน้ำมนต์ เป็นต้น

ที่มา: รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6 จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปีที่แล้ว จำแนกตามเพศ ภาคและเขตการปกครอง พ.ศ. 2539

จำนวนพันคน

ภาคและเขตการปกครอง	ประชากรที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปีที่แล้ว			อัตราร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ทั่วราชอาณาจักร	3,535.8	1,519.3	2,016.5	5.9	2.5	3.4
ในเขตเทศบาล	581.1	227.5	353.6	4.8	1.9	2.9
นอกเขตเทศบาล	2,954.7	1,291.8	1,662.9	6.2	2.7	3.5
กรุงเทพมหานคร	298.0	100.9	197.1	4.2	1.4	2.8
ภาคกลาง	824.0	360.5	463.5	6.2	2.7	3.5
ภาคเหนือ	758.0	351.0	407.0	6.8	3.2	3.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,173.6	516.1	657.5	5.7	2.5	3.2
ภาคใต้	482.2	190.8	291.4	6.1	2.4	3.7

หมายเหตุ: อัตราร้อยละคำนวณจากประชากรเพศเดียวกัน ในภาคและเขตการปกครองเดียวกัน

ที่มา: รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี

ถ้าพิจารณาตัวเลขอัตราการใช้บริการที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ก็จะได้เห็นว่าค่อนข้างจะใกล้เคียงกัน โดยอัตราที่วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ใช้ (ผู้ป่วยนอก 2.876 ครั้งต่อปี และผู้ป่วยใน 0.066 ครั้งต่อปี) จะสูงกว่าอัตราการให้บริการขั้นต่ำที่คณะผู้วิจัยคำนวณได้จากรายงานการสำรวจนี้เล็กน้อย³⁵

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ อัตราการให้บริการสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในของประชาชนทั่วไปที่ได้จากการสำรวจนี้ (0.059-0.066 ครั้งต่อปี) ต่ำกว่าอัตราการให้บริการในฐานะผู้ป่วยในของทั้งข้าราชการและข้าราชการบำนาญที่พอมีข้อมูลอยู่บ้าง (เช่น 0.3 และ 1.16 ครั้งต่อคนต่อปีในจังหวัดพิษณุโลกในปี 2537) ค่อนข้างมาก (ดูตารางที่ 7) สำหรับอัตราการให้บริการรวมและอัตราการให้บริการในฐานะผู้ป่วยนอกของกลุ่มข้าราชการนั้นไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน เนื่องจาก

³⁵ ความแตกต่างส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการที่วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะใช้วิธีคำนวณจากข้อมูลดิบโดยไม่ได้อัดนํ้าหนัก

ไม่มีข้อมูลจำนวนครอบครัวข้าราชการ อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 7 พอจะอนุมานได้ว่ามีอัตราการไปใช้บริการรวมที่ไม่ต่างจากประชาชนทั่วไปมากนัก แต่การที่กลุ่มข้าราชการมีอัตราการใช้บริการในฐานะผู้ป่วยในที่สูงกว่าประชาชนทั่วไปมาก น่าจะเกิดจากการที่ข้าราชการมีสวัสดิการที่ครอบคลุมมากกว่าและสถานพยาบาล (รวมทั้งสถานพยาบาลของเอกชน ซึ่งในช่วงที่ศึกษานั้นยังสามารถเบิกค่ารักษาจากสวัสดิการข้าราชการเหมือนกับสถานพยาบาลรัฐ) มีแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยที่มีสวัสดิการข้าราชการเข้ารับการรักษากว่าประชาชนทั่วไป ในขณะที่เดียวกัน ตัวข้าราชการเองก็อาจมีแรงจูงใจที่เข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยในเช่นกัน เนื่องจากมีสิทธิในการใช้ห้องพิเศษและไม่ต้องทอดรองจ่ายเงินไปก่อนเหมือนกับในกรณีการเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 7 อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลของข้าราชการและข้าราชการบำนาญ

	อัตราการใช้บริการ (ครั้งต่อคนต่อปี) (ตัวเลขในวงเล็บเป็นวันนอนเฉลี่ย)	
	ภูิกจาก 6 กรม และ กทม. ปีงบประมาณ 2534-35 (วิโรจน์และคณะ 2536ก 2536ข)	พิษณุโลก ปี 2537 (วิโรจน์และคณะ 2540)
ข้าราชการประจำ		1.35
ผู้ป่วยนอก	1.6	1.05
ผู้ป่วยใน รพ.รัฐและเอกชน		0.30
ผู้ป่วยใน รพ.เอกชน	(4.4)	0.25
ผู้ป่วยใน รพ.รัฐ	(13.4)	0.05
ข้าราชการบำนาญ		3.66
ผู้ป่วยนอก	1.9	2.5
ผู้ป่วยใน รพ.รัฐและเอกชน		1.16
ผู้ป่วยใน รพ.เอกชน	(19)	0.86
ผู้ป่วยใน รพ.รัฐ	(6.5)	0.31

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536ก 2536ข 2540) อ้างใน นิภา (2545)

ข้อมูลอีกแหล่งหนึ่งในด้านอัตราการใช้บริการได้จากการศึกษาของเพ็ญแขและคณะ (2544) ซึ่งรวบรวมข้อมูลอัตราการใช้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิ สปร. ในปีงบประมาณ 2543 ใน 6 จังหวัดโครงการ SIP (ดูตารางที่ 8) แม้ว่าข้อมูลนี้จะไม่สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนโดยตรงเนื่องจากอาจมีประชาชนผู้มีสิทธิ สปร. บางรายไปรับการรักษาที่อื่นโดยไม่ได้อำนาจ และวิธีนับจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยอาจจะไม่เหมือนกันทีเดียว แต่ก็น่าจะช่วยให้มอง

เห็นภาพที่พอจะเปรียบเทียบกันได้หายๆ เพ็ญแขและคณะพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วอัตราการให้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิ สปร. ใน 6 จังหวัดดังกล่าวในฐานะผู้ป่วยนอกตกประมาณ 3.46 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่อัตราการให้บริการในฐานะผู้ป่วยในตกประมาณ 0.11 รายต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 มากพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยใน ถึงแม้ว่าการกระจายตัวของผู้มีสิทธิในโครงการ สปร. จะเบ้หัวท้ายไปบ้าง (ซึ่งอาจมีผลทำให้มีความต้องการในการให้บริการสูงกว่าประชากรทั่วไป) แต่ตัวเลขผู้ป่วยในก็ใกล้เคียงกับอัตราที่คำนวณได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข และอย่างน้อยที่สุดคงจะไม่มีปัญหาเรื่องแรงจูงใจของสถานพยาบาลที่จะรับผู้มีสิทธิกลุ่มนี้เข้าเป็นคนไข้ในเกินความจำเป็นเหมือนดังเช่นกรณีของสวัสดิการข้าราชการ (อาจจะมีแรงจูงใจในทางกลับกันเสียด้วยซ้ำ หรือถ้าจะมีบ้างจากการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในออกมาของรวมกันแบบ “exclusive” ก็ไม่น่าจะรุนแรงเหมือนกรณีสวัสดิการข้าราชการ และถ้ามีปัญหาแรงจูงใจในส่วนหลังนี้จริง ก็จะเป็นปัญหาที่จะยังคงติดอยู่ในโครงการ 30 บาท ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะใช้วิธีจัดสรรงบวิธีนี้ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2546)

ตารางที่ 8 อัตราการให้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิ สปร. ในปีงบประมาณ 2543 ใน 6 จังหวัดโครงการ SIP

จังหวัด	จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อคน	จำนวนรายผู้ป่วยในต่อคน	วันนอนเฉลี่ยต่อราย
สมุทรสาคร	2.90	0.11	4.2
ปทุมธานี	2.22	0.05	5.3
นครสวรรค์	4.34	0.11	5.1
พะเยา	3.29	0.11	4.5
ยโสธร	3.83	0.14	3.5
ยะลา	2.73	0.11	5.4
เฉลี่ยหกจังหวัด	3.46	0.11	4.6

ที่มา: เพ็ญแขและคณะ (2544)

ในแง่ความเหมาะสมของการนำข้อมูลอัตราการให้บริการจากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 มาเป็นฐานในการคำนวณงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 นั้น มีข้อสังเกตของคณะผู้วิจัยและนักวิชาการอื่นๆ บางประการ คือ

- โครงสร้างอายุของประชากรในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากปี 2539 ซึ่งอาจทำให้อัตราการใช้บริการในปัจจุบันสูงกว่าในอดีต (เนื่องจากมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น)
- การที่ประชากรโดยรวมมีการศึกษาสูงขึ้นน่าจะทำให้มีอุปสงค์ในการใช้บริการมากขึ้น
- การเข้ามาของโครงการ 30 บาท ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการมารับบริการของประชาชนบางกลุ่ม และความพยายามของโครงการนี้ในการขยายบทบาทของสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน น่าจะมีส่วนจูงใจให้ประชากรกลุ่มที่ให้เหตุผลในการเลือกวิธีรักษาว่าเป็นเพราะความยากจนหรือมีปัญหาการคมนาคมหันมาใช้บริการจากสถานพยาบาลในโครงการมากขึ้น (ส่วนผลที่คาดว่าจะจำนวนการเจ็บป่วยจะลดลงเนื่องจากการขยายบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค น่าจะเป็นผลที่เกิดในระยะยาวมากกว่าในปัจจุบันทันใด)
- การประชาสัมพันธ์ของโครงการ 30 บาท มีประสิทธิผลมากเมื่อเทียบกับโครงการสวัสดิการอื่นๆ ในอดีต เช่น โครงการ สปร. (ตัวอย่างเช่น ในหลายจังหวัดมีผู้มาขอใช้สิทธิ์ด้านทันตกรรมเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว)
- ในหลายพื้นที่ โครงการ 30 บาท และความพยายามในการสร้างบริการปฐมภูมิใกล้บ้านน่าจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยบางส่วนที่เคยซื้อยากินเองหันมาใช้บริการที่สถานพยาบาลมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาและการสำรวจหลายครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รักษาตัวโดยวิธีซื้อยากินเองจำนวนนี้มีจำนวนมาก (ประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่ระบุว่าตนป่วยในการสำรวจ)
- เป็นที่ยอมรับกันว่าข้อมูลการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจนั้นมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง (under-report) ด้วยสาเหตุอย่างน้อยสองประการคือ ประการแรก ความสามารถในการจดจำเหตุการณ์ในอดีต (ability to recall) (ซึ่งกรณีนี้อาจมีปัญหามากในการสอบถามการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการถามข้อมูลย้อนหลังหนึ่งปี) และประการที่สอง ผู้สัมภาษณ์และ/หรือผู้ถูกสัมภาษณ์อาจมีแรงจูงใจที่จะให้การสัมภาษณ์ยุติโดยเร็ว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ถ้าตอบว่าไปรับการรักษาแล้วจะต้องมีการสอบถามรายละเอียดและค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อ)
- ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2540 ซึ่งใช้วิธีรวบรวมข้อมูลจากการรายงานประกอบกับการสำรวจประจำปีโดยการส่งแบบ

สอบถามไปยังสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน (ซึ่งได้รับการตอบกลับไม่ครบ คือร้อยละ 87 และ 56 ตามลำดับ) รายงานยอดจำนวนผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2539 ถึง 7.31 ล้านคน คิดเป็น 2.07 เท่าของจำนวนผู้ป่วยในที่ได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ และเพิ่มขึ้นเป็น 7.51 ล้านคนในปี พ.ศ. 2540 (ซึ่งเป็นปีที่มีวิกฤติเศรษฐกิจและจำนวนผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเอกชนลดลง)

- อัตราการใช้บริการในฐานะผู้ป่วยในของกลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญ สูงกว่าอัตราที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้มาก ถึงแม้ว่าอัตราการใช้บริการในฐานะผู้ป่วยในของข้าราชการอาจจะสะท้อนความบิดเบือนที่เกิดจากระบบแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสมในระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นปัญหา moral hazard แต่การที่โครงการ 30 บาทสามารถแก้ปัญหาการไม่กล้าเข้ามารับการรักษาที่สถานพยาบาลเนื่องจากเหตุผลด้านการเงินของประชาชนจำนวนหนึ่ง น่าจะทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ตัดสินใจเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยใน หรือในบางกรณีอาจเรียกร้องสิทธิให้สถานพยาบาลรับตนเข้าเป็นผู้ป่วยในหรือส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่มากขึ้นด้วย ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลในโครงการ 30 บาทหลายแห่งอาจจะเพิ่มความเข้มงวดในการรับผู้ป่วยใน แต่การที่ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้สิทธิของตนมากขึ้นย่อมจะทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากเป็นห่วงเรื่องการถูกร้องเรียนมากขึ้นกว่าในระบบเดิม ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วก็มีโอกาสไม่น้อยที่อัตราการใช้บริการในฐานะผู้ป่วยในของประชาชนทั่วไปเพิ่มขึ้น

ในทางกลับกัน มีเหตุผลบางประการที่สนับสนุนการใช้ข้อมูลในปี 2539 โดยไม่ต้องปรับอัตราการใช้ บิ กรให้สูงขึ้น

- ปี 2539 ยังอยู่ในช่วงฟองสบู่ซึ่งอาจมีอัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลสูงกว่าปกติอยู่แล้ว³⁶
- สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการเลือกวิธีบันทึกและรายงานข้อมูลการใช้บริการที่ทำให้รายงานโดยสถานพยาบาลอาจสูงกว่าความเป็นจริง ตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลเอกชนที่ตอบแบบสอบถามรายงานทรัพยากรสาธารณสุขรายงาน

³⁶ เหตุผลนี้เสนอโดย นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

จำนวนคนไข้และจำนวนวันนอนลดลงเพียงร้อยละ 3 ทั้งที่เป็นปีที่ประเทศไทย
ประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจอย่างรุนแรง³⁷

- ประชาชนจำนวนมากยังไม่ได้ไปใช้บริการเนื่องจากไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ
ของโครงการ 30 บาท โดยจะเห็นได้ว่าสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขใน
โครงการนำร่องส่วนใหญ่ได้งบประมาณกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

อย่างไรก็ตาม ในประเด็นหลังสุดนั้น ถ้าพิจารณาเป้าหมายของโครงการ 30 บาท ซึ่งตั้ง
เป้าที่จะใช้การปฏิรูปการเงินการคลัง (financial reform) เป็นหนึ่งในบรรดาองศาที่จะไปสู่การ
ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพแล้ว การคำนวณงบประมาณสำหรับโครงการก็ควรจะ
ไปในทิศทางที่ส่งสัญญาณที่สอดคล้องกับทิศทางของการปฏิรูป เช่นถ้าต้องการให้โครงการ 30
บาท เป็นบริการที่มีคุณภาพทัดเทียมกับโครงการประกันสังคมเป็นอย่างน้อย การจัดสรรงบก็ควร
จะมีความสอดคล้องกันด้วย ไม่ใช่ใช้วิธีจัดสรรงบซึ่งส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลลดคุณภาพของ
บริการลงแทน³⁸

ในระยะประมาณครึ่งปีข้างหน้า ข้อมูลการใช้บริการที่รายงานมาจากฝั่งของสถาน
พยาบาลคงจะค่อยๆ ทอยกันออกมามากขึ้น (ปัจจุบัน ข้อมูลการใช้บริการในสถานพยาบาลโดย
ส่วนใหญ่ของรัฐที่ผู้วิจัยสามารถรวบรวมมาได้จากรายงาน 0110 รง. 5 มีเพียงช่วงเดือนตุลาคม
2544 – มีนาคม 2545³⁹ ซึ่งผู้วิจัยนำมาเสนอในรายงานนี้ ในหัวข้อ ณ.) แต่ข้อมูลส่วนนี้คงจะยังไม่
สามารถใช้เป็นมาตรวัดในการนำมาจัดสรรงบได้ เนื่องจากเป็นผลของการดำเนินการในช่วงครึ่งปี
แรกซึ่งระบบต่างๆ ยังไม่เข้าที่เข้าทางดีนัก สำหรับข้อมูลจากการสำรวจนั้น เมื่อประมาณเดือน
พฤษภาคม 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 ซึ่งนำ
จะได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับปัจจุบันมากกว่าการใช้ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2539 นอกจากนี้
การสำรวจยังครอบคลุมโครงการนำร่องในหกจังหวัดแรก (ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ 1 เมษายน 2544)
อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของหกจังหวัดในช่วงดังกล่าวคงจะยังไม่สามารถสะท้อนภาพของ
อัตราการมาใช้บริการหลังจากที่มีโครงการ "30 บาท" ได้ดีนัก ข้อมูลจากการสำรวจของผู้วิจัย

³⁷ รายงานจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 1.1 เท่านั้น ขณะที่รายงานอัตราการครองเตียงลดลงจากร้อยละ 46
ในปี 2539 เหลือร้อยละ 38 ในปี 2540 (แต่จากการคำนวณของผู้วิจัย อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนที่
รายงานมาในปี 2540 น่าจะอยู่ที่ร้อยละ 44.7)

³⁸ ถ้าผู้จัดสรรงบมีความเชื่อว่า มี overreaction จากสถานพยาบาลจำนวนมากที่ในความเป็นจริงแล้วอาจมีเงิน
เหลือ (เหมือนกับในช่วงโครงการนำร่อง) ก็สามารถใช้อำนาจจัดสรรแบบเหมาจ่ายที่มีเพดานขั้นต่ำและขั้นสูง
(และจ่ายตาม workload ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายที่คำนวณจาก workload จริงเป็นอัตราที่ตกอยู่ระหว่างเพดานสอง
ขั้นนั้น)

³⁹ สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งยังรายงานข้อมูลมาไม่ครบถึงเดือนมีนาคม 2544

สรส. 4 ภาค ใน 8 จังหวัด อาจให้ภาพอัตราการให้บริการในจังหวัดน่าร้องได้ดีกว่าของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เนื่องจากการสำรวจหลังจากที่จังหวัดเหล่านี้ได้ดำเนินโครงการไปแล้วประมาณ 6 เดือน (รวมช่วงโครงการนำร่อง) แต่จากการศึกษาของศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว ซึ่งครอบคลุมจังหวัดกลุ่มนี้บางจังหวัดด้วย พบว่าอัตราการมาใช้บริการยังไม่นิ่ง นอกจากนี้ วิธีการสำรวจจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะสามารถเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในได้ แต่จะไม่สามารถบอกจำนวนครั้งของการใช้บริการในฐานะผู้ป่วยใน (ซึ่งน่าจะมากกว่าจำนวนผู้ป่วยใน) จึงทำให้ไม่สามารถคำนวณหาอัตราการให้บริการและการกระจายตัวของการใช้บริการของผู้ป่วยในที่ถูกต้องได้ ดังนั้น การคำนวณงบประมาณในปีงบประมาณต่อไปโดยอิงข้อมูลอัตราการให้บริการนั้น คงจะไม่สามารถพึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ล้วนๆ (หรือมีความเป็น evidence-based) ตามที่หลายฝ่ายได้ตั้งความหวังเอาไว้

ค. สัดส่วนงบประมาณนอกและผู้ป่วยใน

ประเด็นเรื่องการคำนวณงบประมาณจ่ายในโครงการ 30 บาทที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างกันคือสัดส่วนของงบสำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) และงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ซึ่งจากการคำนวณของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) ได้เสนอแนวทางการจัดสรรงบประมาณ 30 บาท ตามรายละเอียดในตารางที่ 9 ข้างล่างนี้

ตารางที่ 9 การจำแนกงบประมาณรายหัวในโครงการ 30 บาท

	งบที่จัดสรร ต่อบัตร	% ของงบที่จัด สรรให้พื้นที่	% ของงบรวม
งบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่	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)

จากตารางที่ 9 จะเห็นได้ว่างบประมาณที่ตั้งไว้สำหรับผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี จะตกประมาณร้อยละ 29 ของงบที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่ (1,052 บาทต่อหัวประชากร) หรือร้อยละ 25 ของงบของโครงการ (1,202.40 บาทต่อประชากร) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับงบที่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ใช้ ตารางที่ 10 ข้างล่างเป็นตัวอย่างการคำนวณสัดส่วนต้นทุนที่โรงพยาบาลใช้ดูแลผู้ป่วยใน 5 จังหวัด ของโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปี 2540 ซึ่งแม้ว่าข้อมูลนี้จะมาจากโรงพยาบาลจำนวนไม่มากนัก แต่ก็น่าจะช่วยให้ภาพกว้างๆ ที่พอสมควร จากตารางที่ 10 จะเห็นได้ว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุกกลุ่มสูงกว่าร้อยละ 40 และในโรงพยาบาลชุมชนเอง สัดส่วนนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นตามขนาดเตียง สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดที่ศึกษานั้น มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสูงถึงประมาณร้อยละ 69-80 ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของงบที่จัดสรรสำหรับผู้ป่วยในโครงการ 30 บาท จะค่อนข้างต่ำแม้กระทั่งเมื่อเทียบกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลชุมชนเอง⁴⁰

ตารางที่ 10 สัดส่วนต้นทุนของโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 5 จังหวัด ปี 2540

ชนิด รพ./ จำนวน เตียง	จำนวน แห่ง	สัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยใน (%material cost)	สัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยใน (% total cost)	สัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก (% total cost)
โรงพยาบาลชุมชน	17	39	42	58
10 เตียง	3	15	40	60
30 เตียง	10	44	41	59
60 เตียง	4	42	43	57
โรงพยาบาลทั่วไป	3	57	80	20
โรงพยาบาลศูนย์	3	70	69	34

ที่มา: ศุภสิทธิ์ และ สุกัลยา (2544)

หมายเหตุ : Total cost = material cost + labor cost

⁴⁰ ในความเป็นจริงแล้ว ตัวเลขสัดส่วนงบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ไม่สามารถเทียบกับตัวเลขสัดส่วนงบผู้ป่วยในที่จัดสรรในโครงการเสียทีเดียว เนื่องจากงบประมาณรายหัวของแต่ละโรงพยาบาลได้รับจะรวมงบของสถานเอนามัยเอาไว้ด้วย ดังนั้น สัดส่วนของงบผู้ป่วยในที่ใช้ในโรงพยาบาลจะสูงกว่าสัดส่วนของงบที่ทั้งเครือข่ายได้รับจากโครงการ 30 บาท

การที่สัดส่วนของงบบัญชีผู้ป่วยในที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) คำนวณไว้ มีอัตราค่อนข้างต่ำอาจเป็นเพราะข้อมูลอัตราการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ประมาณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 เป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ (ดูรายละเอียดในหัวข้อ ข. ข้างบน)

นอกจากงานของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) แล้ว ศุภสิทธิ์และคณะ (2543) ได้ประมาณการเข้ารับบริการเป็นคนไข้ในปี 2544 โดยใช้ข้อมูลดิบจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 เช่นเดียวกัน และใช้แบบจำลองทางสถิติในการปรับอัตราการเข้ารับบริการ ซึ่งศุภสิทธิ์และคณะประมาณอัตราการเข้ารับบริการเป็นคนไข้ในปี 2544 ไว้ที่ร้อยละ 8.4 (สูงกว่าตัวเลขร้อยละ 6.6 ที่วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ใช้ประมาณร้อยละ 27) ซึ่งเมื่อคิดเป็นสัดส่วนของงบบัญชีผู้ป่วยในต่อการรักษาตกว่าประมาณร้อยละ 28-39 อย่างไรก็ตาม เมื่อคิดจากงบทั้งหมดซึ่งศุภสิทธิ์และคณะ (2543) คาดว่าจะต้องใช้เกือบหนึ่งแสนล้านบาทในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว สัดส่วนของงบบัญชีผู้ป่วยในที่ศุภสิทธิ์และคณะประมาณการเอาไว้จะอยู่ที่ร้อยละ 28 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 25 ที่วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะประมาณเอาไว้ไม่มากนัก

นอกจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 ที่ทั้งวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) และศุภสิทธิ์และคณะ (2543) ใช้เป็นฐานในการคำนวณแล้ว ก็มีรายงานทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2540 ของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากการส่งแบบสอบถามไปยังสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนซึ่งข้อมูลที่มีประมวลได้จากแบบสอบถามที่ตอบกลับมาร้อยละ 87 ของโรงพยาบาลรัฐ และร้อยละ 56 ของโรงพยาบาลเอกชน มียอดจำนวนผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2539 ถึง 7.31 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราการให้บริการ 0.12 ครั้งต่อปี⁴¹ (ประมาณ 2.07 เท่าของอัตราที่ได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แต่ยังต่ำกว่าอัตราการให้บริการในฐานะผู้ป่วยในของข้าราชการและข้าราชการบำนาญจากการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะมาก ดูตารางที่ 7) และมีจำนวนการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2540 (ซึ่งเป็นปีที่มีวิกฤติเศรษฐกิจและจำนวนผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเอกชนลดลง แต่ยอดจำนวนผู้ป่วยในในสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นมาก)⁴² ซึ่งถ้าใช้ข้อมูลนี้ในการคำนวณงบบัญชีผู้ป่วยในก็จะได้งบบัญชีผู้ป่วยในประมาณ 627 บาทต่อบัตร และถ้านำตัวเลขนี้มาคำนวณ

⁴¹ ถ้ายอดที่สถานพยาบาลรายงานมาเป็นยอดที่ตรงกับความเป็นจริง อัตราการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของคนไทยจะตกประมาณ 0.12 ครั้งต่อคนต่อปี

⁴² เป็นที่น่าเสียดายว่าในรายงานดังกล่าวไม่มีรายงานอัตราการให้บริการสำหรับผู้ป่วยนอก (มีแต่จำนวนยอดจำนวนผู้ป่วยนอกรายใหม่ของแต่ละโรงพยาบาลเท่านั้น)

งบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2544-45 โดยใช้วิธีของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ก็จะได้ผลตามตารางที่ 11 ข้างล่าง ซึ่งคิดเป็นงบประมาณประมาณ 1,624 บาทต่อบัตร ซึ่งใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคมบวกกับกองทุนเงินทดแทน (ดูตารางที่ 4) และจะได้สัดส่วนผู้ป่วยในที่ใกล้เคียงกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนที่ได้จากการศึกษาของศุภสิทธิ์และสุกัลยา (2544) (ในตารางที่ 10 ข้างบน)

อย่างไรก็ตาม การปรับตัวเลขในตารางที่ 11 เป็นการทดลองปรับตัวเลขเฉพาะผู้ป่วยในซึ่งในเชิงวิชาการแล้ว ควรมีการปรับในกรณีผู้ป่วยนอกควบคู่กันไปด้วย (ดูกรอบที่ 1 ข้างล่าง) แต่ข้อมูลด้านผู้ป่วยนอกอาจมีปัญหาน้อยกว่าผู้ป่วยในเนื่องจากการสอบถามย้อนหลังเพียงสองสัปดาห์ ซึ่งอาจจะมีปัญหายอดการเจ็บป่วยที่ผันแปรไปตามฤดูกาล (seasonal variation)⁴³ มากกว่าปัญหาการทบทวนความจำของผู้ที่ตอบคำถาม (ability to recall')

ตารางที่ 11 การทดลองคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการ 30 บาท โดยใช้ข้อมูลอัตราค่าบริการเป็นผู้ป่วยในจากข้อมูลปี 2539 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2540

	งบที่จัดสรร ต่อบัตร	% ของงบที่จัด สรรให้พื้นที่	% ของงบรวม
งบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่	1,441	100	88.7
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	574	39.8	35.3
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	<u>627</u>	<u>43.5</u>	<u>38.6</u>
งบส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค (20% ของงบรักษาพยาบาล)	240	16.7	14.8
งบที่เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพ (ส่วนกลาง)	183		11.3
ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	32		2.0
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25		1.5
งบลงทุน (10% ของงบรักษาพยาบาลรวม)	126		7.8
รวม	1,624		100.0

ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย โดยใช้วิธีเดียวกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544)

⁴³ ในการพิจารณางบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 ที่นำเสนอโดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ คณะกรรมการพิจารณาจ่ายรายหัวได้มีมติให้ปรับอัตราการให้บริการในฐานะผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ เพิ่มขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจร้อยละ 3 ด้วยเหตุผลประการนี้

กรอบที่ 1 แนวทางการปรับแก้ Inconsistency ในการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวในส่วนของการรักษาพยาบาลโดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ สำหรับปีงบประมาณ 2545 ใช้ข้อมูลจากสองแหล่งประกอบกันคือ

- ก. ข้อมูลอัตราการให้บริการ ใช้ข้อมูล Health & Welfare Survey ปี 2000 (ปรับพฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มบัตรทองตามกลุ่มผู้มีรายได้น้อย)
- ข. ค่าใช้จ่าย per visit/case ใช้มาตรฐานของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง จากข้อมูลที่รายงานโดยสถานพยาบาล

โดยค่าใช้จ่ายต่อหัวได้มาจากผลคูณของ ก. และ ข. ในกรณีต่างๆ มารวมกัน

ปัญหา internal inconsistency/validity 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. อย่างมาก ซึ่งความแตกต่างส่วนนี้เกิดจาก arbitrariness ของวิธีการคำนวณล้วนๆ

ในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น น่าจะเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายว่า ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลรายงานมาน่าจะมีความถูกต้องแม่นยำกว่าค่าใช้จ่าย per case หรือ per visit ที่สถานพยาบาลคำนวณมาให้ (ถึงแม้ว่าตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมคงจะสะท้อน inefficiency และปัญหาของระบบงบประมาณและระบบบัญชีด้วย) เพราะในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้พยายามตกแต่งตัวเลขนั้น ยอดเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ น่าจะเป็นการรวมจากตัวเงินจริงๆ ที่ไม่ได้ถูกกระทบจากนิยามเรื่องจำนวนคนไข้ จำนวน case หรือจำนวน visit

ดังนั้น ในกรณีที่เรามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากทั้งสองแหล่งประกอบกัน (เนื่องจากสถานพยาบาลไม่ได้มีข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการของผู้ป่วยแต่ละราย และประชาชนเองก็ไม่ได้มีตัวเลขค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลส่วนที่ไม่ได้ออกจากกระเป๋าของตนเอง) ก็น่าจะต้องมีการปรับตัวเลขที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมข้อมูลทั้งสองชุดนี้ให้สอดคล้องต้องกัน (consistent) ซึ่งก็คือตัวเลขจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนแต่ละคนไม่ได้ใช้บริการที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดโดยเฉพาะทำให้การปรับข้อมูลจะต้องทำในระดับประเทศเท่านั้น ซึ่งสามารถใช้วิธีการดังต่อไปนี้คือ

(ต่อหน้าถัดไป)

กรอบที่ 1 แนวทางการปรับแก้ Inconsistency ในการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

ในกรณีที่การคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวยึดตัวเลขจำนวนครั้งและอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจเป็นหลัก ก็จะต้องมีการปรับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลที่นำมาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อครั้งด้วยสูตรดังต่อไปนี้ (ตัวอย่างในกรณีที่ สถานพยาบาล ก. เป็นสถานพยาบาลที่ถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างในการคำนวณต้นทุน)

(1) จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล ก.

= จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาล ก.

X (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ไปรับบริการจากสถานพยาบาล/ประเภทนั้นทั่วประเทศที่คำนวณได้จาก Health & Welfare Survey / จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกรวมจากรายงานของสถานพยาบาล/ประเภทนั้นทั่วประเทศ)

(2) จำนวนครั้งผู้ป่วยในของสถานพยาบาล ก.

= จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่รายงานโดยสถานพยาบาล ก.

X (จำนวนครั้งผู้ป่วยในทั่วประเทศที่คำนวณได้จาก Health & Welfare Survey / จำนวนครั้งผู้ป่วยในรวมจากรายงานของสถานพยาบาลทั่วประเทศ)

นัยของการคำนวณนี้ก็คือ เรากำลังสมมุติว่าความแตกต่างของจำนวนการใช้บริการเป็นความแตกต่างที่เป็นระบบ (เช่น ข้อมูลจากการสำรวจอาจมี systematic under-report/missing สถานพยาบาลแต่ละแห่งใช้วิธีนับจำนวน visit ที่เหมือนกันสำหรับคนไข้ในทั้งหมด) หรือไม่มีการแจกแจงของความคลาดเคลื่อนในลักษณะที่เป็นระบบและ symmetric รอบค่าเฉลี่ยบางค่า

ข้อเด่นของวิธีนี้ประการหนึ่งคือ วิธีนี้เป็น built-in self-correcting process สำหรับการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัว เพราะถ้ามี error ที่เกิดขึ้นจากการสำรวจทำให้จำนวนครั้งของ visit ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นแล้ว เราก็จะได้คำนวณค่าใช้จ่ายต่อ visit ได้สูงกว่าที่ควรจะเป็น และสองส่วนนี้จะหักล้างกันเองเมื่อคำนวณกลับไปเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถ้านำวิธีนี้มาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายรายหัวโดยยังคงหลักการและวิธีการคำนวณและข้อสมมุติอื่นๆ แล้ว (เช่น สถานพยาบาลไม่ได้ปรับปรุงประสิทธิภาพหรือปรับลดค่าใช้จ่ายลงมา และผู้มีสิทธิจะใช้สิทธิทุกครั้งที่มารับการรักษา) ก็น่าจะได้ตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สูงกว่าที่คำนวณโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2544) มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่เป็นงบผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้นไม่ร้อยละ 37 จากตัวเลขที่เสนอสำหรับปีงบประมาณ 2544-45

การจัดสรรงบประมาณ 30 บาท ซึ่งมีสัดส่วนงบผู้ป่วยในที่ค่อนข้างต่ำสำหรับปีงบประมาณ 2544-45 ได้ก่อให้เกิดปฏิกิริยาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเห็นว่าสัดส่วนดังกล่าวต่ำกว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาลของตนมาก ซึ่งมักจะได้รับคำตอบจากผู้ที่เกี่ยวข้องที่ส่วนกลางว่าแต่ละจังหวัดสามารถปรับสัดส่วนของงบในส่วน 1,052 บาทได้เอง ในกรณีที่มีข้อมูลหรือหลักฐานบ่งชี้ว่าสัดส่วนที่กำหนดมาให้ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัตินั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในทุกระดับยังอยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการข้อมูล และมักจะไม่สามารถนำหลักฐานที่เป็น hard evidence มาแสดงได้ และการปรับเปลี่ยนสัดส่วนย่อมมีผลกระทบต่อทั้งสถานพยาบาลอื่นในจังหวัดเดียวกันด้วย จึงเป็นการยากที่โรงพยาบาลหรือจังหวัดจะปรับเปลี่ยนสัดส่วนเหล่านี้ได้ในเวทีการเจรจาต่อรองภายในจังหวัดเอง โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์หลายแห่งจึงพยายามหันไปสนับสนุนระบบ inclusive capitation ซึ่งใช้วิธีตามจ่ายเป็นรายๆ แทนการใช้วิธี OP-IP split ที่แยกงบคนไข้ในออกมากองรวมกันทั้งจังหวัด และโรงพยาบาลใหญ่หลายแห่งพยายามหันไปแข่งขันในด้านบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแล้วว่าจะเป็นส่วนที่นำรายได้ต่อหัวมาสู่โรงพยาบาลอย่างเป็นกอบเป็นกำได้มากกว่าแทน

ในประเด็นเรื่องกำหนดสัดส่วนงบผู้ป่วยในที่นี้ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าภายใต้ระบบปัจจุบันที่ให้แต่ละเครือข่ายอำเภอ (ซึ่งส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลชุมชน) เป็นผู้ถือเงิน (fund holder) นั้น สัดส่วนที่เหมาะสมน่าจะเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน (หรือรวมงบสำหรับสถานเอนามัยในกรณีที่คิดสัดส่วนของงบผู้ป่วยในต้องทั้งหมด) นอกเสียจากว่าจะมีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์ชัดว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ในปัจจุบันใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยในสูงหรือต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งที่ผ่านมามีบางฝ่ายที่เชื่อว่าระบบโรงพยาบาลของไทยทุ่มเทพยายามไปกับการรักษาพยาบาลมากเกินไป (เมื่อเทียบกับงานด้านส่งเสริมป้องกันและงานด้านชุมชนอื่นๆ) แต่ถ้าพิจารณาจากระบบโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีอัตราเพิ่มของบุคลากรที่เป็นแพทย์ในอัตราที่ต่ำมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแล้ว และในพื้นที่จำนวนมากก็ยังไม่แพทย์ครบตามเกณฑ์ 1:10,000 ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็มีความเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนมักต้องส่งต่อคนไข้ที่โรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษาแต่ไม่สามารถรักษาได้เนื่องจากมีกำลังคนไม่พอ ก็คงพอจะอนุมานได้ว่าโดยทั่วไปแล้วโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้อยู่ในสถานะที่จะสามารถทุ่มเทไปกับการรักษาผู้ป่วยในมากเกินไป ดังนั้น ถ้าจะจัดสรรสัดส่วนงบผู้ป่วยในตามสัดส่วนที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันก็น่าจะเป็นสัดส่วนที่สูงเกินไปแต่อย่างใด

สำหรับโรงพยาบาลใหญ่นั้น โดยธรรมชาติแล้วโรงพยาบาลใหญ่เป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน (หรือโรงพยาบาลทั่วไป) จึงเป็นธรรมดาอยู่เองที่โรงพยาบาลใหญ่โดยทั่วไปจะมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่

ถ้าสามารถออกแบบระบบการตามจ่ายที่เหมาะสมแล้ว โรงพยาบาลใหญ่ก็จะมีรายได้เพิ่มเติมจากการเรียกเก็บจากกรณีผู้ป่วยในที่ถูกส่งต่อมาชดเชยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ การกำหนดสัดส่วนของงบผู้ป่วยในของประเทศหรือของจังหวัดจึงไม่ควรอิงสัดส่วนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หากแต่ควรเน้นไปที่การใช้ *payment mechanism* ที่มีวิธีและอัตราการตามจ่ายที่เหมาะสมที่ไม่ก่อให้เกิดการผลักภาระจากโรงพยาบาลเล็กมาที่โรงพยาบาลใหญ่ (หรือในทางกลับกัน) ซึ่งการที่จะทำเช่นนี้ได้ ย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องปรับสัดส่วนของงบผู้ป่วยในให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างน้อย เพื่อที่จะไม่ไปสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลใหญ่ต้องดิ้นรนไปทำบริการปฐมภูมิแข่งกับโรงพยาบาลชุมชนแทนที่จะทำหน้าที่ที่ควรจะเป็นของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับขนาดของโรงพยาบาลเหล่านี้ให้เหมาะสมกับภาระงานที่ควรจะเป็นมากขึ้น

หมายเหตุ: ในกรณีที่เชื้อข้อมูลอัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในการเจ็บป่วยวันแรกที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 (ซึ่งถามย้อนหลังไปเพียงสองสัปดาห์) แต่เชื่อว่าข้อมูลการเข้าไปรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล(ซึ่งถามย้อนหลังไปถึงหนึ่งปี) อาจต่ำกว่าความเป็นจริง (under-reported) ก็อาจคำนวณงบประมาณต่อหัวโดยใช้อัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในการเจ็บป่วยวันแรกเป็นตัวตั้ง แล้วหักด้วยอัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน (ที่ปรับให้สูงขึ้นมา) ก็จะได้อัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก (ซึ่งจะลดลงกว่าเดิม) การคำนวณวิธีนี้จะได้งบประมาณต่อหัวที่ลดลงจากตารางที่ 11 แต่สัดส่วนงบผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้น (อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเชื่อว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท น่าจะสูงกว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในการเจ็บป่วยวันแรกที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 หรือ 2544)

ง. การคิดต้นทุนการรักษาของโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ

ปัญหาประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในโครงการ 30 บาท ก็คือสถานพยาบาลระดับต่างๆ มีต้นทุนในการรักษาที่แตกต่างกันผู้ป่วยคนเดียวกัน หรือโรคเดียวกัน (หรือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ DRG เดียวกัน) ที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างนี้มีทั้งที่สะท้อนประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเสี่ยง และในบางกรณีระดับเทคโนโลยีที่ต่างกัน

โดยทั่วไปแล้ว สถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าสถานพยาบาลเล็ก ในขณะที่เดียวกันก็ควรมีความเสี่ยงในระดับต่ำกว่าด้วย (เนื่องจากมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

เฉพาะทาง และมีเครื่องมือเครื่องมือ ระบบ backup ต่างๆ รวมทั้งเครื่องช่วยชีวิตที่ดีกว่า)⁴⁴ ตัวอย่างเช่น ถึงแม้ว่าการคลอดลูกที่บ้านหรือสถานอนามัยอาจจะมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงและมีต้นทุนที่ถูกกว่าที่โรงพยาบาลมาก หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลชุมชนอาจจะมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงและมีต้นทุนที่ถูกกว่าที่โรงพยาบาลใหญ่ แต่ในรายที่เกิดการแทรกซ้อน (complication ซึ่งในหลายกรณีไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า) การคลอดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเครื่องช่วยชีวิตและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง น่าจะสามารถลดความเสี่ยงจากการพิการหรือเสียชีวิตลงได้ ในทำนองเดียวกัน การรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยต้นทุนที่ถูกกว่าในโรงพยาบาลชุมชน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจเสียชีวิตถ้าไม่มีโอกาสใช้เทคโนโลยีที่มีใช้เฉพาะในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์

แต่ที่ผ่านมามีปรากฏการณ์อื่นหนึ่งซึ่งผู้ให้บริการหรือผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขไม่ผู้จะชอบนักก็คือ ผู้ป่วยมักนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ทั้งที่ในหลายกรณีเป็นโรคที่ควรจะสามารถได้ที่สถานอนามัย ศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือโรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ยากนักและน่าจะมีต้นทุนที่ต่ำกว่า และน่าจะทำให้รัฐไม่ต้องทุ่มเททรัพยากรไปขยายโรงพยาบาลใหญ่เพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้

มุมมองเรื่องประสิทธิภาพที่เห็นว่าการที่ประชาชนมารับการรักษาในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีต้นทุนสูงกว่า ทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงขึ้นโดยไม่จำเป็นนั้น นำมาซึ่งการเสนอระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในแต่ละระดับในอัตราที่เท่ากันสำหรับการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกัน (same price for same DRG) ในขณะที่ในความเป็นจริงนั้น ต้นทุนของโรงพยาบาลใหญ่มักจะสูงกว่าต้นทุนการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ ผู้ที่เสนอการปฏิรูปการเงินการคลังโดยวิธีปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินดังกล่าวคาดว่า การคิดอัตราค่าตามจ่ายในอัตราที่สูงกว่าต้นทุนผันแปรของสถานพยาบาลนั้นๆ น่าจะช่วยจูงใจให้สถานพยาบาลเหล่านั้นมีแรงจูงใจที่จะรักษา (หรือสร้างศักยภาพในการรักษา) ผู้ป่วยเหล่านี้เอง ซึ่งจะเป็นการลดความสูญเสียทั้งของระบบบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติได้ ในขณะเดียวกัน การเสนอแนวทางการคิดค่ารักษาโรคในแต่ละกลุ่มโรคในอัตราเดียวกันโดยไม่คิดตามต้นทุนการรักษาที่ต่างกันนั้น ก็เพื่อชักนำให้มีการรักษาผู้ป่วยในที่มีต้นทุนต่ำ โดยผู้เสนอตั้งเป้าไว้ว่าวิธีนี้จะทำให้เกิดการแบ่งงานกันทำในแบบที่ทำให้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น กล่าวคือโรคที่ไม่ซับซ้อนจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่โรคที่ซับซ้อน (ซึ่งน้ำหนัก DRG จะสูงตามไปด้วย) จะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า

⁴⁴ แน่นอนว่า การรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์เฉพาะทางนั้น อาจเกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษาเนื่องจากอคติและประสบการณ์ที่เกิดจากการเน้นการฝึกอบรมเฉพาะทางได้เช่นกัน

โดยหลักการแล้ว ถ้าการวางแผนทรัพยากรและบุคลากรสำหรับสถานพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นไปอย่างสอดคล้องกับแนวทางนี้ และมีการกำหนดน้ำหนัก DRG ของกลุ่มโรคต่างๆ อย่างเหมาะสมแล้ว การปรับมาใช้กลไกการจ่ายเงินตามแนวทางนี้ก็ไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อ โรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มแต่อย่างใด แต่ในการดำเนินการของโครงการ 30 บาทในช่วงที่ผ่านมา นั้น แนวทางนี้ได้ก่อให้เกิดความกังวลในหมู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ค่อนข้างมากด้วยเหตุผลอย่างน้อยสามประการคือ

- โรงพยาบาลใหญ่มีบุคลากรจำนวนมาก เนื่องจากที่ผ่านมาโรงพยาบาลเหล่านี้มีภาระงานในด้านการรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไปและโรคที่ไม่สลับซับซ้อนค่อนข้างมาก และโรงพยาบาลใหญ่ส่วนใหญ่อยู่ในตัวเมืองและมีความพร้อมกว่าโรงพยาบาลชุมชนในแทบทุกด้าน จึงเป็นที่บุคลากรส่วนใหญ่อยากมาอยู่ การที่โรงพยาบาลมีและใช้บุคลากรจำนวนมากในการรักษาโรคที่ไม่สลับซับซ้อนทำให้โรงพยาบาลใหญ่ส่วนใหญ่มีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถ้าจะพึงแต่รายได้จากการรักษาโรคที่สลับซับซ้อนอาจจะไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงบุคลากรของสถานพยาบาล
- การใช้ระบบเหมาจ่ายแบบไปที่อำเภอทำให้โรงพยาบาลใหญ่เกรงว่าโรงพยาบาลชุมชนจะพยายามเก็บคนไข้ไว้รักษาเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใช้ระบบเหมาจ่ายแบบ inclusive capitation
- ในขณะเดียวกัน การกำหนดสัดส่วนของงบผู้ป่วยในในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ และการให้ค่าตอบแทนต่อหน่วยน้ำหนัก DRG ที่เท่ากันสำหรับโรงพยาบาลใหญ่และเล็กทำให้โรงพยาบาลใหญ่เกรงว่ารายรับ (หรือส่วนแบ่ง) ที่ตนจะได้รับจากการใช้ระบบ exclusive (แยกงบผู้ป่วยในของจังหวัดออกมาของรวมกันแล้วเบิกจ่ายให้แต่ละสถานพยาบาลตามค่า DRG) จะอยู่ในระดับที่ต่ำเกินไป

แม้ว่าผู้บริหารโครงการจะได้เน้นถึงความจำเป็นที่สถานพยาบาลใหญ่จะต้อง “รัดเข็มขัด” ของตนเอง แต่ผู้บริหารเหล่านี้ก็ตระหนักดีถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในช่วงการปรับตัว และพยายามแก้ปัญหาโดยกำหนดให้มีกองทุนฉุกเฉิน (contingency fund) ในระยะแรก (ประมาณสองปี) เพื่อชดเชยบางส่วนให้สถานพยาบาลที่คาดว่าจะได้รับงบลดลงมาก นอกจากนี้ ก็พยายามลดปัญหาความตึงเครียดของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิโดยยอมให้ใช้วิธีกันเงินเดือนเอาไว้ที่จังหวัด แต่วิธีนี้ไม่น่าจะเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ดีในระยะยาว เพราะทางฝั่งโรงพยาบาลชุมชนเองก็มีความรู้สึกว่าเป็นฝ่ายที่กำลังอุดหนุนสถานพยาบาลใหญ่ ในขณะเดียวกัน เมื่อใช้วิธีรวมเงินเดือนและปรับค่าตอบแทนต่อหน่วย DRG ลงมาก็ทำให้สถานพยาบาลใหญ่มีแรงจูงใจในการรับผู้

ป่วยที่ส่งต่อลดลง ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าโรงพยาบาลใหญ่มีหน้าที่ในการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือด้านเงินเดือนไปแล้ว

การแก้ปัญหาบุคลากรของโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาที่สะสมมาเป็นเวลานานนั้น ไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย และในที่สุดแล้วโรงพยาบาลใหญ่ต่างก็คงต้องยอมรับว่าโรงพยาบาลไม่สามารถเดินตามแนวทางเดิมและเรียกร้องการสนับสนุนของรัฐเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่ปรับตัวเอง แต่การปรับตัวในทางตรงกันข้ามกับในอดีต (ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้เคยขยายตัวมาโดยตลอดนั้น) ไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้น ถึงแม้ว่าการคิดงบประมาณมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขซึ่งคงจะต้องกระทบโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งไม่มากนักน้อย แต่ในส่วนที่จัดสรรให้ตามหน้าที่ที่ควรจะเป็นของโรงพยาบาลใหญ่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นงบผู้ป่วยในและระบบการตามจ่าย) นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งยวดที่จะต้องคำนวณให้สมเหตุสมผล และหลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะหรือข้อมูลที่น่าจะคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง (เช่นข้อมูลการสำรวจการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา) มาเป็นมาตรวัดในการจัดสรรงบประมาณ เพราะถ้ากติกาการจัดสรรงบประมาณไม่เอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลใหญ่ทำหน้าที่ที่ควรจะเป็นของตนแล้ว แทนที่ความพยายามปฏิรูประบบการเงินการคลังของระบบบริการสถานพยาบาลครั้งนี้จะช่วยให้โรงพยาบาลใหญ่หันมาทำหน้าที่ที่ควรจะเป็นของตนเองจะกลับบงใจให้โรงพยาบาลเหล่านี้หันไปขยายบริการที่ไม่ใช่งานของตนแทน

โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์

โรงพยาบาลอีกกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรของโครงการ 30 บาท คือโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งในปัจจุบันอยู่ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย โดยทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีต้นทุนต่อการรักษาที่สูงกว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รวมทั้งโรงพยาบาลใหญ่อันได้แก่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์) ด้วยสาเหตุอย่างน้อยสามประการ คือ

- Case ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาที่โรงพยาบาลทบวง จำนวนมากเป็น case ผ่านการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์มาแล้ว แต่สถานพยาบาลเหล่านั้นไม่สามารถรักษาได้โรงพยาบาลทบวง จึงเป็นที่รวมของ case คนไข้ที่ยากกว่า (ถึงแม้ในบางกรณีจะอยู่ในกลุ่ม DRG เดียวกันก็ตาม)
- การที่เป็นสถานศึกษาจึงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาและเทคโนโลยีที่ใหม่กว่า และมักมีราคาแพงกว่าในการรักษาคนไข้

- งานของโรงพยาบาลทบวงฯ ครอบคลุมการเรียนการสอน ซึ่งน่าจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าแรงงานราคาถูกของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน (resident) ที่โรงพยาบาลได้มาชดเชย

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลทบวงเข้าร่วมโครงการประกันสังคมมาโดยตลอด ในระยะแรกนั้นโรงพยาบาลทบวงมีกำไรจากโครงการประกันสังคมค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียงและได้รับความนิยมจากประชาชน (ซึ่งมีสิทธิ์เลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาล) อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัยแห่งที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์หรือพูดคุยด้วยระบุว่าโรงพยาบาลของตนเริ่มประสบกับการขาดทุนในการให้บริการคนไข้ประกันสังคมในระยะประมาณสองปีที่ผ่านมา เนื่องจากมีผู้ป่วยหนักและเรื้อรังมาเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งทางสำนักประกันสังคมเองก็ได้ตระหนักถึงปัญหานี้และได้ปรับอัตราค่าเหมาจ่ายตามความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง (ในอัตรา 150 บาทต่อบัตร โดยเริ่มในปี 2544 เป็นปีแรก ซึ่งคาดว่าเงินส่วนนี้จะไปที่โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัยเป็นส่วนใหญ่ และน่าจะสามารถชดเชยการขาดทุนของโรงพยาบาลเหล่านี้ได้) กรณีนี้เป็นตัวอย่างของหลักฐานแวดล้อมที่บ่งบอกให้เห็นว่าการคิดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลทบวงในอัตราเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือแม้แต่โรงพยาบาลในสังกัดอื่นอาจจะไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงของโรคที่สูงกว่า แม้ว่าโครงการ 30 บาทจะกันเงินกองทุนเอาไว้ที่ส่วนกลางจำนวน 32 บาทต่อบัตร แต่ก็อาจจะไม่เพียงพอสำหรับการชดเชยความแตกต่างที่เกิดจากการที่โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องรับ case ที่มีความสลับซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยทั่วๆ ไปที่เป็นโรคหรืออยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน

การที่โรงพยาบาลทบวงไม่ได้อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขทำให้ที่ผ่านมาการประสานงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหาพอสมควร ในช่วงที่เป็นโครงการ สปร. นั้น ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลทบวงในบางจังหวัดไม่สามารถใช้สิทธิ์ สปร. ได้ เนื่องจากไม่สามารถตกลงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเรื่องอัตราค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ (โดยกรณีดังกล่าวโรงพยาบาลทบวงแห่งนั้นจะพยายามเรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ป่วยเอง)

ในด้านความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลทบวงกับโรงพยาบาลเอกชนนั้น ในโครงการประกันสังคมนั้น ก็พบปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการส่งต่อเช่นกัน โดยโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งอ้างว่าโรงพยาบาลทบวงเรียกเก็บค่ารักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อในอัตราที่สูงกว่าที่ปกติมาก ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนจำต้องจ่ายโดยไม่มีทางเลือก ขณะที่โรงพยาบาลทบวงหลายแห่งระบุว่า case ที่โรงพยาบาลเอกชนอ้างถึงมักเป็น case ที่ยากกว่าปกติ และกรณีที่เรียกเก็บจากโรงพยาบาลเอกชนในอัตราที่สูงกว่าเรียกเก็บจากผู้ป่วยจ่ายเงินเองก็เพราะการที่โรงพยาบาลรัฐบางแห่งไม่ได้เก็บค่าแพทย์หรือค่าหัตถการจากผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งพยายามหาประโยชน์โดยหวัง

ว่าจะส่งผู้ป่วยมารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในราคาที่ต่ำกว่าต้นทุนของโรงพยาบาลเอกชนเอง นอกจากนี้โรงพยาบาลทบวงที่ทำสัญญาเป็น supra-contractor ให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งก็มีปัญหาการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างมากจนต้องเลิกสัญญากัน ตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้ยกเลิกสัญญาการเป็น supra-contractor ให้โรงพยาบาลเอกชนเกือบทั้งหมด เหลือไว้เพียงสองแห่งเท่านั้น⁴⁵ และโรงพยาบาลทบวงมักพบกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนชักจูงให้คนไข้ประกันสังคมของตนที่ป่วยเรื้อรังหรือป่วยเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเปลี่ยนไปเลือกโรงพยาบาลทบวงในปีต่อไปแทน โดยอ้างว่าโรงพยาบาลของตนไม่มีเครื่องมือที่เพียงพอในการรักษาผู้ป่วยเหล่านั้น

จากการสัมภาษณ์หรือสนทนากับแพทย์ ทันตแพทย์ และผู้บริหารโรงพยาบาลทบวง 6 แห่ง (รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลทบวงสองแห่ง) ได้ภาพว่าในระยะแรกแทบจะไม่มีโรงพยาบาลทบวงแห่งใดเลยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 30 บาท เนื่องจากทุกแห่งเกรงว่าจะประสบปัญหาการขาดทุน แต่จากการสัมภาษณ์รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ซึ่งรับผิดชอบดูแลด้านการเงินของโรงพยาบาลเมื่อต้นเดือนธันวาคม 2544 ถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน catchment ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เอง (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทบวงแห่งแรกที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ช่วงโครงการนำร่องระยะที่สองในเดือนมิถุนายน) ก็ได้รับคำตอบว่ายังไม่ทราบตัวเลขเนื่องจากยังอยู่ในระหว่างการรวบรวมข้อมูล⁴⁶ จากการศึกษาของ นพ. ศุภสิทธิ์ พรรณนุโณทัย เรื่องระบบข้อมูล ในโครงการวิจัยชุดนี้ ได้คำนวณราคาต่อคะแนน DRG และพบว่าราคาต่อคะแนน DRG สำหรับผู้ป่วยในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเองตกประมาณ 10,000 บาท ถ้าเป็นผู้ป่วยในที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปตกประมาณ 15,000 บาท ส่วนที่มาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ตกประมาณ 25,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลจุฬาฯ นั้น รองผู้อำนวยการท่านหนึ่งระบุว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ตกประมาณ 23,000

⁴⁵ จากการสอบถามรองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชและรามาธิบดี พบว่าทั้งโรงพยาบาลศิริราชและรามาธิบดีไม่มีปัญหาการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อ เพราะโรงพยาบาลเหล่านี้ทราบดีว่าถ้าไม่ยอมจ่ายสำนักงานประกันสังคมก็จะตัดเงินจากโรงพยาบาลเหล่านั้นเอง แต่ในกรณีของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระบุว่าได้แจ้งกรณีที่มีปัญหาเหล่านี้ให้กับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหลายครั้ง แต่ปัญหาก็คงไม่ได้รับการแก้ไข

⁴⁶ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้นำระบบข้อมูลคอมพิวเตอร์ระบบใหม่มาใช้เป็นเวลาประมาณหนึ่งปีแล้ว ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้บริหารสามารถดึงข้อมูลค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลออกมาดูได้วันต่อวัน (รายงานของ นพ. ศุภสิทธิ์ เรื่องระบบข้อมูล ในโครงการวิจัยเดียวกันนี้ ก็ได้ดึงข้อมูลส่วนนี้ออกมาวิเคราะห์) แต่เข้าใจว่าข้อมูลอาจจะยังไม่สมบูรณ์หรือตัวเลขการใช้บริการจริงยังมีอัตราที่ค่อนข้างต่ำ

บาทต่อหน่วยน้ำหนัก DRG ขณะที่คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีระบุว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปัจจุบัน สูงเกือบ 20,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก DRG (อัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสำหรับการตามจ่ายสถานพยาบาลนอกสังกัดหรือสถานพยาบาลในสังกัดในกรณีที่แยกเงินเดือนที่สถานพยาบาลคือ 10,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก DRG แต่ต่อมาเมื่อต้นปี 2545 นี้ ได้ตกลงเพิ่มให้โรงพยาบาลทบวงฯ เป็น 16,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก DRG)

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา โรงพยาบาลทบวงฯ ทุกแห่งในต่างจังหวัดได้เข้าร่วมโครงการ 30 บาท สำหรับโรงพยาบาลทบวงฯ ในเขตกรุงเทพมหานครเริ่มเข้าร่วมโครงการในเดือนเมษายน 2545 ที่ผ่านมา (ตั้งแต่หลังจากที่โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่เข้าร่วมโครงการในเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา) กลุ่มโรงพยาบาลทบวงฯ ได้ร่วมกันเป็น consortium เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและกำหนดท่าทีในเรื่องนี้ แต่ไม่ได้มีข่าวหรือข้อมูลออกมาสู่สาธารณะมากนัก อย่างไรก็ตาม ในระยะหลัง ตัวแทนโรงพยาบาลทบวงฯ ก็ได้รับโอกาสเข้ามาร่วมใน war room มากขึ้น และขอเรียกร้องต่างๆ ของโรงพยาบาลทบวงฯ ได้รับการสนองโดยส่วนใหญ่

การที่โรงพยาบาลทบวงมีภาระหน้าที่ในการสอนนักศึกษาในด้านเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ป้องกัน ทำให้มีเหตุผลที่ควรแบ่งเขตความรับผิดชอบในด้าน *primary care* ให้โรงพยาบาลกลุ่มนี้โดยพิจารณาจากประโยชน์ในการเรียนการสอนเป็นหลัก สำหรับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลทบวงมีมากกว่าโรงพยาบาลอื่นเนื่องมาจากการเรียนการสอนนั้น ก็ควรถือว่าเป็นภาระที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการผลิตแพทย์ต้องรับผิดชอบ (เว้นแต่จะผลักภาระต่อไปให้นักศึกษา)⁴⁷ แต่การคิดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลทบวงนั้น น่าจะเป็นที่ยอมรับกันว่าโดยเฉลี่ยแล้วโรงพยาบาลทบวงต้องรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากกว่าและควรจะต้องมีการปรับค่าตอบแทนต่อ DRG ให้สูงกว่าค่าที่จ่ายที่จ่ายให้โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอาจจะปรับตาม *case mix* (ทั้งนี้เนื่องจากในความเป็นจริงแล้วก็มี *case* จำนวนไม่น้อยในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลทบวงที่ถูกส่งต่อมาที่โรงพยาบาลทบวงไม่ใช่ด้วยเหตุผลว่ามีความซับซ้อนเป็นพิเศษ แต่เป็นเพราะโรงพยาบาลทบวงอยู่ใกล้กว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปหรือเป็นเพราะโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเตียงเต็ม)

⁴⁷ อย่างไรก็ตาม ถ้ารัฐเห็นว่าระบบแพทย์ใช้ทุนยังมีความจำเป็นในการเกื้อหนุนบุคลากรใหม่ๆ ไปตามพื้นที่ที่ขาดแคลน ก็มีเหตุผลที่จัดบดเชยให้กับโรงพยาบาลทบวงที่จะยังคงไม่สามารถเก็บค่าเล่าเรียนที่สะท้อนค่าใช้จ่ายจริงได้

จ. สิทธิซ้ำซ้อน และผลกระทบจากการขยายโครงการประกันสังคมในอนาคต

ในช่วงที่เริ่มโครงการนี้ กระทรวงสาธารณสุขคาดว่าจะมีผู้มีสิทธิในโครงการในปีงบประมาณ 2545 ประมาณ 50.33 ล้านคน (ดูตารางที่ 12) ซึ่งจำนวน 50.33 ล้านคนนี้ถือได้ว่าเป็นประมาณการขั้นสูงเนื่องจากยังไม่ได้หักผู้ที่เดินทางไปทำงานต่างประเทศออก

ตารางที่ 12 ประมาณการประชากรในโครงการ 30 บาท (ล้านคน)

ก. ประมาณการของกระทรวงสาธารณสุข (กรกฎาคม 2544)

ประมาณการประชากรกลางปี 2545 (ข้อมูล สศช.)	63.6
ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคม	6.66
ประมาณการจำนวนข้าราชการและครอบครัว	7.0
ประมาณการผู้มีสิทธิในโครงการของกระทรวงสาธารณสุขกลางปี 2545 (รวมผู้ที่ยังมีบัตรสุขภาพ 500 บาท)	50.33

ที่มา: เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จังหวัดระยอง 24-26 กรกฎาคม 2544

ข. ประมาณการโดยใช้ข้อมูลปัจจุบัน (เมษายน 2545)

ประมาณการประชากร เม.ย. 2545*	61.8
ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคม (ข้อมูลจาก สปส. ม.33 1 ต.ค. 2544, ม.39 31 ต.ค. 2544)	6.0
ประมาณการจำนวนข้าราชการและครอบครัว	7.0
ประมาณการผู้มีสิทธิในโครงการของกระทรวงสาธารณสุข (รวมผู้ที่ยังมีบัตรสุขภาพ)	48.8
จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการของกระทรวงสาธารณสุข (รวมผู้ที่มีบัตรสุขภาพ) ณ กพ. 2545 (ดูตารางที่ 13 ข้างล่าง)	46.6

ค. ประมาณการหลังจากที่โครงการประกันสังคมขยายไปครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป

ประมาณการประชากร เม.ย. 2545*	61.8
ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคม (เม.ย. 2545 รวมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป ประมาณการโดย TDRI)**	8.7
ประมาณการจำนวนข้าราชการและครอบครัว	7.0
ประมาณการผู้มีสิทธิในโครงการของกระทรวงสาธารณสุข(รวมบัตรสุขภาพ)	46.1

ภาพ)	
------	--

หมายเหตุ: *ข้อมูลประชากรจากการสำมะโนประชากรปี 2543 (1 เมษายน 2543) ตกประมาณ 60.62 ล้านคน สมมุติว่ามีอัตราการเพิ่มของประชากรร้อยละ 1 ต่อปี (อัตราเพิ่มจริงในระหว่างปี 2533-43 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 1.05) จำนวนประชากรก็น่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 61.8 ล้านคนเป็นอย่างน้อยในช่วงกลางปี 2545 ซึ่งจะยังต่ำกว่าตัวเลขที่ สศช. ประมาณการประชากรกลางปี 2545 ไว้ 63.6 ล้านคน (ค่อนข้างมาก) สำหรับข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ 31 มค. 2545 อยู่ที่ 59.38 ล้านคน

** จากข้อมูลการจดทะเบียนของนายจ้างและลูกจ้างในเดือนเมษายน 2544 คณะผู้วิจัยคาดว่าจำนวนผู้ลงทะเบียนในโครงการประกันสังคมในปี 2545 และ 2546 น่าจะต่ำกว่านี้มาก

หลังจากที่ได้ดำเนินโครงการใน 76 จังหวัดในช่วงสามเดือนแรก สถานพยาบาลทั่วประเทศรายงานจำนวนการออกบัตรรวม 43 ล้านบัตร (ยังไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพได้นำข้อมูลการออกบัตรรายบุคคลมาตรวจสอบสิทธิซ้ำซ้อนและความถูกต้องของเลขบัตรประชาชน ตัวเลขที่ได้เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2544 (ซึ่งรวมกรุงเทพมหานครบางส่วนแล้ว) พบจำนวนบัตรที่ไม่มีปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนประมาณ 38 ล้านบัตร ซึ่งต่ำกว่าจำนวนบัตรที่สถานพยาบาลรายงานมา 4 ล้านบัตร

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารที่สำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ.) ได้แยกแยะกรณีบัตรที่ออกมีปัญหาเป็นสามกรณีใหญ่ๆ คือ (1) กรณีที่มีสิทธิซ้ำซ้อนจริง เช่น ออกบัตรให้ข้าราชการและครอบครัว ข้าราชการบำนาญ และผู้มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งนอกจากจะเป็นเพราะต้องออกบัตรอย่างเร่งรีบในช่วงระยะเวลาอันสั้นแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ และผู้ที่มีสิทธิอื่นมาขอให้ออกบัตรทองให้ (กรณีประกันสังคมเองก็มีปัญหาเรื่องฐานข้อมูลที่บางจังหวัดไม่ได้ไป update ข้อมูล และความสับสนในเรื่องสิทธิสำหรับผู้ที่ไม่ลาออกจากงานไปแล้ว) (2) กรณีที่ตรวจสอบเลขบัตรประชาชน 13 หลักแล้วพบว่าไม่ถูกต้อง และ (3) ชื่อที่มีอยู่ไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน ซึ่งในทุกกรณีสำนักงานประกันสุขภาพจะส่งข้อมูลกลับไปให้จังหวัดตรวจสอบว่าเกิดจากความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลหรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การย้ายถิ่น (ซึ่งในบางกรณีชื่อของผู้ที่อยู่ในจังหวัดหนึ่งจะไปอยู่ในทะเบียนของจังหวัดอื่นหรือทะเบียนกลาง) และต่อมาได้ยินยอมให้มีการออกบัตรชั่วคราวสำหรับผู้ที่ย้ายถิ่นโดยมีเจ้าบ้าน/นายจ้างรับรองได้

แม้ว่าในช่วงสามเดือนแรก (ตุลาคม-ธันวาคม 2544) มีจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิน้อยกว่ายอดการออกบัตรที่จังหวัดต่างๆ รายงานมาค่อนข้างมาก แต่หลังจากที่ให้จังหวัดและสถานพยาบาลกลับไปแก้ไขข้อมูลต่างๆ และผ่อนผันให้ออกบัตรที่ปลายทางได้แล้ว จำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยยอดบัตรของเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิถูกต้องเมื่อสิ้นเดือนมีนาคมอยู่ที่ 46.6 ล้านบัตร ซึ่งต่ำกว่ายอดจำนวนบัตรที่ออกโดยสถานพยาบาลเพียงหกแสนบัตร และเท่ากับยอดจำนวนบัตรที่ประมาณการเอาไว้ก่อนเริ่มโครงการพอดี อย่างไรก็ตาม จำนวนยอดบัตรอาจลดลงหลังจากที่โครงการประกันสังคมขยาย

ความคุ้มครองไปถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไป (เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน 2545) โดยคาดว่าจะยอดจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการของกระทรวงสาธารณสุขจะอยู่ระหว่าง 46-48 ล้านคน จากตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยของจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิจากสำนักงานประกันสุขภาพตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2545 อยู่ที่ 46.5 ล้านคน

เป็นที่น่าสังเกตว่าตัวเลขประชากรที่อ้างถึงนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นตัวเลขการออกบัตรทั้งสิ้น ซึ่งตัวเลขนี้รวมบัตรจำนวนหนึ่งที่นั้นที่สถานพยาบาลออกไปแล้ว แต่ไม่สามารถแจกให้เจ้าของบัตรได้ด้วยเหตุผลต่างๆ (เช่น บ้านปิด หาตัวไม่พบ ไม่สามารถฝากบัตรไปให้ได้ เสียชีวิตไปแล้ว ย้ายไปอยู่ที่อื่น ไปทำงานต่างประเทศ ฯลฯ) ในกรณีนี้ ถ้าปัญหาเกิดจากการกระจายบัตร ผู้ที่มีสิทธิก็ยังสามารถเข้ามารับบัตรและรับการรักษาที่สถานพยาบาล แต่ก็ยังมีกรณีที่ผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ย้ายถิ่นและเสียชีวิตไปแล้วแต่ชื่อยังปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้าน ซึ่งกรณีหลังนี้เป็นกรณีที่จะต้องตัดออกจากรายชื่อผู้มีสิทธิในกรณีนี้ที่ตรวจพบ ซึ่งในอนาคตถ้ามีการตรวจสอบอย่างเข้มงวดขึ้น (เนื่องจากสำนักงานประกันสุขภาพไม่ต้องการจ่ายเงินเหมาจ่ายสำหรับผู้ที่ไม่มิตัวตนให้สถานพยาบาลไปฟรีๆ) ยอดผู้มีสิทธิในโครงการของกระทรวงสาธารณสุขอาจจะลดลงไปกว่านี้

ตารางที่ 13 ยอดการออกบัตรและการตรวจสอบสิทธิในโครงการ 30 บาท

(ล้านคน)

	ตค. 2544	พย. 2544	ธค. 2544	มค. 2545	กพ. 2545	มีค. 2545	เม.ย. 2545	พ.ค. 2545	มิ.ย. 2545
จำนวนบัตรที่ออก ข้อมูลที่ยังงาน โดยสถาน พยาบาล			42.96 (ไม่รวม กทม. / บัตรสุขภาพ ภาพ)		47.24**				
จำนวนบัตรที่ผ่าน การตรวจสอบสิทธิ จากสำนักงาน ประกันสุขภาพ ใน เดือนที่ยังงาน			37.95* (รวม กทม. บาง ส่วน) 21 ธค. ⁴⁸						
จำนวนบัตรที่ผ่าน	36.91	40.75	43.97	46.75	46.62	47.25	45.92	45.63	46.85

⁴⁸ จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสุขภาพเมื่อ 15 มกราคม 2545 พบว่าจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิเข้าซ้อนแล้วเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 40 ล้านคนในขณะนั้น

การตรวจสอบสิทธิ จากสำนักงาน ประกันสุขภาพ ณ 1 เม.ย. 2545**						(15 เมย. 45)	(3 มิย. 45)	(17 กค. 45)	(2 สค. 45)
--	--	--	--	--	--	--------------------	-------------------	----------------	---------------

หมายเหตุ: *แยกเป็นบัตรทองหมวด ท (สปร. เดิม) 20.61 ล้านบัตร บัตรทอง 30 บาท 16.93 ล้านบัตร และบัตรสุขภาพ 500 บาท 0.40 ล้านบัตร (ข้อมูลจาก สคส.)

** ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพ (1 เม.ย. 2545) และจาก web site ของ สปภ. (2 สค. 45)

ที่มา: สคส. และ สำนักงานประกันสุขภาพ

อันที่จริง ปัญหาการออกบัตรได้ต่ำกว่าตัวเลขคาดการณ์ไม่ได้เป็นปัญหาใหม่แต่อย่างใด ในช่วงโครงการ สปร. นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้คาดการณ์จำนวนผู้มีสิทธิไว้เกือบ 28 ล้านคน แต่จำนวนบัตรที่ออกในปีงบประมาณ 2543 (หลังจากที่ได้นำวิธีเหมาจ่ายรายหัวมาใช้เป็นปีที่ 3) ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเลข 13 หลัก (แต่ไม่ได้ตรวจสอบสิทธิซ้ำซ้อน) ยังมีจำนวนเพียง 20 ล้านบัตร ทั้งๆ ที่หลายจังหวัดออกบัตรรายได้ไม่น้อยสูงกว่าที่คาดการณ์เอาไว้มาก แต่สำหรับบัตรที่ออกตามสิทธิ (เช่น บัตรผู้สูงอายุและบัตรเด็ก) นั้น มีจำนวนบัตรที่ออกต่ำกว่าที่คาดการณ์เอาไว้ค่อนข้างมาก

ผลกระทบจากการขยายโครงการประกันสังคม

การขยายโครงการประกันสังคมขยายไปครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป ซึ่งเริ่มเมื่อเดือนเมษายน 2545 ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบในด้านการเงินต่อรัฐบาลโดยรวม กองทุนประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลต่างๆ ในระดับที่แตกต่างกันคือ⁴⁹

- ถ้ามีการลงทะเบียนอย่างครบถ้วน คาดว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นอีก 2.78 ล้านคน⁵⁰ (รวมเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมประมาณ 8.8 ล้านคน)
- ในกรณีดังกล่าว คาดว่ารัฐจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้นประมาณ 2.47, 3.33, และ 3.62 พันล้านบาทในปี 2545-2547 สำหรับลูกจ้างกลุ่มนี้ (890 1,202 และ 1,308 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ) แต่ถ้าใช้ตัวเลขเงินเดือนเฉลี่ยที่ประมาณการโดยสำนักงานประกันสังคม รัฐจะต้องจ่ายเงินสมทบสำหรับลูกจ้างกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 1,084 1,508 และ 1,670 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ สาเหตุที่ต้องใช้งบเพิ่มขึ้น

⁴⁹ ดูรายละเอียดการคำนวณเพิ่มเติมใน อัญชนา ณ ระนอง และ ศรัชัย เจริญวรกุล (2545) “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม” (รายงานฉบับที่ 8 ในโครงการนี้ บทที่ 4-5 และตารางที่ 4.3)

⁵⁰ คาดการณ์โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเมื่อปลายปี 2544 (สำนักงานประกันสังคมเองคาดว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันตนเพิ่มขึ้น 3.5 ล้านคน)

มากในปีงบประมาณ 2546 เกิดจากการปรับเงินสมทบสำหรับสิทธิแรกกลับขึ้น จาก 1% เป็น 1.5% รวมเป็นเงินสมทบที่รัฐต้องจ่ายเท่ากับ 2.5% ของเงินเดือน⁵¹

- หากไม่ขยายความคุ้มครองตาม พรบ. ประกันสังคมให้แก่ลูกจ้างกลุ่มนี้ ลูกจ้างกลุ่มนี้(เฉพาะรายที่ไม่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ) ก็จะมีสิทธิในโครงการ 30 บาทฯ ซึ่งในกรณีดังกล่าว รัฐบาลจะมีภาระด้านงบประมาณสำหรับลูกจ้างกลุ่มนี้ 3.33 พันล้านบาท (กรณีที่รัฐจัดงบประมาณจ่าย 1,202 บาทต่อคนดังเช่นในปัจจุบันและที่เสนอในร่าง พรบ. งบประมาณปี 2546) ถึง 3.67 พันล้าน (ในกรณีที่งบประมาณจ่ายเพิ่มเป็น 1,322 บาทต่อคน ตามอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอขอไปยังสำนักงบประมาณ⁵²) ในปีงบประมาณ 2546
- ที่ผ่านมา โครงการการขยายความครอบคลุมไปยังกิจการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไป มีผู้มาขึ้นทะเบียนค่อนข้างน้อย โดยเมื่อสิ้นเดือนมิถุนายน 2545 (สองเดือนหลังเส้นตายของการลงทะเบียน) มีลูกจ้างมาขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นประมาณ 700,000 คน (จากสถานประกอบการ 156,679 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 20-25 ของจำนวนที่เคยมีผู้ประมาณเอาไว้ การที่มีผู้มาขึ้นทะเบียนในโครงการประกันสังคมเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อย ทำให้การขยายความครอบคลุมครั้งนี้มีผลต่อโครงการ 30 บาท น้อยมากในระยะสั้นน้อยมาก ยกเว้นเรื่องการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งรัฐบาลอาจต้องจัดหางบให้สำหรับโครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยคาดการณ์เอาไว้ (เดิมกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าจะมีผู้ที่มีสิทธิในโครงการ 30 บาท จำนวน 46.6 ล้านคนในปีงบประมาณ 2545 และ 45 ล้านคนในปีงบประมาณ 2546) แต่จะไม่ส่งผลกระทบของค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลสำหรับทั้งสองโครงการรวมกันมากนัก โดยในปีช่วงครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ 2545 นั้น การขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน จะทำให้รัฐบาลสามารถประหยัดงบประมาณในปีงบประมาณ 2545 ในอัตรา

⁵¹ อัตราเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคมในระหว่างปี 2533-40 คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน ลดเหลือร้อยละ 1 ในปี 2541 เพิ่มเป็นร้อยละ 2 ในปี 2542-45 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.5 ในปี 2546 สำหรับนายจ้างและลูกจ้างนั้น เดิมจ่ายเท่ากับรัฐ แต่ตั้งแต่ปี 2543-45 จ่ายเพิ่มเป็นร้อยละ 3 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2546

⁵² อัตรานี้ต่ำกว่าอัตราที่คำนวณโดยคณะกรรมการเงินการคลังฯ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเสนอตัวเลขที่ 1,414 บาทต่อคน

140-330 บาทต่อคนต่อปี (คิดเป็นเงินรวมทั้งสิ้น 50-116 ล้านบาทต่อครั้งปี สำหรับลูกจ้างที่มาขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นประมาณเจ็ดแสนคน)

- สำหรับปี 2546 ซึ่งคาดว่ารัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบให้สำนักงานประกันสังคมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.5 ของเงินเดือนนั้น คาดว่าเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับโครงการประกันสังคม (สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาด 1-9 คน) จะต่ำกว่าเงินค่าหัวที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับโครงการ 30 บาทในกรณีที่ลูกจ้างกลุ่มนี้ไม่มาขึ้นทะเบียนเพียงเล็กน้อย (ประมาณ 14 บาทต่อคนต่อปี⁵³) หรือประมาณ 10-40 ล้านบาท (สำหรับคนงาน 0.7- 2.78 ล้านคน) แต่ถ้าใช้ตัวเลขเงินเดือนเฉลี่ยที่ประมาณการโดยสำนักงานประกันสังคม รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบในกรณีที่ลูกจ้างกลุ่มนี้เข้ามาอยู่ในโครงการประกันสังคมสูงกว่ากรณีที่ลูกจ้างกลุ่มนี้ยังคงใช้สิทธิ 30 บาท ประมาณ 184 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเมื่อคิดออกมาเป็นตัวเงินจะอยู่ระหว่าง 129-512 ล้านบาท
- ในภาพรวมแล้ว การขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปสู่ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาด 1-9 คน มีผลต่อค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลน้อยมาก เพราะถึงแม้ว่าโครงการประกันสังคมเป็นโครงการที่มีสามฝ่ายร่วมกันจ่าย แต่การที่โครงการประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์ถึง 6 กรณีซึ่งมีขอบข่ายกว้างกว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลมาก และในปัจจุบันเมื่อนำลูกจ้างแต่ละคนเข้าโครงการประกันสังคม ก็จะต้องเข้าในทั้ง 6 กรณีพร้อมๆ กัน ทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายรวมในการอุดหนุนโครงการประกันสังคมสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาด 1-9 คน⁵⁴ เกือบจะเท่ากับค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องจ่ายให้โครงการ 30 บาท (ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐบาลจ่ายแต่เพียงฝ่ายเดียว)
- กองทุนประกันสังคมมีทั้งรายรับและรายจ่ายเพิ่มขึ้น แต่คาดว่าเมื่อหักลบกันแล้ว รายรับสุทธิจากลูกจ้างกลุ่มนี้จะติดลบ เนื่องจากโดยเฉลี่ยแล้วลูกจ้างกลุ่มนี้น่าจะมีเงินเดือนต่ำกว่ากลุ่มเดิม ดังนั้น ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมยังคงหักเงินสมทบจากฝ่ายต่างๆ ในอัตราที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน รายรับของกองทุนประกันสังคมในด้านการรักษาพยาบาล (รายรับจากเงินสมทบของทุกฝ่าย) อาจจะต่ำกว่าค่า

⁵³ ในกรณีที่อัตราเหมาจ่ายของโครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นเป็น 1,322 บาทต่อคนในปีงบประมาณ 2546 ตามอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอขอไปยังสำนักงานประมาณ

⁵⁴ รัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนในอัตราร้อยละ 2.5 ของเงินเดือนในปี 2546 หรือเกือบสามเท่าของเงินสมทบในส่วนที่ สปส. เคยจัดสรรเข้าเป็นกองทุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในช่วงก่อนวิกฤติ ซึ่งเคยอยู่ที่ร้อยละ 0.88 ของเงินเดือน

ใช้จ่ายต่อหัวด้านการรักษาพยาบาลที่กองทุนต้องจ่ายออกไปสำหรับลูกจ้างกลุ่มนี้ แต่ในภาพรวมแล้ว การขยายความครอบคลุมจะไม่มีผลกระทบที่รุนแรงต่อกองทุนประกันสังคม

- การที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (main contractor) ของโครงการประกันสังคมเกือบทั้งหมดได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน จะทำให้สถานพยาบาลเหล่านี้ได้งบประมาณจ่ายรายหัวมากขึ้น และน่าจะช่วยให้สถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลเหล่านี้ดีขึ้น
- โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลใกล้เมือง ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ไม่กี่แห่งที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักในโครงการประกันสังคม) จะมีประชากรในความรับผิดชอบลดลง แต่จะหันมาทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญารอง (subcontractor) แทน ซึ่งน่าจะทำให้โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีรายได้สุทธิลดลงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันบ้าง
- อย่างไรก็ตาม การที่การขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคมเกิดขึ้นในขณะที่โครงการ 30 บาทขยายออกไปทั่วประเทศพอดี อาจทำให้ทั้งนายจ้างและลูกจ้างมีแรงจูงใจที่จะหลบเลี่ยงการเข้าโครงการประกันสังคมมากขึ้น การที่มีจำนวนลูกจ้างกลุ่มนี้มาลงทะเบียนในอัตราที่ต่ำนั้น มีความเป็นไปได้มากกว่าอาจเกิดปัญหา adverse selection ในกลุ่มผู้ที่เลือกมาลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม

จ. การคาดการณ์สถานะทางการเงินในระดับสถานพยาบาล

ในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้งบรวม 65,876 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ 4,779 ล้านบาท) และนำมาจัดสรรเป็นงบในส่วนของโครงการ “30 บาท” (เรียกภายในกระทรวงว่างบ UC) จำนวน 47,998 ล้านบาท (แบ่งเป็นงบเงินเดือน 23,850 ล้านบาท งบค่าใช้จ่ายอื่นๆ 22,135 ล้านบาท และงบกลาง UC 2,000 ล้านบาท)

งบสองส่วนแรก (รวม 45,998 ล้านบาท) คืองบ UC ส่วนที่จัดสรรตามจำนวนบัตร คือ 1,202.40 บาทต่อบัตร กันไว้ที่ส่วนกลาง 150.40 บาทต่อบัตร เหลือไปที่จังหวัด 1,052 บาทต่อบัตร ซึ่งแต่ละจังหวัดนำไปจัดสรรต่อให้สถานพยาบาลระดับต่างๆ ตามกระบวนการและข้อตกลงของแต่ละจังหวัด (ดูรายละเอียดในตอนที่ 4 ข้างล่าง) ส่วนงบกลางนั้น ส่วนหนึ่งนำไปใช้กับงานด้านพัฒนาฐานข้อมูล สำหรับงบฉุกเฉิน (contingency fund) หรือที่มีชื่อเรียกที่เป็นทางการว่า “งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ” กระทรวงสาธารณสุขจะขอเพิ่มเติมจากงบกลางของรัฐบาล ในกรณีที่งบ UC ของกระทรวงไม่พอ โดยคาดว่าจะใช้งบส่วนนี้ไม่เกิน 5,000

ล้านบาท และที่ผ่านมามีมติไปแล้วสามรอบคือ รอบที่หนึ่งเมื่อปลายปี 2544 มติไป 2,755 ล้านบาท สำหรับ 110 โรงพยาบาลใน 37 จังหวัด รอบที่สองเมื่อต้นปี 2545 จำนวน 1,520 ล้านบาทสำหรับ 62 โรงพยาบาลใน 30 จังหวัด และรอบที่สามกลางปี 2545 สำหรับ 4 โรงพยาบาลใน 5 จังหวัด รวมสามงวดเป็นเงิน 4,402 ล้านบาท⁵⁵ สำหรับ 177 โรงพยาบาลใน 47 จังหวัด (จาก 75 จังหวัด) (ดูตารางที่ 20)

จากข้อมูลการออกบัตรและคาดการณ์รายรับรายจ่ายที่สถานพยาบาลและจังหวัดรวบรวมส่งมาให้สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2544⁵⁶ ซึ่ง สคส. และสำนักงานประกันสุขภาพใช้ในการจัดสรรงบให้จังหวัดและในการพิจารณาให้งบ contingency fund คณะผู้วิจัยนำมาประมวลผลโดยใช้นิยามของตัวแปรบางตัวที่ต่างจากที่ สคส. ใช้เล็กน้อย ซึ่งพอจะสรุปได้โดยคร่าวๆ คือ⁵⁷

- *ประมาณการรายรับของแต่ละสถานพยาบาล* ใช้ประมาณการรายรับซึ่งรวมรายได้จากทุกแหล่งที่สถานพยาบาลคาดว่าจะได้รับ⁵⁸ บวกด้วยรายได้ที่สถานพยาบาลคาดว่าจะจากการเรียกเก็บจากทั้งในและนอกจังหวัด และลบด้วยรายจ่ายที่สถานพยาบาลคาดว่าจะต้องตามจ่ายเนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วย⁵⁹ สาเหตุที่ใช้วิธีนี้เนื่องจากการเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่ายด้านเงินเดือนซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนศักยภาพในการบริการของโรงพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น ถ้ารวมรายรับส่วนที่ในที่สุดแล้วจะต้องโอนไปให้โรงพยาบาลอื่นด้วยแล้ว เมื่อมาเปรียบเทียบกับเงินเดือนและค่าตอบแทน (ซึ่งวัดศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่จริงในปัจจุบัน) ก็อาจทำให้มีภาพว่าสถานพยาบาลมีรายรับค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับเงินเดือน ขณะที่ในความเป็นจริงนั้น รายรับส่วนนี้ไม่สามารถนำมาใช้

⁵⁵ เมื่อหักเงินเดือนที่ติดลบ 383 ล้านบาทออกแล้ว คิดเป็นเงินที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นจำนวน 4,019 ล้านบาท

⁵⁶ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.เจ้จ ธรรมธัชอารี คุณทวีศรี กรีทอง และ ทพ.จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ จากสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) สำหรับการอนุเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาส่วนนี้ และหวังว่าการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในแง่มุมที่ต่างออกไปจะช่วยเพิ่มมุมมองที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในวงการสาธารณสุข และในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยโดยส่วนรวม

⁵⁷ ดูรายละเอียดการคำนวณในรายงาน “การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดย ศรัทธา เจริญวรกุล (2545) ซึ่งเป็น รายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับนี้

⁵⁸ รวมรายรับที่คาดว่าจะได้จากสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม

⁵⁹ การคำนวณของ สคส. รวมรายจ่ายที่สถานพยาบาลคาดว่าจะต้องตามจ่ายเนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยไว้ในหมวดรายจ่าย

ในการดำเนินการของสถานพยาบาลนั่นเอง⁶⁰ (อย่างไรก็ตามการใช้วิธีนี้มีปัญหาในทางปฏิบัติพอสมควรเนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งมีแนวโน้มที่จะ inflate ตัวเลขคาดการณ์ตามจ่าย ซึ่งมีผลต่อประมาณการรายรับที่คำนวณโดยวิธีนี้อาจจะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น)

- ในการคำนวณประมาณการรายจ่ายของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 นั้น (ซึ่งหักตัวเลขคาดการณ์ตามจ่ายออกจากรายจ่ายแล้วนั้น) ผู้วิจัยทดสอบโดยเทียบตัวเลขประมาณการค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2545 เทียบกับค่าใช้จ่ายจริงของปีงบประมาณ 2544 ในกรณีที่ประมาณการรายจ่ายของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 (หักตัวเลขคาดการณ์ตามจ่ายออกแล้ว) ที่สถานพยาบาลรายงานมาสูงกว่าค่าใช้จ่ายจริงของปีงบประมาณ 2544⁶¹ เกินกว่าร้อยละ 25 ก็จะไม่ใช้ตัวเลขที่สถานพยาบาลรายงานมา แต่จะประมาณการโดยให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 25 แทน (สาเหตุที่ใช้ร้อยละ 25 เป็น cut-off point ก็เพราะผู้วิจัยคาดว่าจำนวนผู้ที่มาใช้บริการไม่น่าจะเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 30 ดังนั้น material cost ไม่น่าจะเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 35 สำหรับ labor cost นั้น ส่วนที่เพิ่มขึ้นจากการปรับเงินเดือนนั้นคาดว่าจะตกประมาณร้อยละ 6 เมื่อรวมกับการขึ้นค่าเวรก็ไม่น่าจะเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 15 ซึ่งเมื่อนำสองส่วนมาถ่วงน้ำหนักกันแล้ว สถานพยาบาลที่มีสัดส่วนของรายรับต่อเงินเดือนต่ำกว่า 2 ในอดีตก็ไม่น่าจะมีรายจ่าย (ซึ่งแยกค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยออกไปแล้ว) เพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 25⁶²
- การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลใน 6 กรณีคือ

⁶⁰ การคิดรายรับรวมแบบที่ทาง สดส. ใช้ (รวมเงินส่วนที่จะต้องตามจ่ายไว้ในรายรับ) จะสะท้อนศักยภาพในระยะยาวได้ดีกว่าในระยะสั้น ตัวอย่างเช่น สถานพยาบาลที่ปัจจุบันมีอัตรารายรับรวมต่อค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนสูงจะเป็นสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในด้านการนำงบที่ได้มาขยายบริการโดยจ้างบุคลากรเข้ามาเพิ่มในอนาคต (ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน รายได้ที่มาที่สถานพยาบาลเหล่านี้จะต้องจ่ายออกไปให้สถานพยาบาลอื่นจำนวนมาก แต่ก็สามารถเลือกที่จะนำเงินส่วนนี้มาจ้างบุคลากรเพิ่ม ซึ่งการมีบุคลากรเพิ่มขึ้นจะทำให้รายจ่ายที่จะเกิดจากการส่งต่อลดลงตามไปด้วย)

⁶¹ โดยหลักการแล้วการเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายปีที่ผ่านมามิควรหักด้วยค่าใช้จ่ายในการส่งต่อจริง แต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลส่วนนี้

⁶² จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่สถานพยาบาลรายงานเข้ามานั้น พบว่ามีสถานพยาบาลจำนวนมากในกว่ายี่สิบจังหวัดที่ประมาณการค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2545 (รวมคาดการณ์ตามจ่าย) สูงกว่าค่าใช้จ่ายจริงในปีงบประมาณ 2544 เกินกว่าร้อยละ 50

- กรณีที่หนึ่ง จัดสรรงบประมาณที่ตกลงกันในแต่ละจังหวัดตามที่แต่ละจังหวัดรายงานเข้ามาที่ สคส. (บางจังหวัดรวมเงินระดับจังหวัดหรือแยกเงินเดือนตามเครือข่ายอำเภอ)
- กรณีที่สอง สมมติว่าทุกสถานพยาบาลใช้วิธีการแยกเงินเดือนระดับเครือข่ายอำเภอ (งบประมาณจ่ายต่อหัวไปที่อำเภอ 1,052 บาทต่อบัตร)
- กรณีที่สาม สมมติว่าทุกสถานพยาบาลใช้วิธีการแยกเงินเดือนระดับเครือข่ายอำเภอ และงบประมาณจ่ายต่อหัวไปที่อำเภอ 1,450 บาทต่อบัตร (จากงบรวมประมาณ 1,605-1,624 บาทต่อบัตร ซึ่งอิงตัวเลขจากประกันสังคม และตารางที่ 11)
- กรณีที่สี่ถึงหก เหมือนกับกรณีที่หนึ่งถึงสาม แต่ใช้ตัวเลขประชากรที่ตรวจสอบสิทธิ์แล้วจากสำนักงานประกันสุขภาพว่ามีสิทธิ์ถูกต้อง (ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2544) แทน
- นอกจากกรณีที่สี่ (ซึ่งต้องการคำนวณเม็ดเงินให้ตรงกับที่แต่ละสถานพยาบาลได้รับมากที่สุด) แล้ว การวิเคราะห์นี้ไม่ได้หักค่าวัคซีนที่ส่วนกลางจะจัดซื้อให้จำนวน 14.70 บาทต่อบัตรออก เนื่องจากถือว่าเป็นวัคซีนพื้นฐานที่จะต้องใช้ในทุกพื้นที่อยู่แล้ว เพียงแต่ให้ส่วนกลางทำหน้าที่จัดซื้อในลักษณะเดียวกับการจัดซื้อยา รวม

ในการคำนวณดัชนีชี้วัดต่างๆ นั้น การศึกษานี้รวมเงินเดือนของลูกจ้างชั่วคราวและค่าตอบแทนส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนเข้ามาด้วย เนื่องจากการบริหารงานในระยะหลังและในอนาคตนั้นผู้บริหารสถานพยาบาลมี flexibility ในการจ้างผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น และทางส่วนกลางเองก็สนับสนุนให้สถานพยาบาลใช้วิธี subcontract และ outsource มากขึ้น การคำนวณดัชนีต่างๆ ในการศึกษาจึงพยายามรวมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเข้าด้วยกัน

สำหรับการคำนวณความต้องการ contingency fund นั้น คณะผู้วิจัยได้เปลี่ยนหลักการจากที่ระบุไว้ในคู่มือ “แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กันยายน 2544)” บทที่ 2 หน้า 36 ซึ่งระบุว่าสถานพยาบาลที่จะขอรับการสนับสนุนส่วนนี้ “ต้องมีเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด เช่น รายรับทุกประเภทต้องประเภทไม่เกิน 1.5 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร” เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากหลักการที่กำหนดในคู่มือหน้าเดียวกันว่า “วงเงินประมาณการสูงสุดที่จะสนับสนุน ... เมื่อรวมกับรายรับทั้งหมดของสถานพยาบาล ต้องไม่เกิน 1.75 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร และต้องไม่เกินร้อยละ 90 ของประมาณการค่าใช้จ่ายในปีนั้น” แล้วนั้น ก็ดูเหมือนจะเป็นมาตรฐานสองชั้นที่จำกัดสิทธิ์ของสถานพยาบาลที่มีรายรับรวมอยู่ระหว่าง 1.5-1.75 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร และอาจเป็นข้อ

กำหนดที่ทำให้สถานพยาบาลกลุ่มนี้มีแรงจูงใจที่จะกดประมาณการรายรับลงให้ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย⁶³ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ใช้วิธีที่คล้ายกับที่ สคส. คำนวณ โดยพิจารณาจากเงื่อนไขในกรณีหลัง (รายรับไม่เกิน 1.75 เท่าของเงินเดือนและค่าตอบแทน) แทน

โดยหลักการแล้ว การคำนวณควรใช้ประชากรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์แล้ว (เหมือนกับในกรณีที่สี่ถึงหก) แต่ในขณะนี้ ยังมีปัญหาเรื่องฐานข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และยังมีกรณีที่มีบัตรที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์เนื่องจากความผิดพลาดอื่นๆ ด้วย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงคำนวณข้อมูลทั้งที่อิงจำนวนบัตรที่ออกโดยสถานพยาบาล (กรณีที่หนึ่งถึงสาม) และที่อิงข้อมูลประชากรที่ตรวจสอบสิทธิ์แล้วจากสำนักงานประกันสุขภาพ (กรณีที่สี่ถึงหก) โดยอาจถือได้ว่ากรณีที่หนึ่งถึงสามเป็นประมาณการรายรับขั้นสูงและกรณีที่สี่ถึงหกเป็นประมาณการขั้นต่ำไปก่อน

ในด้านประมาณการรายรับและรายจ่ายนั้น การศึกษาที่ใช้ข้อมูลที่สถานพยาบาลรายงานมา ซึ่งสถานพยาบาลส่วนใหญ่คำนวณรายรับและรายจ่ายตามวิธีที่ สคส. กำหนดให้ ข้อสังเกตประการหนึ่งคือ วิธีที่ สคส. ให้สถานพยาบาลใช้ในการประมาณการรายจ่ายนั้นไม่ได้มีการพิจารณาถึง scenario ที่มีผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้นจากการที่โครงการ "30 บาท" ลดอุปสรรคด้านการเงินลง ซึ่งแม้ว่าในช่วงแรกจำนวนผู้มาใช้บริการอาจจะเพิ่มขึ้นไม่มาก (ทั้งด้วยสาเหตุเรื่องความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ และข้อจำกัดในด้านศักยภาพของการให้บริการในบางพื้นที่) แต่ในกรณีที่โครงการนี้ไม่มีปัญหาด้านคุณภาพของการบริการนั้น คาดว่าน่าจะมีผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลและเครือข่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะมีผลต่อ material cost พอสมควร การใช้วิธีนี้อาจทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งหันไปใช้วิธี inflate ตัวเลขคาดการณ์ตามจ่ายแทน ทำให้ตัวเลขประมาณการรายจ่ายที่สถานพยาบาลจำนวนมารายงานมาสูงกว่ารายจ่ายในปีก่อนมาก (และเมื่อคณะผู้วิจัยนำไปหักออกจากรายรับ ก็ทำให้มีตัวเลขรายรับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น)

รายละเอียดวิธีการคำนวณในระดับเครือข่ายสถานพยาบาลในแต่ละอำเภออยู่ใน ศรชัย (2545) ซึ่งเป็นรายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับนี้ ในที่นี้เสนอผลการคำนวณเฉพาะในภาพรวมในตารางที่ 15 โดยแบ่งโรงพยาบาลออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 150 เตียง และโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 150 เตียงขึ้นไป การคำนวณนี้รวมโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ส่งข้อมูลมาที่ สคส. (โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียงขึ้นไป ในสังกัด

⁶³ ในทางปฏิบัตินั้น ถึงแม้ว่าจะเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลที่มีรายรับรวมต่อรายจ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่า 1.75 ของนี้ได้ แต่สถานพยาบาลที่มีรายรับรวมต่อรายจ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่า 1.75 เพียงเล็กน้อย อาจจะเลือกที่จะไม่ขอความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ก็เป็นได้ เนื่องจากการขอความช่วยเหลือจะต้องทำหนังสือแสดงเจตจำนงและแผนปฏิรูปส่งให้ส่วนกลาง (ในลักษณะที่ประเทศต่างๆ ขอความช่วยเหลือจาก IMF สิ่งที่แตกต่างกันวิธีของ IMF คืองบนี้เป็นบให้เปล่า)

กระทรวงกลาโหม และมีโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 6 โรง)⁶⁴ ตารางเหล่านี้จำแนกโรงพยาบาลตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน โดยใช้ดัชนีชี้วัดที่ สคส. ใช้เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ contingency fund ด้วยคือ สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (ดูตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล

	ดัชนีสัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (z)
กลุ่ม 1 ไม่มีปัญหาการเงินมีศักยภาพในการขยายหรือปรับปรุงการบริการ	$2 \leq z$
กลุ่ม 2 ต้องปรับตัว รายรับที่เหลืออาจไม่พอสำหรับบริการประชาชนอย่างมีคุณภาพ	$1.5 \leq z < 2$
กลุ่ม 3 ต้องปฏิรูป รายรับที่เหลือไม่พอบริการประชาชน	$1 \leq z < 1.5$
กลุ่ม 4 วิกฤติ รายได้ไม่พอจ่ายเงินเดือนเจ้าหน้าที่	$z < 1$

⁶⁴ การที่รวมโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาด้วยเนื่องจากในระบบนี้โรงพยาบาลเอกชนจะมีสถานะใกล้เคียงกับโรงพยาบาลรัฐ ตัวอย่างเช่น ในระยะแรก ผู้ที่เกี่ยวข้องระบุว่าโรงพยาบาลเอกชนมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นบลงทุนเหมือนกับโรงพยาบาลรัฐ (ดูรายชื่อโรงพยาบาลใหญ่ในแต่ละจังหวัดจากภาคผนวก ในรายงานของ ศรชัย 2545)

ดัชนีที่ใช้ในตารางที่ 14 คือสัดส่วนของรายรับรวมต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาล ดัชนีตัวนี้ใช้เงินเดือนและค่าตอบแทนเป็นเครื่องชี้ถึงศักยภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล โดยแบ่งสถานพยาบาลออกเป็นสี่กลุ่ม กล่าวคือ ในกรณีที่สัดส่วนของรายรับรวมต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลมากกว่า 2 (หรือ 200%) ก็ถือว่าโรงพยาบาลไม่มีปัญหาการขาดแคลนงบในการดำเนินการ (หรือในกรณีที่สัดส่วนนี้สูงมาก ก็จะเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพด้านการเงินที่จะปรับปรุงและขยายบริการด้านอื่นๆ ให้ดีขึ้น รวมทั้งการหาทางจ้างบุคลากรที่จำเป็นเข้ามาเพิ่มเติม) ในกรณีที่สัดส่วนดังกล่าวอยู่ระหว่าง 1.5-2 โรงพยาบาลอาจมีปัญหามีทรัพยากรน้อยเกินไปสำหรับการบริการ ซึ่งอาจต้องหาทางปรับตัวลดค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนลง ส่วนโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนรายรับต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ อยู่ระหว่าง 1-1.5 ถือเป็นโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรไม่พอสำหรับบริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และต้องหาทางปฏิรูปโดยด่วน ซึ่งในกรณีที่บ่งชี้จัดสรรให้ต่อหัวมีความเหมาะสมแล้วนั้น มักจะเป็นกรณีที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลน้อยเกินไป หรือสถานพยาบาลมีกำลังคนมากเกินไป สำหรับในกรณีสุดท้ายซึ่งโรงพยาบาลมีสัดส่วนของรายรับต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนต่ำกว่า 1 ก็เป็นภาวะวิกฤติที่รายรับของโรงพยาบาลไม่พอกับการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร

ในความเป็นจริงแล้ว ดัชนีตัวนี้เป็นดัชนีที่ค่อนข้างหยาบ แต่สาเหตุหนึ่งที่ทางกระทรวงสาธารณสุขนำดัชนีนี้มาใช้ก็เพราะว่าที่ผ่านมาระบบฐานข้อมูล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงินและระบบบัญชี) ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของกระทรวง (ซึ่งมีจำนวนเกือบหนึ่งพันแห่ง) ยังไม่ได้รับการพัฒนาขึ้นมามากนัก และดัชนีชี้วัดที่จะนำมาใช้ก็ต้องง่ายพอที่จะสามารถใช้กับทุกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าดัชนีตัวนี้ใช้รายจ่ายด้านบุคลากรของสถานพยาบาลเป็นตัวตั้ง ซึ่งอาจจะเหมาะสำหรับในระยะสั้นที่การเกลี่ยบุคลากรทำได้ยาก แต่ในระยะปานกลางหรือระยะยาวนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่ารายรับ (ซึ่งขึ้นกับจำนวนและโครงสร้างของประชากรและคุณภาพของบริการในกรณีที่ให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกสถานพยาบาล) น่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกว่า และในกรณีที่จะใช้ดัชนีที่ง่าย ๆ แบบนี้ การใช้สัดส่วนของรายรับรวมหลังหักเงินเดือนต่อรายรับรวม น่าจะเป็นดัชนีที่ดีกว่าดัชนีที่ใช้อยู่เล็กน้อย เพราะดัชนีตัวหลังบ่งบอกว่ารายรับที่โรงพยาบาลได้รับมานั้นเมื่อหักเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ ออกไปแล้ว จะมีส่วนที่เหลือที่สามารถนำมาใช้ในงานของโรงพยาบาล (ซึ่งส่วนใหญ่จะมีงานบริการผู้ป่วยเป็นหลัก) เป็นสัดส่วน

เท่าใด แทนที่จะบอกว่าโรงพยาบาลจะต้องมีรายได้เท่าใดจึงจะเพียงพอสำหรับใช้บุคลากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ (ซึ่งเป็นนัยของดัชนีที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน)⁶⁵

เมื่อใช้ดัชนีที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการวัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล (คือ สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน) โดยคำนวณรายรับของสถานพยาบาลจากข้อมูลการออกบัตรที่จังหวัดส่งให้ส่วนกลาง (ตารางที่ 15) พบว่าภายใต้เงื่อนไขการตัดเงินเดือนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน นั้น มีโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ขนาดต่ำกว่า 150 เตียง ซึ่งทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือตามชื่อที่เรียกเป็นทางการว่าโรงพยาบาลชุมชน) ประมาณร้อยละ 24 และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (150 เตียงขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือระดับเขต) ประมาณร้อยละ 45 ที่อยู่ในข่ายที่มีปัญหา (กลุ่ม 3 และ 4)⁶⁶ ในกรณีสมมุติให้แยกเงินเดือนตามเครือข่ายอำเภอนั้น สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาลดลงเหลือ 20% แต่สัดส่วนของโรงพยาบาลใหญ่ที่มีปัญหาจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61 แต่ในกรณีที่มีการปรับงบประมาณจ่ายรายหัวไปอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับโครงการประกันสังคม (โดยเหมาจ่ายไปที่สถานพยาบาล 1,450 บาทต่อบัตร) สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาลดลงเหลือร้อยละ 8 และสัดส่วนของโรงพยาบาลใหญ่ที่มีปัญหาจะลดลงเหลือร้อยละ 37 ซึ่งลดลงมามาก แต่ก็ยังเป็นจำนวนที่ไม่สามารถละเลยได้ ดังนั้น ถ้าข้อมูลที่สถานพยาบาลต่างๆ รายงานมามีความถูกต้อง ก็ย่อมแสดงให้เห็นว่า การปรับเฉพาะอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นในระดับที่ใกล้เคียงกับโครงการประกันสังคมแต่เพียงอย่างเดียวคงจะไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาการเงินของโรงพยาบาลใหญ่ในกรณีที่ยังจะดำเนินการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขตามแนวทางนี้

ตารางที่ 15 จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (Z) (ใช้ข้อมูลการออกบัตรที่จังหวัดส่งให้ส่วนกลาง)

สถานพยาบาล	ต่ำกว่า 150 เตียง	150 เตียงขึ้นไป
------------	-------------------	-----------------

⁶⁵ อย่างไรก็ตามเนื่องจากดัชนีทั้งสองตัวใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ดัชนีทั้งสองตัวนี้จึงมีความสัมพันธ์กันโดยตรง (one-to-one correspondence) ในกรณีที่ดัชนีตัวแรกเท่ากับ 2 จะเหมือนกับกรณีที่ดัชนีตัวหลังเท่ากับ 0.5 และกรณีที่ดัชนีตัวแรกเท่ากับ 1 จะเหมือนกับกรณีที่ดัชนีตัวหลังเท่ากับ 0 แต่ในกรณีที่ดัชนีทั้งสองตัวนี้มีค่าอื่นๆ นั้น การเปรียบเทียบอาจจะไม่ชัดเจนเท่า (ตัวอย่างเช่น เมื่อดัชนีตัวแรกมีค่าเท่ากับ 1.75 ดัชนีตัวหลังจะมีค่าเท่ากับ 0.43 และเมื่อดัชนีตัวแรกมีค่าเท่ากับ 1.5 ดัชนีตัวหลังจะมีค่าเท่ากับ 0.33 หรือเมื่อดัชนีตัวหลังมีค่าเท่ากับ 0.25 ดัชนีตัวแรกจะมีค่าเท่ากับ 1.33 เป็นต้น)

⁶⁶ ในกรณีของโรงพยาบาลขนาดเล็กนั้น ผู้วิจัยคาดว่าจำนวนโรงพยาบาลที่ตกอยู่ในกลุ่มที่ 3 และ 4 อาจจะมากกว่าความเป็นจริงไปบ้าง เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งรายงานตัวเลขคาดการณ์การตามจ่ายที่สูงมาก

	แห่ง	%	แห่ง	%
กรณี (1) ใช้ประมาณการรายรับจาก UC ตามข้อมูลในแต่ละสถานพยาบาลส่งเข้ามาที่ส่วนกลาง				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	437	60.0%	29	28.2%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	120	16.5%	27	26.2%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	115	15.8%	35	34.0%
- กลุ่ม 4 วิฤติ : $z < 1$	56	7.7%	12	11.7%
รวม	728	100.0%	103	100.0%
กรณี (2) ใช้ประมาณการรายรับจาก UC โดยแยกเงินเดือนระดับอำเภอทั้งหมด (เหมาจ่ายรายหัวไปยังสถานพยาบาล 1,052 บาท)				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	468	64.3%	17	16.5%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	114	15.7%	23	22.3%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	100	13.7%	46	44.7%
- กลุ่ม 4 วิฤติ : $z < 1$	46	6.3%	17	16.5%
รวม	728	100.0%	103	100.0%
กรณี (3) ใช้ประมาณการรายรับจาก UC โดยแยกเงินเดือน (เหมาจ่ายรายหัวไปยังสถานพยาบาล 1,450 บาท)				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	590	81.0%	27	26.2%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	77	10.6 %	38	36.9%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	44	6.0%	33	32.0%
- กลุ่ม 4 วิฤติ : $z < 1$	17	2.3%	5	4.9%
รวม	728	100.0%	103	100.0%

ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย (ดูรายละเอียดใน ศรชัย 2545)

สำหรับกรณีที่ 4-6 นั้น ใช้วิธีการคำนวณเหมือนกับกรณีที่หนึ่งถึงสาม แต่ใช้ตัวเลขประชากรที่ตรวจสอบสิทธิ์แล้วจากสำนักงานประกันสุขภาพว่ามีสิทธิ์ถูกต้อง ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2544 ในการคำนวณงบประมาณแทนตัวเลขการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามา ซึ่งในเดือนธันวาคม 2544 นั้น สถานพยาบาลทั่วประเทศรายงานจำนวนการออกบัตรรวม 43 ล้านบัตร (ยังไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แต่หลังจากที่ทางสำนักงานประกันสุขภาพได้นำข้อมูลการออกบัตรรายบุคคลมาตรวจสอบสิทธิ์ซ้ำซ้อนและความถูกต้องของเลขบัตรประชาชน ตัวเลข ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2544 พบจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์ (รวมกรุงเทพมหานครบางส่วนแล้ว) เพียง 38 ล้านบัตร ซึ่งต่ำกว่าจำนวนบัตรที่สถานพยาบาลรายงานมากกว่า 4 ล้านบัตร หรือประมาณร้อยละ 10

ถึงแม้ว่าจะเป็นที่ทราบกันว่าข้อมูลดังกล่าวจะยังไม่นิ่ง เนื่องจากบางจังหวัดยังคงตรวจสอบข้อผิดพลาดและขอแก้ไขข้อมูลมาที่ส่วนกลางอยู่⁶⁷ (และในแต่ละจังหวัดก็ยังคงมีเด็กเกิดใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ) แต่ในขณะนั้น คณะผู้วิจัยคาดว่าในที่สุดแล้วจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิจะมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนการออกบัตรที่ทางจังหวัดแจ้งมาในช่วงสามเดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งถ้าเป็นจริงก็อาจจะมีผลกระทบต่อรายรับของสถานพยาบาลอย่างรุนแรงได้ จึงได้คำนวณกรณีที่ 4-6 ในทำนองเดียวกันกับกรณีที่ 1-3 แต่ใช้ตัวเลขประชากรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิจากสำนักงานประกันสุขภาพว่ามีสิทธิถูกต้อง ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2544 ในการคำนวณงบประมาณแทนตัวเลขการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามา อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลในปัจจุบัน พบว่าตัวเลขจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิใกล้เคียงกับจำนวนบัตรที่รายงานโดยจังหวัด ทำให้ผลการประมาณการจากกรณีที่ 1-3 น่าจะสะท้อนสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลได้ดีกว่ากรณีที่ 4-6 คณะผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเสนอรายละเอียดของกรณีที่ 4-6 ในรายงานฉบับนี้⁶⁸

สำหรับการประมาณการของ สคส. ซึ่งใช้ดัชนีสัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือนเหมือนกัน (แต่ใช้นิยามรายรับและรายจ่ายที่ต่างกัน ตามที่ผู้วิจัยบรรยายไว้ข้างต้น) นั้น สามารถสรุปออกมาตามตารางที่ 16 กล่าวคือ ในกรณีที่คำนวณตามข้อมูลที่แต่ละสถานพยาบาลส่งเข้ามาที่ส่วนกลางนั้น พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในข่ายที่มีปัญหา (กลุ่ม 3 และ 4) ประมาณเกือบหนึ่งในสี่ และมีโรงพยาบาลใหญ่ที่อยู่ในข่ายที่มีปัญหา (กลุ่ม 3 และ 4) ถึงร้อยละ 63 แต่เมื่อ สคส. นำข้อมูลที่รายงานมาคำนวณใหม่โดยยังคงใช้ยอดการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามา พบว่าสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลใหญ่ที่มีปัญหาลดลงเหลือ 16% และ 49% ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อหันมาคำนวณโดยอิงประชากรใช้ข้อมูลการออกบัตรที่ตรวจสอบสิทธิโดยสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อ 21 ธ.ค. 2544) พบว่าสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาเพิ่มกลับขึ้นมาเป็น 27% และสัดส่วนของโรงพยาบาลใหญ่ที่มีปัญหาจะเพิ่มขึ้นเป็น 60% ซึ่งใกล้เคียงกับกรณีแรกซึ่งสถานพยาบาลรายงานเข้ามา

นอกจากนี้ สคส. ได้คำนวณกรณีสมมุติ (เช่น กรณีที่รวมเงินเดือนที่จังหวัดทั้งหมด และกรณีที่แยกเงินเดือนไปที่สถานพยาบาลทั้งหมด) (ตารางที่ 17) ซึ่งก็ได้ภาพและแนวโน้มที่ไม่ต่างที่

⁶⁷ ตัวอย่างเช่น จังหวัดเชียงใหม่พบข้อมูลที่ผิดพลาดอย่างเป็นระบบซึ่งทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกบันทึกข้อมูลเป็นข้าราชการ

⁶⁸ อย่างไรก็ตาม การที่ตัวเลขรวมใกล้เคียงกันไม่ได้หมายความว่าตัวเลขระดับสถานพยาบาลจะสอดคล้องกันด้วยเสมอไป จากการเปรียบเทียบข้อมูลระดับสถานพยาบาลและระดับจังหวัด พบว่าตัวเลขยอดบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิในจังหวัดภาคกลาง และภาคตะวันตก (และบางจังหวัดในภาคใต้ เช่น ภูเก็ต) สูงกว่ายอดการออกบัตรที่สถานพยาบาลรายงานในปี 2544 ขณะที่จังหวัดในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือโดยส่วนใหญ่มียอดบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิต่ำกว่ายอดการออกบัตรที่สถานพยาบาลรายงานในปี 2544

บรรยายมาแล้วข้างต้น กล่าวคือการรวมเงินเดือนในระดับจังหวัดจะทำให้สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลใหญ่ดีขึ้น และการแยกเงินเดือนจะทำให้สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนดีขึ้น และการคำนวณโดยใช้ข้อมูลจำนวนบัตรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิของสำนักงานประกันสุขภาพในขณะนั้น (21 ธันวาคม 2544) จะทำให้สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มเลวลง

ตารางที่ 16 จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (z) รวบรวมและจัดกลุ่มจากข้อมูลที่คำนวณโดย สคส.

สถานพยาบาล	ต่ำกว่า 150 เดือน		150 เดือนขึ้นไป	
	แห่ง	%	แห่ง	%
(1) จำนวนตามข้อมูลที่แต่ละสถานพยาบาลส่งเข้ามาที่ส่วนกลาง				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	392	55.3%	10	9.8%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	144	20.3%	28	27.5%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	94	13.3%	39	38.2%
- กลุ่ม 4 วิฤติ : $z < 1$	79	11.1%	25	24.5%
รวม	709	100.0%	102	100.0%
(2) จำนวนใหม่โดย สคส. (ใช้ยอดการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามา)				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	469	66.1%	25	24.5%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	125	17.6%	27	26.5%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	94	13.3%	41	40.2%
- กลุ่ม 4 วิฤติ : $z < 1$	21	3.0%	9	8.8%
รวม	709	100.0%	102	100.0%
(3) จำนวนใหม่โดย สคส. (ใช้ข้อมูลการออกบัตรที่ตรวจสอบสิทธิโดยสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อ 21 ธ.ค. 2544)				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	364	51.3%	20	19.6%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	151	21.3%	21	20.6%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	132	18.6%	41	40.2%
- กลุ่ม 4 วิฤติ : $z < 1$	62	8.7%	20	19.6%
รวม	709	100.0%	102	100.0%

หมายเหตุ: การจัดกลุ่มนี้ไม่รวมข้อมูลของโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น เนื่องจากมีข้อมูลไม่พอสำหรับการคำนวณดัชนีของ สคส.

ที่มา: สคส. (รวบรวมและจัดกลุ่มใหม่โดยคณะผู้วิจัย ดูรายละเอียดใน ศรชัย 2545)

ตารางที่ 17 จำนวนสถานพยาบาลแบ่งตามขนาดและดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงิน สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน (z) กรณีสมมุติรวมเงินเดือนที่ระดับจังหวัดทั้งหมด และกรณีสมมุติแยกเงินเดือนที่ระดับอำเภอทั้งหมด (รวบรวมและจัดกลุ่มจากข้อมูลที่คำนวณโดย สคส.)

สถานพยาบาล	ต่ำกว่า 150 เดือน		150 เดือนขึ้นไป	
	แห่ง	%	แห่ง	%
ก. คำนวณโดยใช้ยอดการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามา				
ก.1 กรณีรวมเงินเดือนที่จังหวัดทั้งหมด				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	401	56.7%	28	26.9%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	153	21.6%	46	44.2%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	120	17.0%	28	26.9%
- กลุ่ม 4 วิฤติ: $z < 1$	33	4.7%	2	1.9%
รวม	707	100%	104	100%
ก.2 กรณีแยกเงินเดือนไปที่เครือข่ายอำเภอทั้งหมด				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	502	71.0%	14	13.5%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	107	15.1%	24	23.1%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	78	11.0%	50	48.1%
- กลุ่ม 4 วิฤติ: $z < 1$	20	2.8%	16	15.4%
รวม	707	100%	104	100%
ข. คำนวณโดยใช้จำนวนประชากรที่ตรวจสอบสิทธิ์ว่าถูกต้องโดยสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อ 21 ธันวาคม 2544				
ข.1 กรณีรวมเงินเดือนที่จังหวัดทั้งหมด				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	295	41.7%	22	21.2%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	146	20.7%	39	37.5%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	184	26.0%	40	38.5%
- กลุ่ม 4 วิฤติ: $z < 1$	82	11.6%	3	2.9%
รวม	707	100%	104	100%
ข.2 กรณีแยกเงินเดือนไปที่เครือข่ายอำเภอทั้งหมด				
- กลุ่ม 1 ปรับปรุง: $2 \leq z$	397	56.2%	14	13.5%
- กลุ่ม 2 ปรับตัว: $1.5 \leq z < 2$	150	21.2%	17	16.3%
- กลุ่ม 3 ปฏิรูป: $1 \leq z < 1.5$	100	14.1%	46	44.2%
- กลุ่ม 4 วิฤติ: $z < 1$	60	8.5%	27	26.0%
รวม	707	100%	104	100%

ที่มา: จากการคำนวณของคณะผู้วิจัย (รวบรวมและจัดกลุ่มใหม่จากข้อมูลที่คำนวณโดย สคส.)

โดยทั่วไปแล้ว ความแตกต่างประการหนึ่งของผลการคำนวณของคณะผู้วิจัยและ สคส. ก็คือ เมื่อใช้ดัชนีชี้วัดตัวเดียวกันนั้น สถานะทางการเงินโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนที่ได้จากการคำนวณของ สคส. จะดีกว่าของคณะผู้วิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการใช้นิยามรายรับที่แตกต่างกัน⁶⁹ แต่โดยทั่วไปแล้ว ผลการคำนวณของคณะผู้วิจัยและ สคส. จะมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ส่วนนี้ (และในหัวข้อก่อนๆ) ก็คือ

- การจัดสรรงบประมาณตามแนวทางที่ใช้ในปัจจุบันน่าจะมีผลกระทบที่ค่อนข้างรุนแรงต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และปัญหามีแนวโน้มรุนแรงขึ้นในกรณีที่ใช้ระบบการเหมาจ่ายรายหัวแบบเต็มรูป (ซึ่งรวมถึงการแยกเงินเดือนตามเครือข่ายอำเภอ)
- การเพิ่มงบประมาณจ่ายรายหัวมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาลง แต่ไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาให้สถานพยาบาลใหญ่โดยส่วนใหญ่
- การปรับมาตรการด้านการเงิน (payment mechanism) อื่นๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น (เช่นการเพิ่มสัดส่วนงบผู้ป่วยใน) จะช่วยแก้ไขปัญหในบางส่วน แต่การปรับมาตรการการเงินจะไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาให้สถานพยาบาลใหญ่จำนวนมาก ซึ่งได้ขยายตัวขึ้นอย่างมากในอดีต

ดังนั้น ถ้าโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ยังคงดำเนินการต่อไปโดยเน้นการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรตามประชากรผู้ที่เป็นเป้าหมายของการบริการแล้ว ถึงแม้ว่าจะมีการปรับระบบงบประมาณให้มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น แต่ในที่สุดแล้วสถานพยาบาลใหญ่จะสามารถอยู่รอดได้ก็ต่อเมื่อสถานพยาบาลเหล่านั้นสามารถปรับตัวหรือปฏิรูปตัวเองเพื่อรับกับระบบการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปจากระบบเดิมอย่างสิ้นเชิงเท่านั้น

ข. ผลของการปฏิรูปการเงินการคลังในโครงการ “30 บาท” ที่มีต่อการกระจายรายได้ระหว่างสถานพยาบาล

จากข้อมูลในตารางต่างๆ ที่นำเสนอมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าการปฏิรูปการเงินการคลังในโครงการ “30 บาท” ที่มีต่อสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็กแตกต่างกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่การปฏิรูปนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงแผนการกระจายรายได้

⁶⁹ นิยามที่ใช้จะแตกต่างกันทั้งในด้านรายจ่ายและรายรับ แต่ดัชนีหลักที่ สคส. ใช้ และที่ผู้วิจัยนำเสนอในที่นี้ไม่ได้นำรายจ่ายของสถานพยาบาล (ยกเว้นส่วนที่เป็นเงินเดือนและค่าตอบแทน) มาคำนวณ

(income redistribution) ของสถานพยาบาลโดยใช้หลักให้เงินตามผู้มีสิทธิหรือ money follows patient

ผลของการกระจายรายได้ใหม่ แต่เป็นการกระจายภายใต้โครงสร้างทรัพยากรและบุคลากรเดิม ได้ก่อให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในหลายจุด ในขณะที่หลายจุดมีงบเพิ่มขึ้น ซึ่งตารางที่ 18 เป็นภาพประมาณการของการไหลของเงินในระบบบริการสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 นี้ โดยในกรณีที่ใช้ตัวเลขการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามาในการคำนวณรายรับของสถานพยาบาลนั้น จากการประมาณการพบว่ารายรับสุทธิของสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างมาก ภาคเหนือมีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในขณะที่ภาคกลาง (รวมภาคตะวันออกและภาคตะวันตก) และภาคใต้คาดว่าจะมีรายรับรวมสุทธิติดลบในปีงบประมาณนี้ เมื่อคิดรวมทั่วประเทศ คาดว่าสถานพยาบาลจะมีรายรับสุทธิรวมกันประมาณ 5,177 ล้านบาท⁷⁰

แต่เมื่อพิจารณาจากระบบใหม่ ซึ่งใช้เครือข่ายอำเภอ (หรือเครือข่ายจังหวัดแบบหลวมๆ ในกรณีที่มีการรวมเงินเดือนระดับจังหวัด) เป็นหน่วยคู่สัญญาที่แยกจากกันแล้ว ก็จะได้เห็นได้ว่าการกระจายรายได้ใหม่นี้มีผลกระทบที่ค่อนข้างกว้างขวาง จากตารางที่ 18 เมื่อคำนวณรายรับ UC ของสถานพยาบาลโดยยึดจำนวนการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามา ก็จะมีสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวกรวมกันจำนวน 562 โรง คิดเป็นเงินเหลือรวมกันประมาณ 12,892 ล้านบาท ในขณะที่เดียวกัน คาดว่าจะมีสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิติดลบจำนวน 269 โรง คิดเป็นเงินที่ติดลบรวมกันประมาณ 7,715 ล้านบาทเศษ (ตารางที่ 18 และตารางที่ 19) โดยในภาคเหนือซึ่งคาดว่าจะมีรายรับสุทธิของสถานพยาบาลในภาคเป็นบวกเล็กน้อย (62 ล้านบาท) นั้น คาดว่าสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวก จะมีเงินเหลือรวมกันประมาณ 2,100 ล้านบาท ในขณะที่เดียวกัน คาดว่าสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบจะมีรายรับสุทธิที่เป็นลบคิดเป็นเงินติดลบรวมกันประมาณ 2,000 ล้านบาทเศษเช่นกัน หรือในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งคาดว่าจะมีสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวกรวมกันเป็นเงินกว่า 7,350 ล้านบาทนั้น ก็ยังจะมีสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิติดลบคิดรวมกันเป็นเงินกว่า 600 ล้านบาท ขณะเดียวกัน ในภาคกลาง (ภาคกลางตอนกลาง ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก) และภาคใต้ซึ่งในภาพรวมมีรายได้ติดลบนั่น ก็คาดว่าจะมีสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวกมีเงินเหลือรวมกันเกือบ 3,500 ล้านบาท ในขณะที่

⁷⁰ ในปีงบประมาณ 2545 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขประมาณ 7,000 ล้านบาทเศษ และภายในกระทรวงเองได้มีการจัดสรรงบประมาณใหม่ซึ่งได้ตัดทอนงบ non UC ลงเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ถ้าจำนวนประชากร UC (ที่ยังไม่รวมกรุงเทพมหานคร) มีจำนวน 43 ล้านคนตามที่จังหวัดรายงานเข้ามาจริง กระทรวงสาธารณสุขจะต้องของบประมาณเพิ่มเติมจากงบ 47,000 ล้านที่ตั้งเอาไว้มาให้สถานพยาบาลเพิ่ม (ตัวเลขนี้ยังไม่รวมงบ contingency fund)

ที่มีสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิติดลบรวมกันเป็นเงินประมาณ 5,000 ล้านบาทเศษ ซึ่งปัญหาที่เกิดจากการกระจายรายได้ใหม่นี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องมีการตั้ง contingency fund ขึ้นมารองรับ (และผู้บริหารที่ส่วนกลางบางส่วนก็พยายามผลักดันให้จังหวัดที่ได้งบประมาณเพิ่มขึ้นมากหันมาใช้วิธีรวมเงินเดือนในระดับจังหวัด⁷¹) โดยถ้าใช้เกณฑ์การคำนวณ contingency fund ตามที่บรรยายไว้ในตอนต้นของหัวข้อนี้ ก็จะมีความต้องการ contingency fund ประมาณ 4,300 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2545⁷²

**ตารางที่ 18 ประมาณการรายรับ ยอดเงินที่คาดว่าจะเหลือและขาด และความต้องการบ
contingency fund ของสถานพยาบาล
(คำนวณรายรับโดยใช้ข้อมูลการออกบัตรที่รายงานโดยจังหวัด)**

	ประมาณการราย รับสุทธิของทุก สถานพยาบาล	รวมยอดเงินที่เหลือ ของสถานพยาบาล ที่มีเงินเหลือ (sum net gain)	รวมยอดเงินที่ขาด ของสถานพยาบาลที่ มีรายรับสุทธิติดลบ (sum shortfall)	ประมาณการความ ต้องการบสนับสนุน (contingency fund)
รวมทั้งประเทศ	5,176,974,170	12,892,235,456	-7,715,261,286	4,298,180,612
ภาคเหนือ	62,070,715	2,099,184,775	-2,037,114,060	1,196,667,479
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,743,529,660	7,349,881,263	-606,351,604	146,471,615
ภาคกลาง	-117,176,385	1,537,825,317	-1,655,001,702	858,611,438
ภาคตะวันออก	-659,036,409	459,923,545	-1,118,959,954	652,937,156
ภาคตะวันตก	-437,119,783	220,995,519	-658,115,302	401,803,171
ภาคใต้	-415,293,627	1,224,425,038	-1,639,718,665	1,041,689,754

ที่มา: จากการคำนวณของคณะผู้วิจัย

⁷¹ แต่ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขบางส่วน รวมทั้งรัฐมนตรีช่วยว่าการที่รับผิดชอบโครงการนี้ ก็พยายามผลักดันให้มีการแยกเงินเดือนตามเครือข่ายบริการให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้เหตุผลว่าวิธีนี้จะทำให้เกิดการปฏิรูปที่ส่งผลต่อการกระจายทรัพยากรและปรับปรุงบริการในแหล่งที่ขาดแคลน ไม่ใช่แต่เพียงเติมเงินงบประมาณเพิ่มเข้าไปแล้วทุกอย่างเหมือนเดิม โดยประชาชนที่ห่างไกลไม่ได้รับบริการที่ดีขึ้นจริง

⁷² จนถึงเดือนมิถุนายน 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติเงินจาก contingency fund ให้สถานพยาบาลที่ทำหนังสือแสดงเจตจำนงขอมาพร้อมกับส่งแผนปฏิรูปฯ ไปแล้ว 4,402 ล้านบาทสำหรับสถานพยาบาล 177 แห่งใน 47 จังหวัด (ยอดเงินเป็นงบที่ตั้งสำหรับทั้งปีงบประมาณ แต่จะเบิกจ่ายเป็นงวดๆ ทุกเดือน) และยังมีความเป็นไปได้ที่จะให้การสนับสนุนเพิ่มเติมให้สถานพยาบาลที่อาจจะประสบปัญหาการเงินมากกว่าที่คาดเอาไว้ หรือแห่งที่ผ่านมาไม่ได้รับเงินสนับสนุนเนื่องจากแผนปฏิรูปที่ส่งมาไม่ผ่านการพิจารณาของอนุกรรมการที่จัดสรรงบนี้ แต่มีการกำหนดเพดานเอาไว้สำหรับปีก่อนหน้านี้ไว้ไม่เกิน 5,000 ล้านบาทสำหรับปีงบประมาณ 2545

ตารางที่ 19 ประมาณจำนวนโรงพยาบาลที่คาดว่าจะมีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นหรือลดลงในปี
งบประมาณ 2545 คำนวณรายรับโดยใช้ข้อมูลการออกบัตรที่รายงานโดยจังหวัด

พื้นที่	ต่ำกว่า 150 เตียง		150 เตียงขึ้นไป	
	จำนวนโรง พยาบาลที่คาดว่า มีรายรับสุทธิเป็น บวก	จำนวนโรง พยาบาลที่คาดว่า มีรายรับสุทธิติด ลบ	จำนวนโรงพยาบาล ที่คาดว่าจะมีรายรับ สุทธิเป็นบวก	จำนวนโรง พยาบาลที่คาดว่า มีรายรับสุทธิติด ลบ
ภาคเหนือ	110	54	3	17
ภาค ตอ./น.	245	18	12	10
ภาคกลาง	55	31	6	17
ภาคตะวันออก	20	31	3	6
ภาคตะวันตก	15	16	1	8
ภาคใต้	83	48	7	13
ทั่วประเทศ	528	198	32	71
(% ของกลุ่ม)	72.7%	27.3%	31.1%	68.9%

ที่มา: จากการคำนวณของคณะผู้วิจัย

สำหรับการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่คาดว่าจะมีรายรับสุทธิเป็นบวกและติดลบนั้น จากตารางที่ 19 จะเห็นได้ว่าในกรณีที่คำนวณรายรับ UC ของสถานพยาบาลโดยยึดจำนวนการออกบัตรที่จังหวัดรายงานเข้ามานั้น โรงพยาบาลชุมชนเกือบสามในสี่จะมีรายรับสุทธิเป็นบวก แต่โรงพยาบาลใหญ่ไม่ถึงหนึ่งในสามที่คาดว่าจะมีรายรับสุทธิเป็นบวก ในแง่การกระจายตัวของสถานพยาบาลที่คาดว่าจะมีรายรับสุทธิเป็นบวกและติดลบในภาคต่างๆ นั้น จากตารางที่ 19 จะเห็นได้ว่า ถ้าใช้ตัวเลขการออกบัตรของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลชุมชนในภาคกลาง (ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคกลางตอนกลาง) มีสัดส่วนของโรงพยาบาลที่คาดว่าจะมีรายได้ติดลบมากกว่าภาคอื่น รองลงมาได้แก่ภาคใต้และภาคเหนือ ขณะที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น คาดว่าจะมีโรงพยาบาลชุมชนที่มีรายได้ติดลบไม่ถึงร้อยละ 7 ของทั้งภาค

นอกจากการกระจายรายได้ใหม่ที่เกิดขึ้นเป็นการกระจายระหว่างภาค (เช่น งบถูกจัดสรรไปยังภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และภาคเหนือเพิ่มขึ้นบ้าง ขณะที่ภาคกลางลดลงอย่างชัดเจนเช่นกัน) และกระจายระหว่างโรงพยาบาล (โรงพยาบาลใหญ่ในตัวเมืองได้งบลดลง ขณะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอได้งบเพิ่มขึ้น) แล้ว ยังมีการกระจายงบในลักษณะอื่น เช่น ความแตกต่างในด้านภูมิศาสตร์และความหนาแน่นของประชากรหรือสถานพยาบาล เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งนั้นจะต้องมีค่าดำเนินการพื้นฐานที่เป็นต้นทุนคงที่ ดังนั้น การใช้

ระบบเหมาจ่ายรายหัวจึงไม่ใช่ระบบที่เหมาะสมสำหรับสถานพยาบาลทุกขนาด ตัวอย่างเช่น ในบางจังหวัดภาคกลางซึ่งการคมนาคมค่อนข้างสะดวกนั้นโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีประชากรในความรับผิดชอบ (รวมทุกกลุ่ม) ไม่ถึงหนึ่งหมื่นคน (เช่นโรงพยาบาลดอนพุท จ. สระบุรี) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเหล่านี้มักจะประสบปัญหาการเงินในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรมากกว่า 30,000-50,000 คนขึ้นไปมักจะไม่ค่อยมีปัญหา ซึ่งประเด็นนี้ นอกจากควรนำมาเป็นข้อพิจารณาในการจัดสรรงบในลักษณะของ risk-adjusted capitation ที่สะท้อนลักษณะและปัญหาของพื้นที่ให้มากขึ้นแล้ว ยังควรนำมาเป็นข้อพิจารณาสำหรับแนวทางที่บางฝ่ายในกระทรวงสาธารณสุขเสนอให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (ซึ่งจำกัดจำนวนประชากรในความรับผิดชอบไว้ไม่เกิน 10,000 คน) ให้สามารถแยกตัวออกจากโรงพยาบาลชุมชนมาทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (CUP) เอง เพราะถึงแม้การที่มีประชากรในความรับผิดชอบประมาณ 10,000 คน จะทำให้ได้รับงบประมาณ 10 ล้านบาท ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นจำนวนไม่น้อย แต่ pool ของประชากรขนาดนี้อาจไม่เพียงพอสำหรับการเป็นผู้ประกันความเสี่ยงโดย PCU เอง⁷³ และอาจเกิดการผลักภาระไปให้ผู้ป่วยได้ง่ายในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ปัจจุบันมีประชากรในความรับผิดชอบน้อยเกินไปนั้น และอาจจะไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองในระบบเหมาจ่ายรายหัวนั้น อาจมีความจำเป็นต้องเข้าไปรวมกับโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงแทนการยึดหลักภูมิศาสตร์การปกครองในการนำมากำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (CUP) ด้วยตนเอง

ข. การจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาวิกฤติด้านการเงินของสถานพยาบาล

ที่ผ่านมา โครงการ 30 บาท ได้ใช้กองทุนฉุกเฉิน (Contingency Fund) หรือที่มีชื่อเรียกที่เป็นทางการว่า “งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ” ในการแก้ไขปัญหาวิกฤติการณ์การเงินของสถานพยาบาลที่เกิดจากการเข้าร่วมโครงการ 30 บาท กองทุนนี้กำหนดเพดานสำหรับปีงบประมาณ 2545 ไว้ที่ 5,000 ล้านบาท โดยกระทรวงสาธารณสุขจะขอเพิ่มเติมาจากงบกลางของรัฐบาลในกรณีที่งบ UC ของกระทรวงไม่พอ ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติไปแล้วสองรอบคือ รอบที่หนึ่งเมื่อปลายปี 2544 อนุมัติไป 2,755 ล้านบาท สำหรับ 110 โรงพยาบาลใน 37 จังหวัด รอบที่สองเมื่อต้นปี 2545 จำนวน 1,520 ล้านบาทสำหรับ 62 โรงพยาบาลใน 30 จังหวัด และรอบที่สามกลางปี 2545 สำหรับ 4 โรงพยาบาลใน 5 จังหวัด รวมสามงวดเป็นเงิน 4,402 ล้านบาท⁷⁴ สำหรับ 177 โรงพยาบาลใน 47 จังหวัด (จาก 75 จังหวัด) (ตารางที่ 20)

⁷³ ในระบบของอังกฤษซึ่งเคยใช้ GP เป็น fundholder เองนั้น เป็นตัวอย่างของระบบเหมาจ่ายที่มีปัญหาความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการมี pool คนไข้ที่มีขนาดเล็กเกินไป

⁷⁴ เมื่อหักเงินเดือนที่ติดลบ 383 ล้านบาทออกแล้ว คิดเป็นเงินที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นจำนวน 4,019 ล้านบาท

ตารางที่ 20 ผลการพิจารณา Contingency Fund รอบที่ 1-3

เขต	จังหวัด	กลไก จัด สรร เงิน	ตัด ง/ด ระดับ	รอบ 1		รอบ 2		รอบ 3		เขต	จังหวัด	กลไก การจัด สรรเงิน	ตัด ง/ด ระดับ	รอบ 1		รอบ 2		รอบ 3	
				คช.	เงิน	คช.	เงิน	คช.	เงิน					คช.	เงิน	คช.	เงิน	คช.	เงิน
1	สมุทรปราการ	In	คช.							7	ศรีสะเกษ	Ex	จ						
1	นนทบุรี	Ex	จ							7	อุบลราชธานี	Ex	จ						
1	ปทุมธานี	Ex	คช.			2	29.2			7	ยโสธร	Ex	จ						
1	อยุธยา	Ex	คช.	1	52.1	3	13.5			7	อำนาจเจริญ	Ex	จ						
1	อ่างทอง	Ex	คช.	3	102.5					7	ร้อยเอ็ด	Ex	จ						
2	ลพบุรี	In	คช.	1	56.5					7	นครพนม	Ex	จ						
2	สิงห์บุรี	Mix	คช.	3	106.1	2	6.2			7	มุกดาหาร	Ex	คช.	2	34.3				
2	ชัยนาท	In	คช.			1	99.0			8	นครสวรรค์	In	คช.						
2	สระบุรี	In	คช.	5	124.3			1	4.1	8	อุทัยธานี	In	ผ	3	42.9	2	7.9		
2	นครนายก	In	คช.	1	75.4	1	4.0			8	กำแพงเพชร	In	คช.						
2	สุพรรณบุรี	Ex	จ							8	ตาก	In	คช.	7	184.0				
3	ชลบุรี	In	คช.	2	186.8					8	สุโขทัย	In	คช.			3	167.7		
3	ระยอง	Ex	จ	6	72.7					9	อุดรดิตต์	In	คช.	3	79.7	2	2.6		
3	จันทบุรี	Ex	คช.			2	104.5			9	แพร่	In	คช.	2	76.4	2	8.0		
3	ตราด	Ex	คช.	4	82.6					9	น่าน	In	คช.	10	159.7				
3	ฉะเชิงเทรา	Ex	คช.			1	78.9			9	พิษณุโลก	In	คช.	1	146.9	1	10.0		
3	ปราจีนบุรี	In	คช.					2	79.1	9	พิจิตร	Ex	ผ	1	21.0				
3	สระแก้ว	Ex	จ							9	เพชรบูรณ์	In	จ						
4	ราชบุรี	In	คช.	6	188.4	1	37.9			10	เชียงใหม่	In	จ			1	6.9		
4	กาญจนบุรี	In	คช.			1	41.0			10	ลำพูน	In	คช.			3	58.8		
4	นครปฐม	Mix	คช.	1	51.5	2	4.8			10	ลำปาง	In	คช.	2	39.1				
4	สมุทรสาคร	In	คช.							10	พะเยา	In	คช.			4	150.8		
4	สมุทรสงคราม	Ex	จ	3	162.5					10	เชียงราย	In	คช.			1	53.8		
4	เพชรบุรี	In	คช.*			3	69.9			10	แม่ฮ่องสอน	In	จ	7	69.5				
4	ประจวบคีรีขันธ์	Ex	จ							11	นครศรีธรรมราช	In	คช.			1	222.5		
5	นครราชสีมา	Ex	จ							11	กระบี่	Ex	จ						
5	บุรีรัมย์	In	ผ							11	พังงา	Ex	คช.	7	166.8				
5	สุรินทร์	In	จ							11	ภูเก็ต	Ex	จ	2	13.4			1	41.4
5	ชัยภูมิ	In	จ							11	สุราษฎร์ธานี	Ex	คช.	5	193.5				
5	มหาสารคาม	Ex	จ							11	ระนอง	Ex	คช.	4	35.9				
6	หนองบัวลำภู	Ex	จ							11	ชุมพร	Ex	จ	2	10.7	1	5.0	1	2.3
6	ขอนแก่น	Ex	คช.							12	สงขลา	In	จ	4	55.9	4	90.1		
6	อุดรธานี	Ex	จ							12	สตูล	In	จ	5	12.6	1	23.2		
6	เลย	In	คช.	1	4.9	6	62.4			12	ตรัง	In	คช.			2	78.3		
6	หนองคาย	In	จ							12	พัทลุง	In	คช.	3	113.6	3	3.8		
6	กาฬสินธุ์	Ex	คช.							12	ปัตตานี	Ex	จ	2	6.1	1	1.1		
6	สกลนคร	Ex	คช.							12	ยะลา	In	คช.	1	26.6	2	45.3		
										12	นราธิวาส	Ex	จ			3	33.1		
รวม														110	2,754.9	62	1,520.2	5	126.9

ที่มา: สคส. (มิถุนายน 45)

(รวมทั้งหมด 177 เครือข่าย รวมยอดเงิน 4,420.0 ล้านบาท)

หมายเหตุ คช = ตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย จ = ตัดเงินเดือนระดับจังหวัด ผ = ตัดเงินเดือนแบบผสม

In = กลไกการจัดเงินแบบ Inclusive Ex. = กลไกการจัดเงินแบบแยกคนใช้เงิน กับ คนใช้ขอรวมส่งเสริมป้องกัน

การขอและอนุมัติงบประมาณนี้ เป็นการขอและอนุมัติในระดับเครือข่ายสถานพยาบาล (หรือ CUP) โดยในแต่ละจังหวัดที่ได้รับอนุมัติงบนี้ มีเพียงบางเครือข่ายที่ขอและ/หรือได้รับอนุมัติงบนี้ ตารางที่ 21 ข้างล่างสรุปยอดจำนวนเครือข่ายและการกระจายงบนี้ไปตามสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่างบประมาณร้อยละ 85 จัดสรรให้โรงพยาบาลใหญ่จำนวน 57 แห่ง และมีงบอีกประมาณร้อยละ 15 ที่จัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 113 แห่ง รวมเป็นจำนวนเครือข่ายที่ได้งบนี้ 170 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และประมาณร้อยละ 16 ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

ตารางที่ 21 การจัดสรรงบ contingency fund สามรอบแรกแยกตามประเภทสถานพยาบาล

	จำนวนเครือข่ายสถานพยาบาลที่ ได้รับการจัดสรร				จำนวนเงินที่จัดสรร (ล้านบาท)				สัดส่วน ของงบ ที่ได้(%)
	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 3	รวม	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 3	รวม	
โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์	36	18	2	54	2,285	1,284	117	3,686	84
โรงพยาบาลแม่และ เด็ก	0	3	0	3	0	61	0	61	1
โรงพยาบาลชุมชน	74	39	3	113	470	176	10	655	15
รวม	110	60	5	170	2,755	1,520	127	4,402	100.0

ที่มา: สคส.

การจัดสรรงบ Contingency Fund ให้สถานพยาบาลทำให้งบต่อหัวที่สถานพยาบาลได้รับเปลี่ยนแปลงไป ตารางที่ 22 ข้างล่าง สรุปผลการคำนวณงบประมาณรายหัวที่เกิดขึ้นจริงในระบบโดยนำผลของการเลือกระดับการตัดเงินเดือน⁷⁵ และผลจากการจัดสรรงบ Contingency Fund สองรอบแรกมาคำนวณร่วมกัน นอกจากนี้ ยังได้นำข้อมูลการตามจ่ายในกรณีที่สูงต่อผู้ป่วยมาคำนวณด้วยเนื่องจากรายการนี้เป็นรายรับที่สำคัญของโรงพยาบาลใหญ่ (อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการตามจ่ายอาจจะยังไม่ครบถ้วนเนื่องจากมักมีความล่าช้าในการตามจ่าย) จากตารางที่ 22 (และตารางที่ 23 ซึ่งสรุปมาจากตารางที่ 22) จะเห็นได้ว่าภายใต้กติกาการตัดเงินเดือนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนั้น อัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ของโรงพยาบาลใหญ่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะสูงกว่าหรืออย่างน้อยก็เท่ากับ 1,037 บาทต่อบัตร (1,052 หักค่าวัคซีนที่จัดซื้อที่ส่วนกลาง) โดยมีค่าเฉลี่ยในภาคต่างๆ ตั้งแต่ 1,194 บาทต่อบัตรในภาคกลาง 1,322 และ 1,344 บาทต่อบัตรในภาคใต้และภาคเหนือ และสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1,555 บาท

⁷⁵ ดูรายละเอียดในตอนที่ 5 ข้างล่าง

ต่อบัตร) ขณะที่อัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,037 บาทต่อบัตร โดยมีค่าเฉลี่ยที่ไม่ต่างกันมากนักในทั้งสี่ภาค ค่าต่ำสุดคือ 899 บาทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถัดมาคือภาคใต้และภาคเหนือ (929 บาทและ 940 บาทต่อบัตร และสูงสุดภาคกลาง (เฉลี่ย 949 บาทต่อบัตร) สำหรับพิสัยของค่าเฉลี่ยอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (ระดับจังหวัด) ของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มนั้นค่อนข้างกว้าง (ของโรงพยาบาลใหญ่ทั่วประเทศอยู่ที่ 1,037-3,204 บาทต่อบัตร ขณะที่ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศอยู่ที่ 142-1,037 บาทต่อบัตร)

การที่ค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริงของโรงพยาบาลใหญ่ในภาคอีสานสูงกว่าภาคอื่นๆ ทุกภาคเป็นเพราะเกือบทุกจังหวัดในภาคอีสาน (ยกเว้นสามจังหวัดคือ สกลนคร เลย และมุกดาหาร) ใช้วิธีรวมเงินเดือน (ตัดเงินเดือนที่จังหวัด) ซึ่งวิธีนี้ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ได้รับบิในอัตราที่สูงขึ้นและโรงพยาบาลชุมชนได้รับบิในอัตราที่ลดลง (เมื่อเทียบกับหัวประชากรในพื้นที่)

อย่างไรก็ตาม หลังจากหักเงินเดือนออกจากงบที่ได้รับแล้ว จะเห็นได้ว่าอีสานเป็นภาคเดียวที่ค่าเฉลี่ยอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่เป็นบวกอย่างชัดเจน (514 บาทต่อบัตร ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 648 บาทต่อบัตรของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้ไม่มากนัก)⁷⁶ สำหรับภาคอื่นๆ นั้น ค่าเฉลี่ยอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่ในภาคใต้คือ 7 บาทต่อบัตร ขณะที่อีกสองภาคติดลบ (ถึงแม้ว่าในแต่ละภาคจะมีทั้งจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยทั้งบวกและลบก็ตาม) โดยในจังหวัดที่มีการรวมเงินเดือนที่จังหวัดนั้น ทั้งโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนจะมีอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนเท่ากัน (หรือใกล้เคียงกัน) แต่ในจังหวัดที่ตัดเงินเดือนที่ระดับเครือข่ายนั้น อัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่จะติดลบเป็นส่วนใหญ่

เมื่อคิดรวมรายรับสุทธิจากการตามจ่าย (จากข้อมูล 6 เดือนแรกปรับเป็นหนึ่งปี แต่ข้อมูลที่ได้รับในหลายจังหวัดยังไม่สมบูรณ์หรือมีความล่าช้าในการตามจ่าย) ค่าเฉลี่ยของบิเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่กระเด็นขึ้นบ้าง โดยเหลือเพียงในภาคกลางที่ยังติดลบ (เฉลี่ย 21 บาทต่อบัตร) อย่างไรก็ตาม ยังคงมี 7 จังหวัดในภาคเหนือ 10 จังหวัดในภาคกลาง และ 3 จังหวัดในภาคใต้⁷⁷ รวมทั้งหมด 20 จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยรายรับสุทธิต่อหัวติดลบ

⁷⁶ ถึงแม้ว่าจะยังมีโรงพยาบาลใหญ่ในจังหวัดเลย (ซึ่งเป็นหนึ่งในสามจังหวัดในภาคอีสานที่ใช้วิธีตัดเงินเดือนที่ระดับเครือข่าย) ที่มีอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนติดลบ

⁷⁷ ไม่รวมภูเก็ต ซึ่งจากการศึกษาภาคสนามของคณะผู้วิจัยพบว่าที่จังหวัดภูเก็ตนั้น งบที่จัดสรรให้สถานพยาบาลหลังตัดเงินเดือนแล้วตกประมาณ 70 บาทต่อบัตร ไม่ใช่ติดลบดังที่ได้จากการคำนวณนี้

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนในภาคต่างๆ อยู่ระหว่าง 512-648 บาทต่อบัตร (เฉลี่ยทั่วประเทศ 589 บาทต่อบัตร) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยที่สถานพยาบาลเหล่านี้เคยได้รับจากงบ สปร. (ซึ่งใช้วิธีจัดสรรงบเพิ่มเติมจากเงินเดือนในอัตราเฉลี่ย 403 บาทต่อบัตรสำหรับประชากรกลุ่มนี้ในปีงบประมาณ 2543) เกือบร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม ยังมี 16 จังหวัดที่โรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยได้อัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนต่ำกว่าที่เคยได้รับในโครงการ สปร. (ได้แก่ พิษณุโลก อุทัยธานี น่าน แม่ฮ่องสอน อุตรดิตถ์ บุรีรัมย์ สิงห์บุรี อ่างทอง สมุทรสงคราม ระยอง ตราด ปราจีนบุรี ราชบุรี ชุมพร ระนอง พังงา และภูเก็ต)

ตาราง 22 ผลการคำนวณงบประมาณรายหัว (Capitation) ตามเงื่อนไขการตัดเงินเดือน หลังหักเงินเดือน และหลังรวมงบประมาณเพื่อความมั่นคง
ของระบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund) สำหรับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานพยาบาล	วิธีการ จัด สรร เงิน	ระดับ การ ตัด เงิน เดือน	Capitation ตาม เงื่อนไขการตัด เงินของ รพ.		Capitation หลัง หักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลัง หักเงินเดือนของ โรงพยาบาลและ รายการตามจ่าย สุทธิ		Capitation (เฉพาะโรง พยาบาลที่ไม่ได้ รับ CF)		Capitation หลังหัก เงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลัง หักเงินเดือนและ รายการตามจ่าย สุทธิ (เฉพาะโรง พยาบาลที่ไม่ได้ รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถาน พยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงิน เดือน (เฉพาะ โรงพยาบาลที่ได้ รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงิน เดือนและตาม จ่ายสุทธิ (เฉพาะ โรงพยาบาลที่ได้ รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
รวมทั้งประเทศ			1,345.4	922.4	118.6	589.0	206.1	585.4	1,483.8	916.1	474.8	612.1	597.9	608.0	1,961.3	1,231.9	515.6	583.8	567.4	586.7
ภาคเหนือ			1,344.4	940.3	-25.7	578.4	75.4	561.4	1,529.3	913.7	383.1	609.3	603.3	589.9	1,971.5	1,286.1	520.6	688.9	578.8	688.3
เชียงใหม่	In	จ	3,204.1	862.7	551.0	551.0	1,499.1	494.3	2,991.2	862.7	551.0	551.0	1,650.3	494.3	5,797.7	n.a.	1,386.6	n.a.	1,086.3	n.a.
พิษณุโลก	In	จ	2,314.4	608.7	234.5	234.5	461.1	234.6	n.a.	603.0	n.a.	234.5	n.a.	234.7	3,419.5	1,101.6	1,339.6	640.7	1,566.1	640.7
อุทัยธานี	In	ผ	2,022.3	853.5	-865.2	303.6	-542.1	247.2	n.a.	788.6	n.a.	368.5	n.a.	312.6	2,893.9	1,154.1	6.4	460.1	329.4	403.1
แม่ฮ่องสอน	In	จ	2,229.2	782.8	193.9	193.9	194.0	196.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2,859.5	1,140.5	824.1	551.5	824.3	553.7
น่าน	Ex	คข	1,037.3	1,037.3	-867.4	398.8	-850.9	399.1	n.a.	1,037.3	n.a.	506.5	n.a.	506.9	2,634.4	1,427.1	729.7	682.9	746.2	683.0
สุโขทัย	In	คข	1,037.3	1,037.3	-315.6	659.4	-299.1	645.3	n.a.	1,037.3	n.a.	670.2	n.a.	655.1	2,195.9	1,355.5	843.0	818.8	859.6	818.9

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.
อุตรดิตถ์	In	จ	1,479.8	748.9	208.9	208.9	222.9	217.3	n.a.	675.4	n.a.	208.9	n.a.	208.9	2,046.9	1,070.5	776.1	391.4	790.1	415.7
แพร่	In	คข	1,037.3	1,037.3	-484.2	656.9	-356.6	577.0	n.a.	1,037.3	n.a.	684.0	n.a.	557.9	1,761.2	1,177.4	239.7	746.3	367.3	752.9
ตาก	In	คข	1,037.3	1,037.3	-86.8	567.6	-86.8	576.6	n.a.	1,037.3	n.a.	774.9	n.a.	774.9	1,741.3	1,521.8	617.2	983.5	617.2	995.6
พะเยา	In	คข	1,037.3	1,037.3	50.3	662.1	59.4	622.5	n.a.	n.a.	n.a.	689.1	n.a.	629.8	1,676.4	1,460.4	689.4	1,002.9	698.5	1,023.1
พิจิตร	Mix	ผ	1,332.8	950.3	168.0	550.6	168.8	550.7	n.a.	950.3	n.a.	550.6	n.a.	550.7	1,551.7	n.a.	386.9	n.a.	387.7	n.a.
ลำพูน	In	คข	1,037.3	1,037.3	162.8	626.5	163.1	618.1	n.a.	1,037.3	n.a.	658.9	n.a.	651.7	1,498.0	1,320.1	623.5	776.0	623.8	762.8
เชียงราย	In	คข	1,037.3	1,037.3	-405.7	813.2	-392.5	811.8	n.a.	1,037.3	n.a.	813.2	n.a.	811.8	1,454.3	n.a.	11.3	n.a.	24.5	n.a.
ลำปาง	In	คข	1,037.3	1,037.3	-861.8	593.5	-676.5	590.6	n.a.	1,037.3	n.a.	608.3	n.a.	605.2	1,303.1	1,234.1	-596.1	360.2	-410.8	361.2
เพชรบูรณ์	In	จ	1,504.8	942.8	597.8	597.8	682.3	588.4	1,504.8	942.8	597.8	597.8	682.3	588.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
นครสวรรค์	In	ผ	1,485.8	925.6	51.5	611.7	280.2	606.5	1,485.8	925.6	51.5	611.7	280.2	606.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
กำแพงเพชร	In	คข	1,037.3	1,037.3	494.5	833.0	462.3	822.7	1,037.3	1,037.3	494.5	833.0	462.3	822.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสิทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสิทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสิทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			1,555.3	899.4	513.5	648.2	691.5	649.7	1,587.0	897.9	548.8	650.4	717.2	651.8	1,527.7	1,268.7	435.1	652.7	747.8	655.8
เลย	Mix	คช	1,037.3	1,037.3	-301.3	656.5	332.8	657.1	n.a.	1,037.3	n.a.	745.3	n.a.	746.2	1,565.2	1,261.4	226.5	683.9	860.7	683.9
มุกดาหาร	Ex	ผ	1,163.8	963.0	271.2	472.0	322.5	466.0	n.a.	941.8	n.a.	493.2	n.a.	483.8	1,497.3	1,326.4	604.7	407.1	656.0	435.1
นครราชสีมา	Ex	จ	3,029.0	807.8	604.9	604.9	1,140.2	609.9	3,029.0	807.8	604.9	604.9	1,140.2	609.9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
อุบลราชธานี	Ex	จ	2,336.0	848.7	645.5	645.5	761.9	637.7	2,336.0	848.7	645.5	645.5	761.9	637.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
อุดรธานี	Ex	จ	1,692.9	888.4	633.7	633.7	732.4	632.7	1,692.9	888.4	633.7	633.7	732.4	632.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สุรินทร์	In	จ	1,679.7	901.9	713.2	713.2	1,141.2	736.8	1,679.7	901.9	713.2	713.2	1,141.2	736.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
นครพนม	In	จ	1,665.6	868.3	498.1	498.1	746.5	498.6	1,665.6	868.3	498.1	498.1	746.5	498.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ศรีสะเกษ	Ex	จ	1,638.4	958.7	717.6	717.6	718.8	708.9	1,638.4	958.7	717.6	717.6	718.8	708.9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
มหาสารคาม	In	จ	1,574.3	913.4	701.1	701.1	1,016.5	712.7	1,574.3	913.4	701.1	701.1	1,016.5	712.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
ร้อยเอ็ด	Ex	จ	1,569.7	950.6	679.4	679.4	680.2	666.5	1,569.7	950.6	679.4	679.4	680.2	666.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ชัยภูมิ	In	จ	1,530.8	950.0	675.8	675.8	675.9	673.5	1,530.8	950.0	675.8	675.8	675.9	673.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
หนองคาย	Mix	จ	1,481.9	937.5	646.8	646.8	648.1	648.4	1,481.9	937.5	646.8	646.8	648.1	648.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
กาฬสินธุ์	Ex	จ	1,466.0	952.7	671.8	671.8	672.5	672.7	1,466.0	952.7	671.8	671.8	672.5	672.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
บุรีรัมย์	In	ฆ	1,308.5	545.7	489.0	357.1	498.7	359.2	1,308.5	545.7	489.0	357.1	498.7	359.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ยโสธร	Ex	ฆ	1,300.6	960.7	420.7	760.6	851.3	785.5	1,300.6	960.7	420.7	760.6	851.3	785.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
หนองบัวลำภู	Mix	จ	1,196.2	977.6	848.1	848.1	848.1	847.2	1,196.2	977.6	848.1	848.1	848.1	847.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
อำนาจเจริญ	Ex	ฆ	1,062.1	1,019.5	665.0	707.6	665.0	707.6	1,062.1	1,019.5	665.0	707.6	665.0	707.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สกลนคร	In	คข	1,037.3	1,037.3	277.1	728.7	303.9	730.4	1,037.3	1,037.3	277.1	728.7	303.9	730.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ขอนแก่น	Mix	คข	1,037.3	1,037.3	-176.6	715.6	255.8	719.0	1,037.3	1,037.3	-176.6	715.6	255.8	719.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.
ภาคกลาง			1,194.1	948.7	-49.9	511.7	-21.0	513.2	1,258.0	953.7	432.7	551.5	466.6	552.0	1,936.1	1,235.9	395.5	447.7	420.9	458.4
อ่างทอง	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	-2,349.2	361.5	-2,349.2	360.5	n.a.	1,037.3	n.a.	419.3	n.a.	418.2	3,852.1	1,664.9	465.6	763.7	465.6	763.7
ชัยนาท	In	คช	1,037.3	1,037.3	-1,692.2	636.4	-1,690.7	645.9	n.a.	1,037.3	n.a.	636.4	n.a.	645.9	3,355.2	n.a.	625.7	n.a.	627.2	n.a.
สิงห์บุรี	In	จ	1,755.3	142.2	-604.9	-604.9	-602.7	-602.8	n.a.	-29.2	n.a.	-604.9	n.a.	-598.1	3,005.2	431.1	644.9	-389.6	647.1	-389.6
ฉะเชิงเทรา	Ex	จ	1,687.6	854.0	468.9	468.9	469.4	463.4	n.a.	854.0	n.a.	468.9	n.a.	463.4	2,464.2	n.a.	1,245.4	n.a.	1,245.9	n.a.
จันทบุรี	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	-1,550.1	589.4	-1,536.6	592.1	n.a.	1,037.3	n.a.	600.5	n.a.	603.5	2,360.5	1,138.7	-226.9	539.3	-213.4	539.4
นครนายก	In	คช	1,037.3	1,037.3	-1,030.6	436.3	-1,026.6	451.0	n.a.	1,037.3	n.a.	477.2	n.a.	495.7	2,346.6	1,292.3	278.7	477.5	282.7	472.2
สมุทรสงคราม	Ex	จ	1,053.3	992.5	67.0	67.0	67.0	193.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2,235.7	2,077.4	1,249.3	1,151.8	1,249.3	1,278.0
ลพบุรี	In	คช	1,037.3	1,037.3	-159.7	596.8	132.9	597.1	1,037.3	1,037.3	38.4	596.8	441.7	597.1	2,160.1	n.a.	461.2	n.a.	473.1	n.a.
ระยอง	Ex	จ	1,613.5	782.5	224.5	224.5	224.5	224.5	n.a.	685.4	n.a.	224.5	n.a.	224.5	2,150.7	915.6	761.7	328.0	761.7	328.0
ชลบุรี	In	คช	1,037.3	1,037.3	-410.2	697.5	-391.9	702.5	n.a.	1,037.3	n.a.	702.7	n.a.	707.9	2,130.6	1,466.9	683.1	937.2	701.4	937.2

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.
ตราด	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	-318.9	212.2	-318.9	212.2	n.a.	1,037.3	n.a.	417.0	n.a.	417.1	1,797.2	2,395.1	441.0	576.7	441.0	576.7
สระบุรี	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	-1,083.0	448.3	-960.0	444.3	n.a.	1,037.3	n.a.	511.1	n.a.	506.4	1,723.4	1,482.9	-396.9	567.6	-273.9	567.2
อยุธยา	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	-367.8	457.8	-521.6	459.4	1,037.3	1,037.3	-194.3	497.8	-642.2	499.9	1,662.2	1,354.5	165.6	472.8	167.0	471.5
ราชบุรี	In	คช	1,037.3	1,037.3	-497.9	362.5	-487.6	325.3	n.a.	1,037.3	n.a.	472.3	n.a.	431.0	1,638.0	2,222.3	102.8	486.5	113.2	488.4
ปทุมธานี	Ex	จ	1,363.1	870.3	522.5	522.5	527.0	523.3	n.a.	846.4	n.a.	522.5	n.a.	523.2	1,603.6	1,624.0	762.9	736.0	767.4	739.9
เพชรบุรี	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	43.2	501.4	48.1	506.9	n.a.	1,037.3	n.a.	564.7	n.a.	565.0	1,505.1	1,361.9	510.9	416.5	515.8	456.7
กาญจนบุรี	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	69.3	680.9	80.4	682.4	1,037.3	1,037.3	328.3	680.9	346.1	682.4	1,447.2	n.a.	224.5	n.a.	228.8	n.a.
นครปฐม	Ex	คช	1,037.3	1,037.3	-57.3	507.4	118.5	540.1	1,037.3	1,037.3	212.5	525.0	550.3	566.1	1,348.7	1,122.5	169.4	526.6	294.2	527.3
ปราจีนบุรี	In	จ	2,798.6	649.4	239.6	239.6	242.2	240.3	2,798.6	649.4	239.6	239.6	242.2	240.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ประจวบคีรีขันธ์	Mix	จ	1,737.6	875.6	493.6	493.6	537.3	492.4	1,737.6	875.6	493.6	493.6	537.3	492.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สุพรรณบุรี	In	จ	1,417.3	835.1	507.3	507.3	506.5	507.0	1,417.3	835.1	507.3	507.3	506.5	507.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
สระแก้ว	Ex	จ	1,318.5	972.0	672.1	672.1	672.1	662.8	1,318.5	972.0	672.1	672.1	672.1	662.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
นนทบุรี	Ex	จ	1,262.0	833.2	529.2	529.2	529.9	540.2	1,262.0	833.2	529.2	529.2	529.9	540.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สมุทรปราการ	In	จ	1,133.8	948.5	659.9	659.9	639.3	641.0	1,133.8	948.5	659.9	659.9	639.3	641.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สมุทรสาคร	In	คข	1,037.3	1,037.3	411.4	761.8	407.5	767.1	1,037.3	1,037.3	411.4	761.8	407.5	767.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ภาคใต้			1,321.9	929.4	7.3	531.5	53.4	525.4	1,573.9	928.3	305.5	570.1	342.1	562.7	2,054.6	1,161.4	722.8	558.9	772.5	559.5
พังงา	Ex	จ	2,224.1	489.4	-158.6	-158.6	271.2	-154.1	n.a.	289.5	n.a.	-158.6	n.a.	-151.2	4,872.8	1,279.7	2,490.0	442.3	2,919.8	444.0
นครศรีธรรมราช	In	จ	1,646.4	897.8	565.5	565.5	595.0	540.4	n.a.	897.8	n.a.	565.5	n.a.	540.4	2,774.6	n.a.	1,693.7	n.a.	1,723.2	n.a.
สุราษฎร์ธานี	Ex	คข	1,037.3	1,037.3	-1,291.5	603.2	-1,290.3	605.3	n.a.	1,037.3	n.a.	616.1	n.a.	617.8	2,695.3	1,226.8	366.6	707.6	367.7	712.5
พัทลุง	In	คข	1,037.3	1,037.3	-304.7	482.1	-281.5	481.2	n.a.	1,037.3	n.a.	581.7	n.a.	583.0	2,253.0	1,256.9	911.0	538.7	934.3	534.3
นราธิวาส	In	จ	1,612.0	797.3	544.9	544.9	619.5	544.5	1,619.9	783.1	544.9	544.9	658.1	544.5	2,076.2	1,099.6	1,024.3	723.9	1,025.3	723.6
ตรัง	In	คข	1,037.3	1,037.3	-29.3	625.1	-26.1	622.5	n.a.	1,037.3	n.a.	641.4	n.a.	639.5	1,717.7	1,102.9	651.2	463.2	654.3	451.3

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	Capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงินของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของ รพ.		Capitation หลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลและรายการตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือน (เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับ)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือนและตามจ่ายสุทธิ (เฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับ CF)	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.ช.
สตูล	In	จ	1,261.9	910.6	423.8	423.8	423.8	424.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1,569.9	1,005.0	731.8	518.1	731.8	519.2
ระนอง	In	คช	1,037.3	1,037.3	-458.9	346.5	-458.9	346.5	n.a.	1,037.3	n.a.	630.3	n.a.	630.3	1,556.1	1,328.7	60.0	305.8	60.0	305.8
สงขลา	In	คช	1,037.3	1,037.3	-432.9	618.1	-346.6	618.4	1,037.3	1,037.3	-1,317.6	651.6	-1,317.1	651.8	1,503.8	1,280.2	107.4	720.7	200.9	721.5
ยะลา	In	คช	1,037.3	1,037.3	-10.6	699.4	14.5	680.6	n.a.	1,037.3	n.a.	699.4	n.a.	680.6	1,403.7	n.a.	355.8	n.a.	380.9	n.a.
ปัตตานี	Ex	จ	1,786.9	897.9	607.7	607.7	615.2	603.4	1,786.9	876.3	607.7	607.7	615.2	603.0	n.a.	1,292.7	n.a.	794.9	n.a.	794.4
กระบี่	In	จ	1,677.6	852.1	477.3	477.3	489.8	475.1	1,677.6	852.1	477.3	477.3	489.8	475.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ชุมพร	Ex	จ	1,549.5	847.1	318.2	318.2	349.4	320.5	1,549.5	805.4	318.2	318.2	349.4	318.7	n.a.	1,264.5	n.a.	598.9	n.a.	607.1
ภูเก็ต	Ex	จ	1,400.2	553.9	-6.8	-6.8	-6.0	-6.3	1,400.2	n.a.	-6.8	n.a.	-6.0	n.a.	n.a.	773.5	n.a.	212.7	n.a.	213.3

หมายเหตุ : - ระดับการตัดเงินเดือนอ้างอิงจากรายงานกลไกการจัดสรรเงินและการตัดเงินเดือน และผลการพิจารณา Contingency Fund รอบที่ 1 และ 2 ของ สคส. (คช = การตัดเงินเดือนไว้ที่เครือข่ายทั้งหมด, จ = การตัดเงินเดือนไว้ที่จังหวัดทั้งหมด, ผ = การตัดเงินเดือนไว้ที่จังหวัดส่วนหนึ่งและที่เครือข่ายส่วนหนึ่ง) จำนวนเงินเดือนที่ใช้ในการคำนวณนี้ใช้ตัวเลขหมวดรายจ่ายในรายงาน 0110 รง. 5 ในระหว่างเดือนตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 ซึ่งอาจจะไม่เท่ากับงบเงินเดือนที่ส่วนกลางใช้ในการคำนวณในการจัดสรรงบจริงให้จังหวัด (ตัวอย่างเช่น ในจังหวัดภูเก็ต งบที่จัดสรรหลังตัดเงินเดือนแล้วตกประมาณ 70 บาทต่อบัตร ไม่ใช่ติดลบดังที่ได้จากการคำนวณนี้)

- กลไกการจ่ายเงินอ้างอิงจากรายงานการตรวจสอบการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ เปรียบเทียบประจำเดือนตุลาคม 2544 – กุมภาพันธ์ 2545 ของสำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ.) (In = Inclusive Capitation, Ex = Exclusive หรือ OP-IP Split Mix = ผสม)
- ยังไม่ได้นำ contingency fund งวดที่ 3 มาคิด แต่ contingency fund งวดนี้มีปริมาณน้อยกว่างวดก่อนๆ มาก

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ยและพิสัยของอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ระดับจังหวัดของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มในภาคต่างๆ

	Effective capitation ตามเงื่อนไขการตัดเงิน เดือน		งบต่อหัวสำหรับโรงพยาบาลหลังจากหัก เงินเดือนออกแล้ว		งบต่อหัวสำหรับ รพ.หลังหักเงินเดือน และตามจ่ายสุทธิ		Capitation (เฉลี่ย เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF		Capitation หลังหัก เงินเดือน (เฉลี่ย เฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้ รับ CF)		Capitation หลังหัก เงินเดือนและตามจ่าย สุทธิ (เฉลี่ยเฉพาะ รพ.ที่ไม่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF (เฉลี่ยเฉพาะ รพ.ที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลังหักเงินเดือน (เฉลี่ยเฉพาะ รพ.ที่ได้รับ CF)		Capitation รวม CF หลัง หักเงินเดือน และตาม จ่ายสุทธิ (เฉลี่ยเฉพาะ รพ.ที่ได้รับ CF)	
	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.	รพ.ใหญ่ (สธ.)	รพช.
ประเทศ	1,345	922	119	589	206	585	1,484	916	475	612	598	608	1,961	1,232	516	584	567	587
Min	1,037	142	-2,349	-605	-2,349	-603	1,037	-29	-1,318	-605	-1,317	-598	1,303	431	-596	-390	-411	-390
Max	3,204	1,037	848	848	1,499	847	3,029	1,037	848	848	1,650	847	5,798	2,395	2,490	1,152	2,920	1,278
เหนือ	1,344	940	-26	578	75	561	1,529	914	383	609	603	590	1,972	1,286	521	689	579	688
Min	1,037	609	-867	194	-851	196	1,037	603	52	209	280	209	1,303	1,071	-596	360	-411	361
Max	3,204	1,037	598	833	1,499	823	2,991	1,037	598	833	1,650	823	5,798	1,522	1,387	1,003	1,566	1,023
ตอ./น.	1,555	899	514	648	691	650	1,587	898	549	650	717	652	1,528	1,269	435	653	748	656
Min	1,037	546	-301	357	256	359	1,037	546	-177	357	256	359	1,497	1,261	227	407	656	435
Max	3,029	1,037	848	848	1,141	847	3,029	1,037	848	848	1,141	847	1,565	1,326	605	684	861	684
กลาง	1,194	949	-50	512	-21	513	1,258	954	433	552	467	552	1,936	1,236	396	448	421	458
Min	1,037	142	-2,349	-605	-2,349	-603	1,037	-29	-194	-605	-642	-598	1,349	431	-397	-390	-274	-390
Max	2,799	1,037	672	762	672	767	2,799	1,037	672	762	672	767	3,852	2,395	1,249	1,152	1,249	1,278
ใต้	1,322	929	7	531	53	525	1,574	928	306	570	342	563	2,055	1,161	723	559	772	560
Min	1,037	489	-1,291	-159	-1,290	-154	1,037	290	-1,318	-159	-1,317	-151	1,404	773	60	213	60	213
Max	2,224	1,037	608	699	620	681	1,787	1,037	608	699	658	681	4,873	1,329	2,490	795	2,920	794

ที่มา: สรุปจากตารางที่ 22

การที่มีสถานพยาบาลจำนวนหนึ่ง (และโรงพยาบาลใหญ่จำนวนมาก) ไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาลทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติงบ contingency fund ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น เมื่อรวม contingency fund กับ capitation ที่ได้แต่เดิม (คำนวณเฉลี่ยเฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติงบนี้) พบว่าโรงพยาบาลใหญ่ที่ได้ contingency fund ในภาคต่างๆ นั้น เสมือนหนึ่งได้รับงบประมาณเฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้นเป็น 1,528-2,055 บาทต่อบัตร (ค่าเฉลี่ย (ถ่วงน้ำหนัก) ของประเทศคือ 1,961 บาทต่อบัตร) โดยมีโรงพยาบาลใหญ่ใน 22 จังหวัดที่ได้รับ contingency fund ในระดับที่ทำให้มีอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แท้จริงสูงกว่า 2,000 บาทต่อบัตร⁷⁸ สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับ contingency fund ในภาคต่างๆ นั้น มีค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แท้จริงอยู่ระหว่าง 1,161-1,286 บาทต่อบัตร (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของประเทศอยู่ที่ 1,232 บาทต่อบัตร) โดยมีโรงพยาบาลชุมชนใน 7 จังหวัดที่มีอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แท้จริงสูงกว่า 1,500 บาทต่อบัตรหลังจากที่ได้รับ contingency fund (ได้แก่ พะเยา ตาก อ่างทอง สมุทรสงคราม ตราด ราชบุรี ปทุมธานี โดยใน 7 จังหวัดนี้มีโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งในจังหวัดสมุทรสงคราม ตราด และราชบุรี ที่มีค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แท้จริงสูงกว่า 2,000 บาทต่อบัตรหลังจากที่ได้รับ contingency fund)

แต่ถึงแม้ว่าในหลายจังหวัดที่กล่าวมานี้ ส่วนกลางต้องเติมงบ contingency fund ไปให้สถานพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลใหญ่) ในระดับที่สูงมากเมื่อคิดเปรียบเทียบออกมาเป็นรายหัว เมื่อหักเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ออกมาแล้ว สถานพยาบาลจำนวนมากในกลุ่มนี้ก็ยังอยู่ในสถานการณ์ทางการเงินที่ค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรงพยาบาลใหญ่ (ซึ่งมีงบที่เหลือหลังหักเงินเดือนแล้วเฉลี่ย 516 บาทต่อบัตร และเพิ่มขึ้นเป็น 567 บาทต่อบัตรเมื่อรวมกับรายรับสุทธิจากการตามจ่ายเพิ่ม) ซึ่งยังมี 16 จังหวัดที่เมื่อหักเงินเดือนและรวมรายรับสุทธิจากการตามจ่ายแล้ว จะเหลืองบที่ได้รับรวมต่อหัวน้อยกว่างบที่เคยได้รับในโครงการ สปร. สำหรับในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนที่ได้ contingency fund ในสองรอบแรกนั้น จะมีงบที่เหลือหลังหักเงินเดือนแล้วเฉลี่ย 584 บาทต่อบัตร โดยมีโรงพยาบาลชุมชนใน 6 จังหวัดที่เมื่อหักเงินเดือนออกมาแล้ว จะเหลืองบรวมต่อหัวน้อยกว่างบที่เคยได้รับในโครงการ สปร. (ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับ contingency fund ในลำปาง อุตรดิตถ์ สิงห์บุรี ระยอง ระนอง และภูเก็ต)

ถึงกระนั้นก็ตาม ในกรณีนี้ที่ปัจจัยอื่นๆ คงที่ โรงพยาบาลที่ได้รับ contingency fund ย่อมมีฐานะทางการเงินดีกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับงบนี้ แต่ก็มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ตัดสินใจไม่ขอ contingency fund เนื่องจากไม่ต้องการทำ “แผนปฏิรูป” ซึ่งจะมีเงื่อนไขที่จำกัดแนวทางการ

⁷⁸ ได้แก่ 7 จังหวัดในภาคเหนือ 10 จังหวัดในภาคกลาง และ 5 จังหวัดในภาคใต้

บริหารของโรงพยาบาลพอสมควร⁷⁹ (ในบางกรณีคณะผู้บริหารโรงพยาบาลก็มีความเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องนี้ ดังเช่นที่เกิดในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคกลางที่คณะผู้วิจัยไปศึกษาภาคสนาม) และมีโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคเหนือที่ทำเรื่องขอ contingency fund แต่ต่อมาขอถอนตัวจากการรับความช่วยเหลือนี้

ผลของระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินที่มีต่อบ contingency fund

ในบรรดาจังหวัดที่ได้รับบงบนั้น ถ้าแบ่งตามระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินในจังหวัด ก็จะเห็นว่าจังหวัดที่แยกเงินเดือนตามเครือข่ายมีแนวโน้มที่จะต้องพึ่งพิง contingency fund มากกว่าจังหวัดที่รวมเงินเดือนไว้ที่จังหวัด (ร้อยละ 88 เทียบกับร้อยละ 29 ดูตารางที่ 24 ข้างล่าง) สำหรับในด้านการเลือกกลไกการจ่ายเงินนั้น จังหวัดที่เลือกวิธี inclusive มีแนวโน้มที่จะต้องพึ่งพิง contingency fund มากกว่าจังหวัดที่เลือกวิธี OP-IP Split (ร้อยละ 74 เทียบกับร้อยละ 50) อย่างไรก็ตาม เป็นไปได้ว่าสถานพยาบาลในจังหวัดที่ค่อนข้างจะมีปัญหาการเงินมักเลือกที่จะแยกเงินเดือนไปที่แต่ละเครือข่าย (ซึ่งคงเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนต่างก็ไม่ยินยอมที่จะให้รวมเงินเดือนที่จังหวัด) และมีแนวโน้มที่จะเลือกกลไกการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation มากกว่า⁸⁰

⁷⁹ หลายท่านเปรียบเทียบการทำแผนปฏิรูปนี้ว่าเป็น “IMF สด.”

⁸⁰ รายงานนี้จะวิเคราะห์เรื่องการรวมเงินเดือนและผลของการเลือกใช้กลไกการจ่ายเงินในตอนต่อไป

ตารางที่ 24 จำนวนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบ contingency fund จำแนกตามระดับการ
ตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด

ระดับการตัดเงิน เดือน	กลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด			รวมจำนวน จังหวัด
	Inclusive	OP-IP Split	Mixed	
จังหวัดที่ได้ <i>contingency fund</i>				
เครือข่าย	23	12	2	37
จังหวัด	3	6	0	9
ผสม	0	1	0	1
รวม	26	19	2	47
จังหวัดทั้งหมด				
เครือข่าย	27	13	2	42
จังหวัด	7	24	0	31
ผสม	1	1	0	2
รวม	35	38	2	75
ร้อยละของจังหวัดที่ได้ <i>contingency fund</i>				
เครือข่าย	85.2	92.3	100.0	88.1
จังหวัด	42.9	25.0	n.a.	29.0
ผสม	0.0	100.0	n.a.	50.0
รวม	74.3	50.0	100.0	62.7

หมายเหตุ: ข้อมูลจาก 75 จังหวัด ยังไม่รวมกรุงเทพมหานครซึ่งยังไม่ได้ขอ/อนุมัติงบนี้ ในจังหวัดส่วนใหญ่ที่ได้รับการจัดสรรงบนี้ มีเพียงบางสถานพยาบาลเท่านั้นที่ได้รับการจัดสรร

ที่มา: สคส.

แต่นอกจากการขอ contingency fund อาจจะเป็นผลที่ตามมาจากการเลือกระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินในจังหวัดแล้ว จากการศึกษาคasenameยังพบว่า ในบางกรณีการเลือกระดับการตัดเงินเดือน (ซึ่งผู้บริหารที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีอิทธิพลในการตัดสินใจค่อนข้างมาก) เป็นการตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนโอกาสที่จะได้ contingency fund เข้ามาในจังหวัด ตัวอย่างเช่น ในหนึ่งในหกจังหวัดที่ผู้วิจัยไปศึกษาภาคสนามนั้น ถ้าเลือกใช้วิธีแยกเงินเดือนตามเครือข่าย ก็จะไม่มียสถานพยาบาลใดเลยที่จะได้ contingency fund ตามเกณฑ์ที่ สคส. ตั้งไว้ในช่วงแรก (รายรับต่อเงินเดือนต่ำกว่า 1.5) แต่เมื่อหันมาใช้วิธีรวมเงินเดือนไว้ที่จังหวัด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอยู่ในฐานะที่ขอ contingency fund ได้ ซึ่งผลที่ตามก็คือโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนี้ต้องทำแผนปฏิรูปซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินการในหลายด้านของโรงพยาบาลและบุคลากร ในขณะที่การรวมเงินเดือนทำให้โรงพยาบาลใหญ่หมดปัญหาทางการเงินและสามารถ

จ่ายค่าเวรในอัตราใหม่บวกกับอีกร้อยละ 50 (ซึ่งทำได้เนื่องจากมีเงินบำรุงของโรงพยาบาลเหลืออยู่ค่อนข้างมาก)

การที่สถานพยาบาลที่ไม่ได้ขอ contingency fund ในรอบแรก (หรือขอแล้วไม่ได้) มีสิทธิ์ขอ contingency fund ในรอบต่อมา ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ในบางจังหวัดเลือกที่จะขอ contingency fund หลังจากที่ได้มีการตัดสินใจเรื่องการเงินเดือนในจังหวัดแล้ว ซึ่งวิธีนี้ทำให้โรงพยาบาลที่ได้ contingency fund ได้งบรวมต่อหัว (คิดหลังจากหักเงินเดือนออกแล้ว) มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ที่ยินยอมให้แยกเงินเดือนของทั้งจังหวัดออกจากงบของจังหวัดก่อนที่จะมาแบ่งกันตามจำนวนบัตร ซึ่งการใช้วิธีนี้ทำให้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในจังหวัดดังกล่าวไม่พอใจและระบุว่าจะคัดค้านการรวมเงินเดือนในปีต่อไป

ตัวอย่างปัญหาเรื่อง contingency fund ที่เกิดขึ้นในสองจังหวัดที่กล่าวมาแล้วนี้ (รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการรวมเงินเดือน) เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการใช้วิธีรวมเงินเดือนมาเกลี่ยบภายในจังหวัดจะพบกับแรงต้านมากขึ้นในปีงบประมาณ 2546 ที่กำลังจะมาถึง ซึ่งนัยประการหนึ่งของเรื่องนี้ก็คือ สถานพยาบาลใหญ่ที่ยังไม่สามารถปรับลดค่าใช้จ่ายลงได้มีแนวโน้มที่จะต้องหันมาพึ่ง contingency fund มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ตัวแปรที่จะมีความสำคัญมากในการกำหนดแบบแผนการกระจายรายได้ของสถานพยาบาลก็คือเงื่อนไขในการให้สิทธิ์ประชาชนในการเลือกสถานพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าจะเปิดโอกาสให้เลือกได้แค่ไหน ถ้าการเปิดโอกาสให้เลือกยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัดมาก การเลือกสถานพยาบาลก็จะมีผลต่อแบบแผนของการกระจายรายได้ของสถานพยาบาลไม่มาก ในกรณีดังกล่าว ความต้องการ contingency fund อาจจะไม่ลดลงหรืออาจจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนจังหวัดที่จะกันเงินเดือนไว้ที่ระดับจังหวัดน่าจะลดลงจากปีที่ผ่านมา ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีแรงผลักดันจากภาคประชาชนที่นำไปสู่การเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลอย่างกว้างขวาง ในจังหวัดขนาดเล็กที่มีกรรมนาคมสะดวก (เช่น จังหวัดส่วนใหญ่ในภาคกลาง และจังหวัดที่เจริญอื่นๆ เช่น ภูเก็ต) ประชาชนน่าจะมีแนวโน้มที่เลือกสถานพยาบาลใหญ่มากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้ความจำเป็นในการขอ contingency fund โดยรวมลดลงไปบ้าง ถึงแม้ว่าจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องพึ่ง contingency fund อาจมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่น่าจะต้องใช้เงินมากเท่า⁸¹ สำหรับจังหวัดขนาดใหญ่หรือจังหวัดที่ห่างไกลหรือค่อนข้างกันดาร การเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลอาจจะมีผลบ้างในระยะแรก โดยอาจมีประชาชนที่เลือกสถาน

⁸¹ นอกจากนี้ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนหรือแปรสภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (เช่นการลดฐานะลงเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานหรือ PCU หรือการยุบรวมโรงพยาบาลชุมชนในสองอำเภอเข้ามาเป็น CUP เดียว) ก็น่าจะเป็นการเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าการโยกย้ายบุคลากรและทรัพยากรจากโรงพยาบาลใหญ่

พยาบาลใหญ่เป็นจำนวนมาก แต่เมื่อเวลาผ่านไปไม่นาน (เช่น หนึ่งปี) ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่ำจำนวนมากก็จะหันกลับมาเลือกสถานพยาบาลใกล้บ้านแทน แต่โดยภาพรวมแล้ว ในกรณีนี้จำนวน contingency fund ที่ต้องใช้น่าจะลดลงจากที่เป็นอยู่⁸²

ข้อสังเกต

- มาตรการสองมาตรการที่นำมาช่วยในการปรับตัวของสถานพยาบาลในปัจจุบันได้แก่ contingency fund และการรวมเงินเดือนระดับจังหวัด โดยทั้งสองมาตรการถูกกำหนดเป็นมาตรการระยะสั้นสำหรับระยะเปลี่ยนผ่านไม่เกิน 2 ปี ในปีที่ผ่านมามาตรการรวมเงินเดือนถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง แต่ก็มีแรงต้านอยู่ไม่น้อย และคาดว่าในหลายจังหวัดการรวมเงินเดือนในปีที่สองคงจะเกิดขึ้นยากกว่าปีแรกมาก
- ถึงแม้ว่าทั้งสองมาตรการนี้ไม่ใช่มาตรการที่ควรนำมาใช้เป็นเวลานาน แต่การกำหนดระยะเปลี่ยนผ่านเพียงสองปีสำหรับการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐน่าจะสั้นเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่การปรับเปลี่ยนกฎระเบียบต่างๆ ก็คงต้องใช้เวลาประมาณสองปีเช่นกัน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขอาจมีความจำเป็นต้องคงมาตรการส่วนที่เป็น contingency fund (หรือ crisis fund ในรูปแบบหนึ่งรูปใด) ในระยะเวลาที่นานกว่าสองปี

ณ. ผลของการดำเนินการในช่วงครึ่งปีแรกของโครงการ ใน 75 จังหวัด (ตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545) ที่มีต่อสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล

การคาดการณ์สถานะทางการเงินในระดับสถานพยาบาลและการวิเคราะห์ผลของการปฏิรูปการเงินการคลังในโครงการ “30 บาท” ที่มีต่อการกระจายรายได้ระหว่างสถานพยาบาลในหัวข้อ ณ. และ ข. เป็นการวิเคราะห์และคาดการณ์โดยใช้ข้อมูลในอดีตเป็นหลัก ในหัวข้อนี้คณะผู้วิจัยพยายามนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาที่มีต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล

เนื่องจากระบบงบประมาณเพิ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจริงในปีงบประมาณ 2545 นี้เอง คณะผู้วิจัยจึงเลือกวิเคราะห์เฉพาะผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 เป็นต้นมา โดยในการวิเคราะห์นี้ใช้ข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานมาที่ส่วนกลาง (คือ สคส. ตามรายงาน 0110 รง. 5) ซึ่งทาง สคส. ได้รวบรวม

⁸² โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้างบประมาณจ่ายรายหัวและกลไกการจ่ายเงินมีการปรับให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

ตรวจสอบในเบื้องต้น และส่งให้คณะผู้วิจัยเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2545⁸³ ซึ่งข้อมูลชุดนี้ มีข้อมูล การดำเนินการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญครบทั้งหกเดือนสำหรับช่วง เดือนตุลาคม 2544 ถึงเดือนมีนาคม 2545 สำหรับโรงพยาบาลที่ยังส่งข้อมูลมาไม่ครบทุกเดือนนั้น คณะผู้วิจัยใช้วิธีประมาณการแบบง่าย ๆ โดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์จากข้อมูลที่มีอยู่ สำหรับข้อมูลอื่น ๆ (และสำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ส่งรายงานนี้มาที่ส่วนกลางเลย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนจำนวนไม่กี่สิบโรง ตามรายชื่อในภาคผนวก) คณะผู้วิจัยใช้ข้อมูลประมาณการเดิม จาก 10 ตารางที่สถานพยาบาลหรือจังหวัดเคยส่งให้ สคส. ในการวิเคราะห์

เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมา หลายจังหวัดยังมีปัญหาความล่าช้าในการกระจายเงินให้โรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่โรงพยาบาลหลายแห่งต้องใช้งบสำรองของตนไปก่อน⁸⁴ ทำให้เมื่อหลายโรงพยาบาลพิจารณาสถานะทางการเงินของตนโดยดูจากระบบบัญชีแบบเกณฑ์เงินสด (cash basis accounting) โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งจะเกิดความรู้สึกว่าสถานะทางการเงินของตนเลวร้ายกว่าที่เป็นจริง ซึ่งที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเองก็พยายามแก้ไขปัญหาล่าช้าของการเบิกจ่ายบโดยเปลี่ยนจากที่เคยจัดสรรงบงวดละ 3 เดือนมาใช้วิธีการจ่ายเงินทุกเดือน และในช่วงหลังก็หันมาใช้วิธีจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 70-80 โดยใช้ข้อมูลจากเดือนก่อนๆ ด้วย ดังนั้น ในสถานการณ์ที่สถานพยาบาลไม่ได้มีความเสี่ยงที่แท้จริงที่จะไม่ได้รับเงินที่ติดค้างจากรัฐบาล (หรืออีกนัยหนึ่งคือในกรณีที่รัฐบาลไม่ได้มีแผนที่จะ “ชักดาบ” เงินที่ตนจะต้องจ่ายให้สถานพยาบาล) นั้น การวิเคราะห์สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลก็ควรใช้เกณฑ์บัญชีแบบพึงรับพึงจ่าย (accrual basis accounting) แทนการใช้เกณฑ์เงินสด ซึ่งในการวิเคราะห์ส่วนนี้พยายามจะนำเกณฑ์พึงรับพึงจ่ายมาใช้ แต่ก็มีข้อจำกัดที่ระบบบัญชีและระบบรายงานของโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ยังคงใช้เกณฑ์เงินสด การวิเคราะห์นี้จึงยังมีลักษณะเป็นลูกผสม โดยการคำนวณรายรับของสถานพยาบาลจากโครงการ 30 บาทในส่วนที่เป็นงบเหมาจ่ายรายหัวโดยใช้เกณฑ์พึงรับพึงจ่าย (คิดจากเงินส่วนที่ส่วนกลางหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีภาระพึงจ่ายให้สถานพยาบาลภายใต้เงื่อนไขการตัดเงินเดือนแต่ละกรณี เนื่องจากงบส่วนนี้เป็นส่วนที่นักวิจัยสามารถคำนวณขึ้นมาได้โดยไม่ผิดเพี้ยนมากนัก)⁸⁵ แต่สำหรับข้อมูลรายรับรายจ่ายอื่นๆ (เช่น การเบิก case ค่าใช้จ่ายสูง

⁸³ เนื่องจากสถานพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ส่งรายงานนี้ให้กระทรวงสาธารณสุข ทำให้การวิเคราะห์ในส่วนนี้มีข้อจำกัดที่สามารถวิเคราะห์ได้เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

⁸⁴ ในอดีตนั้น แม้ว่าบในส่วนของรัฐจะมาเป็นปกติ แต่ในส่วนเงินสำรองที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยจะสามารถเรียกเก็บได้ทันทีที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ

⁸⁵ อย่างไรก็ตาม การคำนวณนี้ไม่ได้คำนวณผลจากการเลือกกลไกการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน เนื่องจากในทางปฏิบัติแล้วรูปแบบการจ่ายเงินมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จนทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กระทรวงสาธารณสุขและคณะผู้วิจัยเองไม่มีข้อมูลว่าแต่ละจังหวัดมีการเปลี่ยน

จากส่วนกลาง เงินเดือนเจ้าหน้าที่ และค่าใช้จ่ายในการบริการและการตามจ่ายข้ามจังหวัด) จำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่โรงพยาบาลรายงานมา ซึ่งเป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลทำขึ้นตามเกณฑ์เงินสดเป็นส่วนใหญ่ และเป็นข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับ case ค่าใช้จ่ายสูงจากส่วนกลาง และรายรับและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วย)

การวิเคราะห์ส่วนนี้ยังคงใช้วิธีการที่ใช้ในหัวข้อ ฉ. กล่าวคือ มีการเปรียบเทียบกรณีสมมุติที่ไม่มีการรวมเงินเดือนในระดับจังหวัดเทียบกับกรณีที่มีการรวมหรือไม่รวมเงินเดือนเป็นไปตามข้อตกลงเรื่องการรวมเงินเดือนที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2545 และใช้วิธีการนำเสนอและดัชนีชี้วัดเหมือนกับที่เคยใช้ในหัวข้อ ฉ. และ ข. ซึ่งผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ได้เสนอไว้ในตารางที่ 25 และตารางที่ 26 ต่อไปนี้

ตารางที่ 25 ผลการดำเนินงานในช่วงครึ่งปีแรกของโครงการ 30 บาท (ตุลาคม 2544-มีนาคม 2545) ที่มีต่อ
รายรับสุทธิของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน 75 จังหวัด

(หน่วย : แห่ง)	ในสังกัด สป.				นอก สป.	%	รวม	%
	รพศ., รพท.	%	รพช.	%				
(1) รายรับสุทธีก่อนรวมงบ CF								
กรณีตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวก	27	29%	651	91%	5	36%	683	83%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบ	65	71%	67	9%	9	64%	141	17%
กรณีตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละ จังหวัด	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวก	49	53%	634	88%	5	36%	688	83%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบ	43	47%	84	12%	9	64%	136	17%
(2) รายรับสุทธิหลังรวมงบ CF								
กรณีตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวก	41	45%	670	93%	5	36%	716	87%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบ	51	55%	48	7%	9	64%	108	13%
กรณีตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละ จังหวัด	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวก	59	64%	656	91%	5	36%	720	87%
- จำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบ	33	36%	62	9%	9	64%	104	13%

ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย (ดูรายละเอียดใน ศรชัย 2545)

จากตารางที่ 25 จะเห็นได้ว่า ในช่วงครึ่งปีแรกของการดำเนินโครงการ 30 บาทใน 75 จังหวัดนั้น ถ้าใช้แนวทางการจัดสรรเงินตามเจตนารมณ์ดั้งเดิมของโครงการ (ที่จะให้รวมเงินเดือนเข้ากับงบเหมาจ่ายรายหัวของแต่ละเครือข่ายทั้งหมดนั้น) มาประกอบกับข้อมูลรายรับรายจ่าย และการให้บริการจริงในช่วงครึ่งปีแรกของโครงการนั้น ก็จะมีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลใหญ่อื่นๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณร้อยละ 70 ที่จะมีรายได้สุทธิติดลบ ขณะเดียวกันจะมีโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 9 ที่มีรายได้สุทธิติดลบ

แต่ในการดำเนินการจริงนั้น มีจังหวัดประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการรวมเงินเดือนในระดับต่างๆ ซึ่งเมื่อนำมาตรวจการนี้เข้ามาประกอบด้วยแล้ว สัดส่วนของโรงพยาบาลใหญ่ที่ยังมีผลการดำเนิน

การด้านการเงินที่ติดลบลดลงเหลือประมาณร้อยละ 47 ในขณะที่สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาดังกล่าวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 12

นอกจากนี้ ในการดำเนินการจริงในปีงบประมาณนี้นั้น รัฐบาลได้จัดสรรงบ contingency fund ให้กับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่ง ซึ่งการวิเคราะห์นี้สมมุติว่างบนี้จะถูกนำมาแบ่งเฉลี่ยใช้เดือนละเท่าๆ กันทั้งปี (รวมทั้งกลุ่มที่ได้อีกในรอบที่สองด้วย) เมื่อนำงบนี้เข้ามาคิดรวมด้วยแล้วพบว่าสัดส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ยังคงมีรายได้สุทธิติดลบลดลงเหลือประมาณร้อยละ 36 และสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาดังกล่าวก็ลดลงกลับไปเหลือร้อยละ 9

ตัวเลขสัดส่วนโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินการด้านการเงินที่ติดลบลดลงที่น่าเสนอในตารางข้างต้นไม่ได้บ่งบอกถึงความรุนแรงของปัญหา เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีรายได้สุทธิติดลบจำนวนหนึ่งอาจจะติดลบเพียงเล็กน้อย และอาจจะอยู่ในวิสัยที่จะแก้ปัญหาโดยนำมามาตรการเพิ่มประสิทธิภาพของสถานพยาบาลมาแก้ปัญหาได้โดยไม่ยากนัก ดังนั้น เพื่อที่จะวัดขนาดของปัญหาให้ชัดเจนมากขึ้น คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มสถานพยาบาลตามความรุนแรงของปัญหาโดยใช้ดัชนีสองตัวเดิมที่เคยใช้ก่อนหน้านี้ และนำเสนอผลไว้ในตารางที่ 26 ข้างล่าง

จากตารางที่ 26 จะเห็นได้ว่า เมื่อใช้สัดส่วนของรายรับหลังหักเงินเดือนต่อรายรับรวมเป็นดัชนีชี้วัดนั้น ในกรณีที่ไม่มีการรวมเงินเดือน (กรณี 1.1) จะมีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 20 ที่มีปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรง ขณะที่จะมีโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 5 และโรงพยาบาลใหญ่อื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (นอก กทม.) ประมาณสองในห้าที่ประสบปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรง

การที่จังหวัดกว่าครึ่งหันมาใช้วิธีรวมเงินเดือน (กรณี 1.2) มีผลทำให้สัดส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงลดลงเหลือประมาณร้อยละ 14 ขณะที่สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 6 ส่วนจำนวนโรงพยาบาลใหญ่อื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงก็ลดลงเหลือประมาณหนึ่งในสี่

ตารางที่ 26 ผลการดำเนินงานในช่วงครึ่งปีแรกของโครงการ 30 บาทที่มีต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล

(หน่วย : แห่ง)	กรณีรายรับรวมก่อนรวมงบ CF								กรณีรายรับรวมหลังรวมงบ CF							
	ในสังกัด สป.				นอก	%	รวม	%	ในสังกัด สป.				นอก	%	รวม	%
	รพศ., รพท.	%	รพช.	%	สังกัด สป.				รพศ., รพท.	%	รพช.	%	สังกัด สป.			
(1) จำนวนสถานพยาบาลจัดกลุ่มตาม สัดส่วนรายรับรวมหลังหักเงินเดือนต่อรายรับรวม (X)																
<i>(1.1) กรณีรายรับเหมาจ่าย UC จัดสรรโดยตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายทั้งหมด</i>																
- กลุ่ม 1 : $0.5 < X$	24	26%	544	76%	5	36%	573	70%	41	45%	566	79%	5	36%	612	74%
- กลุ่ม 2 : $0.25 \leq X < 0.5$	49	53%	137	19%	3	21%	189	23%	46	50%	138	19%	5	36%	189	23%
- กลุ่ม 3 : $0 \leq X < 0.25$	17	18%	25	3%	2	14%	44	5%	4	4%	13	2%	1	7%	18	2%
- กลุ่ม 4 : $X < 0$	2	2%	12	2%	4	29%	18	2%	1	1%	1	0%	3	21%	5	1%
รวม	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
<i>(1.2) กรณีรายรับเหมาจ่าย UC จัดสรรโดยตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด</i>																
- กลุ่ม 1 : $0.5 < X$	40	43%	508	71%	5	36%	553	67%	57	62%	531	74%	5	36%	593	72%
- กลุ่ม 2 : $0.25 \leq X < 0.5$	39	42%	165	23%	5	36%	209	25%	33	36%	172	24%	7	50%	212	26%
- กลุ่ม 3 : $0 \leq X < 0.25$	13	14%	31	4%	2	14%	46	6%	2	2%	12	2%	1	7%	15	2%
- กลุ่ม 4 : $X < 0$	0	0%	14	2%	2	14%	16	2%	0	0%	3	0%	1	7%	4	0%
รวม	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
(2) จำนวนสถานพยาบาลจัดกลุ่มตาม สัดส่วนรายรับรวมต่อค่าแรง (Z)																
<i>(2.1) กรณีรายรับเหมาจ่าย UC จัดสรรโดยตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายทั้งหมด</i>																
- กลุ่ม 1 : $2 \leq Z$	24	26%	544	76%	5	36%	573	70%	41	45%	566	79%	5	36%	612	74%
- กลุ่ม 2 : $1.5 \leq Z < 2$	37	40%	109	15%	2	14%	148	18%	39	42%	120	17%	4	29%	163	20%
- กลุ่ม 3 : $1 \leq Z < 1.5$	29	32%	53	7%	3	21%	85	10%	11	12%	31	4%	2	14%	44	5%
- กลุ่ม 4 : $Z < 1$	2	2%	12	2%	4	29%	18	2%	1	1%	1	0%	3	21%	5	1%
รวม	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%
<i>(2.2) กรณีรายรับเหมาจ่าย UC จัดสรรโดยตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด</i>																
- กลุ่ม 1 : $2 \leq Z$	40	43%	508	71%	5	36%	553	67%	57	62%	531	74%	5	36%	593	72%
- กลุ่ม 2 : $1.5 \leq Z < 2$	30	33%	135	19%	3	21%	168	20%	31	34%	149	21%	5	36%	185	22%
- กลุ่ม 3 : $1 \leq Z < 1.5$	22	24%	61	8%	4	29%	87	11%	4	4%	35	5%	3	21%	42	5%
- กลุ่ม 4 : $Z < 1$	0	0%	14	2%	2	14%	16	2%	0	0%	3	0%	1	7%	4	0%
รวม	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%	92	100%	718	100%	14	100%	824	100%

ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย (ดูรายละเอียดใน ศรชัย 2545)

หลังจากที่รัฐบาลจัดสรรงบ contingency fund ให้กับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่ง มีผลทำให้สัดส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงลดลงเหลือประมาณเพียงร้อยละ 5 ขณะที่สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงลดลงเหลือร้อยละ 2 ส่วนโรงพยาบาลใหญ่อื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังมีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงอยู่ประมาณหนึ่งในเจ็ดของโรงพยาบาล (ซึ่งมีจำนวนที่นำมาวิเคราะห์เพียง 14 แห่ง ไม่รวมโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร)

ในกรณีที่ใช้ดัชนีชี้วัดตัวเดียวกับที่ สคส. ใช้ (ข้อ 2 ในตารางเดียวกัน ซึ่งใช้สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือนเป็นตัวชี้วัด) จะมีจำนวนสถานพยาบาลที่ประสบปัญหาด้านการเงินมากกว่าเมื่อใช้ดัชนีชี้วัดตัวแรก (แต่มีทิศทางการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกรณีที่คล้ายกับเมื่อใช้ตัวชี้วัดตัวเดิม) โดยจะมีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ประสบปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรง (มีรายรับรวมต่ำกว่า 1.5 เท่าของเงินเดือน) ประมาณ 4 แห่ง (จาก 92 แห่ง) โรงพยาบาลชุมชนที่ประสบปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงประมาณ 38 แห่ง (จาก 718 แห่งที่มีข้อมูล หรือประมาณร้อยละ 5) และโรงพยาบาลใหญ่อื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบปัญหาการเงินที่ค่อนข้างรุนแรงประมาณ 4 แห่ง (จาก 14 แห่งที่มีข้อมูล)

เมื่อเปรียบเทียบผลการคาดการณ์ในหัวข้อ ฉ. และ ช. กับผลการดำเนินงานในช่วงครึ่งปีแรก (ดูตารางที่ 27 ข้างล่าง) จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านการเงินในช่วงการดำเนินการครึ่งปีแรกนั้น มีน้อยที่คาดการณ์ไว้ในช่วงก่อนเริ่มโครงการ ทั้งในกรณีที่วัดจากจำนวน (หรือสัดส่วน) ของโรงพยาบาลที่มีรายได้สุทธิติดลบ กับในกรณีที่วัดจากตัวชี้วัดรายรับรวมต่อเงินเดือน ซึ่งความแตกต่างส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งได้คาดการณ์ภาพการเงินที่เลวร้ายกว่าความเป็นจริง และอีกส่วนหนึ่งเป็นผลของความช่วยเหลือในส่วนที่เป็น contingency fund

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบผลการคาดการณ์กับผลการดำเนินงานในช่วงหกเดือนแรกของ
ปีงบประมาณ 2545 (ตุลาคม 2544-มีนาคม 2545)

	สัดส่วนของโรงพยาบาล ที่มีรายได้สุทธิติดลบ (%)		สัดส่วนของโรงพยาบาลที่มี ปัญหาการเงินค่อนข้างรุนแรง (%)	
	รพท./รพศ./ สถ. (150 เตียงขึ้นไป)	รพช.	รพท./รพศ./ สถ. (150 เตียงขึ้นไป)	รพช.
(1) คาดการณ์ (จากตารางที่ 19 และ 16)	69	27	46	23
(2) ผลการดำเนินการจริง 6 เดือน (ตค-มีค 45)	49	12	26	10
(3) ดำเนินการจริง 6 เดือน +Contingency Fund 2 รอบ	40	9	8	5

ที่มา: (1) จากตารางที่ 19 และตารางที่ 15)

(2) และ (3) จากตารางที่ 25 และตารางที่ 26

ทั้งนี้ ถ้าพิจารณาผลจากตารางที่ 25 และตารางที่ 26 ก็พอจะอนุมานได้ว่าในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 นั้น ในภาพรวมนั้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลใหญ่ถึงร้อยละ 40 จะประสบภาวะขาดทุน แต่ส่วนใหญ่เป็นการขาดทุนในระดับที่ไม่รุนแรง โดยมีโรงพยาบาลใหญ่เพียงร้อยละ 8 (ร้อยละ 4 ถ้าคิดเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์) ที่ข้อมูลการดำเนินการในช่วงครึ่งปีแรกบ่งบอกว่ามีปัญหาการเงินค่อนข้างรุนแรง (มีรายรับรวมต่อเงินเดือนต่ำกว่า 1.5) และถ้ามีข้อมูลการตามจ่ายกรณีต่างๆ ที่สมบูรณ์กว่านี้ คาดว่าสัดส่วนของโรงพยาบาลใหญ่ที่มีปัญหาน่าจะต่ำกว่าตัวเลขในตารางนี้เสียด้วยซ้ำ สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนั้น แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลส่วนน้อยที่ประสบการขาดทุน แต่โรงพยาบาลชุมชนได้รับความช่วยเหลือจาก Contingency Fund ไม่มากนัก ดังนั้น ในกรณีที่นำผลจากมาตรการช่วยเหลือของรัฐบาล (Contingency Fund ซึ่งเม็ดเงินร้อยละ 85 ไปที่โรงพยาบาลใหญ่) มาคิดรวมด้วยแล้ว พบว่าสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดทุนค่อนข้างรุนแรง (ร้อยละ 5) ซึ่งใกล้เคียงกับสัดส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ขาดทุนค่อนข้างรุนแรง (ร้อยละ 4) (และเป็นไปได้ว่าสัดส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ขาดทุนค่อนข้างรุนแรงอาจจะลดลงอีกถ้าการตามจ่ายในกรณีส่งต่อและการจ่ายเงินจากส่วนกลางในกรณีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการดำเนินการที่รวดเร็วกว่าที่เป็นอยู่)

ถ้าข้อมูลการดำเนินการในช่วงครึ่งปีแรกเป็นตัวแทนที่ดีของการดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 ก็พอจะคาดการณ์ได้ว่า ปัญหาในปีแรกจะมีความรุนแรงน้อยกว่าที่หลายฝ่ายคาดการณ์ไว้ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม ในช่วงปีแรกนี้ หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาตรการช่วยเหลือต่างๆ เข้ามาใช้แล้ว จะยังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งแห่งในทุกสิบแปดแห่งที่คงจะมีปัญหาการเงินในระดับที่ค่อนข้างรุนแรง โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีจำนวนรวมกันมากกว่า 46 แห่ง ซึ่งเป็นจำนวนที่กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถมองข้ามได้ ในขณะเดียวกัน ก็ยังมีโรงพยาบาลอีกจำนวนไม่น้อย (หรืออาจจะมากกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มนี้เสียด้วยซ้ำ) ที่ผู้บริหารและ/หรือผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกว่ามีปัญหา (เนื่องจากสรุปจากข้อมูลโดยใช้เกณฑ์เงินสด เช่นโรงพยาบาลที่มียอดเงินบำรุงลดลงอย่างรวดเร็วเนื่องจากการจัดสรรเงินมีความล่าช้าทำให้ต้องนำเงินบำรุงมาใช้ก่อน) และแต่ละโรงพยาบาลที่มีปัญหาหรือรู้สึกว่าตนมีปัญหานั้น ก็รับผิดชอบของสถานีนอามัยซึ่งมีจำนวนเป็นสิบเท่าของโรงพยาบาลซึ่งคงจะได้รับผลสะท้อนจากปัญหาของโรงพยาบาลเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากสถานะเงินบำรุงและสถานะเงินบำรุงสุทธิ (เงินบำรุงสุทธิคำนวณจาก เงินบำรุง+วัสดุคงคลัง-หนี้ค้างชำระ(ทั้งในและนอกงบประมาณ) แต่ไม่ได้รวมลูกหนี้ของโรงพยาบาล⁸⁶) ของโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงครึ่งปีแรกของการดำเนินการ (ตารางที่ 28) ก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลใหญ่ไม่ต่างจากผลการคำนวณที่นำเสนอในตารางที่ 27 มากนัก กล่าวคือมีโรงพยาบาลใหญ่ที่มีเงินบำรุงลดลง 41 แห่งจาก 105 แห่งที่มีข้อมูล (หรือประมาณร้อยละ 39) หรือถ้าดูจากยอดเงินบำรุงสุทธิที่เปลี่ยนแปลงไปในรอบ 5 เดือน ก็จะมีโรงพยาบาลใหญ่ร้อยละ 43 ที่มีเงินบำรุงสุทธิลดลง ซึ่งทั้งสองยอดนี้ใกล้เคียงกับตัวเลขร้อยละ 40 จากตารางที่ 27 อย่างไรก็ตาม ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนนั้น พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 29 ที่มีเงินบำรุงลดลงในช่วงดังกล่าว (และร้อยละ 20 ที่มีเงินบำรุงสุทธิลดลง) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงกว่ายอดจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการดำเนินการด้านการเงินติดลบในตารางที่ 27 (ร้อยละ 9) หนึ่งถึงสองเท่าตัว ซึ่งอาจทำให้ในปัจจุบันมีผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนที่รู้สึกว่าโรงพยาบาลตนมีปัญหากการเงินหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท มากกว่าที่ควรจะเป็นสองถึงสามเท่าตัว (ในกรณีที่โรงพยาบาลเหล่านั้นใช้การเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินการด้านการเงินของโรงพยาบาล) (ดูรายละเอียดข้อมูลสถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดในช่วงหกเดือนแรกของโครงการ 30 บาทในภาคผนวก ก.)

⁸⁶ โปรดสังเกตว่า นิยามเรื่องเงินบำรุงสุทธิ ซึ่งใช้กันในกระทรวงสาธารณสุข เป็นลูกผสมที่ใช้เฉพาะ liquid asset ในการคำนวณด้านทรัพย์สิน (รวมยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นทรัพย์สินที่ต้องใช้ประจำอยู่แล้ว แต่ไม่รวมลูกหนี้) แต่หนี้สินมักจะคิดรวมทั้งหมด

ตารางที่ 28 การเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงสุทธิ (เงินบำรุง+วัสดุคงคลัง-หนี้ค้างชำระ) ระหว่าง
เดือนตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 และเงินบำรุงระหว่างเดือนกันยายน 2544-มีนาคม 2545

(หน่วย : แห่ง)	เงินบำรุงสุทธิ			เงินบำรุง		
	รพศ., รพท.	รพช.	รพ.นอก สป./สถ.	รพศ., รพท.	รพช.	รพ.นอก สป./สถ.
จำนวน รพ.ที่มีข้อมูลเงินบำรุง	92	691	16	92	691	16
จำนวนโรงพยาบาลที่มีข้อมูลไม่พอสำหรับ เปรียบเทียบ (มีข้อมูล 1-2 เดือน)	2	9	1	2	9	1
จำนวน รพ.ที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์*	7	102	5	7	102	5
จำนวนโรงพยาบาลแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงสุทธิ/เงินบำรุง						
ทั่วประเทศ	90	682	15	90	682	15
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	50	545	10	55	487	9
- สถานะเงินบำรุงลดลง	40	137	5	35	195	6
ภาคเหนือ	20	156	1	20	156	1
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	10	130	0	14	112	0
- สถานะเงินบำรุงแย่ลง	10	26	1	6	44	1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19	238	3	19	238	3
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	12	199	2	14	191	2
- สถานะเงินบำรุงแย่ลง	7	39	1	5	47	1
ภาคกลาง	17	85	6	17	85	6
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	12	57	5	10	49	3
- สถานะเงินบำรุงแย่ลง	5	28	1	7	36	3
ภาคตะวันออก	7	51	0	7	51	0
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	4	36	0	5	37	0
- สถานะเงินบำรุงแย่ลง	3	15	0	2	14	0
ภาคตะวันตก	8	31	1	8	31	1
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	3	26	1	3	23	1
- สถานะเงินบำรุงแย่ลง	5	5	0	5	8	0
ภาคใต้	19	121	4	19	121	4
+ สถานะเงินบำรุงดีขึ้น	9	97	2	9	75	3
- สถานะเงินบำรุงแย่ลง	10	24	2	10	46	1

ที่มา: จากรายงาน 0110 รง.5 ที่สถานพยาบาลรายงานมาที่ สคส. (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2545)

หมายเหตุ: * รพ.ที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ คือ ไม่มีข้อมูลเงินบำรุงสุทธิหรือเงินบำรุง ณ สิ้นเดือน ตค./กย. 44 หรือ มี.ค.45

ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบตามช่วงเวลาเหล่านี้ได้ โดยจะเปรียบเทียบเฉพาะจากเดือนที่มีข้อมูล

ตารางที่ 29 สถานะเงินบำรุงสุทธิ (สิ้นเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545) และเงินบำรุง (สิ้นเดือนกันยายน 2544– มีนาคม 2545) (เฉพาะโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลครบทุกเดือน)

สถานพยาบาล	เงินบำรุงรวมวัดคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวมทั้งประเทศ	17,961.1	18,326.9	17,939.7	18,686.0	19,210.7	21,106.8	10,743.0	11,243.3	10,771.1	10,680.1	11,603.3	12,040.4	14,014.8
รวม รพศ., รพท.	11,124.8	11,069.6	10,784.4	10,690.8	10,962.0	11,589.4	7,360.2	7,497.3	7,201.0	6,962.5	7,012.7	7,088.6	7,682.2
รวม รพ.นอก สป.	289.4	302.9	303.7	286.2	296.3	316.5	198.0	220.0	211.3	213.3	205.2	196.5	209.6
รวม รพ. นอก สธ.	19.4	27.1	25.2	26.0	27.8	27.1	12.0	12.9	12.9	13.3	15.4	14.5	15.2
รวม รพช.	6,527.6	6,927.3	6,826.3	7,683.0	7,892.3	9,173.9	3,172.8	3,513.1	3,346.0	3,490.9	4,370.0	4,739.6	6,107.8
ภาคเหนือ	5,993.9	6,079.4	5,920.4	6,065.7	6,089.7	6,492.7	3,087.0	3,739.6	3,557.7	3,468.2	3,710.5	3,734.8	4,315.0
รวม รพศ., รพท.	3,374.4	3,379.6	3,248.5	3,164.3	3,278.0	3,505.7	2,181.4	2,369.4	2,280.4	2,206.7	2,233.2	2,269.4	2,449.4
รวม รพ.นอก สป.	32.8	31.1	32.8	29.5	28.0	29.2	19.5	19.5	19.6	20.0	19.2	18.1	18.9
รวม รพช.	2,586.7	2,668.7	2,639.1	2,871.9	2,751.5	2,957.8	886.1	1,350.7	1,257.7	1,241.5	1,458.1	1,446.1	1,846.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,563.8	3,609.2	3,713.9	4,002.2	4,039.4	5,003.6	1,883.5	1,841.5	1,797.9	1,876.5	2,138.0	2,298.9	3,120.1
รวม รพศ., รพท.	1,796.8	1,753.2	1,654.9	1,707.7	1,689.4	1,984.2	1,076.3	1,034.0	980.0	897.7	906.2	902.6	1,144.6
รวม รพ.นอก สป.	57.3	56.6	60.1	63.7	47.2	58.9	21.1	39.1	34.7	38.6	37.5	32.5	35.5
รวม รพช.	1,709.7	1,799.4	1,998.8	2,230.7	2,302.8	2,960.5	786.2	768.4	783.1	940.2	1,194.3	1,363.8	1,940.1
ภาคกลาง	2,882.9	2,966.1	3,008.8	3,118.1	3,165.0	3,388.5	2,052.0	2,023.0	1,988.2	2,014.3	2,101.1	2,161.3	2,372.1
รวม รพศ., รพท.	2,061.9	2,107.2	2,213.3	2,290.7	2,250.7	2,318.1	1,468.6	1,479.9	1,489.0	1,532.3	1,566.6	1,556.1	1,621.0
รวม รพ.นอก สป.	113.6	134.6	136.8	120.7	142.2	159.8	94.9	94.0	94.4	100.1	96.5	101.1	109.4
รวม รพ. นอก สธ.	2.2	9.0	6.6	6.6	7.7	6.7	1.7	2.1	0.9	0.6	2.0	0.4	0.3
รวม รพช.	705.1	715.2	652.2	700.1	764.4	903.8	486.7	446.9	403.9	381.3	436.0	503.6	641.5
ภาคตะวันออก	1,646.4	1,587.0	1,621.7	1,783.0	1,901.8	2,128.7	1,049.8	1,137.6	1,070.9	1,080.8	1,374.8	1,375.1	1,560.4
รวม รพศ., รพท.	1,129.2	1,098.0	1,125.5	1,016.9	1,044.5	1,131.6	717.7	806.5	763.2	770.0	747.9	690.8	745.5
รวม รพช.	517.2	489.1	496.2	766.1	857.4	997.1	332.1	331.1	307.7	310.8	626.9	684.3	814.9
ภาคตะวันตก	1,215.8	1,220.6	1,130.2	1,175.4	1,306.4	1,333.1	953.6	888.0	831.7	769.5	821.5	931.1	979.6
รวม รพศ., รพท.	950.8	955.5	859.2	873.0	956.9	956.5	775.3	732.7	677.7	609.8	643.8	714.4	744.0
รวม รพ.นอก สป.	36.2	30.7	28.9	29.8	24.4	20.4	31.1	28.1	24.5	22.2	20.2	14.3	12.3
รวม รพ. นอก สธ.	9.8	10.2	10.9	11.7	11.9	12.4	4.7	5.5	6.3	7.0	7.8	8.4	9.0
รวม รพช.	218.9	224.1	231.2	260.9	313.2	343.9	142.5	121.7	123.2	130.5	149.7	194.0	214.3
ภาคใต้	2,658.5	2,864.7	2,544.6	2,541.7	2,708.3	2,760.2	1,717.2	1,613.6	1,524.8	1,470.9	1,457.4	1,539.1	1,667.5
รวม รพศ., รพท.	1,811.7	1,776.1	1,683.1	1,638.2	1,742.5	1,693.3	1,141.0	1,074.8	1,010.7	946.1	915.0	955.3	977.7
รวม รพ.นอก สป.	49.4	49.8	45.1	42.5	54.5	48.2	31.4	39.2	38.1	32.4	31.8	30.4	33.5
รวม รพ. นอก สธ.	7.4	7.8	7.7	7.7	8.2	8.0	5.6	5.3	5.6	5.7	5.6	5.6	5.9
รวม รพช.	790.1	1,030.9	808.7	853.3	903.1	1,010.7	539.2	494.3	470.3	486.7	505.0	547.8	650.4

หมายเหตุ: ไม่รวมจังหวัดที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ทั้งหมด เช่น อุบลราชธานี, ตาก, สุราษฎร์ธานี และบางจังหวัดที่ไม่รวมข้อมูลของ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน เช่น นครราชสีมา, ลพบุรี, สมุทรปราการ

ในภาพรวมนั้น โรงพยาบาลใหญ่ทุกกลุ่ม (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลใหญ่อื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข) มีเงินบำรุงสุทธิและเงินบำรุงเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นประมาณ 3,000 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นประมาณ 100% และ 50% ตามลำดับ) (ตารางที่ 29)

แม้ว่าข้อมูลการดำเนินการจะบ่งบอกว่าปัญหาด้านการเงินของสถานพยาบาลในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 ไม่ได้รุนแรงมากเท่าที่หลายฝ่ายกลัว แต่การพยายามหาข้อสรุปที่หนักแน่นใดใดสำหรับโครงการนี้จากข้อมูลการดำเนินการเพียงครึ่งปีแรก (และเป็นข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ด้วย) คงจะไม่เพียงพอ การหาข้อสรุปเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินของโครงการนี้ (และการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม) คงต้องอาศัยการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3-5 ปี *สิ่งที่คณะผู้วิจัยพอจะคาดการณ์ได้ในขณะนี้คือ ปัญหาการเงินจะยังไม่กลายมาเป็นปัญหาใหญ่ถึงขนาดที่ทำให้โครงการนี้ถูกล้มเลิกไป และมีความเป็นไปได้มากกว่า ถ้าไม่มีแรงผลักดันอย่างรุนแรง ก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ในด้านการเงินในระยะนี้*⁸⁷ อย่างไรก็ตาม ในช่วงหนึ่งปีข้างหน้า อาจมีการเปลี่ยนแปลงจากส่วนอื่นที่จะมากระทบผลการดำเนินการด้านการเงินของสถานพยาบาลที่สำคัญคือพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้มาใช้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้ ตัวแปรที่สำคัญอีกตัวหนึ่งก็คือแนวทางการจัดสรรงบประมาณสำหรับปี 2546

ญ. แนวโน้มการจัดสรรงบประมาณปี 2546

การจัดสรรงบประมาณสำหรับปีงบประมาณ 2546 ยังคงมีความไม่ชัดเจนอยู่หลายประการ เริ่มตั้งแต่รัฐบาลพร้อมที่จะนำเงินมาใช้เพิ่มขึ้นในด้านสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด จะยืนยันปรัชญาของโครงการในฐานะที่เป็นโครงการหลักในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือจะถอยกลับไป position ตัวเองเป็นโครงการสำหรับผู้มีรายได้น้อยตามแนวทางที่ริเริ่มโดย มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมชเมื่อสี่สิบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2518) (ซึ่งสองประเด็นนี้อาจมีความสัมพันธ์กันโดยตรงเนื่องจาก intended coverage ย่อมมีผลต่อจำนวนงบประมาณที่รัฐจะต้องจัดสรรให้กับโครงการ) นอกจากนี้ ในด้านการบริหารจัดการโครงการและกลไกการจ่ายเงินของโครงการนั้น ก็มีคำถามที่ต้องตอบอีกหลายข้อ

⁸⁷ การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในช่วงนี้จึงจะเป็นเรื่องของการปรับระบบแบบ fine-tune มากกว่า และอาจจะไม่ใช่ความเปลี่ยนแปลงที่เป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐาน (evidence based) ที่ได้จากข้อมูลการดำเนินการที่ผ่านมาเสมอไป เพราะในที่สุดแล้วการตัดสินใจในบางด้าน (เช่น การเลือกวิธีจ่ายเงินแบบ OP-IP split หรือ "exclusive") ก็คงจะเกิดขึ้นในช่วงที่ไม่ได้มีข้อมูลมากกว่าเดิมเท่าใดนัก

ในช่วงที่ยังไม่ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้คณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน และมี นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ เป็นแกนในการคำนวณงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 ซึ่งคณะนี้ได้เสนอตัวเลขงบประมาณจ่ายไว้ที่ 1,414 บาทต่อคน ดังรายละเอียดในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบงบประมาณจ่ายรายหัวปัจจุบันกับงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 ที่เสนอโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	2545	2546	
	บาท	บาท	%
ผู้ป่วยนอกทั่วไป	574	598	42.4
ผู้ป่วยนอกกรณีซับซ้อน		19	1.3
ผู้ป่วยในทั่วไป	303	442	31.3
ผู้ป่วยในกรณีซับซ้อน		28	2.0
ค่าใช้จ่ายสูง	32		
ฟันปลอม		2	0.1
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25	0	
ส่งเสริมป้องกัน	175	206	14.6
EMS	10	10	0.7
งบลงทุน (ทดแทนของเดิม)	$93.4 - 10 = 83.4$	109	7.7
รวมงบประมาณจ่ายรายหัว	1,202.40	1,414	100.0
รวมงบในโครงการ (ล้านบาท) (45 ล้านคน)		63,630	
งบเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2545 (ล้านบาท)		9,470	

ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวนี้ ยังไม่ได้ครอบคลุมไปถึงกลไกการจัดสรรและกลไกการจ่ายเงิน ตัวอย่างเช่น การจัดสรรงบไปแต่ละจังหวัด (หรือแต่ละสถานพยาบาล) คงจะไม่เป็น simple capitation (เช่น เหมาจ่ายให้ 1,052 บาทต่อบัตรสำหรับทุกสถานพยาบาลดังเช่นใน

ปัจจุบัน) แต่คงจะปรับเปลี่ยนเป็น differential (หรือ risk adjusted) capitation (ซึ่งอย่างน้อยที่สุด คงจะเป็นการเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามอายุ (age-adjusted capitation)⁸⁸ นอกจากนี้ ก็คงจะมีกลไกการจ่ายเงินตามความเสี่ยงแบบต่างๆ ซึ่งคงจะมีผลให้การจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลที่ต้องรักษาโรคที่มีความเสี่ยงหรือความซับซ้อนสูง (เช่นโรงพยาบาลทรวง) อาจแตกต่างจากการจัดสรรให้ primary fund holder โดยทั่วไป

ในด้านยอดเงินของโครงการนั้น งบที่คำนวณในตารางข้างต้น เมื่อนำมาคูณกับยอดผู้มีสิทธิในโครงการ (ประมาณ 46-48 ล้านคน ดูตารางที่ 12) ค่าใช้จ่ายของโครงการ (ไม่รวม contingency fund) จะตกประมาณ 65,000-68,000 ล้านบาท ตัวเลขนี้ยังไม่รวมงบบริหารจัดการ ซึ่งในร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 ของงบของโครงการ ถ้าใช้อัตราดังกล่าวในการคำนวณ ก็จะได้งบประมาณรายหัวก็จะมีเพดานอยู่ที่ 1,485 บาทต่อบัตร (เมื่อคูณกับยอดผู้มีสิทธิในโครงการจะตกประมาณ 68,300-71,300 ล้านบาท (ยังไม่รวม contingency fund ในกรณีที่มีการจัดสรร contingency fund เป็นงบต่างหากเหมือนในปีนี้)

ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ในการจัดสรรงบโครงการ 30 บาท นั้น สำนักงานประมาณเองก็พยายามใช้วิธีเหมาจ่ายรวบยอด (global budget) สำหรับกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ 2546 นั้น สำนักงานประมาณมีแผนที่จะจัดสรรงบให้กระทรวงสาธารณสุข 70,000 ล้านบาท (ใกล้เคียงกับงบประมาณปี 2545 ของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีที่รวม contingency fund เอาไว้ด้วย) ดังนั้น ในกรณีที่มีการปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาท จาก 1,202.40 บาท เป็น 1,414 บาท ตามอัตราที่คำนวณโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะทำให้เหลือบด้านอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเพียง 2,000-5,000 ล้านบาทต่อปีเป็นอย่างมาก ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ปัญหานี้ ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างรุนแรง ในขณะที่เริ่มมีแรงกดดันในกระทรวงสาธารณสุขเองให้ลดงบของโครงการ 30 บาทลงจากอัตรา 1,414 บาทต่อคน โดยใช้เหตุผลว่าที่ผ่านมามีผู้มีสิทธิที่มาใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิจำนวนมาก และในโครงการประกันสังคมเองนั้น หลังจากที่ผ่านมาดำเนินการมาเป็นเวลานานนับสิบปี อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปรับการรักษาพยาบาลก็ยังคงอยู่ที่ระดับ 85% เท่านั้น ดังนั้น จึงมีข้อเสนอให้ปรับการคำนวณโดยใช้อัตราการใช้บริการที่ร้อยละ 85 แทน

⁸⁸ การจัดสรรงบประมาณรายหัวตามอายุเป็นข้อเสนอที่เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อกลางปี 2544 แต่ในช่วงนั้น ผู้บริหารสำนักงานประกันสุขภาพมีความเชื่อว่ายังไม่สมควรนำมาใช้ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งจะเป็นปีแรกของการดำเนินการทั่วประเทศ

(ซึ่งจะทำให้งบลดเหลือประมาณ 1,250 บาทต่อบัตร) หรือปรับลงเฉพาะผู้ป่วยนอก ซึ่งจะทำให้งบที่ต้องใช้ลดลงเหลือประมาณ 1,322 บาทต่อบัตร

ข้อสังเกตของคณะผู้วิจัยในกรณีนี้ก็คือ ถ้ารัฐบาลต้องการกำหนด position ให้โครงการนี้เป็นโครงการที่มีคุณภาพที่ประชาชนผู้มีสิทธิอยากมาใช้บริการแล้ว การจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลก็ควรจัดสรรงบในลักษณะที่ส่งข่าวสารให้ผู้ให้บริการว่ารัฐต้องการให้บริการที่มีคุณภาพ ไม่ใช่ส่งข่าวสารว่าโครงการฯ ๙ ตั้งงบไว้สำหรับให้บริการผู้มีสิทธิแต่เพียงบางส่วน (เช่น ไม่เกินร้อยละ 85) และประชาชนผู้มีสิทธิจะสามารถช่วยโครงการได้โดยการไม่มาใช้บริการ ดังนั้น ถ้ามีการจัดสรรงบในลักษณะเช่นนี้จริง ก็จะต้องมีกลไกที่จะต้องจ่ายเงินชดเชยให้กับสถานพยาบาลที่มีผู้มาใช้บริการในอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 85 ด้วย ดังนั้น ถ้ามีการจัดสรรงบในลักษณะเช่นนี้จริง ก็จะต้องมีกลไกที่จะต้องจ่ายเงินชดเชยให้กับสถานพยาบาลที่มีผู้มาใช้บริการในอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 85 ด้วย สำหรับการแก้ปัญหา non-UC ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น รัฐบาลควรหาทางจัดสรรงบให้กับทั้งโครงการนี้และงานด้านอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างพอเพียง (โดยอาจดึงทรัพยากรมาจากส่วนอื่นๆ นอกกรอบสาธารณสุข) แทนที่จะใช้ระบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายรวมยอด (global budget) สำหรับกระทรวงสาธารณสุขตามที่สำนักงานงบประมาณกำลังพยายามทำอยู่ในขณะนี้

5. การปรับตัวของหน่วยงานและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขโดยโครงการ “30 บาทรักษาทุกคน” และกระแสการปฏิรูปอื่นๆ ที่แพร่สะพัดในวงการสาธารณสุข ได้ก่อให้เกิดการปรับตัวของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในหลายระดับ นับตั้งแต่ที่ส่วนกลางคือกระทรวงสาธารณสุขเอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งรายงานส่วนนี้จะเน้นเฉพาะการปรับตัวที่มีความเกี่ยวข้องกับโครงการ “30 บาท” เป็นหลัก

ก. การปรับตัวที่กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากการปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับตัวในหลายด้าน โดยมีการตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการขึ้นมานับสิบชุด และต่อมาได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการดำเนินการโครงการ เป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบาย การชี้แจงนโยบาย การเผยแพร่ข้อมูล/ประชาสัมพันธ์ การควบคุมกำกับและติดตามความคืบหน้าของการเตรียมการและการดำเนินงานของโครงการ พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่สำนักปลัดกระทรวงรวมถึงการยกฐานะกองประกอบโรคศิลป์มาเป็นสำนักมาตรฐานฯ ซึ่งจะมีความสำคัญในการกำกับดูแลสถานพยาบาลเอกชนที่จะเข้าร่วมโครงการ 30 บาท และมอบหมายให้ ศ.นพ. จรัส สุวรรณเวลา จัดทำแนวปฏิบัติในการรักษา (Clinical Practice Guideline หรือ CPG) สำหรับโครงการ 30 บาท กำหนดให้มีระบบรับรองเรียนทั้งที่ส่วนกลางและในแต่ละสถานพยาบาล ออกข้อกำหนดเรื่องการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation หรือ HA) สำหรับสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการและขยายบทบาทของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ในด้านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอีกด้วย และกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีความเคลื่อนไหวเรื่องการปรับโครงสร้างองค์กร (ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นผลมาจากโครงการ 30 บาท และจากข้อเสนอการปฏิรูปด้านต่างๆ ที่ถูกผลักดันเข้ามาในการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ)

อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันนี้ การปรับองค์กรที่มีการปรับตัวจริงๆ ที่สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขก็คือการรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาคกับกองสาธารณสุขภูมิภาคเข้าด้วยกันมาเป็นสถาบันพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) เมื่อกลางปี 2544

การรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาคกับกองสาธารณสุขภูมิภาคเป็นสถาบันพัฒนา เครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.)

ในอดีต เครือข่ายการให้บริการเกือบทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ภายใต้สองกองในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่กองโรงพยาบาลภูมิภาค (ซึ่งดูแลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) กับกองสาธารณสุขภูมิภาค (ซึ่งดูแลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย) สองกองนี้ควบคุมดูแลโรงพยาบาลอำเภอ 726 โรง สถานีอนามัยกว่า 10,000 แห่ง และโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ 92 โรง (หรืออีกนัยหนึ่งสถานพยาบาลเกือบทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข) ก่อนที่จะมีการปฏิรูประบบงบประมาณของโครงการ สปร. และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สองกองนี้มีขนาดใหญ่มาก มีจำนวนบุคลากรมากกว่า 400 คน (มากกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ อย. ซึ่งมีฐานะเทียบเท่ากรม) มีงบประมาณรวมกันมากกว่า 30,000 ล้านบาท (มากกว่างบของหลายกระทรวง) การทำงานของ 2 กองนี้ต่างคนต่างทำ ถึงแม้จะอยู่ภายใต้สำนักปลัดฯ เหมือนกันแต่บางครั้งรองปลัดฯ ที่ดูแลจะเป็นคนละคนกัน และตลอดสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งสองกองได้เติบโตขึ้นและมีหน่วยงานในสังกัดเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยในกองสาธารณสุขภูมินานั้น จำนวนโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจากหลักสิบมาเป็น 726 โรง (27,230 เตียงในปี 2540) สถานีอนามัยเพิ่มจาก 3,000-4,000 แห่งมาเป็น 10,000 แห่ง ส่วนในกองโรงพยาบาลภูมินานั้น โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 92 โรง และมีจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นเป็น 38,642 เตียง

ในปี 2540 แต่การที่สถานพยาบาลในจังหวัดเดียวกันอยู่กันคนละกอง ทำให้พัฒนาไปคนละทิศ
ละทาง โดยบางจังหวัดลงทุนแข่งกัน ขณะที่ในบางจังหวัดไม่ลงทุนทั้งคู่ ไม่มีการประสานกันเนื่อง
จากสายงานไม่ขึ้นตรงต่อกัน ในช่วงเศรษฐกิจรุ่งเรืองนั้น มีกรณีที่เครื่องมือขึ้นเดียวกันแต่อนุมัติงบ
ประมาณต่างกันเป็นเส้นทางทั้งที่เป็นแบบเดียวกัน ตึกพักพยาบาลตึกแบบเดียวกันสร้างใน
จังหวัดเดียวกันก็มีราคาต่างกันเป็นเส้นทาง และปัญหาที่สำคัญคือมีการแย่งชิงทรัพยากรและ
บุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งมีจำนวนจำกัด ซึ่งการที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มี
กำลังคนมากและอยู่ในตัวเมืองย่อมมีศักยภาพในการดึงแพทย์เข้ามาอยู่มาก ในขณะที่โรง
พยาบาลอำเภอขาดคนและไม่สามารถจูงใจให้แพทย์ไปประจำอยู่เป็นเวลานาน ด้วยเหตุผลหลาย
ประการ รวมทั้งเหตุผลด้านความก้าวหน้า เช่น แพทย์ที่อายุมาก จบปริญญาเอก หรือจบบอร์ด ที่
อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนก็แทบจะไม่มีโอกาสขึ้นไปถึง ซี 9 ในขณะที่แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดได้
ซี 9-10 ย่างกว่าและมักจะมีลู่วางหารายได้เพิ่มจากการเปิดคลินิกที่ดีกว่า ที่ผ่านมากการกระจาย
บุคลากรมีแนวโน้มเลวลง และมีแพทย์มากระจุกกันในเมืองมากขึ้น

ในด้านการบริหารบุคลากรนั้น การที่ทั้งสองกองไม่ได้มีการประสานงานกันในด้าน
บุคลากร ทำให้การโยกย้ายบุคลากรข้ามจังหวัดภายในกองเดียวกันทำได้ง่ายกว่าข้ามประเภทโรง
พยาบาลในจังหวัดเดียวกัน ทำให้ career path ของ ผอ. โรงพยาบาลชุมชนจะขึ้นไปเป็นสาย
บริหารที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ/หรือ เข้ามาที่ส่วนกลาง ในขณะเดียวกัน การบริหารใน
จังหวัดก็มีปัญหาเนื่องจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งควรจะเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดใน
จังหวัดมักจะคุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีอาวุโสสูงกว่าและอยู่
คนละสังกัดไม่ได้จริง

แม้ว่าการรวมกันของสองกองนี้จะเป็นผลมาจากการปฏิรูปด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือการ
ปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขโดยโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ด้วย (เช่น
การกระจายอำนาจ ซึ่งมีจุดเริ่มจากรัฐบาลชุดก่อน และทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดเรื่อง
“พวงบริการ” ตามมา) แต่การรวมสองกองนี้เข้าด้วยกันก็สอดคล้องกับช่วงที่มีการปฏิรูปการเงิน
การคลังของระบบบริการสาธารณสุขโดยโครงการ “30 บาท” ซึ่งเปลี่ยนบทบาทการดูแลของส่วน
กลางที่มีต่อสถานพยาบาลต่างๆ และเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณไปอย่างมาก

ในแง่หลักการแล้ว ถ้าการปฏิรูปในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจใน
อนาคตจะมีผลทำให้สถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคเข้าไปใกล้ชิดกับองค์กรปกครองท้องถิ่นมากขึ้น
แล้ว การกำกับดูแลสถานพยาบาลในแต่ละจังหวัดโดยหน่วยงานเดียวกันก็น่าจะเอื้ออำนวยให้
เกิดความร่วมมือและการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ กันมากขึ้น แทนการ
แยกสายงานในอดีตที่โรงพยาบาลสองกลุ่มที่กระจายอยู่ทั่วประเทศมาขึ้นกับส่วนกลางคนละกอง

นอกจากนี้ การเปลี่ยนระบบงบประมาณอันเป็นมาจากโครงการ 30 บาท ก็มีส่วนที่ลดบทบาทในด้านการควบคุมดูแลของทั้งสองกองนี้ในลักษณะของการ audit และเพิ่มพละความสำคัญในด้านการวิชาการและการควบคุมกฎกติกา (regulation) มากขึ้น ซึ่งภาระงานด้านนี้จะมีผลคล้ายคลึงกันสำหรับโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมากขึ้น และไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรมากเท่าเดิม โดยจะเห็นได้ว่าในด้านงบประมาณนั้น ในปี 2545 ทั้งสองกองได้งบประมาณ (นอกเหนือจากเงินเดือน) เพียง 39 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากปีก่อนๆ มาก (410 ล้านบาท ในปี 2544) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่าสองกองนี้มีหน้าที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาลเกือบหนึ่งพันโรง

ที่ผ่านมา การรวมสองกองเข้าด้วยกันได้ใช้วิธีถ่ายโอนเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่ง ให้สำนักงานประกันสุขภาพประมาณ 30 คน แต่ก็ยังมีเจ้าหน้าที่เหลืออยู่ประมาณ 400 (จากเดิมที่กองสาธารณสุขภูมิภาคมี 240 คน และกองโรงพยาบาลมี 190 คน ขณะที่มีการอบรมกำลังประมาณ 300 คนเศษ) อย่างไรก็ตาม โครงสร้างหลักยังเป็นโครงสร้างของแต่ละกองอยู่ และโครงสร้างใหญ่ก็ยังเป็นเหมือนการปกครองระดับกอง โดยไม่มี autonomy แบบกรม อย่างไรก็ตาม การรวมกองทำให้ในระยะแรกสามารถยุบฝ่ายสนับสนุนพื้นที่ในภาคต่างๆ ซึ่งแต่เดิมมีคนดูแลถึง 20 คน นอกจากนี้ทีมนิเทศงาน ซึ่งเดิม 2 กอง แยกกันไป โดยเจ้าหน้าที่จากกองโรงพยาบาลไปดูแลจังหวัด และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขภูมิภาคไปดูแลอำเภอ ก็เปลี่ยนเป็นให้เจ้าหน้าที่คนเดียวกันหรือชุดเดียวกันไปดูแลทั้งจังหวัดและอำเภอ ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ และเจ้าหน้าที่ก็จะรู้ข้อมูลทั้งจังหวัด หลังจากที่มีการลดงานเหล่านี้ลง สคส. สามารถโอนย้ายเจ้าหน้าที่ 40-50 คน ไปให้หน่วยงานอื่น และมีการสร้างทีมงานขึ้นมารวมกัน เช่น ให้ทีมพัฒนาระบบปฐมนิเทศ และทีมพัฒนาการจัดการก็ตั้งทีมขึ้นมาใหม่ และแต่ละคนในบางกลุ่มงาน (เช่น ฝ่ายแผน และฝ่ายบริหาร) แต่ในด้านระบบรายงานนั้นในช่วงแรกยังไม่ได้รวมเข้าด้วยกัน

ในการรวมกองนั้น นพ.วีระพันธ์ สุวรรณไชยมาตร ผอ.กองโรงพยาบาลภูมิภาคในขณะนั้น ทำหน้าที่รักษาการผู้อำนวยการ สคส. และ นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ทำหน้าที่รักษาการรองผู้อำนวยการ สคส. แต่หลังจากที่ สคส. ตั้งขึ้นมาเป็นทางการได้เพียง 3 เดือน ก็ได้มีการเปลี่ยนตัวปลัดกระทรวงในเดือนตุลาคม 2544 ซึ่งปลัดกระทรวงคนใหม่ได้เสนอให้ยุบ สคส. กลับไปเป็นสองกองแบบเดิม แต่ถูกคัดค้านจากรัฐมนตรีช่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในเดือนธันวาคม 2544 ได้มีคำสั่งย้ายทั้งรักษาการผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ สคส. ไปดำรงตำแหน่งอื่นและตั้งนายแพทย์สามท่านมาแทนในตำแหน่งผู้อำนวยการ สคส. ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ความเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งคือเริ่มกลับไปแบ่งงานตามพื้นที่มากขึ้น ซึ่งคล้ายกับในระบบเดิม อย่างไรก็ตาม ผู้

บริหารระดับต่างๆ ของ สคส. ระบุว่าในขณะนี้ (กลางปี 2545) แรงกดดันที่จะแยก สคส. กลับอกไปเป็นสองกองลดลงไปมากแล้ว

ข. การปรับตัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหนึ่งที่เคยคาดว่าจะได้รับผลกระทบจากการปฏิรูประบบการเงินการคลังในโครงการ 30 บาท ซึ่งในระบบใหม่นี้ เงินจะไปที่เครือข่ายบริการซึ่งทำหน้าที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Health Care หรือ CUP) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็น clearing-house และยังคงบทบาทด้านวิชาการและการกำกับดูแลสถานพยาบาลเอง แต่จะไม่ได้มีหน้าที่บริการเอง ซึ่งในปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งยังคงมีคลินิกบริการตรวจรักษาและ/หรือทันตกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งมีคลินิกกายโรค ซึ่งเป็นงานที่ทำมาเป็นเวลายาวนานแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์ด้านการติดตามและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าการให้บริการรักษาโรค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในหลายๆ จังหวัดมีปัญหาคล้ายคลึงกัน (และคล้ายกับหน่วยงานที่ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขหลายหน่วยงาน) คือมีจำนวนข้าราชการมากกว่ากรอบอัตรากำลังของสำนักงาน ซึ่งมีสาเหตุสองประการใหญ่ๆ คือ ประการแรก ในบางครั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งมีความจำเป็นต้องยืมตัวเจ้าหน้าที่จากอำเภอต่างๆ ที่มีความสามารถเฉพาะด้านมาช่วยงาน⁸⁹ แต่เหตุผลที่สำคัญกว่าก็คือ การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตั้งอยู่ในตัวเมือง ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกลายมาเป็นที่พักพิงของข้าราชการที่มีตำแหน่งอยู่ที่อำเภอรอบนอก แต่ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยืมตัวมาช่วยราชการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งอยู่ในตัวเมือง (ด้วยเหตุผลส่วนตัวต่างๆ นานา เช่น เพื่อการศึกษาของลูก ตามสามีที่เป็นข้าราชการสังกัดอื่น ฯลฯ) ซึ่งในกรณีหลังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองก็ไม่ได้เดือดร้อนเนื่องจากข้าราชการเหล่านี้ไม่ได้กินเงินเดือนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองก็ได้คนมาช่วยงานด้วย จึงมักปรากฏอยู่เสมอว่าจำนวนข้าราชการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดใหญ่ เช่น นครราชสีมาและเชียงใหม่) มีจำนวนมากกว่ากรอบอัตรหลายสิบตำแหน่ง (หรือเกือบร้อยตำแหน่ง)⁹⁰ และในอดีตนั้นโรงพยาบาลต้นสังกัดก็มักจะไม่เดือดร้อน เนื่องจากกรมกองที่เกี่ยวข้องต่างก็รับผิดชอบจ่ายเงินเดือนให้ทั้งหมดอยู่แล้ว ไม่ว่าตัวข้าราชการแต่ละคนจะไปนั่งทำงานอยู่ที่ไหน (กรณีที่เคยคล้ายคลึงกับกรณีนี้ก็คือ แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนที่ขอลาไปเรียนต่อโดยทราบล่วงหน้าแล้วว่าหลังจากเรียน

⁸⁹ ซึ่งข้าราชการเหล่านั้นก็มักจะยินดีมาอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งอยู่ในตัวเมืองด้วย

⁹⁰ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีกรอบอัตรอยู่ประมาณหนึ่งร้อยตำแหน่งต้นๆ แต่ในบางจังหวัดมีเจ้าหน้าที่อยู่เกินสองร้อยคน

จบจะได้รับการโอนย้ายไปทำงานที่โรงพยาบาลแห่งใหม่ก็ยังกินเงินเดือนจากโรงพยาบาลต้นสังกัดเดิมอยู่)

สำหรับงบประมาณที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (หรือหน่วยงานที่ส่วนกลางบางหน่วย เช่นกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาค) ใช้ในอดีตนั้น นอกเหนือจากงบปกติของหน่วยงานแล้ว การที่หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทในการจัดสรรงบให้หน่วยงานระดับล่าง ทำให้หน่วยงานเหล่านี้อยู่ในฐานะที่ “ก้นบ” จำนวนหนึ่งมาใช้ (เช่นกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาคเพียงแค่งบร้อยละหนึ่งของงบที่ส่งไปตามจังหวัดต่างๆ ก็จะได้เงินมาใช้ในการดำเนินงานปีละกว่า 300 ล้านบาท) ในอดีตนั้น งบ สปร. เคยเป็นแหล่งเงินที่สำคัญแหล่งหนึ่งของส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัด แต่ต่อมา ในระหว่างปี 2541-43 ได้มีการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการ สปร. โดยกำหนดให้สำนักปลัดกระทรวงกันเงินมาใช้เองได้ไม่เกินร้อยละ 0.25 ของงบรวม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถกันเงินไปใช้ร้อยละ 1 ของงบ สปร. จังหวัดเท่านั้น⁹¹

หลังจากที่มีการปฏิรูประบบการเงินการคลังในโครงการ 30 บาท ซึ่งการปฏิรูปนี้ลงลึกไปกว่าการปฏิรูประบบการเงินการคลังในโครงการ สปร. กล่าวคือ นอกจากจะมีข้อกำหนดให้งบ UC ลงไปที่สถานพยาบาลทั้งหมดแล้ว ยังกำหนดให้รวมเงินเดือนเข้ากับงบเหมาจ่ายรายหัวอีกด้วย แม้ว่าเงินเดือนและงบสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะไม่ได้รวมอยู่ในหมวดนี้ แต่การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่สามารถกันเงินจากสถานพยาบาลระดับล่างและการที่บุคลากรบางส่วนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังกินเงินเดือนของเครือข่ายอำเภอได้ทำให้แทบทุกฝ่ายตระหนักแล้วว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะไม่สามารถทำงานตามแบบเดิมโดยไม่ปรับตัวเช่นกัน

ที่ผ่านมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดที่ศึกษา ได้มีการปรับตัวไปแล้วบ้างพอสมควร โดยในบางจังหวัด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดน่านรองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัดได้ขอกันงบ UC ส่วนหนึ่งไว้เป็น flexible fund ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัดระบุว่าจะนำไปใช้เป็นเงินประกันการส่งต่อ แต่ในบางจังหวัดไม่ได้รับอนุญาตให้เงินที่ชัดเจน (และมีจังหวัดในกรณีหลังที่โรงพยาบาลชุมชนได้ประท้วงวิธีการกัน flexible fund ดังกล่าว)

นอกจากนี้ หลายจังหวัดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำแผนการปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้ติดประกาศชักชวนให้เจ้าหน้าที่เตรียมมองหาที่อยู่ใหม่ตั้งแต่ช่วงต้นปี 2544 เนื่องจากผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตระหนักดี

⁹¹ ดูรายละเอียดการประเมินผลการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ในอัญญาและวิโรจน์ (2544)

ว่ามีจำนวนบุคลากรมากเกินไป ซึ่งก็ปรากฏว่าได้รับการตอบสนองจากเจ้าหน้าที่ที่อัตราอยู่ที่โรงพยาบาลรอบนอกพอสมควร อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีจำนวนการโอนย้ายจริงยังมีไม่มากนักเนื่องจากการโอนย้ายจะต้องเป็นความสมัครใจของทั้งสองฝ่าย และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็มักจะขอโอนย้ายไปที่โรงพยาบาลใกล้เมืองก่อนกลับไปโรงพยาบาลเจ้าของอัตรา ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนที่มีเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปสมัครก็มีความเข้มงวดในการรับโอนย้ายมากขึ้น เนื่องจากการรับโอนย้ายจะได้เจ้าหน้าที่ที่มีเงินเดือนสูงกว่าการจ้างเจ้าหน้าที่ใหม่

ในด้านการปรับตัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในด้านงานบริการนั้น มีแนวทางที่แตกต่างกันไปบ้างในจังหวัดที่ศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบางจังหวัดเห็นด้วยในหลักการว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ได้มีหน้าที่ทำงานด้านบริการ ตัวอย่างเช่น จากการสัมภาษณ์ ผชช.ว. ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ระบุว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนที่จะเลิกคลินิกทันตกรรมและยกให้หน่วยงานอื่นดูแลแทน อย่างไรก็ตาม ผชช.ว. ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ระบุว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่มีแผนที่จะขอแบ่งบ. UC มาตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งต้องตามเสด็จหรือติดตามเจ้าหน้าที่ระดับสูงของรัฐออกท้องที่อยู่เป็นประจำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งพยายามแก้ปัญหางบประมาณที่ลดลงโดยหันมาหารายได้เลี้ยงตนเองโดยการเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นมา เพื่อดึงบ. UC ส่วนหนึ่งเข้ามาหล่อเลี้ยงสำนักงาน (เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่สามารถขอ contingency fund มาแก้ปัญหาเหมือนกับโรงพยาบาล) แม้ว่าการมีหน่วยปฐมภูมิที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาจเป็นประโยชน์กับทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงในระยะต้น แต่ก็ควรระวังไม่ให้เกิดกรณีที่ทั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลสถานพยาบาล (เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และสถานพยาบาลที่ควรจะมีพัฒนาความเชี่ยวชาญในบริการทุติยภูมิและตติยภูมิต่างก็หันมาแย่งกันทำงานด้านปฐมภูมิต่อเนื่องกันในระยะยาวอันเกิดจากแรงจูงใจในวิธีการจัดสรรงบประมาณของโครงการและของกระทรวงสาธารณสุขเอง

ในด้านการปรับตัวในการทำงานและกำกับดูแลสถานพยาบาลในจังหวัดนั้น พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งหันมาให้ความสนใจกับบทบาทของสถานีนานามัยมากขึ้น ในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เช่น นครราชสีมาและศรีสะเกษ ซึ่งมีงบเข้ามาที่จังหวัดเพิ่มขึ้นมาก) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเข้ามามีส่วนค่อนข้างมากในการจัดสรรงบไปที่สถานีนานามัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษมีโครงการที่จะแบ่งบ. UC ในจังหวัดมาสร้างสถานีนานามัยเพื่อ

ทดแทนสถานีนีออนามัยรุ่นเก่า (รุ่นที่เป็นอาคารชั้นเดียว ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระบุว่ายังมีอยู่บ้างในจังหวัดศรีสะเกษ) เดือนละ 5 หลัง

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดที่ผู้วิจัยไปศึกษามีความเห็นว่าการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีบทบาทในด้านการกำกับดูแลงานด้านส่งเสริมป้องกันมากขึ้น
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งยังคงพยายามใช้วิธีดึงเงินเอาไว้ที่จังหวัดซึ่งมีผลทำให้การจัดสรรงบ UC ไปให้เครือข่ายล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น
- ในบางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพยายามของบลงทุนจากส่วนกลางมาสร้างตึก โดย match กับบของจังหวัดหรือเงินบำรุงของเครือข่ายสถานพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่ยังมีจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำ เช่น ศรีสะเกษ) หรือ excellent center
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบางแห่งมีส่วนเข้าไปผลักดันกระบวนการของบ contingency fund โดยเลือกกระดบการตัดเงินเดือนหรือกลไกการจ่ายเงินที่ทำให้มีงบเข้ามาในจังหวัดมากที่สุด

ค. การปรับตัวของสถานพยาบาล

โครงการ “30 บาท” และการปฏิรูประบบการเงินการคลังที่มาพร้อมกับโครงการนี้ได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ซึ่งสถานพยาบาลแต่ละประเภทหรือแต่ละกลุ่มได้รับผลกระทบ (หรือคาดว่าจะได้รับผลกระทบ) ที่แตกต่างกัน

ข้อมูลในส่วนนี้สรุปจากการติดตามรับฟังข้อมูลและความเห็นจากฝ่ายต่างๆ รวมทั้งข้อมูลจากสื่อมวลชนประเภทต่างๆ และ internet⁹² นำมาประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งจังหวัดรายงานมาที่ส่วนกลาง และการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข สำหรับในกระทรวงสาธารณสุขนั้น อาศัยการสัมภาษณ์เจาะลึกตั้งแต่ระดับรัฐมนตรีช่วยว่าการ ปลัดกระทรวง รองปลัดที่รับผิดชอบ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในสำนักงานประกันสุขภาพ สคส. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผชช.ว. สัมภาษณ์เจาะลึกหรือทำ focus group กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน

⁹² โดยติดตามความเคลื่อนไหวใน web page ของกระทรวงสาธารณสุข(และหน่วยงานภายในกระทรวง) web board ใน Thaclinic.com (ซึ่งผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือบุคลากรอื่นๆ จากโรงพยาบาลทพว. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชน และมีส่วนน้อยที่มาจากโรงพยาบาลชุมชน) web page และ web board ของชมรมแพทย์ชนบท และ web board ทั่วไปเช่น pantip.com

พยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และสถานอนามัย สำหรับหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้สัมภาษณ์ผู้บริหารและปฏิบัติงานสำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง และกรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์

การรวบรวมประสบการณ์และความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ นั้น ไม่ได้ใช้กระบวนการการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ แต่คณะผู้วิจัยก็ได้พยายามรับฟังมุมมองของทุกฝ่าย และพยายามรักษาความสมดุล โดยนอกจากจะรับฟังมุมมองจากโรงพยาบาลในทุกกลุ่มแล้ว ในบรรดาโรงพยาบาลชุมชนนั้น ก็พยายามศึกษาจากทั้งโรงพยาบาลชุมชนที่ข้อมูลประมาณการจากส่วนกลางคาดว่าจะประสบปัญหาอย่างรุนแรง โรงพยาบาลชุมชนที่คาดว่าจะได้งบใกล้เคียงกับรายรับเดิม โรงพยาบาลชุมชนที่คาดว่าจะได้งบมากกว่ารายรับเดิมแต่ไม่มาก และโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มที่คาดว่าจะได้งบมากกว่ารายรับเดิม เป็นจำนวนมาก⁹³

อย่างไรก็ตาม ณ วันที่ (มิถุนายน 2545) โครงการ “30 บาท” ยังคงเพิ่งจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ แม้กระทั่ง 21 จังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่องทั้งสองกลุ่มนั้น ก็เพิ่งเข้าสู่ระบบงบประมาณใหม่พร้อมๆ กับจังหวัดอื่นๆ เมื่อปีงบประมาณ 2545 นี้ (เริ่ม 1 ตุลาคม 2544) ดังนั้น ภาพต่างๆ และข้อมูลที่รวบรวมมาได้ในช่วงที่ผ่านมาจึงมีส่วนที่เป็นปฏิริยาเฉพาะหน้าและความสับสนรวมอยู่ด้วยค่อนข้างมากและคงจะยังไม่สามารถสะท้อนภาพของโครงการในระยะยาวได้ แต่จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากแหล่งต่างๆ ก็พอจะสรุปแนวโน้มใหญ่ๆ ได้ดังต่อไปนี้

- มีความโกลาหลที่เกิดขึ้นมากพอสมควร ในระบบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาในฝั่งผู้ให้บริการ ซึ่งแม้ว่าจะไม่สามารถสรุปออกมาอย่างเป็นระบบได้ว่ามากนักน้อยเพียงใด แต่ทุกฝ่ายก็ยอมรับกันว่าเกิดขึ้นบางส่วน และเกิดขึ้นในระดับที่ไม่สามารถละเลยได้ บางส่วนพัฒนาขึ้นเป็นความขัดแย้ง ซึ่งเกิดขึ้นในหลายระดับ
- ความโกลาหลในช่วงแรก เกิดขึ้นในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศเมื่อ 1 ตุลาคม 2544 มากกว่าจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ในกลุ่มโครงการนำร่อง
- ความโกลาหลส่วนหนึ่งเกิดจากความกังวลถึงไม่แน่นอนในอนาคต ซึ่งนอกจากจะเป็นเพราะระบบและกฎ กติกา ในหลายด้านยังคงไม่ชัดเจนและยังเปลี่ยนแปลงไปได้เรื่อยๆ (และยังจะมีตัวแปรใหม่ๆ เพิ่มเข้ามาเรื่อยๆ เช่น การเข้ามาของโรงพยาบาลเอกชน การให้สิทธิเลือกสถานพยาบาลในอนาคต ฯลฯ) แล้ว ยังเป็นเพราะการนำระบบใหม่มาใช้มีตัวแปรจำนวนมาก (รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ของสถาน

⁹³ โดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นที่ นพ. จเด็จ ธรรมธัชอารีและคณะ นำเสนอในการสัมมนาในวันที่ 24-26 กรกฎาคม 2544 ที่จังหวัดระยอง และข้อมูลจากการคำนวณของคณะผู้วิจัยในช่วงปลายปี 2544

พยาบาลอื่นๆ และในบางกรณีขององค์กรปกครองท้องถิ่น) ซึ่งสถานพยาบาลและผู้ให้บริการมีความรู้สึกที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ด้วยความมั่นใจจริง ๆ

- ในบรรดาข้อกังวลทั้งหลายนั้น ข้อกังวลที่สำคัญที่เป็นประเด็นหลักในโรงพยาบาลใหญ่ (และโรงพยาบาลชุมชนอีกจำนวนไม่น้อย) คือการรวมเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ เข้าไปในงบ UC
- ความไม่มั่นใจและการห่วงถึงความไม่แน่นอนในอนาคตทำให้โรงพยาบาลแทบทุกแห่งพยายามปรับตัวโดยหาทางลดค่าใช้จ่ายลง (ซึ่งในหลายกรณี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเองก็คาดว่าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการ) พฤติกรรมทำนองนี้ไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบด้านลบในการเงินทั่วไป แต่ยังเกิดขึ้นในสถานพยาบาลจำนวนมากที่ทางส่วนกลางคาดว่าจะได้งบประมาณเพิ่มขึ้นจำนวนมาก⁹⁴
- แรงจูงใจทางการเงินมีผลต่อพฤติกรรมของสถานพยาบาลทุกระดับค่อนข้างชัดเจน และในหลายกรณีใช้การตัดสินใจโดยการคิดเฉพาะต้นทุนของโรงพยาบาลแต่ไม่ได้คิดถึงต้นทุนที่คนไข้และญาติจะต้องแบกรับ⁹⁵
- แม้ว่าผู้บริหารสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขค่อยๆ เรียนรู้และยอมรับแนวคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพและแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น แต่บุคลากรจำนวนมากยังมีแนวคิดแบบเดิม จึงมักเกิดการเปรียบเทียบว่าในการรักษาผู้ป่วยแต่ละครั้งใช้ยาและเวชภัณฑ์เกิน 30 บาทไปหรือยัง หรือได้รักษาผู้ป่วยรายนี้เกิน 1,052 บาทไปแล้วยัง และเกิดพฤติกรรม split ใบสั่งยาเพื่อเก็บ 30 บาทเพิ่ม ซึ่งในหลายกรณีเป็นการสร้างภาระให้ผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์มาสนับสนุน
- โรงพยาบาลชุมชนที่ทางส่วนกลางคาดว่าจะมีรายรับเพิ่มขึ้นมากจากงบ UC ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เริ่มปรับตัวในด้านการขยายศักยภาพการบริการเนื่องจากยังไม่มี ความมั่นใจว่าจะได้เงินเพิ่มขึ้นมากจริง (หรือเงินจะมาตามตัวเลขที่คำนวณไว้จริงๆ)

⁹⁴ อย่างไรก็ตาม ในบางจังหวัดที่ใช้ระบบ inclusive capitation ในโครงการ สปร. มานานแล้ว (เช่น เชียงใหม่ ที่ใช้ระบบนี้มาเป็นที่ 4) ผู้บริหารระดับต่างๆ มีความเชื่อว่าสถานพยาบาลเริ่มมีความคุ้นเคยและสามารถปรับตัวเข้ากับระบบนี้ได้ดีขึ้น

⁹⁵ จากการติดตามใน website หลายแห่ง พบว่ามีการกล่าวถึงยุทธวิธีแทบทุกรูปแบบที่สามารถคิดหรือสรรหาขึ้นมาได้ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของสถานพยาบาล แม้ว่าโดยธรรมชาติของ internet ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาต่างๆ เหล่านั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด แต่ในหลายกรณีพฤติกรรมทำนองนี้น่าจะเป็นมากกว่า rare exception ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ถึงขั้นกลายเป็น norm ก็ตาม

ประกอบกับการที่เงินยังลงไปช้า (ถึงแม้ว่าการส่งเงินจากส่วนกลางไปจังหวัดจะเร็วกว่าในระบบ สปร. เดิม แต่ในหลายจังหวัดมีความล่าช้าในขั้นตอนต่างๆ ภายในจังหวัดด้วย) กลับทำให้โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากยังมีความรู้สึกที่ต้องเอาเงินบำรุงที่มีอยู่มาอุดหนุนโครงการไปก่อน

- เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลในระดับต่างๆ มีความรู้สึกว่ามีภาระหนักขึ้น ทั้งในส่วนที่เกิดจากการที่มีผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น ภาระในการต้องมีส่วนร่วมในการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (ซึ่งบางกรณีต้องผลักดันไปให้คนไข้) ภาระที่เกิดจากการปรับองค์กรหรือบริการ (เช่น การกระจายเจ้าหน้าที่ไปที่ PCU) และภาระงานประชุมที่เพิ่มขึ้น⁹⁶
- เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติในสถานพยาบาลที่มีการปรับค่าตอบแทนด้านการอยู่เวรเพิ่มขึ้นมีความพอใจมาก แต่ก็ไม่มั่นใจว่าโรงพยาบาลจะอยู่ในฐานะที่สามารถจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นได้นานเท่าใด

สำหรับการปรับตัวของสถานพยาบาลในด้านต่างๆ นั้น ในหลายด้านจะผูกกับการบริหารงบ UC ของจังหวัด (ซึ่งในหลายกรณีเป็นผลจากการต่อรองของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง) ในหัวข้อนี้จะพิจารณาแยกออกเป็นประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ค.1 การจัดสรรงบประมาณ

การรวมหรือแยกเงินเดือน

ประเด็นเรื่องความเพียงพอของงบประมาณเป็นประเด็นสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของสถานพยาบาลระดับต่างๆ มากที่สุด

ที่ผ่านมายังไม่ได้มีการสรุปข้อมูลการเงินจากโครงการนำร่องอย่างเป็นระบบ แต่ในห้าจังหวัดที่คณะผู้วิจัยได้ไปศึกษา (นครราชสีมา เชียงใหม่ ภูเก็ต ศรีสะเกษ และสระบุรี ซึ่งอยู่ในโครงการนำร่องระยะที่สอง) สถานพยาบาลแทบทุกแห่งมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเข้าร่วมโครงการนำร่องในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2544⁹⁷ จังหวัดนครราชสีมาเพิ่งจะแบ่งบัก่อนดังกล่าว (300 ล้านบาทเศษสำหรับสี่เดือน) เสร็จไปไม่นาน โดยที่ยังไม่สามารถบรรลุข้อตกลงในการจัดสรรงบ UC ของปีงบประมาณใหม่ แต่ดูเหมือนว่าสถานพยาบาลเกือบทั้งหมดอยู่ในฐานะที่สามารถรอได้เนื่องจากมีเงินบำรุงและงบ สปร. เดิมเหลือ และยังมีรายรับจากงบ UC งวดเก่ามาค้ำจุน ภูเก็ตก็อยู่ใน

⁹⁶ ในสถานพยาบาลหลายแห่ง ความรู้สึกเรื่องภาระที่เพิ่มขึ้นเกิดขึ้นตั้งแต่ในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่ได้มาใช้บริการของสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นเลย

⁹⁷ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานประกันสุขภาพที่รับผิดชอบโครงการนำร่องทั้งสองระยะ ระบุว่าสถานพยาบาลแทบทุกแห่งได้รับงบเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ให้กับผู้ป่วยในช่วงโครงการนำร่อง

สภาพคล้ายกัน สำหรับจังหวัดอื่นๆ ในโครงการนำร่องระยะที่สองนั้น ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนกลางก็ระบุว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้น

สำหรับจังหวัดในโครงการนำร่องกลุ่มแรก 6 จังหวัด ซึ่งจัดสรรงบประมาณเดียวกับที่อยู่ในโครงการ สปร.-SIP โดยสถานพยาบาลได้งบประมาณเพิ่มขึ้นจากงบประมาณปกติเพียง 164.50 บาทต่อบัตรต่อครั้งปี (ในอัตรา 329 บาทต่อบัตรต่อปี แยกต่างหากจากเงินเดือนและงบปกติอื่นๆ) และแยกจัดสรรกับผู้ป่วยนอก:ผู้ป่วยใน ในอัตรา 45:55 นั้น ข้อมูลของจังหวัดนครสวรรค์พบว่ารายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลศูนย์ในช่วงโครงการนำร่องพอๆ กัน และจำนวนผู้ป่วยไม่ได้เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนั้นแม้ทั้งที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ (โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้รายได้ส่วนนี้มาคำนวณทำให้สามารถชำระหนี้สินเดิมที่มีอยู่ได้และมีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น) และโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่มีประชากรน้อยซึ่งเสมอตัวจากโครงการ⁹⁸ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่างบที่โรงพยาบาลชุมชนได้ต่อบัตรในโครงการนำร่องระยะแรกนั้นเป็นอัตราที่ต่ำมาก (329 บาทต่อบัตรต่อปี นอกเหนือจากเงินเดือน) ซึ่งต่ำกว่างบในโครงการในปัจจุบัน (1,052 บาทต่อบัตรต่อปี) มาก ถึงแม้ว่างบปัจจุบันจะรวมเงินเดือนอยู่ในนั้นด้วยก็ตาม และถ้าคิดเฉพาะงบผู้ป่วยนอกจะเหลือเพียง 148 บาทต่อบัตรต่อปี⁹⁹ (เทียบกับงบที่จัดสรรในระบบใหม่ 574 บาทต่อบัตร และยังมีงบส่งเสริมป้องกันอีก 175 บาทต่อบัตรต่อปี) แต่โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในโครงการส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับผลกระทบด้านลบจากการเข้าร่วมโครงการนำร่องกลุ่มนี้ ข้อมูลจากจังหวัดปทุมธานีก็ให้ภาพที่ไม่ต่างจากนครสวรรค์มากนัก โดยไม่มีสถานพยาบาลแห่งใดเลยที่คณะผู้วิจัยไปสัมภาษณ์ที่ระบุว่าประสบกับการขาดทุนในช่วงโครงการนำร่อง

การที่โครงการนำร่องทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ต่อยอดจากโครงการ สปร. (คือขยายสิทธิให้ประชากรกลุ่มที่เดิมไม่มีสิทธิใดใด) และในความเป็นจริงแล้วใช้ระบบจัดสรรงบประมาณเดิม กล่าวคือโครงการนำร่องระยะแรกเพิ่มงบ 329 บาทต่อบัตรต่อปี ให้กับสถานพยาบาล (เทียบกับงบ สปร. ที่จัดสรรให้จังหวัดกลุ่มนี้ 477 บาทต่อบัตรต่อปี แต่ประชากรกลุ่มบัตรทองเป็นกลุ่มวัยทำงานซึ่งมีอัตราการใช้บริการสถานพยาบาลน้อยกว่าผู้มีสิทธิ สปร. กลุ่มอื่น) และสำหรับโครงการนำร่องระยะที่สองนั้น ในทางปฏิบัติเป็นการจัดสรรงบประมาณ 576 บาทต่อบัตรต่อปีให้กับสถานพยาบาลนอกเหนือจากเงินเดือน (ภายใต้ข้อสมมุติว่างบ UC ถูกจัดสรรไปให้สถานพยาบาลแล้วครึ่งหนึ่งในรูปของเงินเดือน จึงให้เพิ่มอีกครั้งเดียวสำหรับเป็น material cost) ดังนั้น ในทางปฏิบัติแล้ว โครงการทั้งสองระยะจึงกลายเป็นการ “เติมให้เต็ม” ตามศัพท์ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสา

⁹⁸ ข้อมูลจากการนำเสนอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสามแห่งในเอกสารประกอบการประชุมและในที่ประชุมกลางปีของราชวิทยาลัยอายุรศาสตร์เมื่อ 21 พ.ย. 2544 ที่ จ. นครสวรรค์

⁹⁹ จังหวัดในช่วงโครงการนำร่องกลุ่มแรกใช้วิธีแยกงบผู้ป่วยในมาองรวมกันที่จังหวัด

ธารณสุข แต่สำหรับโครงการนำร่องระยะที่สองจะต่างจากโครงการระยะแรกที่บัตรทองได้งบประมาณเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยได้งบ สปร. ประมาณ 402 บาทต่อบัตร (ปีงบ 43) มาเป็น 576 บาทต่อบัตร ทั้งๆ ที่กลุ่มประชากรบัตรทองเป็นกลุ่มที่วัยทำงานซึ่งใช้บริการน้อยและยังต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาทให้แก่สถานพยาบาลด้วย และในช่วงโครงการนำร่องมีประชากรกลุ่มนี้มาใช้บริการค่อนข้างน้อยเนื่องจากส่วนหนึ่งมีฐานะดีพอสมควรและยังมีความไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการในโครงการ 30 บาท ทั้งนี้ ทำให้โรงพยาบาลในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการนำร่องระยะที่สองได้รับอานิสงส์ด้านการเงินแบบ “ล้มหล่น” ไปไม่น้อย (ทั้งนี้ งบที่ใช้ในโครงการนี้มาจากงบ สปร. บวกกับงบจากโครงการบัตรประกันสุขภาพของทั่วประเทศที่เหลือเนื่องจากจังหวัดส่วนใหญ่เลิกขายบัตรสุขภาพไปตั้งแต่ทราบว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทจะถูกแทนที่ด้วยโครงการ “30 บาทรักษาทุกคน”)

แม้ว่าในอดีต โครงการ สปร. มักจะถูกสถานพยาบาลจำนวนมากมองว่าเป็นผู้ร้าย (ในทำนองเดียวกันกับโครงการ “30 บาท” ในปัจจุบัน) เนื่องจากสถานพยาบาลจำนวนมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลใหญ่) เชื่อว่าสถานพยาบาลได้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่างบที่ได้รับ แต่จากงานวิจัยประเมินผลการปฏิรูปการเงินการคลังโครงการ สปร. ของ อัญชนาและวิโรจน์ (2544) พบว่าหลังจากที่มีการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา (โดยหันมาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มจากเงินเดือนในอัตราประมาณ 366-403 บาทต่อบัตร¹⁰⁰) นั้น สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน แต่ก็รวมถึงโรงพยาบาลใหญ่บางส่วนด้วย) ได้รับงบ สปร. เพิ่มขึ้นมาก และน่าจะเพียงพอถ้าคิดเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เป็นต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost ซึ่งในกรณีของโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือ material cost) เพราะในระบบงบประมาณปกตินั้นได้จัดสรรงบที่ครอบคลุมเงินเดือน งบลงทุน และค่าใช้จ่ายส่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาลเอาไว้แล้ว

ในแง่หนึ่ง การที่โครงการ สปร. ได้จัดสรรงบส่วนที่เป็น material cost ตามจำนวนประชากรโดยไม่คำนึงถึงโครงสร้างบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ทำให้มีสัดส่วนของงบที่กระจายออกไปตามโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็กที่ดูแลประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มากกว่าที่จะไปตามสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรและทรัพยากรมากกว่า ซึ่งการศึกษาของ อัญชนาและวิโรจน์ (2544) ก็พบว่าโรงพยาบาลใหญ่หลายแห่งมีความรู้สึกที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นฝ่ายที่ได้เปรียบในการจัดสรรงบ สปร. แต่เนื่องจากงบ สปร. มีสัดส่วนน้อยกว่าหนึ่งในหกของ

¹⁰⁰ งบ สปร. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 ถูกจัดสรรที่อัตรา 273 บาทต่อบัตร แต่ยอดประชากรทั้งจากยอดจำนวนบัตรที่ออกและจากตัวเลขการออกบัตรที่ตรวจสอบโดยสำนักงานประกันสุขภาพ (เช่น ใช้โปรแกรม Welfare ในปีงบประมาณ 2543) มีจำนวนต่ำกว่าตัวเลขที่แท้จริงอย่างมาก ทำให้การในความเป็นจริงแล้วงบที่ได้ต่อบัตรสูงกว่าตัวเลข 273 บาทที่อ้างอิงกันมาก (ประมาณ 403 บาทในปีงบประมาณ 2543)

งบของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (ร้อยละ 15 ในปีงบประมาณ 2543) ผลของการปฏิรูปดังกล่าวจึงเห็นไม่ชัดเหมือนกับในโครงการ “30 บาท” ซึ่งกำลังปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนกระจายตัว (redistribution) ของงบประมาณมากกว่าสามในสี่ของงบกระทรวงสาธารณสุข โดยนอกจากจะครอบคลุม material cost แล้ว ยังรวมงบด้านทรัพยากรและบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในนั้นด้วย (โดยการรวมเงินเดือนเข้ามากับงบเหมาจ่ายด้วย) การปฏิรูปการเงินการคลังโดยโครงการ 30 บาท ซึ่งเริ่มจริงๆ เมื่อ 1 ตุลาคมในปีที่ผ่านมา จึงส่งผลสะท้อนวงการสาธารณสุขไทยในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนในช่วงครึ่งศตวรรษ

การกระจายงบที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก (ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 18 ในหัวข้อที่ 3ฉ.) ทำให้มีแรงต้านการปฏิรูปครั้งนี้อย่างรุนแรงจากฝั่งโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนกลางเองก็มีแนวความคิดที่แตกต่างกันในเรื่องนี้ (ดูหัวข้อ 2 ข้างบน) ผู้บริหารกลุ่มที่ผลักดันการปฏิรูปโดยเร็วยืนยันหลักการว่าควรแยกเงินเดือนตามเครือข่ายอำเภอ (ซึ่งทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักหรือ main contractor ในระบบนี้) เพื่อส่งสัญญาณและใช้กลไกทางการเงินเป็นเครื่องผลักดันให้เกิดการปฏิรูป และให้จัดตั้งกองทุนฉุกเฉิน (หรือ contingency fund) ขึ้นมาช่วยแก้ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่านสำหรับสถานพยาบาลที่มีปัญหามากเป็นการชั่วคราว สถานพยาบาลและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนกลางบางส่วนเสนอให้กันเงินเดือนออกมา ก่อน (เหมือนกับวิธีการจัดสรรแบบ สปร. ซึ่งเป็นการกันเงินเดือนไว้ที่ระดับประเทศ หรืออย่างน้อยก็ใช้วิธีกันเงินเดือนระดับจังหวัดควบคู่ไปกับการใช้ contingency fund) ในที่สุดก็ได้มติซึ่งเป็นการประนีประนอมกัน กล่าวคือจะไม่มี การกันเงินเดือนระดับประเทศ ส่วนในระดับจังหวัดนั้น ให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเองว่าจะกันเงินเดือนไว้ที่ระดับใด แต่มีแนวทางที่เสนอไปอย่างไม่เป็นทางการจากผู้บริหารบางท่านว่า จังหวัดที่คาดว่าทุกสถานพยาบาลจะสามารถอยู่ได้ด้วยงบเหมาจ่ายรายหัวควรจัดสรรงบเหมาจ่ายทั้งหมด (รวมทั้งเงินเดือน) ไปที่แต่ละเครือข่ายของสถานพยาบาลโดยตรง ส่วนจังหวัดที่ในภาพรวมได้รับงบเพิ่มขึ้น แต่โรงพยาบาลใหญ่อาจมีปัญหานั้น ควรหาทางช่วยกัน ในจังหวัดก่อนที่จะเสนอขอ contingency fund จากส่วนกลาง ในขณะเดียวกัน war room มีมติที่ 01/10/15 เรื่องการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนการกระจายบุคลากรหรือแผนการช่วยเหลือระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด ให้ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ กำชับให้จังหวัดที่มีการดำเนินการหักเงินเดือนบุคลากรสถานพยาบาลที่ระดับจังหวัดจัดทำแผน และดำเนินการตามแผนการกระจายบุคลากรหรือแผนการช่วยเหลือระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด

ตารางที่ 31 สรุปวิธีการรวมหรือแยกเงินเดือนของจังหวัดต่างๆ ในปีงบประมาณ 2545 เป็นที่น่าสังเกตว่า จังหวัดที่คาดว่าจะมีปัญหางบไม่พอ (เช่น ได้รับงบน้อยลงกว่าเดิม) มักเลือกที่จะแยกเงินเดือนไปที่แต่ละเครือข่าย และให้สถานพยาบาลที่มีปัญหาขอ contingency fund เาเอง

ซึ่งสาเหตุหลักคงเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนต่างก็ไม่ยินยอมที่จะให้รวมเงินเดือนที่จังหวัด ส่วนจังหวัดที่ได้รับงบเพิ่มขึ้น แต่โรงพยาบาลใหญ่อาจมีปัญหานั้น มีแนวโน้มที่จะกันเงินเดือนเอามารวมไว้ที่ระดับจังหวัด เพราะถึงแม้ว่าจะมีการรวมเงินเดือนไว้ที่ระดับจังหวัดแล้ว โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็ยังได้รับงบประมาณมากกว่าเดิม ทำให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมักจะทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจให้มีการรวมเงินเดือนในระดับจังหวัด เนื่องจากต้องคำนึงถึงการอยู่รอดของโรงพยาบาลใหญ่ และต้องคำนึงถึงแรงกดดันจากส่วนกลางซึ่งมีงบ contingency fund อยู่จำกัดและพยายามผลักดันให้สถานพยาบาลช่วยเหลือกันเองในจังหวัดก่อนด้วย¹⁰¹

อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของผู้บริหารกลุ่มที่ต้องการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปการเงินการคลังโดยใช้โครงการ “30 บาท” นั้น ทั้งมาตรการรวมเงินเดือนและ contingency fund ต่างก็เป็นมาตรการแก้ปัญหาชั่วคราวในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยกำหนดไว้ว่าจะมี และ contingency fund เพียงสองปี (ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่มาจากสำนักงานงบประมาณด้วย) และในหลายจังหวัดที่มีการรวมเงินเดือนกันในขณะนี้ก็บรรลุข้อตกลงภายใต้ข้อตกลงหรือความเข้าใจว่าจะไม่มีการรวมเงินเดือนในปีต่อไป (หรืออย่างน้อยจะต้องมีการลดระดับการรวมเงินเดือนลงจาก 100% ไปเป็น 50% หรือในสัดส่วนอื่นในปีต่อไปและจะค่อยๆ ยกเลิกการรวมเงินเดือนลงในที่สุด)

จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขสองท่าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการ implement โครงการนี้ในช่วงเกือบหนึ่งปีที่ผ่านมา เมื่อปลายปี 2544 ผู้บริหารท่านหนึ่งได้แสดงความกังวลว่าระยะเวลาปรับตัวสองปี (ซึ่งถูกกำหนดมาจากภายนอก) ไม่น่าจะเพียงพอสำหรับการปรับตัวของสถานพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารอีกท่านหนึ่งได้เสนอความคิดเห็นว่า ถึงแม้โครงการ “30 บาท” จะก่อให้เกิดความสับสนอยู่บ้าง แต่สาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความแตกตื่น (panic) ขึ้นในระบบน่าจะเกิดมาจากการจัดสรรงบประมาณที่กำหนดให้รวมเงินเดือนเข้ากับงบเหมาจ่ายรายหัวด้วย ซึ่งปัญหานี้น่าจะลดลงไปถ้าหันกลับไปใช้วิธีการจัดสรรแบบที่เคยใช้ในโครงการ สปร. นอกจากนี้ ในระยะหลังเริ่มมีข้อเสนอให้ใช้ระบบ “พวงบริการ” อีกครั้งหนึ่ง โดยแต่ละพวงจะประกอบด้วยโรงพยาบาลใหญ่หนึ่งแห่งและโรงพยาบาลชุมชนอีกจำนวนหนึ่ง (ตัวอย่างเช่น วิธีที่ใช้ในจังหวัดสระบุรีในช่วงที่เริ่มเข้าโครงการนำร่อง และกำลังจะนำมาใช้ในปีงบประมาณใหม่นี้) ซึ่งวิธีนี้เป็นการ pool ทรัพยากรของโรงพยาบาลใหญ่กับโรงพยาบาลชุมชนเข้าด้วยกัน ทั้งเงินเดือนและบุคลากรในระดับที่แน่นอนกว่ามาตรการรวมเงินเดือนที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

¹⁰¹ อดีตผู้บริหาร สดส. ท่านหนึ่งตั้งข้อสังเกตด้วยว่าจังหวัดที่เลือกวิธีรวมเงินเดือนในระดับจังหวัดมักเป็นจังหวัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 31 วิธีการรวมหรือแยกเงินเดือนของจังหวัดต่างๆ ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2545

ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ภาคใต้
กลุ่มที่ 1 รวมเงินเดือนไว้ที่ระดับจังหวัด (37 จังหวัด)			
แม่ฮ่องสอน (23 พ.ย.)	เลย (12 พ.ย.)	ชัยนาท (3 พ.ย.)	ชุมพร (20 ต.ค.)
เชียงใหม่ (10 พ.ย.)	หนองคาย (2 พ.ย.)	สุพรรณ (17 พ.ย.)	ภูเก็ต (8 พ.ย.)
พะเยา (16 พ.ย.)	อุดรธานี (3 พ.ย.)	นนทบุรี (2 พ.ย.)	กระบี่ (1 พ.ย.)
เพชรบูรณ์ (10 พ.ย.)	กาฬสินธุ์ (21 พ.ย.)	ปทุมธานี (25 ต.ค.)	ตรัง (13 พ.ย.)
	นครพนม (23 พ.ย.)	สมุทรสงคราม	สตูล (23 พ.ย.)
	อุบลราชธานี (26 พ.ย.)	ปราจีนบุรี (25 ต.ค.)	สงขลา (27 พ.ย.)
	ร้อยเอ็ด (17 ต.ค.)	สระแก้ว (2 พ.ย.)	ปัตตานี (21 พ.ย.)
	ศรีสะเกษ (15 ต.ค.)	จันทบุรี (18 ต.ค.)	นราธิวาส (13 พ.ย.)
	สุรินทร์ (4 พ.ย.)	ตราด (20 พ.ย.)	
	มหาสารคาม (1 พ.ย.)	ระยอง (27 พ.ย.)	
	นครราชสีมา (คาดการณ์)	เพชรบุรี (21 ธ.ค.)	
	ชัยภูมิ (15 พ.ย.)	ประจวบคีรีขันธ์ (12 ต.ค.)	
	หนองบัวลำภู (2 พ.ย.)		
กลุ่มที่ 2 แยกเงินเดือนไว้ที่แต่ละเครือข่าย (33 จังหวัด)			
เชียงราย (26 พ.ย.)	สกลนคร (8 พ.ย.)	ลพบุรี (18)	ระนอง (16 ต.ค.)
ลำปาง (26 พ.ย.)	ขอนแก่น (24 ต.ค.)	สระบุรี (15 พ.ย.)	สุราษฎร์ธานี (22 พ.ย.)
ลำพูน (22 ต.ค.)	มุกดาหาร (1 พ.ย.)	อยุธยา (3 ธ.ค.)	พังงา (2 พ.ย.)
น่าน (27 พ.ย.)		อ่างทอง (23 พ.ย.)	นครศรีธรรมราช (13 พ.ย.)
แพร่ (3 ธ.ค.)		สิงห์บุรี (26 พ.ย.)	พัทลุง (28 พ.ย.)
อุดรดิตถ์ (4 ธ.ค.)		นครนายก	ยะลา (23 พ.ย.)
สุโขทัย (24 ต.ค.)		นครปฐม (14 ต.ค.)	
ตาก (4 ธ.ค.)		สมุทรสาคร	
กำแพงเพชร (17 ต.ค.)		สมุทรปราการ	
พิษณุโลก (11 ธ.ค.)		ฉะเชิงเทรา (23 ต.ค.)	
นครสวรรค์ (22 ต.ค.)		ชลบุรี (7 ธ.ค.)	
		กาญจนบุรี (30 ต.ค.)	
		ราชบุรี (3 ธ.ค.)	
กลุ่มที่ 3 ใช้สองวิธีผสมกัน (5 จังหวัด)			
อุทัยธานี (22 ต.ค.)	บุรีรัมย์ (22 ต.ค.)		
พิจิตร (27 พ.ย.)	ยโสธร (22 ต.ค.)		
	อำนาจเจริญ (23 ต.ค.)		

ที่มา: รวบรวมจากข้อมูลที่จังหวัดส่งมาให้ สคส. (ธันวาคม 2544)

หมายเหตุ: ข้อมูลในวงเล็บคือวันและเดือนที่จังหวัดข้อมูลให้ สคส. (ปี พ.ศ. 2544) (ข้อมูลบางรายการต่างกับในตารางที่ 32 ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำนักงานประกันสุขภาพรวบรวมได้เมื่อ 15 มิถุนายน 2545)

นอกจากการใช้วิธีรวมเงินเดือนที่ระดับจังหวัดแล้ว ในบางจังหวัดยังมีการแบ่งประชากรใน ความรับผิดชอบของบางอำเภอมาให้โรงพยาบาลใหญ่ด้วย เพื่อช่วยโรงพยาบาลใหญ่ได้งบประมาณ จ่ายรายหัวเพิ่มขึ้น (เช่นจังหวัดเชียงใหม่) ซึ่งกรณีเหล่านี้มักเกิดขึ้นได้โดยการตัดสินใจของผู้บริหารที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเช่นกัน

การที่ส่วนกลางได้ให้อำนาจจังหวัดในการจัดสรรงบประมาณ ทำให้บางจังหวัดใช้วิธีการจัดสรรงบ ที่ต่างออกไปจากที่ส่วนกลางกำหนด ตัวอย่างเช่น จังหวัดเชียงใหม่เลือกจัดสรรงบประมาณจ่ายราย หัว (หลังจากหักเงินเดือนไว้ที่จังหวัด) แบบ adjusted capitation โดยจัดสรรให้แต่ละอำเภอตาม ความกันดาร ตามอัตราดังต่อไปนี้

อัตราการจัดสรรงบต่อหัวในจังหวัดเชียงใหม่ (หลังจากหักเงินเดือนแล้ว)	
โซนเมืองและใกล้เมือง	จัดสรรให้ 478 บาทต่อบัตร
โซนกลาง	จัดสรรให้ 528 บาทต่อบัตร
โซนพื้นที่กันดาร	จัดสรรให้ 578 บาทต่อบัตร

นอกจากนี้ แต่ละจังหวัดยังมีการจัดสรรงบประมาณในรูปแบบต่างๆ ซึ่งมีทั้งรูปแบบที่ไม่ได้เหมือนกับรูปแบบหลักๆ ที่ส่วนกลางกำหนดให้ทั้งหมด ตัวอย่างเช่น จังหวัดเชียงใหม่ มีการจัดสรรเงินไว้ ที่กองกลางร้อยละ 10 สำหรับตามจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูงที่ไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของส่วน กลาง เป็นงบลงทุนที่ไม่เข้าเกณฑ์งบลงทุนของส่วนกลาง เป็นกองทุนชดเชยให้เครือข่ายบริการ แห่งที่ประสบปัญหาด้านการเงิน กันไว้เป็นเงินเดือนสำหรับผู้ไปศึกษาต่อ นอกจากจังหวัด เชียงใหม่แล้ว ก็มีอีกหลายจังหวัดที่กันงบเอาไว้ที่ส่วนกลางร้อยละ 10 (เช่นอุดรธานี) และมีบาง จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กันเงินประกันความเสี่ยงตามประชากรใน catchment (โดย กันเงินจากเครือข่ายโรงพยาบาลที่มีประชากรมากในสัดส่วนที่สูงกว่าเครือข่ายที่มีประชาน้อย) เพื่อเป็นหลักประกันการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

การจัดสรรงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ในการจัดสรรงบภายในจังหวัดนั้น นอกจากประเด็นเรื่องการรวมหรือแยกเงินเดือนแล้ว ก็ ยังมีประเด็นเรื่องการแยกหรือรวมงบผู้ป่วยในกับงบที่จัดสรรไปให้เครือข่ายอำเภอ ซึ่งทางส่วน กลางก็ได้ให้จังหวัดไปตกลงกันเอง โดยให้ model ไปสอง model คือ (1) การเหมาจ่ายงบทั้ง หมดไปที่เครือข่ายอำเภอ (inclusive capitation) และ (2) การแยกงบผู้ป่วยในออกจากงบผู้ป่วย นอกและงบส่งเสริมป้องกัน (OP-IP split) ซึ่งทั้งสอง model มีข้อดีข้อเสียที่ต่างกัน

**ตารางที่ 32 รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2545**

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงล่าสุด มิ.ย. 45	
			ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
รวมจำนวนจังหวัด			จ = 40 จังหวัด	Ex = 38 จังหวัด	จ = 36 จังหวัด	Ex = 29 จังหวัด
			คช = 30 จังหวัด	In = 31 จังหวัด	คช = 32 จังหวัด	In = 40 จังหวัด
			ผ = 5 จังหวัด	Mix = 6 จังหวัด	ผ = 7 จังหวัด	Mix = 6 จังหวัด
1	1	นนทบุรี	จ	Ex	จ	Ex
1	2	ปทุมธานี	จ	Ex	จ	Ex
1	3	พระนครศรีอยุธยา	คช	Ex	คช	Ex
1	4	อ่างทอง	คช	Ex	คช	Ex
1	5	สมุทรปราการ	จ	In	จ	In
2	6	สระบุรี	คช	Ex	คช	Ex
2	7	ลพบุรี	คช	In	คช	In
2	8	นครนายก	คช	Mix	คช	In
2	9	สิงห์บุรี	คช	Mix	จ	In
2	10	ชัยนาท	คช	In	คช	In
2	11	สุพรรณบุรี	จ	Ex	จ	In
3	12	ชลบุรี	คช	In	คช	In
3	13	ระยอง	คช	Ex	จ	Ex
3	14	จันทบุรี	จ	Ex	คช	Ex
3	15	ตราด	จ	Ex	คช	Ex
3	16	ฉะเชิงเทรา	คช	Ex	จ	Ex
3	17	ปราจีนบุรี	จ	Ex	จ	In
3	18	สระแก้ว	จ	Ex	จ	Ex
4	19	ราชบุรี	คช	In	คช	In
4	20	นครปฐม	คช	Ex	คช	Ex
4	21	กาญจนบุรี	คช	Ex	คช	Ex

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงล่าสุด มิ.ย. 45	
			ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
4	22	เพชรบุรี	จ	In	คข	Ex
4	23	ประจวบคีรีขันธ์	จ	In	จ	Mix
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

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงล่าสุด มิ.ย. 45	
			ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
8	48	กำแพงเพชร	คช	ln	คช	ln
8	49	ตาก	คช	ln	คช	ln
9	50	พิษณุโลก	จ	ln	จ	ln
9	51	แพร่	คช	ln	คช	ln
9	52	เพชรบูรณ์	จ	ln	จ	ln
9	53	น่าน	จ	Ex	คช	Ex
9	54	อุตรดิตถ์	คช	Mix	จ	ln
9	55	พิจิตร	ผ (จ=50:คช=50)	Mix (จ=50:คช=50)	ผ	Mix
10	56	เชียงใหม่	จ	ln	จ	ln
10	57	เชียงราย	คช	ln	คช	ln
10	58	พะเยา	จ	ln	คช	ln
10	59	ลำปาง	คช	ln	คช	ln
10	60	ลำพูน	คช	ln	คช	ln
10	61	แม่ฮ่องสอน	จ	ln	จ	ln
11	62	สุราษฎร์ธานี	คช	Ex	คช	Ex
11	63	นครศรีธรรมราช	จ	Ex	จ	ln
11	64	กระบี่	จ	ln	จ	ln
11	65	ชุมพร	จ	Ex	จ	Ex
11	66	พังงา	คช	Ex	จ	Ex
11	67	ภูเก็ต	จ	Ex	จ	Ex
11	68	ระนอง	คช	Ex	คช	ln
12	69	สงขลา	จ	Ex	คช	ln
12	70	พัทลุง	คช	ln	คช	ln
12	71	ตรัง	จ	ln	คช	ln
12	72	ยะลา	คช	ln	คช	ln
12	73	ปัตตานี	จ	Ex	จ	Ex

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงล่าสุด มิ.ย. 45	
			ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงิน เดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
12	74	นราธิวาส	ผ (จ=20:คช=80)	ln	จ	ln
12	75	สตูล	จ	ln	จ	ln

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ (ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2545) ได้จากเอกสารสรุปผลการนิเทศงานรอบที่ 1/2545
 สนง.ประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

หมายเหตุ:1. ระดับการตัดเงินเดือน

จ. = หักเงินเดือนทั้งหมดรวมไว้ที่จังหวัด,

คช. = หักเงินเดือนทั้งหมดไว้ที่เครือข่ายสถานพยาบาล

ผ = หักเงินเดือนไว้ที่จังหวัดส่วนหนึ่ง และเครือข่ายสถานพยาบาลส่วนหนึ่ง

2. รูปแบบการจัดสรรเงินงบประมาณจ่ายรายหัว (Capitation)

ln = จัดสรรโดยไม่แยงงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมป้องกันออกจากงบผู้ป่วยใน,

Ex = จัดสรรโดยแยงงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมป้องกันออกจากงบผู้ป่วยใน (OP&PP-IP split)

Mix = จัดสรรโดยใช้ ln และ Ex ผสมกัน

3. จังหวัดสิงห์บุรี (เมื่อเริ่มโครงการ) โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง เป็นแบบ Inclusive โรงพยาบาลชุมชน

4 แห่ง แยก OP&PP-IP

ตารางที่ 32 สรุปวิธีจัดสรรงบภายในจังหวัด (ข้อมูลจากสำนักประกันสุขภาพ) จากตารางที่ 32 จะเห็นได้ว่าในช่วงที่เริ่มโครงการนั้น มี 38 จังหวัดที่ใช้วิธีแยงงบผู้ป่วยนอกมารวมกันเป็นงบกลางสำหรับผู้ป่วยในทั้งจังหวัด (OP-IP split) ขณะที่ มี 31 จังหวัดที่เลือกวิธีจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) โดยไม่มีการแยงงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยใน และจังหวัดที่เหลือใช้วิธีผสมผสานหรือวิธีอื่น แต่หลังจากที่ดำเนินการมาได้ 9 เดือน และมีที่ท่าว่าทั้ง war room และคณะอนุกรรมการการเงินการคลังฯ กำลังจะเสนอให้ใช้วิธีแรกในปีงบประมาณหน้า (2546) นั้น จำนวนจังหวัดกลุ่มแรก (OP-IP split) ลดลงเหลือ 29 จังหวัด ในขณะที่จังหวัดในกลุ่มที่สอง (inclusive capitation) เพิ่มขึ้นเป็น 40 จังหวัด

โดยหลักการแล้ว การแยงงบผู้ป่วยนอกออกมาเป็นกองต่างหากจะช่วยเป็นกองทุนประกันความเสี่ยงของทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลใหญ่ เนื่องจากถ้าพิจารณาจากมุมของโรงพยาบาลชุมชนเองนั้น โรงพยาบาลชุมชนจะไม่มีภาระต้องตามจ่ายในกรณีผู้ป่วยใน และโรงพยาบาลชุมชนจะได้ส่วนแบ่งจากงบนี้มากขึ้นกับปริมาณผู้ป่วยในและความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนนั้นๆ รับเข้ามารักษา สำหรับโรงพยาบาลใหญ่นั้น ก็ไม่มีปัญหาการเรียกเก็บเงินจากแต่ละโรงพยาบาลชุมชน เพราะสามารถเรียกเก็บจากกองทุนจังหวัด

โดยตรงตามสัดส่วนของผู้ป่วยในและความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลนั้นๆ รับเข้ามา รักษา ในด้านผู้ป่วยนั้น การแยกกองผู้ป่วยในออกมาเป็นกองกลางจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยในมากขึ้น จึงน่าจะช่วยลดปัญหา delayed treatment หรือพฤติกรรมการกักผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่เป็น main contractor ลงได้ ดังนั้น ในทางทฤษฎีนั้น รูปแบบการแยกกองผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกันน่าจะเป็นรูปแบบที่ดีสำหรับโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มและตัวคนไข้เอง

ในภาคปฏิบัตินั้น ในช่วงแรกจังหวัดส่วนใหญ่เลือกจัดสรรงบโดยวิธีแรกนี้ แต่ก็ยังมีจังหวัดจำนวนมากที่เลือก (หรือหันมาเลือก) วิธี inclusive capitation สาเหตุที่ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากยังลังเลที่จะเลือกวิธีแยกกองผู้ป่วยในออกมาเป็นกองกลางอย่างน้อยสองประการคือ

- การที่สัดส่วนของผู้ป่วยในถูกกำหนดไว้ค่อนข้างต่ำ (ดูตอนที่ 3) ทำให้โรงพยาบาลใหญ่จำนวนมากมีความรู้สึกว่าจะสูญเสียเปรียบจากการแยกกองนี้ออกมา (ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่โรงพยาบาลในจังหวัดรับผู้ป่วยในเข้ามาเป็นจำนวนมาก เมื่อคิดค่าตอบแทนออกมาแล้ว โรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยในอาจจะได้ค่าตอบแทนต่ำกว่าอัตราที่กำหนดเอาไว้ กล่าวคือได้ไม่ถึง 4,000 หรือ 10,000 บาทต่อ DRG) โรงพยาบาลเหล่านี้จึงหันมาเลือกข้างที่จะเสี่ยงโดยเรียกเก็บเป็นกรณีๆ ไป
- ระบบ DRG ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่เป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลใหญ่ และยังมีปัญหาความหวาดระแวงที่โรงพยาบาลอื่นอาจใช้วิธีรายงานค่า DRG ที่สูงกว่าความเป็นจริงด้วย (ซึ่งความระแวงประการนี้ก็ได้ไม่ได้ไม่มีเหตุผลไปเสียทีเดียว โดยในหลายจังหวัดมีปัญหานี้มาตั้งแต่ยุค สปร.)

ค.2 การปรับตัวในด้านการให้บริการ

กลไกการจ่ายเงินกับการรับผู้ป่วยในและการส่งต่อผู้ป่วย

ข้อคาดการณ์ประการหนึ่งของการเลือกใช้กลไกการจ่ายเงินที่ต่างกันคือสถานพยาบาลอาจมีแรงจูงใจที่ต่างกันในการรับคนไข้เข้าเป็นผู้ป่วยในและในการส่งต่อผู้ป่วย การศึกษานี้ได้ใช้ข้อมูลการรับผู้ป่วยในในช่วงสามถึงหกเดือนแรกของโครงการเต็มรูปแบบใน 75 จังหวัดจากรายงาน 0110 รง. 5 ที่สถานพยาบาลและจังหวัดรายงานมาที่ สคส. มาประกอบกับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ ได้จากข้อมูล 10 ตาราง ที่จังหวัดส่งให้ สคส. ณ ธันวาคม 2544) มาคำนวณอัตราการรักษาผู้ป่วยในของผู้มีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันสี่กลุ่มได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม บัตรทอง 30 บาท (รวมบัตรสุขภาพ) และบัตรทองหมวด ท. (สปร. เดิม) การคำนวณในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นอัตราที่คิดเฉพาะการรับผู้มีสิทธิในเขตพื้นที่ของสถานพยาบาลเองและอัตราที่รวมผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่อื่นด้วย (รวมทั้งผู้ป่วยที่มาจากจังหวัดอื่นด้วย) ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการ

รักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลแล้วย้ายหรือถูกส่งต่อไปเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลแห่งใหม่ จำนวนครั้งของการรับผู้ป่วยในก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ตารางที่ 33 เป็นข้อมูลการรับผู้ป่วยในของแต่ละจังหวัดในช่วงหกเดือนแรกและปรับเป็นอัตราต่อปีโดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์ธรรมดา และได้คำนวณอัตราการรับผู้ป่วยในเฉลี่ยของจังหวัดที่มีกลไกการจ่ายเงินที่ต่างกันเอาไว้ด้วย (โดยอิงกลไกการจ่ายเงินในปัจจุบัน) อย่างไรก็ตาม การที่มีอย่างน้อย 9 จังหวัดที่มีการเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินในช่วง 9 เดือนที่ผ่านมา ทำให้การเปรียบเทียบโดยใช้กลไกการจ่ายเงิน ณ ปัจจุบันอาจให้ผลที่ผิดเพี้ยนไปได้ (เพราะข้อมูล 4-5 เดือนแรกของจังหวัดที่ใช้วิธี inclusive ในปัจจุบัน อาจเกิดขึ้นในขณะที่จังหวัดนั้นอาจจะใช้วิธี OP-IP split ก็เป็นไปได้¹⁰²) ดังนั้น ในตารางที่ 34 จึงได้สรุปอัตราการรับผู้ป่วยในที่ปรับเป็นต่อปีจากข้อมูลการดำเนินการในช่วงสามเดือนแรก (ตามกลไกการจ่ายเงินในขณะนั้น) ควบคู่กับอัตราการรับผู้ป่วยในที่ปรับเป็นต่อปีจากข้อมูลการดำเนินการในช่วงหกเดือน (ตามกลไกการจ่ายเงินในปัจจุบัน) เพื่อเปรียบเทียบกันด้วย

¹⁰² ปัญหาคือในกรณีเหล่านี้โดยส่วนใหญ่ ผู้วิจัย (และหน่วยงานที่ให้ข้อมูล) ไม่ทราบแน่ชัดว่าจังหวัดเหล่านี้เปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินตั้งแต่เมื่อใด แต่เข้าใจว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังเดือนธันวาคม 2544

ตารางที่ 33 อัตราการรับผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ จำแนกตามกลไกการจ่ายเงินในจังหวัด (ข้อมูลเดือนตุลาคม 2544 ถึงมีนาคม 2545 ปรับเป็นอัตราต่อปี)

(ร้อยละของประชากรผู้มีสิทธิในพื้นที่)

จังหวัด	รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 บัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทองและ บัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
		(1)		(2)		(3)		(4)		(5)=(3)+(4)		(6)	
		ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
รวมทั้งประเทศ		18.7	19.4	5.5	6.3	5.2	6.9	8.4	10.3	6.9	8.7	9.1	10.9
รวม จว. Exclusive		20.8	20.8	5.5	6.2	5.3	7.0	8.3	10.3	6.9	8.7	9.2	10.9
รวม จว. Inclusive		16.9	18.1	5.7	6.7	5.1	6.7	8.2	10.1	6.8	8.5	9.2	10.9
รวม จว. mixed		26.3	26.3	3.8	4.7	5.2	7.9	10.0	11.7	7.5	9.6	8.5	10.5
อ่างทอง	Ex	65.7	65.7	9.0	9.7	9.4	12.7	17.2	23.2	14.2	19.1	21.6	25.7
ภูเก็ต	Ex	15.2	15.2	8.4	8.6	13.9	18.2	12.4	15.7	13.1	16.9	15.9	18.2
พังงา	Ex	20.8	20.8	13.5	15.3	10.0	14.1	10.3	14.2	10.2	14.2	12.8	16.0
ชุมพร	Ex	22.9	22.9	4.7	5.2	8.6	11.1	11.2	14.2	9.9	12.7	10.9	13.0
สุราษฎร์ธานี	Ex	14.7	14.7	5.3	5.8	6.2	8.4	12.1	16.2	8.7	11.8	10.9	13.2
สระบุรี	Ex	36.6	36.6	9.2	10.1	9.6	13.2	7.9	10.4	8.7	11.7	14.2	16.6
สมุทรสงคราม	Ex	7.5	7.5	6.1	6.3	5.7	6.1	21.6	22.7	10.8	11.4	11.4	11.8
กาญจนบุรี	Ex	66.6	66.6	5.4	7.0	5.7	8.7	9.4	13.6	7.6	11.2	10.7	13.9
น่าน	Ex	23.0	23.0	11.8	13.4	5.5	7.4	9.5	12.3	7.9	10.3	9.8	12.1
ระยอง	Ex	6.1	6.1	9.4	10.5	6.0	8.2	10.8	14.0	7.7	10.2	9.6	11.3
ตราด	Ex	20.9	20.9	9.4	10.2	6.5	7.3	12.9	13.8	9.3	10.2	12.3	13.1
เพชรบุรี	Ex	30.7	30.7	2.9	3.3	6.0	7.6	9.3	11.5	7.4	9.3	10.3	11.7
มุกดาหาร	Ex	19.5	19.5	12.6	14.4	6.5	8.3	8.1	9.8	7.5	9.3	8.8	10.4
อยุธยา	Ex	17.0	17.0	3.3	3.9	4.2	6.7	7.3	11.2	5.9	9.1	8.6	11.1
สระแก้ว	Ex	31.4	32.8	5.4	6.1	4.0	5.9	9.5	12.8	6.5	9.0	8.7	11.0
ฉะเชิงเทรา	Ex	36.6	36.6	6.1	7.7	4.6	6.5	8.4	10.7	6.6	8.7	9.8	11.8
นครราชสีมา	Ex	19.6	19.9	5.0	6.8	4.6	6.3	8.8	11.2	6.5	8.5	9.2	11.1
ยโสธร	Ex	23.7	23.7	9.1	9.3	5.7	6.1	9.7	10.2	8.1	8.5	9.5	9.9
จันทบุรี	Ex	18.7	18.9	8.6	9.1	4.0	5.9	9.8	13.5	5.9	8.4	8.5	12.1
ศรีสะเกษ	Ex	28.3	28.3	1.5	1.7	6.4	6.9	8.5	9.1	7.7	8.3	8.1	8.7
ร้อยเอ็ด	Ex	22.6	22.6	1.5	2.4	5.0	7.8	5.1	8.2	5.0	8.0	6.0	8.8
ปัตตานี	Ex	19.8	19.8	11.1	11.9	5.4	6.8	7.1	8.4	6.4	7.7	8.3	9.6
อุดรธานี	Ex	82.1	82.1	4.8	4.9	5.3	5.4	8.9	9.1	7.3	7.5	10.5	10.7
นครปฐม	Ex	21.4	21.4	6.7	7.1	5.0	6.0	8.0	9.4	6.2	7.4	11.0	12.0

จังหวัด	รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 บัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทองและ บัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
		(1)		(2)		(3)		(4)		(5)=(3)+(4)		(6)	
		ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
อุบลราชธานี	Ex	4.4	4.4	5.3	5.7	4.5	6.7	5.9	8.0	5.2	7.4	5.1	6.9
กาฬสินธุ์	Ex	14.4	14.6	5.1	6.0	4.2	4.7	7.2	8.4	5.9	6.8	7.8	8.6
อำนาจเจริญ	Ex	31.5	31.5	27.2	42.0	6.2	9.9	4.0	5.4	4.6	6.7	6.1	8.2
ปทุมธานี	Ex	30.5	30.5	3.5	3.6	4.5	5.3	7.8	9.1	5.7	6.7	10.2	11.2
นนทบุรี	Ex	10.8	10.8	2.4	2.6	2.5	3.5	3.9	5.1	3.0	4.1	7.6	8.4
แพร่	In	19.7	20.0	2.1	2.2	6.7	8.4	17.8	21.9	12.2	15.0	9.7	11.3
พัทลุง	In	18.2	18.2	6.3	7.0	10.4	13.1	13.7	16.0	12.3	14.8	12.0	13.9
สตูล	In	36.4	36.4	14.5	20.9	8.6	12.1	11.3	14.2	9.9	13.1	13.3	17.0
อุทัยธานี	In	38.3	38.3	11.1	16.9	7.7	10.0	13.3	16.0	10.6	13.1	14.5	16.9
ตรัง	In	32.3	32.6	8.2	8.7	7.5	9.4	11.5	13.6	9.5	11.5	12.4	14.3
ลำพูน	In	12.1	12.1	11.3	11.5	5.7	6.7	13.1	15.3	9.8	11.5	11.6	12.9
สุรินทร์	In	15.4	15.9	10.2	11.6	5.3	7.3	11.0	14.6	8.3	11.1	11.4	14.0
นครพนม	In	16.3	16.3	2.3	2.8	7.1	10.0	9.4	11.6	8.6	11.1	8.2	9.9
เชียงใหม่	In	7.2	21.4	5.0	10.4	4.6	8.9	9.4	12.6	7.3	11.0	8.9	15.4
อุดรดิตถ์	In	17.9	17.9	8.3	10.4	8.1	8.6	11.1	11.6	9.9	10.4	10.4	11.2
สิงห์บุรี	In	31.2	31.2	6.0	7.1	6.2	7.9	9.3	11.9	8.1	10.3	11.4	13.1
ราชบุรี	In	35.8	35.8	15.9	17.9	22.5	26.7	5.7	6.5	8.8	10.2	16.9	18.2
กระบี่	In	3.8	3.8	5.1	5.5	5.4	8.7	7.7	11.0	6.8	10.0	7.2	9.6
ยะลา	In	31.7	31.8	13.0	13.6	7.2	9.3	8.2	10.0	7.8	9.7	13.7	15.4
นราธิวาส	In	114.5	114.5	5.4	6.6	6.6	7.5	10.0	11.1	8.5	9.5	11.3	12.3
บุรีรัมย์	In	24.6	25.1	6.4	8.1	5.8	7.8	7.6	10.2	6.9	9.3	8.6	10.9
ระนอง	In	30.7	30.7	16.5	17.4	5.5	6.4	10.8	12.2	7.9	9.0	12.6	13.7
สุโขทัย	In	16.8	16.8	1.8	2.4	4.5	6.0	9.7	12.2	6.9	8.9	8.2	10.0
พิษณุโลก	In	26.8	26.8	1.2	1.5	4.3	6.3	8.5	11.5	6.3	8.7	9.4	11.6
ลพบุรี	In	18.3	18.3	7.7	8.2	4.5	5.3	11.4	12.9	7.5	8.5	10.8	11.9
แม่ฮ่องสอน	In	10.2	10.2	6.6	7.7	4.3	5.7	7.8	9.2	7.0	8.4	9.6	10.9
สุพรรณบุรี	In	31.1	31.1	12.1	12.7	5.7	6.6	8.6	9.8	7.3	8.4	11.9	13.0
นครสวรรค์	In	15.6	15.6	8.1	9.7	3.4	5.0	9.0	13.2	5.7	8.2	8.0	10.4
ลำปาง	In	14.5	14.5	3.4	3.8	3.8	5.0	7.9	11.2	6.0	8.2	8.1	10.1
ตาก	In	10.1	10.1	3.0	3.8	5.9	7.6	7.3	8.7	6.6	8.2	8.9	10.7
ชัยนาท	In	14.7	14.7	1.8	3.3	4.3	6.6	6.8	9.3	5.6	7.9	6.9	8.8
นครศรีธรรมราช	In	9.2	9.4	3.7	4.4	5.6	6.1	8.9	9.6	7.3	7.8	8.1	8.7

จังหวัด	รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 บัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทองและ บัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)	(6)						
		ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
มหาสารคาม	In	18.8	21.5	6.5	7.3	5.0	5.9	7.4	8.7	6.6	7.8	7.5	8.8
นครนายก	In	28.1	28.2	7.6	10.0	3.2	4.2	10.3	12.6	6.2	7.7	11.7	13.5
ชลบุรี	In	7.3	7.3	4.7	5.9	4.1	5.0	10.4	12.4	6.3	7.6	9.8	10.9
กำแพงเพชร	In	23.4	23.4	1.2	1.4	4.0	5.0	8.4	10.2	6.1	7.5	7.8	9.0
สมุทรสาคร	In	18.4	18.5	18.0	18.3	5.2	5.4	10.7	10.9	7.1	7.3	17.5	17.9
สกลนคร	In	18.5	18.7	2.0	3.1	4.5	6.3	6.6	8.1	5.7	7.3	6.6	8.1
ปราจีนบุรี	In	22.2	22.2	14.4	15.9	4.3	5.6	6.8	8.2	5.8	7.2	10.1	11.2
เชียงราย	In	19.6	19.6	7.2	7.6	4.7	8.4	5.3	6.2	5.0	7.1	7.5	9.3
ชัยภูมิ	In	12.0	12.0	2.8	3.4	4.0	5.3	6.1	7.3	5.5	6.7	6.6	7.6
สงขลา	In	11.6	11.6	4.8	5.2	4.0	5.3	6.2	8.1	5.0	6.6	8.3	9.7
เพชรบูรณ์	In	27.4	27.4	6.6	7.0	4.2	5.4	5.7	6.7	5.0	6.1	6.6	7.6
พะเยา	In	23.3	23.3	1.1	1.3	5.1	5.7	4.4	6.3	4.7	6.1	5.9	7.2
สมุทรปราการ	In	14.5	14.5	3.9	4.0	2.1	2.6	2.8	3.2	2.4	2.9	6.1	6.5
พิจิตร	Mix	22.2	22.2	8.1	10.8	6.9	9.5	11.3	14.7	9.5	12.6	7.2	9.0
ประจวบคีรีขันธ์	Mix	74.5	74.5	8.5	9.0	6.4	8.0	10.6	12.9	8.3	10.2	13.4	15.1
ขอนแก่น	Mix	27.0	27.0	3.3	4.9	4.8	9.3	9.5	10.3	6.7	9.7	8.2	11.4
เลย	Mix	21.5	21.5	7.6	8.3	6.5	7.3	10.7	11.8	8.6	9.5	9.1	9.9
หนองคาย	Mix	19.6	19.6	2.1	2.4	4.9	6.2	10.4	12.6	7.7	9.5	8.5	10.0
หนองบัวลำภู	Mix	36.8	36.8	0.7	0.7	4.3	5.0	8.4	9.8	6.1	7.1	6.8	7.8

ที่มา: สดส. (ข้อมูลการรับผู้ป่วยในได้จากรายงาน 0110 รง. 5 ที่รวบรวมโดย สดส. ณ 20 มิถุนายน 2545 ข้อมูล

จำนวนผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ ได้จากข้อมูล 10 ตาราง ที่จังหวัดส่งให้ สดส. ณ ธันวาคม 2544)

หมายเหตุ: - รวมเฉพาะสถานพยาบาลที่มีข้อมูลการรับผู้ป่วยในและข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ

- ค่าเฉลี่ยของจังหวัดแต่ละกลุ่มและของทั้งประเทศเป็นค่าเฉลี่ยโดยถ่วงน้ำหนัก

- เรียงจังหวัดในแต่ละกลุ่มตามอัตราการรับผู้ป่วยในกลุ่มบัตรทองและบัตรสุขภาพ

- จังหวัดนครสวรรค์ไม่มีข้อมูลจำนวนข้าราชการใน 10 ตาราง จึงใช้ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพ (ข้อมูลเดือนเมษายน 2545)

- ข้อมูลจังหวัดสุรินทร์ไม่ได้แยกยอดผู้ถือบัตรทอง 30 บาทบวกบัตรสุขภาพ และจำนวนผู้มีสิทธิ สปร.เดิม ออกจากกัน ในการวิเคราะห์นี้จึงประมาณการยอดประชากร สปร. เดิมจากข้อมูลเดือน เมย. 43 (610,081 บัตร) บวกเพิ่มอีกร้อยละ 2 เพื่อปรับเป็นข้อมูลปลายปี 2544 และปรับลดลงตามส่วนเนื่องจากไม่มีข้อมูล การรับผู้ป่วยในของ รพช. ศรีษะภูมิ

- การคำนวณอัตราส่วนรายปีประมาณจากฐานข้อมูลใน 6 เดือน ช่วงตุลาคม 2544 - มีนาคม 2545 โดยไม่ได้มีการ ปรับอัตราการเจ็บป่วยตามฤดูกาล

ตารางที่ 34 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ปรับเป็นต่อปี) และดัชนีการรับผู้ป่วยในจำแนกตามสิทธิและกลไกการจ่ายเงิน

ก. ข้อมูลจากการดำเนินงานในสามเดือนแรก (ตุลาคม-ธันวาคม 44)

รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทอง และบัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
อัตราการรับผู้ป่วยในต่อปี (ปรับจากข้อมูล 3 เดือน)												
รวมทั้งประเทศ	17.6	17.7	4.8	5.5	5.1	6.7	8.1	9.8	6.7	8.3	8.6	10.2
รวม จว. Exclusive	16.8	16.9	4.6	5.3	5.2	6.9	8.3	10.0	6.8	8.5	8.4	10.0
รวม จว. Inclusive	17.8	17.9	5.0	5.7	5.0	6.5	7.8	9.6	6.5	8.1	8.7	10.3
สัดส่วน Exc/Inc	94	94	91	93	104	107	107	104	106	105	96	97
ดัชนีการรับผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ยของประเทศ = 100)												
รวมทั้งประเทศ	173	174	47	54	50	66	79	96	65	82	85	100
รวม จว. Exclusive	165	166	45	52	51	68	82	98	67	84	83	98
รวม จว. Inclusive	175	176	49	56	49	64	76	94	64	80	86	101
ดัชนีการรับผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ยของจังหวัดแต่ละกลุ่ม=100)												
- จว. Exclusive	168	169	46	53	52	70	84	100	69	85	85	100
- จว. Inclusive	173	174	49	55	49	63	76	93	63	79	85	100

ข. ข้อมูลการดำเนินงานในช่วงหกเดือนแรก (ตุลาคม 44 – มีนาคม 45)

อัตราการรับผู้ป่วยในต่อปี (ปรับจากข้อมูล 6 เดือน)												
รวมทั้งประเทศ	18.7	19.4	5.5	6.3	5.2	6.9	8.4	10.3	6.9	8.7	9.1	10.9
รวม จว. Exclusive	20.8	20.8	5.5	6.2	5.3	7.0	8.3	10.3	6.9	8.7	9.2	10.9
รวม จว. Inclusive	16.9	18.1	5.7	6.7	5.1	6.7	8.2	10.1	6.8	8.5	9.2	10.9
สัดส่วน Exc/Inc	123	115	95	93	104	105	101	103	101	102	100	100
ดัชนีการรับผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ยของประเทศ = 100)												
รวมทั้งประเทศ	172	179	50	58	48	64	77	95	63	80	84	100
รวม จว. Exclusive	191	191	50	57	49	64	76	95	63	80	85	100
รวม จว. Inclusive	156	166	53	61	47	61	75	93	62	78	85	100
ดัชนีการรับผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ยของจังหวัดแต่ละกลุ่ม=100)												
- จว. Exclusive	191	191	50	57	49	64	76	95	63	80	85	100
- จว. Inclusive	155	166	52	61	47	61	75	92	62	78	84	100

ที่มา: เหมือนตารางที่ 34

ตารางที่ 35 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ปรับเป็นต่อปี) และดัชนีการรับผู้ป่วยในจำแนกตาม
สิทธิ์และกลไกการจ่ายเงิน เป็นรายภาค (ผลการดำเนินในช่วงสามเดือนแรก)

รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทอง และบัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
อัตราการรับผู้ป่วยในต่อปี (ปรับจากข้อมูล 3 เดือน)												
รวมทั้งประเทศ	17.6	17.7	4.8	5.5	5.1	6.7	8.1	9.8	6.7	8.3	8.6	10.2
รวม จว. Exclusive	16.8	16.9	4.6	5.3	5.2	6.9	8.3	10.0	6.8	8.5	8.4	10.0
รวม จว. Inclusive	17.8	17.9	5.0	5.7	5.0	6.5	7.8	9.6	6.5	8.1	8.7	10.3
สัดส่วน Exc/Inc	94	94	91	93	104	107	107	104	106	105	96	97
รวมภาคเหนือ	18.9	19.0	3.2	3.7	4.8	6.4	8.2	10.2	6.6	8.4	8.4	10.0
รวม จว. Exclusive	21.8	22.2	1.9	2.6	5.2	7.4	10.0	13.1	7.7	10.4	8.4	10.6
รวม จว. Inclusive	18.5	18.6	3.5	3.9	4.7	6.3	8.0	9.9	6.5	8.2	8.3	10.0
สัดส่วน Exc/Inc	118	119	56	65	110	118	126	132	119	126	101	106
รวมภาค ตอ./ น.	16.7	16.8	3.2	3.8	5.1	6.8	7.8	9.3	6.6	8.2	7.5	9.0
รวม จว. Exclusive	17.4	17.5	3.1	3.7	5.2	7.0	8.1	9.3	6.8	8.3	7.5	8.9
รวม จว. Inclusive	15.2	15.3	3.9	4.5	4.8	6.2	7.3	9.4	6.3	8.1	7.5	9.2
สัดส่วน Exc/Inc	114	114	79	82	109	113	110	99	108	102	100	98
รวมภาคกลาง	20.1	20.2	6.2	7.0	5.0	6.4	8.0	9.8	6.4	8.0	10.3	11.8
รวม จว. Exclusive	18.8	18.8	5.9	6.8	4.7	6.2	8.9	11.1	6.7	8.5	9.9	11.6
รวม จว. Inclusive	19.6	19.7	6.4	7.2	5.2	6.5	7.1	8.6	6.1	7.5	10.4	11.8
สัดส่วน Exc/Inc	96	95	92	94	90	95	125	124	110	113	95	98
รวมภาคใต้	15.5	15.6	6.4	7.1	6.4	8.1	9.0	10.8	7.7	9.5	10.0	11.5
รวม จว. Exclusive	14.9	15.0	6.5	7.0	6.2	8.1	8.8	11.0	7.5	9.6	10.2	11.9
รวม จว. Inclusive	16.4	16.4	6.3	7.1	6.7	8.1	9.3	10.6	8.1	9.4	9.7	10.9
สัดส่วน Exc/Inc	91	92	102	99	93	100	94	104	93	102	105	109

ตารางที่ 35 (ต่อ)

รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทอง และบัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
ดัชนีการรับผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ยของประเทศ = 100)												
รวมทั่วประเทศ	173	174	47	54	50	66	79	96	65	82	85	100
รวม จว.Exclusive	165	166	45	52	51	68	82	98	67	84	83	98
รวม จว.Inclusive	175	176	49	56	49	64	76	94	64	80	86	101
รวมภาคเหนือ	185	187	32	36	47	63	80	101	65	83	82	99
รวม จว.Exclusive	214	218	19	25	51	73	98	129	76	102	83	104
รวม จว.Inclusive	182	183	34	38	46	62	78	98	63	81	82	98
รวมภาค ตอ./น.	164	165	32	38	50	67	77	92	65	81	74	89
รวม จว.Exclusive	171	172	30	36	51	69	79	91	67	81	74	88
รวม จว.Inclusive	150	150	38	44	47	61	72	92	62	79	74	90
รวมภาคกลาง	197	198	61	69	49	63	79	97	63	79	101	116
รวม จว.Exclusive	184	185	58	67	47	61	87	109	66	84	98	114
รวม จว.Inclusive	193	194	63	71	51	64	70	84	60	74	102	115
รวมภาคใต้	152	153	63	69	63	79	89	106	76	93	98	113
รวม จว.Exclusive	147	148	64	69	61	79	86	108	74	94	100	117
รวม จว.Inclusive	161	161	62	70	66	79	92	104	79	92	95	107
ดัชนีการรับผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ยของจังหวัดแต่ละกลุ่ม=100)												
ทั่วประเทศ - จว. Exclusive	168	169	46	53	52	70	84	100	69	85	85	100
จว Inclusive	173	174	49	55	49	63	76	93	63	79	85	100
ภาคเหนือ - จว. Exclusive	206	210	18	24	49	70	95	124	73	98	80	100
จว Inclusive	185	187	35	39	47	63	80	100	65	83	84	100
ภาค ตอ./น. - จว. Exclusive	194	195	34	41	58	78	90	104	76	92	84	100
จว Inclusive	166	167	42	49	52	68	80	102	68	88	82	100
ภาคกลาง - จว. Exclusive	162	163	51	59	41	54	77	96	58	74	86	100
จว Inclusive	167	168	55	61	44	55	61	73	52	64	88	100
ภาคใต้ - จว. Exclusive	125	127	54	59	52	68	74	93	63	81	86	100
จว Inclusive	151	151	58	65	61	74	86	97	74	86	89	100

ตารางที่ 35 (ต่อ)

รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทองและบัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
จำนวนผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ												
รวมทั้งประเทศ	3,334,722		2,746,635		19,879,495		21,860,823		41,740,318		49,458,228	
รวม จว. Exclusive	1,570,228		1,380,898		10,052,922		10,933,870		20,986,792		24,845,819	
รวม จว. Inclusive	1,685,366		1,289,528		9,459,520		10,618,718		20,078,238		23,725,991	
รวมภาคเหนือ	760,467		468,948		4,370,708		4,958,620		9,329,328		11,078,749	
รวม จว. Exclusive	85,569		72,630		427,567		459,336		886,903		1,262,081	
รวม จว. Inclusive	674,898		396,318		3,943,141		4,499,284		8,442,425		9,816,668	
รวมตะวันออกเฉียงเหนือ	872,274		587,153		7,154,162		8,940,715		16,094,877		18,052,606	
รวม จว. Exclusive	582,669		478,709		5,320,512		6,369,921		11,690,433		13,056,359	
รวม จว. Inclusive	289,605		108,444		1,833,650		2,570,794		4,404,444		4,996,247	
รวมภาคกลาง	1,001,923		1,308,140		5,327,702		4,754,802		10,082,504		12,720,362	
รวม จว. Exclusive	458,712		540,665		2,479,289		2,194,596		4,673,885		5,857,932	
รวม จว. Inclusive	464,083		691,266		2,481,360		2,251,971		4,733,331		5,976,012	
รวมภาคใต้	700,058		382,394		3,026,923		3,206,686		6,233,609		7,606,511	
รวม จว. Exclusive	443,278		288,894		1,825,554		1,910,017		3,735,571		4,669,447	
รวม จว. Inclusive	256,780		93,500		1,201,369		1,296,669		2,498,038		2,937,064	

ที่มา: สคส. (ข้อมูลการรับผู้ป่วยในได้จากรายงาน 0110 รง. 5 ณ 10 เมษายน 2545 ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ ได้

จากข้อมูล 10 ตาราง ที่จังหวัดส่งให้ สคส. ณ ธันวาคม 2544)

หมายเหตุ: - รวมเฉพาะสถานพยาบาลที่มีข้อมูลการรับผู้ป่วยในและข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ

- ค่าเฉลี่ยของจังหวัดแต่ละกลุ่มและของทั้งประเทศเป็นค่าเฉลี่ยโดยถ่วงน้ำหนัก
- ไม่ได้แยกรายงานกลุ่มจังหวัดที่ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบผสม เพราะมีจำนวนตัวอย่างน้อย อีกทั้งวิธีผสมในแต่ละจังหวัดก็ไม่ได้เหมือนกันเสียทีเดียว

- ภาคกลางรวมจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันตก
- จังหวัดนครสวรรค์ไม่มีข้อมูลจำนวนข้าราชการใน 10 ตาราง

- ข้อมูลจังหวัดสุรินทร์ไม่ได้แยกยอดผู้ถือบัตรทอง 30 บาทบวกบัตรสุขภาพ และจำนวนผู้มีสิทธิ สปร.เดิมออกจากกัน ในการวิเคราะห์นี้จึงประมาณการยอดประชากร สปร. เดิมจากข้อมูลเดือน เมย. 43 (610,081 บัตร) บวกเพิ่มอีกร้อยละ 2 เพื่อปรับเป็นข้อมูลปลายปี 2544 และปรับลดลงตามส่วนเนื่องจากไม่มีข้อมูลการรับผู้ป่วยในของ รพช. ศรีธรรมิ

จากตารางที่ 33 อาจจะไม่เห็นความแตกต่างของการรับผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มจังหวัดที่ใช้กลไกการจ่ายเงินที่ต่างกันได้ชัดเจนเท่ากับความแตกต่างระหว่างผู้มีสิทธิกลุ่มที่ต่างกัน เพื่อที่จะเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยสรุปภาพรวมออกมาเป็นดัชนี (index) ของอัตราการรับผู้ป่วยในโดยให้อัตราเฉลี่ยของประเทศเป็น 100 โปรดสังเกตว่าเมื่อกล่าวถึงจังหวัดที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบ *inclusive* หรือ *exclusive* นั้น เป็นการอ้างถึงกลไกการจ่ายเงินเฉพาะในโครงการ 30 บาทเท่านั้น

จากตารางที่ 34 จะเห็นได้ว่า ในภาพรวมนั้น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการรับผู้ป่วยในเฉลี่ยร้อยละ 10-11 ต่อปี¹⁰³ แต่เมื่อแยกตามสิทธิ์จะเห็นได้ว่าอัตราการรับผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการเข้าเป็นผู้ป่วยในสูงที่สุด (คือร้อยละ 18-19 ซึ่งสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศประมาณร้อยละ 75)¹⁰⁴ ในขณะที่มีอัตราการรับผู้มีสิทธิประกันสังคมต่ำที่สุด (ร้อยละ 5-6 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของอัตราเฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศ) สำหรับกลุ่มบัตรทอง 30 บาทและบัตรสุขภาพ (ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานเหมือนกับประกันสังคม) มีอัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มประกันสังคมเล็กน้อย ส่วนกลุ่มบัตรทองหมวด ท. (สปร. เดิม) นั้น มีอัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 10 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศ)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดสองกลุ่มตามกลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในโครงการ 30 บาทในช่วงสามเดือนแรก (ดูตารางที่ 35 ข้อ ก.) นั้น พบว่าจังหวัดกลุ่มแรก (กลุ่มที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบ OP-IP split หรือ “exclusive” ในโครงการ 30 บาท) มีอัตราการรับผู้ป่วยในโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี ต่ำกว่าที่จังหวัดกลุ่มที่สอง (กลุ่มที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบ *inclusive capitation* ในโครงการ 30 บาท) ซึ่งมีอัตราการรับผู้ป่วยในเฉลี่ยร้อยละ 10.3 ต่อปี ประมาณร้อยละ 3 โดยเมื่อแยกตามสิทธิ์พบว่าจังหวัดกลุ่มแรกมีอัตราการรับผู้ป่วยในกลุ่มข้าราชการต่ำกว่าจังหวัดกลุ่มที่สองประมาณร้อยละ 6 ในทำนองเดียวกันกับกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมซึ่งจังหวัดกลุ่มแรกมีอัตราการรับผู้ป่วยในเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มที่สองประมาณร้อยละ 7 แต่ในกลุ่มบัตรทองประเภทต่างๆ อันได้แก่กลุ่มบัตรทอง 30 บาท บัตรสุขภาพ และบัตรทองหมวด ท. (กลุ่ม สปร.

¹⁰³ อัตรานี้ยังต่ำกว่าข้อมูลการรับผู้ป่วยในจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุขในระหว่างปี 2540-42 ซึ่งตกประมาณร้อยละ 12 ต่อปี (แต่รายงานดังกล่าวรวมผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนด้วย)

¹⁰⁴ อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิที่สามารถเบิกจ่ายจากสวัสดิการข้าราชการเป็นตัวเลขที่สถานพยาบาลและจังหวัดรายงานมาที่ส่วนกลาง ซึ่งมีจำนวนรวมกันประมาณ 3.5 ล้านคน ซึ่งต่ำกว่าตัวเลขที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรประมาณเอาไว้ (7 ล้านคน) ถึงครึ่งหนึ่ง แม้ว่าในปัจจุบัน ยังไม่มีฐานข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิเบิกจ่ายจากสวัสดิการข้าราชการจากแหล่งใดที่น่าเชื่อถือพอ แต่ก็เป็นไปได้มากกว่าจำนวนผู้มีสิทธิที่สามารถเบิกจ่ายจากสวัสดิการข้าราชการน่าจะมีจำนวนมากกว่า 3.5 ล้านคนที่สถานพยาบาลและจังหวัดรายงาน ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้น อัตราการรับกลุ่มผู้มีสิทธิเบิกจ่ายจากสวัสดิการข้าราชการเข้าเป็นผู้ป่วยในจะไม่สูงเท่ากับที่ปรากฏอยู่ในสองตารางนี้

เดิม) นั้น จังหวัดกลุ่มที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบ OP-IP split มีอัตราการรับผู้ป่วยในสูงกว่าจังหวัดกลุ่มที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation ประมาณร้อยละ 5 โดยเมื่อแยกกลุ่มบัตรทองออกเป็นสองกลุ่มคือกลุ่ม สปร. เดิม และกลุ่มบัตรทอง 30 บาทรวมกับบัตรสุขภาพ (ซึ่งเป็นการแยกตามอายุเป็นหลัก เนื่องจากโดยหลักการแล้วบัตร สปร. ครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุทั้งหมด ขณะที่บัตรทอง 30 บาทและบัตรสุขภาพจะอยู่ในกลุ่มอายุ 13-59 ทั้งหมด) พบว่าในกรณีของกลุ่มบัตรทอง 30 บาทและบัตรสุขภาพนั้น จังหวัดในกลุ่มแรกมีอัตราผู้ป่วยในเฉลี่ยสูงกว่าจังหวัดในกลุ่มที่สองร้อยละ 7 สำหรับกลุ่ม สปร. เดิมนั้น จังหวัดในกลุ่มแรกมีอัตราผู้ป่วยในเฉลี่ยสูงกว่าจังหวัดในกลุ่มที่สองร้อยละ 4

ถึงแม้ว่าการพิจารณาแต่เฉพาะข้อมูลการรับผู้ป่วยกับกลไกการจ่ายเงินจะมีจุดอ่อนอยู่บ้างที่ไม่สามารถควบคุมผลของตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้¹⁰⁵ แต่เนื่องจากมีจำนวนจังหวัดในแต่ละกลุ่มค่อนข้างมาก (30-40 จังหวัด โดยที่แต่ละกลุ่มครอบคลุมประชากรจำนวนมากและใกล้เคียงกันคือ 24-25 ล้านคน)¹⁰⁶ ค่าเฉลี่ยระดับประเทศของแต่ละกลุ่มจึงน่าจะให้ภาพผลของกลไกการจ่ายเงินได้ดีพอสมควร ซึ่งจากตารางที่ 35 จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแล้วจังหวัดทั้งสองกลุ่มมีอัตราการรับผู้ป่วยในรวมทุกกลุ่มในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (ทั้งในเขตและในกรณีที่รวมผู้ป่วยข้ามเขตด้วย) จึงน่าจะพออนุมานได้ว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการเจ็บป่วยและศักยภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดทั้งสองกลุ่มนี้ไม่แตกต่างกันมากนัก

ถ้าพิจารณาจากอัตราการรับผู้ป่วยในแต่ละสิทธิ์ของจังหวัดทั้งสองกลุ่มนี้จะพบว่าความแตกต่าง (ในแง่สัดส่วน) ที่ใหญ่ที่สุดคือกลุ่มบัตรทอง 30 บาทบวกบัตรสุขภาพ ซึ่งจังหวัดกลุ่มที่แยกผู้ป่วยในออกมาต่างหากมีอัตราการรับผู้ป่วยในที่สูงกว่าจังหวัดกลุ่มที่ใช้วิธี inclusive capitation ประมาณร้อยละ 5 ขณะที่จังหวัดกลุ่มแรกนี้มีอัตราการรับผู้ป่วยในที่เป็นประกันสังคม (ซึ่งมีกลไกการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation เป็นหลัก) ต่ำกว่าจังหวัดกลุ่มหลังร้อยละ 7 เมื่อคำนึงถึงว่าทั้งสองกลุ่มเป็นประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน ก็มีความเป็นไปได้มากที่พฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกันนี้เป็นผลที่เกิดจากความแตกต่างของกลไกการจ่ายเงิน โดยในกรณีที่ เป็น borderline case นั้น โรงพยาบาลในจังหวัดกลุ่มแรกจะมีแนวโน้มรับผู้ป่วยเข้ามาเป็นผู้ป่วยในมากกว่า เนื่องจากสามารถเบิกจากกองกลางได้

¹⁰⁵ แต่ข้อมูลที่มีอยู่ซึ่งค่อนข้างกระทอนกระแท่น (ทั้งข้อมูลในอดีต ซึ่งสถานพยาบาลไม่สู้จะให้ความสำคัญกับการรายงานมากนัก และข้อมูลระดับสถานพยาบาลที่ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย) ทำให้คณะผู้วิจัยไม่สามารถใช้วิธีวิเคราะห์ที่เป็นระบบมากกว่านี้

¹⁰⁶ ดูตารางที่ 36 ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลช่วงปลายปี 2544 (ที่จริงแล้ว จังหวัดสองกลุ่มนี้ครอบคลุมประชากรเกือบ 50 ล้านคน แต่ตารางนี้ตัดประชากรของโรงพยาบาลที่ไม่ได้รายงานข้อมูลการรับผู้ป่วยในออก)

สำหรับอัตราการรับผู้ป่วยในจากผู้มีสิทธิต่างๆ กันในจังหวัดที่มีรูปแบบการจ่ายเงินแบบเดียวกันนั้น พบว่าจังหวัดทั้งสองกลุ่มมีอัตราการรับข้าราชการเข้าเป็นผู้ป่วยในสูงกว่าผู้มีสิทธิกลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน (เฉลี่ยประมาณ 1.7 เท่าของผู้มีสิทธิกลุ่มอื่น) รองลงมาได้แก่กลุ่ม สปร. เดิมซึ่งมีอัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในพอๆ กับค่าเฉลี่ยของประเทศ¹⁰⁷ ถัดมาได้แก่กลุ่มบัตรทองและบัตรสุขภาพ และต่ำสุดได้แก่กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม (ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงาน และใช้วิธีจ่ายเงินให้สถานพยาบาลแบบ inclusive capitation เป็นหลัก) ซึ่งจังหวัดทั้งสองกลุ่มมีอัตราการรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต่ำที่สุด

เมื่อเปลี่ยนมาดูข้อมูลในช่วงหกเดือนแรก (โดยอิงกลไกการจ่ายเงินในปัจจุบัน ดูตารางที่ 35 ข้อ ข.) จะพบว่าความแตกต่างก็ยังมีแบบแผนและทิศทางที่คล้ายคลึงกันสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทองและบัตรสุขภาพ และบัตรประกันสังคม แต่ความแตกต่างมีขนาดลดลง ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงกลไกการจ่ายเงินในระหว่างทางของ 9 จังหวัดตามที่กล่าวมาแล้ว

ข้อมูลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ อัตราการรับผู้ป่วยในเฉลี่ยของทั้งประเทศในช่วงหกเดือนแรกนั้นสูงกว่าในช่วงสามเดือนแรกประมาณร้อยละ 7 (ถ้าแยกข้อมูลออกมาเปรียบเทียบเป็นไตรมาส ก็พบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในในไตรมาสที่สองนั้นสูงกว่าในไตรมาสแรกประมาณร้อยละ 14) ซึ่งความแตกต่างส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากความแตกต่างตามฤดูกาล เนื่องจากอัตราการรับผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม และในอัตราที่ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก

โดยสรุปแล้ว จากตารางที่ 35 (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนแรก) เรามีเหตุผลที่จะเชื่อได้ว่ากลไกการจ่ายเงินที่ต่างกันในลักษณะของการแยกงบประมาณผู้ป่วยในมากองรวมกันที่จังหวัดนั้น น่าจะสร้างแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยในมากกว่าการใช้วิธีเหมาจ่ายแบบ inclusive แต่เราไม่มีหลักฐานว่าในขณะที่จังหวัดกลุ่มหลังอาจขาดแรงจูงใจในการรับ (หรือส่งต่อ) ผู้ป่วยในไปบ้างนั้น จังหวัดในกลุ่มแรกมีแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยในในกรณีที่ไม่จำเป็นหรือไม่เพียงพอ ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ และจากการติดตามใน website ต่างๆ ชี้ให้เห็นว่ามีพฤติกรรมทั้งสองประเภทเกิดขึ้นจริง แต่ไม่สามารถบอกถึงขนาดของปัญหาได้ แต่ความแตกต่างที่เห็นได้จากในตารางที่ 35 ก. และตารางที่ 35 (ร้อยละ 5-7 ในภาพรวม แต่อาจเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 13-18 หรือ 24-32 สำหรับบัตรทองและบัตรสุขภาพ และบัตร สปร. เดิมในบางภาค) ก็เป็นความแตกต่างในระดับที่ผู้กำหนดนโยบายไม่ควรมองข้ามไปได้ง่ายๆ เช่นกัน

¹⁰⁷ เฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี แต่ก็ยังต่ำกว่าอัตราการรับผู้ป่วยในในโครงการ สปร.-SIP ในหกจังหวัดนำร่องในปีงบประมาณ 2543 (ร้อยละ 11 ดูตารางที่ 8)

การส่งต่อผู้ป่วย

ในด้านการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ข้อมูลที่ได้รับจากรายงาน 0110 รง. 5 มีความสมบูรณ์น้อยกว่า ข้อมูลการรับผู้ป่วยใน และข้อมูลไม่มีการแยกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน¹⁰⁸ นอกจากนี้ ข้อมูลการส่งต่อ (และการรับส่งต่อ) ยังประกอบด้วย การส่งต่อสามประเภทคือ จากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลใหญ่ ส่งกลับจากโรงพยาบาลใหญ่ไปโรงพยาบาลชุมชน และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนด้วยกันเอง (ซึ่งกรณีสุดท้ายนี้มีค่อนข้างน้อย) (สำหรับการส่งต่อภายในเครือข่ายเดียวกัน คือระหว่างสถานีอนามัยและ/หรือ PCU กับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบสถานีอนามัยและ/หรือ PCU นั้นๆ จะไม่รวมอยู่ในตารางที่จะนำเสนอต่อไปนี้)

ในด้านแรงจูงใจของกลไกทางการเงินที่มีต่อการส่งต่อนั้น ในตัวมันเองค่อนข้างคลุมเครือ โดยสำหรับคนไข้คนนั้น 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 โดยในอดีตนั้น จำนวนยอดผู้ป่วยที่สถานพยาบาลของรัฐรายงานว่าได้รับส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นมักจะสูงกว่ายอดผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรายงานว่ามี การส่งต่อไปที่สถานพยาบาลอื่นเกือบเท่าตัว (ดูข้อมูลปีงบประมาณ 2543 และ 2544 ของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากตารางที่ 37) ซึ่งเป็นความแตกต่างที่เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างเป็นระบบ และน่าจะเกิดจากระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานมากกว่าเป็นความแตกต่างที่เกิดขึ้นจริง (เช่นส่วนที่เกิดจากการส่งผู้ป่วยข้ามจังหวัด) ซึ่งสาเหตุหนึ่งคงเป็นเพราะในอดีต

¹⁰⁸ เมื่อพูดถึงการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ที่อยู่นอกวงการสาธารณสุขมักคิดถึงเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยในเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว ในหลายกรณี จำนวนผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งต่อมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยในมาก (ดูตัวอย่างในกรอบที่ 2 ท้ายหัวข้อนี้)

นั่น ข้อมูลการส่งต่อส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่รวบรวมมาจากรายงานของโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมาก ซึ่งมีระบบข้อมูลที่ไม่ดีเท่าข้อมูลการรับส่งต่อที่ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากรายงานของโรงพยาบาลใหญ่จำนวนไม่มากนัก และน่าเชื่อว่าโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากในอดีตอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรวบรวมและรายงานตัวเลขการส่งต่อมากนัก อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังที่มีระบบการเรียกเก็บและตามจ่ายที่เป็นระบบมากขึ้น ความแตกต่างของตัวเลขจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อและที่รับส่งต่อมีจำนวนน้อยลงไปมาก (จากร้อยละ 96 และ 83 ในช่วงครึ่งปีงบประมาณ 2543-44 เหลือประมาณร้อยละ 15 ในช่วงเดือนตุลาคม 2544 ถึงมีนาคม 2545) ดังนั้น ในการวิเคราะห์ในส่วนนี้ คณะผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับตัวเลขการรับส่งต่อมากกว่า

นอกจากความแตกต่างในด้านระบบข้อมูลและการรายงานของโรงพยาบาลระดับต่างกัน แล้ว กลไกการจ่ายเงินอาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลด้วย ตัวอย่างเช่น ในหลายจังหวัดที่ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบ OP-IP Split (“Exclusive”) นั้น โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยในโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ ซึ่งอาจมีผลทำให้ตัวเลขการส่งต่อของจังหวัดเหล่านั้นต่ำกว่าที่ควรจะเป็นได้เช่นกัน

**ตารางที่ 36 อัตราการรับรักษาต่อ (ปรับเป็นต่อปี) และดัชนีการรับผู้ป่วยในจำแนกตาม
สิทธิ์และกลไกการจ่ายเงิน**

ก. ผลการดำเนินงานในช่วงสามเดือนแรก (ตุลาคม – ธันวาคม 2544)

รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทอง และบัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
อัตราการรับส่งต่อ (ร้อยละต่อประชากรต่อปี ปรับจากข้อมูล 3 เดือน)												
รวมทั้งประเทศ	1.9	2.0	0.4	0.5	2.4	2.7	3.0	3.2	2.7	2.9	2.7	2.9
จว. Exclusive	1.4	1.6	0.3	0.4	2.1	2.4	2.3	2.5	2.2	2.5	2.2	2.5
จว. Inclusive	2.4	2.5	0.5	0.6	2.8	3.0	3.6	3.8	3.2	3.4	3.2	3.4
จว. Mixed	0.6	0.7	0.3	0.5	2.8	3.2	4.2	4.5	3.4	3.8	3.5	3.9
สัดส่วน Exc/Inc	60	62	58	70	76	81	64	66	69	72	70	74

ข. ผลการดำเนินงานในช่วงครึ่งปี (ตุลาคม 2544–มีนาคม 2545)

รูปแบบ	ข้าราชการ		ประกันสังคม		บัตรทอง 30 และบัตรสุขภาพ		บัตรทอง ท. (สปร. เดิม)		บัตรทอง และบัตรสุขภาพ		รวมทุกกลุ่ม	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
อัตราการรับส่งต่อ (ร้อยละต่อประชากรต่อปี ปรับจากข้อมูล 6 เดือน)												
รวมทั้งประเทศ	2.0	2.2	0.5	0.6	2.9	3.3	3.6	3.8	3.3	3.6	3.2	3.6
จว. Exclusive	1.8	2.0	0.3	0.4	2.4	2.7	3.2	3.6	2.8	3.1	2.8	3.1
จว. Inclusive	2.1	2.2	0.5	0.6	3.3	3.7	3.7	4.0	3.5	3.9	3.5	3.9
จว. Mixed	2.7	2.9	0.7	0.9	2.8	3.5	3.7	3.8	3.2	3.6	3.0	3.5
สัดส่วน Exc/Inc	89	88	66	62	73	72	87	89	80	81	80	80

ที่มา: ข้อมูลการรับส่งต่อได้จากรายงาน 0110 รง. 5 ที่รวบรวมโดย สคส. ณ 20 มิถุนายน 2545 ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิ์กลุ่มต่างๆ ได้จากข้อมูล 10 ตาราง ที่จังหวัดส่งให้ สคส. ณ ธันวาคม 2544)

ถ้าพิจารณาข้อมูลการส่งต่อของทั้งประเทศในช่วงสามเดือนและหกเดือนแรกของโครงการ ก็พบว่าอัตราการรับส่งต่อเฉลี่ยของประเทศในช่วงหกเดือนแรกนั้นสูงกว่าในช่วงสามเดือนแรกประมาณร้อยละ 20 (ถ้าแยกข้อมูลออกมาเปรียบเทียบเป็นไตรมาส ก็พบว่าอัตราการรับส่งต่อของไตรมาสที่สองนั้นสูงกว่าในไตรมาสแรกประมาณร้อยละ 40) ซึ่งแม้ว่าอาจจะมีส่วนที่เกิด

จากการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปตามฤดูกาลด้วย แต่ก็ไม่น่าจะมากขนาดนี้¹⁰⁹ เมื่อดูความเปลี่ยนแปลงของแต่ละกลุ่ม ก็พอจะเห็นได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากในกลุ่มบัตรทองทั้งสองกลุ่ม

ในด้านอัตราการส่งต่อกับกลไกทางการเงินนั้น จากตารางที่ 36 จะเห็นได้ว่ายอดการส่งต่อของจังหวัดในกลุ่มที่ใช้วิธี inclusive capitation จะสูงกว่ากลุ่ม OP-IP split สำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะโดยเฉลี่ยแล้วจังหวัดกลุ่มหลังมีศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าและมีการคมนาคมที่สะดวกกว่า สำหรับส่วนอาจที่เกิดจากกลไกการจ่ายเงินนั้น ได้กล่าวไปแล้วก่อนหน้านี้ว่าไม่สามารถทำนายผลของกลไกการจ่ายเงินที่มีต่ออัตราการส่งต่อผู้ป่วยรวมในทางหนึ่งได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งต่อในปัจจุบันกับในอดีตอาจจะพอเป็นตัวชี้วัดอย่างหยาบๆ ได้ว่า การส่งต่อในช่วงหลังจากที่มีโครงการนี้ (และภายใต้กลไกการจ่ายเงินต่างๆ กัน) มีความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางหรือระดับที่มีนัยสำคัญที่บ่งบอกว่าเป็นปัญหาที่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรต้องให้ความสนใจโดยเร่งด่วนหรือเป็นพิเศษหรือไม่

ตารางที่ 37 ก. เปรียบเทียบข้อมูลอัตราการส่งต่อและรับส่งต่อในช่วงหกเดือนแรกกับข้อมูลในอดีต (ปีงบประมาณ 2543-44) เพื่อที่จะให้สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลปีก่อนๆ ได้ ข้อมูลในตารางที่ 37 ก. เป็นข้อมูลจากเฉพาะสถานพยาบาลที่มีข้อมูลการส่งต่อในช่วงสองไตรมาสแรก (หรือสองงวดแรก) ของปีงบประมาณ 2543-2545 ครบทั้งสามปีเท่านั้น ซึ่งข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 728 แห่ง ซึ่งครอบคลุมประชากร 47.1 ล้านคน (ร้อยละ 95 ของประชากรในตารางที่ 35 และตกประมาณร้อยละ 88 ของประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) สำหรับในตอนที่สอง (ตารางที่ 37 ข.) ข้อมูลในแต่ละปีเป็นข้อมูลจากทุกสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่รายงานข้อมูลในปีนั้นๆ (โดยไม่สนใจว่าสถานพยาบาลนั้นจะรายงานข้อมูลการส่งต่อในปีอื่นหรือไม่) ในกรณีหลังข้อมูลภาพรวมในแต่ละปีจะมีความสมบูรณ์มากกว่า แต่การเปรียบเทียบข้ามปีจะทำได้ยากขึ้น อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าอัตราต่างๆ ที่คำนวณได้จากตารางในสองตอนนี้มีค่าใกล้เคียงกันมาก

¹⁰⁹ จากตารางที่ 35 อัตราการรับผู้ป่วยในเฉลี่ยของทั้งประเทศในช่วงหกเดือนแรกนั้นสูงกว่าในช่วงสามเดือนแรกประมาณร้อยละ 7 (ถ้าแยกข้อมูลออกมาเปรียบเทียบเป็นไตรมาส ก็จะพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในในไตรมาสที่สองนั้นสูงกว่าในไตรมาสแรกประมาณร้อยละ 14) ซึ่งความแตกต่างส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากความแตกต่างตามฤดูกาล เนื่องจากอัตราการรับผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม และในอัตราที่ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 37 อัตราการส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2543-45 ปรับขึ้นเป็นอัตราต่อประชากรในพื้นที่ต่อปี)

ก. ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบในหกเดือนแรกของทั้งสามปีงบประมาณ (2543-45)

	ประชากร ตค-ธค. 44	อัตราการรับ refer (% ประชากร)			อัตราการส่ง refer (% ประชากร)			อัตราการรับ/ส่ง refer (%)		
		2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวมทั้งประเทศ	48,339,184	3.2	3.4	3.5	1.6	1.8	3.0	201	184	118
รวม รพท/ศ	13,147,621	6.2	7.1	8.2	0.9	1.0	1.6			
รวม รพช	35,191,563	2.1	2.0	1.8	1.9	2.1	3.5			
- Exclusive	18,049,053	2.8	3.0	3.2	1.6	1.8	2.7	177	169	117
- inclusive	25,853,559	3.4	3.5	3.8	1.6	1.9	3.1	208	187	122
- Mixed	4,436,572	4.2	4.1	3.4	1.7	1.8	3.3	245	226	102
จังหวัดน่าน รอบที่ 1 & 2	15,510,183	2.9	2.9	3.3	1.5	1.7	2.4	193	175	136
- Exclusive	8,353,232	3.2	3.3	4.1	1.5	1.7	2.3	216	195	183
- inclusive	6,657,566	2.1	2.3	2.4	1.5	1.7	2.5	145	139	94
- Mixed	499,385	7.0	5.5	1.4	1.7	1.7	3.7	413	314	38
จังหวัดที่เริ่ม โครงการ ต.ค.44	32,829,001	3.4	3.6	3.6	1.7	1.9	3.2	204	188	112
- Exclusive	9,695,821	2.4	2.8	2.4	1.6	1.9	3.1	147	150	76
- inclusive	19,195,993	3.8	3.9	4.2	1.7	2.0	3.3	228	201	129
- Mixed	3,937,187	3.8	4.0	3.7	1.7	1.8	3.3	224	216	111
ภาคเหนือ	11,140,111	5.1	5.9	5.9	2.0	2.3	4.0	258	260	149
- Exclusive	420,226	6.9	8.7	9.6	2.4	2.6	8.5	290	340	113
- inclusive	10,158,120	4.8	5.6	5.9	2.0	2.3	3.8	242	248	156
- Mixed	561,765	9.4	8.7	4.5	1.6	2.0	4.7	573	425	96
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	17,812,271	3.3	3.2	3.2	1.5	1.6	2.5	222	198	131
- Exclusive	8,990,697	3.4	3.7	4.0	1.5	1.6	2.4	233	225	169
- inclusive	5,332,344	2.8	2.1	1.9	1.3	1.5	2.2	211	139	85
- Mixed	3,489,230	3.6	3.7	3.3	1.7	1.8	3.1	211	209	106
ภาคกลาง	6,439,192	1.4	1.5	1.9	1.3	1.5	2.5	111	99	78
- Exclusive	3,189,121	1.4	1.6	2.0	1.4	1.8	2.6	97	87	78
- inclusive	3,250,071	1.4	1.5	1.8	1.1	1.3	2.3	129	115	79
ภาคตะวันออก	3,659,155	2.3	2.1	2.4	1.5	1.8	3.1	160	121	78
- Exclusive	2,168,370	2.4	2.2	2.0	1.7	2.0	3.2	142	111	63
- inclusive	1,490,785	2.3	2.1	3.0	1.2	1.5	2.9	199	139	103
ภาคตะวันตก	2,022,987	1.9	2.0	2.8	1.5	1.6	2.9	127	123	97
- Exclusive	1,073,096	1.2	1.9	2.4	1.1	1.3	2.1	108	144	114
- inclusive	564,314	3.2	2.5	3.4	2.0	1.9	3.8	164	133	89
- Mixed	385,577	1.7	1.5	3.0	1.7	2.1	3.7	100	72	82

		อัตราการรักษา refer (% ประชากร)			อัตราการรักษาส่ง refer (% ประชากร)			อัตราการรักษา/ส่ง refer (%)		
ภาคใต้	7,265,468	2.7	2.7	2.7	1.8	2.1	3.1	150	128	86
- Exclusive	2,207,543	2.6	2.8	1.9	2.2	2.3	3.1	119	122	62
- inclusive	5,057,925	2.8	2.6	3.0	1.7	2.0	3.1	168	131	97

ข. ข้อมูลรวบรวมจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลการส่งต่อและรับส่งต่อในครึ่งปีแรกของแต่ละปีงบประมาณ

	อัตราการรักษา refer (% ประชากร)			อัตราการรักษาส่ง refer (% ประชากร)			อัตราการรักษา/ส่ง refer (%)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวมทั้งประเทศ	3.2	3.4	3.5	1.6	1.8	3.0	196	183	115
รวม รพท/ศ	6.3	7.2	8.2	0.9	1.0	1.6			
รวม รพช	2.1	2.0	1.8	1.9	2.1	3.5			
- Exclusive	2.7	2.9	3.1	1.6	1.8	2.7	174	166	115
- inclusive	3.3	3.5	3.7	1.6	1.9	3.1	204	187	118
- Mixed	4.1	4.1	3.4	1.7	1.8	3.4	242	224	101
จังหวัดนำร่องรอบที่ 1 & 2	2.9	2.9	3.2	1.5	1.7	2.4	193	173	133
- Exclusive	3.2	3.2	4.1	1.5	1.7	2.3	215	191	180
- inclusive	2.1	2.4	2.3	1.5	1.7	2.6	145	139	92
- Mixed	7.0	5.5	1.4	1.7	1.7	3.7	413	314	38
จังหวัดที่เริ่มโครงการ ต.ค.44	3.3	3.6	3.6	1.7	1.9	3.3	198	186	109
- Exclusive	2.4	2.7	2.4	1.7	1.8	3.1	142	147	75
- inclusive	3.7	3.9	4.1	1.7	2.0	3.3	221	201	125
- Mixed	3.8	3.9	3.7	1.7	1.8	3.3	220	213	110
ภาคเหนือ	5.1	5.9	5.9	2.0	2.3	4.1	257	258	144
- Exclusive	6.6	8.7	9.0	2.5	2.6	8.1	270	340	111
- inclusive	4.8	5.6	5.8	2.0	2.3	3.8	242	247	151
- Mixed	9.4	8.7	4.4	1.6	2.0	4.7	573	425	93
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3.1	3.1	3.1	1.5	1.6	2.5	211	194	125
- Exclusive	3.3	3.5	3.9	1.5	1.6	2.3	227	217	167
- inclusive	2.6	2.1	1.7	1.4	1.5	2.3	188	139	76
- Mixed	3.6	3.7	3.3	1.7	1.8	3.1	207	206	106
ภาคกลาง	1.4	1.5	1.9	1.3	1.5	2.5	111	98	78
- Exclusive	1.4	1.6	2.0	1.4	1.8	2.6	97	87	77
- inclusive	1.4	1.5	1.8	1.1	1.3	2.3	129	113	79
ภาคตะวันออก	2.3	2.1	2.4	1.5	1.8	3.1	159	120	78
- Exclusive	2.3	2.1	2.0	1.7	1.9	3.2	141	110	63
- inclusive	2.3	2.1	3.0	1.2	1.5	2.9	199	139	103
ภาคตะวันตก	1.8	1.9	2.8	1.5	1.6	2.9	121	118	97
- Exclusive	1.2	1.8	2.4	1.2	1.4	2.1	98	131	114
- inclusive	3.2	2.5	3.4	2.0	1.9	3.8	164	133	89

	อัตราการรับ refer (% ประชากร)			อัตราการส่ง refer (% ประชากร)			อัตราการรับ/ส่ง refer (%)		
- Mixed	1.7	1.5	3.0	1.7	2.1	3.7	100	72	82
ภาคใต้	2.7	2.7	2.7	1.8	2.1	3.1	148	129	86
- Exclusive	2.5	2.8	1.9	2.2	2.3	3.2	115	123	60
- inclusive	2.7	2.6	3.0	1.6	2.0	3.1	168	131	98

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลรายงาน 0110 รง. 5 (ข้อมูลที่รวบรวมโดย สคส. ณ 18 มิถุนายน 2545) ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 728 แห่ง การคำนวณอัตราการส่งต่อใช้ประชากรใน 10 ตารางที่สถานพยาบาลรายงานมาที่ สคส. (ซึ่งเป็นตัวเลขประมาณการในช่วงปลายปี 2544)

อัตราการส่งต่อในตารางที่ 37 เป็นอัตราการส่งต่อที่รวมของสถานพยาบาล (ไม่มีการแยกสิทธิ) จากข้อมูลอัตราการรับส่งต่อ พบว่าในภาพรวมแล้ว อัตราการรับส่งต่อในครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 สูงกว่าสองปีที่ผ่านมาเล็กน้อย และอัตราการส่งต่อในแต่ละภาคก็ไม่ได้ต่ำลงแต่อย่างใด¹¹⁰

ในด้านผลของกลไกการจ่ายเงินที่มีต่อการรับ refer เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่นั้น อาจจะไม่สามารถบอกได้ชัดเจนเสียทีเดียวจากตารางที่ 37 ซึ่งเสนอเฉพาะข้อมูลในภาพรวม อย่างไรก็ตามจากการตรวจสอบข้อมูลในระดับภาคของจังหวัดในแต่ละกลุ่มพบว่าอัตราการรับส่งต่อของผู้ป่วยรวมทุกสิทธิ์ค่อนข้างจะใกล้เคียงกับอัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มบัตรทองและบัตรสุขภาพ โดยในภาพรวมนั้น จังหวัดในกลุ่ม inclusive มีอัตราการรับส่งต่อสูงกว่าจังหวัดในกลุ่มที่ใช้วิธี OP-IP split แต่ใน 21 จังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่องนั้น จังหวัดในกลุ่ม OP-IP split มีอัตราการรับส่งต่อสูงกว่าจังหวัดในกลุ่ม inclusive เล็กน้อย

สำหรับอัตราการรับส่งต่อในแต่ละภาคนั้น ภาคเหนือมีอัตราการรับส่งต่อที่สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ซึ่งความแตกต่างส่วนนี้น่าจะเกิดจากศักยภาพของสถานพยาบาลและทางเลือกของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การที่ภาคกลางมีอัตราการรับส่งต่อที่ต่ำที่สุดมาตั้งแต่เดิม อาจจะเป็นเพราะ case จำนวนมากถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลทบวงหรือผู้ป่วยอาจเลือกไปเข้าโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าที่จะใช้ระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข แต่ที่น่าสังเกตคืออัตราการรับส่งต่อในภาคกลางเพิ่มขึ้นในจังหวัดทั้งสองกลุ่ม (รวมทั้งในภาคตะวันออกเฉียงด้วย) ซึ่งอาจเป็นเพราะหลังจากที่มีโครงการ 30 บาททำให้คนไข้ที่มาใช้บริการในโครงการถูกส่งต่อผ่านระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น

¹¹⁰ การคำนวณอัตราการส่งต่อในตารางที่ 37 (ทั้งสองตอน) ใช้ข้อมูลประชากรในช่วงปลายปี 2544 ซึ่งอาจทำให้อัตราการรับส่งต่อและและอัตราการส่งต่อในปีก่อนในพื้นที่ส่วนใหญ่จะต่ำกว่าที่ควรจะเป็นไปบ้าง (ประมาณร้อยละ 1-2 ของอัตราที่คำนวณได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะไม่กระทบกับตัวเลขที่แสดงในตารางนี้ที่แสดงทศนิยมเพียงตำแหน่งเดียว)

ในด้านผลของกลไกการจ่ายเงินนั้น ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง จังหวัดในกลุ่ม OP-IP split มีอัตราการรับส่งต่อสูงกว่าจังหวัดในกลุ่ม inclusive (โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดในกลุ่ม inclusive มีอัตราการส่งต่อที่ลดลงจากปีก่อน ซึ่งอาจเป็นเพราะจังหวัดในภาคอีสานที่เลือกใช้วิธีเหล่านี้เป็นจังหวัดที่มีปัญหาการเงินมากกว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคนี้) สำหรับในภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคใต้ จังหวัดในกลุ่ม Inclusive มีอัตราการรับส่งต่อสูงกว่าจังหวัดในกลุ่ม OP-IP split ค่อนข้างชัดเจน

ในด้านข้อมูลการส่งต่อนั้น จังหวัดแทบทุกกลุ่มในทุกภาครายงานอัตราการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนๆ มาก ทำให้ข้อมูลการรับส่งต่อและการส่งต่อในปีงบประมาณ 2545 มีความสอดคล้องกันมากกว่าในปีก่อนๆ แต่ในกรณีนี้ น่าจะเป็นผลของระบบข้อมูลที่ดีขึ้นมากกว่าผลที่เกิดจากโครงการจริงๆ

โดยสรุปแล้ว ถึงแม้ว่าข้อมูลจากตารางที่ 37 จะไม่เพียงพอที่จะบ่งชี้ผลของกลไกการจ่ายเงินที่มีต่อการส่งต่อ และข้อมูลที่มีอยู่ไม่สมบูรณ์นักทำให้การวิเคราะห์หลังลึกกว่านี้ทำได้ยาก รวมทั้งมีปัญหาระบบนิยามที่การรายงานไม่ได้มีการแยกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกัน ดังนั้น ข้อมูลการรับผู้ป่วยใน (ซึ่งรวมผู้ป่วยส่งต่ออยู่ในนั้นด้วย) ที่เสนอเอาไว้ก่อนหน้านี้ในตารางที่ 35 น่าจะเป็นข้อบ่งชี้สำหรับปัญหาการหลงไข้หรือผลลัทธิได้ดีกว่าข้อมูลการส่งต่อในส่วนนี้¹¹¹

ปัญหาใหญ่ของการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ซึ่งปรากฏในหลายประเทศที่ใช้วิธีนี้ (รวมทั้งในโครงการประกันสังคมของไทย) ก็คือสถานพยาบาลพยายามในการจำกัดการรักษา เช่นลดการรับผู้ป่วยในหรือลดการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ต้องตามไปจ่ายค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ ปัญหานี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นในกรณีที่สถานพยาบาลที่ถือเงิน (fundholder) กลัวว่าตนได้งบประมาณไม่พอ จึงต้องใช้วิธีปันส่วนการรักษา (care rationing) เช่น ใช้วิธี delayed treatment หรือรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ การที่ค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลที่ถือเงิน fundholder และรายรับของสถานพยาบาลที่รับส่งต่อจะขึ้นกับจำนวนและความรุนแรงของ case ที่ส่งต่อโดยทั้งสองฝ่ายจะไม่ทราบล่วงหน้า (นอกจากการคาดการณ์โดยใช้ข้อมูลในอดีตเป็นส่วนใหญ่) ทำให้ในระบบนี้สถานพยาบาลทั้งระดับต้นและระดับสูงมีความเสี่ยงด้านการเงินที่สูงกว่าวิธี exclusive และมีความเป็นไปได้มากกว่าในระยะแรกสถานพยาบาลต่างๆ ที่อยู่ในระบบนี้จะใช้นโยบาย wait and see และใช้ทุกวิถีทางที่จะประกันความอยู่รอดของสถานพยาบาลและบุคลากร

¹¹¹ รายงานของคุสลิทซ์ (2545) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานี้ ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งต่อผู้ป่วยประเภทต่างๆ รวมทั้งวันนอน และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ จากบางจังหวัดในโครงการนำร่อง โดยใช้ข้อมูลระดับสถานพยาบาล (ข้อมูล 12 แพ้ม) และพบว่าจังหวัดที่ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบ OP-IP Split มีอัตราการส่งต่อสูงกว่ากลุ่มที่ใช้วิธี inclusive capitation

ข้อมูลจากตารางที่ 34 และตารางที่ 35 จะสนับสนุนความเชื่อเรื่องผลของกลไกการจ่ายเงินที่มีต่อแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยในเข้ารับการรักษา ถึงแม้ว่าในภาพรวมนั้น ความแตกต่างส่วนนี้ไม่ได้อยู่ในระดับที่สูงนัก (ร้อยละ 4-7) แต่ความแตกต่างในระดับภาคค่อนข้างสูงในบางภาค (ร้อยละ 13-18 หรือ 24-32 สำหรับบัตรทองและบัตรสุขภาพ และบัตร สปร. เดิมในบางภาค ดูตารางที่ 35) ถึงแม้ว่าเราจะไม่สามารถแยกแยะได้ว่าความแตกต่างส่วนนี้เป็นผลจากการไม่ยอมรับผู้ป่วยในเมื่อมีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ ปัญหาการไม่รับผู้ป่วยเข้าเป็นคนไข้ในหรือไม่ส่งต่อในระบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นปัญหาที่มักจะเกิดมากในระยะแรก¹¹² ประสพการณ์ในบางพื้นที่ในโครงการ สปร. ในอดีต (ดูกรอบที่ 2 ข้างล่าง) ก็ชี้ให้เห็นว่าถ้าสถานพยาบาลที่ถือเงินเริ่มมีความมั่นใจในสถานะทางการเงินของตนมากขึ้น ก็น่าจะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาหายไปหรือลดลงไปได้ ในแง่นี้ การใช้ข้อมูลที่ผ่านมาเพียงไม่กี่เดือนคงจะไม่เพียงพอที่จะทำให้สามารถสรุปลงไปได้ว่ากลไกการจ่ายเงินแบบใดดีกว่ากัน หรือถือได้ว่าเป็นประจักษ์พยาน (evidence) ที่หนักแน่นพอที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในเชิงนโยบายว่าจะเลือกกลไกการจัดสรรเงินแบบใด อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ไม่สามารถลด uncertainty ของโครงการนี้ลงได้อย่างรวดเร็ว (ซึ่งเป็น scenario ที่มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงในกรณีของโครงการ “30 บาท”) นั้น การทอดระยะเวลาไปเพื่อให้สถานพยาบาลค่อยๆ สร้างความมั่นใจขึ้นมาเองอาจจะต้องใช้เวลาานาน และอาจจะมีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลายมาเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนส่วนนี้ด้วยชีวิตหรือความพิการก็เป็นได้

¹¹² โครงการประกันสังคมก็เคยมีปัญหานี้มากในระยะแรก และดีขึ้นในเวลาต่อมา (แต่ไม่ได้หมดไปเสียทีเดียว)

กรอบที่2: พฤติกรรมการส่งต่อคนไข้ในระบบแบบเหมาจ่ายรายหัว (Inclusive Capitation): บทเรียนจากโครงการ สปร.

ปัญหาใหญ่ของการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งปรากฏในหลายประเทศที่ใช้วิธีนี้ก็คือ สถานพยาบาลพยายามในการจำกัดการรักษา หรือพยายามลดการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ต้องตามไปจ่ายค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ

โครงการ สปร. ได้เริ่มนำระบบเหมาจ่ายรายหัวมาใช้ในการจัดสรรงบจากส่วนกลางไปยัง จังหวัดในปีงบประมาณ 2541 สำหรับการจัดสรรงบภายในจังหวัดนั้น ส่วนกลางให้แต่ละจังหวัด เลือกรูปแบบการจัดสรรเอง โดยส่วนกลางเสนอรูปแบบหลักๆ ให้สามรูปแบบคือ (1) Inclusive Capitation (2) OP-IP Split (capitation & global budget allocated by DRG) (3) global budget เชียงใหม่เป็นหนึ่งในไม่กี่จังหวัดที่เลือกใช้วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมา และใช้ระบบวิธีนี้มาจนถึงปัจจุบันในการจัดสรรงบในโครงการ 30 บาท

ในระหว่างการศึกษาภาคสนามในจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2543 โดยอัญญาและวิโรจน์ (2544) นั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนบางท่านตั้งข้อสังเกตว่า ตั้งแต่มีการตามจ่ายเงินในปีงบประมาณ 2542 การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งลดลงมากจนน่าเป็นห่วง จากการสัมภาษณ์นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน (ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ สปร. ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เมื่อกลางเดือนเมษายน 2544 ได้ยอมรับว่าในปีแรก (2542) มีปัญหาดังกล่าวจริง เพราะโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเกรงว่าจะมีเงินไม่พอ แต่หลังจากที่ได้รับงบ สปร. เพิ่มขึ้นมากในปี 2543 ปัญหานี้ก็หมดไป

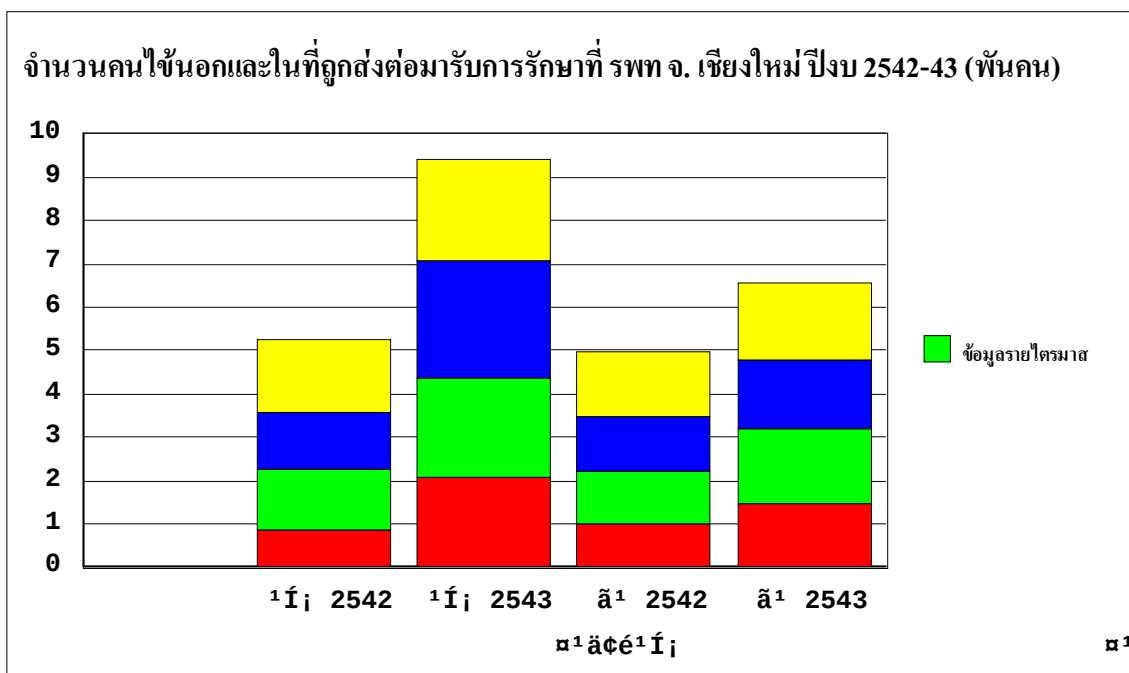
ผู้วิจัยได้พยายามเปรียบเทียบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย สปร. ในช่วงก่อนและหลังการนำระบบ inclusive capitation มาใช้ จากรายงาน สปก 2/03 ของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลหลักที่รับคนไข้ส่งต่อในโครงการ สปร. (ไม่ค่อยมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัยในจังหวัดเชียงใหม่ในขณะนั้น เพราะโรงพยาบาลทบวงไม่ยอมรับอัตราการตามจ่ายของโครงการ สปร. ในขณะนั้น ดังนั้น ถ้ามีการส่งต่อคนไข้ต้องจ่ายเงินเอง) แต่เป็นที่น่าเสียดายว่ารายงาน สปก 2/03 ในปี 2541 ไม่ได้รายงานข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วยเอาไว้ จึงมีเพียงข้อมูลปี 2542 และ 2543 เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบข้อมูลการส่งต่อคนไข้ สปร. ในช่วงปีงบประมาณ 2542-43 โดยพิจารณาข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ (ข้อมูลนี้อาจรวมคนไข้ที่ถูกส่งต่อมาจากจังหวัดใกล้เคียงด้วย แต่คนไข้ส่วนนี้มีจำนวนไม่มากนัก) เป็นรายไตรมาส (ดูรูปหน้าถัดไป) จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วย สปร. ที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณ 2543 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2542 (ซึ่งเป็นปีแรกที่จังหวัดเชียง-

(ต่อหน้าถัดไป)

กรอบที่2: พฤติกรรมการส่งต่อคนไข้ในระบบแบบเหมาจ่ายรายหัว (Inclusive Capitation): บทเรียนจากโครงการ สปร. (ต่อ)

ใหม่นำระบบ inclusive capitation มาใช้) อย่างเห็นได้ชัด ทั้งส่วนที่เป็นคนไข้นอกและคนไข้ใน โดยจำนวนคนไข้คนที่ส่งต่อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 ขณะที่จำนวนคนไข้ในที่ถูกส่งต่อเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 32 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกไตรมาส ทำให้น่าเชื่อว่าปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2542 น่าจะได้รับผลกระทบทางลบจากการนำระบบ inclusive capitation มาใช้จริง แต่ในขณะเดียวกัน การที่ปริมาณการส่งต่อเพิ่มขึ้นอย่างมากในปีงบประมาณ 2543 ก็น่าจะบ่งชี้ได้ว่า ในระบบโรงพยาบาลของรัฐนั้น เมื่อได้รับงบประมาณเพียงพอ การใช้ระบบ inclusive capitation อาจจะไม่ได้สร้างแรงจูงใจในด้านลบในการพยายามกักผู้ป่วยเอาไว้มากเท่าที่หลายฝ่ายเกรงกัน (งบ สปร. ของจังหวัดเชียงใหม่เพิ่มขึ้นจาก 142 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2541 เป็น 164 ล้านบาท และ 266 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2542 และ 2543 ตามลำดับ)



ที่มา: รวบรวมจากข้อมูลรายเดือนจากรายงาน สปก. 02/3 ของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ (หมายเหตุ: เนื่องจากข้อมูลในรายงานไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรทำให้เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงกับโครงการอื่นทำได้ยาก ตัวอย่างเช่น บัตรสุขภาพ 500 บาท ไม่มีข้อมูลการส่งต่อคนไข้คนนอกในปีงบประมาณ 2542 แต่สำหรับผู้ป่วยในนั้น มีจำนวนการส่งต่อเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ในปี 2543)

ที่มา: อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2544. การปฏิรูประบบการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.). รายงานวิจัยเสนอมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มิถุนายน.

การเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

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

การใช้อัตราการตายที่โรงพยาบาลมีปัญหาหลายประการ คือ

- ปัญหาโรคระบาดและความรุนแรงของการระบาดเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี (และโรคระบาดหลายโรคก็มีฤดูกาลของโรคด้วย) ดังนั้น ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลจะใช้แนวทางการรักษาแบบเดิม แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีก็อาจจะต่างกันมาก
- การที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้สิทธิโครงการ 30 บาททำให้ภาระในการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังที่จะรักษา (terminally ill) อยู่รับการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตลดลงจากในอดีตมาก ดังนั้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่ญาติขอนำกลับไปตายที่บ้านอาจจะลดลงกว่าเดิม
- ในทางกลับกัน โรงพยาบาลหลายแห่งพยายามจำหน่ายผู้ป่วยออกเร็วขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงได้เช่นกัน (แต่กรณีนี้อาจจะเกิดยากกว่าข้อที่ผ่านมา เพราะการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วจะทำได้เฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมาก ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะต่ำอยู่แล้ว)

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัญหาความถูกต้องของข้อมูล ตัวอย่างเช่น ในยุคก่อน 30 บาทนั้น ไม่ผู้ที่จะมีผู้สนใจข้อมูลการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากนัก แต่หลังจากที่มีกระแส “30 บาท ตายทุกโรค” เกิดขึ้น ผู้ที่รายงานก็อาจหันมาสนใจกับข้อมูลนี้มากขึ้น และในกรณีที่ระบบฐานข้อมูลไม่ได้ออกแบบให้มีการตรวจสอบ (cross check) ได้โดยง่ายแล้ว ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีการบิดเบือนข้อมูลนี้ได้

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ อัตราตายไม่ได้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ไวนัก เพราะในกรณีที่ผู้ป่วยอาการหนักหรือป่วยเป็นโรคบางอย่างในบางขั้นตอนนั้น การรักษาที่มีคุณภาพดีหรือไม่ก็ตามก็เพิ่มโอกาสในการยืดชีวิตผู้ป่วยได้ไม่มากนัก

ตารางที่ 38 เป็นข้อมูลอัตราการตายที่โรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2543-45 ข้อมูลอัตราการตาย เป็นอัตราการตายรวมของผู้ป่วยทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลเนื่องจากข้อมูลที่ไม่ได้แยกจำนวนการตายตามหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 (ช่วง 3, 6, และ 9 เดือนแรก และรวมทั้งปี)¹¹³ พบว่าในภาพรวมระดับประเทศนั้น เมื่อพิจารณาจากทั้งกรณีผู้ป่วยนอก พบว่าอัตราการตายในปีงบประมาณ 45 ลดลงจากปีก่อนๆ เกือบครึ่งหนึ่ง แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยนอกลดลงเกิดจากจำนวนครั้งของการใช้บริการ (ซึ่งเป็นตัวหาร) เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลมาก

เมื่อพิจารณาเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน (ซึ่งปกติจะมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยนอกมาก) ในภาพรวมพบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6-1.8 ในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2543-44 เป็นร้อยละ 2.0 ในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2545 สำหรับอัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งตกประมาณร้อยละ 2.8-3.0 ในปีงบประมาณ 2543-44 นั้น เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.6 ในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 45 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจากร้อยละ 0.5 ในปีงบประมาณ 43-44 เป็นร้อยละ 0.6 ในปีงบประมาณ 45

อัตราการตายของผู้ป่วยในในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่เลือกจัดสรรเงินแบบ OP-IP Split เพิ่มจากร้อยละ 2.9-3.0 ในปีงบประมาณ 43-44 มาเป็นร้อยละ 3.4-3.6 ในปีงบประมาณ 45 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจากประมาณร้อยละ 0.51-0.59 เป็นประมาณ 0.63-0.64 ส่วนโรงพยาบาลในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรเงินแบบ Inclusive capitation นั้น โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในกลุ่มจังหวัดหลังมีอัตราการตายของผู้ป่วยในเพิ่มจากร้อยละ 2.9-3.0 ในปีงบประมาณ 43-44 มาอยู่ในประมาณร้อยละ 3.6-3.7 ในปีงบประมาณ 45 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการตายเพิ่มจากร้อยละ 0.57-0.71 เป็น 0.72-0.73 ในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2545

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเหล่านี้กับอัตราการตายในช่วง 9 เดือน ก็พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในในไตรมาสที่ 3 ลดลงอย่างมาก แต่ความแตกต่างนี้อาจจะมีส่วนสำคัญที่มาจากข้อมูลที่ความสมบูรณ์น้อยลงด้วย (ซึ่งเป็นข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากโรงพยาบาลจำนวน 654 แห่ง เทียบกับข้อมูลในช่วงหกเดือนแรกซึ่งรวบรวมมาจากโรงพยาบาลจำนวน 718 แห่ง)

นอกจากนี้ การพิจารณาเฉพาะอัตราการตายต่อจำนวนการให้บริการแต่เพียงอย่างเดียวอาจก่อให้เกิดภาพที่ลำเอียงได้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากกรณีอัตราการตายของผู้ป่วยนอก ซึ่งลดลงมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากการที่มีผู้มาใช้บริการมากขึ้น และโดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่มารับบริการมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตนั้นน้อยกว่าเดิม ในทางกลับกัน ในกรณีที่อัตราการตายของผู้

¹¹³ ยกเว้นปีงบประมาณ 2545 ซึ่งยังมีข้อมูลไม่ครบทั้งปี

ป่วยในสูงขึ้น ก็อาจมีส่วนที่เกิดจากมีจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของฐานประชากรก็เป็นได้ การพิจารณาอัตราการตายต่อประชากรจะช่วยลดความลำเอียงที่เกิดจากปัญหาทั้งสองประการที่กล่าวมานี้ลงได้

ตารางที่ 39 แสดงข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และรวมการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจากทั้งสองกรณี ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อปรับอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลด้วยจำนวนประชากรแล้ว อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในช่วงต่างๆ ของปีงบประมาณ 2545 ค่อนข้างจะใกล้เคียงกับสองปีก่อนหน้านั้นในแทบทุกกรณี ดังนั้น ในเบื้องต้นนี้ อาจจะพอสรุปได้ว่าการเข้ามาของโครงการ 30 บาทยังไม่ได้ก่อผลกระทบด้านคุณภาพในระดับที่รุนแรงดังที่หลายฝ่ายเป็นห่วง แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าจะสามารถสรุปได้ว่าโครงการไม่มีปัญหาเรื่องคุณภาพ เพราะข้อมูลที่รวบรวมมาได้ยังเป็นเพียงข้อมูลช่วงสั้นๆ ช่วงแรกเท่านั้น อีกทั้งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าอัตราตายไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่ไว (sensitive) นัก

ตารางที่ 38 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อการมารับบริการหนึ่งแสนครั้ง ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนราย)

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด/รพ.	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อจำนวนการให้บริการหนึ่งแสนครั้ง												จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตที่ รพ. ต่อจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ามาอน รพ. หนึ่งแสนคน											
	ตค.-ธค.			ตค.-มีค.			ตค.-มิย.			ทั้งปีงบประมาณ			ตค.-ธค.			ตค.-มีค.			ตค.-มิย.			ทั้งปีงบประมาณ		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
จำนวน รพ.ที่ใช้ คำนวณ	762 แห่ง			718 แห่ง			654 แห่ง			708 แห่ง			762 แห่ง			718 แห่ง			654 แห่ง			708 แห่ง		
รวมทั้งประเทศ	37	32	22	36	32	21	40	34	18	38	33	21	1,795	1,654	2,013	1,728	1,623	2,025	2,069	1,951	1,819	1,897	1,782	2,037
- รพศ./รพท.	25	22	16	24	21	16	35	28	14	31	26	16	3,056	2,867	3,583	2,999	2,839	3,577	4,447	4,219	3,285	3,878	3,650	3,577
- รพช.	43	37	24	42	38	23	42	36	18	40	35	23	593	513	631	544	510	644	534	492	540	532	485	645
จัดกลุ่มตามวิธีจัดสรรเงินตามข้อตกลง ณ มิถุนายน 2545 (จากสปก)																								
รวม จว. ที่ใช้ Exclusive	35	30	22	36	31	21	41	33	16	38	32	21	1,820	1,718	2,099	1,742	1,654	2,038	2,169	2,056	1,915	1,909	1,811	2,049
- รพศ./รพท.	26	22	17	26	21	17	40	29	16	36	25	17	3,071	2,908	3,619	3,008	2,855	3,428	4,403	4,174	3,306	3,851	3,649	3,428
- รพช.	41	35	24	42	37	23	41	35	16	39	35	23	487	458	577	489	475	606	475	457	486	484	436	606
รวม จว. ที่ใช้ Inclusive	36	34	22	36	34	22	41	36	20	39	34	22	1,881	1,717	2,101	1,815	1,715	2,146	2,185	2,058	1,896	2,020	1,890	2,163
- รพศ./รพท.	24	23	16	22	21	16	31	27	13	27	27	16	3,074	2,904	3,633	3,025	2,913	3,716	4,532	4,336	3,303	3,950	3,734	3,716
- รพช.	42	39	25	42	40	24	43	39	20	43	37	24	708	576	724	624	569	726	623	561	632	616	556	729
รวม จว. ที่ใช้ Mix	43	29	19	39	27	17	37	28	14	33	28	17	1,305	1,160	1,314	1,300	1,122	1,442	1,259	1,137	1,137	1,353	1,235	1,442
- รพศ./รพท.	25	19	14	25	21	18	27	22	19	31	28	18	2,870	2,456	3,079	2,813	2,355	3,366	4,045	3,592	3,027	3,575	3,178	3,366
- รพช.	49	33	20	44	29	17	38	29	13	34	28	17	412	400	395	386	375	431	342	312	320	350	342	431

ตารางที่ 38 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อการมารับบริการหนึ่งแสนครั้ง ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนราย)

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด/รพ.	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อจำนวนการให้บริการหนึ่งแสนครั้ง												จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตที่ รพ. ต่อจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ามานอน รพ. หนึ่งแสนคน											
	ตค.-ธค.			ตค.-มีค.			ตค.-มิย.			ทั้งปีงบประมาณ			ตค.-ธค.			ตค.-มีค.			ตค.-มิย.			ทั้งปีงบประมาณ		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
จัดกลุ่มตามวิธีการจัดสรรเงินเมื่อตอนเริ่มโครงการ UC																								
รวม จว. ที่ใช้ Exclusive	35	30	22	36	31	21	40	32	15	38	32	21	1,820	1,718	2,099	1,742	1,654	2,038	1,957	1,870	1,733	1,909	1,811	2,049
- รพศ./รพท.	26	22	17	26	21	17	38	27	17	36	25	17	3,071	2,908	3,619	3,008	2,855	3,428	4,333	4,167	3,235	3,851	3,649	3,428
- รพช.	41	35	24	42	37	23	40	34	14	39	35	23	487	458	577	489	475	606	400	378	405	484	436	606
รวม จว. ที่ใช้ Inclusive	36	34	22	36	34	22	42	38	21	39	34	22	1,881	1,717	2,101	1,815	1,715	2,146	2,313	2,149	2,015	2,020	1,890	2,163
- รพศ./รพท.	24	23	16	22	21	16	33	29	12	27	27	16	3,074	2,904	3,633	3,025	2,913	3,716	4,699	4,406	3,475	3,950	3,734	3,716
- รพช.	42	39	25	42	40	24	44	40	21	43	37	24	708	576	724	624	569	726	692	620	695	616	556	729
รวม จว. ที่ใช้ Mix	43	29	19	39	27	17	36	31	18	33	28	17	1,305	1,160	1,314	1,300	1,122	1,442	1,543	1,452	1,402	1,353	1,235	1,442
- รพศ./รพท.	25	19	14	25	21	18	20	21	12	31	28	18	2,870	2,456	3,079	2,813	2,355	3,366	3,743	3,475	2,626	3,575	3,178	3,366
- รพช.	49	33	20	44	29	17	39	34	20	34	28	17	412	400	395	386	375	431	521	490	557	350	342	431
ภาคเหนือ	32	29	18	33	29	18	37	32	15	34	31	18	2,203	2,035	2,418	2,252	2,109	2,537	2,714	2,518	2,306	2,543	2,348	2,550
- รพศ./รพท.	22	17	15	21	20	15	29	24	12	23	28	15	3,399	3,274	3,880	3,405	3,307	4,013	5,171	4,917	3,738	4,480	4,259	4,013
- รพช.	38	35	19	40	34	19	40	34	16	38	32	19	903	805	975	936	833	1,019	943	817	926	924	797	1,018
ภาค ตอ. เติ่ง เหนือ	38	32	25	38	32	23	41	32	20	38	29	23	1,299	1,176	1,574	1,219	1,092	1,508	1,374	1,269	1,299	1,264	1,200	1,527

ตารางที่ 38 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อการมารับบริการหนึ่งแสนครั้ง ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนราย)

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด/รพ.	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อจำนวนการให้บริการหนึ่งแสนครั้ง												จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตที่ รพ. ต่อจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ามานอน รพ. หนึ่งแสนคน											
	ตค.-ธค.			ตค.-มีค.			ตค.-มิย.			ทั้งปีงบประมาณ			ตค.-ธค.			ตค.-มีค.			ตค.-มิย.			ทั้งปีงบประมาณ		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
- รพศ./รพท.	37	32	21	36	29	24	52	37	22	51	33	24	2,780	2,488	3,788	2,640	2,364	3,611	3,819	3,589	3,051	3,339	3,148	3,611
- รพช.	37	31	25	37	31	22	36	29	15	34	27	22	384	354	450	365	338	452	325	302	346	342	325	453
ภาคกลาง	39	33	17	36	32	18	41	33	16	38	32	18	2,495	2,159	2,491	2,305	2,223	2,564	2,974	2,885	2,498	2,666	2,525	2,564
- รพศ./รพท.	25	22	11	24	21	12	36	29	11	30	24	12	3,203	3,056	3,435	3,163	3,080	3,475	4,769	4,598	3,494	4,149	3,949	3,475
- รพช.	54	47	21	48	45	23	46	38	20	45	39	23	1,275	653	762	749	693	762	727	699	713	724	647	762
ภาคตะวันออก	51	46	31	53	52	30	55	55	23	54	56	30	2,204	2,209	2,757	2,063	2,080	2,501	2,519	2,378	2,209	2,282	2,101	2,501
- รพศ./รพท.	16	18	13	8	9	8	11	12	9	8	11	8	3,658	3,648	4,961	3,733	3,738	4,438	5,532	5,166	4,231	4,863	4,525	4,438
- รพช.	72	63	38	74	72	38	69	69	28	70	72	38	781	783	926	733	741	910	742	695	711	752	623	910
ภาคตะวันตก	36	35	31	38	45	35	46	49	24	43	45	35	2,225	2,013	2,371	2,182	2,034	2,675	2,673	2,498	2,176	2,535	2,270	2,729
- รพศ./รพท.	19	16	26	20	20	32	29	25	15	26	27	32	3,090	2,811	3,357	3,146	2,931	3,970	4,615	4,227	3,092	3,990	3,538	3,970
- รพช.	55	59	35	57	75	37	59	67	31	58	62	37	554	526	805	551	519	839	571	589	734	579	570	858
ภาคใต้	32	28	18	32	27	18	35	31	15	34	31	18	1,422	1,364	1,458	1,286	1,222	1,409	1,590	1,493	1,333	1,425	1,333	1,409
- รพศ./รพท.	21	22	16	19	17	14	29	25	14	26	23	14	2,571	2,402	2,621	2,400	2,241	2,574	3,556	3,371	2,504	3,091	2,888	2,574
- รพช.	39	31	19	39	33	19	38	34	16	38	34	19	289	314	363	297	314	384	306	293	296	305	300	384

ตารางที่ 39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อจำนวนประชากร ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนคน)

ประเทศ/ภูมิภาค /จังหวัด/รพ	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												รวมจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน													
	ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ			ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ			ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ				
	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45					
ปีงบประมาณ.	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45					
จำนวน รพ.ที่ใช้ คำนวณ	762 แห่ง			715 แห่ง			657 แห่ง			711 แห่ง			762 แห่ง			715 แห่ง			657 แห่ง			711 แห่ง			762 แห่ง			715 แห่ง			657 แห่ง			711 แห่ง				
รวมทั้งประเทศ	43	40	47	43	41	45	43	40	43	43	40	45	191	181	190	185	178	181	191	189	190	185	184	182	234	221	238	228	218	226	235	229	233	228	225	227		
- รพศ./รพท.	38	36	39	36	34	39	36	31	37	36	34	39	589	565	589	583	558	566	586	580	580	576	576	566	627	601	627	620	592	604	622	611	617	613	610	604		
- รพช.	45	41	50	46	43	46	46	44	45	45	43	47	44	40	44	41	40	42	42	40	42	42	41	42	89	81	94	87	83	89	88	84	87	88	84	89		
จัดกลุ่มตามวิธีจัดสรรเงินตามข้อตกลง ณ มิถุนายน 2545 (จากสปก)																																						
รวม จว. ที่ใช้ Exclusive	41	37	46	42	39	43	43	38	38	42	39	43	192	187	195	183	178	182	198	198	201	183	185	184	233	224	240	225	217	225	241	236	239	225	224	227		
- รพศ./รพท.	41	39	41	43	37	44	44	35	42	46	35	44	609	595	613	602	584	596	596	595	606	591	606	596	650	634	653	645	620	640	640	630	649	637	641	640		
- รพช.	40	36	47	42	40	42	42	40	36	41	40	43	35	33	37	35	35	36	35	35	35	36	35	36	75	70	84	76	74	78	77	75	71	77	75	79		
รวม จว.ที่ใช้ Inclusive	44	44	51	45	44	48	45	43	49	46	44	48	204	191	205	199	192	195	203	200	199	200	198	196	249	235	256	244	236	243	248	244	249	245	242	245		
- รพศ./รพท.	37	36	39	33	33	36	32	29	32	31	34	36	585	558	591	578	558	560	581	576	567	573	570	560	621	594	629	611	591	596	613	605	599	603	604	596		
- รพช.	47	47	56	49	49	53	50	49	56	51	48	53	54	46	53	49	46	50	49	47	50	50	48	50	101	93	108	98	95	103	100	96	106	101	96	103		
รวม จว. ที่ใช้ Mix	43	31	37	41	30	33	37	30	31	34	31	33	127	118	113	133	116	121	117	107	111	131	123	121	170	149	150	173	146	154	155	138	142	166	155	154		

ตารางที่ 39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อจำนวนประชากร ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนคน)

ประเทศ/ภูมิภาค /จังหวัด/รพ	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												รวมจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน											
	ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ			ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ			ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ		
	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45
- รพศ./รพท.	32	27	28	34	30	36	28	24	44	34	32	36	537	487	479	545	463	489	578	528	551	544	504	489	569	514	506	578	493	525	606	552	595	577	535	525
- รพช.	46	32	39	42	30	33	39	32	28	35	31	33	31	32	28	30	30	30	28	26	26	29	29	30	77	64	67	73	60	62	67	58	55	64	60	62
จัดกลุ่มตามวิธีการจัดสรรเงินเมื่อตอนเริ่มโครงการ UC																																				
รวม จว. ที่ใช้ Exclusive	43	37	43	43	38	41	42	37	36	42	38	42	182	175	181	173	166	168	179	178	182	172	173	169	225	213	224	216	204	210	221	215	219	213	211	211
- รพศ./รพท.	42	39	45	43	36	48	42	33	44	44	36	48	599	576	590	594	569	572	591	586	601	585	592	572	641	615	634	636	605	620	632	619	645	629	628	620
- รพช.	43	37	42	43	38	39	42	38	33	41	39	39	31	30	33	30	30	32	30	30	31	31	29	32	75	67	76	73	68	71	72	68	64	71	68	71
รวม จว. ที่ใช้ Inclusive	44	44	52	45	46	48	47	45	52	47	45	48	211	199	211	208	201	203	216	213	208	209	208	205	255	243	263	253	247	251	262	258	260	256	253	253
- รพศ./รพท.	37	37	33	33	34	31	32	31	30	31	35	31	590	572	601	585	564	568	588	581	563	580	578	568	626	609	634	618	599	599	620	611	593	611	613	599
- รพช.	47	47	59	49	51	55	52	52	61	53	50	55	60	51	55	55	52	54	55	53	55	56	54	54	108	98	114	104	103	109	108	105	115	109	104	109
รวม จว. ที่ใช้ Mix	36	34	49	36	32	45	36	35	40	35	33	45	143	129	145	149	135	151	143	137	146	149	141	151	179	163	194	185	167	196	179	171	186	184	174	196
- รพศ./รพท.	19	18	36	19	20	30	20	24	33	19	21	30	526	457	511	520	461	518	551	528	560	511	480	518	545	475	547	538	481	548	571	552	593	530	501	548
- รพช.	40	39	53	41	35	49	40	37	42	39	37	49	41	41	47	42	41	45	41	39	43	44	43	45	81	80	100	83	77	94	81	76	85	83	79	94
ภาคเหนือ	38	36	41	40	37	40	41	39	37	39	39	40	231	219	233	244	231	233	247	241	233	243	239	234	268	255	275	283	268	273	289	279	271	282	278	274

ตารางที่ 39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อจำนวนประชากร ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนคน)

ประเทศ/ภูมิภาค /จังหวัด/รพ	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												รวมจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน																							
	ดค. – ธค.				ดค. – มีค.				ดค. – มิย.				ปีงบประมาณ				ดค. – ธค.				ดค. – มีค.				ดค. – มิย.				ปีงบประมาณ				ดค. – ธค.				ดค. – มีค.				ดค. – มิย.				ปีงบประมาณ			
	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45									
ปีงบประมาณ.	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45									
- รพศ./รพท.	30	24	34	28	29	33	28	25	28	24	31	33	630	596	631	630	599	600	660	651	619	621	617	600	660	619	665	658	627	632	688	676	647	645	649	632												
- รพช.	41	42	45	45	41	43	47	44	41	45	42	43	64	62	67	69	64	67	71	65	68	70	66	67	105	103	112	114	106	110	118	110	110	115	108	110												
ภาค ดอ. เหนือ	38	34	47	38	34	41	39	34	44	40	32	42	126	116	121	119	107	109	122	114	118	118	114	111	164	150	168	157	141	151	161	148	162	158	146	152												
- รพศ./รพท.	48	45	40	48	40	44	47	35	49	53	37	44	562	517	538	534	475	481	521	486	500	521	504	481	610	563	577	581	515	525	567	520	549	574	541	525												
- รพช.	36	32	48	36	33	41	38	33	43	36	31	41	29	27	29	28	26	28	26	25	26	28	27	28	64	59	77	64	59	69	64	58	69	65	58	69												
ภาคกลาง	54	52	44	50	49	45	49	44	42	49	46	45	274	252	270	260	259	275	270	279	288	259	267	275	328	304	314	311	308	319	319	323	330	308	313	319												
- รพศ./รพท.	40	40	32	40	38	33	40	36	31	38	35	33	559	559	600	558	555	597	558	572	598	557	574	597	599	599	632	599	594	630	597	609	629	595	609	630												
- รพช.	63	61	50	57	58	51	56	51	49	55	54	51	84	47	50	50	49	49	50	51	51	50	50	49	147	108	101	107	107	99	105	103	100	106	104	99												
ภาคตะวันออก	61	57	71	65	67	71	61	65	60	63	72	71	251	254	280	231	236	245	251	252	258	234	236	245	312	311	351	297	302	315	311	317	317	298	307	315												
- รพศ./รพท.	28	34	35	14	18	26	13	16	28	12	17	26	812	823	903	955	975	1,007	965	975	995	959	991	1,007	841	856	937	969	993	1,033	978	991	1,023	971	1,008	1,033												
- รพช.	73	66	83	78	78	81	74	78	68	76	85	81	60	60	68	58	58	62	58	58	60	60	54	62	133	126	151	135	137	143	132	136	128	136	139	143												
ภาคตะวันตก	51	49	78	53	63	76	55	59	63	54	59	76	315	294	281	303	293	278	291	298	278	303	301	278	366	343	359	356	356	354	346	357	342	358	360	354												
- รพศ./รพท.	31	28	67	34	35	69	33	32	44	33	39	69	620	575	526	622	602	549	644	654	594	618	608	549	651	603	594	655	636	618	677	686	638	651	647	618												

ตารางที่ 39 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต่อจำนวนประชากร ในช่วง 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 1 ปี ของปีงบประมาณ 2543 – 2545

(หน่วย : ราย/แสนคน)

ประเทศ/ภูมิภาค /จังหวัด/รพ	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												จำนวนผู้ป่วยนอกที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน												รวมจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน											
	ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ			ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ			ดค. – ธค.			ดค. – มีค.			ดค. – มิย.			ปีงบประมาณ		
	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45			
ปีงบประมาณ.	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45			
- รพช.	67	68	87	68	85	81	70	77	77	71	74	81	53	51	70	51	50	65	52	57	64	55	58	65	120	119	157	119	135	146	122	134	141	126	133	146
ภาคใต้	42	39	41	42	37	39	41	39	37	42	40	39	164	163	165	146	147	148	154	155	160	146	149	148	207	202	207	188	184	188	195	194	197	187	189	188
- รพศ./รพท.	37	41	40	35	32	38	34	33	38	36	35	38	498	487	487	481	476	475	476	477	492	476	483	475	535	528	527	516	508	514	511	510	530	511	518	514
- รพช.	45	38	42	45	39	40	43	41	36	44	42	40	24	27	30	24	27	29	25	26	26	25	27	29	69	64	72	69	67	69	69	67	63	69	69	69

หมายเหตุ: จำนวนสถานพยาบาลที่ใช้คำนวณต่างกันเพราะในแต่ละช่วงจะใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลในช่วงนั้นครบทั้งสามปี (หรือ 6 เดือนสำหรับปีงบประมาณ 2545)

ที่มา: ประมวลจากรายงาน 0110 รง. 5 ที่สถานพยาบาลรายงานมาที่ สคส. (ข้อมูลเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2545)

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2545 (ตุลาคม 44 – มีนาคม 45) กับช่วงหลังจากนั้น คือเดือนเมษายนถึงมิถุนายน (ไตรมาสที่ 3) เดือนเมษายนถึงกรกฎาคม และเดือนเมษายนถึงสิงหาคม ตามลำดับ (ตารางที่ 40) พบว่าในภาพรวมระดับประเทศนั้น อัตราตายต่อจำนวนการใช้บริการในไตรมาสที่สามลดลงจากช่วงหกเดือนแรก แต่หลังจากนั้นก็มีแนวโน้มเพิ่มกลับขึ้นไปเล็กน้อยในแทบทุกกลุ่มสถานพยาบาล ซึ่งน่าจะเป็นข้อบ่งชี้ว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลของฤดูกาลเป็นหลัก (ถึงแม้ว่าจะมีแบบแผนทางฤดูกาลที่ต่างจากสองปีก่อนอยู่บ้าง) และยังไม่ปรากฏหลักฐานที่บ่งชี้ไปในทิศทางที่เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งตั้งข้อสังเกตเอาไว้ว่า การที่ทางกระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้ความสำคัญกับอัตราตายที่โรงพยาบาลมากขึ้น และในช่วงกลางปี 2545 ได้มีการสอบถามกลับไปยังโรงพยาบาลที่มีตัวเลขอัตราการตายในช่วงหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 45 สูงบางแห่ง จะเป็นสำคัญที่ทำให้อัตราตายที่รายงานมีแนวโน้มลดลง ไม่ว่าจะเป็นด้วยการเข้มงวดกวดขันในการรักษาพยาบาลมากขึ้นหรือโดยการปรับเปลี่ยนวิธีรายงานข้อมูลก็ตาม

แม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่จะยังไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราการตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือกลไกการจ่ายเงินและคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้ แต่ข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นในช่วงครึ่งปีแรกก็เป็นสิ่งที่ควรติดตามอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ว่าจำนวนการตายที่โรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3-6 นี้อาจมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ (รวมทั้งการระบาดของไข้เลือดออก) และผลจากการที่คนไข้และญาติมีภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลน้อยลงด้วยก็ตาม

ตารางที่ 40 เปรียบเทียบอัตราการตายต่อจำนวนครั้งการให้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้
ป่วยใน ช่วง 6 เดือนแรก และระหว่างเดือน เม.ย.-ส.ค. ของปีงบประมาณ 2545

(หน่วย : ต่อแสนครั้งหรือคน)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด/รพ.	จำนวนราย OP ตาย / จำนวน visit ของ OP แสนคน						จำนวนราย IP ตาย / จำนวน visit ของ IP แสนคน											
	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.
จำนวน รพ.ที่ใช้คำนวณ	767 แห่ง		653 แห่ง		491 แห่ง		767 แห่ง		653 แห่ง		491 แห่ง							
รวมทั้งประเทศ	20	19	19	18	18	14	1,981	1,703	1,979	1,724	2,107	1,860						
- รพศ./รพท.	15	15	14	14	13	12	3,543	3,286	3,481	3,267	3,589	3,345						
- รพช.	23	19	21	18	20	14	633	497	635	513	642	519						
- รพ.รัฐนอกสธ	15	10	15	17	8	15	2,339	1,253	2,062	1,181	1,602	1,151						
- รพ.เอกชน	31	114	34	111	32	97	1,221	1,148	1,264	1,147	1,229	1,149						
ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด/รพ.	จำนวนราย OPตาย/ประชากรแสนคน						จำนวนราย IP ตาย/จำนวนประชากรแสนคน						จำนวนราย OP+IP ตาย/ประชากรแสนคน					
	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ด.ค.-ม.ค.	เม.ย.-มิ.ย.
จำนวน รพ.ที่ใช้คำนวณ	710 แห่ง		602 แห่ง		453 แห่ง		710 แห่ง		602 แห่ง		453 แห่ง		710 แห่ง		602 แห่ง		453 แห่ง	
รวมทั้งประเทศ	44	46	42	44	41	36	184	188	192	198	214	219	228	234	235	242	255	255
- รพศ./รพท.	36	40	35	38	34	34	580	600	579	602	608	630	616	640	615	640	643	664
- รพช.	47	47	45	46	44	36	42	41	44	44	45	44	89	88	89	90	89	80
- รพ.รัฐนอกสธ	20	39	20	32	20	28	217	101	217	121	235	150	237	140	237	153	256	178
- รพ.เอกชน	61	95	66	86	60	68	122	130	128	110	129	117	183	225	194	196	189	185

หมายเหตุ: จำนวนสถานพยาบาลที่ใช้คำนวณต่างกันเพราะในแต่ละช่วงจะใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลในช่วงนั้นครบทั้งหมด

ไม่ได้แยกรายงานข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากมีจำนวนโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบน้อยมาก (บางกรณีมีแห่งเดียว)

ที่มา: ประมวลจากรายงาน 0110 รง. 5 ที่สถานพยาบาลรายงานมาที่ สคส. (ข้อมูลเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2545)

กรอบที่ 3 ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในการบริหารการเงินในโครงการ 30 บาท

- ในบรรดาประเด็นต่างๆ ที่มีการถกเถียงกันในระดับจังหวัดนั้น ประเด็นเรื่องการรวมหรือตัดเงินเดือนในระดับใดเป็นประเด็นที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งส่วนกลางควรตัดสินใจในเรื่องนี้ก่อนเรื่องอื่นอีกหลายเรื่อง และส่วนกลางน่าจะอยู่ในฐานะที่ตัดสินใจได้ (เพราะเป็นประเด็นเรื่องหลักการ ไม่ใช่เรื่องที่ตัดสินด้วยข้อมูล) ที่ผ่านมา หลักการตัดสินใจในเรื่องการรวมเงินเดือนยังไม่ชัดเจน แต่ถ้าในอนาคตจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาล ก็ควรยกเลิกวิธีใช้การรวมเงินเดือนเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาให้สถานพยาบาลอื่น และหันไปใช้เครื่องมืออื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาแทน
- การจัดสรรรูปแบบ inclusive capitation สร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ป่วยเอง และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับปรุงศักยภาพของสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม ระบบนี้อาจทำให้สถานพยาบาลระดับต้นที่ไม่มีความมั่นใจในสถานะทางการเงินของตนใช้วิธีจำกัดการส่งต่อผู้ป่วยจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ ในขณะเดียวกัน สถานพยาบาลระดับตติยภูมิเองก็ไม่มี ความมั่นใจในรายรับของตนและมีแรงจูงใจเข้ามาแข่งขันในการให้บริการระดับปฐมภูมิแทน ประสพการณ์ในอดีตชี้ให้เห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบนี้จะลดลงเมื่อสถานพยาบาลมีความมั่นใจในสถานะทางการเงินของตน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ไม่สามารถลด uncertainty ของโครงการนี้ลงได้อย่างรวดเร็ว (ซึ่งมีความเป็นไปได้ค่อนข้างมากนั้น) การทอดระยะเวลานานๆ เพื่อให้สถานพยาบาลค่อยๆ สร้างความมั่นใจขึ้นมาอาจจะต้องใช้เวลา นานจนอาจจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพหรือชีวิตของประชาชนมากเกินไป
- การจัดสรรงบโดยวิธีแยกงบผู้ป่วยนอกและในออกจากกัน (OP-IP split หรือ "exclusive") ช่วยแก้ปัญหาการขาดแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยใน (ถ้ากำหนดสัดส่วนของงบผู้ป่วยในที่มีความสมเหตุสมผลพอ) แต่เป็นวิธีที่ให้รางวัลการซ่อมสุขภาพ และในกรณีที่รับผู้ป่วยในมีสัดส่วนที่สูงพอสมควร อาจก่อให้เกิดการรับผู้ป่วยในเข้ามามากเกินไปจนความจำเป็น ถ้าจะนำวิธีนี้มาใช้ อาจต้องมีวิธีจูงใจไม่มีการรับผู้ป่วยในเกินความจำเป็น เช่น อาจพิจารณาหักเงินสถานพยาบาลที่รับคนไข้เข้ามาเป็นผู้ป่วยใน (ตัวอย่างเช่น 150-200 บาท ต่อ admission) ในกรณีที่ admit ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลตัวเอง
- วิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้คือการผสมผสานสองวิธีนี้เข้าด้วยกัน เช่น วิธีที่คณะอนุกรรมการการเงินการคลังฯ เสนอให้แยกงบผู้ป่วยในสำหรับกรณีที่มียาหนัก DRG สูงกว่า 0.5 ออกมาจากงบเหมาจ่าย โดยอาจพิจารณาปรับค่าน้ำหนัก DRG ให้สอดคล้องกับแนวทางที่ต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาขึ้นไปในอนาคต (ปัจจุบันค่าน้ำหนัก DRG 0.5 ลงมา รวมการรักษาใช้เลือดออกและการผ่าตัดไส้ติ่งอยู่ด้วย)

การปรับตัวของผู้ให้บริการในด้านอื่นๆ

พฤติกรรมกรให้บริการของบุคลากรมักจะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของผู้ให้บริการ ดังนั้น ความไกลห่างที่เกิดขึ้นในระบบย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมกรให้บริการค่อนข้างตามไปด้วย

จากการสัมภาษณ์และทำ focus group เกี่ยวกับทัศนคติของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบางแห่งในจังหวัดที่ศึกษาประกอบกับการติดตามข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น อาจจัดกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลตามทัศนคติที่มีต่อโครงการ 30 บาท ออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ดังต่อไปนี้คือ

กลุ่มที่หนึ่ง ผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) ในภาคกลางและภาคเหนือ (และบางจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น นครราชสีมา) ค่อนข้างมั่นใจว่าสถานพยาบาลจะได้รับผลกระทบในทางลบจากโครงการ กลุ่มนี้มีทั้งที่เห็นว่าการมีนโยบาย 30 บาทเป็นการช่วยเหลือกลุ่มที่ช่วยตนเองได้แล้วโดยไม่จำเป็น และกลุ่มที่เห็นว่างบประมาณของโครงการไม่พอหรือมีวิธีการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะแสดงความมั่นใจว่ารัฐบาลคงไม่ปล่อยให้สถานพยาบาลใหญ่เหล่านี้ล้มไป แต่สถานพยาบาลกลุ่มนี้ก็พยายามปรับตัวในหลายด้านเช่น¹¹⁴

- พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาคนไข้
 - มีการจัดกรอบยาใหม่ หรือแยกรอบยาสำหรับผู้ป่วยจ่ายเงินเอง
 - หันมาซื้อยาที่เป็น local made มากขึ้น โดยเน้นที่ราคาถูก
 - โรงพยาบาลบางแห่งให้ห้องยาควบคุมการจ่ายยา และทดแทนยาบางตัวที่แพทย์สั่งโดยอัตโนมัติ
 - กำหนด guideline ให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด เช่น จ่ายยาครั้งละไม่เกิน 1 เดือน

¹¹⁴ รายการที่มีเครื่องหมาย * อยู่ข้างท้าย หมายถึงกรณีที่มีข้อมูลเรื่องพฤติกรรมกรปรับตัวในลักษณะดังกล่าวที่มีทั้งที่มาจากเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอง และจากข้อสังเกตของผู้บริหารสถานพยาบาลอื่น ส่วนรายการที่มี ** เป็นพฤติกรรมที่อ้างถึงโดยของผู้บริหารสถานพยาบาลอื่นล้วนๆ ซึ่งมีทั้งที่ผู้ให้ข้อมูลระบุชื่อสถานพยาบาลหรือให้ข้อมูลที่พอจะคาดเดาได้ว่าเป็นสถานพยาบาลใด และกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ระบุชื่อสถานพยาบาลที่อ้างถึง ในแทบทุกกรณี คณะผู้วิจัยไม่สามารถหรือยังไม่มีโอกาสสอบถามจากสถานพยาบาลที่ถูกอ้างถึง และไม่สามารถชี้ชัดลงไปได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมานานขนาดไหน แต่ก็มีกรกล่าวถึงพฤติกรรมทำนองนี้บ้างเช่นกันใน web board ต่างๆ ที่ผู้วิจัยติดตามดู รวมทั้งใน war room เองก็มีรายงานที่กล่าวถึงพฤติกรรมกรวินิจฉัยโรคเกินความจริง (เช่น คนไข้ที่ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจส่วนบนถูกบันทึกในรายงานว่าเป็นปอดบวม)

- ให้แพทย์ที่ให้การรักษากรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง (กับคนไข้ที่ไม่สามารถเบิกหรือเรียกเก็บได้เต็มจำนวน) ทำบันทึกชี้แจงเหตุผลและความจำเป็น
- ในคนไข้ส่งต่อที่อาการไม่หนักมาก บางครั้งใช้วิธี delayed treatment หรือรักษาแบบประคับประคอง นิดหลายๆ ครั้ง*
- ต่อดองเรื่องวิธีจัดสรรงบในจังหวัด (เช่น ผลักดันให้มีการรวมเงินเดือน ให้แบ่งบตามสัดส่วนในอดีต งบประมาณพื้นฐาน งบลงทุน ฯลฯ)
- ขอแบ่ง catchment area เพิ่ม โดยต่ององว่าให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ออกไปเปิด PCU
- ปรับลดค่าตอบแทนในส่วนที่อยู่ในอำนาจของสถานพยาบาล เช่น ค่าเวร (ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาหนักเป็นพิเศษเท่านั้น)¹¹⁵
- ลดทุนเรียนต่อ¹¹⁶
- ขอ contingency fund จากส่วนกลาง
- ของงบลงทุนจากส่วนกลางมาทำ excellent center (โดยหวังว่าจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น)
- ขยายตึกเพื่อสร้างห้องพิเศษเพิ่ม โดยหวังว่าจะหารายได้เพิ่มจากห้องพิเศษ (เช่น ที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปขยายตึกโดยใช้งบประมาณร่วมกับเงินบำรุง ซึ่งมีเหลือค่อนข้างมาก)

กลุ่มที่สอง ได้แก่กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ค่อยมั่นใจว่าสถานพยาบาลของตนเองจะอยู่ได้อย่างสบาย (ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่เห็นว่าการมีนโยบาย 30 บาทเป็นการช่วยเหลือกลุ่มที่ช่วยตนเองได้แล้วโดยไม่จำเป็น กลุ่มที่เห็นว่างบประมาณของโครงการไม่พอ และกลุ่มที่พอใจกับแนวทางการจัดสรรงบในโครงการ 30 บาท ที่จัดสรรไปลงเครือข่ายอำเภอ แต่ที่มีปัญหาเนื่องจากถูกลำบากงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้รวมเงินเดือนในระดับจังหวัด และกันเงินไว้ร้อยละ 10¹¹⁷)

¹¹⁵ อย่างไรก็ตาม ในจังหวัดที่ศึกษามีจังหวัดหนึ่งที่ไม่ใช่จากโรงพยาบาลทั่วไปจะปรับเพิ่มค่าเวรตามอัตราใหม่แล้ว ยังปรับให้อีกร้อยละ 50 (ซึ่งระเบียบใหม่อนุญาตให้ทำได้) ทั้งนี้โรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้มีเงินบำรุงที่สะสมเอาไว้ค่อนข้างมาก

¹¹⁶ บางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้ามาแทรกแซงโดยดึงงบส่วนนี้ไปกองรวมกันไว้ที่จังหวัด เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบสถานพยาบาลเจ้าของอัตรา (เช่น เชียงใหม่ และลพบุรี)

¹¹⁷ ตัวอย่างเช่นในจังหวัดอุดรธานีและเชียงใหม่

ในกลุ่มนี้นั้น นอกเหนือจากการปรับตัวในทำนองเดียวกันกับกลุ่มแรกแล้ว ก็มีการปรับตัวในด้านอื่นด้วยเช่น

- ไม่ปรับขึ้นค่าเวรในอัตราใหม่ที่ทางส่วนกลางเสนอให้ปรับขึ้น¹¹⁸
- ทำข้อตกลงในการ refer กับจังหวัดใกล้เคียงในอัตราที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดเดียวกัน
- เจรจากับโรงพยาบาลเอกชนให้มาเป็น supra-contractor ในอัตราค่าบริการที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลรัฐ
- ตัดกรอบยาที่มีราคาแพงและ refer คนไข้ที่ต้องใช้ยาเหล่านั้นไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่*
- บางโรงพยาบาลพยายามรักษาค่าคนไข้ในประเภทที่ในอดีตเคยส่งต่อโรงพยาบาลใหญ่มาโดยตลอด**
- ในคนไข้ที่อาหารไม่หนัก บางครั้งใช้วิธี delayed treatment หรือรักษาแบบประคับประคอง¹¹⁹
- ในคนไข้หนักบางกรณีมี delayed treatment หรือพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพ (แต่ในกรณีที่คนไข้หรือญาติไม่ยอม จึงหันไปออกใบส่งตัวให้แทน)**

ในกลุ่มนี้ มีสถานพยาบาลบางแห่งที่เริ่มเตรียมรับกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานบริการ (ซึ่งบางที่อาจมีโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่แข่งด้วย) และบางแห่งเริ่มต้นตัวกับการที่โรงพยาบาลอาจจะต้องเข้าไปอยู่ภายใต้องค์กรปกครองท้องถิ่นในอนาคต และ

¹¹⁸ ผู้บริหารสถานพยาบาลกลุ่มนี้หลายท่านไม่พอใจกับการที่ทางส่วนกลางปรับค่าเวรสำหรับบุคลากร เพราะเห็นว่าเป็นวิธีที่ผู้บริหารที่ส่วนกลางสร้างความพอใจให้บุคลากรโดยเพิ่มภาระกับโรงพยาบาลและผู้บริหาร

¹¹⁹ อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งแย้งว่าปัญหาการกักคนไข้ซึ่งเคยเป็นปัญหาในโครงการประกันสังคมและ สปร. (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่ใช้ระบบ inclusive capitation) นั้น น่าจะมีปัญหาน้อยลง เนื่องจากประชาชนรับรู้สิทธิของตนมากขึ้น (ซึ่งการประชาสัมพันธ์โครงการ 30 บาทมีส่วนช่วยในเรื่องนี้) และสถานพยาบาลเองก็มีประสบการณ์จากในอดีตว่าการกักผู้ป่วยหรือ delayed treatment ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้นและมีค่าใช้จ่ายที่ต้องตามไปจ่ายสูงขึ้นในที่สุด นอกจากนี้สถานพยาบาลยังเสี่ยงต่อการร้องเรียนอีกด้วย ดังนั้น ถึงแม้ว่าในจังหวัดที่เพิ่งหันมาใช้ระบบนี้เป็นครั้งแรกในโครงการ 30 บาทอาจจะมีปัญหาทำนองนี้ แต่ก็น่าจะลดลงไปในที่สุด อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งในจังหวัดเดียวกันมีความเห็นว่าการกักผู้ป่วยยังเป็นปัญหา แต่วิธีที่โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งใช้ในปัจจุบันมีความ sophisticate มากขึ้น เช่น หันมาใช้วิธีหว่านล้อมให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนักยอมรับสภาพ แต่เมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่ยอมรับ สถานพยาบาลก็มักจะยอมออกใบส่งตัวให้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการร้องเรียน

พยายามขยายบทบาทของพยาบาลระดับหัวหน้าให้ไปบริหาร PCU เพื่อสร้างผลงานและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับท้องถิ่น เพื่อที่จะได้เป็นหลักประกันว่าในอนาคตที่โรงพยาบาลอาจต้องไปอยู่ภายใต้การดูแลของท้องถิ่นแล้ว องค์การปกครองท้องถิ่นจะยังคงจ้างบุคลากรเหล่านี้ (ซึ่งมีเงินเดือนสูง) ต่อไป

กลุ่มที่สาม ได้แก่กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนที่ค่อนข้างมั่นใจว่าการจัดสรรงบประมาณตามโครงการ 30 บาทจะทำให้สถานพยาบาลมีสถานะการเงินที่ดีขึ้น กลุ่มนี้มักประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรในความรับผิดชอบจำนวนมาก และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็กที่มีสถานะทางการเงินดีขึ้นจากการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการ สปร. โดยในกลุ่มหลังนั้น ผู้บริหารมีความพอใจที่โครงการ 30 บาท ได้ขยายหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มที่เหลือด้วย ทำให้สถานพยาบาลมีหลักประกันว่าผู้ป่วยทุกรายที่เดินเข้ามาจะมีสิทธิอย่างน้อยหนึ่งสิทธิ และการทิ้งของโครงการ 30 บาทต่อหัวที่สถานพยาบาลได้รับ (รวมทั้งในกรณีรวมเงินเดือนที่จังหวัด) สูงกว่างบ สปร. ในอดีต ทำให้สถานพยาบาลน่าจะมีฐานะการเงินที่ดีขึ้นมาก เพราะในอดีตนั้น ก็คิดค่ารักษาจากผู้ป่วยนอกแต่ละรายสูงกว่า 30 บาทไม่มากอยู่แล้ว การปรับตัวของสถานพยาบาลกลุ่มนี้ต่างจากสองกลุ่มแรก เช่น

- เพิ่มค่าเวรให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
- ขยายเวลาบริการของ PCU (บางแห่งมีเจ้าหน้าที่อยู่เวรประจำ 24 ชั่วโมง)
- ส่งต่อผู้ป่วยแทบทุกรายที่ต้องการไปรับการรักษาที่อื่น (ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งระบุว่าถ้าผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าสถานพยาบาลพร้อมที่จะส่งคนไข้ไปรับการรักษาในที่ที่ตนต้องการ ในอนาคตที่เปิดให้เลือกสถานพยาบาลได้นั้น คนไข้กลุ่มนี้ย่อมเลือกที่จะอยู่กับโรงพยาบาลต่อไป เนื่องจากการอยู่กับโรงพยาบาลของตนจะมี option ในการรักษามากกว่าไปเลือกโรงพยาบาลไกลบ้าน)
- ปรับภูมิทัศน์ของสถานพยาบาล
- หาทางจ้างบุคลากรเพิ่ม แต่เนื่องจากการจ้างแพทย์เพิ่มทำได้ลำบาก บางแห่งจึงใช้วิธี
 - จ้างแพทย์จากโรงพยาบาลใหญ่ (เช่นโรงพยาบาลนอกสังกัด) มาผ่าตัดคนไข้ที่โรงพยาบาลชุมชน.
 - จ้างพยาบาล part-time จากโรงพยาบาลเอกชนใกล้เคียง
 - ประกาศรับแพทย์/รับโอนโดยเสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่าอดีต (เช่น เงินเดือนบวกค่าตอบแทนต่างๆ รวม 60,000 บาทต่อเดือน)

- เสนอโครงการสร้างหรือขยายเตียงเพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้นโดยขอรับ
ลงทุนบางส่วนจากจังหวัดมาเสริม
- ปรับภูมิทัศน์ของสถานพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารสถานพยาบาลหลายแห่งซึ่งดูจากตัวเลขแล้วน่าจะมีรายรับเพิ่มขึ้น
มากนั้น ยังคงค่อนข้างระมัดระวังกับการขยายบริการ เช่น เพิ่มเตียงหรือรับแพทย์ประจำเข้ามา
เพิ่ม เนื่องจากยังมีความไม่มั่นใจว่ารัฐบาลจะมีเงินพอที่จะมาให้กับโครงการจริง¹²⁰ จะได้รับเงิน
ตามที่ตกลงไว้จริงโดยไม่ถูกจัดแบ่งใหม่ไปที่อื่น ฯลฯ ทำให้ข่าวคราวของการใช้งบที่ได้รับความนิยม
ในการขยายศักยภาพของการบริการยังคงเป็นข้อถกเถียงมากกว่ากรณีทั่วไป

การปรับตัวของบุคลากร

สำหรับบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้บริหารนั้น ปกติจะได้รับผลกระทบที่คล้ายคลึงกับสถานพยาบาล
อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่ไม่ใช่ฝ่ายบริหารนั้น มีเสียงสะท้อน
ที่ต่างออกไปบ้างในบางประเด็นเช่น

- แพทย์บางท่านระบุว่าสามารถรักษาผู้ป่วยโดยไม่ต้องห่วงเรื่องค่าใช้จ่ายมากเท่า
เดิม (ในกรณีที่ไม่ใช่ case ที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก) เนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยทุก
รายที่เดินเข้ามาจะมีสิทธิอย่างน้อยหนึ่งสิทธิ
- อย่างไรก็ตาม แพทย์และเจ้าหน้าที่จำนวนไม่น้อยซึ่งเป็นห่วงความอยู่รอดของ
สถานพยาบาลค่อนข้างมาก จะพยายามปรับตัวเพื่อลดค่าใช้จ่ายของสถาน
พยาบาล ซึ่งในหลายกรณีก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับผู้ป่วย การ
รักษา และการส่งต่อ ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้จะส่งผลต่อคนไข้ไม่มากนัก
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสถานีนอนมัยที่ได้ค่าเวรเพิ่ม (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เจ้า
หน้าที่ใน PCU ที่เปิด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีรายได้เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว) ค่อนข้างพอใจ
กับการเปลี่ยนแปลง แต่ก็ไม่มั่นใจว่าโรงพยาบาลจะมีเงินจ่ายให้ตลอดปีหรือไม่

ค.3 การจัดบริการปฐมภูมิและบริการด้านส่งเสริมป้องกัน

นอกจากการปฏิรูปการเงินการคลัง (health care financing reform) แล้ว โครงการ 30
บาท ยังให้ความสำคัญกับการหันมาทำงานส่งเสริมป้องกันมากขึ้น โดยโครงการนี้ได้ผลักดันให้

¹²⁰ ผู้บริหารบางท่านตีความว่าการที่งบประมาณในโครงการจัดสรรแบบเดือนต่อเดือน เป็นสัญญาณว่ารัฐบาลมี
ปัญหาในการหารายรับเข้ามาให้โครงการ

สถานพยาบาลต่างเพิ่มความเข้มแข็งให้กับงานด้านส่งเสริมป้องกันโดยสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit หรือ PCU) ขึ้นมา โดยคาดหวังว่าการขยายงานด้านส่งเสริมป้องกันจะช่วยให้การเจ็บป่วยลดลง และการมีสถานบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” จะช่วยลดผู้ป่วยที่ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาลระดับต่างๆ ลงได้ PCU เต็มรูปแบบแพทย์ไปประจำเต็มเวลา โดยมีอัตราแพทย์ต่อคนไข้ 1:10,000 (และมีข้อกำหนดด้านบุคลากรอื่นๆ และเวลาเปิดทำการที่ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 56 ชั่วโมง)

การกำหนดให้มีแพทย์ไปประจำที่ PCU ภายใต้โครงสร้างการกระจายแพทย์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาตามมาค่อนข้างมาก เนื่องจากที่ผ่านมา มีปัญหาขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนอยู่แล้ว สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์นั้น มีประชากรในเขตความรับผิดชอบไม่มาก แต่ก็มีปัญหาเช่นกัน เพราะถึงแม้ว่าโรงพยาบาลใหญ่จะมีแพทย์เป็นจำนวนมาก แต่ก็แพทย์เฉพาะทางแทบทั้งสิ้น

การปรับตัวของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในเรื่องนี้ พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

- PCU ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์อยู่เต็มเวลา ส่วนใหญ่เป็น PCU ที่ตั้งขึ้นในเขตโรงพยาบาลเอง สำหรับ PCU ที่ตั้งอยู่นอกในเขตโรงพยาบาลและมีแพทย์เต็มเวลาราชการนั้น มีจำนวนน้อยมาก ตัวอย่างที่พบในจังหวัดเชียงใหม่ คือ PCU ของโรงพยาบาลสันกำแพง ซึ่งแบ่งแพทย์หนึ่งคนจากทั้งหมดสามคนมาบริหารและอยู่ประจำที่ PCU (ซึ่งอยู่ใจกลางตัวอำเภอ ขณะที่ตัวโรงพยาบาลอยู่ห่างออกไป) และมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลมาประจำอีก 3 คน และได้ขยายพื้นที่สถานีอนามัยเดิมออกไปด้วย ในช่วงที่ผ่านมา มีผู้มาใช้บริการที่ PCU แห่งนี้เพิ่มขึ้นมาก (ประมาณหนึ่งเท่าตัว) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเดิมต้องเปลี่ยนมาทำหน้าที่ด้านข้อมูลและ screen คนไข้ (ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบางท่านระบุว่าทำให้แทบจะไม่มีเวลาเหลือสำหรับงานด้านออกไปส่งเสริมป้องกันในพื้นที่เลย) สำหรับด้านการจัดการงบประมาณและห้องยานั้น เจ้าหน้าที่ที่มาจากโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ และใช้กรอบยาเดียวกับโรงพยาบาลและรับยามาจากโรงพยาบาลทุกวัน เจ้าหน้าที่ระบุว่าผู้ที่มารับการรักษาพอใจที่ได้พบแพทย์และได้ยาเหมือนกับที่ไปโรงพยาบาล
- PCU ของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้พยาบาลวิชาชีพทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเดิม (มีทั้งพยาบาลเต็มเวลาหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน) โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนหมุนเวียนไปเยี่ยมหรือเปิดคลินิกพิเศษ (เช่น เบาหวาน ความดัน) เป็นครั้งคราว (ส่วนใหญ่ไม่เกินสัปดาห์ละครั้ง) และในบาง PCU มีเภสัชกรหมุนเวียนไปบางวัน (ส่วนใหญ่ไม่เกินสัปดาห์ละครั้ง)

- การที่สายการบังคับบัญชาไม่มีความชัดเจนทำให้ในหลายพื้นที่มีปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเดิมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนที่ไปประจำอยู่บ้าง และในหลายกรณีไม่ได้มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนระหว่างเจ้าหน้าที่สองกลุ่มนี้
- โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งผนวก PCU เข้ามาเป็นหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาล ในลักษณะที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยบางแห่งมีความรู้ดีกว่าเป็นการ take-over (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีนามัยไม่ค่อยดีนัก)
- โดยทั่วไปแล้ว เจ้าหน้าที่ PCU ที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลมีความเห็นว่าประชาชนในพื้นที่พอใจกับการที่มี PCU ไปตั้งอยู่ (หรือการยกระดับสถานีนามัยมาเป็น PCU ทั้งในกรณีที่เปิดเต็มรูปหรือทำไม่ได้ครบเงื่อนไข) ใน PCU แห่งหนึ่งใน อ. สันทราย จ. เชียงใหม่ ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนย้ายไปตั้งที่หมู่บ้านอื่นหลังจากเปิดได้เพียงสองเดือนก็ปรากฏว่ามีผู้นำชุมชนกว่าสิบรายมาขอพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอให้พิจารณานำเจ้าหน้าที่กลับไปเปิดเป็น PCU ใหม่
- PCU ของโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขหรือศูนย์ของเทศบาลเดิมที่ทำงานด้านนี้มาก่อนแล้ว (เช่น ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา) จะมีแพทย์ผู้รับผิดชอบประจำที่มีความชำนาญในงานด้านนี้ แต่ PCU ที่เกิดใหม่ของโรงพยาบาลใหญ่ (รวมทั้งกรณีที่เกิดจากการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนไปให้โรงพยาบาลทั่วไป เช่นในเขตอำเภอรอบเมืองของจังหวัด เชียงใหม่) มักมีลักษณะเป็น extended OPD ที่มีแพทย์เฉพาะทางหมุนเวียนไปประจำ และเน้นเรื่องการรักษามากกว่าการเกาะติดพื้นที่และการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- แพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ที่ต้องหมุนเวียนไปทำงานที่ PCU มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่รู้จะพอใจนัก เนื่องจากต้องไปตรวจคนไข้ในพื้นที่ที่ไกลขึ้น (แพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนบางส่วนก็มีปัญหานี้เช่นกัน)¹²¹ แพทย์เฉพาะทางบางรายก็ไม่ได้ตรวจคนไข้มาเป็นเวลานานแล้ว (ยกเว้นแพทย์ที่เปิดคลินิกตรวจโรคทั่วไป) นอกจากนี้ PCU เหล่านี้มักเป็น PCU ใหม่ที่เกิดจากการแบ่งพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนไปให้โรงพยาบาลใหญ่ PCU ที่ตั้งขึ้น

¹²¹ ในบางโรงพยาบาลที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญของ PCU ก็จะมีการจัดรถรับส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไปประจำที่ PCU และบางโรงพยาบาลจัดรถสำหรับส่งต่อผู้ป่วยไปประจำอยู่ที่ PCU ด้วย

ใหม่โดยโรงพยาบาลใหญ่ มักจะไม่ค่อยมีเครื่องมือเครื่องมือเหมือนกับที่ใช้ในโรงพยาบาล ในบาง PCU แพทย์ที่หมุนเวียนไปตรวจค่อนข้างว่าง เนื่องจากมีผู้มารับการรักษาไม่มากและแพทย์เองก็ไม่ได้สนใจที่จะทำงานเชิงรุกในชุมชน การที่แพทย์ไม่ยอมออกไปทำงานที่ PCU ทำให้ผู้บริหารมักจะหันไปใช้วิธีหมุนเวียนสลับแพทย์ออกไป (ซึ่งในบางโรงพยาบาลแพทย์แต่ละคนจะหมุนเวียนไปที่ PCU ประมาณสองเดือนต่อครั้ง) ลักษณะของ PCU เหล่านี้จึงกลายเป็น extended OPD เสียมากกว่า สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ไปประจำที่ PCU ก็มีทั้งที่สมัครใจไปทำเองและที่ถูกกำหนดหรือขอร้องโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ไปอยู่ ซึ่งทั้งสองกรณีมักจะมี ความแตกต่างในเรื่องความกระตือรือร้นในการทำงานและความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ PCU อย่างค่อนข้างชัดเจน

- ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีคนไข้มากและแพทย์น้อยนั้น การส่งแพทย์ออกไป PCU ทำให้แพทย์ที่เหลืออยู่มีภาระในการตรวจคนไข้หนักมาก
- บุคลากรสถานีนอามัยในบางจังหวัดมีรายได้เพิ่ม สถานีนอามัยหลายแห่งอยากยกระดับเป็น PCU
- บุคลากรสถานีนอามัยทำงานมากขึ้นและมีเวลาเปิดทำการที่เป็นทางการมากขึ้น เนื่องจากเกิดการเปรียบเทียบกับบุคลากรที่มาจากโรงพยาบาล

ในระบบ PCU ที่เกิดขึ้นใหม่นี้ คณะผู้วิจัยมีข้อสังเกตอย่างน้อยสามประการคือ

- ประชาชนมีความพอใจกับการมี PCU มาตั้งอยู่ในพื้นที่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PCU ที่มีแพทย์ไปประจำ) ซึ่งน่าจะเป็นเพราะมีความมั่นใจในคุณภาพการรักษาของแพทย์และพยาบาลมากกว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอามัยเดิมขึ้น ซึ่งในสภาวะที่หลายพื้นที่ในประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์และโรงพยาบาลรัฐทุกระดับยังแออัดด้วยคนไข้ นั้น การที่ประชาชนในพื้นที่ที่ห่างไกลให้ความสำคัญกับการรักษาโรคก็ไม่แน่ว่าจะเป็นข้อเสียของระบบนี้ (ดังเช่นที่ผู้ที่พยายามผลักดันแนวความคิดเรื่องส่งเสริมป้องกันซึ่งเน้นการสร้างศักยภาพในการรักษาสุขภาพของประชาชนและชุมชนบางท่านคิด) แต่อย่างใด¹²²

¹²² การที่คำขวัญ "30 บาทรักษาทุกโรค" ซึ่งเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลหรือการ "ซ่อมสุขภาพ" มากกว่าที่จะเน้นการส่งเสริมป้องกัน (หรือการ "สร้างสุขภาพ") ได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวางจากประชาชน ก็เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความรู้สึกในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพในราคาต่ำของประชาชนโดยทั่วไป

- ในขณะเดียวกัน การที่มี PCU ไปตั้งอยู่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เลือกพื้นที่ตั้ง PCU ที่เหมาะสม (เช่นในเขตชุมชนที่ห่างจากโรงพยาบาลพอสมควร) ก็น่าจะช่วยให้มียอดจำนวนผู้มาใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐรวมกันมากขึ้น เนื่องจากประชาชนได้รับความสะดวกมากขึ้น ซึ่งน่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายรวมของเครือข่ายอำเภอเพิ่มขึ้น (อย่างน้อยก็ในระยะแรก) นอกเสียจากการเปิด PCU ดึงแพทย์ออกจากโรงพยาบาลจนทำให้จำนวนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรับได้ในแต่ละวันถูกบังคับให้ลดลง และลดลงมากกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ PCU ให้บริการได้เพิ่มขึ้น (แต่ถ้ามีกรณีทำนองนี้เกิดขึ้น ก็แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลอาจมีศักยภาพด้านบุคลากรต่ำเกินไปที่จะส่งแพทย์ออกไปประจำที่ PCU)
- โดยหลักการแล้ว การปรับบริการของสถานพยาบาลโดยการกระจายบุคลากรออกไปให้บริการที่ PCU น่าจะเป็นประโยชน์ในกรณีที่สถานพยาบาลมีศักยภาพเพียงพอ ซึ่งในระยะสั้นที่ยังไม่สามารถเพิ่มแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนได้นั้น ถ้าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลใหญ่สามารถร่วมมือกันโดยส่งแพทย์เฉพาะทางหมุนเวียนกันไปช่วยรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางที่โรงพยาบาลชุมชน ก็น่าจะช่วยลดภาระของแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนและทำให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถกระจายแพทย์ออกไปช่วยที่ PCU ซึ่งน่าจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการส่งแพทย์เฉพาะทางหมุนเวียนไปอยู่ที่ PCU การที่จะทำเช่นนี้ได้นั้นโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนจะต้องอยู่ในสถานะที่มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น (มีความเป็น “พวก” มากขึ้น) ไม่ใช่แยกกลับไปอยู่คนละสังกัดแบบเดิม

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

ในด้านวาทกรรมนั้น โครงการ 30 บาท เน้นความสำคัญของงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และให้หันมาเน้นการสร้างมากกว่าซ่อมสุขภาพ ในทางปฏิบัตินั้น การดำเนินแนวทางนี้มีปัญหาหลายประการ (นอกเหนือจากปัญหาของ PCU ซึ่งได้กล่าวไปบ้าง) เช่น

- ถึงแม้ว่าระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐจะมีข้อได้เปรียบเหนือเอกชนในด้านงานส่งเสริมป้องกันและงานเชิงรุกในชุมชน แต่ที่ผ่านมานานด้านนี้ยังถือได้ว่าเป็นจุดอ่อนของระบบบริการสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งเป็นหัวใจใหญ่ในการบริหารและดำเนินการโครงการ 30 บาท เพราะที่ผ่านมาโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่มักจะมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ทำให้มีความเชี่ยวชาญในด้านการ “ตั้งรับ” มากกว่างานเชิงรุกเป็นอย่างมาก

- โรงพยาบาลจำนวนมากเข้ามาอยู่ในโครงการ 30 บาท โดยไม่มีความมั่นใจว่างบประมาณที่ได้รับจะเพียงพอหรือไม่ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งใช้วิธีปรับตัวแบบ safety first โดยพยายามเก็บเงินไว้กับตัวให้มากที่สุดไว้ก่อน ดังนั้น ถึงแม้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรอาจจะตระหนักดีว่า ในระบบเหมาจ่ายรายหัวนั้น ถ้าโรงพยาบาลสามารถผสมผสานการส่งเสริมป้องกันเข้ากับการรักษาในสัดส่วนที่เหมาะสม ก็จะทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าในกรณีที่โรงพยาบาลทำแต่ งานด้านการรักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่ความกลัวว่างบที่ได้จะไม่เพียงพอทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลหลายแห่งตัดสินใจที่จะสร้างหลักประกันระยะสั้นมากกว่า โดยผู้บริหารโรงพยาบาลหลายแห่งมีนโยบาย (ที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร) ว่าให้พยายามเก็บงบนี้เอาไว้ให้มากที่สุดเพื่อเป็นทุนสำรองของโรงพยาบาล โดยพยายามไม่ใช้จ่ายเงินในด้านส่งเสริมป้องกัน ยกเว้นในกรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จริงๆ
- สิทธิประโยชน์ในเรื่องการตรวจสุขภาพยังมีความคลุมเคลืออยู่หลายประการ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งผู้บริหารที่ส่วนกลางและที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้เป็นอย่างดี โดยที่ส่วนกลางเองนั้น ก็มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณ (เช่น ให้ทำโครงการมาเสนอ หรือให้จ่ายเงินตาม workload แบบมีเพดาน หรือให้มีการประเมินผล) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่ง (เช่นที่จังหวัดนครราชสีมา) ก็โอนเงินส่งเสริมป้องกันให้สถานพยาบาลเพียงครั้งเดียวก่อน โดยมีเงื่อนไขว่าเงินที่เหลือจะจัดสรรตามผลงานแทน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ อาจจะสามารถบังคับให้สถานพยาบาลหันมาทำงานด้านส่งเสริมป้องกันมากขึ้นเพื่อนำมาแลกกับงบก้อนนี้ แต่วิธีการเหล่านี้ (ยกเว้นการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งคงจะไม่สามารถนำมาใช้ในระยะเวลาแรกได้) อาจเป็นการเพิ่มแรงกดดันให้สถานพยาบาลที่มีความกังวลเรื่องเงินไม่พอมากขึ้น และในสถานพยาบาลที่มีปัญหางบไม่พอจริงๆ (ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนไม่น้อย) การเพิ่มเงื่อนไขในการใช้เงินในลักษณะที่ลดความยืดหยุ่นลงอาจจะทำให้ปัญหามีความรุนแรงขึ้นและสถานพยาบาลอาจหันมาเลือกใช้วิธีการปรับตัวที่ส่งผลเสียต่อผู้มารับบริการมากกว่าประโยชน์ที่ประชาชนในพื้นที่ได้รับจากการจ่ายรายหัวด้านส่งเสริมป้องกันออกไปโดยไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจนของสถานพยาบาลก็เป็นได้

นอกจากนี้ ในกรณีที่เปิดให้มีการเลือกสถานพยาบาลได้อย่างกว้างขวางในอนาคต ก็อาจต้องปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแยกออกจากงบด้านรักษาพยาบาล เพราะถ้ายังคงรวมงบส่งเสริมป้องกันเข้ากับงบรายหัว สถานพยาบาลหรือเครือข่ายบริการในพื้นที่

ที่มีประชากรที่เลือกลงทะเบียนกับเครือข่ายอื่นเป็นจำนวนมากจะไม่มีแรงจูงใจในการทำงานด้านนี้ (ในทางปฏิบัติ หน่วยงานที่ซื้อบริการอาจซื้อบริการทั้งสองด้านจากสถานพยาบาลเดียวกัน แต่เฉพาะงบด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้นที่ไหลตามไปกับการเลือกของผู้ป่วย)

ง. การเข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาลเอกชน

ในบรรดาวัตถุประสงค์ต่างๆ ของโครงการนี้ มีวัตถุประสงค์อย่างน้อยสองประการที่กลุ่มผู้ผลักดันโครงการ (อย่างน้อยบางฝ่าย) นำเสนอที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลเอกชน คือ การให้สิทธิในการเลือกแก่ประชาชนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในภาคเอกชนให้เป็นประโยชน์ โครงการนี้จึงพยายามดึงสถานพยาบาลของเอกชนเข้ามาร่วมโครงการด้วย และพยายามสร้างกฎกติกาหลายประการที่ก่อให้เกิดความเสมอภาคระหว่างการจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน (เช่นการรวมเงินเดือนในงบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งต่างจากกลไกการจ่ายเงินของโครงการประกันสังคมในอดีต)

ในด้านสถานพยาบาลของเอกชนนั้น ก็มีการตอบสนองที่แตกต่างกันจากสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ กัน

- กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่เน้นตลาดรายได้สูงและไม่รับผู้ป่วยประกันสังคม มักจะไม่ให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ
- กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่เคยเน้นตลาดผู้ป่วยประกันสังคมมาก่อน กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบด้านลบจากโครงการอย่างรุนแรง (เช่น คาดว่าคนใช้ส่วนใหญ่จะหันไปใช้บริการของภาครัฐแทน) มักจะสนใจเข้าร่วมโครงการ
- คลินิกเอกชน มีทั้งที่สนใจและไม่สนใจ แต่ในปัจจุบัน ภาครัฐเองยังไม่ได้ให้ความสนใจกับคลินิกเอกชน (และร้านขายยา) มากนัก เจื่อนไขต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขด้านบุคลากรที่กำหนดไว้สำหรับ PCU เป็นเงื่อนไขที่คลินิกเอกชนส่วนใหญ่ทำไม่ได้¹²³ (คลินิกที่มีคุณสมบัติครบน่าจะเป็นระดับโพลีคลินิกในเมืองเป็นอย่างน้อย)

สำหรับผลกระทบของโครงการที่มีต่อสถานพยาบาลของเอกชนนั้น ที่ผ่านมายังไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ แต่จากการสัมภาษณ์แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในหกจังหวัดที่ไปศึกษา (ซึ่งมีทั้งผู้ที่เปิดคลินิกเองและรับฟังคำบอก

¹²³ เงื่อนไขเหล่านี้ สถานพยาบาลของภาครัฐเองโดยส่วนใหญ่ก็ทำไม่ได้เช่นกัน แต่ในทางปฏิบัติจะไม่ได้บังคับใช้เงื่อนไขเหล่านี้กับสถานพยาบาลในภาครัฐและถือเสมือนว่าสถานพยาบาลของภาครัฐสามารถทำตามมาตรฐานเหล่านี้ได้

เล่ามาจากแพทย์ในโรงพยาบาลเดียวกันหรือแพทย์ที่อื่นที่รู้จักกันเป็นการส่วนตัว) ได้คำตอบในแนวที่ค่อนข้างตรงคือ มีคลินิกจำนวนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบด้านลบจากโครงการ (ในบางพื้นที่มีรายได้ลดลงถึงร้อยละ 30) คลินิกบางส่วนมีรายได้ไม่ต่างไปจากเดิม (โดยเฉพาะอย่างยิ่งคลินิกแพทย์เฉพาะทาง) หรือถ้าดีกว่าเดิมก็เพียงเล็กน้อย แต่ไม่ค่อยมีคลินิกที่มีจำนวนผู้มารับการรักษาและรายได้ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท¹²⁴ อย่างไรก็ตาม ในช่วงกลางปี 2545 ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนหลายรายระบุว่าผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น แต่ก็ระบุว่าอาจจะ เป็นผลมาจากฤดูกาลและความกลัวเรื่องการระบาดของไข้เลือดออกและโรคมือปากเท้าเปื่อย ซึ่งเป็นข่าวใหญ่ในช่วงนั้นด้วย

ปัญหาของสถานพยาบาลเอกชนในการเข้าร่วมโครงการ

ปัญหาของสถานพยาบาลเอกชนในการเข้าร่วมโครงการ พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

- ปัญหาการได้รับเงินล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหาในระบบของภาครัฐมาเป็นเวลานานแล้ว และ เป็นส่วนที่ผู้บริหารโครงการพยายามแก้ (แต่ก็ยังไม่สำเร็จทั้งหมด ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งในกรุงเทพมหานครระบุว่ายังไม่ได้รับเงินเลยหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการมาเป็นเวลา 5 เดือน) แต่สถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอาจได้รับผลกระทบที่แรงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากไม่ได้เตรียมพร้อมในเรื่องนี้ ประกอบกับสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลายรายเป็นสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงินอยู่แล้วด้วย การได้รับงบล่าช้าจึงยิ่งซ้ำเติมปัญหาสภาพคล่องของโรงพยาบาลเหล่านี้ขึ้นไปอีก
- การแบ่งประชากรในเขตที่รับผิดชอบ บางจังหวัดแบ่งประชากรให้โรงพยาบาลเอกชนน้อย เนื่องจากพื้นที่ในเขตที่ตั้งของ รพ.เอกชนมักเป็นพื้นที่เขตเมือง ซึ่งเดิมอยู่ในโควต้าของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ในสถานการณ์ที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในหลายจังหวัดมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาด้านการเงินเนื่องจากการปฏิรูประบบงบประมาณใหม่นั้น ทำให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดใช้ความระมัดระวังอย่างมากในการแบ่งประชากรให้แก่โรงพยาบาลเอกชน

¹²⁴ อย่างไรก็ตาม ใน website บางแห่งนั้น มีแพทย์จำนวนหนึ่งระบุว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ตนทำงานอยู่ หรือคลินิกของตนเองมีจำนวนผู้มารับการรักษาและรายได้ที่เพิ่มขึ้นหลังจากโครงการ โดยแพทย์เหล่านี้มักให้เหตุผลว่าคนไข้เป็นคนละตลาดกัน และคนไข้ที่คลินิกคือผู้ที่ไม่มั่นใจในคุณภาพของโครงการ 30 บาท (แต่ในบางกรณีเป็นการแสดงความเห็นในลักษณะตอบโต้การให้สัมภาษณ์ของฝ่ายการเมืองที่ระบุว่าผู้คัดค้านโครงการเป็นกลุ่ม “ผู้เสียผลประโยชน์”)

ซึ่งมีผลทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งรู้สึกว่าจะไม่คุ้มและตัดสินใจไม่เข้าร่วมหรือถึงขั้นถอนตัวออกจากโครงการ

- ยังมีปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐ และในการรับผิดชอบสถานื่อนามัยในพื้นที่ของโรงพยาบาลเอกชน
- ภาครัฐมีการปรับเปลี่ยนกติกาเรื่องสิทธิประโยชน์ไปเรื่อยๆ ตามปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ประเด็นเรื่องการคลอดบุตรคนที่สาม ยาต้านไวรัส (และอาจจะรวมถึงกรณีอวัยวะเทียมนอกร่างกาย) ซึ่งแม้ว่าที่ผ่านมาจะยังไม่ได้เป็นประเด็นใหญ่ แต่ผู้บริหารสถานพยาบาลของเอกชนหลายท่านก็มีความกังวลในเรื่องความไม่แน่นอนของโครงการหรือสัญญา

ในด้านการปรับตัวของสถานพยาบาลเอกชนต่างๆ นั้น มีข้อมูลที่ปรากฏออกมาไม่มากนัก โดยส่วนใหญ่จะมาจากผู้บริหารภาครัฐที่เป็นผู้บริหารโครงการในจังหวัด หรือจากสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดเดียว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลในด้านลบหรือในบางกรณีก็เป็นข้อกล่าวหา ตัวอย่างเช่น

- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งจงใจใช้ยานอกบัญชียาหลักเพื่อใช้เป็นเหตุผลในการเรียกเก็บค่ายาจากผู้ที่มาใช้บริการ (ซึ่งยาเหล่านี้มักมีราคาแพงด้วย)
- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งพยายามจูงใจให้ผู้ป่วยพักห้องพิเศษเพื่อหารายได้เพิ่ม
- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งบังคับให้ผู้ป่วยที่มาในเวลาที่ไม่ต่างจากสถานพยาบาลกำหนดไปตรวจคลินิกพิเศษหรือแพทย์เฉพาะทางและเก็บค่ารักษาในอัตราปกติ
- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่สนใจทำงานส่งเสริมป้องกันน้อยๆ และทำตัว low profile เพื่อไม่ให้มีผู้มาใช้บริการมาก
- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ต้องการรับผู้ป่วยใน โดยพยายามส่งต่อไปที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เนื่องจากเห็นว่าเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่า (ในบางจังหวัดจึงบังคับให้โรงพยาบาลเอกชน refer กันเองเท่านั้น ซึ่งแม้ว่าวิธีนี้จะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ แต่อาจก่อให้เกิดการผลักภาระต่อไปให้ผู้ป่วยในกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนไม่มีศักยภาพและไม่มีเครือข่ายการส่งต่อที่ดีพอ
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ให้ลำดับความสำคัญกับการรักษาผู้ป่วย 30 บาทที่มีอาการหนัก
- แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่เปิดคลินิกเอกชนบางแห่งเรียกเก็บค่า “ฝากพิเศษ” สำหรับทำคลอดหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่ม เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยมีความ

สามารถในการจ่ายได้มากขึ้นเนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทที่โรงพยาบาลรัฐ (โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในบางเขตเริ่มมีการออกกระเป๋ยห้ามแพทย์เก็บค่าฝากพิเศษสำหรับหัตถการที่จะมาทำในโรงพยาบาลของรัฐ)

ในด้านผู้บริหารภาครัฐที่ต้องติดต่อประสานงานกับสถานพยาบาลของเอกชนก็ประสบปัญหาต่างๆ กันซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการมีศักยภาพต่ำกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มาก ซึ่งบางจังหวัดผู้บริหารที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำใจให้เข้าร่วมเพราะเห็นว่าเป็นนโยบายของส่วนกลาง (แต่ในขณะเดียวกันก็จะไม่แบ่งประชากรให้มากนัก หรือในโครงการนำร่องบางจังหวัดกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนรับ refer เท่านั้น แต่ในความเป็นจริงไม่มีโรงพยาบาลรัฐแห่งใดเลยที่ refer ไปโรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้น)
- โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการมีศักยภาพต่ำกว่ามาตรฐานของกองประกอบโรคศิลปะ แต่ผู้บริหารที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็จำใจให้เข้าร่วมโครงการเนื่องจากเจ้าของโรงพยาบาลมีเส้นสายทางการเมืองที่แข็งแรง¹²⁵
- ในหลายจังหวัดในหลายภาค ประชาชนที่ถูกกำหนดให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการไม่มั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนและต้องการเปลี่ยนหรือกลับไปอยู่ภายใต้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทรวงฯ ในจังหวัด แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากในระบบปัจจุบันยังเป็นการจัดสรรประชากรให้สถานพยาบาลตามเงื่อนไขทางภูมิศาสตร์ ในแง่นี้ นโยบายของส่วนกลางที่ต้องการให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมเพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนกลับกลายเป็นการบังคับเลือกสถานพยาบาลที่ทำให้ประชาชนกลุ่มหนึ่งมีความพึงพอใจน้อยลงกว่าเดิม
- ทั้งส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่ได้วางแนวทางที่ชัดเจนในการควบคุมดูแลโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมว่าได้ทำตามข้อกำหนดในโครงการ 30 บาทมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และยังไม่มีมาตรการชัดเจนในการควบคุมคุณภาพการให้บริการ

¹²⁵ ในกรณีนี้ จริงๆ แล้วเป็นหน้าที่ของ นพ.สสจ. ที่จะต้องกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดให้ได้มาตรฐานขั้นต่ำ ไม่ว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นจะเข้าร่วมโครงการ 30 บาทหรือไม่

- โรงพยาบาลเอกชนในบางจังหวัดมีการใช้ทรัพยากรร่วมกับโรงพยาบาลรัฐ เช่นการใช้อุปกรณ์ราคาแพง ห้องผ่าตัด หรือแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐ เป้าหมายของการกระตุ้นการแข่งขันในการให้บริการทางการแพทย์จึงไม่ได้ผลเท่าที่ควร

6. จุดเด่นและจุดอ่อนในกระบวนการบริหารโครงการ 30 บาท

โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เป็นโครงการที่พรรคไทยรักไทยประกาศในช่วงปลายปี 2543 ก่อนการเลือกตั้งทั่วไป และเริ่มดำเนินการอย่างรวดเร็วหลังจากที่พรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งด้วยเสียงข้างมากเมื่อต้นปี 2544 ภายใต้ชื่อ "นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค" ในช่วงหนึ่งปีเศษที่ผ่านมา โครงการนี้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และมีการออก พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 มารองรับ

แต่ถึงแม้ว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ผลักดันขึ้นมาโดยพรรคไทยรักไทย แต่โครงการนี้ไม่ได้เป็นโครงการที่ "คิดใหม่" ตามคำขวัญของพรรคนี้เสียทั้งหมด ในความเป็นจริงแล้ว สิ่งที่ได้ถือว่าเป็นความคิดใหม่สิ่งเดียวของโครงการนี้คือตัวเลขค่าบริการ 30 บาท (แต่ในที่สุดตัวเลขนี้ก็ไม่สามารถนำมาใช้กับประชาชนในโครงการนี้ทั้งหมด เพราะประชาชนผู้มีสิทธิเกือบครึ่งหนึ่งของโครงการนี้คือผู้มีสิทธิ สปร. เดิม ซึ่งไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลอยู่แล้ว) ส่วนประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นเรื่องที่มีผู้เสนอมานานเป็นเวลาเกือบสิบปีแล้ว ในการสัมมนาที่จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในระหว่างปี 2542-43 ก็มีหัวข้อสัมมนาเรื่องนี้ทุกครั้ง และในกระบวนการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปร.) ก็ได้มอบหมายให้คณะทำงานของ สวรส. ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ไปจัดทำ "ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ตั้งแต่ปี 2543 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544) ซึ่งมีผลงานร่างแรกออกมาเมื่อต้นปี 2544 และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักของโครงการนี้ในช่วงปีแรกมักอ้างถึงเอกสารชิ้นนี้ว่าเป็น "คัมภีร์ Bible ของโครงการ 30 บาท"

แต่ถึงแม้ว่าโครงการนี้จะไม่ใช่แนวคิดใหม่ที่ริเริ่มโดยบุคลากรของพรรคไทยรักไทย แต่การตัดสินใจนำโครงการนี้มาปฏิบัติตามแนวทางที่ดำเนินการในปีแรกนับเป็นการตัดสินใจก้าวสำคัญที่ส่งผลสะท้อนต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยในระดับที่ไม่เคยมีมาก่อนในรอบสามสิบปีที่ผ่านมา เพราะในขณะที่ภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทที่ออกสู่สาธารณะจะเป็นโครงการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดในรอบหนึ่งปีเศษที่ผ่านมาคือการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งนอกจากจะมีเป้าหมายในการสร้างความเสมอภาคในการให้บริการกับประชาชนมากขึ้นแล้ว กลุ่มผู้บริหารที่ผลักดันการปฏิรูปนี้ยังมุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไปด้วย

การจัดสรรงบประมาณโดยวิธีนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่¹²⁶ในเมืองใหญ่หลายแห่ง (ซึ่งในอดีตสามารถดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมาก) เริ่มประสบปัญหาทางการเงินเนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง และไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม ปัญหานี้ทำให้ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดหันมาใช้วิธีต่างๆ ในการดึงเงินกลับมาสู่โรงพยาบาลเหล่านี้ (เช่น ผลักดันให้ใช้มาตรการรวมเงินเดือนที่จังหวัด) ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารโครงการที่ส่วนกลางเองก็ตระหนักถึงปัญหานี้และได้เตรียมงบฉุกเฉิน (contingency fund) ซึ่งใช้ชื่อที่เป็นทางการว่า “งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ” ให้กับสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน โดยมีเงื่อนไข (conditionality) ว่าสถานพยาบาลที่มาขอรับความช่วยเหลือจะต้องทำแผนปฏิรูปเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายลง¹²⁷ ในปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 85 ของงบนี้ไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลระดับอำเภอ) จำนวนมากที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาจากโครงการนี้นั้น การได้งบประมาณเพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำงานได้คล่องตัวขึ้นกว่าเดิม แต่การที่มีเงินเพิ่มขึ้นอย่างเดียวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาใหญ่ของโรงพยาบาลเหล่านี้ อันได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ ซึ่งการจัดสรรกำลังคนยังขึ้นกับส่วนกลางเป็นหลัก) นอกจากนี้ การที่มีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท ก็ยิ่งเพิ่มแรงกดดันของปัญหานี้ให้มากขึ้นตามไปด้วย

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

วัตถุประสงค์ประการหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปพร้อมๆ กับการดำเนินโครงการ คือการนำผลที่สำคัญมา feedback ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องและสาธารณะ ซึ่งในรายงานส่วนนี้ คณะผู้วิจัยจะพยายามนำเสนอจุดเด่นและจุดอ่อนที่สำคัญของการบริหารโครงการ 30 บาทในแต่ละระดับต่างๆ ตั้งแต่ในประเด็นปรัชญาของโครงการ การบริหาร

¹²⁶ อันได้แก่โรงพยาบาลที่มีขนาด 150 เตียงขึ้นไป เช่น โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขตขึ้นไป)

¹²⁷ วิธีนี้คล้ายวิธีที่องค์การการเงินระหว่างประเทศ (IMF) กำหนดในการปล่อยกู้ให้กับประเทศที่ประสบวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข เงินที่ให้เป็นเงินให้เปล่า

ที่ส่วนกลาง การบริหารงานระดับเขตโดยระบบผู้ตรวจ การบริหารงานในจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการบริหารในระดับเครือข่ายสถานพยาบาล (CUP)

ในหลายประเด็น วิธีการต่างๆ (รวมทั้งวิธีใหม่ๆ) ที่ถูกนำมาใช้ในโครงการนี้มีทั้งจุดเด่นและจุดอ่อนอยู่ในตัวเอง ดังนั้นรายงานตอนนี้จะกล่าวถึงจุดเด่นและจุดอ่อนของการดำเนินการในแต่ละระดับรวมๆ กันไป

ความเห็นต่างๆ ในรายงานส่วนนี้ แม้ว่าจะประมวลมาจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานหลายระดับ¹²⁸ แต่การสรุปก็ขึ้นกับมุมมองของคณะผู้วิจัยเองพอสมควร แต่คณะผู้วิจัยก็พยายามสะท้อนภาพอย่างสมดุล รวมทั้งเสนอภาพบางส่วนที่ผู้บริหารในระดับสูงอาจจะไม่ได้มีโอกาสรับรู้หรือรับฟังจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับกลางและระดับล่าง

ก. ประสิทธิภาพของโครงการ

ถึงแม้ว่าโครงการนี้จะห่างไกลจากความเชื่อของผู้นำรัฐบาลบางท่านที่คิดว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ “ถ้าทำสำเร็จก็จะเป็นประเทศแรกของโลก” เนื่องจากแนวความคิดเกือบทั้งหมด (และแนวทางการปฏิบัติหลายด้าน) ล้วนแล้วแต่เป็น “ภูมิปัญญานำเข้า” มาจากต่างประเทศ (ส่วนใหญ่จากซีกโลกตะวันตก) แทบทั้งสิ้น แต่ในด้านการนำปรัชญาของโครงการนี้มาใช้ นั้น มีหลายประการที่ถือว่าเป็นรายแรกๆ ในประเทศไทย ได้แก่

- แนวคิดเรื่องการให้หลักประกันแบบ “ถ้วนหน้า” ในลักษณะที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนคนไทยทุกคน ซึ่งที่ผ่านมาก็มีโครงการปฏิรูปการศึกษาอีกโครงการเดียวที่พยายามผลักดันแนวทางนี้ แต่ก็ยังไปไม่ได้ไกลนัก
- แนวทางการปฏิรูประบบการเงินการคลังและระบบงบประมาณที่ใช้ประชาชนเป็นตัวตั้ง ซึ่งจะชักนำให้เกิดการไหลของทรัพยากรและบุคลากรไปยังพื้นที่ที่มีประชากรมาก แต่ได้รับบริการน้อยในปัจจุบัน¹²⁹
- แนวทางที่เน้นสาธารณสุขมูลฐาน และ “สร้างนำซ่อม”

¹²⁸ และจากแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ PCU และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในบางจังหวัด

¹²⁹ ซึ่งแนวทางนี้ทำให้จังหวัดใหญ่ที่ห่างไกลความเจริญและได้รับงบประมาณค่อนข้างน้อยในอดีตได้รับบ่มเพิ่มขึ้นมาก และเกิดการปรับตัวในด้านการขยายบริการตามมา ตัวอย่างเช่น ในปีงบประมาณ 2545 จังหวัดศรีสะเกษประกาศรับสมัครพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวเพิ่มจำนวนมาก และนางบิณฑ์ได้ส่วนหนึ่งมาสร้างสถานีอนามัย และขยายเตียงและเตียงสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ได้ดำเนินการอย่างรวดเร็ว (ท่ามกลางเสียงทักท้วงของนักวิชาการและข้าราชการบางส่วนที่ต้องการให้เตรียมความพร้อมให้มากกว่านี้ก่อน)¹³⁰ ไปเพียงระยะสั้นๆ ก็เริ่มมีสัญญาณของความไม่แน่นอนมากขึ้น และดูเหมือนว่าเมื่อประสบกับมีแรงต้านที่มากขึ้น ฝ่ายการเมืองจะค่อยๆ เปลี่ยนจุดยืนจากการยึดปรัชญาของการให้หลักประกันแบบ “ถ้วนหน้า” ในลักษณะที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนคนไทยทุกคน มาปักป้ายโครงการใหม่เป็น “โครงการช่วยเหลือคนจน” หรือ “โครงการทางเลือกสำหรับคนจน” แทน ซึ่งถึงแม้ว่าในด้านการดำเนินการที่ผ่านมานั้น โครงการนี้มีความก้าวหน้ากว่าโครงการ สปร. ในหลายด้าน แต่ในแง่ปรัชญาของโครงการแล้ว ดูเหมือนว่าฝ่ายการเมืองมีท่าทีที่จะถอยหลังย้อนกลับไปสู่แนวทางที่มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมช และพรรคกิจสังคม เสนอและนำมาใช้กับโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ตั้งแต่เมื่อ 27 ปีก่อน¹³¹

การสร้างกระแสการแปรรูปโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเป็น “โครงการช่วยเหลือคนจน”¹³² มีผลกระทบต่อผู้มีสิทธิและบุคลากรบางส่วน โดยผู้มีสิทธิบางรายที่พอมีฐานะมีความรู้สึกว่าตนไม่ควรไปใช้บริการเพื่อที่สถานพยาบาลจะสามารถนำเงินไปรักษาคนจนหรือผู้ด้อยโอกาสกว่า ในขณะที่เดียวกัน ผู้ให้บริการจำนวนไม่น้อยก็ไม่พอใจเมื่อมีผู้ที่มีฐานะดีเข้ามาใช้สิทธิ 30 บาท หรือเมื่อผู้ใช้สิทธิขออยู่ห้องพิเศษโดยจ่ายเงินเอง เพราะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีความสามารถในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดด้วยตนเองกำลังมาแย่งงบจากคนจน (หรือจากงบของโรงพยาบาล ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วรวมค่าตอบแทนของบุคลากรอยู่ในนั้นด้วย)

ในประเด็นนี้ ถึงแม้ว่าวิธีแปรเจตนารมณ์ของโครงการนี้อาจเป็นทางออกที่ง่ายที่สุดสำหรับฝ่ายการเมือง (เช่น การพยายามเปิดช่องทางต่างๆ ให้โรงพยาบาลหารายได้เพิ่มขึ้นคงจะช่วยลดแรงกดดันจากโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินลงได้บ้าง) แต่ประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นเรื่องใหญ่ในระดับที่ทางรัฐบาลเองก็มีการออกกฎหมายมารองรับ ดังนั้น ในกรณีนี้

¹³⁰ แต่ก็มีความเห็นของนักวิชาการอีกบางส่วนที่เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องเร่งทำโครงการทำนองนี้ในช่วงที่รัฐบาลยังได้รับความนิยมสูง และอาจจะมองเห็นว่ากลุ่มนักวิชาการที่คอยท้วงติงมีวิธีคิดที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มข้าราชการ (ดู นิธิ เอียวศรีวงศ์ “ไม่ทำก็อดทำ” กรุงเทพธุรกิจ 8 เมษายน 2545)

¹³¹ ดูประเด็นนี้เพิ่มเติมใน วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง “จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท” บทความประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของ สวรส. 5-7 สิงหาคม 2545

¹³² สาเหตุหนึ่งที่เกิดกระแสนี้ซึ่งเป็นกระแสที่ “ขายได้” ในวงการต่างๆ มากกว่าแนวปรัชญาเรื่องหลักประกันแบบ “ถ้วนหน้า” หรือ “for all” (เช่น “Health for all by the year 2000”) ที่หลายฝ่ายจะเป็นห่วงเรื่องความสามารถของภาครัฐในการหารายได้มาสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขสำหรับทุกคน

ฝ่ายการเมืองต้องการเปลี่ยนเป้าหมายของโครงการจริง ก็ควรต้องประกาศออกมาอย่างชัดเจน และจะต้องสามารถตอบคำถามจากฝ่ายต่างๆ ที่จะถูกกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนี้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ ร่าง พรบ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เข้าสู่การพิจารณาของวุฒิสภาในเดือนสิงหาคม 2545 และมีแรงกดดันจากหลายฝ่ายรวมทั้งกรรมการของวุฒิสภา ซึ่งเสียงข้างมากของกรรมการได้แก้ไขเนื้อหาของ พรบ. นี้จนกลายเป็นกฎหมายประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพอื่นนั้น ฝ่ายการเมืองได้หันกลับมายืนยันหลักการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกครั้ง¹³³ และข้อถกเถียงเรื่องนี้ก็เริ่มซาลงไป แต่ก็ยังไม่มีหลักประกันอะไรที่จะมายืนยันได้ว่าประเด็นเรื่องนี้ได้จบลงไปแล้ว

ข. การบริหารโครงการที่ส่วนกลาง

โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการที่ผลักดันขึ้นมาโดยพรรคไทยรักไทย (โดยอาจมีบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนร่วมแนะนำอยู่ด้วย) เมื่อพรรคไทยรักไทยก้าวขึ้นมาเป็นรัฐบาล ก็ได้ใช้กระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการจากกระทรวงนี้เป็นเครื่องมือหลักในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นเสมือน CEO ของโครงการ ในขณะที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่องการประชาสัมพันธ์โครงการเป็นหลัก แต่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโครงการในระยะแรก และค่อยๆ เข้ามามีบทบาทมากขึ้นตามลำดับ ส่วนนายกรัฐมนตรีแทบจะไม่เข้ามาเกี่ยวข้องเลย (ยกเว้นใน workshop ในช่วงก่อนเริ่มโครงการ) ทั้งๆ ที่เป็นโครงการใหญ่ของรัฐบาล และนายกรัฐมนตรีก็ได้มอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีมาทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแทน

การตัดสินใจของรัฐบาลใหม่ที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทฝ่ายเดียว โดยไม่ได้แตะต้องโครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการข้าราชการในระยะเริ่มแรก มีส่วนช่วยให้โครงการนี้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขก็คือมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์จากโครงการ สปร. และบัตรสุขภาพ ซึ่งมีกฎเกณฑ์กติกาของเดิมอยู่แล้ว¹³⁴ และการที่เป็นโครงการของกระทรวงเดียวก็ทำให้ CEO ของโครงการสามารถผลักดันให้เกิดการบริหารแบบเกือบเบ็ดเสร็จ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งรู้จักกันมากกว่าในชื่อ “War Room”) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารโครงการและเป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบายโดยไม่ผ่านขั้นตอนและกลไกราชการปกติของกระทรวงฯ การ

¹³³ ปัจจุบันร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 ผ่านความเห็นชอบของวุฒิสภาแล้ว และคาดว่าจะประกาศใช้เป็นกฎหมายก่อนสิ้นปี 2545 นี้

¹³⁴ รวมไปถึงมี “ภาษา” ของโครงการเดิมซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการใหม่ได้ทันทีด้วย

มีกลไกการบริหารที่รวดเร็วเป็นข้อดีที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของพรรคและ CEO ของโครงการ แต่วิธีนี้ก็ก่อให้เกิดปัญหาหลายประการเช่นกัน ตัวอย่างคือ

- แม้ว่าผู้บริหารโครงการอาจจะมีภาพในอุดมคติของความสัมพันธ์ของโครงการ 30 บาทกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ แต่การที่ไม่มีกลไกในระดับที่สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขมาประสานและทำหน้าที่จัดระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในกรอบรวม ทำให้โครงการ 30 บาทถูกผลักดันแยกจากโครงการอื่นๆ เนื่องจากผู้บริหารโครงการนี้ที่กระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้อยู่ในฐานะที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ได้ ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีทิศทางที่ไม่ชัดเจนด้วย
- การไม่มีการประสานเท่าที่ควรกับโครงการอื่นๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการข้าราชการ) ทำให้การจัดการปัญหาเรื่องทะเบียนผู้มีสิทธิกลายเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ค่อนข้างทุลักทุเลมากกว่าที่ควรจะเป็น
- ที่สำคัญกว่านั้นคือ ปัญหาเรื่องการเงิน (ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากของโครงการนี้) กลายเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขที่ฝ่ายอื่น (รวมทั้งสำนักงานประมาณ) ไม่ประสงค์จะเข้าไปยุ่งเกี่ยว ทั้งๆ ที่โครงการนี้ถูกจัดเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล
- ในขณะเดียวกัน อำนาจที่กระทรวงสาธารณสุขมีเหนือโครงการนี้กลายเป็นเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำมาใช้เพื่อปกป้องฐานะทางการเงินของสถานพยาบาลในสังกัด การที่กระทรวงสาธารณสุขยังลังเลที่จะแยกบทบาทของผู้ซื้อบริการ (purchaser) ออกจากบทบาทการเป็นผู้ให้บริการ (provider) ทำให้ผู้ให้บริการรายอื่นๆ (ทั้งในภาครัฐและเอกชน) ไม่ไว้วางใจในการดำเนินการต่างๆ ของกระทรวงฯ และชวนให้เข้าใจว่า การทำงานส่วนใหญ่ทำไปเพื่อแก้ปัญหาภายในของกระทรวงฯ เอง เพื่อสงวนงบประมาณไว้ให้กับสถานพยาบาลของกระทรวงฯ

ในด้านการบริหารจัดการโครงการภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น มีความเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นจุดเด่นและจุดอ่อนของโครงการนี้ ซึ่งพอสรุปได้คร่าวๆ ดังต่อไปนี้

- ในการดำเนินการโครงการนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามสร้างกลไกใหม่ๆ ขึ้นมาติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในโครงการอย่างรวดเร็ว เช่น การจัดตั้ง war room และ call center (โดยเฉพาะ war room ที่มีการประชุมติดตามแก้ไขปัญหาต่างๆ ในทุกสัปดาห์ มีส่วนช่วยลดความสับสนและความล่าช้าในการติดต่อประสานงานระหว่างส่วนกลางและ

จังหวัดลดลง และสามารถแก้ปัญหาและไขข้อข้องใจในเรื่องแนวทางปฏิบัติงานได้ในหลายเรื่อง ซึ่งถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมในระบบราชการ¹³⁵) อย่างไรก็ตามส่วนกลางเองยังขาดความชัดเจนในเรื่องหลักๆ ที่มีผลกระทบที่สำคัญกับการบริหารโครงการ (สาเหตุหนึ่งเกิดจากความไม่เป็นเอกภาพที่ส่วนกลาง ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ) ซึ่งก่อให้เกิดความคลุมเครือในเรื่องที่สำคัญหลายเรื่อง ตัวอย่างเช่น จนถึงทุกวันนี้ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่าการจัดสรรงบประมาณในปี 2546 จะจัดสรรกันอย่างไร¹³⁶

- ในโครงการนี้ ส่วนกลางจะให้อำนาจการตัดสินใจในหลายด้านกับจังหวัดมากกว่าหลายโครงการในอดีตที่ใช้วิธีสั่งการจากเบื้องบนเป็นหลัก แต่ที่ผ่านมาก็ยังมีความไม่ชัดเจนว่าเส้นแบ่งอยู่ที่ไหน ในหลายกรณีสิ่งที่ส่วนกลางมอบให้จังหวัดตัดสินใจเป็นประเด็นที่ผู้บริหารที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้มากกว่าที่จะเป็นเรื่องที่ส่วนกลางเห็นว่าควรกระจายอำนาจให้พื้นที่ การที่ส่วนกลางโยนประเด็นปัญหาที่มีลักษณะ Zero-sum (เช่น เรื่องการรวมเงินเดือน) ไปให้พื้นที่ตัดสินใจนั้น ดูจะเป็นการโยนภาระความรับผิดชอบไปให้มากกว่าที่จะเป็นการมอบหรือกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นตามหลักการที่ควรจะเป็น
- ในบรรดาประเด็นต่างๆ ที่มีการถกเถียงกันในระดับจังหวัดนั้น ประเด็นเรื่องการรวมหรือตัดเงินเดือนในระดับใดเป็นประเด็นที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งส่วนกลางควรตัดสินใจในเรื่องนี้ก่อนเรื่องอื่นอีกหลายเรื่อง และส่วนกลางน่าจะอยู่ในฐานะที่ตัดสินใจได้ เพราะเป็นประเด็นเรื่องหลักการ ไม่ใช่เรื่องที่ตัดสินใจด้วยข้อมูล ที่ผ่านมา หลักการตัดสินใจในเรื่องการรวมเงินเดือนยังไม่ชัดเจน การรวมเงินเดือนหรือไม่รวมเงินเดือนไว้ที่จังหวัดขึ้นกับแต่ละจังหวัดตัดสินใจกันเอง ผลลัพธ์จึงมักขึ้นกับการต่อรองในจังหวัดและแนวทางการบริหารงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในแต่ละที่ และสภาพความสัมพันธ์และอำนาจการต่อรองของสถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดนั้นๆ
- ในขณะที่ผู้บริหารโครงการมักอ้างถึงบริการที่มีคุณภาพและสิทธิของประชาชน ซึ่งได้รับการตอบสนองจากประชาชนค่อนข้างมาก ผู้บริหารที่ส่วนกลาง (ตั้งแต่รัฐบาลไปจนถึงข้าราชการระดับสูง) ยังมีแนวคิด (concept) หรือปรัชญาของโครงการที่ไม่ได้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตั้งแต่ในเรื่องเป้าหมายของโครงการว่าโครงการนี้มุ่งที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือจะเป็นโครงการที่มุ่งช่วยเหลือคนจน ในหลายกรณี ผู้บริหารคนเดียว

¹³⁵ ถึงแม้ว่าจะสร้างปัญหาความขัดแย้งของฝ่ายการเมืองกับฝ่ายข้าราชการประจำขึ้นมาบ้างก็ตาม

¹³⁶ และมีความเป็นไปได้มากกว่าผลลัพธ์จะขึ้นกับว่าฝ่ายใดมีอำนาจการต่อรองมากกว่ากันในช่วงที่ต้องตัดสินใจในเรื่องเหล่านี้

กันก็จะกล่าวถึงทั้งสองเป้าหมายในต่างกรรมต่างวาระหรือเปลี่ยนไปตามกระแส (ตัวอย่าง เช่น ในระยะหลังฝ่ายการเมืองมักจะระบุว่าภารกิจที่ผู้มียาได้สูงไม่มาใช้บริการเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้โครงการสามารถนำเงินไปให้บริการผู้มียาได้น้อย) ความไม่ชัดเจนในส่วนนี้มี ส่วนขยายความไม่พอใจในหมู่บุคลากรผู้ให้บริการที่ต้องให้บริการผู้ที่มีฐานะดี เนื่องจากผู้ ให้บริการยังคุ้นเคยกับแนวคิดเรื่องการสงเคราะห์คนจนมากกว่าการเฉลี่ยความเสี่ยงใน ระบบประกันสุขภาพแบบปลายปิด (หรือเห็นว่าเบี้ยประกันหรืออัตราค่าตามจ่ายที่ใช้อยู่ นั้นต่ำเกินไป)

- ในทำนองเดียวกัน ในขณะที่ผู้บริหารโครงการนี้มักจะเน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ แต่ผู้บริหาร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายการเมือง) ก็มักจะส่งสัญญาณที่ขัดกันเองออกไปให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างตาม แต่สถานการณ์ที่ผู้บริหารต้องเผชิญในขณะนั้น ตัวอย่างเช่น มีบางช่วงที่ผู้บริหารโครงการ ระบุว่าโรงพยาบาลใหญ่จำเป็นต้อง “รีดไขมัน” ของตนเองออก แต่ในอีกบางช่วงก็จะบอกว่า ให้ทำเต็มที่ และ “เหมือนเดิม” เพื่อดูว่าต้องใช้เงินเท่าใดในการดำเนินโครงการ ปัญหา เรื่องพนักงานของรัฐก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่งสัญญาณที่ คลุมเครือไปยังผู้ปฏิบัติงาน
- โครงการนี้เป็นตัวอย่างของโครงการที่ฝ่ายการเมืองพยายามผลักดันอย่างเต็มที่และ พยายามทำความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในช่วงโครงการนำร่องและ ช่วงก่อนเริ่มโครงการ (เช่น การส่งผู้บริหารระดับสูงลงไปตามพื้นที่¹³⁷ และการจัดทำคู่มือ ต่างๆ) แต่เมื่อมีการดำเนินโครงการทั่วประเทศแล้ว ก็ยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนที่จะส่ง เสริมให้ผู้บริหารในระดับล่างได้รับรู้ข้อมูลในภาพรวมของโครงการหรือภาพในระดับกว้าง กว่าจังหวัดหรือเขตของตนเอง ที่ผ่านมา ไม่ปรากฏชัดว่าส่วนกลางได้ช่วยทำให้ผู้บริหาร ในพื้นที่เหล่านี้เห็นภาพกว้างหรือภาพรวมว่าเกิดอะไรที่ไหนบ้าง แต่ใช้วิธีบอกให้ทุกพื้นที่ พยายามทำให้ดีที่สุด และให้พื้นที่ที่มีปัญหามาขอความช่วยเหลือจากส่วนกลาง (เช่นจาก งบฉุกเฉิน contingency fund ซึ่งเป็นมาตรการระยะสั้น) และมักนำแต่ตัวอย่างในพื้นที่ที่ ส่วนกลางเห็นว่าประสบความสำเร็จมาโฆษณา¹³⁸ (ในขณะเดียวกัน impression ที่ผู้ บริหารระดับต่างๆ ในหลายจังหวัดมีก็คือ ส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายการเมือง ระบุ

¹³⁷ กรณีที่รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งถูกกล่าวหาและถูกตั้งกรรมการสอบสวนในข้อหาหมิ่นพระบรม เชาณุภาพ ก็เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเดินสายออกไปเตรียมความพร้อมใน จังหวัดต่างๆ ช่วงก่อนเริ่มโครงการทั่วประเทศ

¹³⁸ ซึ่งบางครั้งเป็นกรณีที่มีลักษณะเฉพาะสูง เช่น บ้านแพ้ว

อยู่เสมอว่าใครทำอะไรไม่ได้ก็จะให้คนอื่นที่ทำได้มาทำแทน) แนวทางนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากซึ่งมองไม่เห็นภาพรวมและภาพในระยะยาวเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง และขาดความเชื่อมั่นในโครงการและข่าวสารที่ส่งมาจากส่วนกลาง (เช่นเห็นว่าเป็นการสร้างภาพและกลบปัญหา) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างในองค์กรหรือในพื้นที่ที่ประสบปัญหา (หรือมีความเชื่อว่าสถานพยาบาลของตนกำลังมีปัญหา) จึงมีความไม่พอใจกับโครงการนี้ค่อนข้างมาก

- แนวทางการบริหารที่ทางส่วนกลางให้ความสำคัญกับสิทธิและทางการการร้องเรียนของประชาชนมากขึ้นนับเป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาครัฐ ซึ่งแต่เดิมไม่ค่อยให้ความสนใจกับผู้มารับบริการมากนัก) ที่มีการเปิดช่องทางที่เป็นทางการให้ผู้ใช้บริการสามารถร้องเรียนแสดงความคิดเห็นในบริการที่ได้รับอย่างชัดเจน ซึ่งได้รับการตอบสนองค่อนข้างมาก จนอาจถือได้ว่าเป็นยุคแรกๆ ที่ผู้ใช้บริการออกมาเรียกร้องสิทธิและสะท้อนปัญหาของการบริการในระดับที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ในปัจจุบัน แนวทางหรือกติกาในการจัดการกับข้อร้องเรียนยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การติดตามเรื่องร้องเรียนจากส่วนกลางในรูปแบบต่างๆ (ซึ่งในหลายกรณีต่างจากในอดีต เช่น การติดตามเรื่องร้องเรียนที่เป็นจดหมายอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรสนเท่ห์) ก่อให้เกิดความรู้สึกในหน่วยงานระดับล่าง (ซึ่งไม่เคยได้ข้อมูลจากส่วนกลางว่ามีข้อร้องเรียนมาที่ส่วนกลางมากนักเลย) ว่าส่วนกลางต้องการให้โครงการนี้เป็นโครงการปลดปล่อย (zero-problem scheme) นอกจากนี้ ยังเห็นว่าและส่วนกลางไม่มีจุดยืนที่ชัดเจน อ่อนไหวกับการร้องเรียนของประชาชนมาก และพร้อมที่จะเปลี่ยนแนวทางการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น (เช่นการคลอเคลียคนที่ 3) ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างจึงพยายามหลีกเลี่ยงการมีปัญหากับประชาชนให้มากที่สุด เพื่อที่จะไม่ต้องคอยชี้แจงการร้องเรียนที่หลุดไปถึงส่วนกลาง ดังนั้น ในเรื่องที่จะอาจจะผิดจากหลักการหรือระเบียบที่ตั้งไว้แต่ไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากนัก ผู้ปฏิบัติงานก็พร้อมที่จะโอนอ่อนตามถ้าเกิดปัญหาขึ้น ในขณะเดียวกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานพยาบาลก็มักจะระมัดระวังเป็นอย่างมากในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการร้องเรียนของประชาชน โดยแทบทุกที่จะระบุว่าไม่ค่อยมีปัญหาการร้องเรียนหรือถ้ามีก็มักเป็นความเข้าใจผิดหรือเป็นปัญหาที่เกิดจากผู้ร้องเรียนเอง นอกจากนี้ การให้สถานพยาบาล (หรือแม้กระทั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนเองก็ยังคงเป็นระบบที่น่าจะมีปัญหาการขัดกันของผลประโยชน์ (conflict of interest) อยู่ในตัวเอง

- ส่วนกลางได้ดำเนินการแก้ไขระเบียบหลายด้าน (เช่น ระเบียบเรื่องเงินบำรุงและการจ่ายค่าตอบแทน และความพยายามสลายกรอบอัตราค่าจ้าง) ซึ่งถือว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงที่

ทำได้ค่อนข้างเร็วในระบบราชการเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านบุคลากรและงบประมาณยังคงติดกับกรอบและระเบียบราชการและของกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎระเบียบต่างๆ ในด้านกรอบอัตรากำลังและระเบียบค่าตอบแทนของกระทรวงการคลังและระบบการตรวจสอบของสำนักงานงบประมาณ

- ระบบข้อมูลของส่วนกลางที่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูลทาง internet โดยไม่ต้องผ่านสาธารณสุขจังหวัด ทำให้ข้อมูลเดินทางเข้าสู่ส่วนกลางได้รวดเร็วกว่าเดิม
- โครงการนี้ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับมีการด้านการรายงานเพิ่มขึ้นมาก ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาส่วนกลางจะตระหนักถึงปัญหานี้ และมีความพยายามที่จะตัดรายงานบางส่วนลง แต่ระบบข้อมูลของส่วนกลางยังคงเรียกร้องข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ระดับล่าง โดยเฉพาะระดับสถานีอนามัย ซึ่งมีเสียบบ่นมากกว่าภาระรายงานที่กระทรวงมอบหมายมีมากจนไม่มีเวลาออกเยี่ยมชุมชน และต้องหาข้อมูลจำนวนมากที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำได้ตามที่กระทรวงกำหนดได้ จึงเกิดการนั่งเทียนเขียนรายงานกันอย่างกว้างขวาง
- ในรอบปีที่ผ่านมากระบวนการการออกบัตร แจกบัตร ตรวจสอบสิทธิ เปลี่ยนบัตร เก็บบัตรคืน ฯลฯ ยังเป็นปัญหาที่ใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่เข้าโครงการนำร่องและมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการออกบัตรหลายครั้งในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งในหลายๆ กรณีน่าจะสามารถดำเนินการได้โดยใช้ทรัพยากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาของบุคลากร) ที่น้อยกว่านี้ถ้ามีการเตรียมการจากส่วนกลางอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ค. การบริหารงานในระดับเขตโดยระบบผู้ตรวจ

- การแบ่งงานให้ผู้ตรวจราชการรับผิดชอบดูแลโครงการในแต่ละเขต (ซึ่งเป็นแนวคิดของปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.วินัย วิจารณ์กิจจา) ทำให้การดำเนินการขึ้นกับผู้ตรวจค่อนข้างมาก ในบางเขต ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างค่อนข้างพอใจกับระบบนี้เนื่องจากรู้สึกว่าการบริหารของจังหวัดตนได้รับการตอบสนองมากขึ้นกว่าระบบเดิมที่ขึ้นกับหน่วยงานที่ส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว แต่ในบางเขตก็มีปัญหาที่ผู้ตรวจพยายามกำหนดแนวทางที่ตนคิดว่าเหมาะสมให้ทำเหมือนกันทั้งเขต ทำให้จังหวัดที่มีเงินเหลือต้องทำแบบเดียวกับจังหวัดที่เงินขาด เช่น การกำหนดค่าเวรเหมือนกัน ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระบบได้มากเท่าที่ควร เช่นการดึงบุคลากรเข้ามาทำงานในพื้นที่ที่กั้นดาร เป็นต้น

- ระบบมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการรับผิดชอบเหมือนเป็นผู้บังคับบัญชาของเขต แต่ไม่มีระบบการรายงานและระบบประสานงานที่เชื่อมระหว่างผู้ตรวจราชการที่รับผิดชอบในแต่ละเขตกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น สคส. และสำนักงานประกันสุขภาพ ทำให้มีนโยบายที่ขัดแย้งกันในบางครั้ง การประสานงานที่ผ่านมาผ่านระบบการประชุมเท่านั้น (เช่น ใน war room ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ หรือ ปสน. กลาง และในการประชุมกระทรวงสาธารณสุข)
- การบริหารงานบางด้านของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะของระบบโควต้า เช่น วิธีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ 2545 (ซึ่งนำเงินที่เหลือจากโครงการหลักๆ ที่ส่วนกลางกำหนดมาแบ่งให้แต่ละเขตตามจำนวนบัตร และในบางเขตก็นำไปแบ่งต่อให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนบัตร) และการจัดสรรบุคลากร (แพทย์ใช้ทุน) ในปีงบประมาณนี้เช่นกัน
- การพยายามให้เกลี่ยบุคลากรภายในเขต แม้ว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดี แต่ในหลายกรณีความแตกต่างระหว่างเขตต่างๆ มีมากกว่าความแตกต่างภายในเขตเดียวกัน ดังนั้น ในกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขจะยังคงความเป็นเจ้าของสถานพยาบาลต่อไปในอนาคต การจัดการด้านนี้อาจมีความจำเป็นต้องดำเนินการโดยส่วนกลางมากกว่าที่ระดับเขต

ง. การบริหารงานภายในจังหวัด

จุดอ่อนจุดแข็งในการบริหารระดับจังหวัดจะผันแปรตามเงื่อนไขภายในจังหวัด เช่นลักษณะการบริหารงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และวิธีการจัดสรรเงิน และการบริหารงบประมาณที่จังหวัดนั้นๆ เลือก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- ในหลายจังหวัดพบว่าบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกมากขึ้น โดยการปรับระบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในแนวทางที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (เช่น การที่จังหวัดเล็กที่มีการคมนาคมสะดวกยอมให้ผู้ป่วยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ตนสะดวก โดยกันงบกลางหรืองบตามจ่ายไว้ที่จังหวัด) และบางจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบเพิ่มขึ้นมาก ทางจังหวัดก็แนะนำให้สถานีนอนามัยไม่ต้องเก็บค่าบริการ 30 บาทจากผู้ป่วยเลย (เช่น บางสถานีนอนามัยในจังหวัดศรีสะเกษ)
- ที่ผ่านมาสำนักรงงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการจัดเวทีและเป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยและเจรจาต่อรองในด้านการจัดสรรงบของโครงการ ซึ่งในจังหวัดส่วนใหญ่ก็สามารถตกลงกันได้ด้วยดี แต่สาเหตุหนึ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องเข้ามา

บทบาทนี้ (ซึ่งในบางกรณีอาจจะมากกว่าที่ควรจะเป็น) เกิดจากการที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้โดยหลักการ (เช่นการรวมเงินเดือน)

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีแนวทางการทำงานที่แตกต่างกันหลายแบบ ในบางจังหวัดนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรู้สึกว่ารอานาจกำลังจะสูญไป ก็พยายามดึงเงินไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในบางจังหวัดที่ไ้งบประมาณมาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชื่อว่าการให้เงินลงไปที่ CUP โดยตรง (ซึ่งจะทำให้หลาย CUP ไ้งบประมาณเพิ่มเป็นเท่าตัว) จะก่อให้เกิดการใช้เงินอย่างฟุ่มเฟือยโดยไม่มีประสิทธิภาพ จึงพยายามกักเงินส่วนใหญ่ไว้ที่จังหวัดและให้แต่ละ CUP เขียนแผนการใช้งบ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบส่วนที่จะใช้เพิ่มจากงบที่เคยได้รับเดิม) บางจังหวัดที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต้องการลดปัญหาภายในจังหวัดให้มากที่สุด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดก็จะใช้วิธีทุบตีะให้รวมเงินเดือน ในบางจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งมีเป้าหมายที่จะดึงเงินงบประมาณเข้าจังหวัดให้มากที่สุด (maximize revenue) ก็ใช้วิธีรวมเงินเดือนแล้วให้โรงพยาบาลชุมชนขอ contingency fund (เพราะถ้าแยกเงินเดือนตาม CUP จะไม่มีโรงพยาบาลใดเลยที่จะขอแล้วได้) เป็นต้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในบางจังหวัดพยายามเน้นการขยายบทบาทของสถานีนามัย (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตนมีปัญาในการบังคับบัญชาน้อยที่สุด)

การบริหารภายในเครือข่ายสถานพยาบาล (CUP)

- สิ่งี่เปลี่ยนไปมากที่สุดในการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาลคือ หลังจากที่ใช้ระบบงบประมาณใหม่ โรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่ถือเงินของสถานีนามัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลด้วย (บางสถานีนามัยจะยังไ้งบประมาณ non-UC จากระบบงบประมาณเดิม แต่ในจำนวนที่น้อยมาก) ซึ่งระบบนี้ทำให้โรงพยาบาลและสถานีนามัยเป็นหน่วยที่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง และเอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลและสถานีนามัยร่วมกันวางแผนการทำงานในพื้นที่ที่สอดคล้องกันมากขึ้น และเอื้อกับการพัฒนาศักยภาพของสถานีนามัย (เช่นการปรับมาเป็น PCU โดยมีแพทย์ให้พยาบาลเข้าไปประจำและมีแพทย์หมุนเวียน) ทำให้สถานีนามัยหลายแห่งได้กลายเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนหันมาให้ความสนใจในการใช้บริการมากขึ้น เนื่องจากคุณภาพการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และในหลายพื้นที่สามารถลดภาระผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลงได้¹³⁹

¹³⁹ ในบาง CUP มีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เช่น เบาหวาน หรือแพทย์ ortho โรงพยาบาลทั่วไปลงไป train แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเรื่องกระดูก และตั้งหลักเกณฑ์ร่วมกันสำหรับระบบส่งต่อผู้ป่วย

- การจัดสรรเงินของ CUP ต่างๆ ให้สถานีอนามัยมีความแตกต่างกันขึ้นกับแนวทางการบริหารจัดการของ CUP บาง CUP อาศัย คปสอ. ในการบริหารจัดการ บาง CUP จัดตั้งคณะกรรมการบริหาร CUP (เช่น ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลปทุมธานี) คณะกรรมการบริหาร CUP ทำให้เกิดการถ่วงอำนาจมากขึ้นระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยมากขึ้น แต่แนวทางการบริหาร CUP ก็มักเป็นของผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ในบาง CUP มีนโยบายรวมงบประมาณทั้งหมดใน CUP เข้าด้วยกันเพื่อช่วยกันแบกรับความเสี่ยงและกระจายผลประโยชน์ให้ทุกสถานพยาบาลเท่าเทียมกันเมื่อมีเงินเหลือ (เช่น CUP หนองเสือที่จังหวัดปทุมธานี) แต่ผู้บริหารของ CUP ส่วนใหญ่ถือว่าเงินเป็นของโรงพยาบาลและจะให้สถานีอนามัยตามการใช้จ่ายจริงเท่านั้น ขณะที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่ต้องการความอิสระในการบริหารจัดการเรื่องเงิน¹⁴⁰ และพอใจรูปแบบเดิมที่ตนบริหารเงินบำรุงของสถานีอนามัยของตนเองมากกว่า
- ข้อมูลของส่วนกลางและข้อมูลการจัดสรรในจังหวัดไม่ถึงเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานในจังหวัด ชาวคราวต่างๆ จึงได้จากหนังสือพิมพ์และสื่อโฆษณาต่างๆ โดยระดับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลจะรับทราบขึ้นกับนโยบายการเปิดเผยข้อมูลของผู้บริหาร บางโรงพยาบาลพยายามแจกแจงข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทราบอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลช่วยลดความกังวลของเจ้าหน้าที่ลงได้ แต่วิธีนี้จะได้ดีในโรงพยาบาลที่ไม่มีปัญหาการเงิน¹⁴¹ สำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาวิธีนี้อาจจะไม่ช่วยสร้างความมั่นใจ แต่ก็น่าจะทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงฐานะทางการเงินที่แท้จริงของสถานพยาบาลมากขึ้น การเปิดเผยในกรณีนี้อาจมีทั้งผลดีในเรื่องของการช่วยกันประหยัดและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับคุณภาพการให้บริการกับประชาชน
- ปัญหาที่เกิดขึ้นมากในหลายพื้นที่คือผู้บริหารสถานพยาบาลให้ข้อมูลครึ่งๆ กลางๆ กับเจ้าหน้าที่ ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารให้แต่ข้อมูลเงินบำรุงที่ลดลง (ซึ่งเป็นข้อมูลในส่วนที่รวบรวมโดยใช้เกณฑ์บัญชีเงินสด cash basis) แล้วสรุปลงไปว่าโรงพยาบาลมีปัญหาทางการเงิน (ในขณะที่จังหวัดเพิ่งจะโอนงบ UC มาให้ที่โรงพยาบาลเพียง 2 งวดจาก 6 งวดเท่านั้น) หรือสรุปปัญหาโดยดูจากข้อมูลจุกๆ (เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนแห่ง

¹⁴⁰ ในเรื่องนี้ ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ซึ่งสมาชิกประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและสาธารณสุขอำเภอได้เสนอรัฐมนตรีและผู้บริหารของกระทรวงในการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจ ของสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพว่าไม่ควรนำงบประมาณในส่วน of สถานีอนามัยไปผูกขาดไว้กับโรงพยาบาล แต่ควรเชื่อมโยงเป็นพวงสถานบริการด้วยระบบส่งต่อและควรเป็นระบบส่งต่อแบบเสรีที่ไม่ควรผูกขาดไว้ที่โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง

¹⁴¹ ตัวอย่างโรงพยาบาลที่ผู้บริหารพยายามใช้แนวทางนี้คือโรงพยาบาลลำลูกกาในจังหวัดปทุมธานี

หนึ่งสรุปว่า PCU สร้างปัญหาการเงินให้โรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลต้องจ่ายค่าล่วงเวลาเพิ่มขึ้นให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลมาทำงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนเจ้าหน้าที่ที่ออกไป PCU)

- การมี PCU เป็นนวัตกรรมที่มีผลในหลายด้าน ตัวอย่างเช่น ทำให้การให้บริการทางการแพทย์ใกล้ตัวประชาชนมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล¹⁴² การมี PCU ก่อให้เกิดการปรับตัวและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลและสถานีนามัย ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สถานีนามัยซึ่งเคยทำงานโดยไม่เคร่งครัดเรื่องเวลาเกิดการปรับตัวเมื่อต้องทำงานกับพยาบาลที่จะเข้มงวดในด้านเวลา และพยาบาลเองก็ได้ฝึกฝนการออกชุมชนจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย บาง PCU มีการจัดตั้งหน่วยย่อยลงไปอีกในการดูแลชุมชน เช่นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งดูแลโดยทีม อสม. ซึ่งเป็นงานอาสาสมัคร หมู่บ้านละทีม โดย อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ 15-20 ครัวเรือน ให้บริการต่างๆ เช่น การวัดความดันและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังทุกวัน
- ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ใน PCU จำนวนมากคือปัญหาสายการบังคับบัญชาที่ไม่ชัดเจน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มาทำงานใน PCU กับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเดิม) ในบางสถานีนามัยที่โรงพยาบาลมา takeover (เช่น สถานีนามัยสันป่าตองที่จังหวัดเชียงใหม่) จะมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ว่าหมอมจะเป็นหัวหน้าของ PCU พยาบาลเป็นผู้ช่วยหมอ และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยลดบทบาทมาทำหน้าที่คัดกรองคนไข้ (ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก) แต่ในหลายสถานีนามัยที่ไม่มีแพทย์ไปประจำ เจ้าหน้าที่สถานีนามัยและพยาบาลต่างก็เกิดความอึดอัดในสถานะที่ไม่ทราบแน่ชัดของตนและเกิดความขัดแย้งกันในบางครั้ง
- ที่ผ่านมา การแบ่งประชากรและพื้นที่ของ CUP ที่ผ่านมามักแบ่งตามพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในบางจังหวัด เช่น ปทุมธานี ได้นำเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Global Positioning System หรือ GPS และ Geographical Information System หรือ GIS) มาช่วยในการแบ่งพื้นที่ของแต่ละ CUP โดยใช้อาศัยหลักเกณฑ์ให้ประชาชนเดินทางไม่เกิน 30 นาที และอยู่รอบโรงพยาบาลในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตร แต่ผลที่ตามมาก็คือเกิดกรณีที่สถานีนามัยหลายแห่งขึ้นกับ 2-3 CUP ซึ่งเป็นปัญหาที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องยัง

¹⁴² ในเรื่องนี้ มีข้อเสนอจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแห่งว่า PCU อาจไม่มีความจำเป็นในจังหวัดเล็กที่มีการคมนาคมสะดวก (เช่น สระบุรี) หรืออาจไม่คุ้มที่จะทำในพื้นที่ที่ประชากรกระจัดกระจายมาก (เช่น ในบางอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่)

ไม่มีความชัดเจนว่าควรแบ่ง CUP ตามเขตปกครองหรือแบ่งตามหลักเกณฑ์อื่นและจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไร นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องสถานีนามัยที่อยู่ใน CUP ของเอกชน ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ใหญ่กว่านี้อีกอย่างน้อยสามประการคือ (1) การกำหนดบทบาทของสถานีนามัยในการเป็นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนกับบทบาทที่เป็นสถานพยาบาลขั้นต้น (2) การแยกหรือรวมงาน (และงบ) การรักษาพยาบาลกับการส่งต่อ และ (3) การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้มากน้อยแค่ไหนเพียงใด

บรรณานุกรม

- คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2544. "ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จเด็จ ธรรมธัชอารี และคณะ. 2544. "(ร่าง) การคำนวณงบประมาณแบบ age-adjusted capitation" เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จังหวัดระยอง 24-26 กรกฎาคม 2544.
- นิภา ศรีอนันต์. 2545. "ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ" รายงานความก้าวหน้า โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. มกราคม.
- เพ็ญแข ลาภยิ่ง และคณะ. 2544. รายงานการวิจัยประเมินผลเชิงคุณภาพ โครงการเงินกู้ IBRD (SIP) เพื่อการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูลใน 6 จังหวัด. ราชวิทยาลัยอายุรศาสตร์. 2544. เอกสารประกอบการประชุมกลางปี วันที่ 21-23 พฤศจิกายน. นครสวรรค์.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญญา ณ ระนอง. 2545. "จากการสังเคราะห์ทัศนคติการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท" บทความประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของ สวรส. 5-7 สิงหาคม 2545
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2544. "งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน" วารสารวิชาการสาธารณสุข 10:3 381-390.
- ศรัชัย เจริญมวรกุล. 2545. "การประมาณสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545" รายงานในโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. กรกฎาคม.
- _____. 2545ข. "การวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ ช่วงเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545" รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย. 2545. "การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี)" รายงานความก้าวหน้า โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ศุภลิตี พรพรรณโนทัย และคณะ. 2543. “ความเป็นไปได้และทางเลือกและของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย” ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ศุภลิตี พรพรรณโนทัย และคณะ. 2543ข. “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้” สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

ศุภลิตี พรพรรณโนทัย และสุกัลยา คงสวัสดิ์. 2544. “ต้นทุนต่อนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน” วารสารวิชาการสาธารณสุข 10:3 391-399.

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545. “หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง” (เอกสารอัดสำเนา)

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). 2544. “กรอบการศึกษา โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2544–มิถุนายน 2545)”

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2540. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539.

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2540.

อัญชนา ณ ระนอง 2545. การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขโดยโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2545. รายงานการวิจัย คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2544. การปฏิรูประบบการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.). รายงานวิจัยเสนอมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มิถุนายน.

_____. 2545. การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.). (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก.

อัญชนา ณ ระนอง และ ศรัชัย เจริญมวรกุล. 2545. “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม” รายงานความก้าวหน้า โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. มกราคม.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. สถานะเงินบำรุงของสถานพยาบาลของรัฐในช่วงหกเดือนแรกของโครงการ 30 บาท ใน 75 จังหวัด (ตุลาคม 2544 - มีนาคม 2545)

หน่วย : ล้านบาท

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวมทั้งประเทศ			19,483.6	19,658.7	19,749.6	19,969.8	20,363.7	22,487.9	11,926.6	12,310.1	11,950.6	11,818.1	12,511.9	12,906.3	14,747.1
รวม รพศ., รพท.			12,201.9	11,820.1	11,760.7	11,555.3	11,640.0	12,065.6	8,026.4	8,233.1	7,861.1	7,584.4	7,545.9	7,516.3	8,028.1
รวม รพ.นอก สป.			289.4	302.9	303.7	286.2	296.3	316.5	198.0	220.0	211.3	213.3	205.2	196.5	209.6
รวม รพ. นอก สธ.			42.1	47.5	234.8	55.2	279.6	237.3	14.0	15.5	181.3	186.1	193.8	193.7	201.2
รวม รพช.			6,950.2	7,488.2	7,450.3	8,073.1	8,146.3	9,868.5	3,688.3	3,841.6	3,696.9	3,834.2	4,566.2	4,998.6	6,308.2
ภาคเหนือ			5,738.9	5,829.4	5,672.3	5,809.3	5,764.9	6,179.9	3,211.3	3,616.8	3,433.9	3,356.0	3,576.3	3,571.5	4,136.0
รวม รพศ., รพท.			3,519.3	3,487.5	3,292.4	3,278.0	3,310.3	3,505.7	2,279.3	2,449.8	2,325.8	2,221.8	2,278.7	2,270.6	2,449.4
รวม รพ.นอก สป.			32.8	31.1	32.8	29.5	28.0	29.2	19.5	19.5	19.6	20.0	19.2	18.1	18.9
รวม รพ. นอก สธ.															
รวม รพช.			2,186.8	2,310.8	2,347.1	2,501.8	2,426.6	2,645.0	912.5	1,147.5	1,088.5	1,114.2	1,278.5	1,282.8	1,667.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			4,536.9	4,322.1	4,709.2	4,989.0	4,851.6	5,719.2	2,467.8	2,469.1	2,387.4	2,424.1	2,676.6	2,880.9	3,624.7
รวม รพศ., รพท.			2,364.2	1,994.4	2,203.5	2,249.5	2,217.7	2,381.8	1,467.3	1,419.6	1,342.5	1,255.9	1,268.6	1,255.9	1,441.2
รวม รพ.นอก สป.			57.3	56.6	60.1	63.7	47.2	58.9	21.1	39.1	34.7	38.6	37.5	32.5	35.5
รวม รพ. นอก สธ.															
รวม รพช.			2,115.3	2,271.0	2,445.6	2,675.8	2,586.7	3,278.5	979.5	1,010.5	1,010.2	1,129.6	1,370.5	1,592.4	2,148.0

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ภาคกลาง			3,194.8	3,317.0	3,570.1	3,268.0	3,570.2	4,191.8	2,283.1	2,240.5	2,381.8	2,430.2	2,388.8	2,449.3	2,681.1
รวม รพศ., รพท.			2,198.7	2,262.9	2,341.6	2,290.7	2,250.7	2,318.1	1,593.0	1,591.0	1,584.1	1,641.1	1,566.6	1,556.1	1,621.0
รวม รพ.นอก สป.			113.6	134.6	136.8	120.7	142.2	159.8	94.9	94.0	94.4	100.1	96.5	101.1	109.4
รวม รพ. นอก สธ.			17.1	23.1	210.4	29.8	253.7	216.9	2.6	3.9	168.8	172.5	179.7	178.0	186.3
รวม รพช.			865.4	896.3	881.3	826.7	922.1	1,496.9	592.7	551.6	534.6	516.5	545.2	612.7	764.4
ภาคตะวันออก			1,660.1	1,594.9	1,624.8	1,781.3	1,902.6	2,135.9	1,053.6	1,141.0	1,058.2	1,069.3	1,343.8	1,354.7	1,547.2
รวม รพศ., รพท.			1,129.2	1,098.0	1,125.5	1,016.9	1,044.5	1,131.6	717.7	806.5	763.2	770.0	747.9	690.8	745.5
รวม รพ.นอก สป.															
รวม รพ. นอก สธ.															
รวม รพช.			530.9	496.9	499.2	764.4	858.1	1,004.4	335.9	334.6	295.1	299.3	595.9	663.9	801.6
ภาคตะวันตก			1,238.3	1,234.5	1,146.0	1,181.4	1,305.2	1,360.5	963.0	895.3	838.1	779.4	819.5	944.8	997.9
รวม รพศ., รพท.			950.8	955.5	859.2	873.0	956.9	956.5	775.3	732.7	677.7	609.8	643.8	714.4	744.0
รวม รพ.นอก สป.			36.2	30.7	28.9	29.8	24.4	20.4	31.1	28.1	24.5	22.2	20.2	14.3	12.3
รวม รพ. นอก สธ.			9.8	10.2	10.9	11.7	11.9	12.4	4.7	5.5	6.3	7.0	7.8	8.4	9.0
รวม รพช.			241.4	237.9	247.1	266.9	311.9	371.3	151.9	129.0	129.6	140.4	147.7	207.7	232.5
ภาคใต้			3,114.6	3,360.9	3,027.1	2,940.9	2,969.2	2,900.6	1,947.8	1,947.3	1,851.1	1,759.0	1,706.8	1,705.1	1,760.2
รวม รพศ., รพท.			2,039.7	2,021.7	1,938.5	1,847.1	1,860.0	1,771.9	1,193.8	1,233.6	1,168.0	1,085.9	1,040.3	1,028.4	1,026.9
รวม รพ.นอก สป.			49.4	49.8	45.1	42.5	54.5	48.2	31.4	39.2	38.1	32.4	31.8	30.4	33.5
รวม รพ. นอก สธ.			15.1	14.2	13.5	13.7	13.9	8.0	6.7	6.1	6.2	6.5	6.3	7.3	5.9

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวม รพช.			1,010.3	1,275.3	1,030.0	1,037.5	1,040.8	1,072.6	715.8	668.4	638.9	634.2	628.4	639.1	693.9
แม่ฮ่องสอน		ln	69.7	63.4	69.6	88.4	79.9	98.2	34.0	29.2	27.0	27.5	39.3	36.2	48.8
รพท.ศรีสังวาลย์	1		35.3	27.3	31.0	36.9	33.5	34.0	13.9	14.2	12.3	13.2	16.6	14.9	16.3
รวม รพช.	1		34.3	36.1	38.6	51.5	46.4	64.2	20.1	15.0	14.6	14.3	22.8	21.4	32.5
เชียงใหม่		ln	517.2	509.5	533.1	516.8	553.2	566.2	347.5	369.3	348.8	372.8	352.4	384.4	422.0
รพศ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์	1		293.0	303.0	286.1	280.2	264.6	260.8	182.2	199.6	195.8	187.6	181.3	165.8	185.8
รวม รพช.	1		224.2	206.6	247.0	236.6	288.6	305.4	165.3	169.7	153.0	185.3	171.1	218.6	236.2
เชียงใหม่		ln	372.4	441.1	441.2	426.9	422.5	438.4	168.4	221.7	246.1	245.0	239.2	232.3	244.6
รพท.นครพิงค์	1		221.3	243.9	232.2	255.8	260.3	272.0	108.1	169.7	163.2	159.4	165.0	159.4	167.3
รวม รพช.	1		151.1	197.2	209.0	171.1	162.2	166.3	60.3	52.0	82.8	85.7	74.2	72.9	77.3
ลำปาง		ln	420.9	430.7	402.3	411.2	404.6	428.4	278.7	305.6	307.2	291.7	281.6	282.0	300.4
รพศ.ลำปาง	1		329.9	313.3	310.7	315.8	307.7	307.4	225.0	260.7	251.5	247.9	242.2	242.7	239.9
รวม รพช.	1		91.0	117.4	91.6	95.4	97.0	121.0	53.7	44.9	55.7	43.9	39.3	39.3	60.5
ลำพูน		ln	117.2	132.7	131.4	133.0	140.5	144.2	65.4	77.3	84.2	84.5	82.2	76.9	96.8
รพท.ลำพูน	1		89.9	90.7	91.8	82.7	89.4	98.6	54.5	67.9	65.1	70.5	65.0	66.0	75.5
รวม รพช.	1		27.3	41.9	39.6	50.3	51.1	45.5	10.9	9.4	19.1	14.0	17.2	10.9	21.4
พะเยา		ln	245.9	246.8	234.4	263.1	254.4	286.4	174.3	160.9	153.5	146.2	171.8	166.9	213.1
รพท.พะเยา	1		160.4	159.1	140.8	165.6	166.3	184.3	121.8	115.8	110.8	100.5	120.3	121.0	153.9
รพท.เชียงคำ	1		26.6	25.1	25.7	28.5	23.6	38.2	10.9	7.5	4.2	3.6	7.3	4.7	18.5

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวม รพช.	1		58.8	62.7	67.9	69.0	64.5	63.8	41.6	37.6	38.5	42.1	44.2	41.2	40.6
น่าน		Ex	287.6	305.5	293.2	297.3	321.0	321.5	169.4	170.2	166.4	154.3	155.7	180.6	183.6
รพท.น่าน	1		229.8	248.9	224.8	221.8	240.8	247.4	149.2	142.6	146.3	132.9	132.3	150.2	151.4
รวม รพช.	1		57.8	56.6	68.4	75.4	80.3	74.1	20.2	27.6	20.1	21.4	23.4	30.4	32.3
แพร่		In	181.7	177.7	183.8	200.5	201.0	184.3	105.2	106.4	97.4	99.6	115.5	114.7	102.5
รพท.แพร่	1		112.0	101.4	106.5	110.8	105.5	107.7	76.8	69.1	62.8	66.3	69.9	66.4	71.0
รวม รพช.	1		69.7	76.3	77.2	89.8	95.5	76.6	28.4	37.2	34.6	33.2	45.6	48.3	31.5
อุตรดิตถ์		In	367.0	382.7	331.6	212.8	299.4	375.2	210.6	211.9	186.7	155.2	161.5	167.0	166.3
รพศ.อุตรดิตถ์	1		328.5	360.0	311.4	186.1	276.3	355.4	195.8	204.5	190.3	165.1	168.3	180.0	181.5
รวม รพช.	1		38.5	22.7	20.2	26.7	23.1	19.8	14.8	7.5	-3.6	-9.8	-6.8	-12.9	-15.1
สุโขทัย		In	408.6	419.0	396.5	408.6	478.9	530.3	319.1	327.2	314.2	297.8	304.2	382.5	445.8
รพท.สุโขทัย	1		171.3	175.7	165.6	167.9	190.0	204.8	143.4	147.6	146.4	140.9	141.4	167.2	183.4
รพท.ศรีสังวร	1		132.9	125.7	124.1	121.5	145.9	161.0	109.2	113.0	107.9	105.9	103.3	130.1	142.7
รวม รพช.	1		104.4	117.5	106.9	119.2	143.0	164.5	66.5	66.7	59.9	51.0	59.6	85.2	119.8
ตาก		In	202.1	162.1	99.3	174.8	99.2	0.0	119.3	94.3	51.4	16.1	60.1	16.9	0.0
รพท.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช *	1		61.2	56.8	46.6	43.7	32.3		32.9	35.7	28.3	18.4	10.9	1.3	
รพท.แม่สอด	1		83.7	51.1	-2.7	70.0			65.1	44.7	17.1	-3.2	34.6		
รวม รพช.	1		57.2	54.2	55.4	61.1	66.9	0.0	21.3	13.9	6.1	0.9	14.6	15.7	0.0
กำแพงเพชร		In	232.9	219.2	230.5	255.1	263.0	295.2	172.6	151.0	134.5	150.1	179.1	183.0	211.4

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.กำแพงเพชร	1		156.8	153.6	151.1	160.8	150.0	150.0	126.4	120.9	116.0	116.1	126.6	117.8	113.2
รวม รพช.	1		76.1	65.6	79.5	94.3	113.0	145.2	46.2	30.1	18.5	34.0	52.5	65.2	98.3
พิษณุโลก		In	424.8	400.6	404.7	431.3	401.9	415.1	205.5	242.1	221.1	218.9	244.0	232.8	258.4
รพศ.พุทธชินราช	1		327.3	299.7	307.4	315.1	312.5	296.4	132.7	177.7	161.5	162.7	169.8	166.9	183.3
รวม รพช.	1		97.5	100.8	97.3	116.1	89.4	118.7	72.9	64.4	59.7	56.2	74.2	65.9	75.1
พิจิตร		Mix	810.2	804.3	779.0	839.4	734.8	859.5	196.3	465.9	415.6	399.9	462.8	400.7	572.6
รพท.พิจิตร	1		171.8	170.3	161.5	163.9	150.5	167.3	103.0	112.5	108.7	97.6	93.6	91.4	105.1
รวม รพช.	1		638.4	634.0	617.5	675.5	584.3	692.2	93.3	353.4	306.9	302.3	369.2	309.2	467.4
เพชรบูรณ์		In	334.9	356.6	346.0	365.0	286.4	345.4	94.2	124.3	105.7	110.9	150.6	106.1	204.7
รพท.เพชรบูรณ์	1		109.3	101.9	95.1	85.4	93.3	129.4	51.1	57.9	51.3	47.0	55.3	51.0	86.4
รวม รพช.	1		225.6	254.6	250.9	279.6	193.1	216.0	43.1	66.4	54.4	63.9	95.3	55.2	118.3
นครสวรรค์		In	474.7	512.3	527.4	521.1	564.2	620.7	333.3	350.1	377.8	388.5	376.8	412.0	460.7
รพศ.สวรรค์ประชารักษ์	1		292.7	302.6	308.0	296.7	302.0	317.7	219.0	233.8	238.2	243.6	228.6	228.3	228.1
สถานพยาบาลสถานส่งเสริมอนามัยแม่และ เด็ก เขต8	2		32.8	31.1	32.8	29.5	28.0	29.2	19.5	19.5	19.6	20.0	19.2	18.1	18.9
รวม รพช.	1		149.1	178.6	186.6	194.9	234.2	273.8	94.8	96.8	120.0	124.9	129.0	165.7	213.7
อุทัยธานี		In	271.2	265.3	268.2	264.0	259.7	271.0	217.3	209.5	196.2	196.8	199.3	196.3	204.1
รพท.อุทัยธานี	1		185.5	177.4	174.5	168.7	165.8	173.3	158.2	154.6	148.0	145.9	146.3	145.6	146.3
รวม รพช.	1		85.7	87.9	93.7	95.3	94.0	97.7	59.1	55.0	48.3	50.9	53.0	50.7	57.8
เลย		Mix	175.6	172.6	164.0	193.5	174.4	206.4	98.0	85.6	84.0	75.3	94.9	81.9	126.6

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.เลย	1		96.6	83.1	84.1	102.9	84.2	108.8	66.0	64.4	57.2	55.0	63.7	50.6	80.5
รวม รพช.	1		79.0	89.5	80.0	90.6	90.2	97.6	32.0	21.3	26.7	20.3	31.2	31.3	46.1
หนองคาย		Mix	172.3	181.1	203.3	240.4	247.1	301.0	113.6	100.8	106.3	118.0	148.3	159.4	219.9
รพท.หนองคาย	1		75.8	70.6	72.9	83.3	80.9	92.8	63.0	56.0	51.8	51.4	58.9	58.3	74.3
รวม รพช.	1		96.6	110.6	130.3	157.1	166.2	208.2	50.7	44.8	54.5	66.6	89.4	101.1	145.6
อุดรธานี		Ex	274.2	311.7	345.5	358.3	360.2	484.4	172.2	121.4	121.4	165.8	183.1	190.8	292.2
รพศ.อุดรธานี	1		186.9	234.6	211.3	211.6	223.4	269.7	124.9	106.1	130.4	126.4	134.1	135.8	169.9
รวม รพช.	1		87.3	77.1	134.2	146.7	136.9	214.7	47.3	15.4	-9.0	39.4	49.1	55.0	122.2
สกลนคร		In	173.6	177.3	217.1	214.9	225.7	312.1	61.9	52.1	61.6	92.5	100.3	112.7	182.6
รพท.สกลนคร	1		61.4	63.8	66.5	77.2	76.3	100.7	41.0	37.5	42.2	44.6	45.1	50.2	66.8
รวม รพช.	1		112.2	113.5	150.6	137.7	149.3	211.5	20.9	14.6	19.4	47.8	55.2	62.5	115.9
หนองบัวลำภู		Mix	52.3	60.0	92.9	75.8	104.2	131.2	20.1	11.9	15.1	46.5	30.3	64.7	98.9
รพท.หนองบัวลำภู	1		22.2	29.1	40.8	31.4	39.8	49.7	2.3	1.7	5.8	16.8	8.5	20.5	35.1
รวม รพช.	1		30.1	31.0	52.1	44.4	64.4	81.5	17.8	10.2	9.3	29.7	21.9	44.2	63.9
ขอนแก่น		Mix	536.0	529.0	526.8	514.3	581.0	625.3	315.8	361.3	321.7	315.1	330.2	374.3	407.5
รพศ.ขอนแก่น	1		237.3	217.8	194.9	207.9	200.7	214.3	172.8	167.6	148.0	134.6	133.7	120.0	137.7
รพ.ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 *	2		10.6	10.9	12.5	12.0	11.9	12.1	9.3	9.3	9.5	10.4	10.7	10.8	11.1
รพ.โรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2		43.6	42.0	42.5	45.3	33.7	44.2	8.5	27.8	23.3	24.5	22.9	21.7	23.3
รวม รพช.	1		244.6	258.3	276.9	249.1	334.8	354.6	125.2	156.5	140.9	145.6	162.8	221.9	235.4

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
กาฬสินธุ์		Ex	158.0	187.3	176.3	237.7	239.2	281.0	48.8	46.9	60.2	50.6	92.2	112.9	159.7
รพท.กาฬสินธุ์	1		49.3	60.1	51.1	62.6	86.9	91.9	19.0	12.4	15.9	9.1	22.1	32.6	34.7
รวม รพช.	1		108.8	127.2	125.2	175.1	152.4	189.1	29.8	34.5	44.4	41.5	70.1	80.3	124.9
นครพนม		In	118.6	115.2	104.2	123.8	114.9	120.1	64.5	57.2	47.2	39.6	50.9	44.6	57.5
รพท.นครพนม	1		42.8	43.0	40.0	43.8	40.0	46.2	17.5	19.7	16.0	9.7	11.4	9.3	18.0
รวม รพช.	1		75.8	72.2	64.1	80.0	74.9	73.9	47.0	37.4	31.2	29.9	39.4	35.3	39.5
มุกดาหาร		Ex	87.0	77.4	84.1	96.2	99.3	112.8	39.2	30.2	24.5	26.3	42.0	42.3	55.1
รพท.มุกดาหาร	1		53.9	45.5	47.7	52.8	58.0	69.7	27.1	19.7	17.1	18.4	25.7	27.0	37.2
รวม รพช.	1		33.1	32.0	36.4	43.4	41.3	43.1	12.1	10.4	7.4	7.9	16.3	15.3	17.8
ยโสธร		Ex	174.8	158.4	162.2	171.3	164.6	184.5	85.9	97.2	91.7	97.9	101.1	99.6	116.1
รพท.ยโสธร	1		106.6	93.0	86.6	87.6	90.5	97.3	55.3	58.1	54.6	51.7	52.6	53.3	59.5
รวม รพช.	1		68.2	65.4	75.7	83.7	74.1	87.2	30.5	39.2	37.1	46.2	48.5	46.3	56.6
อำนาจเจริญ		Ex	75.3	87.3	93.4	101.2	83.3	116.1	27.4	28.1	33.7	39.1	50.2	43.2	68.9
รพท.อำนาจเจริญ	1		43.3	50.7	56.7	63.8	55.0	76.1	21.4	20.7	24.9	32.0	39.0	36.2	51.5
รวม รพช.	1		31.9	36.6	36.7	37.4	28.3	40.0	6.0	7.4	8.8	7.2	11.2	6.9	17.4
อุบลราชธานี		Ex	288.0	289.0	179.7	145.7	121.9	189.6	109.1	172.2	154.0	100.3	80.4	78.1	101.9
รพศ.สรรพสิทธิประสงค์	1		191.7	165.4	144.9	145.7	121.9	189.6	64.4	117.8	89.5	85.9	80.4	78.1	101.9
รวม รพช.	1		96.3	123.5	34.7	0.0	0.0	0.0	44.7	54.4	64.6	14.4	0.0	0.0	0.0
ร้อยเอ็ด		Ex	216.5	203.4	166.1	137.4	90.7	124.7	124.0	99.5	79.4	56.4	44.3	23.5	35.8

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.ร้อยเอ็ด	1		128.3	127.2	89.9	94.3	68.6	93.2	85.0	74.2	66.7	40.3	42.1	17.5	29.9
รวม รพท.	1		88.2	76.2	76.2	43.1	22.1	31.5	38.9	25.3	12.6	16.1	2.2	6.0	5.9
ศรีสะเกษ		Ex	414.2	411.3	394.8	514.6	358.6	146.1	253.6	245.7	231.3	226.2	206.3	200.9	84.1
รพท.ศรีสะเกษ *	1		245.8	241.3	237.1	222.2	204.1		148.0	146.5	139.5	138.0	129.3	118.9	
รวม รพท.	1		168.4	170.0	157.7	292.4	154.5	146.1	105.5	99.3	91.8	88.2	77.0	82.0	84.1
สุรินทร์		In	232.6	242.4	318.0	263.2	286.4	216.3	134.4	100.2	119.6	106.5	97.1	145.7	83.4
รพศ.สุรินทร์	1		127.2	114.2	101.5	81.6	118.1	86.0	93.7	66.7	59.4	25.3	5.2	37.7	12.1
รวม รพท.	1		105.4	128.1	216.6	181.6	168.3	130.4	40.6	33.5	60.2	81.1	92.0	108.0	71.3
มหาสารคาม		In	232.3	250.9	243.9	267.0	255.3	347.0	117.3	112.0	129.4	126.9	138.2	135.0	221.3
รพท.มหาสารคาม	1		163.6	155.6	151.3	158.5	153.3	191.9	103.2	101.1	101.6	96.0	96.8	94.6	128.4
รวม รพท.	1		68.7	95.2	92.6	108.5	102.0	155.0	14.1	10.9	27.8	30.9	41.4	40.4	92.9
บุรีรัมย์		In	293.6	319.5	304.8	369.3	415.1	638.3	179.7	183.3	187.2	192.8	224.6	334.0	476.5
รพศ.บุรีรัมย์	1		110.8	115.6	135.6	136.1	140.5	163.7	70.9	63.4	65.2	71.4	66.7	76.7	109.1
รวม รพท.	1		182.8	203.9	169.2	233.2	274.6	474.6	108.8	119.9	122.0	121.4	157.9	257.3	367.4
นครราชสีมา		Ex	564.6	250.2	619.0	651.0	633.2	865.0	361.9	389.1	355.4	369.0	475.3	466.8	643.3
รพศ.มหาวิทยาลัยนครราชสีมา *	1		321.7		311.5	319.6	324.1	397.7	243.0	239.1	223.0	220.2	233.1	234.5	296.7
สถานพยาบาลสถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก นครราชสีมา	2		3.2	3.7	5.1	6.4	1.6	2.5	3.3	2.0	1.9	3.7	3.9	0.1	1.1
รวม รพท.	1		239.8	246.5	302.4	325.0	307.4	464.9	115.6	148.0	130.5	145.1	238.4	232.3	345.6
ชัยภูมิ		In	297.4	298.2	313.1	313.4	296.6	317.2	140.6	174.5	164.0	179.4	186.8	170.4	193.4

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.ชัยภูมิ	1		99.1	83.9	79.1	66.6	51.5	42.5	48.9	47.0	33.9	29.2	20.1	4.1	-2.0
รวม รพท.	1		198.3	214.3	234.0	246.8	245.2	274.8	91.7	127.5	130.1	150.2	166.6	166.3	195.4
ลพบุรี		In	300.9	281.8	291.3	97.5	81.3	98.5	211.4	225.8	200.6	193.9	49.5	46.3	61.1
รพท.ลพบุรี *	1		136.8	125.5	128.3				124.3	120.1	110.6	108.8			
รพท.บ้านหมี่	1		74.4	65.3	67.2	73.5	59.7	65.0	29.1	50.0	43.4	36.7	41.2	38.3	40.3
รวม รพท.	1		89.8	91.0	95.7	24.0	21.6	33.5	57.9	55.7	46.6	48.4	8.3	8.0	20.8
สระบุรี		Ex	385.3	381.3	418.5	437.8	393.0	418.5	239.2	260.2	251.8	261.7	258.9	242.7	245.5
รพศ.สระบุรี	1		171.1	172.6	206.0	201.0	181.4	183.8	106.2	112.8	115.3	126.7	130.4	122.2	124.4
รพท.พระพุทธบาท	1		123.6	124.1	127.3	151.7	132.7	140.7	76.4	83.2	81.4	83.2	80.0	72.3	65.1
รวม รพท.	1		90.6	84.6	85.2	85.1	78.8	94.1	56.5	64.1	55.1	51.8	48.5	48.2	56.0
อยุธยา		Ex	274.3	261.4	297.9	319.6	325.3	341.7	223.3	198.7	188.9	193.6	215.5	219.3	236.0
รพศ.พระนครศรีอยุธยา	1		158.7	169.0	228.5	236.8	235.2	230.6	119.7	120.5	132.8	161.0	171.1	171.9	166.1
รพท.เสนา (10T)	1														
รวม รพท.	1		115.6	92.3	69.4	82.8	90.1	111.1	103.7	78.2	56.1	32.6	44.5	47.4	70.0
อ่างทอง		Ex	139.5	145.2	148.6	143.3	152.4	152.2	97.6	91.5	86.7	83.9	80.3	91.1	94.0
รพท.อ่างทอง	1		91.5	99.1	101.8	98.6	104.0	100.6	66.6	65.2	63.9	62.7	61.4	67.0	67.4
รวม รพท.	1		48.1	46.1	46.7	44.7	48.4	51.6	31.0	26.2	22.8	21.2	18.9	24.1	26.6
สิงห์บุรี		In	167.1	163.4	168.4	174.4	172.8	175.8	127.4	127.4	120.3	120.4	124.3	123.8	127.4
รพท.สิงห์บุรี	1		82.1	83.5	88.1	92.3	92.7	88.7	62.7	62.2	60.3	62.1	63.9	63.7	63.0

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.อินทร์บุรี	1		35.4	31.5	30.8	32.2	27.2	32.2	24.9	23.4	19.5	17.3	18.8	14.8	19.9
รวม รพช.	1		49.6	48.5	49.4	49.8	52.9	54.9	39.7	41.8	40.6	41.0	41.6	45.3	44.5
ชัยนาท		In	137.0	132.2	128.6	124.2	156.4	165.7	87.6	76.8	69.3	65.3	60.4	97.8	110.2
รพท.ชัยนาท	1		87.8	87.8	84.2	82.5	80.4	76.4	57.1	49.2	45.8	43.5	40.1	44.6	45.2
รวม รพช.	1		49.2	44.4	44.5	41.7	76.0	89.3	30.5	27.6	23.5	21.8	20.2	53.2	64.9
สุพรรณบุรี		In	328.7	406.9	370.5	357.5	377.6	408.8	208.4	197.5	214.3	224.2	218.0	203.1	242.1
รพศ.เจ้าพระยายมราช	1		221.3	225.8	227.4	220.8	248.8	246.4	153.2	147.4	146.3	151.1	144.9	141.3	144.8
รพท.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่17	1		35.7	37.5	42.7	55.1	49.8	59.7	24.1	24.4	23.5	27.5	32.6	27.6	36.7
รวม รพช.	1		71.7	143.6	100.4	81.6	79.0	102.8	31.1	25.8	44.5	45.7	40.4	34.2	60.6
กาญจนบุรี		Ex	360.6	423.0	391.2	396.9	467.5	513.1	311.1	281.8	300.7	313.9	319.4	400.5	424.5
รพท.พหลพลพยุหเสนา	1		225.1	228.4	224.6	228.1	263.3	274.7	216.4	202.2	205.4	202.3	205.3	234.5	253.3
รพท.มะการักษ์	1		97.3	134.1	90.7	92.5	94.5	109.7	81.5	80.2	76.6	77.5	77.2	79.3	93.0
รวม รพช.	1		38.3	60.5	76.0	76.4	109.7	128.6	13.2	-0.5	18.6	34.0	36.8	86.7	78.3
นครปฐม		Ex	525.5	540.8	542.4	518.2	521.2	583.5	350.8	355.9	354.0	357.3	367.7	367.2	406.7
รพศ.นครปฐม	1		291.8	293.1	291.0	298.8	274.0	290.8	191.3	196.9	201.3	197.6	207.4	200.5	214.1
รพ.เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)	2		113.6	134.6	136.8	120.7	142.2	159.8	94.9	94.0	94.4	100.1	96.5	101.1	109.4
รพ.จันทบุษยกษา	3		14.4	13.6	13.2			10.7	0.0	1.3	0.5	0.1		-1.0	0.0
รวม รพช.	1		105.7	99.4	101.4	98.7	105.0	122.3	64.7	63.6	57.9	59.5	63.8	66.7	83.2
นนทบุรี		Ex	363.9	381.9	561.5	373.8	656.5	616.9	312.5	300.6	469.8	478.3	487.0	522.9	543.4

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.พระนั่งเกล้า	1		282.1	300.1	291.6	296.8	322.2	326.4	243.4	237.8	245.9	249.4	251.8	272.5	280.3
รพ.ชลประทานรังสิตภูธร *	3				186.8		246.0	199.5			167.0	169.0	174.3	178.7	186.0
รวม รพช.	1		81.9	81.8	83.2	77.0	88.3	90.9	69.1	62.8	56.9	59.8	60.9	71.8	77.1
ปทุมธานี		Ex	158.1	156.4	193.4	194.8	191.0	200.2	128.8	133.6	151.6	157.3	161.5	161.1	160.9
รพท.ปทุมธานี	1		137.6	138.3	138.8	141.4	140.1	150.5	114.7	118.1	116.9	115.7	118.7	115.5	121.1
รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ *	3		0.5	0.5	3.9	23.0			0.4	0.4	0.5	3.3	3.3		
รวม รพช.	1		20.0	17.6	50.8	30.4	49.3	49.7	13.7	15.1	34.3	38.3	38.8	44.4	39.8
นครนายก		In	133.4	144.8	145.5	169.4	161.1	161.5	93.5	85.7	81.6	85.0	95.8	94.1	102.7
รพท.นครนายก	1		89.4	90.4	94.8	104.4	101.6	97.3	69.7	62.5	60.8	65.5	65.6	68.5	67.8
รพ.ร.ร.นายร้อยพระจุลจอมเกล้า *	3		2.2	9.0	6.6	6.6	7.7	6.7	1.7	2.1	0.9	0.6	2.0	0.4	0.3
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร *	3		0.1			0.2			0.4	0.0		-0.5	0.1		
รวม รพช.	1		41.8	45.3	44.2	58.3	51.8	57.4	21.6	21.1	19.8	19.4	28.0	25.1	34.5
ฉะเชิงเทรา		Ex	275.8	277.8	288.7	271.2	279.1	346.5	220.8	200.4	207.0	211.7	199.2	206.7	273.6
รพท.ฉะเชิงเทรา	1		204.1	199.8	213.6	193.1	199.8	226.2	166.9	165.6	165.6	172.3	162.3	164.0	190.9
รวม รพช.	1		71.7	77.9	75.2	78.0	79.3	120.4	53.9	34.7	41.4	39.3	36.9	42.6	82.7
ปราจีนบุรี		In	192.0	174.4	163.9	156.5	185.1	189.9	158.4	152.8	143.9	130.2	109.4	115.8	122.4
รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	1		174.9	159.6	147.2	142.4	153.9	155.2	147.5	142.9	135.6	121.4	115.7	108.1	109.4
รวม รพช.	1		17.1	14.8	16.6	14.1	31.2	34.6	10.9	9.9	8.2	8.8	-6.3	7.7	13.0
สระแก้ว		Ex	111.4	116.7	116.2	118.6	116.6	160.1	40.0	62.5	62.9	61.6	56.0	59.8	104.5

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	1		43.1	48.3	49.1	48.6	50.5	66.2	5.4	15.1	17.7	15.4	10.1	13.7	33.1
รวม รพช.	1		68.3	68.4	67.1	70.0	66.1	93.9	34.7	47.4	45.2	46.3	45.9	46.1	71.5
จันทบุรี		Ex	163.3	123.3	96.5	57.8	17.4	4.8	54.0	89.7	35.7	11.7	-29.5	-75.0	-86.2
รพศ.พระปกเกล้า	1		145.9	120.5	102.6	76.4	23.3	-9.8	62.2	99.4	69.1	47.4	21.2	-40.9	-68.2
รวม รพช.	1		17.4	2.8	-6.0	-18.7	-5.9	14.6	-8.2	-9.7	-33.5	-35.7	-50.7	-34.1	-18.0
ตราด		Ex	93.8	98.3	100.6	99.3	103.2	117.0	77.0	70.3	75.3	78.3	80.6	85.0	98.0
รพท.ตราด	1		81.2	79.4	83.2	80.5	84.0	87.0	71.8	67.7	66.5	70.5	70.1	73.7	76.3
รวม รพช.	1		12.6	18.9	17.4	18.8	19.2	30.0	5.3	2.6	8.8	7.8	10.5	11.3	21.7
ระยอง		Ex	297.7	274.7	267.4	273.9	249.8	270.8	127.7	196.9	179.6	175.2	191.7	177.8	192.1
รพศ.ระยอง	1		188.2	176.9	168.6	177.9	156.1	181.9	64.6	120.5	111.7	109.6	128.3	112.4	133.1
รวม รพช.	1		109.5	97.8	98.8	96.0	93.7	88.9	63.1	76.4	67.9	65.6	63.4	65.5	59.0
ชลบุรี		In	526.0	529.7	591.4	804.0	951.5	1,046.9	375.6	368.4	354.0	400.6	736.4	784.6	842.8
รพศ.ชลบุรี	1		291.7	313.5	361.2	297.9	376.9	425.0	199.3	195.2	196.9	233.4	240.0	259.8	271.0
รวม รพช.	1		234.4	216.3	230.2	506.1	574.6	621.9	176.3	173.2	157.1	167.2	496.3	524.8	571.8
สมุทรปราการ		In	119.7	131.4	138.0	148.7	174.6	227.2	95.4	84.4	97.8	105.2	123.6	133.1	188.9
รพท.สมุทรปราการ	1		92.1	100.7	106.6	113.2	112.7	140.2	73.0	67.4	75.4	80.1	82.0	82.6	112.2
รวม รพช.	1		27.6	30.7	31.3	35.4	61.9	87.0	22.4	17.0	22.4	25.0	41.6	50.5	76.7
สมุทรสาคร		In	32.8	64.0	31.1	69.8	74.9	83.1	16.3	9.8	1.6	16.0	53.6	59.8	69.8
รพท.สมุทรสาคร *	1			30.3						-9.0	-15.6				

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวม รพช.	1		32.8	33.7	31.1	69.8	74.9	83.1	16.3	18.7	17.1	16.0	53.6	59.8	69.8
สมุทรสงคราม		Ex	128.5	125.5	134.6	138.9	132.1	558.2	91.0	92.8	93.4	88.2	92.7	86.8	92.5
รพท.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า@	1		87.4	88.5	86.5	91.6	88.1	89.0	56.5	58.9	56.4	52.4	56.7	52.8	52.4
รวม รพช.	1		41.1	37.1	48.1	47.3	44.0	469.2	34.4	33.9	37.0	35.9	36.0	34.1	40.1
ราชบุรี		In	398.5	352.4	278.9	266.3	275.8	246.5	295.7	259.4	207.5	137.9	113.0	119.9	108.1
รพศ.ราชบุรี	1		115.7	107.1	80.3	97.2	91.9	95.0	66.7	63.1	47.6	24.0	38.2	41.8	51.1
รพท.ดำเนินสะดวก	1		69.1	62.8	59.1	49.1	63.3	60.5	48.6	46.0	40.5	35.6	28.4	42.4	41.0
รพท.บ้านโป่ง	1		41.6	26.1	14.9	-0.5	-5.1	-13.8	32.4	19.2	5.3	-7.5	-23.6	-25.0	-35.2
รพท.โพธาราม	1		54.9	47.6	27.8	16.6	27.0	3.9	44.0	37.3	27.8	10.1	-0.7	-5.9	-19.7
สถานพยาบาลสถานส่งเสริมอนามัยแม่และ เด็ก ราชบุรี	2		36.2	30.7	28.9	29.8	24.4	20.4	31.1	28.1	24.5	22.2	20.2	14.3	12.3
รวม รพช.	1		80.9	78.1	68.1	74.2	74.3	80.5	72.9	65.8	61.8	53.5	50.6	52.2	58.6
เพชรบุรี		Ex	308.4	311.8	309.7	366.0	401.9	424.7	227.7	234.4	227.1	219.3	286.2	319.1	349.9
รพท.พระจอมเกล้า	1		245.5	252.8	250.8	294.4	323.5	333.1	198.0	202.5	197.2	188.8	244.4	270.7	285.8
รพ.ค่ายรามราชนิเวศน์	3		9.8	10.2	10.9	11.7	11.9	12.4	4.7	5.5	6.3	7.0	7.8	8.4	9.0
รวม รพช.	1		53.0	48.8	48.0	59.9	66.5	79.2	25.0	26.3	23.5	23.4	34.1	40.0	55.2
ประจวบคีรีขันธ์		Mix	170.8	147.3	166.2	152.2	159.9	176.3	128.5	119.7	102.9	108.4	100.9	105.3	115.3
รพท.ประจวบคีรีขันธ์	1		101.6	96.7	111.2	95.8	98.6	93.4	87.7	82.3	77.3	78.9	74.7	76.6	74.8
รวม รพช.	1		69.2	50.6	55.0	56.4	61.4	82.9	40.8	37.4	25.6	29.4	26.2	28.7	40.5
ชุมพร		Ex	74.6	145.9	146.2	147.0	154.5	161.9	42.7	73.2	78.3	80.7	78.6	89.9	101.6

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.ชุมพร *	1			66.4	65.4	65.9	68.8	78.6		37.3	37.8	39.3	38.5	42.4	49.2
รพ.ค่ายเขตอุดมศักดิ์ *	3		7.8	6.3	5.8	6.0	5.8		1.1	0.8	0.5	0.8	0.7	1.7	
รวม รพท.	1		66.8	73.2	75.1	75.1	79.9	83.3	41.6	35.0	40.0	40.6	39.4	45.8	52.4
ระนอง		ln	63.3	64.9	65.9	64.4	63.0	76.5	34.3	45.4	44.3	46.1	43.6	39.4	52.4
รพท.ระนอง	1		49.4	51.6	55.2	52.8	51.2	59.5	30.6	40.5	40.3	41.9	38.5	35.8	43.7
รวม รพท.	1		13.9	13.3	10.6	11.6	11.9	17.0	3.7	4.9	4.1	4.2	5.1	3.6	8.8
สุราษฎร์ธานี		Ex	435.2	665.2	380.7	383.3	400.8	412.6	308.6	277.5	246.8	232.3	226.5	243.8	257.9
รพศ.สุราษฎร์ธานี	1		196.4	177.6	148.5	153.0	144.9	132.0	115.8	104.8	84.4	73.6	70.5	67.5	60.4
รพท.เกาะสมุย	1		37.0	36.5	37.2	37.5	40.5	37.9	30.1	30.4	29.5	29.7	30.6	29.7	29.4
รพ.กองบิน7	3		7.4	7.8	7.7	7.7	8.2	8.0	5.6	5.3	5.6	5.7	5.6	5.6	5.9
รวม รพท.	1		194.5	443.3	187.2	185.1	207.3	234.7	157.1	136.9	127.3	123.3	119.8	141.0	162.2
พังงา		Ex	116.3	103.0	94.8	62.0	115.7	63.7	83.0	84.4	73.2	65.4	67.9	73.9	45.2
รพท.พังงา *	1		50.3	41.4	36.7		48.6		38.7	38.1	31.9	27.5	27.5	30.6	
รพท.ตะกั่วป่า	1		46.1	44.0	43.2	43.9	49.0	53.3	29.0	35.1	34.1	33.9	32.9	38.0	42.1
รวม รพท.	1		19.8	17.6	14.9	18.1	18.1	10.4	15.4	11.2	7.2	4.1	7.5	5.3	3.1
ภูเก็ต		Ex	135.5	148.7	148.7	139.9	127.9	183.1	123.9	102.1	106.5	100.9	94.2	82.2	125.8
รพท.วชิระภูเก็ต @	1		116.1	127.5	128.6	124.2	112.1	155.1	111.9	90.4	94.5	89.8	85.5	76.6	111.6
รวม รพท.	1		19.5	21.2	20.1	15.7	15.8	28.0	12.1	11.7	12.0	11.1	8.6	5.6	14.1
กระบี่		ln	167.1	172.9	181.8	178.8	199.3	206.6	110.5	103.9	107.6	111.3	116.2	132.7	139.7

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัดสรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.กระบี่	1		113.0	118.9	118.2	103.7	117.1	120.8	74.2	73.2	75.7	74.5	70.1	79.5	79.6
รวม รพท.	1		54.1	53.9	63.7	75.0	82.3	85.8	36.3	30.7	31.9	36.7	46.1	53.2	60.1
นครศรีธรรมราช		ln	380.6	356.5	346.3	296.2	106.9	46.5	177.6	242.5	242.4	209.0	169.7	76.9	34.3
รพศ.มหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช *	1		177.7	137.8	153.4	143.1			14.2	83.3	87.5	73.1	59.3		
รวม รพท.	1		202.9	218.6	192.9	153.1	106.9	46.5	163.4	159.3	154.9	135.9	110.4	76.9	34.3
ตรัง		ln	267.9	274.1	253.4	263.5	257.3	272.8	150.1	144.1	135.9	127.0	138.2	132.6	156.7
รพศ.ตรัง	1		207.0	207.6	191.0	189.5	189.2	201.5	109.2	106.6	97.0	93.2	95.1	94.3	116.1
รวม รพท.	1		60.9	66.5	62.4	74.0	68.0	71.2	40.9	37.5	38.8	33.8	43.2	38.3	40.6
พัทลุง		ln	113.4	106.7	124.2	126.5	130.5	147.2	82.4	70.9	64.4	67.3	67.4	75.2	94.8
รพท.พัทลุง	1		43.7	37.7	34.4	41.3	43.3	40.3	33.4	25.9	22.5	18.4	23.2	26.3	23.4
รวม รพท.	1		69.6	69.0	89.7	85.2	87.2	106.9	49.0	44.9	41.9	48.9	44.1	48.9	71.4
สตูล		ln	72.6	73.2	81.2	87.4	109.9	123.1	45.8	44.4	40.9	43.6	41.4	61.0	77.3
รพท.สตูล	1		42.3	44.3	46.4	55.1	70.9	71.1	34.1	29.4	29.2	29.6	29.4	40.9	42.5
รวม รพท.	1		30.3	28.9	34.8	32.3	39.0	52.0	11.8	15.0	11.7	14.0	12.0	20.2	34.8
สงขลา		ln	526.7	500.9	467.2	442.9	460.7	482.8	352.7	335.0	295.6	265.1	254.8	252.3	270.8
รพศ.หาดใหญ่	1		224.3	214.6	194.3	191.5	183.3	200.9	177.7	162.4	145.2	130.5	122.9	116.0	129.9
รพท.สงขลา	1		144.1	131.2	120.1	87.5	91.9	98.4	73.9	66.0	49.3	40.7	34.3	31.0	30.5
รพ.ประสาทสงขลา	2		42.3	42.9	41.9	42.0	56.0	52.7	23.3	34.6	34.3	32.0	33.8	35.4	39.3
รวม รพท.	1		116.0	112.2	110.8	121.9	129.5	130.8	77.7	72.1	66.8	61.9	63.9	70.0	71.1

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีการจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ปัตตานี		Ex	155.5	128.1	134.9	175.5	179.5	184.5	116.2	118.6	91.3	108.3	124.6	125.7	130.8
รพท.ปัตตานี	1		77.2	72.6	72.5	79.9	82.1	85.8	58.1	56.0	51.3	50.6	53.2	54.9	59.3
รวม รพท.	1		78.3	55.4	62.5	95.6	97.4	98.8	58.1	62.6	40.0	57.8	71.4	70.8	71.5
ยะลา		In	302.8	297.6	275.3	255.1	244.6	225.7	128.7	122.5	122.4	99.5	91.8	77.5	74.8
รพศ.ยะลา	1		239.8	231.6	215.2	200.1	183.4	160.0	87.5	85.9	84.6	69.3	61.6	43.9	33.5
รพท.เบตง	1		15.8	12.9	10.1	8.5	12.2	9.2	9.0	5.3	2.5	-1.5	-0.8	1.3	-1.0
รพ.แม่และเด็ก เขต 12	2		7.1	6.8	3.2	0.5	-1.5	-4.5	8.1	4.6	3.8	0.4	-2.0	-5.0	-5.8
รวม รพท.	1		40.2	46.3	46.7	46.0	50.5	61.0	24.2	26.7	31.5	31.3	33.0	37.2	48.1
นราธิวาส		In	303.0	323.3	326.6	318.5	418.5	313.7	191.2	182.8	201.4	202.7	191.8	241.9	198.0
รพท.นราธิวาสราชนครินทร์	1		101.1	114.3	111.6	113.8	97.3	96.8	82.6	77.4	87.9	86.8	85.9	77.9	81.4
รพท.สุไหงโก-ลก	1		158.4	153.1	156.4	155.9	274.2	170.8	84.0	85.6	82.7	85.1	82.0	141.9	95.3
รวม รพท.	1		43.5	55.9	58.6	48.8	47.0	46.1	24.6	19.9	30.7	30.7	23.9	22.2	21.3

ภาคผนวก ข. สถานะเงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วงเดือนกันยายน 2544 - มีนาคม 2545 (รวมเฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกเดือน)

หน่วย : ล้านบาท

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวมทั้งประเทศ			17,961.1	18,326.9	17,939.7	18,686.0	19,210.7	21,106.8	10,743	11,243	10,771	10,680	11,603	12,040	14,015
รวม รพศ., รพท.			11,124.8	11,069.6	10,784.4	10,690.8	10,962.0	11,589.4	7,360.2	7,497.3	7,201.0	6,962.5	7,012.7	7,088.6	7,682.2
รวม รพ.นอก สป.			289.4	302.9	303.7	286.2	296.3	316.5	198.0	220.0	211.3	213.3	205.2	196.5	209.6
รวม รพ. นอก สธ.			19.4	27.1	25.2	26.0	27.8	27.1	12.0	12.9	12.9	13.3	15.4	14.5	15.2
รวม รพช.			6,527.6	6,927.3	6,826.3	7,683.0	7,892.3	9,173.9	3,172.8	3,513.1	3,346.0	3,490.9	4,370.0	4,739.6	6,107.8
ภาคเหนือ			5,993.9	6,079.4	5,920.4	6,065.7	6,089.7	6,492.7	3,087.0	3,739.6	3,557.7	3,468.2	3,710.5	3,734.8	4,315.0
รวม รพศ., รพท.			3,374.4	3,379.6	3,248.5	3,164.3	3,278.0	3,505.7	2,181.4	2,369.4	2,280.4	2,206.7	2,233.2	2,269.4	2,449.4
รวม รพ.นอก สป.			32.8	31.1	32.8	29.5	28.0	29.2	19.5	19.5	19.6	20.0	19.2	18.1	18.9
รวม รพ. นอก สธ.															
รวม รพช.			2,586.7	2,668.7	2,639.1	2,871.9	2,751.5	2,957.8	886.1	1,350.7	1,257.7	1,241.5	1,458.1	1,446.1	1,846.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			3,563.8	3,609.2	3,713.9	4,002.2	4,039.4	5,003.6	1,883.5	1,841.5	1,797.9	1,876.5	2,138.0	2,298.9	3,120.1
รวม รพศ., รพท.			1,796.8	1,753.2	1,654.9	1,707.7	1,689.4	1,984.2	1,076.3	1,034.0	980.0	897.7	906.2	902.6	1,144.6
รวม รพ.นอก สป.			57.3	56.6	60.1	63.7	47.2	58.9	21.1	39.1	34.7	38.6	37.5	32.5	35.5

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวม รพ. นอก สธ.															
รวม รพช.			1,709.7	1,799.4	1,998.8	2,230.7	2,302.8	2,960.5	786.2	768.4	783.1	940.2	1,194.3	1,363.8	1,940.1
ภาคกลาง			2,882.9	2,966.1	3,008.8	3,118.1	3,165.0	3,388.5	2,052.0	2,023.0	1,988.2	2,014.3	2,101.1	2,161.3	2,372.1
รวม รพศ., รพท.			2,061.9	2,107.2	2,213.3	2,290.7	2,250.7	2,318.1	1,468.6	1,479.9	1,489.0	1,532.3	1,566.6	1,556.1	1,621.0
รวม รพ.นอก สป.			113.6	134.6	136.8	120.7	142.2	159.8	94.9	94.0	94.4	100.1	96.5	101.1	109.4
รวม รพ. นอก สธ.			2.2	9.0	6.6	6.6	7.7	6.7	1.7	2.1	0.9	0.6	2.0	0.4	0.3
รวม รพช.			705.1	715.2	652.2	700.1	764.4	903.8	486.7	446.9	403.9	381.3	436.0	503.6	641.5
ภาคตะวันออก			1,646.4	1,587.0	1,621.7	1,783.0	1,901.8	2,128.7	1,049.8	1,137.6	1,070.9	1,080.8	1,374.8	1,375.1	1,560.4
รวม รพศ., รพท.			1,129.2	1,098.0	1,125.5	1,016.9	1,044.5	1,131.6	717.7	806.5	763.2	770.0	747.9	690.8	745.5
รวม รพ.นอก สป.															
รวม รพ. นอก สธ.															
รวม รพช.			517.2	489.1	496.2	766.1	857.4	997.1	332.1	331.1	307.7	310.8	626.9	684.3	814.9
ภาคตะวันตก			1,215.8	1,220.6	1,130.2	1,175.4	1,306.4	1,333.1	953.6	888.0	831.7	769.5	821.5	931.1	979.6
รวม รพศ., รพท.			950.8	955.5	859.2	873.0	956.9	956.5	775.3	732.7	677.7	609.8	643.8	714.4	744.0
รวม รพ.นอก สป.			36.2	30.7	28.9	29.8	24.4	20.4	31.1	28.1	24.5	22.2	20.2	14.3	12.3
รวม รพ. นอก สธ.			9.8	10.2	10.9	11.7	11.9	12.4	4.7	5.5	6.3	7.0	7.8	8.4	9.0
รวม รพช.			218.9	224.1	231.2	260.9	313.2	343.9	142.5	121.7	123.2	130.5	149.7	194.0	214.3

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ภาคใต้			2,658.5	2,864.7	2,544.6	2,541.7	2,708.3	2,760.2	1,717.2	1,613.6	1,524.8	1,470.9	1,457.4	1,539.1	1,667.5
รวม รพศ., รพท.			1,811.7	1,776.1	1,683.1	1,638.2	1,742.5	1,693.3	1,141.0	1,074.8	1,010.7	946.1	915.0	955.3	977.7
รวม รพ.นอก สป.			49.4	49.8	45.1	42.5	54.5	48.2	31.4	39.2	38.1	32.4	31.8	30.4	33.5
รวม รพ. นอก สธ.			7.4	7.8	7.7	7.7	8.2	8.0	5.6	5.3	5.6	5.7	5.6	5.6	5.9
รวม รพท.			790.1	1,030.9	808.7	853.3	903.1	1,010.7	539.2	494.3	470.3	486.7	505.0	547.8	650.4
แม่ฮ่องสอน		ln	69.7	63.4	69.6	84.6	76.5	92.3	34.0	29.2	27.0	28.0	38.5	35.6	46.2
รพท.ศรีสังวาลย์	1		35.3	27.3	31.0	36.9	33.5	34.0	13.9	14.2	12.3	13.2	16.6	14.9	16.3
รวม รพท.	1		34.3	36.1	38.6	47.7	43.0	58.3	20.1	15.0	14.6	14.8	21.9	20.8	29.9
เชียงใหม่		ln	517.2	509.5	533.1	516.8	553.2	566.2	347.5	369.3	348.8	372.8	352.4	384.4	422.0
รพศ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์	1		293.0	303.0	286.1	280.2	264.6	260.8	182.2	199.6	195.8	187.6	181.3	165.8	185.8
รวม รพท.	1		224.2	206.6	247.0	236.6	288.6	305.4	165.3	169.7	153.0	185.3	171.1	218.6	236.2
เชียงใหม่		ln	496.3	589.7	587.6	579.9	566.4	583.6	168.4	263.4	303.3	304.5	302.6	294.1	309.4
รพท.นครพิงค์	1		221.3	243.9	232.2	255.8	260.3	272.0	108.1	169.7	163.2	159.4	165.0	159.4	167.3
รวม รพท.	1		275.0	345.9	355.3	324.1	306.1	311.6	60.3	93.7	140.1	145.2	137.6	134.6	142.1
ลำปาง		ln	420.9	430.7	402.3	411.2	404.6	428.4	278.7	305.6	307.2	291.7	281.6	282.0	300.4
รพศ.ลำปาง	1		329.9	313.3	310.7	315.8	307.7	307.4	225.0	260.7	251.5	247.9	242.2	242.7	239.9
รวม รพท.	1		91.0	117.4	91.6	95.4	97.0	121.0	53.7	44.9	55.7	43.9	39.3	39.3	60.5

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ลำพูน		In	111.0	118.6	119.3	116.1	120.6	132.4	63.1	74.9	76.9	79.3	75.5	75.1	90.3
รพท.ลำพูน	1		89.9	90.7	91.8	82.7	89.4	98.6	54.5	67.9	65.1	70.5	65.0	66.0	75.5
รวม รพท.	1		21.1	27.8	27.5	33.4	31.2	33.8	8.6	7.0	11.8	8.8	10.5	9.1	14.9
พะเยา		In	245.9	246.8	234.4	263.1	254.4	286.4	174.3	160.9	153.5	146.2	171.8	166.9	213.1
รพท.พะเยา	1		160.4	159.1	140.8	165.6	166.3	184.3	121.8	115.8	110.8	100.5	120.3	121.0	153.9
รพท.เชียงคำ	1		26.6	25.1	25.7	28.5	23.6	38.2	10.9	7.5	4.2	3.6	7.3	4.7	18.5
รวม รพท.	1		58.8	62.7	67.9	69.0	64.5	63.8	41.6	37.6	38.5	42.1	44.2	41.2	40.6
น่าน		Ex	273.6	286.8	276.7	268.4	296.0	299.4	167.5	160.1	157.3	145.1	145.3	168.6	170.8
รพท.น่าน	1		229.8	248.9	224.8	221.8	240.8	247.4	149.2	142.6	146.3	132.9	132.3	150.2	151.4
รวม รพท.	1		43.7	37.9	51.9	46.5	55.2	52.0	18.3	17.5	11.0	12.2	13.0	18.4	19.4
แพร่		In	172.5	165.2	171.8	186.9	188.9	184.3	103.4	100.7	92.1	93.5	107.9	108.0	102.5
รพท.แพร่	1		112.0	101.4	106.5	110.8	105.5	107.7	76.8	69.1	62.8	66.3	69.9	66.4	71.0
รวม รพท.	1		60.5	63.7	65.2	76.1	83.4	76.6	26.5	31.6	29.3	27.2	37.9	41.6	31.5
อุตรดิตถ์		In	359.9	382.7	331.6	212.1	299.1	375.2	207.6	209.5	186.7	155.5	162.5	168.4	166.3
รพศ.อุตรดิตถ์	1		328.5	360.0	311.4	186.1	276.3	355.4	195.8	204.5	190.3	165.1	168.3	180.0	181.5
รวม รพท.	1		31.4	22.7	20.2	26.0	22.7	19.8	11.8	5.0	-3.6	-9.5	-5.8	-11.6	-15.1
สุโขทัย		In	677.0	647.7	554.4	650.0	662.0	637.3	316.0	461.4	403.2	345.5	399.6	450.9	519.5

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.สุโขทัย	1		171.3	175.7	165.6	167.9	190.0	204.8	143.4	147.6	146.4	140.9	141.4	167.2	183.4
รพท.ศรีสัชนาลัย	1		132.9	125.7	124.1	121.5	145.9	161.0	109.2	113.0	107.9	105.9	103.3	130.1	142.7
รวม รพท.	1		372.9	346.2	264.7	360.6	326.2	271.5	63.3	200.9	148.9	98.7	155.0	153.6	193.4
ตาก		In	202.1	162.1	99.3	174.8	99.2	0.0	119.3	94.3	51.4	16.1	60.1	16.9	0.0
รพท.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช *	1		61.2	56.8	46.6	43.7	32.3		32.9	35.7	28.3	18.4	10.9	1.3	
รพท.แม่สอด	1		83.7	51.1	-2.7	70.0			65.1	44.7	17.1	-3.2	34.6		
รวม รพท.	1		57.2	54.2	55.4	61.1	66.9	0.0	21.3	13.9	6.1	0.9	14.6	15.7	0.0
กำแพงเพชร		In	232.9	219.2	230.5	255.1	263.0	295.2	172.6	151.0	134.5	150.1	179.1	183.0	211.4
รพท.กำแพงเพชร	1		156.8	153.6	151.1	160.8	150.0	150.0	126.4	120.9	116.0	116.1	126.6	117.8	113.2
รวม รพท.	1		76.1	65.6	79.5	94.3	113.0	145.2	46.2	30.1	18.5	34.0	52.5	65.2	98.3
พิษณุโลก		In	507.2	478.5	484.1	526.5	479.3	515.4	200.1	295.1	269.1	262.8	301.7	287.2	321.1
รพศ.พุทธชินราช	1		327.3	299.7	307.4	315.1	312.5	296.4	132.7	177.7	161.5	162.7	169.8	166.9	183.3
รวม รพท.	1		179.9	178.8	176.7	211.4	166.8	219.0	67.4	117.4	107.7	100.1	131.8	120.3	137.8
พิจิตร		Mix	810.2	804.3	779.0	839.4	734.8	859.5	196.3	465.9	415.6	399.9	462.8	400.7	572.6
รพท.พิจิตร	1		171.8	170.3	161.5	163.9	150.5	167.3	103.0	112.5	108.7	97.6	93.6	91.4	105.1
รวม รพท.	1		638.4	634.0	617.5	675.5	584.3	692.2	93.3	353.4	306.9	302.3	369.2	309.2	467.4
เพชรบูรณ์		In	296.5	304.4	295.0	309.3	267.8	345.4	85.6	119.2	102.3	106.9	138.5	104.9	204.7

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.เพชรบูรณ์	1		109.3	101.9	95.1	85.4	93.3	129.4	51.1	57.9	51.3	47.0	55.3	51.0	86.4
รวม รพท.	1		187.2	202.5	199.8	223.9	174.4	216.0	34.4	61.3	51.0	59.9	83.2	53.9	118.3
นครสวรรค์		In	474.7	512.3	527.4	521.1	564.2	620.7	333.3	350.1	377.8	388.5	376.8	412.0	460.7
รพศ.สวรรค์ประชารักษ์	1		292.7	302.6	308.0	296.7	302.0	317.7	219.0	233.8	238.2	243.6	228.6	228.3	228.1
สถานพยาบาลสถานส่งเสริมอนามัยแม่และ เด็ก เขต8	2														
			32.8	31.1	32.8	29.5	28.0	29.2	19.5	19.5	19.6	20.0	19.2	18.1	18.9
รวม รพท.	1		149.1	178.6	186.6	194.9	234.2	273.8	94.8	96.8	120.0	124.9	129.0	165.7	213.7
อุทัยธานี		In	271.2	265.3	268.2	264.0	259.7	271.0	217.3	209.5	196.2	196.8	199.3	196.3	204.1
รพท.อุทัยธานี	1		185.5	177.4	174.5	168.7	165.8	173.3	158.2	154.6	148.0	145.9	146.3	145.6	146.3
รวม รพท.	1		85.7	87.9	93.7	95.3	94.0	97.7	59.1	55.0	48.3	50.9	53.0	50.7	57.8
เลย		Mix	160.1	153.8	146.0	175.4	155.3	206.4	89.7	78.5	74.4	65.7	84.7	70.8	126.6
รพท.เลย	1		96.6	83.1	84.1	102.9	84.2	108.8	66.0	64.4	57.2	55.0	63.7	50.6	80.5
รวม รพท.	1		63.4	70.7	61.9	72.6	71.2	97.6	23.7	14.2	17.2	10.8	21.0	20.1	46.1
หนองคาย		Mix	172.3	181.1	203.3	240.4	247.1	301.0	113.6	100.8	106.3	118.0	148.3	159.4	219.9
รพท.หนองคาย	1		75.8	70.6	72.9	83.3	80.9	92.8	63.0	56.0	51.8	51.4	58.9	58.3	74.3
รวม รพท.	1		96.6	110.6	130.3	157.1	166.2	208.2	50.7	44.8	54.5	66.6	89.4	101.1	145.6
อุดรธานี		Ex	274.2	311.7	345.5	358.3	360.2	484.4	172.2	121.4	121.4	165.8	183.1	190.8	292.2

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพศ.อุดรธานี	1		186.9	234.6	211.3	211.6	223.4	269.7	124.9	106.1	130.4	126.4	134.1	135.8	169.9
รวม รพช.	1		87.3	77.1	134.2	146.7	136.9	214.7	47.3	15.4	-9.0	39.4	49.1	55.0	122.2
สกลนคร		ln	164.5	174.7	212.0	214.9	212.8	294.0	60.6	51.1	61.4	90.5	97.0	109.4	172.7
รพท.สกลนคร	1		61.4	63.8	66.5	77.2	76.3	100.7	41.0	37.5	42.2	44.6	45.1	50.2	66.8
รวม รพช.	1		103.1	110.9	145.5	137.7	136.5	193.3	19.7	13.6	19.2	45.8	51.8	59.2	105.9
หนองบัวลำภู		Mix	52.3	60.0	92.9	75.8	104.2	131.2	20.1	11.9	15.1	46.5	30.3	64.7	98.9
รพท.หนองบัวลำภู	1		22.2	29.1	40.8	31.4	39.8	49.7	2.3	1.7	5.8	16.8	8.5	20.5	35.1
รวม รพช.	1		30.1	31.0	52.1	44.4	64.4	81.5	17.8	10.2	9.3	29.7	21.9	44.2	63.9
ขอนแก่น		Mix	500.9	479.8	463.7	480.0	532.6	587.3	297.6	317.2	283.8	282.1	291.4	344.2	381.3
รพศ.ขอนแก่น	1		237.3	217.8	194.9	207.9	200.7	214.3	172.8	167.6	148.0	134.6	133.7	120.0	137.7
รพ.ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 *	2		10.6	10.9	12.5	12.0	11.9	12.1	9.3	9.3	9.5	10.4	10.7	10.8	11.1
รพ.โรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2		43.6	42.0	42.5	45.3	33.7	44.2	8.5	27.8	23.3	24.5	22.9	21.7	23.3
รวม รพช.	1		209.4	209.1	213.9	214.8	286.3	316.6	107.1	112.5	102.9	112.6	124.0	191.7	209.1
กาฬสินธุ์		Ex	149.6	178.5	168.8	229.5	239.2	281.0	47.5	45.6	58.7	49.3	89.2	112.9	159.7
รพท.กาฬสินธุ์	1		49.3	60.1	51.1	62.6	86.9	91.9	19.0	12.4	15.9	9.1	22.1	32.6	34.7
รวม รพช.	1		100.4	118.4	117.7	166.9	152.4	189.1	28.5	33.2	42.8	40.2	67.2	80.3	124.9
นครพนม		ln	104.9	101.4	93.2	110.7	102.1	120.1	57.3	50.2	40.5	33.9	44.2	38.6	57.5

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.นครพนม	1		42.8	43.0	40.0	43.8	40.0	46.2	17.5	19.7	16.0	9.7	11.4	9.3	18.0
รวม รพท.	1		62.1	58.4	53.1	66.9	62.1	73.9	39.9	30.4	24.6	24.2	32.8	29.3	39.5
มุกดาหาร		Ex	87.0	77.4	84.1	96.2	99.3	112.8	39.2	30.2	24.5	26.3	42.0	42.3	55.1
รพท.มุกดาหาร	1		53.9	45.5	47.7	52.8	58.0	69.7	27.1	19.7	17.1	18.4	25.7	27.0	37.2
รวม รพท.	1		33.1	32.0	36.4	43.4	41.3	43.1	12.1	10.4	7.4	7.9	16.3	15.3	17.8
ยโสธร		Ex	174.8	158.4	162.2	171.3	164.6	184.5	85.9	97.2	91.7	97.9	101.1	99.6	116.1
รพท.ยโสธร	1		106.6	93.0	86.6	87.6	90.5	97.3	55.3	58.1	54.6	51.7	52.6	53.3	59.5
รวม รพท.	1		68.2	65.4	75.7	83.7	74.1	87.2	30.5	39.2	37.1	46.2	48.5	46.3	56.6
อำนาจเจริญ		Ex	75.3	87.3	93.4	101.2	83.3	116.1	27.4	28.1	33.7	39.1	50.2	43.2	68.9
รพท.อำนาจเจริญ	1		43.3	50.7	56.7	63.8	55.0	76.1	21.4	20.7	24.9	32.0	39.0	36.2	51.5
รวม รพท.	1		31.9	36.6	36.7	37.4	28.3	40.0	6.0	7.4	8.8	7.2	11.2	6.9	17.4
อุบลราชธานี		Ex	222.0	195.8	174.8				84.6	134.3	105.7	100.5			
รพศ.สรรพสิทธิประสงค์	1		191.7	165.4	144.9	145.7	121.9	189.6	64.4	117.8	89.5	85.9	80.4	78.1	101.9
รวม รพท.	1		30.3	30.4	29.8				20.2	16.5	16.2	14.6			
ร้อยเอ็ด		Ex	192.8	192.9	156.8				113.0	91.3	78.0	56.1			
รพท.ร้อยเอ็ด	1		128.3	127.2	89.9	94.3	68.6	93.2	85.0	74.2	66.7	40.3	42.1	17.5	29.9
รวม รพท.	1		64.5	65.7	66.9				28.0	17.1	11.3	15.8			

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ศรีสะเกษ		Ex	369.8	372.0	354.3	357.6	337.1		235.7	226.2	217.2	211.9	207.4	205.9	
รพท.ศรีสะเกษ *	1		245.8	241.3	237.1	222.2	204.1		148.0	146.5	139.5	138.0	129.3	118.9	
รวม รพท.	1		124.0	130.7	117.1	135.3	133.0	138.4	87.7	79.7	77.7	73.9	78.0	87.0	85.5
สุรินทร์		In	180.6	177.0	207.7	178.7	240.1	196.1	104.0	76.2	88.7	67.6	57.9	108.9	75.5
รพศ.สุรินทร์	1		127.2	114.2	101.5	81.6	118.1	86.0	93.7	66.7	59.4	25.3	5.2	37.7	12.1
รวม รพท.	1		53.4	62.8	106.2	97.0	122.0	110.1	10.3	9.5	29.3	42.3	52.7	71.2	63.4
มหาสารคาม		In	232.3	250.9	243.9	267.0	255.3	347.0	117.3	112.0	129.4	126.9	138.2	135.0	221.3
รพท.มหาสารคาม	1		163.6	155.6	151.3	158.5	153.3	191.9	103.2	101.1	101.6	96.0	96.8	94.6	128.4
รวม รพท.	1		68.7	95.2	92.6	108.5	102.0	155.0	14.1	10.9	27.8	30.9	41.4	40.4	92.9
บุรีรัมย์		In	283.4	293.3	280.1	340.7	372.3	473.5	170.7	158.6	166.1	173.2	195.7	232.9	345.0
รพศ.บุรีรัมย์	1		110.8	115.6	135.6	136.1	140.5	163.7	70.9	63.4	65.2	71.4	66.7	76.7	109.1
รวม รพท.	1		172.6	177.7	144.5	204.6	231.8	309.8	99.9	95.3	100.9	101.8	129.0	156.2	235.9
นครราชสีมา		Ex	531.9	202.4	563.4	592.9	575.1	827.3	345.7	355.3	327.3	334.4	430.4	427.6	615.5
รพศ.มหาวิทยาลัยนครราชสีมา *	1		321.7		311.5	319.6	324.1	397.7	243.0	239.1	223.0	220.2	233.1	234.5	296.7
สถานพยาบาลสถานส่งเสริมอนามัยแม่และ เด็ก นครราชสีมา	2		3.2	3.7	5.1	6.4	1.6	2.5	3.3	2.0	1.9	3.7	3.9	0.1	1.1
รวม รพท.	1		207.1	198.7	246.8	266.9	249.3	427.1	99.4	114.2	102.4	110.5	193.5	193.1	317.8

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ชัยภูมิ		ln	297.4	298.2	313.1	313.4	296.6	317.2	140.6	174.5	164.0	179.4	186.8	170.4	193.4
รพท.ชัยภูมิ	1		99.1	83.9	79.1	66.6	51.5	42.5	48.9	47.0	33.9	29.2	20.1	4.1	-2.0
รวม รพท.	1		198.3	214.3	234.0	246.8	245.2	274.8	91.7	127.5	130.1	150.2	166.6	166.3	195.4
ลพบุรี		ln	74.4	65.3	67.2	73.5	59.7	65.0	29.1	50.0	43.4	36.7	41.2	38.3	40.3
รพท.ลพบุรี *	1		136.8	125.5	128.3				124.3	120.1	110.6	108.8			
รพท.บ้านหมี่	1		74.4	65.3	67.2	73.5	59.7	65.0	29.1	50.0	43.4	36.7	41.2	38.3	40.3
รวม รพท.	1		89.8	83.7	87.7				57.9	51.3	42.5	44.1			
สระบุรี		Ex	385.3	375.3	412.7	431.0	386.8	413.2	239.2	256.5	248.3	258.1	255.9	240.2	243.3
รพศ.สระบุรี	1		171.1	172.6	206.0	201.0	181.4	183.8	106.2	112.8	115.3	126.7	130.4	122.2	124.4
รพท.พระพุทธบาท	1		123.6	124.1	127.3	151.7	132.7	140.7	76.4	83.2	81.4	83.2	80.0	72.3	65.1
รวม รพท.	1		90.6	78.6	79.4	78.3	72.7	88.7	56.5	60.4	51.6	48.3	45.6	45.7	53.8
อยุธยา		Ex	274.3	261.4	297.9	319.6	325.3	341.7	223.3	198.7	188.9	193.6	215.5	219.3	236.0
รพศ.พระนครศรีอยุธยา	1		158.7	169.0	228.5	236.8	235.2	230.6	119.7	120.5	132.8	161.0	171.1	171.9	166.1
รพท.เสนา (10T)	1														
รวม รพท.	1		115.6	92.3	69.4	82.8	90.1	111.1	103.7	78.2	56.1	32.6	44.5	47.4	70.0
อ่างทอง		Ex	139.5	145.2	148.6	143.3	152.4	152.2	97.6	91.5	86.7	83.9	80.3	91.1	94.0
รพท.อ่างทอง	1		91.5	99.1	101.8	98.6	104.0	100.6	66.6	65.2	63.9	62.7	61.4	67.0	67.4

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวม รพช.	1		48.1	46.1	46.7	44.7	48.4	51.6	31.0	26.2	22.8	21.2	18.9	24.1	26.6
สิงห์บุรี		In	167.1	163.4	168.4	174.4	172.8	175.8	127.4	127.4	120.3	120.4	124.3	123.8	127.4
รพช.สิงห์บุรี	1		82.1	83.5	88.1	92.3	92.7	88.7	62.7	62.2	60.3	62.1	63.9	63.7	63.0
รพช.อินทรีบุรี	1		35.4	31.5	30.8	32.2	27.2	32.2	24.9	23.4	19.5	17.3	18.8	14.8	19.9
รวม รพช.	1		49.6	48.5	49.4	49.8	52.9	54.9	39.7	41.8	40.6	41.0	41.6	45.3	44.5
ชัยนาท		In	137.0	132.2	128.6	124.2	156.4	165.7	87.6	76.8	69.3	65.3	60.4	97.8	110.2
รพช.ชัยนาท	1		87.8	87.8	84.2	82.5	80.4	76.4	57.1	49.2	45.8	43.5	40.1	44.6	45.2
รวม รพช.	1		49.2	44.4	44.5	41.7	76.0	89.3	30.5	27.6	23.5	21.8	20.2	53.2	64.9
สุพรรณบุรี		In	308.3	367.4	332.3	329.3	349.6	378.5	202.2	195.2	201.0	212.6	205.5	194.4	231.2
รพช.เจ้าพระยายมราช	1		221.3	225.8	227.4	220.8	248.8	246.4	153.2	147.4	146.3	151.1	144.9	141.3	144.8
รพช.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่17	1		35.7	37.5	42.7	55.1	49.8	59.7	24.1	24.4	23.5	27.5	32.6	27.6	36.7
รวม รพช.	1		51.4	104.1	62.2	53.4	51.0	72.4	24.9	23.4	31.2	34.0	27.9	25.4	49.7
กาญจนบุรี		Ex	355.6	409.2	375.4	390.9	462.9	485.7	309.8	281.7	294.3	304.0	316.1	381.0	406.3
รพช.พหลพลพยุหเสนา	1		225.1	228.4	224.6	228.1	263.3	274.7	216.4	202.2	205.4	202.3	205.3	234.5	253.3
รพช.มะกาภิรักษ์	1		97.3	134.1	90.7	92.5	94.5	109.7	81.5	80.2	76.6	77.5	77.2	79.3	93.0
รวม รพช.	1		33.3	46.7	60.1	70.4	105.1	101.2	11.9	-0.7	12.3	24.2	33.5	67.2	60.0
นครปฐม		Ex	511.1	527.2	529.2	518.2	521.2	572.8	350.8	354.6	353.6	357.2	367.7	368.3	406.7

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพศ.นครปฐม	1		291.8	293.1	291.0	298.8	274.0	290.8	191.3	196.9	201.3	197.6	207.4	200.5	214.1
รพ.เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)	2		113.6	134.6	136.8	120.7	142.2	159.8	94.9	94.0	94.4	100.1	96.5	101.1	109.4
รพ.จันทบุรีเบกษา	3		14.4	13.6	13.2			10.7	0.0	1.3	0.5	0.1		-1.0	0.0
รวม รพช.	1		105.7	99.4	101.4	98.7	105.0	122.3	64.7	63.6	57.9	59.5	63.8	66.7	83.2
นนทบุรี		Ex	363.9	381.9	374.7	373.8	410.5	417.3	312.5	300.6	302.8	309.2	312.7	344.3	357.4
รพท.พระนั่งเกล้า	1		282.1	300.1	291.6	296.8	322.2	326.4	243.4	237.8	245.9	249.4	251.8	272.5	280.3
รพ.ชลประทานรังสิตสมุทร *	3				186.8		246.0	199.5			167.0	169.0	174.3	178.7	186.0
รวม รพช.	1		81.9	81.8	83.2	77.0	88.3	90.9	69.1	62.8	56.9	59.8	60.9	71.8	77.1
ปทุมธานี		Ex	148.6	148.4	148.3	151.5	150.7	171.2	120.9	124.1	120.8	118.3	120.4	119.5	134.4
รพท.ปทุมธานี	1		137.6	138.3	138.8	141.4	140.1	150.5	114.7	118.1	116.9	115.7	118.7	115.5	121.1
รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ *	3		0.5	0.5	3.9	23.0			0.4	0.4	0.5	3.3	3.3		
รวม รพช.	1		10.9	10.1	9.5	10.2	10.5	20.7	6.2	6.1	4.0	2.6	1.8	3.9	13.2
นครนายก		In	133.3	144.8	145.5	169.2	161.1	161.5	93.1	85.7	81.6	85.5	95.6	94.1	102.7
รพท.นครนายก	1		89.4	90.4	94.8	104.4	101.6	97.3	69.7	62.5	60.8	65.5	65.6	68.5	67.8
รพ.ร.นายร้อยพระจุลจอมเกล้า *	3		2.2	9.0	6.6	6.6	7.7	6.7	1.7	2.1	0.9	0.6	2.0	0.4	0.3
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราช สุดาฯสยามบรมราชกุมาร *	3		0.1			0.2			0.4	0.0		-0.5	0.1		

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รวม รพช.	1		41.8	45.3	44.2	58.3	51.8	57.4	21.6	21.1	19.8	19.4	28.0	25.1	34.5
คณะเชิงเทรา		Ex	275.8	277.8	288.7	271.2	279.1	346.5	220.8	200.4	207.0	211.7	199.2	206.7	273.6
รพช.คณะเชิงเทรา	1		204.1	199.8	213.6	193.1	199.8	226.2	166.9	165.6	165.6	172.3	162.3	164.0	190.9
รวม รพช.	1		71.7	77.9	75.2	78.0	79.3	120.4	53.9	34.7	41.4	39.3	36.9	42.6	82.7
ปราจีนบุรี		In	192.0	174.4	163.9	156.5	175.9	178.7	158.4	152.8	143.9	130.2	122.5	121.3	124.4
รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	1		174.9	159.6	147.2	142.4	153.9	155.2	147.5	142.9	135.6	121.4	115.7	108.1	109.4
รวม รพช.	1		17.1	14.8	16.6	14.1	22.0	23.4	10.9	9.9	8.2	8.8	6.8	13.2	14.9
สระแก้ว		Ex	105.9	110.9	109.4	111.7	116.6	160.1	38.0	59.2	60.6	58.9	53.6	59.8	104.5
รพท.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	1		43.1	48.3	49.1	48.6	50.5	66.2	5.4	15.1	17.7	15.4	10.1	13.7	33.1
รวม รพช.	1		62.7	62.6	60.2	63.1	66.1	93.9	32.6	44.1	43.0	43.6	43.5	46.1	71.5
จันทบุรี		Ex	158.8	124.1	104.2	66.4	25.8	8.8	54.0	90.2	50.8	27.1	-9.3	-60.0	-74.9
รพศ.พระปกเกล้า	1		145.9	120.5	102.6	76.4	23.3	-9.8	62.2	99.4	69.1	47.4	21.2	-40.9	-68.2
รวม รพช.	1		12.9	3.6	1.6	-10.0	2.6	18.6	-8.2	-9.2	-18.4	-20.3	-30.6	-19.1	-6.7
ตราด		Ex	93.8	98.3	100.6	99.3	103.2	117.0	77.0	70.3	75.3	78.3	80.6	85.0	98.0
รพท.ตราด	1		81.2	79.4	83.2	80.5	84.0	87.0	71.8	67.7	66.5	70.5	70.1	73.7	76.3
รวม รพช.	1		12.6	18.9	17.4	18.8	19.2	30.0	5.3	2.6	8.8	7.8	10.5	11.3	21.7
ระยอง		Ex	297.7	274.7	267.4	273.9	249.8	270.8	127.7	196.9	179.6	175.2	191.7	177.8	192.1

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพศ.ระยอง	1		188.2	176.9	168.6	177.9	156.1	181.9	64.6	120.5	111.7	109.6	128.3	112.4	133.1
รวม รพช.	1		109.5	97.8	98.8	96.0	93.7	88.9	63.1	76.4	67.9	65.6	63.4	65.5	59.0
ชลบุรี		ln	522.3	526.9	587.5	804.0	951.5	1,046.9	373.8	367.8	353.8	399.4	736.4	784.6	842.8
รพศ.ชลบุรี	1		291.7	313.5	361.2	297.9	376.9	425.0	199.3	195.2	196.9	233.4	240.0	259.8	271.0
รวม รพช.	1		230.6	213.4	226.3	506.1	574.6	621.9	174.5	172.6	156.9	166.0	496.3	524.8	571.8
สมุทรปราการ		ln	119.7	131.4	138.0	148.7	155.5	201.5	95.4	84.4	97.8	105.2	111.3	117.8	166.4
รพท.สมุทรปราการ	1		92.1	100.7	106.6	113.2	112.7	140.2	73.0	67.4	75.4	80.1	82.0	82.6	112.2
รวม รพช.	1		27.6	30.7	31.3	35.4	42.7	61.3	22.4	17.0	22.4	25.0	29.3	35.2	54.2
สมุทรสาคร		ln	32.8	33.7	31.1	69.8	74.9	83.1	16.3	18.7	17.1	16.0	53.6	59.8	69.8
รพท.สมุทรสาคร *	1			30.3						-9.0	-15.6				
รวม รพช.	1		32.8	33.7	31.1	69.8	74.9	83.1	16.3	18.7	17.1	16.0	53.6	59.8	69.8
สมุทรสงคราม		Ex	87.4	88.5	86.5	91.6	88.1	89.0	56.5	58.9	56.4	52.4	56.7	52.8	52.4
รพท.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า@	1		87.4	88.5	86.5	91.6	88.1	89.0	56.5	58.9	56.4	52.4	56.7	52.8	52.4
รวม รพช.	1				48.1	47.3	44.0	469.2			37.0	35.9	36.0	34.1	40.1
ราชบุรี		ln	396.4	352.4	278.9	266.3	281.7	246.5	295.3	260.2	207.5	137.9	118.3	125.7	108.1
รพศ.ราชบุรี	1		115.7	107.1	80.3	97.2	91.9	95.0	66.7	63.1	47.6	24.0	38.2	41.8	51.1
รพท.ดำเนินสะดวก	1		69.1	62.8	59.1	49.1	63.3	60.5	48.6	46.0	40.5	35.6	28.4	42.4	41.0

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.บ้านโป่ง	1		41.6	26.1	14.9	-0.5	-5.1	-13.8	32.4	19.2	5.3	-7.5	-23.6	-25.0	-35.2
รพท.โพธาราม	1		54.9	47.6	27.8	16.6	27.0	3.9	44.0	37.3	27.8	10.1	-0.7	-5.9	-19.7
สถานพยาบาลสถานส่งเสริมอนามัยแม่และ เด็ก ราชบุรี	2		36.2	30.7	28.9	29.8	24.4	20.4	31.1	28.1	24.5	22.2	20.2	14.3	12.3
รวม รพท.	1		78.8	78.1	68.1	74.2	80.2	80.5	72.4	66.6	61.8	53.5	55.9	58.1	58.6
เพชรบุรี		Ex	308.4	311.8	309.7	366.0	401.9	424.7	227.7	234.4	227.1	219.3	286.2	319.1	349.9
รพท.พระจอมเกล้า	1		245.5	252.8	250.8	294.4	323.5	333.1	198.0	202.5	197.2	188.8	244.4	270.7	285.8
รพ.ค่ายรามราชนิเวศน์	3		9.8	10.2	10.9	11.7	11.9	12.4	4.7	5.5	6.3	7.0	7.8	8.4	9.0
รวม รพท.	1		53.0	48.8	48.0	59.9	66.5	79.2	25.0	26.3	23.5	23.4	34.1	40.0	55.2
ประจวบคีรีขันธ์		Mix	155.4	147.3	166.2	152.2	159.9	176.3	120.9	111.7	102.9	108.4	100.9	105.3	115.3
รพท.ประจวบคีรีขันธ์	1		101.6	96.7	111.2	95.8	98.6	93.4	87.7	82.3	77.3	78.9	74.7	76.6	74.8
รวม รพท.	1		53.8	50.6	55.0	56.4	61.4	82.9	33.2	29.4	25.6	29.4	26.2	28.7	40.5
ชุมพร		Ex	54.5	61.0	63.2	63.7	67.8	83.3	33.5	27.9	32.5	33.7	33.3	38.5	52.4
รพท.ชุมพร *	1			66.4	65.4	65.9	68.8	78.6		37.3	37.8	39.3	38.5	42.4	49.2
รพ.ค่ายเขตอุดมศักดิ์ *	3		7.8	6.3	5.8	6.0	5.8		1.1	0.8	0.5	0.8	0.7	1.7	
รวม รพท.	1		54.5	61.0	63.2	63.7	67.8	83.3	33.5	27.9	32.5	33.7	33.3	38.5	52.4
ระนอง		ln	63.3	64.9	65.9	64.4	63.0	76.5	34.3	45.4	44.3	46.1	43.6	39.4	52.4

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
รพท.ระนอง	1		49.4	51.6	55.2	52.8	51.2	59.5	30.6	40.5	40.3	41.9	38.5	35.8	43.7
รวม รพท.	1		13.9	13.3	10.6	11.6	11.9	17.0	3.7	4.9	4.1	4.2	5.1	3.6	8.8
สุราษฎร์ธานี		Ex	435.2	665.2	380.7	383.3	400.8	412.6	308.6	277.5	246.8	232.3	226.5	243.8	257.9
รพศ.สุราษฎร์ธานี	1		196.4	177.6	148.5	153.0	144.9	132.0	115.8	104.8	84.4	73.6	70.5	67.5	60.4
รพท.เกาะสมุย	1		37.0	36.5	37.2	37.5	40.5	37.9	30.1	30.4	29.5	29.7	30.6	29.7	29.4
รพ.กองบิน7	3		7.4	7.8	7.7	7.7	8.2	8.0	5.6	5.3	5.6	5.7	5.6	5.6	5.9
รวม รพท.	1		194.5	443.3	187.2	185.1	207.3	234.7	157.1	136.9	127.3	123.3	119.8	141.0	162.2
พังงา		Ex	66.0	60.7	57.9	62.0	68.4	64.7	43.7	46.6	42.5	40.2	42.0	45.5	47.2
รพท.พังงา *	1		50.3	41.4	36.7		48.6		38.7	38.1	31.9	27.5	27.5	30.6	
รพท.ตะกั่วป่า	1		46.1	44.0	43.2	43.9	49.0	53.3	29.0	35.1	34.1	33.9	32.9	38.0	42.1
รวม รพท.	1		19.8	16.7	14.7	18.1	19.4	11.4	14.7	11.5	8.5	6.3	9.0	7.5	5.1
ภูเก็ต		Ex	135.5	148.7	148.7	139.9	127.9	183.1	123.9	102.1	106.5	100.9	94.2	82.2	125.8
รพท.วชิระภูเก็ต @	1		116.1	127.5	128.6	124.2	112.1	155.1	111.9	90.4	94.5	89.8	85.5	76.6	111.6
รวม รพท.	1		19.5	21.2	20.1	15.7	15.8	28.0	12.1	11.7	12.0	11.1	8.6	5.6	14.1
กระบี่		In	167.1	172.9	181.8	178.8	199.3	206.6	110.5	103.9	107.6	111.3	116.2	132.7	139.7
รพท.กระบี่	1		113.0	118.9	118.2	103.7	117.1	120.8	74.2	73.2	75.7	74.5	70.1	79.5	79.6
รวม รพท.	1		54.1	53.9	63.7	75.0	82.3	85.8	36.3	30.7	31.9	36.7	46.1	53.2	60.1

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
นครศรีธรรมราช		ln	361.3	321.7	332.3				162.4	216.3	214.8	198.9			
รพศ.มหาราชนครศรีธรรมราช *	1		177.7	137.8	153.4	143.1			14.2	83.3	87.5	73.1	59.3		
รวม รพช.	1		88.1	91.3	92.2	100.4	106.9		75.1	63.5	62.7	65.9	72.3	76.9	
ตรัง		ln	267.9	274.1	253.4	259.4	252.8	272.8	150.1	144.1	135.9	127.1	136.4	130.7	156.7
รพศ.ตรัง	1		207.0	207.6	191.0	189.5	189.2	201.5	109.2	106.6	97.0	93.2	95.1	94.3	116.1
รวม รพช.	1		60.9	66.5	62.4	70.0	63.6	71.2	40.9	37.5	38.8	34.0	41.3	36.4	40.6
พัทลุง		ln	109.0	100.6	115.4	117.9	121.6	139.3	79.1	67.0	61.0	64.5	65.6	72.2	89.7
รพท.พัทลุง	1		43.7	37.7	34.4	41.3	43.3	40.3	33.4	25.9	22.5	18.4	23.2	26.3	23.4
รวม รพช.	1		65.3	62.8	81.0	76.6	78.3	99.0	45.7	41.0	38.4	46.1	42.4	45.9	66.3
สตูล		ln	72.6	73.2	81.2	87.4	109.9	123.1	45.8	44.4	40.9	43.6	41.4	61.0	77.3
รพท.สตูล	1		42.3	44.3	46.4	55.1	70.9	71.1	34.1	29.4	29.2	29.6	29.4	40.9	42.5
รวม รพช.	1		30.3	28.9	34.8	32.3	39.0	52.0	11.8	15.0	11.7	14.0	12.0	20.2	34.8
สงขลา		ln	526.7	500.9	467.2	442.9	460.7	482.8	352.7	335.0	295.6	265.1	254.8	252.3	270.8
รพศ.หาดใหญ่	1		224.3	214.6	194.3	191.5	183.3	200.9	177.7	162.4	145.2	130.5	122.9	116.0	129.9
รพท.สงขลา	1		144.1	131.2	120.1	87.5	91.9	98.4	73.9	66.0	49.3	40.7	34.3	31.0	30.5
รพ.ประสาทสงขลา	2		42.3	42.9	41.9	42.0	56.0	52.7	23.3	34.6	34.3	32.0	33.8	35.4	39.3
รวม รพช.	1		116.0	112.2	110.8	121.9	129.5	130.8	77.7	72.1	66.8	61.9	63.9	70.0	71.1

สถานพยาบาล	สังกัด	วิธีจัด สรรเงิน	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ						เงินบำรุงคงเหลือ						
			ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45	ก.ย. 44	ต.ค. 44	พ.ย. 44	ธ.ค. 44	ม.ค. 45	ก.พ. 45	มี.ค. 45
ปัตตานี		Ex	155.5	123.8	128.3	169.0	172.3	176.2	116.2	114.6	88.4	104.1	119.6	120.0	124.7
รพท.ปัตตานี	1		77.2	72.6	72.5	79.9	82.1	85.8	58.1	56.0	51.3	50.6	53.2	54.9	59.3
รวม รพท.	1		78.3	51.2	55.8	89.1	90.2	90.4	58.1	58.6	37.2	53.5	66.4	65.1	65.5
ยะลา		ln	302.1	295.3	274.5	254.6	245.2	225.7	127.6	122.3	121.4	99.4	92.1	78.8	74.8
รพศ.ยะลา	1		239.8	231.6	215.2	200.1	183.4	160.0	87.5	85.9	84.6	69.3	61.6	43.9	33.5
รพท.เบตง	1		15.8	12.9	10.1	8.5	12.2	9.2	9.0	5.3	2.5	-1.5	-0.8	1.3	-1.0
รพ.แม่และเด็ก เขต 12	2		7.1	6.8	3.2	0.5	-1.5	-4.5	8.1	4.6	3.8	0.4	-2.0	-5.0	-5.8
รวม รพท.	1		39.5	44.0	45.9	45.6	51.1	61.0	23.1	26.5	30.4	31.3	33.3	38.5	48.1
นราธิวาส		ln	303.0	323.3	326.6	318.5	418.5	313.7	191.2	182.8	201.4	202.7	191.8	241.9	198.0
รพท.นราธิวาสราชนครินทร์	1		101.1	114.3	111.6	113.8	97.3	96.8	82.6	77.4	87.9	86.8	85.9	77.9	81.4
รพท.สุไหงโก-ลก	1		158.4	153.1	156.4	155.9	274.2	170.8	84.0	85.6	82.7	85.1	82.0	141.9	95.3
รวม รพท.	1		43.5	55.9	58.6	48.8	47.0	46.1	24.6	19.9	30.7	30.7	23.9	22.2	21.3

ที่มา: จากรายงาน 0110 รง.5 ที่สถานพยาบาลรายงานมาที่ สดส. (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2545)

หมายเหตุ: 1/ ข้อมูลทั้งหมดเป็นตัวเลข ณ สิ้นเดือนนั้นๆ

2/ เงินบำรุงใช้ข้อมูลยอดเงินคงเหลือนอกงบประมาณ แต่หนี้ค้างชำระที่นำมาหักรวมหนี้ทั้งในและนอกงบประมาณ

3/ ยอดรวมของโรงพยาบาลชุมชนคิดเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อมูลครบทุกเดือน โรงพยาบาลชุมชนใดที่มีข้อมูลไม่ครบในบางเดือนจะไม่ถูกนำมารวม (ในบางจังหวัดโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งไม่มีข้อมูลบางเดือนสลับกันไป เช่น อุบลราชธานี ผลรวมโรงพยาบาลชุมชนจึงแสดงข้อมูลตั้งแต่ ก.ย.44-ธ.ค.44 เท่านั้น และต้องตัดโรงพยาบาลชุมชน

บางแห่งออกไปด้วย)การตัดข้อมูลของบางจังหวัดออกทั้งจังหวัด เพราะข้อมูลไม่สมบูรณ์ทั้งหมด เช่น อุบลราชธานี, ตาก, สุราษฎร์ธานี และหลายจังหวัดที่ไม่รวมข้อมูลของ รพศ.,รพท. หรือไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนเช่น นครราชสีมา, ลพบุรี,สมุทรปราการ

