

การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการ ประกันสุขภาพในประเทศไทย

(REFORMATION OF HEALTH INSURANCE MANAGEMENT IN THAILAND)

ผศ. ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

30 มีนาคม 2544

คำนำ

การวิจัยเรื่อง "การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย" ซึ่ง ผศ. ทวีศักดิ์ สุททวาทิน ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่อวิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพ อันเนื่องมาจากการขาดทิศทาง และเอกภาพของนโยบายระดับชาติ 2) เสนอตัวแบบการประสานงานและการจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคมอย่างครบถ้วน และ 3) เสนอมาตรการที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึง นโยบาย กฎหมาย องค์กร และแผนงานเพื่อรองรับการนำตัวแบบการประสานนโยบาย และการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้โดยมีรายละเอียดเพียงพอที่จะใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายได้

ในการดำเนินการวิจัยดังกล่าวทาง สวรส. ได้จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษางานวิจัยขึ้นมาชุดหนึ่ง ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้ว โดยผมทำหน้าที่เป็นประธานที่ปรึกษา การทำงานในลักษณะนี้ทำให้คณะกรรมการที่ปรึกษาได้มีโอกาสตรวจสอบและให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อที่จะให้ได้ผลการวิจัยที่ดีที่สุด จึงอาจกล่าวได้ว่าภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งอาจทำให้การวิจัยไม่สามารถครอบคลุมประเด็นอื่น ๆ ได้ครบถ้วนทุกประเด็น แต่ภายใต้กรอบของวัตถุประสงค์นั้น คณะที่ปรึกษาและผู้วิจัยมั่นใจว่า ผลการวิจัยนี้ได้ให้คำตอบเป็นที่น่าพอใจ

สิ่งที่ผมคาดหวังก็คือ ประสงค์ที่จะเห็นการนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาต่อไปเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาระบบการจัดการประกันสุขภาพของไทยให้ปรากฏเป็นจริง

สุดท้ายนี้ผมขอชื่นชม ผศ. ทวีศักดิ์ สุททวาทิน ในฐานะผู้วิจัยที่ได้ทุ่มเทสติปัญญา และความรู้ความสามารถจนงานวิจัยสำเร็จเรียบร้อย ขอขอบคุณที่ปรึกษาทุกท่าน และขอขอบคุณนายแพทย์วิฑูร พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบคุณนายแพทย์สุภกร บัวสาย รองผู้อำนวยการ สวรส. ที่ได้ดูแลการวิจัยอย่างใกล้ชิด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของ สวรส. ทุกท่านที่มีส่วนอย่างสำคัญต่อความสำเร็จของงานวิจัยในครั้งนี้

สมบัติ อารังธัญวงศ์

ศาสตราจารย์และคณบดี

คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

19 เมษายน 2544

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ เพราะความร่วมมือจากบุคคลจำนวนมาก ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ทัศนะข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณคณะที่ปรึกษาโครงการวิจัยซึ่งประกอบด้วย ศ.ดร. สมบัติ อารังธัญวงศ์ คณบดีคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ในฐานะประธานคณะที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสังคมและการเมืองไทย, ดร.เฉลิม ศรีผดุง รองเลขาธิการ ก.พ. (ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิรูประบบราชการ), รศ.ดร.มัทนา พนานิรมัย รองศาสตราจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข), รศ.ดร. พลภัทร บุราคม รองศาสตราจารย์ประจำคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินและการคลัง), นพ. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุพล รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสุขภาพ), นายทวี ศิริพาส รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง (ผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินและการคลัง), รศ.ดร. วิจิตร ระวิวงศ์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านสวัสดิการสังคม) นางอารีย์ น้อยวงศ์ ผู้อำนวยการกองนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง และ นายชบ ยอดแก้ว ผู้นำชุมชนซึ่งมีบทบาทด้านการส่งเสริมการบริการสุขภาพ

เจ้าหน้าที่โครงการวิจัยที่มีส่วนให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลงไปด้วยดี ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย 2 ท่าน คือ นางสาวเกสร เกษมชื่นยศ และนางกรกช อมรเวช นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ธุรการอีก 1 คน คือ นางสาวสายพิน ทองคำ ซึ่งปฏิบัติงานด้วยความขยันขันแข็ง

ขอขอบคุณ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่อำนวยความสะดวกในด้านสถานที่ ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น ซึ่งทำให้โครงการวิจัยดำเนินไปอย่างราบรื่น

และสุดท้าย ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย ซึ่งทำให้งานวิจัยนี้เกิดขึ้นได้ ขอขอบคุณ น.พ. สุกกร บัวสาย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์หลายประการต่อโครงการวิจัย ขอขอบคุณ นางงามจิตต์ จันทระชาติ นักวิชาการวิจัย สวรส. และ นางสาวกุลธิดา ศรีวิจิตร เจ้าหน้าที่ สวรส. ซึ่งช่วยประสานงาน และอำนวยความสะดวกให้โครงการวิจัยดำเนินการเสร็จเรียบร้อย อย่างราบรื่น

ผู้วิจัย

30 มีนาคม 2544

ABSTRACT

Research Title: Reformation of Health Insurance Management in Thailand

Researcher: Assistant Professor Taweesak Suthakavatin

This research project has three main objectives. The first objective is to analyze and assess the health insurance problems, resulting from a lack of national health insurance policy. The second objective is to propose a model for health insurance policy coordination and management system in order to achieve universal coverage. The last objective is to provide the appropriate measures, including policies, law, organizations, as well as plans, to implement a model of health insurance policy coordination and management system. The measures should have sufficient details for the policymakers so that they can make an effective decision.

This is a policy research that searches for information necessary to set up alternatives of health insurance policy for policymakers. In addition, this research is an action research. That is, it focuses on pragmatic results.

The study employs both qualitative and quantitative approaches. The research sample consists of four groups : policymakers, top executives, managers of health service providers, and rural community leaders. Two types of sampling techniques are used in combination: purposive sampling and snowball sampling.

Various kinds of data collection are used such as reviewing literature, indepth-interviewing, focus group, brain-storming, public workshop, and self-administered questionnaires. Data compiled is analyzed by both qualitative and quantitative methods.

Research findings are as follow:

First, there are three main problems to the current health insurance system.

1.) There is limited stakeholders awareness regarding the policy formulation of universal health Insurance.

2.) The coverage of health insurance in Thailand is to only about eighty percent of Thai citizens, whereas about twenty percent of them are not covered by any kind of health insurance schemes. Besides, there are overlapping target population among the various kinds of health insurance schemes. Therefore, in reality, the figure of health insurance coverage is less than eighty percent.

3.) Problems of equity and justice of health care services directly affect the quality of health care services.

Second, the study proposes a model for health insurance policy coordination and management system in order to achieve universal coverage (Fig. 4.2, page 82). The model recommends the establishment of the Office of the Board of National Health Insurance and the Provincial Health Insurance Offices. The Office of the Board of National Health Insurance is an agency under the administration of central government. Its missions are policy coordination, regulation of health care services standard, conflict management, negotiation, development and maintenance of management information system and controlling of health care expenditure. Each Provincial Health Insurance Office is an agency administered by the local government. It is responsible for purchasing the basic essential health care package for all citizens in each province.

The model has six important bases as follow:

- 1) It is a managerial system that has a clear-cut role of actors, those who are regulators, purchasers, health service providers, and consumers.
- 2) The model proposes that the organization system responsible for national health insurance should have a strategic apex unit. This strategic apex will act as the national health insurance policy formulation unit. The national health insurance policy should focus on universal coverage of health insurance as its objective. Furthermore, the various kinds of health insurance schemes should be carefully considered and selected in combination as alternatives for achieving that ultimate goal.
- 3) The model presents a compulsory insurance scheme. The national health insurance system should be a government-conduct social insurance system. Although the system consists of both public and private plans, which thus offers alternatives to the consumers, but insurance is still compulsory. The public sector provides a basic essential health care package for all Thai citizens, but each of them has a choice to buy additional health care package from private insurance plan.
- 4) The national health insurance system has two mains health care concepts: area-based health care concept and individual-based health care concept.

- 5) The Provincial Health Insurance Offices governed by the local government are key actors. They are responsible for insuring basic essential health care package for each individual in their provinces.
- 6) The community can participate in this insurance system. At the initial step, the participation of community funds should be operated as a pilot project in some areas, then it will be gradually expanded to other areas.

Third, this research recommends some pragmatic measures for implementing the model as follow:

- 1) An adhoc working group should be established. It is responsible for studying the basics of an essential health care package such as what kind of health care services should be included in the package and how much each service should cost.
- 2) Political parties should be encouraged to include national health insurance policy on their platforms.
- 3) Since the proposed system is a tax-financed health insurance system, a study of tax reformation should be conducted. The study should find out the appropriate kinds of tax to use as financing sources for universal health coverage in Thailand.
- 4) The central government has to adopt the royal decree to establish the Office of the Board of National Health Insurance and the Provincial Health Insurance Offices.
- 5) Public hearings about universal coverage health insurance for Thai citizens should be conducted in order to gain support.
- 6) Some existing health insurance schemes have to be terminated after the new system starts. Those schemes are the Voluntary Health Care Scheme, the Low Income Card Scheme, the Regulation of Ministry of Public Health regarding health care services for some selected groups who work for public service, and the Protection of Car Accidental Victims Act B.E. 2535.

บทคัดย่อ

ชื่อโครงการวิจัย : การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อวิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพ อันเนื่องมาจากการขาดทิศทางและเอกภาพของนโยบายระดับชาติ 2) เสนอตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคมอย่างครบถ้วน และ 3) เสนอมาตรการที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงนโยบาย กฎหมาย องค์กร และ แผนงานเพื่อรองรับการนำตัวแบบการประสานนโยบาย และการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียดเพียงพอที่จะใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายได้

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อแสวงหาสารสนเทศที่จำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย การประกันสุขภาพนำเสนอเป็นทางเลือกต่อผู้กำหนดนโยบาย และเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ โดยการศึกษาวิจัยจะเน้นผลลัพธ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การศึกษาใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณธรรมเป็นหลัก โดยศึกษาจากเอกสารตลอดจนการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุม การระดมความคิดร่วมกับที่ปรึกษา การสัมภาษณ์เจาะลึก การทำกลุ่มสนทนา การจัดประชุมระดมสมอง และการสัมมนาสาธารณะ นอกจากนี้ยังใช้การวิจัยเชิงปริมาณบางส่วนในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่แจกหลังการทำกลุ่มสนทนาประกอบด้วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยประชากรจาก 4 กลุ่ม คือ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และผู้นำองค์กรชุมชน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงร่วมกับแบบกอนหิมะ

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งข้อมูลส่วนที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่เอกสารต่าง ๆ เช่น ตำรา บทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย รายงานผลการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังมีการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การประชุมเพื่อระดมความคิด การทำกลุ่มสนทนา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจะถูกนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ โดยวิธีการทั้งเชิงคุณภาพและวิธีการเชิงปริมาณ

ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัญหาของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน

1.1 การรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ในเรื่องกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังอยู่ในขอบเขตจำกัด

1.2 มีปัญหาในด้านการครอบคลุมบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัญหาการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีหลักประกันสุขภาพรองรับอยู่แล้ว และมีกลุ่มประชาชนที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการสุขภาพ

1.3 มีปัญหาในเรื่องความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับ

2. งานวิจัยได้เสนอตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพตามแผนภูมิ 4.2 (หน้า 82) สาระสำคัญของตัวแบบเสนอให้มีสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ประสานนโยบาย ควบคุมมาตรฐานการรักษายาบาล บริหารความขัดแย้ง เปรียบเทียบราคา พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเสนอให้จัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้มีหน้าที่โดยตรงในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในจังหวัดให้ได้รับบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น

ตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีสาระสำคัญโดยสรุป ดังต่อไปนี้

2.1 เป็นระบบการจัดการซึ่งมีการแบ่งแยกหน้าที่ต่าง ๆ จากกันชัดเจนว่าใครเป็นผู้ทำหน้าที่ควบคุมระบบ (regulator) ใครทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการให้ประชาชน (purchasers) ใครทำหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ (providers) และใครเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพ (consumers)

2.2 เป็นระบบที่มีเอกภาพด้านนโยบาย แต่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ

2.3 เป็นระบบประกันสุขภาพในลักษณะกึ่งรัฐสวัสดิการ กล่าวคือ ใช้เงินจากระบบภาษีเพื่อจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคน โดยที่ประชาชนแต่ละคนสามารถซื้อบริการสุขภาพเสริมจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติมได้

2.4 เป็นระบบประกันสุขภาพที่ยึดแนวความคิดการดูแลประชาชนตามพื้นที่ ควบคู่กับการดูแลประชาชนแต่ละคน

2.5 เป็นระบบประกันสุขภาพซึ่งหน่วยงานปกครองท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเป็นผู้ประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคนในจังหวัด โดยได้รับความช่วยเหลือเงินงบประมาณบางส่วนจากรัฐบาลกลาง

2.6 เป็นระบบประกันสุขภาพซึ่งเปิดโอกาสให้กองทุนชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยดำเนินโครงการทดลองในระยะเริ่มแรก และค่อย ๆ ขยายผลไปในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

3. งานวิจัยได้นำเสนอมาตรการที่เหมาะสมในการนำตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

3.1 ตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นว่าควรมีบริการที่จำเป็นอะไรบ้าง และค่าบริการต่อหน่วยควรเป็นเท่าใด

3.2 ผลักดันให้พรรคการเมืองบรรจุนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายของพรรคการเมือง และเป็นนโยบายของรัฐบาล

3.3 ศึกษาแบบโครงสร้างภาษีทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เพื่อหาว่าภาษีส่วนใดซึ่งจะสามารถนำมาใช้เป็นรายจ่ายด้านการประกันสุขภาพได้

3.4 เสนอร่างพระราชกฤษฎีกาเพื่อจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด

3.5 จัดทำประชาพิจารณ์เพื่อขยายแนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้มีแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ มากขึ้น

3.6 ยุบเลิกโครงการ สปร., บัตรประกันสุขภาพ (สมัครใจ), พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 เมื่อมีการกำหนดบริการ สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคนเสร็จเรียบร้อยแล้วก็นำมาบังคับใช้แล้ว

สารบัญ

บทที่	หน้า
1. ความเป็นมาและวัตถุประสงค์การวิจัย	1
1. เหตุผลและความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ	1
1.1 ความต้องการใช้บริการในสถานบริการลดน้อยลง	1
1.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพลดน้อยลง	3
1.3 ผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจต่อสุขภาพของประชาชน	9
1.3.1 วิฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2521 และพ.ศ. 2526	9
1.3.2 ช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่กับการก่อปัญหาด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2531 - 2540)	13
2. ปัญหาการจัดการระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน	28
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	31
2. การทบทวนวรรณกรรม	32
1. วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	32
2. แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิผล	33
3. การจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน	46
3. ระเบียบวิธีวิจัย	49
1. แนวทางการศึกษาวิจัย	49
2. กรอบแนวคิดของการศึกษา	49
3. ประชากรเป้าหมายและการสุ่มตัวอย่าง	52
4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	53
5. การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงาน	55
6. การนำเสนอผลงานวิจัย	55
4. ผลการศึกษา	56
1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	56
2. ประเด็นปัญหาของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน	58
2.1 การกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	58
2.2 ปัญหาการครอบคลุมบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน	64
1) ความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพ ที่มีอยู่ในระบบปัจจุบัน	66
2) การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลักประกันสุขภาพรองรับอยู่แล้ว	68
3) กลุ่มประชาชนที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ปัจจุบัน	69

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.3 ปัญหาความ เสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน	70
3. ตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั่วหน้า	73
3.1 ข้อวิพากษ์ตัวแบบระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน	73
3.2 ข้อวิพากษ์ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อเสนอของโครงการวิจัย	78
4. มาตรการที่เหมาะสมในการนำตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ	90
5. สรุปความ	91
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ	93
บรรณานุกรม	97

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1	จำนวนร้อยละของโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนเข้าร่วมเป็นสถานบริการสุขภาพ กับกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2534-2542	2
1.2	รายจ่ายด้านสุขภาพ (ราคาปัจจุบัน) พ.ศ. 2523-2541	5
1.3	ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (คิดราคา พ.ศ. 2531) จำแนกตามแหล่งรายจ่าย พ.ศ. 2523-2541	6
1.4	รายจ่ายด้านสุขภาพและยาของประเทศไทยเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวม ในประเทศ (GDP) ปี พ.ศ. 2523-2541	7
1.5	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ณ ราคาปัจจุบันและราคาที่แท้จริง	8
1.6	จำนวนแพทย์ เต็ม และโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2542	10
1.7	การกระจายของสถานื่อนามัยจำแนกตามภาคปี พ.ศ. 2522, 2530, 2539, 2540 และ 2541	11
1.8	รายจ่ายค่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ปี พ.ศ. 2533-2542	16
1.9	จำนวนและร้อยละของแพทย์จำแนกตามหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2514-2540	17
1.10	จำนวนและร้อยละเตียงผู้ป่วยจำแนกตามหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2516-2540	18
1.11	จำนวนเตียงและอัตราการครองเตียง จำแนกตามหน่วยงานทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2538-2540	19
1.12	รูปแบบพฤติกรรมของประชาชนด้านการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ)	20
1.13	รูปแบบรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน (บาท/เดือน) ปี พ.ศ. 2524-2541	21
1.14	สัดส่วนเครื่อง CT Scanners (ต่อประชากร 1 ล้านคน) ในประเทศพัฒนาแล้วใน ปี พ.ศ. 2531 เปรียบเทียบกับในประเทศไทยและในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2531 และ 2538	22
1.15	จำนวนและร้อยละการสูญเสียแพทย์เปรียบเทียบกับที่ขอลับเข้ารับราชการใหม่, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2537-2541	27
1.16	สถานะการประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541	29
1.17	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ยากจนและ ผู้ด้อยโอกาสโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ. 2522-2543	30
ตารางที่ 4.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงจำแนกตามตำแหน่งและระดับการศึกษา	57
4.2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้นำชุมชนจำแนกตามตำแหน่งและระดับการศึกษา	57

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

4.3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขจำแนกตามหน่วยงานและ การศึกษา	58
4.4 แสดงคำร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุความคิดเห็นต่อความหมายของคำว่า "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"	63
4.5 แสดงคำร้อยละของกลุ่มตัวอย่างซึ่งระบุกลุ่มประชาชนที่เห็นว่าควรจัดให้มี หลักประกันสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	64
4.6 การครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2542	65
4.7 ความเสมอภาคของการได้รับบริการสุขภาพของคนไทย	71
4.8 ความเป็นธรรมในการรับบริการสุขภาพของคนไทย	72
4.9 ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้บริหารสถาน บริการสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ต่อการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ	78

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1.1	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาครัฐและเอกชน ปี พ.ศ. 2523-2541	4
1.2	อัตราทารกแรกเกิดตายในประเทศไทย พ.ศ. 2507-2557	12
1.3	อัตราการดาตาย (ต่อเกิดมีชีพ 100,000 คน) ในประเทศไทย พ.ศ. 2505-2540	12
1.4	แสดงภาวะสุขภาพดีแต่ต้นทุนต่ำกับภาวะต้นทุนสูงแต่สุขภาพแย่	13
1.5	งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ (ราคาปัจจุบัน) และสัดส่วนของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต่องบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2512-2543	14
1.6	อัตราการเพิ่มของรายจ่ายที่แท้จริงด้านสุขภาพและยา และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ปี พ.ศ. 2531-2541 (2531 Price = 100)	15
1.7	ร้อยละยาที่ผลิตในประเทศไทยและยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ ปี พ.ศ. 2536-2541	23
1.8	ร้อยละแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์ทั่วไป ปี พ.ศ. 2514-2541	24
1.9	อัตราการร้องเรียนของผู้ป่วยต่อแพทย์สภา ปี พ.ศ. 2518-2541	25
1.10	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2522-2540	26
แผนภูมิที่ 2.1	แนวคิดการกำหนดกรอบค่านิยมขององค์การที่มีประสิทธิผล	39
2.2	แรงดึงของส่วนต่าง ๆ ในระบบองค์การตามแนวคิดของ Mintzberg	45
2.3	การจัดระบบองค์การในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน	46
แผนภูมิที่ 3.1	กรอบแนวคิดเพื่อปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	50
แผนภูมิที่ 4.1	แสดงความซับซ้อนของการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน	67
4.2	ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งปรับปรุงตามคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่าง	82
4.3	แสดงขนาดของส่วนต่าง ๆ ในเชิงสัมพัทธ์ ของระบบการจัดองค์การเพื่อรองรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	86

การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการ ประกันสุขภาพในประเทศไทย

(REFORMATION OF HEALTH INSURANCE MANAGEMENT IN THAILAND)

ผศ. ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

คณะรัฐประศาสนศาสตร์

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

30 มีนาคม 2544

บทที่ 1

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์การวิจัย

ในบทนี้จะนำเสนอสาระสำคัญใน 3 ประการคือ 1) เหตุผลและความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ 2) ปัญหาการจัดการระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน และ 3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

สถิติล่าสุดซึ่งแสดงถึงสถานะสุขภาพของคนไทยปรากฏอยู่ในรายงานสถานะสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2540-2541 (MPH 2000) ซึ่งสรุปสภาวะสุขภาพของคนไทยภายใต้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (พ.ศ. 2540 - ปัจจุบัน) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ความต้องการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพลดน้อยลง

ในภาพรวมวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนไทยไม่รุนแรงมากนัก ทั้งนี้เพราะรายได้เฉลี่ยต่อหัวของคนไทยในปี 2539 ซึ่งเป็นปีก่อนเกิดวิกฤตสูงกว่า 70,000 บาท ซึ่งค่อนข้างสูงอยู่ในระดับที่สูงกว่าจุดผลได้ที่เสื่อมลง (Point of Diminishing Return)¹ แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะในกลุ่มคนยากจนหรือกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 หลังเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ คนกลุ่มนี้มีรายได้ต่ำกว่าเส้นระดับความยากจน ซึ่งอยู่ต่ำกว่าระดับจุดผลได้ที่เสื่อมลง

ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นส่งผลให้รายได้ของประชาชนลดลง สภาพคล่องในระบบเศรษฐกิจหายไป กำลังซื้อของประชาชนลดลง ส่งผลให้รายได้ย้อนกลับไปสู่ภาครัฐ (รวมรัฐวิสาหกิจ) ลดลงด้วย เมื่อกำลังซื้อของประชาชนลดลง การใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนก็ลดน้อยลงด้วยส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ มีรายได้น้อยลง ในขณะที่แบกรับภาระหนี้สินที่กู้ยืมมาจากต่างประเทศจำนวนมาก อันเนื่องมาจากการลดค่าเงินบาท ทำให้อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างเงินบาทกับเงินตราต่างประเทศเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากการสำรวจของกองการประกอบโรคศิลป์ ในปี พ.ศ. 2540 พบว่าหนี้สินซึ่งโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ต้องแบกรับภาระเพิ่มขึ้นจากการลดค่าเงินบาทสูงถึง 10,000 ล้านบาท ซึ่งถ้าสำรวจครบทุกแห่งตัวเลขจะ

โดยทั่วไปสถานะสุขภาพ (Health Status) มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ (Economic Condition) เช่น รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อเรามีรายได้สูงขึ้น สุขภาพของเราจะดีขึ้น แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีข้อจำกัดตามกฎผลเสื่อมในทางเศรษฐศาสตร์ (The Law of Diminishing Returns) กล่าวคือ สุขภาพของเราจะดีขึ้นเมื่อรายได้ของเราสูงขึ้นก็จริง แต่เมื่อรายได้ของเราสูงขึ้นถึงระดับหนึ่งแล้วและแม้ว่ารายได้ของเราจะยังคงสูงขึ้นอีกต่อไป ก็จะไม่ส่งผลทำให้สุขภาพดีมากขึ้นไปได้อีก ดังนั้น คนรวยมาก ๆ สุดท้ายก็ยังคงต้องป่วยและเสียชีวิตไปในที่สุด

ในทางตรงกันข้าม การที่เรามีรายได้ลดลง สุขภาพของเราจะแย่ลงหรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับรายได้เดิมก่อนที่จะลดลง กล่าวคือ ถ้าระดับรายได้เดิมของเราค่อนข้างสูงการมีระดับรายได้ลดลงบ้างก็ยังไม่ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ ยกเว้นรายได้จะลดลงต่ำกว่าจุดผลที่ได้รับเสื่อมลง (Point of Diminishing Return) จึงจะส่งผลให้สถานะสุขภาพของเราเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว แต่ถ้าระดับรายได้เดิมของเราต่ำอยู่แล้ว ต่อมารายได้ของเรายังคงลดลงอีก จะส่งผลกระทบทำให้สุขภาพเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

เพิ่มสูงขึ้นมาก โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งจึงต้องปิดกิจการ ที่ยังดำเนินการอยู่ก็ต้องลดพื้นที่การให้บริการลง ซึ่งคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2543-2544 จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลเอกชนจะลดลงประมาณ 1/3 ของที่เปิดบริการอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งการเลิกจ้างพนักงานอีกจำนวนมาก

การดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนใหญ่ ๆ หลายแห่งตกอยู่ในสภาพหนี้เสียที่ไม่สามารถชำระคืนได้ (Non - Performing Loans - NPL) ดังนั้น โรงพยาบาลเอกชนจึงลงทะเบียนเข้าร่วมเป็นสถานบริการสุขภาพของกองทุนประกันสังคมเพิ่มมากขึ้น (ดูตาราง 1.1) นอกจากนี้ยังมีการปรับกลยุทธ์ด้านการตลาดใหม่ เน้นการขายบริการในลักษณะชุดของการให้บริการ และปรับเปลี่ยนการใช้ยาจากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง หันกลับมาใช้ยาในบัญชียาหลักเพิ่มมากขึ้น

ตาราง 1.1 : จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนเข้าร่วมเป็นสถานบริการสุขภาพกับ
กองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2534 - 2542

หน่วย: แห่ง

ปี พ.ศ.	สถานบริการสุขภาพหลัก					สถานบริการสุขภาพเครือข่าย				
	รัฐบาล		เอกชน		รวม ทั้งหมด	รัฐบาล		เอกชน		รวม ทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2534	119	86.9	18	13.1	137	-	-	-	-	-
2535	118	81.4	27	18.6	145	838	92.4	69	7.6	907
2536	119	76.3	37	23.7	156	748	89.2	91	10.8	839
2537	122	68.9	55	31.1	177	1,019	78.7	275	21.3	1,294
2538	126	66.7	63	33.3	189	1,206	69.2	537	30.8	1,743
2539	126	63.6	72	36.4	198	1,210	42.6	1,629	57.4	2,839
2540	127	64.8	69	35.2	196	1,340	46.9	1,517	53.1	2,857
2541	127	62.0	78	38.0	205	1,263	56.0	994	44.0	2,257*
2542	128	55.2	104	44.8	232	1,511	39.7	2,294	60.3	3,805

แหล่งข้อมูล : 1. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

หมายเหตุ : 1. ตารางนี้ดัดแปลงมาจาก ตาราง 8.1 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998

ของกระทรวงสาธารณสุข

2. * ข้อมูลไม่ครบถ้วน

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนลดลงถึงร้อยละ 20-70 ในขณะที่ประชาชนหันมาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้น ทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าการขอรับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่แผนกผู้

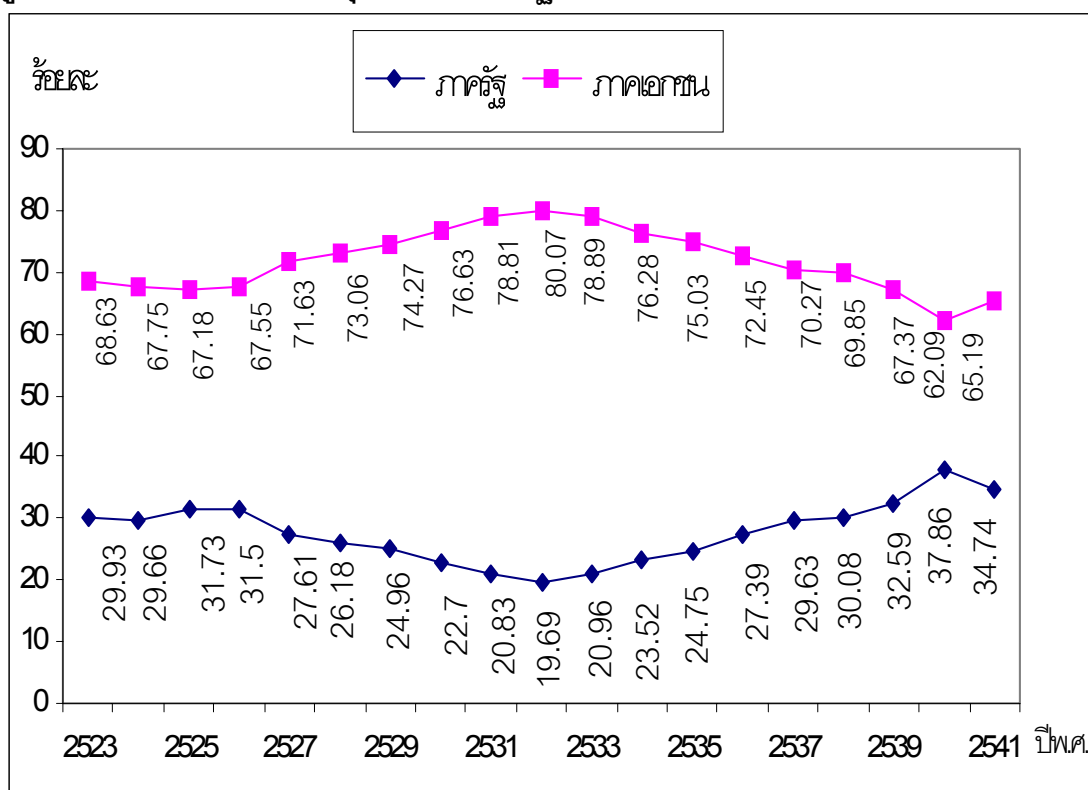
ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.5 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2541 และผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี 2541 แต่ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง สำหรับประชาชนที่มีรายได้ไม่เพียงพอที่จะซื้อบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน จะหันไปเลือกซื้อวิธีชื้อยาจากร้านขายยาเพื่อรักษาตนเอง

กล่าวโดยสรุป ประชาชนหันมาเลือกซื้อวิธีชื้อยารักษาตนเองมากขึ้น และถ้าจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลจริง ๆ ก็จะใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าจะใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน

1.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพลดน้อยลง

ในขณะที่อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.07 ในปี พ.ศ. 2541 ยิ่งลดต่ำลงไปมากกว่าอีก คือ อัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดลดต่ำลงถึงร้อยละ -5.02 ซึ่งเป็นตัวเลขต่ำสุดที่เคยเป็นมา เมื่อพิจารณาลงไปในระยะเยียดพบว่าค่าใช้จ่ายภาครัฐลดลงมากกว่าค่าใช้จ่ายของภาคเอกชน (ดูตารางที่ 1.2, 1.3 และ 1.4 และแผนภูมิที่ 1.1)

แผนภูมิ 1.1 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาครัฐและเอกชน ปี พ.ศ. 2523 - 2541



แหล่งข้อมูล จากตาราง 1.2

หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 5.28 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.2 ใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ราคาปัจจุบัน) พ.ศ. 2523 - 2541

หน่วย : ล้านบาท

ปี	ภาครัฐ								ภาคเอกชน				เงินช่วยเหลือ จากต่างประเทศ		รายจ่าย ด้าน สุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่าย สุขภาพ ต่อหัว	ร้อยละ ของ GDP
	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่น ๆ	สวัสดิการ ข้าราชการ	สวัสดิการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	กองทุน เงิน ทดแทน	ประกัน สังคม	รวม	ร้อยละ	ประกัน สุขภาพ เอกชน	ครัวเรือน	รวม	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
2523	4,495	2,210	660	111	100	-	7,576	29.93	224	17,150	17,374	68.63	365	1.44	25,315	544.94	3.82
2524	5,572	2,535	995	167	149	-	9,418	29.66	284	21,229	21,513	67.75	824	2.59	31,755	668.70	4.18
2525	6,652	2,838	1,219	204	153	-	11,066	31.73	318	23,109	23,427	67.18	380	1.09	34,873	719.16	4.28
2526	7,902	3,134	1,482	248	205	-	12,971	31.50	350	27,469	27,819	67.55	391	0.95	41,181	832.63	4.47
2527	8,618	3,467	1,791	300	250	-	14,426	27.61	469	36,951	37,420	71.63	395	0.76	52,241	1,036.61	5.29
2528	9,044	3,716	2,157	362	236	-	15,515	26.18	547	42,751	43,298	73.06	452	0.76	59,265	1,146.75	5.61
2529	9,275	3,965	2,594	435	221	-	16,490	24.96	630	48,432	49,062	74.27	508	0.77	66,060	1,254.78	5.83
2530	9,525	4,082	2,828	474	274	-	17,183	22.70	756	57,258	58,014	76.63	507	0.67	75,704	1,439.10	5.82
2531	10,373	4,338	3,156	529	347	-	18,743	20.83	951	69,955	70,906	78.81	319	0.35	89,968	1,649.70	5.77
2532	11,733	4,448	3,521	590	397	-	20,689	19.69	1,162	82,988	84,150	80.07	252	0.24	105,091	1,895.31	5.66
2533	16,225	4,558	4,316	723	443	-	26,265	20.96	1,403	97,450	98,853	78.89	184	0.15	125,302	2,224.04	5.74
2534	20,569	4,699	5,127	859	624	778	32,656	23.52	1,544	104,348	105,892	76.28	270	0.19	138,818	2,449.93	5.54
2535	24,604	4,840	5,854	981	753	2,057	39,089	24.75	1,775	116,745	118,520	75.03	356	0.23	157,965	2,753.20	5.58
2536	32,898	4,928	7,906	1,291	927	2,473	50,423	27.39	2,061	131,297	133,358	72.45	281	0.15	184,062	3,141.85	5.81
2537	39,319	5,016	9,954	1,668	1,169	3,773	60,899	29.63	2,309	142,097	144,406	70.27	206	0.10	205,511	3,500.10	5.66
2538	45,833	5,106	11,156	1,869	1,370	3,991	69,325	30.08	2,586	158,371	160,957	69.85	151	0.07	230,433	3,887.33	5.50
2539	55,861	5,198	13,587	2,277	1,610	6,239	84,772	32.59	2,896	172,360	175,256	67.37	111	0.04	260,139	4,350.85	5.66
2540	68,934	5,292	15,503	2,598	1,987	10,245	104,559	37.86	3,245	168,211	171,456	62.09	122	0.04	276,137	4,540.52	5.91
2541	65,065	4,996	16,440	2,755	1,630	7,637	98,523	34.74	3,633	181,237	184,870	65.19	183	0.06	283,576	4,662.83	6.21

แหล่งข้อมูล

1. คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, Thailand National Income 1951-1998
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, Suffering and Causes in the Health System, 1996
3. Charles Myers. Financing Health Services and Medical Care in Thailand, 1985.

หมายเหตุ

ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.32 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.3 ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (คิดราคา ณ พ.ศ. 2531) จำแนกตามแหล่งรายจ่าย พ.ศ. 2523 - 2541

แหล่งรายจ่าย	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
1. ภาครัฐ																			
กระทรวงสาธารณสุข	17.76	17.55	19.07	19.19	16.50	15.26	14.04	12.58	11.53	11.16	12.95	14.82	15.58	17.87	19.13	19.89	21.47	24.96	22.94
กระทรวงอื่น ๆ	8.73	7.98	8.14	7.61	6.64	6.27	6.00	5.39	4.82	4.23	3.64	3.39	3.06	2.68	2.44	2.22	2.00	1.92	1.76
สวัสดิการข้าราชการ	2.61	3.13	3.50	3.60	3.43	3.64	3.93	3.74	3.51	3.35	3.44	3.69	3.71	4.30	4.84	4.84	5.22	5.61	5.80
สวัสดิการพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	0.44	0.53	0.58	0.60	0.57	0.61	0.66	0.63	0.59	0.56	0.58	0.62	0.62	0.70	0.81	0.81	0.88	0.94	0.97
กองทุนเงินทดแทน	0.40	0.47	0.44	0.50	0.48	0.40	0.33	0.36	0.39	0.38	0.35	0.45	0.48	0.50	0.57	0.59	0.62	0.72	0.57
ประกันสังคม	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56	1.30	1.34	1.84	1.73	2.40	3.71	2.69
รวม	29.93	29.66	31.73	31.50	27.61	26.18	24.96	22.70	20.83	19.69	20.96	23.52	24.75	27.39	29.63	30.08	32.59	37.86	34.74
2. ภาคเอกชน																			
ประกันสุขภาพเอกชน	0.88	0.89	0.91	0.85	0.90	0.92	0.95	1.00	1.06	1.11	1.12	1.11	1.12	1.12	1.12	1.12	1.11	1.18	1.28
ครัวเรือน	67.75	66.85	66.27	66.7	70.73	72.14	73.32	75.63	77.76	78.97	77.77	75.17	73.91	71.33	69.14	68.73	66.26	60.29	63.91
รวม	68.63	67.75	67.18	67.55	71.63	73.06	74.27	76.63	78.81	80.07	78.89	76.28	75.03	72.45	70.27	69.85	67.37	62.09	65.19
3. อื่น ๆ																			
เงินช่วยเหลือจาก ต่างประเทศ (ร้อยละ)	1.44	2.59	1.09	0.95	0.76	0.76	0.77	0.67	0.35	0.24	0.15	0.19	0.23	0.15	0.1	0.07	0.04	0.04	0.06
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	99.99	100.00	100.00	99.99	100.00	99.99	100.00	100.00	100.00	99.99	99.99
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (ล้านบาท)	34,916	40,415	43,646	48,131	60,187	66,824	73,275	80,184	89,968	99,033	111,635	116,955	127,368	143,634	152,546	161,354	175,096	175,214	166,418
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)	-	15.75	7.99	10.28	25.05	11.03	9.65	9.43	12.20	10.08	12.73	4.77	8.90	12.77	6.20	5.77	8.52	0.07	-5.02
ร้อยละของ GDP	3.82	4.18	4.28	4.47	5.29	5.61	5.83	5.82	5.77	5.66	5.74	5.54	5.58	5.81	5.66	5.50	5.66	5.91	6.21
ประชากร (ล้านคน)	46.45	47.49	48.49	49.46	50.40	51.68	52.65	52.61	54.54	55.45	56.34	56.66	57.37	58.58	58.72	59.28	59.79	60.82	60.82
รายจ่ายต่อหัว (บาท)	752	851	900	973	1,194	1,293	1,392	1,524	1,650	1,786	1,981	2,064	2,220	2,452	2,598	2,722	2,929	2,881	2,736
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)	-	13.21	5.77	8.11	22.72	8.28	7.63	9.51	8.23	8.27	10.94	4.17	7.56	10.44	5.95	4.77	7.59	-1.63	-5.02

หมายเหตุ

ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.33 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.4 รายจ่ายด้านสุขภาพและยาของประเทศไทยเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ปีพ.ศ. 2523 - 2541

หน่วย : ล้านบาท

ปี	GDP			รายจ่ายสุขภาพ				รายจ่ายยา				
	ราคาตลาด ณ ปัจจุบัน	ราคาปี 2531	%เปลี่ยนแปลง (ราคาปี 2541)	ราคาตลาด ณ ปัจจุบัน	ราคาปี 2531	%เปลี่ยนแปลง (ราคาปี 2541)	ร้อยละ ของ GDP	ราคาตลาด ณ ปัจจุบัน	ราคาปี 2531	%เปลี่ยนแปลง (ราคาปี 2541)	ร้อยละ ของ GDP	ร้อยละของ รายจ่าย สุขภาพ
2523	662,482	913,733	4.61	25,315	34,916	-	3.82	-	-	-	-	-
2524	760,356	967,706	5.91	31,755	40,415	15.75	4.18	-	-	-	-	-
2525	814,569	1,019,501	5.35	34,873	43,646	8.00	4.28	-	-	-	-	-
2526	920,989	1,076,432	5.58	41,181	48,131	10.28	4.47	16,686	19,502	-	1.81	40.52
2527	988,070	1,138,353	5.75	52,241	60,187	25.05	5.29	20,629	23,767	21.87	2.09	39.49
2528	1,056,496	1,191,255	4.65	59,265	66,824	11.03	5.61	26,317	29,674	24.85	2.49	44.41
2529	1,133,397	1,257,177	5.53	66,060	73,275	9.65	5.83	18,669	20,708	-30.21	1.65	28.26
2530	1,299,913	1,376,847	9.52	75,704	80,184	9.43	5.82	21,752	23,039	11.26	1.67	28.73
2531	1,559,804	1,559,804	13.29	89,968	89,968	12.20	5.77	26,674	26,674	15.78	1.71	29.65
2532	1,856,992	1,749,952	12.19	105,091	99,033	10.08	5.66	37,767	35,590	33.43	2.03	35.94
2533	2,183,545	1,945,372	11.23	125,302	111,635	12.72	5.74	35,369	31,511	-11.46	1.62	28.23
2534	2,506,635	2,111,862	8.56	138,818	116,955	4.77	5.54	39,464	33,249	5.51	1.57	28.43
2535	2,830,914	2,282,572	8.08	157,965	127,368	8.90	5.58	42,770	34,486	3.72	1.51	27.08
2536	3,170,258	2,473,937	8.38	184,062	143,634	12.77	5.81	42,368	33,062	-4.13	1.34	23.02
2537	3,630,805	2,695,054	8.94	205,511	152,546	6.20	5.66	52,823	39,209	18.59	1.45	25.70
2538	4,188,929	2,933,168	8.84	230,433	161,354	5.77	5.50	68,437	47,921	22.22	1.63	29.70
2539	4,598,288	3,095,041	5.52	260,139	175,096	8.52	5.66	81,440	54,816	14.39	1.77	31.31
2540	4,673,796	2,965,607	-4.18	276,137	175,214	0.07	5.91	92,728	58,838	7.34	1.98	33.58
2541	4,567,904	2,680,695	-9.61	283,576	166,418	-5.02	6.21	83,516	49,012	-16.70	1.83	29.45
เฉลี่ย			6.15				9.08				6.41	

หมายเหตุ

ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.34 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพของประชาชนลดต่ำลงอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2540 (ตาราง 1.5)

ตาราง 1.5 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ณ ราคาปัจจุบันและราคาที่แท้จริง

หน่วย : ล้านบาท

ปี	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข	เงินทุนหมุนเวียนบัตรสุขภาพ	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ราคาปัจจุบัน)	ดัชนีราคาผู้บริโภค (พ.ศ.2537=100)	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข		
					ราคาปี 2542	เปลี่ยนแปลงจากปีก่อน (ราคาปี 2542)	ร้อยละของงบประมาณของประเทศ
2535	24,640	-	-	-	-	-	-
2536	32,898	-	32,898	95.1	44,244	-	5.8
2537	39,319	-	39,319	100	50,289	+13.7	6.3
2538	45,103	730	45,833	105.8	55,406	+10.2	6.4
2539	55,236	625	55,861	112.0	63,791	+15.1	6.7
2540	66,544	1,030	67,574	118.2	73,120	+14.6	7.3
			(68,934)		(74,591)	(+16.9)	(6.7)
2541	62,625	1,080	63,705	127.8	63,755	-12.8	7.7
			(65,065)		(65,116)	(-12.7)	(6.0)
2542	57,171	960 ^e	58,131	127.9	58,131	-8.8	7.0
			(61,691)		(61,691)	(-5.2)	(5.9)
2543	58,426	2,400 ^e	60,826	131.7	59,071	+1.6	7.1
			(63,186)		(61,363)	(-0.5)	(NA)

แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

- หมายเหตุ
- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้รับเงินงบประมาณสำหรับบัตรสุขภาพ โดยเฉพาะซึ่งก่อนหน้านี้งบประมาณนี้จะถูกรวมอยู่ในงบประมาณรวมของกระทรวงฯ
 - เงินกองทุนบัตรสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2538-2542 คำนวณจากจำนวนบัตรที่ขายได้แต่สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 คำนวณจากภาพรวมของกองทุนทั้งหมด
 - "e" หมายถึง ตัวเลขประมาณการ
 - ตัวเลขในวงเล็บรวมเงินกู้จากสวีเดน เดนมาร์ก OECF ธนาคารโลก ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียและญี่ปุ่น (Miyazawa Plan) รวม 1,360 ล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2540, 1,360 ล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2541, 3,560 ล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 และ 2,360 ล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2543

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 6.3 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998

ของกระทรวงสาธารณสุข

การลดลงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะแรกจะยังไม่ส่งผลกระทบต่อคนจนและคนว่างงาน เพราะเป็นการลดลงในส่วนของงบลงทุน แต่ถ้าภาวะวิกฤตเศรษฐกิจยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องอีกระยะหนึ่ง งบดำเนินการก็จะลดลงด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคนจนและคนว่างงานอย่างแน่นอน

1.3 ผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจต่อสุขภาพของประชาชน

ในรอบระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยเคยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจที่สำคัญ 3 ครั้ง คือ วิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2521, 2526 และ 2540 วิกฤตการณ์ในแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนดังต่อไปนี้

1.3.1 วิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2521 และ พ.ศ. 2526 อันเนื่องมาจากน้ำมันขึ้นราคา

ในช่วงปี พ.ศ. 2521 และ พ.ศ. 2526 ประเทศไทยเผชิญปัญหาภาวะหนี้สินภาครัฐซึ่งกู้มาใช้จ่ายสูงมาก ประกอบกับน้ำมันในตลาดโลกขึ้นราคาส่งผลให้เกิดภาวะเงินเฟ้ออย่างรุนแรง ดอกเบี้ยเพิ่มสูงขึ้นและสภาพคล่องของเศรษฐกิจลดลง รัฐบาลของ ฯพณฯ พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ ได้ตัดสินใจลดค่าเงินบาทและขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ รัฐบาลประกาศใช้นโยบายงบประมาณสมดุลโดยตัดทอนงบประมาณค่าใช้จ่ายลงร้อยละ 5-10 ผลจากการตัดรายจ่ายงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องตัดทอนค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนลง และลดการผลิตบุคลากรลง

อย่างไรก็ตาม วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2521-2530 ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย ตรงกันข้ามช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่คนไทยมีภาวะสุขภาพดี ระบบบริการสุขภาพมีความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ด้วยปัจจัยหลายประการคือ

ช่วงเวลาดังกล่าว เป็นทศวรรษของการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเน้นความเสมอภาคในการให้บริการ, ค่าใช้จ่าย-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม, การดูแลและพึ่งพาตนเอง

ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นทศวรรษของการพัฒนาชนบทผสมผสานโดยใช้ความจำเป็นขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางในการพัฒนา

ทศวรรษดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอย่างได้ผลในเรื่อง การให้ภูมิคุ้มกันโรค, การวางแผนครอบครัว, อนามัยแม่และเด็ก, โภชนาการและการสุขภาพ

ทศวรรษดังกล่าว เป็นทศวรรษแห่งการขยายสถานบริการสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล โดยการปฏิรูปวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขด้วยการตัดทอนค่าใช้จ่ายการก่อสร้างและการซื้อเครื่องมือราคาแพงในโรงพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อนำงบประมาณดังกล่าวไปก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอและยกระดับสถานีผดุงครรภ์ขึ้นเป็นสถานีอนามัยประจำตำบลครบทุกตำบล

ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นระยะที่มีการประกาศใช้นโยบายยาแห่งชาติและบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งส่งผลให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีเหตุผลและประหยัดมากขึ้น

ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว ส่งผลดีต่อบริการสุขภาพดังนี้

1) มีการกระจายโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการและบุคลากรดีขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเคยแตกต่างกันถึง 21 เท่าในปี พ.ศ. 2520 และในช่วงปลายของรัฐบาล ฯพณฯ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้กำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีกรอบอัตรากำลังแพทย์รวมทั้งบุคลากรอื่นมากกว่า 1 คน (ดูตาราง 1.6 และ 1.7 และแผนภูมิ 1.10)

ตาราง 1.6 จำนวนแพทย์ เต็ม และโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างปี พ.ศ. 2520 - 2542

ปี	จำนวนโรงพยาบาลชุมชน						จำนวน เตียง	จำนวน แพทย์	หมอ/ เตียง	หมอ: โรงพยาบาล
	10 เตียง	30 เตียง	60 เตียง	90 เตียง	120 เตียง	รวม				
2520	254	-	-	-	-	254	2,540	N/A	N/A	N/A
2522	211	72	8	-	-	291	4,750	441	1:10.8	1.5
2524	215	83	15	-	-	313	5,540	580	1:9.6	1.8
2526	263	97	28	-	-	388	7,220	736	1:9.8	1.9
2528	325	109	40	6	-	480	9,460	1,162	1:8.1	2.4
2530	376	131	43	7	-	557	10,800	1,339	1:8.1	2.4
2532	377	131	46	7	-	561	11,090	1,549	1:7.1	2.8
2534	375	140	51	10	-	576	11,910	1,592	1:7.5	2.8
2536	344	224	65	12	5	650	15,740	1,766	1:8.9	2.7
2538	317	260	87	17	7	688	18,560	1,574	1:11.8	2.3
2539	368	302	97	21	7	695	20,290	1,653	1:12.3	2.4
2540	219	335	103	37	9	703	22,830	1,665	1:13.7	2.4
2541	142	397	112	46	9	706	26,830	1,758	1:15.3	2.5
2542	104	420	125	52	11	712	27,650	1,898	1:14.6	2.7

แหล่งข้อมูล กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.17 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998
ของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.7 การกระจายของสถานีอนามัยจำแนกตามภาคปี พ.ศ. 2522, 2530, 2539, 2540 และ 2541

ภาค	จำนวนสถานีอนามัยและสัดส่วนของสถานีอนามัยต่อประชากร				
	2522	2530	2539	2540	2541
ภาคกลาง	1,219 (1:7,781)	1,635 (1:4,729)	2,377 (1:3,654)	2,471 (1:3,554)	2,508 (1:3,554)
ภาคเหนือ	914 (1:10,748)	1,616 (1:4,775)	1,965 (1:4,412)	2,151 (1:4,103)	2,203 (1:4,070)
ภาคใต้	688 (1:8,230)	1,252 (1:3,821)	1,400 (1:3,839)	1,488 (1:3,653)	1,505 (1:3,657)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,277 (1:12,747)	2,489 (1:5,818)	3,100 (1:5,248)	3,367 (1:4,900)	3,398 (1:4,923)
สัดส่วนประชากรของ ภาคกลางเปรียบเทียบกับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.64	1:1.23	1:1.44	1:1.38	1:1.38
รวม	4,088 (1:10,064)	6,992 (1:4,964)	8,842 (1:4,411)	9,477 (1:4,173)	9,614 (1:4,172)

แหล่งข้อมูล กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.21 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998
ของกระทรวงสาธารณสุข

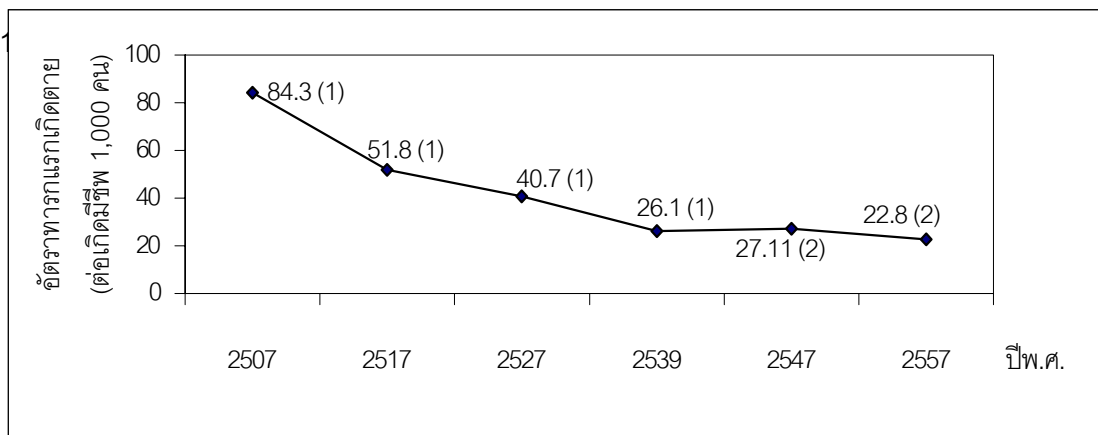
2) การครอบคลุมบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20-50 ในปี พ.ศ. 2520 เป็นร้อยละ 80-90 ในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งทำให้ลดอัตราการตายของเด็กทารกลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นที่เชื่อมั่นว่าได้กำจัดโรคโปลิโอหมดไปจากเมืองไทยแล้ว

การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมใช้ มีน้ำสะอาดบริโภค บริการส่งเสริมและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

3) สถานะสุขภาพโดยรวมของคนไทย ในช่วงทศวรรษดังกล่าวดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

อัตราการตายจากการคลอดบุตรลดลง 4 เท่า จาก 1.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2520 ลดลงเหลือเพียงแค่ 0.3 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2530 อัตราทารกแรกเกิดตายลดลงจาก 50 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพเหลือเพียง 32 ต่อ 1,000 (ดูแผนภูมิ 1.2 และ 1.3)

แผนภูมิ

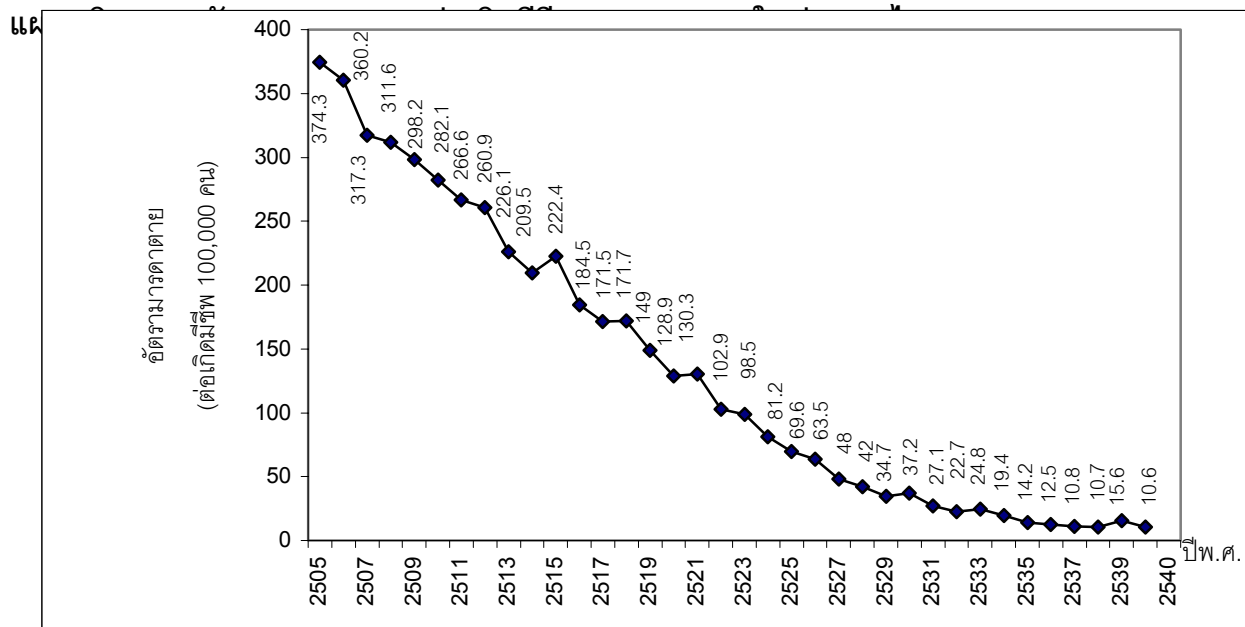


แหล่งข้อมูล

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ

แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 4.1 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข



แหล่งข้อมูล

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ

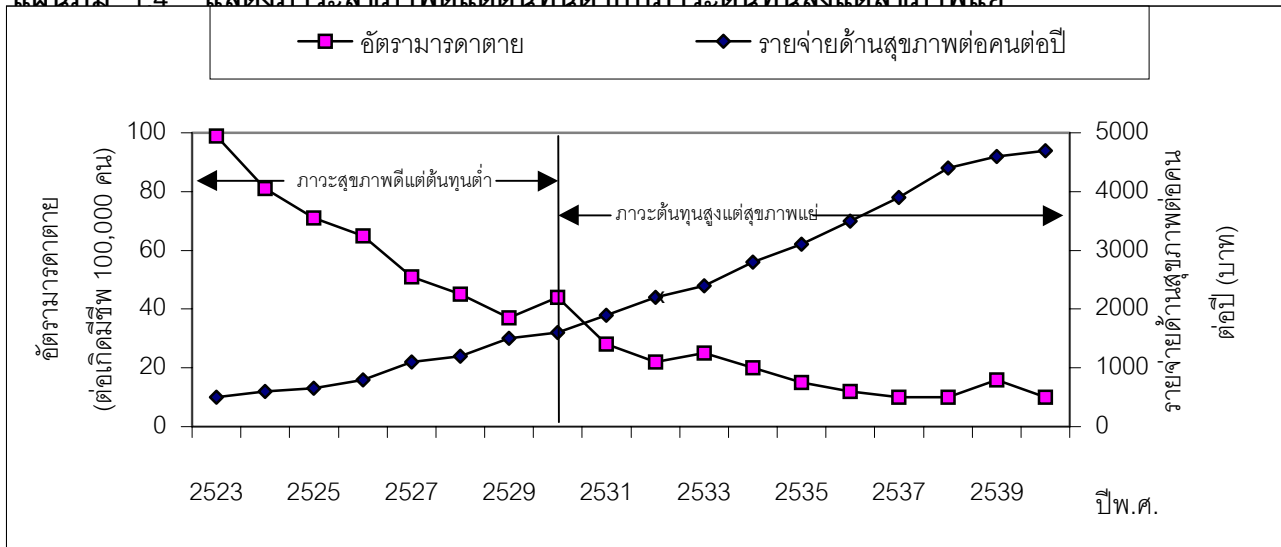
แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 4.3 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998

ของกระทรวงสาธารณสุข

การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคในโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค ก็ดำเนินการอย่างได้ผล เช่น โรคคอตีบ ไอกรณ และโปลิโอ นอกจากนี้การวางแผนครอบครัวและโภชนาการก็ดำเนินการได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี

กล่าวโดยสรุป ทศวรรษ 2520 ถึงแม้ว่าภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยไม่ดีนักแต่การดำเนินงานด้านสุขภาพนับว่าได้ผลค่อนข้างดี ถือว่าเป็นทศวรรษของการมีสภาวะสุขภาพที่ดีโดยใช้ต้นทุนต่ำ (แผนภูมิ 1.4)

แผนภูมิ 1.4 แสดงภาวะสุขภาพดีแต่ต้นทุนต่ำกับภาวะต้นทุนสูงแต่สุขภาพแย่



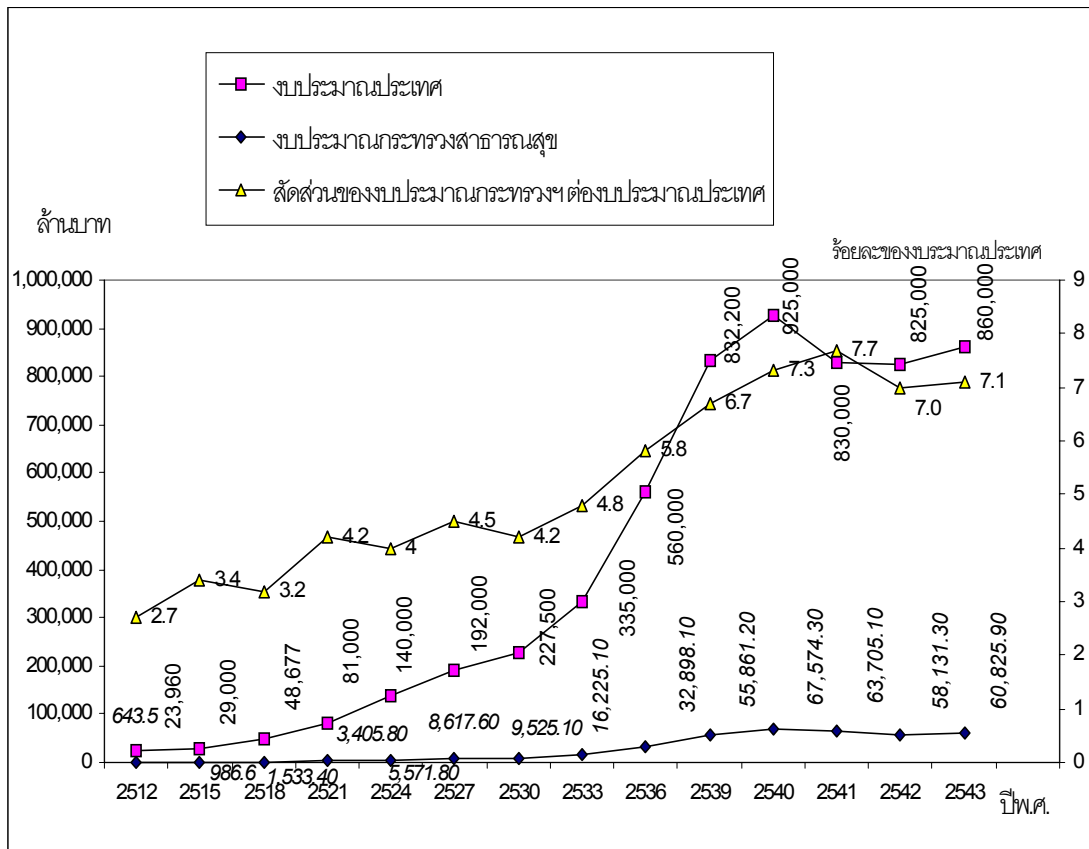
แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และตาราง 1.2

หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 8.4 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

1.3.2 ช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่กับการก่อปัญหาด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2531-2540)

ในระยะเศรษฐกิจฟองสบู่ระหว่างปี พ.ศ.2531-2540 ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเป็นตัวเลข 2 หลัก ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปี เป็นระยะเวลาที่รัฐบาลตั้งเป้าหมายว่าจะพัฒนาประเทศให้เป็นเสือตัวที่ 5 ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมใหม่ งบประมาณของรัฐขยายตัวอย่างมาก รัฐบาลใส่ใจกับปัญหาสังคมมากขึ้น งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ 10 ติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี (ตาราง 1.5) งบประมาณด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 4.2 ของทั้งประเทศในปี พ.ศ.2530 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2541 (แผนภูมิ 1.5)

แผนภูมิ 1.5 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ (ราคาปัจจุบัน) และสัดส่วนของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต่องบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2512 - 2543



แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงบประมาณ

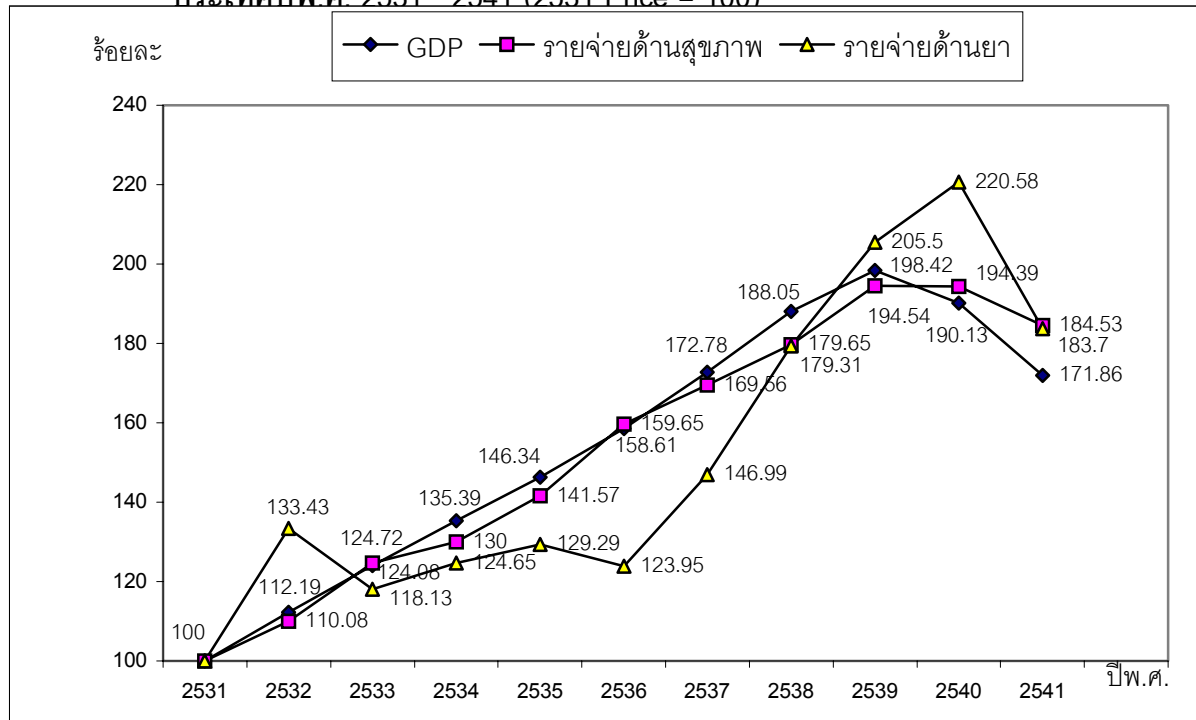
หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 6.6 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นที่น่าสนใจคือ งบประมาณด้านสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2540 ร้อยละ 38.7 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมดถูกนำไปใช้ด้านการก่อสร้าง การซื้อเครื่องมือแพทย์และการพัฒนาบุคลากร

ช่วงระยะเศรษฐกิจฟองสบู่ ถึงแม้ว่างบประมาณด้านสาธารณสุขมีการขยายตัวอย่างมาก แต่กลับก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขหลายประการ

โดยภาพรวมช่วงระยะเศรษฐกิจฟองสบู่งบประมาณด้านสาธารณสุขขยายตัวอย่างรวดเร็ว ปีละกว่าร้อยละ 10 เช่นเดียวกับการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีหลัง อัตราเพิ่มของงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นสูงกว่าอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (ดูแผนภูมิ 1.6 และตาราง 1.2, 1.3 และ 1.4)

แผนภูมิ 1.6 อัตราการเพิ่มของรายจ่ายที่แท้จริงด้านสุขภาพและยา และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศปีพ.ศ. 2531 - 2541 (2531 Price = 100)



แหล่งข้อมูล จากตาราง 3.42 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998

หมายเหตุ

1. เพื่อการเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของปี พ.ศ. 2531 กำหนดให้เท่ากับ 100%
2. แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 3.39 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาของข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นจาก 4,316 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2533 เป็น 15,503 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นถึง 7 เท่าตัว ในระยะเวลา 7 ปี (ตาราง 1.8)

ตาราง 1.8 รายจ่ายค่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ปี พ.ศ. 2533-2542

ปีงบประมาณ พ.ศ.	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)
2533	4,316	-
2534	5,127	18.79
2535	5,964	16.33
2536	7,707	29.23
2537	9,954	29.16
2538	11,156	12.08
2539	13,587	21.79
2540	15,503	14.14
2541	16,440	6.04
2542	15,146	-7.87

แหล่งข้อมูล กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 8.2 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998
ของกระทรวงสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีการใช้ยาที่มีราคาแพง มีการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาที่เกินความจำเป็น และมีปัญหาข้อขัดในการคิดค่ารักษายาบาลแพงกว่าความเป็นจริง ซึ่งกรณีดังกล่าวมักเกิดขึ้นในสถานบริการของเอกชน

ช่วงเวลาระหว่าง พ.ศ. 2531-2540 เป็นระยะเวลาที่โรงพยาบาลเอกชนขยายตัวอย่างมาก กล่าวคือขยายจากจำนวนเตียงที่มีอยู่ทั้งหมด 9,974 เตียง และแพทย์จำนวน 1,094 คน ในปี พ.ศ. 2530 เป็นจำนวนเตียง 29,945 เตียง และแพทย์จำนวน 3,244 คน ในปี พ.ศ. 2540 ขยายเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าตัวในระยะเวลา 10 ปี ถ้าคิดเป็นสัดส่วนของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนต่อจำนวนเตียงที่มีอยู่ทั้งหมดในภาครัฐและเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 22.6 ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนต่อแพทย์ทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 19.6 ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน (ดูตาราง 1.9 และ 1.10)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนจะขยายจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมากแต่มีอัตราการครองเตียงเพียงแค่อ้อยู่ 40 เท่านั้น (ดูตาราง 1.11) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเตียงเกินกว่า

ตาราง 1.9 จำนวนและร้อยละของแพทย์จำแนกตามหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2514-2540

ปี	จำนวนและร้อยละ					
	กท.สาธารณสุข	กท.อื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานท้องถิ่น	ภาคเอกชน	รวม
2514	1,515 (37.1)	1,832 (44.8)	123 (3.0)	341 (8.3)	274 (6.7)	4,085
2516	1,678 (36.4)	2,039 (44.2)	147 (3.2)	357 (7.7)	386 (8.4)	4,607
2518	1,922 (38.4)	2,068 (41.3)	143 (2.8)	452 (9.0)	420 (8.4)	5,005
2520	2,198 (38.0)	2,575 (44.5)	147 (2.5)	344 (5.9)	526 (9.1)	5,790
2522	2,510 (37.9)	2,768 (41.8)	168 (2.5)	433 (6.5)	740 (11.2)	6,619
2524	2,987 (43.1)	2,667 (38.5)	175 (2.5)	371 (5.3)	731 (10.5)	6,931
2426	3,622 (46.1)	2,806 (35.8)	197 (2.5)	333 (4.2)	890 (11.3)	7,848
2528	4,401 (50.9)	2,630 (30.4)	250 (2.9)	363 (4.2)	1,006 (11.6)	8,650
2530	4,758 (49.7)	3,086 (32.2)	235 (2.5)	407 (4.2)	1,094 (11.4)	9,580
2532	5,396 (42.4)	4,398 (34.6)	640 (5.0)	483 (3.8)	1,796 (14.1)	12,713
2534	5,437 (42.5)	4,100 (32.0)	442 (3.5)	517 (4.0)	2,307 (18.0)	12,803
2536	5,843 (42.8)	4,152 (30.5)	613 (4.5)	484 (3.5)	2,542 (18.6)	13,634
2538	6,134 (43.3)	3,936 (27.8)	259* (1.8)	488 (3.4)	3,364 (23.7)	14,181
2540	8,026 (48.4)	3,873 (23.4)	933 (5.6)	493 (3.0)	3,244 (19.6)	16,569

ข้อมูลจาก รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ

1. ตัวเลขในวงเล็บคือร้อยละ
2. * ไม่มีข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (สภากาชาดไทย)
3. ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.2 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.10 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยจำแนกตามหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2516 - 2540

ปี พ.ศ.	จำนวนและร้อยละผู้ป่วย (ตัวเลขในวงเล็บ)					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานท้องถิ่น	ภาคเอกชน	รวม
2516	34,206 (67.5)	11,108 (21.9)	671 (1.3)	918 (1.8)	3,746 (7.4)	50,649
2518	36,201 (66.5)	12,361 (22.7)	591 (1.1)	1,307 (2.4)	3,963 (7.3)	54,423
2520	40,712 (64.3)	14,765 (23.3)	635 (1.0)	1,456 (2.3)	5,785 (9.1)	63,353
2522	44,964 (66.0)	14,672 (21.5)	843 (1.2)	1,387 (2.0)	6,210 (9.1)	68,076
2524	48,442 (66.9)	13,912 (19.2)	956 (1.3)	1,558 (2.1)	7,500 (10.4)	72,368
2526	53,943 (68.8)	13,835 (17.6)	823 (1.0)	1,541 (1.9)	8,296 (10.6)	78,438
2528	56,286 (69.5)	13,773 (17.0)	951 (1.2)	1,687 (2.1)	8,275 (10.2)	80,972
2530	57,766 (65.9)	15,482 (17.7)	2,243 (2.6)	2,089 (2.4)	9,974 (11.4)	87,554
2532	58,927 (65.5)	17,118 (19.0)	2,335 (2.6)	2,057 (2.3)	9,545 (10.6)	89,982
2534	62,250 (66.3)	15,422 (16.4)	2,178 (2.3)	2,152 (2.3)	11,877 (12.6)	93,852
2536	65,558 (64.8)	15,784 (15.6)	2,229 (2.2)	2,232 (2.2)	15,363 (15.2)	101,166
2538	73,191 (61.8)	15,430 (13.0)	2,333 (2.0)	2,165 (1.8)	25,298 (21.4)	118,417
2540	79,818 (60.3)	18,074 (13.6)	2,360 (1.8)	2,208 (1.7)	29,945 (22.6)	132,405

แหล่งข้อมูล รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ 1. ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.16 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลปี พ.ศ. 2528 ไม่สมบูรณ์ จึงใช้ข้อมูลปี พ.ศ. 2527 แทน

ตาราง 1.11 จำนวนเตียงและอัตราการครองเตียง จำแนกตามหน่วยงานทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2538-2540

หน่วยงาน	จำนวนเตียง			เฉลี่ยจำนวนวันที่ผู้ป่วยครองเตียง			อัตราส่วนผู้ป่วยต่อเตียง			อัตราการครองเตียง (%)		
	2538	3539	2540	2538	2539	2540	2538	2539	2540	2538	2539	2540
กท.สาธารณสุข	73,191	76,379	79,818	4.8	4.6	4.6	62.6	67.5	66.6	83.6	85.9	83.5
กท.อื่นๆ	14,236	17,143	16,880	5.5	8.2	6.4	18.3	19.9	24.9	27.6	44.7	43.6
กท.มหาดไทย	3,359	3,417	3,402	9.7	8.5	8.1	23.0	31.5	32.6	61.2	73.5	72.5
รัฐวิสาหกิจ	365	365	365	10.9	9.1	9.3	14.3	19.0	18.6	43.2	47.3	47.3
ภาคเอกชน :												
- ห้างกำไร	25,298	29,611	29,945	4.0	4.8	3.1	38.3	54.9	52.8	42.3	46.2	44.3
- ไม่หวังกำไร	1,968	2,004	1,995	7.3	6.9	6.6	34.6	34.7	36.5	69.4	66.1	66.1
รวม	118,417	128,919	132,405	4.8	4.9	4.4	50.4	50.7	56.7	67.1	70.6	68.9

แหล่งข้อมูล รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.43 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ช่วงภาวะเศรษฐกิจฟองสบู่เป็นช่วงที่มีการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง ที่มีราคาแพง ตลอดจนการนำเข้ายาจากต่างประเทศจำนวนมาก บริการทางแพทย์มุ่งเน้นการให้บริการเฉพาะทาง โฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านพึ่งแพทย์และโรงพยาบาลมากกว่าที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (ดูตาราง 1.12 และ 1.13)

ตาราง 1.12 รูปแบบพฤติกรรมของประชาชนด้านการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ)

รูปแบบการดูแล	2513 IPSR	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2534 CHPS	2534 HES	2537 BHPP	2538 PHPP (PHS)	2539 BHPP (PHS)
<u>เขตชนบทและเมือง</u>									
- ไม่มี	2.7	4.2	-	15.9	18.4	8.5	-	1.15	0.48
- แบบดั้งเดิม	7.7	6.3	2.4	5.7	6.0	7.0	-	6.2	14.18
- ซื้อยาด้วยตนเอง	51.4	42.3	28.6	38.3	33.0	39.5	-	19.09	17.14
- สถานีอนามัย	4.4	16.8	14.7	14.8	13.7	9.8	-	39.84	34.54
- โรงพยาบาลรัฐ	11.1	10.0	32.5	12.9	12.5	19.1	-	17.79	19.41
- โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	22.7	20.4	21.8	12.4	16.4	16.1	-	15.76	24.25
<u>เขตชนบท</u>									
- ไม่มี	-	-	-	15.6	-	-	-	-	0.37
- แบบดั้งเดิม	-	-	-	5.8	3.4	-	-	-	6.2
- ซื้อยาด้วยตนเอง	-	-	-	38.6	39.4	-	-	-	11.59
- สถานีอนามัย	-	-	-	17.0	19.5	-	-	-	49.57
- โรงพยาบาลรัฐ	-	-	-	12.8	18.0	-	-	-	20.0
- โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	-	-	-	10.2	19.7	-	-	-	12.27
<u>เขตเมือง</u>									
- ไม่มี	-	-	-	17.9	-	-	4.0	-	0.66
- แบบดั้งเดิม	-	-	-	4.7	-	-	0.0	-	1.26
- ซื้อยาด้วยตนเอง	-	-	-	36.9	-	-	28.0	-	25.16
- หน่วยบริการทางการแพทย์ (ใน โรงงานอุตสาหกรรม)	-	-	-	-	-	-	26.0	-	-
- สถานีอนามัย	-	-	-	2.7	-	-	0.0	-	12.81
- โรงพยาบาลรัฐ	-	-	-	13.1	-	-	3.7	-	18.54
- โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	-	-	-	24.7	-	-	33.3	-	41.57

แหล่งข้อมูล 1. IPSR: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1988.

2. HWS : The Health and Welfare Survey, NSO, 1991.

3. CHPS : Center for Health Policy Studies, Mahidol University, 1991.

4. HES : Health Examination Survey, 1991.

ตาราง 1.13 รูปแบบรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน (บาท/เดือน) ปี พ.ศ. 2524-2541

รูปแบบรายจ่าย	2524		2529		2531		2533		2535		2537		2539		2541	
	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%
ขนาดครอบครัว (คน)	4.5	-	4.3	-	4.0	-	4.1	-	3.9	-	3.8	-	3.7	-	3.7	-
รายจ่ายรวมต่อเดือน	3,374	-	3,783	-	4,161	-	5,437	-	6,529	-	7,567	-	9,190	-	10,389	-
รายจ่ายบริโภค	3,151	-	3,486	-	3,804	-	4,942	-	5,892	-	6,787	-	8,072	-	8,966	-
รายจ่ายด้านสุขภาพ	113	3.6	132	3.8	143	3.9	185	3.7	226	3.8	262	3.9	343	4.2	287	3.2
-ซื้อยากินเอง	36	31.9	35	26.5	31	21.7	35	18.9	39	17.3	39	14.9	41	11.9	48	16.7
-ใช้สถานบริการ	77	68.1	97	73.5	112	78.3	150	81.1	187	82.7	223	85.1	302	88.0	239	83.3
○รพ.รัฐ/สถานีนอนมัย	-	-	48	50	52	46	62	41.3	76	40.6	85	38.1	148	49.0	107	44.8
○รพ.เอกชน/คลินิก	-	-	39	40	51	46	75	50.0	96	51.3	117	52.5	134	44.4	115	48.1
○อื่น ๆ	-	-	10	10	9	8	13	8.7	15	8.0	21	9.4	20	6.6	17	7.1

แหล่งข้อมูล วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, รายงานสำรวจเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2541

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.36 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

รูปธรรมที่เห็นได้ชัดเจนคือ ประเทศไทยสั่งซื้อเครื่อง CT Scanner, อัลตราซาวด์ และ MRI Machine เข้ามาเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมีเครื่อง CT Scanner มากกว่าในประเทศอังกฤษทั้งหมด (ตาราง 1.14)

ตาราง 1.14 สัดส่วนเครื่อง CT Scanners (ต่อประชากร 1 ล้านคน) ในประเทศพัฒนาแล้วในปี พ.ศ.2531 เปรียบเทียบกับในประเทศไทย และในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2531 และ 2538

ประเทศ	สัดส่วนเครื่อง CT Scanners ต่อประชากรล้านคน
ญี่ปุ่น	29.2
สหรัฐอเมริกา	14.7
ออสเตรเลีย	8.6
ฝรั่งเศส	2.8
สหราชอาณาจักร	2.3
ไทย (2531)	2.0
ไทย (2541)*	3.9
กรุงเทพ (2531)	10.0
กรุงเทพ (2538)	15.7
นอกเขตกรุงเทพ (2538)	2.2

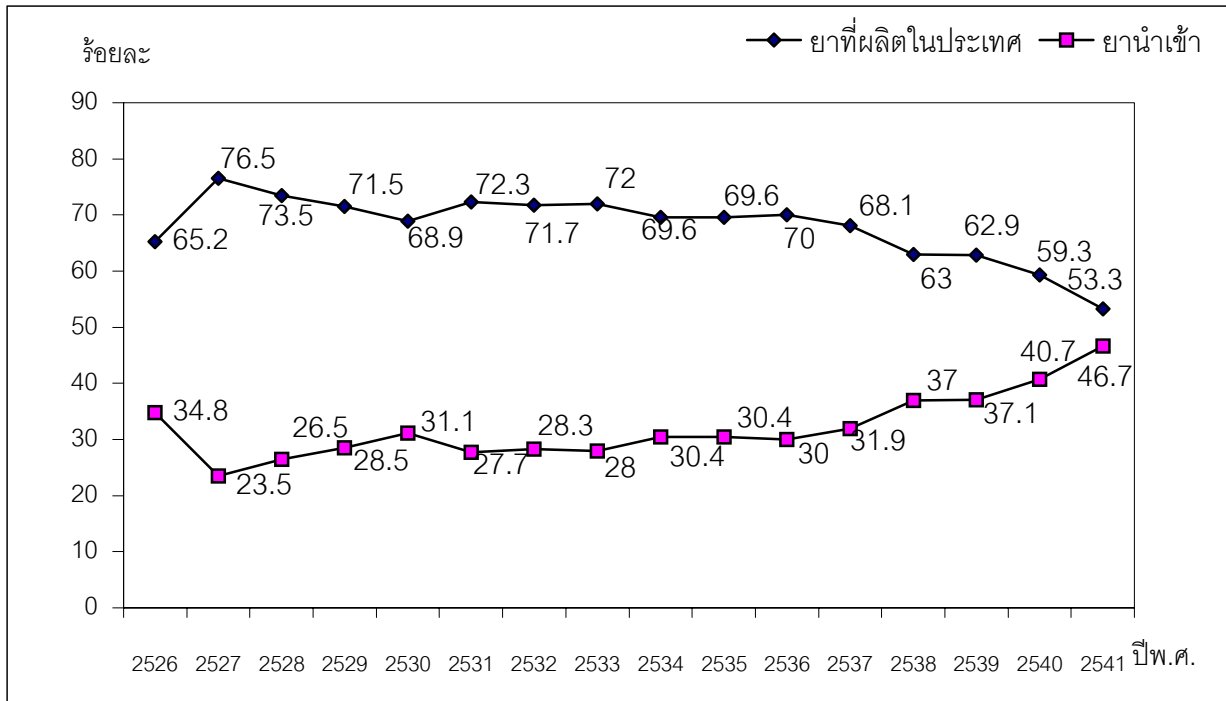
แหล่งข้อมูล จิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, Utilization of Extra-Corporeal Shock Wave Lithotripters in Thailand, 1995

หมายเหตุ 1.* ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2. ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 3.49 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

การบังคับใช้นโยบายยาแห่งชาติและบัญชียาหลักแห่งชาติเริ่มผ่อนคลายลง มีการบริโภทยาจากต่างประเทศมากขึ้น ประมาณว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริโภคยาเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในบางปี สัดส่วนการใช้อยาจากต่างประเทศ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.7 ในปี พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 46.7 ในปี พ.ศ. 2541 (แผนภูมิ 1.7)

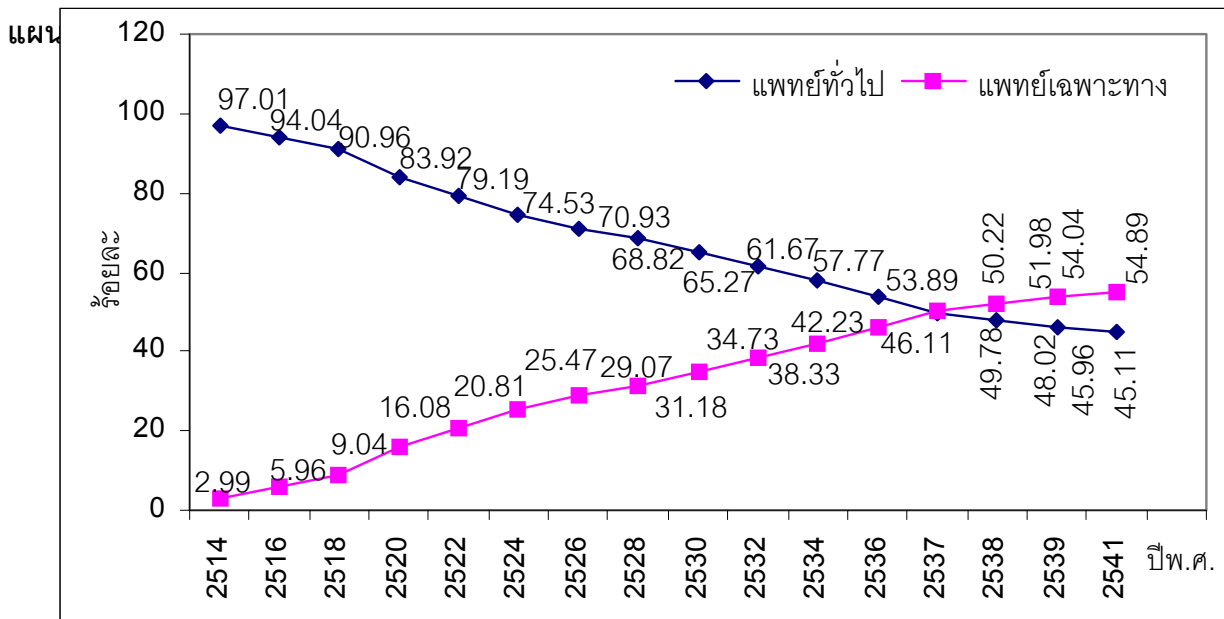
สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 54.89 ในปี 2541 (แผนภูมิ 1.8)

แผนภูมิ 1.7 ร้อยละยาที่ผลิตในประเทศไทยและยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ
ปี พ.ศ. 2526 - 2541



แหล่งข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 5.21 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

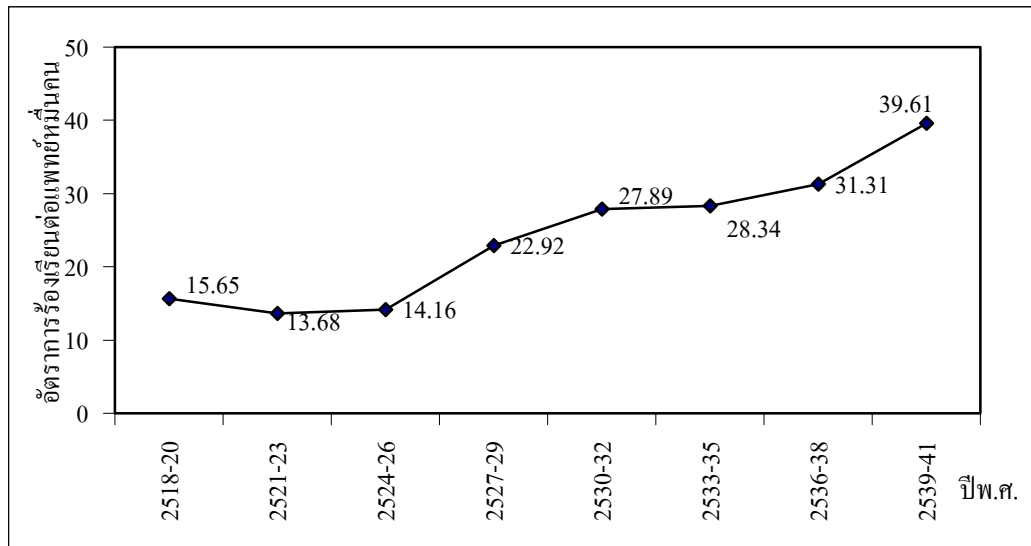


แหล่งข้อมูล แพทยสภา (แพทย์เฉพาะทางนับเฉพาะที่ได้รับวุฒิบัตรรับรองจากแพทยสภา)

หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 5.6 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ช่วงระยะเศรษฐกิจฟองสบู่ เป็นระยะเวลาที่ระบบบริการสุขภาพขาดความโปร่งใส นับตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการที่ไม่จำเป็น, การจัดซื้อและการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์, การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และยา ตลอดจนการคิดค่าบริการที่ไม่เป็นธรรม ระบบและวิธีการดังกล่าวสร้างความคาดหวังให้กับผู้ป่วยค่อนข้างสูง ดังนั้นเมื่อผลการตรวจรักษาไม่เป็นไปอย่างที่สร้างความคาดหวังไว้ให้กับคนไข้ จึงนำไปสู่ความขัดแย้งและการร้องเรียน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นถึง 3 เท่า (แผนภูมิ 1.9)

แผนภูมิ 1.9 อัตราการร้องเรียนของผู้ป่วยต่อแพทยสภา ปี พ.ศ. 2518 - 2541



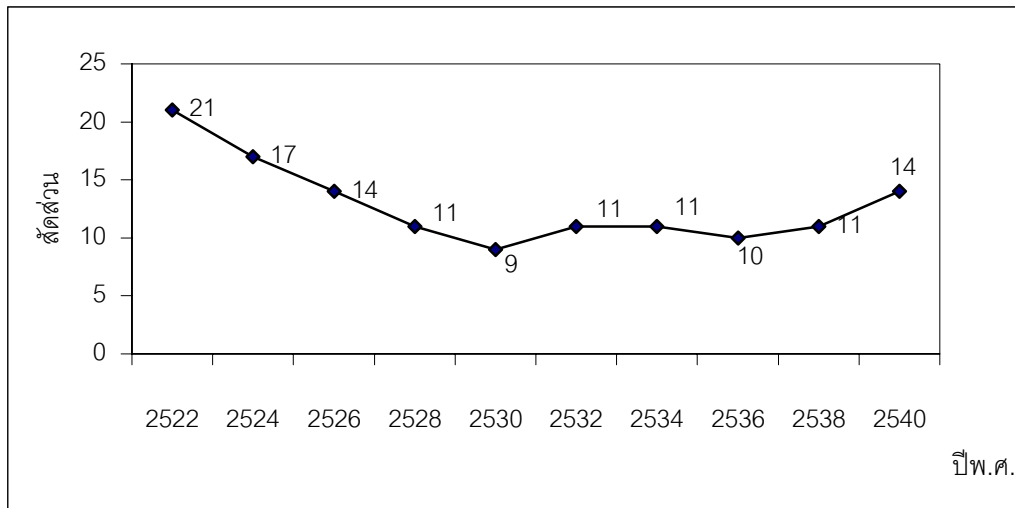
แหล่งข้อมูล แพทยสภา, พ.ศ. 2541

หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 8.5 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

การจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และการก่อสร้างอาคารต่าง ๆ ในภาครัฐ โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปอย่างไม่โปร่งใส ตัวอย่างเช่นในปี พ.ศ. 2541 เกิดกรณีปัญหาการทุจริตในการซื้อยาและเวชภัณฑ์ ตามวงเงินงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับเพิ่มเติมจำนวน 1,400 ล้านบาท จนนำไปสู่การลาออกของรัฐมนตรีว่าการและ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 2 คน และขยายผลไปสู่การลงโทษข้าราชการ ซึ่งพัวพันกับเรื่องนี้อีกหลายคน

ในทศวรรษเศรษฐกิจฟองสบู่ (พ.ศ.2531-2540) เป็นระยะเวลาที่ระบบบริการสาธารณสุขขาดความเสมอภาคในการให้บริการ ซึ่งเห็นได้จากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร ซึ่งแตกต่างกัน 9 เท่าในปี พ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 14 เท่าในปี พ.ศ. 2540 (แผนภูมิ 1.10)

แผนภูมิ 1.10 สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเปรียบเทียบกับ กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2522 - 2540



แหล่งข้อมูล รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ แผนภูมินี้ดัดแปลงมาจากแผนภูมิ 5.3 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้เนื่องจากปัญหา สมองโหลของบุคลากรแพทย์จากภาครัฐในชนบทไปสู่ภาคเอกชนในเมือง ในปี พ.ศ. 2540 ก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ แพทย์ใช้ทุนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยื่นใบลาออกจากราชการจำนวนมาก ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ (ตาราง 1.15)

ข้อที่น่าสนใจคือ ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนยากจนต่อรายได้ทั้งหมดสูงกว่า 5-6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนรวย

ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่มีปัญหาสาธารณสุขที่ยังแก้ไม่ตกหลายเรื่อง เช่น ปัญหาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วย AIDS, ปัญหาการใช้ความรุนแรง, ปัญหายาเสพติด, ปัญหาอุบัติเหตุ, ปัญหาโรคมะเร็ง และปัญหาโรคหัวใจ นอกจากนี้โรคซึ่งครั้งหนึ่งกระทรวงสาธารณสุขเคยคิดว่าควบคุมได้แล้ว คือ วัณโรค ได้กลับมาแพร่ระบาดอีกครั้ง

โดยภาพรวม ทศวรรษเศรษฐกิจฟองสบู่ คนไทยมีสุขภาพแย่ลงและยังเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย

ตาราง 1.15 จำนวนและร้อยละการสูญเสียแพทย์เปรียบเทียบกับที่ขอกลับเข้ารับราชการใหม่,
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2537-2541

ปี	จำนวนแพทย์			สูญเสียสุทธิ	
	เพิ่ม		ลด (ลาออก)	จำนวน	ร้อยละ
	แพทย์จบใหม่	แพทย์ที่ขอกลับเข้ารับราชการใหม่			
2537	526	-	42	42	8.0
2538	576	-	71	71	12.3
2539	568	-	98	98	17.3
2540	579	30	205	175	30.2
2541	618	93	117	24	3.8

แหล่งข้อมูล กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 5.3 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมาคือ ทศวรรษ 2521-2530 และทศวรรษ 2531-2540 ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะสรุปว่าทศวรรษแรกดีกว่า ทศวรรษหลัง แต่ต้องการแสดงให้เห็นว่า ในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจเราดีเรามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากมายในขณะที่ในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจถดถอยเรากลับมีโอกาสดำเนินสิ่งที่ดี ๆ หลายประการ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน) อาจจะมีโอกาสที่ดีให้เราแสวงหา เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนและมีความเสมอภาคในการให้บริการ

2. ปัญหาการจัดการระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน

ปัจจุบันภายใต้ระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ซึ่งได้แก่ การประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการบัตรสุขภาพ โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) การประกันสุขภาพกับเอกชน กองทุนเงินทดแทนและกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ครอบคลุมประชากรได้ทั้งหมดประมาณร้อยละ 80 อีกร้อยละ 20 ของประชากร ไม่ได้รับการครอบคลุมบริการ (ตาราง 1.16) ซึ่งหมายความว่า ถ้าเขาเหล่านั้นเจ็บป่วยจะเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นภายใต้ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลทำให้จำนวนคนยากจนเพิ่มมากขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องขยายการครอบคลุมการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนเหล่านี้อย่างทั่วถึง เพื่อเป็นตาข่ายความปลอดภัย (Safety Net) รองรับคนเหล่านี้มิให้ทุกข์ยากลงไปอีกเมื่อเจ็บป่วย

ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ การกำหนดให้เห็นอย่างชัดเจนว่าประชากรอีกร้อยละ 20 ซึ่งยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการ คือ ประชากรกลุ่มใดบ้างและสมควรใช้รูปแบบประกันสุขภาพแบบใดกับคนเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบประกันสุขภาพ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้มีเอกภาพและมีความเสมอภาคกัน ทั้งในด้านตัวบุคคลที่สมควรได้รับการครอบคลุม สิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่าย และบริการที่ได้รับ

ข้อที่น่าสังเกตคือ แม้ว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมลดลง แต่งบประมาณในส่วนที่ใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคนยากจนไม่ได้ลดลงด้วย ตรงกันข้ามงบประมาณดูแลสุขภาพของคนยากจนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตาราง 1.17) นอกจากนี้ยังมีเงินอุดหนุนจากธนาคารโลกในส่วนนี้อีกด้วย

ตาราง 1.16 สถานะการประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541

รูปแบบ	ครอบคลุม		รายจ่าย (บาท)			แหล่งเงินทุน	วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	สถานะบริการสุขภาพที่ให้บริการ
	ประชากร (ล้านคน)	%	พื้นฐาน บาท	ร้อยละของรายจ่าย สุขภาพของประเทศ	รายจ่าย ต่อหัว			
สปร.	27.5	45.1	18.3	6.5	667 ^(ก)	ภาษี	งบเหมาจ่าย	สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้
สวัสดิการชรก	6.6	10.8	16.4	5.8	2,491	ภาษี	จ่ายตามการใช้บริการจริง	รัฐและเอกชน
ประกันสังคม	5.2	8.5	7.6	2.7	1,468	4.5% ของเงินเดือน ^(ข)	เหมาจ่ายรายหัว	รัฐและเอกชน
บัตรประกันสุขภาพ	8.5	13.9	6.4	2.3	750 ^(ก)	500บาท/ครอบครัว + ภาษี (1,000 บาท)	งบเหมาจ่าย	สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้
ประกันสุขภาพเอกชน	1.2	2.0	3.6	1.3	3,000	หลากหลาย	จ่ายตามการใช้บริการ + DRG	รัฐและเอกชน
กองทุนเงินทดแทน	5.2	8.5	1.6	0.6	-	0.2-3.0% ของเงินเดือน	จ่ายตามการใช้บริการจริง	รัฐและเอกชน
พรบ.ผู้ประสบภัยจาก รถ	61.0	100.0	1.5	0.5	-	เอกชน	จ่ายตามการใช้บริการจริง	รัฐและเอกชน
รวม	49.0 ^(ก)	80.3 ^(ก)	55.4	19.7	1,067 ^(ก)	-	-	-

แหล่งข้อมูล นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ นพ.มงคล ณ สงขลา, 2540

หมายเหตุ 1. ไม่รวมกองทุนเงินทดแทนและพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ

2. รวมเงินอุดหนุนจากรัฐ

3. เรียกเก็บจากลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ โดยจ่ายฝ่ายละ 1.5% ของเงินเดือนลูกจ้าง

ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 8.3 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.17 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ. 2522 - 2543

หน่วย : ล้านบาท

ปี	งบประมาณรวมของ กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย			
		ราคาปัจจุบัน	ราคาปี 2541	เพิ่ม/ลด (ราคาปี 2541 %)	ร้อยละงบประมาณ ของกระทรวงสาธารณสุข
2522	3,976.9	300.0	843.3	-	7.5
2523	4,494.5	350.0	822.89	-2.4	7.8
2524	5,571.8	350.0	730.26	-11.2	6.3
2525	6,652.3	476.7	945.27	+29.4	7.2
2526	7,902.4	603.0	1,151.1	+21.8	7.6
2527	8,617.6	659.7	1,250.01	+8.6	7.6
2528	9,044.3	721.8	1,334.08	+6.7	8.0
2529	9,274.7	678.5	1,230.92	-7.7	7.3
2530	9,525.1	705.8	1,250.30	+1.6	7.4
2531	10,372.5	725.0	1,236.37	-1.1	7.0
2532	11,733.1	800.0	1,295.19	+4.7	6.8
2533	16,225.1	1,500.0	2,292.11	+77.0	9.2
2534	20,568.6	2,000.0	2,890.40	+26.1	9.7
2535	24,640.4	2,480.0	3,444.00	+19.1	10.1
2536	32,898.1	3,456.0	4,647.97	+35.0	10.5
2537	39,318.7	4,263.5	5,453.02	+17.3	10.8
2538	45,832.6	4,470.1	5,403.84	-0.9	9.7
2539	55,861.2	4,816.9	5,500.73	+1.8	8.6
2540	67,574.3	6,370.5	6,893.29	+25.3	9.4
2541	63,705.1	7,029.0	7,034.50	+2.0	11.0
2542	58,131.3	8,405.6	8,405.60	+19.5	14.4
	(61,691)	(8,887.6)	(8,887.6)	(+26.3)	(15.3)
2543	60,826	8,910.1	8,653.0	+2.9	14.6
	(63,186)	(9,301.0)	(9,032.6)	(+1.6)	(14.7)

แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ 1. ตัวเลขในวงเล็บรวมเงินกู้จากธนาคารพัฒนาเอเชียและธนาคารโลก: ปี พ.ศ. 2542 จำนวน 482 ล้านบาท และปี พ.ศ. 2543 จำนวน 390.9 ล้านบาท

2. ตารางนี้ดัดแปลงมาจากตาราง 6.6 ในรายงาน Thailand Health Profile 1997 - 1998

ของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นที่ทำทนาย คือ เราจะจัดระบบการจัดการอย่างไรจึงจะสามารถจัดสรรเงินงบประมาณเหล่านี้ได้อย่างเสมอภาคตามความต้องการของประชาชน ตลอดจนการใช้จ่ายเงินงบประมาณอย่างประหยัด มีประสิทธิภาพ และโปร่งใส เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพให้กับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

การจัดการระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันได้สะท้อนให้เห็นถึงการขาดทิศทางนโยบายระดับชาติ ซึ่งมีผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น คือ

- 1) ระบบการประกันสุขภาพ ขาดประสิทธิภาพในภาพรวม
- 2) ระบบการประกันสุขภาพมีความซ้ำซ้อนและยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างทั่วถึง
- 3) มีความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรทรัพยากรระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในระบบการประกันสุขภาพ

การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพจึงมีคำถามสำคัญที่ต้องการคำตอบ คือ ระบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับประเทศไทยเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคมอย่างครบถ้วน (universal coverage) ควรมีรูปแบบเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อตอบคำถามการวิจัยดังกล่าวในข้างต้น วัตถุประสงค์ในภาพรวม (Overall Objective) ของการศึกษาวิจัยจึงมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อจัดทำกรอบนโยบายด้านการจัดการระบบการประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective) ดังนี้

- 3.1 วิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพ อันเนื่องมาจากการขาดทิศทางและเอกภาพของนโยบายระดับชาติ
- 3.2 เสนอดัชนีแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคมอย่างครบถ้วน (Universal Coverage)
- 3.3 เสนอมาตรการที่เหมาะสมซึ่งรวมถึงนโยบาย กฎหมาย องค์กร และแผนงานเพื่อรองรับการนำตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียดเพียงพอที่จะใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายได้

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2 นำเสนอสาระสำคัญ 3 ประการ คือ 1) วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย 2) แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิผล และ 3) การจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมานับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน มีลักษณะเป็นการขยายเพิ่มเติมจากเดิมทีละส่วน (Incremental) กล่าวคือ การประกันสุขภาพของประเทศไทยเริ่มจากระบบราชการที่ให้สวัสดิการ การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นและได้มีวิวัฒนาการ การดูแลการรักษาพยาบาลในภาคอื่น ๆ เป็นลำดับมาดังนี้

ในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ จอมพล ป.พิบูลสงคราม ได้มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มเติมขึ้นมาอีกรูปแบบหนึ่งคือ สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งดูแลรับผิดชอบโดยรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง

ในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมทย์ ได้กำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลในการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยให้ได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลฟรี ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2519 เป็นต้นมา โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในการรับผิดชอบการจัดทำโครงการพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524² ซึ่งบรรจุนโยบายรักษาพยาบาลฟรีให้กับผู้มีรายได้น้อย โดยมีแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ชนทุกกลุ่มในแต่ละระดับพื้นฐานเศรษฐกิจโดยยึดหลักความยุติธรรมในสังคม โดยนายจ้างและรัฐบาลจะเป็นผู้ช่วยสมทบออกเงินเบี้ยประกันในอัตราส่วนที่เหมาะสมให้กับลูกจ้าง สำหรับผู้มีรายได้น้อย รัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการประกันสุขภาพในส่วนของคนงาน ยังไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 นี้ (คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข 2519, 39 และ 47)

ในช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการบัตรสุขภาพ (โดยความสมัครใจ) ในลักษณะของการทดลองในพื้นที่ชนบทนอกเหนือจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งได้ขยายการครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย (คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2524, 111-113)

ต่อมาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการต่อเนื่องในเรื่องของการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ และได้ขยายงานบัตรสุขภาพในชนบทเพื่อให้ครอบคลุมประชากรเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังได้ริเริ่มงานบัตรสุขภาพในเขตเมืองอีกด้วย (คณะกรรมการวางแผนสาธารณสุข 2530, 22)

² เป็นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ที่เป็นทางการฉบับแรกของกระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในช่วงต้นของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ภารกิจประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยเพิ่งเริ่มขยายตัวมากขึ้น กล่าวคือ จากจำนวนกรมธรรม์ 3,175 ราย ในปีพ.ศ.2530 ขยายเป็น 4,549 ราย, 6,254 ราย, 10,239 ราย ในปีพ.ศ. 2531 , 2532 , และ 2533 ตามลำดับ ซึ่งนับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 เป็นต้นมาจำนวนกรมธรรม์เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (สุวณี สุรเสียงสังข์ 2541, 29)

จุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย คือ การประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้มีการประกันตนให้กับคนงาน โดยมีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ให้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสวัสดิการตามกรณีซึ่งกฎหมายกำหนดให้กับคนงานที่ลงทะเบียนไว้กับกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

ในปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลได้ตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 โดยมีเจตนารมณ์ให้ผู้บาดเจ็บอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุรถชนได้รับการดูแลคุ้มครอง โดยมอบหมายให้กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์เป็นหน่วยงานดูแลรับผิดชอบการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบันมีลักษณะของการเพิ่มขยายขึ้นทีละส่วน ๆ ทำให้แต่ละส่วนภายในระบบซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ กัน ต่างฝ่ายต่างดำเนินการในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ โดยขาดความสนใจที่จะมาประสานงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในภาพรวมร่วมกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นการจัดระบบองค์การซึ่งขาดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก

2 แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิผล

เนื่องจาก นโยบายการจัดบริการสาธารณะต่าง ๆ ดำเนินการโดยองค์การของรัฐซึ่งมีขนาดใหญ่ ดังนั้นการวิเคราะห์ปัญหาการนำนโยบายการประกันสุขภาพไปปฏิบัติ ในท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านเศรษฐกิจการเมืองและสังคม จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดกลยุทธ์ใหม่ ๆ ที่องค์การต้องใช้เป็นแนวทางในการฟันฝ่าอุปสรรคที่เกิดขึ้น กลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญ คือ การออกแบบระบบองค์การให้มีประสิทธิผล (Effective Organization) ในการทำงานท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง (Ulrich, Quinn, and Cameron 1990) ตัวแบบการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิผลมีหลากหลายรูปแบบ ไม่ได้มีเพียงรูปแบบเดียว ซึ่งความหลากหลายของตัวแบบการจัดระบบองค์การช่วยให้เราเข้าใจกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่มีความสลับซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้ตัวแบบการจัดระบบองค์การเป็นแนวทางในการศึกษาช่วยให้เราสามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ดีขึ้นได้

การจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิผลนั้น มีนักวิชาการได้เสนอตัวแบบและแนวคิดไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Richard E. Elmore (1993) เสนอตัวแบบการจัดระบบองค์กรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไว้ 4 ตัวแบบ คือ ตัวแบบการจัดการเชิงระบบ (Systems Management Model) ตัวแบบกระบวนการจัดการแบบบิวโรเครติก (Bureaucratic Process Model) ตัวแบบการพัฒนาองค์การ (Organizational Development Model) และตัวแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง (Conflict and Bargaining Model) ซึ่งแต่ละตัวแบบมีสาระสำคัญที่แตกต่างกันใน 4 ประเด็นหลัก ๆ คือ ประเด็นแรก แนวคิดหลักที่สำคัญของแต่ละตัวแบบ ประเด็นที่สอง วิธีการจัดสรรอำนาจภายในองค์การ ประเด็นที่สาม กระบวนการตัดสินใจภายในองค์การ และประเด็นสุดท้าย กระบวนการของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

1.) ตัวแบบการจัดการเชิงระบบ

ตัวแบบการจัดการเชิงระบบเป็นระบบองค์กรที่มีประสิทธิภาพตัวแบบแรกในทัศนะของเอลมอร์ (Elmore 1993) องค์การตามตัวแบบนี้เป็นองค์การที่ยึดหลักเหตุผล (Rationality) มีการกำหนดวัตถุประสงค์ (Goal Directed) เป็นเป้าหมายของการทำงาน และเน้นการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด (Maximize Performance)

องค์การตามตัวแบบการจัดการเชิงระบบ มีการจัดโครงสร้างองค์การ ซึ่งเน้นการควบคุมตามลำดับชั้นของการบังคับบัญชา (Hierarchical Control) โดยที่ผู้บริหารในระดับสูงขององค์การมีหน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibility) ในการกำหนดนโยบาย มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามนโยบายให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง และควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามที่ได้รับมอบหมาย

การปฏิบัติงานภายในระบบองค์กรแบบการจัดการเชิงระบบ ดำเนินการในลักษณะการแบ่งสรรหน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibility) ระหว่างองค์การย่อยต่าง ๆ ภายในระบบองค์กรใหญ่ ซึ่งแต่ละองค์การย่อยจะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดภายใต้หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้น กระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นภายในองค์การจึงมีลักษณะเป็นการตัดสินใจเพื่อปรับการจัดสรรหน้าที่ความรับผิดชอบภายในองค์การ เพื่อรักษาความสมดุลระหว่างหน้าที่ความรับผิดชอบกับการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของแต่ละองค์การย่อยภายในระบบองค์กรใหญ่

กระบวนการปฏิบัติตามนโยบายภายในองค์การแบบการจัดการเชิงระบบ ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ กำหนดรายละเอียดของเป้าหมาย ซึ่งต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามนโยบาย, มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้แต่ละองค์การ ตลอดจน กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของแต่ละองค์การ และใช้เป็นแนวทางในการควบคุมกำกับการทำงานของแต่ละองค์การด้วย กระบวนการปฏิบัติตามนโยบายเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร เพื่อตอบสนองความต้องการใหม่ ๆ ที่มีต่อองค์การซึ่งทำให้องค์การต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามนโยบายมีจุดเน้นที่สำคัญคือการมีเป้าหมายของการปฏิบัติตามนโยบายและความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุด

ภายใต้ตัวแบบระบบองค์กรแบบการจัดการเชิงระบบ การจัดการที่แย่ (Bad Management) หมายถึง การกำหนดนโยบายที่ไม่ชัดเจน การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับองค์การย่อยต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ขาดความใส่ใจที่จะระบุถึงผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ และผู้ปฏิบัติงานขาดความรับผิดชอบต่อการทำงาน ตรงกัน

ข้ามการจัดการที่ดี (Good Management) จะมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบภายในระบบองค์การมีความชัดเจนมีการระดมการปฏิบัติงานที่ต้องการและผู้ปฏิบัติงานมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้น ตามตัวแบบการจัดการเชิงระบบ การบริหารงานที่มีประสิทธิผล (Effective Management) หมายถึงการบริหารงานที่มีการกำหนดเป้าประสงค์/วัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และพยายามดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์/วัตถุประสงค์สูงสุด ระบบองค์การตามตัวแบบการจัดการเชิงระบบ จัดเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในระบบ

เครื่องมือที่สำคัญของตัวแบบการจัดการเชิงระบบ คือ การควบคุมและการใช้อำนาจหน้าที่ในการประสานงาน (Controlling and Coordinating Authority) การควบคุมมีลักษณะเป็นการควบคุมตามระดับชั้นของการบังคับบัญชา (Hierarchical Control) แต่อย่างไรก็ตาม ตัวแบบการจัดการเชิงระบบก็มีความยืดหยุ่นโดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง สามารถใช้ดุลพินิจได้บ้าง ทั้งนี้เพราะในระบบองค์การที่สลับซับซ้อน การควบคุมอย่างเข้มงวดไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึง ผู้บริหารระดับสูงอาจมอบหมายความรับผิดชอบและกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุให้ระดับปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ฝ่ายปฏิบัติเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการดังกล่าวเรียกว่าการปฏิบัติงานแบบเน้นศูนย์ความรับผิดชอบ (Responsibility Centers) กล่าวคือวัดความสำเร็จของหน่วยปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Implementation) ตามตัวแบบการจัดการเชิงระบบมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการคือ ประการแรก มีการกำหนดเป้าหมายของแต่ละงาน ซึ่งแสดงถึงเจตนารมณ์ของนโยบายไว้อย่างชัดเจน ประการที่สอง มีการวางแผนซึ่งกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ตลอดจนเกณฑ์มาตรฐานของการปฏิบัติงาน ของแต่ละองค์การย่อยไว้อย่างชัดเจน ประการที่สาม มีวิธีการที่เป็นรูปธรรมในการวัดผลการปฏิบัติงานของแต่ละองค์การย่อย และประการสุดท้าย มีการควบคุมให้แต่ละองค์การย่อยมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งได้รับมอบหมาย

ตัวแบบการจัดการเชิงระบบจะใช้ได้ดีต่อเมื่อทุกคนในองค์การเชื่อมั่นในระดับชั้นของการบังคับบัญชารวมทั้งมีค่านิยมที่ต้องการความสำเร็จสูงสุด ซึ่งภายใต้ระบบเช่นนี้ผู้ปฏิบัติงานในองค์การไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางขององค์การเลย

2.) ตัวแบบกระบวนการจัดการแบบบุโรเครติก

ในทัศนะของเอลมอร์ (Elmore 1993) พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์การแบบกระบวนการจัดการแบบบุโรเครติก สามารถอธิบายได้โดยใช้ปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการคือ ลักษณะการใช้ดุลพินิจในการทำงาน (Discretion) และลักษณะการปฏิบัติงานประจำ (Routine) ซึ่งคนในองค์การใช้ในการปฏิบัติงานภายในองค์การ

ลักษณะการจัดโครงสร้างของระบบองค์การแบบกระบวนการจัดการแบบบุโรเครติก มีลักษณะเป็นการกระจายงานต่าง ๆ ให้อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การย่อยต่าง ๆ ภายในระบบองค์การใหญ่ ซึ่งแต่ละองค์การย่อยจะมีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านในงานที่ได้รับมอบหมาย มีขอบเขตอำนาจหน้าที่ (Authority) ในการควบคุมดูแลงานในความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจน

กระบวนการตัดสินใจภายในระบบองค์การแบบกระบวนการจัดการแบบบูรณาการ มีลักษณะเป็นการตัดสินใจแบบเพิ่มทวี (Incremental) กล่าวคือ แต่ละองค์การจะยึดถือรูปแบบการปฏิบัติงานประจำของตนเองเป็นบรรทัดฐาน เปิดโอกาสให้ใช้ดุลพินิจได้น้อย การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้จำกัด

กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติภายในระบบองค์การแบบกระบวนการจัดการแบบบูรณาการ ดำเนินการในลักษณะของการตรวจสอบว่า มีงานประจำใดบ้างในองค์การซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงกำหนดวิธีการปฏิบัติงานซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ที่จะใช้ทดแทนวิธีการปฏิบัติงานประจำเดิม ซึ่งจะทำให้นโยบายประสบความสำเร็จมากขึ้น แล้วสนับสนุนให้องค์การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานจากเดิมเป็นวิธีการปฏิบัติงานแบบใหม่

กระบวนการนำนโยบายการให้บริการสาธารณะไปปฏิบัติ ภายใต้ตัวแบบกระบวนการจัดการแบบบูรณาการ เริ่มต้นจากการที่องค์การระดับบน ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบายมอบหมายภารกิจ หน้าที่ความรับผิดชอบให้องค์การระดับล่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การที่ให้บริการโดยตรงกับประชาชน (Street-Level Bureaucracy) หรือองค์การในระดับปฏิบัติ ดำเนินการตามนโยบาย ดังนั้น นโยบายจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจึงขึ้นอยู่กับที่ องค์การในระดับปฏิบัติ จะยินยอมเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานไปจากเดิมหรือไม่ เพื่อตอบสนองการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ๆ ที่มอบหมายลงมา ทั้งนี้เพราะถ้า องค์การในระดับปฏิบัติ อ้างความมีอิสระในการใช้ดุลพินิจ เพื่อยืนยันที่จะปฏิบัติงานประจำแบบเดิม ๆ ตามความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านซึ่งองค์การมีอยู่ โอกาสที่นโยบายจะประสบความสำเร็จก็เป็นไปได้ยาก

3.) ตัวแบบการพัฒนาองค์การ

องค์การแบบพัฒนาองค์การในทัศนะของเอลมอร์ (Elmore 1993) เป็นระบบองค์การซึ่งยึดหลักการตอบสนองความพึงพอใจของคนในองค์การ ด้วยการเปิดโอกาสให้พวกเขาได้มีอิสระในการควบคุมการทำงาน ในความรับผิดชอบด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกระบวนการของการตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อให้เขามีพันธสัญญาต่อการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

ดังนั้นการจัดโครงสร้างระบบองค์การแบบพัฒนาองค์การจึงเน้นให้มีโครงสร้าง ซึ่งเปิดโอกาสให้คนในองค์การในทุก ๆ ระดับขององค์การมีการควบคุมการทำงานด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและมีพันธสัญญาต่อการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ โครงสร้างองค์การจึงต้องมีการควบคุมตามลำดับขั้นของการบังคับบัญชาน้อยที่สุด เน้นการกระจายความรับผิดชอบในการตัดสินใจลงไปในทุก ๆ ระดับขององค์การ

กระบวนการตัดสินใจภายในองค์การมีลักษณะเป็นการแสวงหาฉันทมติ (Consensus) ภายในองค์การ ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ของคนภายในองค์การ จึงต้องอยู่ในระดับที่ดี กลไกที่จะช่วยให้กระบวนการตัดสินใจภายในองค์การมีลักษณะของการมีฉันทมติร่วมกัน คือการสร้างทีมงานต่าง ๆ ที่มีประสิทธิผล ซึ่งจะเป็นกลไกที่สำคัญที่ทำให้คนในองค์การมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องเป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ ให้การติดต่อสื่อสารระหว่างคนในองค์การในระบบเปิด มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้แต่ละคนได้ใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และองค์การต้องมีระบบการบริหารความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพ

กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเน้นการแสวงหาฉันทามติร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในเรื่องการกำหนดเป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ การเปิดโอกาสให้คนมีอิสระในการทำงาน การทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีพันธสัญญาต่อการปฏิบัติตามนโยบาย

เนื่องจากตัวแบบการจัดการเชิงระบบ และตัวแบบกระบวนการจัดการแบบระบบราชการมีฐานคิดว่าผู้ปฏิบัติงานระดับล่างขาดความรู้ความสามารถ จึงต้องทำงานภายใต้การกำกับดูแลและการควบคุมอย่างเข้มงวด โดยผู้บริหารระดับสูงหรือผู้กำหนดนโยบาย ดังนั้น ทั้งสองตัวแบบจึงเป็นระบบการจัดองค์การ ซึ่งเน้นโครงสร้างซึ่งมีระดับชั้นของการบังคับบัญชา เน้นโครงสร้างองค์การซึ่งแบ่งกลุ่มคนทำงานออกตามความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน พัฒนาลักษณะงานให้ง่ายต่อการปฏิบัติในลักษณะที่เป็นงานประจำ เน้นการควบคุมการทำงาน อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะที่เป็นวิชาชีพมากยิ่งขึ้น ระดับการศึกษาเพิ่มสูงขึ้น จึงต้องการความมีอิสระในการทำงานมากขึ้น ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความต้องการเหล่านี้ขัดแย้งกับ โครงสร้างองค์การตามตัวแบบการจัดการเชิงระบบและตัวแบบกระบวนการจัดการแบบบิวโรเครติก ซึ่งเน้นการควบคุม ดังนั้น องค์การตามตัวแบบการพัฒนางานองค์การจึงเป็นทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกับสภาพองค์การที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากตัวแบบการพัฒนางานองค์การมีฐานคิดว่า คนจะมีประสิทธิภาพการทำงานสูงสุดถ้าได้รับผิชอบควบคุมการทำงานที่เขาได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และได้รับการตอบสนองแรงจูงใจต่าง ๆ เพียงพอต่อการเกิดพันธสัญญาในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ตัวแบบการพัฒนางานองค์การให้ความสำคัญกับผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่าผู้กำหนดนโยบาย ดังนั้นความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติภายใต้การจัดองค์การแบบพัฒนางานองค์การ อยู่ที่ การที่ผู้ปฏิบัติตามนโยบายมีความเห็นที่ไม่สอดคล้องร่วมกัน (ไม่มีฉันทามติร่วมกัน) และขาดพันธสัญญาร่วมกันในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

การประยุกต์ใช้ตัวแบบระบบองค์การแบบการพัฒนางานองค์การเพื่อนำนโยบายการให้บริการสาธารณะไปปฏิบัติ โดยให้ระดับสูงมอบหมายนโยบายให้องค์การระดับล่าง ๆ นำไปปฏิบัติ จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง ใช้การควบคุมให้น้อยที่สุด องค์การที่กำหนดนโยบายควรใช้วิธีการสนับสนุนองค์การในระดับล่าง ๆ เพื่อให้้องค์การต่าง ๆ เหล่านั้นได้มีศักยภาพเพียงพอที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากตัวแบบการพัฒนางานองค์การให้ความสำคัญในเรื่องการมีฉันทามติร่วมกัน การร่วมมือประสานการทำงานร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ละเลยที่จะวิเคราะห์ถึงปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในระบบองค์การ ซึ่งมีหลายองค์การย่อย จึงเป็นจุดอ่อนที่สำคัญที่นำไปสู่ตัวแบบการจัดการอีกรูปแบบหนึ่งคือตัวแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง

4.) ตัวแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง

ตัวแบบองค์การที่มีประสิทธิผลตัวแบบสุดท้ายที่เอลมอร์ (Elmore 1993) เสนอคือตัวแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญคือการมองว่าองค์การคือเวทีซึ่งฝ่ายต่าง ๆ ในองค์การที่มีผลประโยชน์

แตกต่างกันใช้เป็นสถานที่ในการแข่งขันกันเพื่อแสวงหาอำนาจและการมีโอกาสเข้าไปจัดสรรทรัพยากรขององค์การซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด

ภายใต้ตัวแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง การจัดโครงสร้างขององค์การเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่กำหนดอำนาจให้กับคนในระดับตำแหน่งต่าง ๆ ภายในโครงสร้างขององค์การ ทั้งนี้เพราะอำนาจในองค์การยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายปัจจัย เช่น ความรู้เฉพาะด้านในงานที่รับผิดชอบ การควบคุมทรัพยากรภายในองค์การ ความสามารถในการระดมการสนับสนุนจากฝ่ายการเมือง ซึ่งอยู่นอกองค์การ การกระจายอำนาจภายในองค์การจึงเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ แต่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

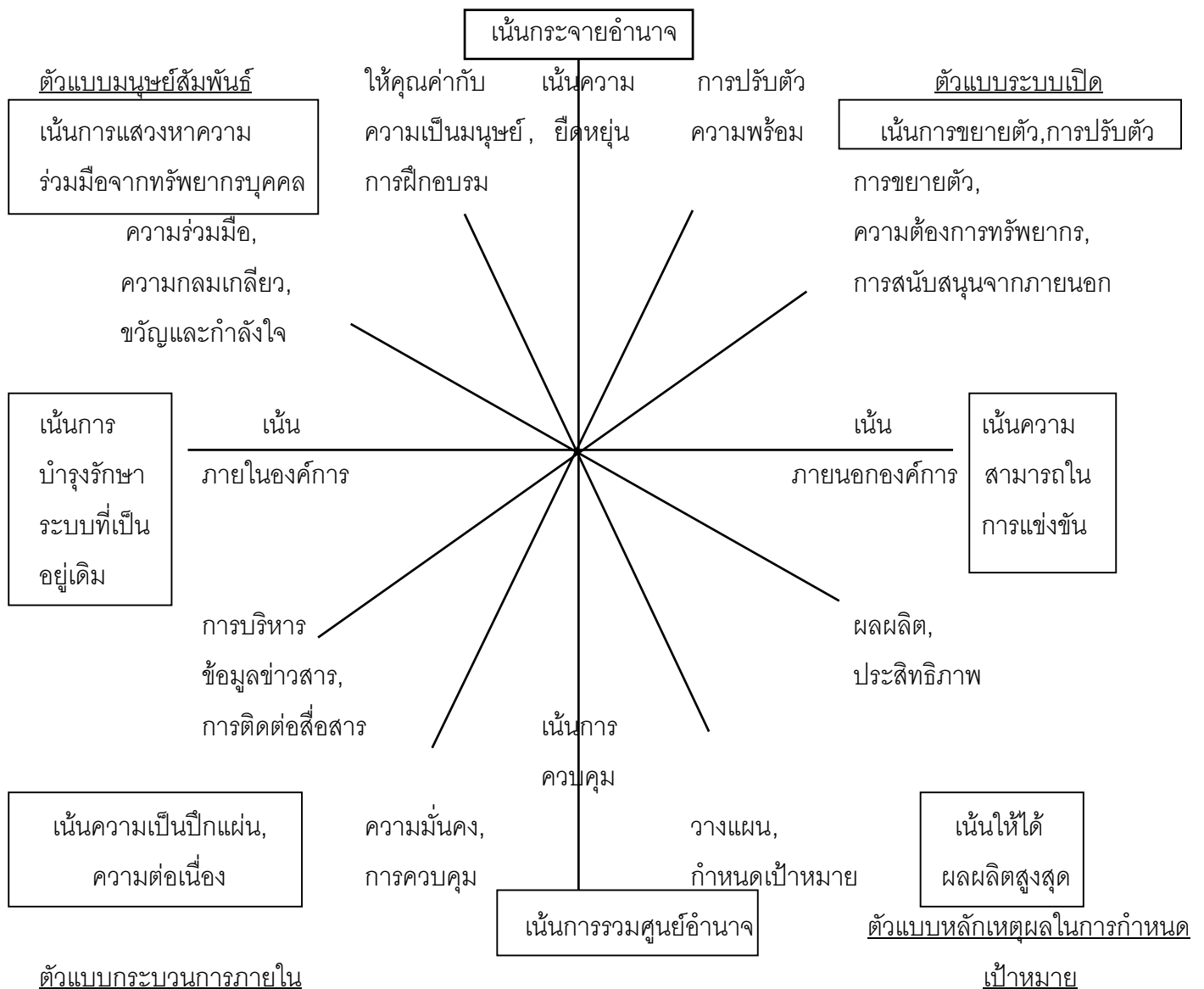
การตัดสินใจในระบบองค์การแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรองใช้กระบวนการเจรจาต่อรองเป็นกลไกที่นำไปสู่การหาข้อยุติของการตัดสินใจร่วมกัน ข้อยุติของการเจรจาต่อรองมักเกี่ยวข้องกับเรื่องความชอบและการจัดสรรทรัพยากรมากกว่าที่จะหาข้อยุติเกี่ยวกับเป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ร่วมกัน

กระบวนการนโยบายให้บริการสาธารณะไปสู่การปฏิบัติภายใต้ระบบองค์การแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรองเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการตัดสินใจโดยการเจรจาต่อรอง ร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งองค์การในระดับปฏิบัติยังมีความขัดแย้งกัน ซึ่งส่วนมากมักจะเป็นปัญหาความชอบที่แตกต่างกัน การจัดสรรทรัพยากรที่ยังหาข้อยุติไม่ได้ เป็นต้น

ภายใต้ระบบองค์การแบบความขัดแย้งและการเจรจาต่อรองจะไม่มีองค์การใดขององค์การหนึ่งมีอำนาจเหนือองค์การอื่น และสามารถสั่งให้องค์การอื่นปฏิบัติตามนโยบายที่ตนเองกำหนดได้ การดำเนินงานจึงต้องใช้การเจรจาต่อรอง เพื่อแสวงหาข้อยุติร่วมกัน ดังนั้นการสรุปว่านโยบายการให้บริการสาธารณะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจึงไม่สามารถสรุปได้ง่าย ๆ ทั้งนี้เพราะภายใต้สถานการณ์เดียวกันองค์การหนึ่งอาจสรุปว่านโยบายซึ่งตนเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบประสบความสำเร็จ ในขณะที่อีกองค์การหนึ่งอาจมีความเห็นว่านโยบายเดียวกันนั้นประสบความสำเร็จไม่ได้ ทั้งนี้เพราะแต่ละองค์การใช้มุมมองจากจุดยืน (Position) ที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม การนำเสนอตัวแบบการจัดองค์การทั้ง 4 ตัวแบบดังกล่าว นั้น เอลมอร์มิได้มีจุดประสงค์ที่จะชี้ให้เห็นว่าตัวแบบใดเป็นแบบที่ดีกว่าตัวแบบอื่น ๆ และสมควรนำไปประยุกต์ใช้โดยลำพังเพียงตัวแบบเดียว ตรงกันข้ามเขาเสนอแนะให้ประยุกต์ใช้หลักการที่สำคัญของแต่ละตัวแบบผสมผสานกัน กล่าวคือ ในบางสถานการณ์องค์การอาจจำเป็นต้องบริหารงานด้วยการควบคุม ในขณะที่บางสถานการณ์การเจรจาต่อรองอาจมีความเหมาะสมมากกว่า หรือในบางสถานการณ์ฝ่ายบริหารอาจจำเป็นต้องมอบอำนาจเปิดโอกาสให้องค์การในระดับปฏิบัติได้ใช้ดุลพินิจในการเลือกวิธีปฏิบัติงานด้วยตนเอง

Robert E. Quinn (1998) เป็นอีกผู้หนึ่งซึ่งเสนอตัวแบบที่สามารถใช้เป็นกรอบทฤษฎีที่กำหนดค่านิยมของการสร้างองค์การที่มีประสิทธิภาพในการทำงานแบบต่าง ๆ ดังแผนภูมิ 2.1



แผนภูมิ 2.1 : แนวคิดการกำหนดกรอบค่านิยมขององค์การที่มีประสิทธิผล

แผนภูมิที่ 2.1 เป็นกรอบทฤษฎีที่กำหนดค่านิยมขององค์การที่มีประสิทธิผล กล่าวคือ Quinn ต้องการแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่กำหนดความมีประสิทธิภาพขององค์การมีหลายมิติ กล่าวคือ ตัวแบบของ Quinn เกิดขึ้นจากแกน X ซึ่งอยู่ระหว่างค่านิยม 2 ขั้ว คือ เน้นภายในองค์การ (เน้นการบำรุงรักษาระบบที่เป็นอยู่เดิม) กับเน้นภายนอกองค์การ (เน้นความสามารถในการแข่งขัน) ตัดกับแกน Y ซึ่งอยู่ระหว่างค่านิยม เน้นการควบคุม (เน้นการรวมศูนย์อำนาจ) กับเน้นความยืดหยุ่น (เน้นการกระจายอำนาจ) ทำให้เกิดควอดรนต์ 4 ควอดรนต์ ซึ่งแต่ละ ควอดรนต์ คือ แต่ละตัวแบบขององค์การที่มีประสิทธิผลในการทำงานภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ กัน

ควอดรันท์บนซ้ายเป็นควอดรันท์ซึ่งอยู่ระหว่างค่านิยมการกระจายอำนาจกับความพยายามที่จะบำรุงรักษาระบบที่เป็นอยู่เดิม เป็นระบบองค์การแบบมนุษยสัมพันธ์ (Human Relations Model) ซึ่งพยายามแสวงหาความร่วมมือจากบุคลากรที่อยู่ในองค์การ เนื่องจากให้คุณค่ากับความเป็นมนุษย์ พยายามแสวงหาความร่วมมือจากบุคลากร ด้วยการบำรุงขวัญและกำลังใจ มีความยืดหยุ่นในการจัดการ

ควอดรันท์บนขวาเป็นควอดรันท์ซึ่งอยู่ระหว่างค่านิยมการกระจายอำนาจกับการเน้นความสามารถในการแข่งขัน เป็นตัวแบบองค์การระบบเปิด (Open Systems Model) มีความยืดหยุ่นในการปรับตัว ขยายตัว พยายามแสวงหาการสนับสนุนทรัพยากรจากภายนอกองค์การ ทั้งนี้เพื่อให้องค์การมีความสามารถในการแข่งขัน (Competitive advantage)

ควอดรันท์ล่างขวาเป็นควอดรันท์ซึ่งอยู่ระหว่างค่านิยม เน้นความสามารถในการแข่งขันกับการรวมศูนย์อำนาจ เป็นตัวแบบองค์การที่ใช้หลักเหตุผล (Rational Goal Model) เน้นการวางแผนในการทำงาน มีการกำหนดเป้าหมาย เน้นความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ควอดรันท์ล่างซ้ายเป็นควอดรันท์ซึ่งอยู่ระหว่างค่านิยมเน้นการรวมศูนย์อำนาจกับการบำรุงรักษาระบบที่เป็นอยู่เดิม เป็นตัวแบบองค์การที่เน้นกระบวนการภายในองค์การ (Internal Process Model) สนใจความเป็นปึกแผ่นขององค์การ ความต่อเนื่องขององค์การ เน้นการควบคุมกำกับโดยใช้การจัดการข้อมูลข่าวสาร และให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารในองค์การ เพื่อให้องค์การมีความมั่นคง

ในทัศนะของ Kim S. Cameron (1986) ในสภาพการณ์ที่สิ่งแวดล้อมขององค์การมีความสลับเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและสลับซับซ้อน เกณฑ์ชีวิตที่ใช้ในการกำหนดประสิทธิผลขององค์การ จะยิ่งดูมีความขัดแย้งกันมากขึ้น (Paradoxical) กล่าวคือไม่สามารถสรุปได้ง่าย ๆ ว่า ลักษณะขององค์การที่มีประสิทธิผลที่แท้จริงเป็นอย่างไร ทั้งนี้เนื่องจากภายใต้สภาวะการอย่างหนึ่งขององค์การที่มีประสิทธิผลอาจมีลักษณะเป็นอย่างหนึ่งในขณะที่ในสภาวะการณ์ที่แตกต่างออกไป ลักษณะขององค์การที่มีประสิทธิผลอาจมีลักษณะที่ตรงกันข้าม ดังที่เห็นได้จากลักษณะขององค์การที่มีประสิทธิผลแบบต่าง ๆ ในกรอบทฤษฎีซึ่งกำหนดค่านิยมของการแข่งขันขององค์การของ Quinn ซึ่งมีทั้งองค์การที่มีลักษณะตรงกันข้าม เช่น ตัวแบบระบบเปิดมีลักษณะตรงกันข้ามกับตัวแบบที่เน้นกระบวนการภายในองค์การในขณะที่ตัวแบบมนุษยสัมพันธ์มีลักษณะตรงกันข้ามกับตัวแบบหลักเหตุผล ในขณะที่ตัวแบบบางตัวแบบมีลักษณะบางประการร่วมกัน เช่น ตัวแบบระบบเปิดยึดถือค่านิยมการแข่งขัน เหมือนกับตัวแบบหลักเหตุผล ตัวแบบระบบเปิดยึดถือค่านิยมการกระจายอำนาจเหมือนกับตัวแบบมนุษยสัมพันธ์ ในขณะที่ตัวแบบมนุษยสัมพันธ์มีค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับภายในองค์การคล้ายกับตัวแบบที่เน้นกระบวนการภายใน และตัวแบบที่เน้นกระบวนการภายในมีค่านิยมการรวมศูนย์อำนาจคล้ายกับตัวแบบหลักเหตุผล

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางความผันแปรของภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตัวแบบระบบเปิดและตัวแบบหลักเหตุผล ซึ่งมีค่านิยมร่วมกันในเรื่องการมุ่งเน้นความสามารถในการแข่งขันเป็นตัวแทน ที่น่าจะได้รับการพิจารณาสำหรับการออกแบบระบบองค์การ เพื่อรองรับการจัดบริการสาธารณะ ให้กับประชาชน ทั้งนี้เพราะการแข่งขันนำไปสู่ความมีประสิทธิภาพและการปรับตัว เพื่อให้องค์การสามารถแข่งขันและอยู่รอดได้ อย่างไรก็ตาม

การตัดสินใจเลือกใช้อองค์การระบบเปิดหรือองค์การที่ยึดหลักเหตุผลขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้บริหารว่าต้องการองค์การซึ่งมีการดำเนินการที่ยึดหลักการกระจายอำนาจหรือการรวมศูนย์อำนาจ

แนวคิดการออกแบบระบบองค์การของนักวิชาการอีกผู้หนึ่งซึ่งสมควรนำมาใช้พิจารณาสำหรับงานวิจัยนี้คือ แนวคิดการออกแบบระบบองค์การของ Mintzberg (1993)

ในทัศนะของ Mintzberg การออกแบบระบบองค์การขนาดใหญ่ซึ่งมีความสลับซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพจะต้องมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 5 ประการคือ ส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex) ส่วนบริหารระดับกลาง (Middle Line) ส่วนปฏิบัติการหลัก (Operating Core) ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก (Technostructure) และส่วนสนับสนุน (Support Staff) โดยแต่ละส่วนมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) ส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex)

ส่วนบริหารระดับสูงมีหน้าที่รับผิดชอบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในภาพรวมขององค์การทั้งหมด ดังนั้น ส่วนบริหารระดับสูงจึงต้องรับผิดชอบการปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์การ (Organizational mission) ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังต้องดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีอำนาจหน้าที่หรือมีอิทธิพลเหนือองค์การ เช่น เจ้าของกิจการ, หน่วยงานของรัฐ, สหภาพแรงงาน, กลุ่มผลประโยชน์ เป็นต้น

โดยทั่วไปส่วนบริหารระดับสูง ได้แก่ คณะกรรมการบริหาร (Executive Committee) กรรมการผู้จัดการ (Chief Executive Officer) ประธานบริษัท (President) หรือตำแหน่งอื่น ๆ ในระดับใกล้เคียง นอกจากนี้ยังรวมถึงบุคคลากรอื่น ๆ ที่เป็นทีมงานของผู้บริหารระดับสูงเหล่านี้ด้วย เช่น ฝ่ายเลขานุการ เป็นต้น

ส่วนบริหารระดับสูงมีภารกิจที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- (1) การบังคับบัญชา (Direct Supervision) โดยทำหน้าที่ประสานงานส่วนต่าง ๆ ขององค์การที่มีลักษณะงานและหน้าที่แตกต่างกันให้มาร่วมกันปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ขอบข่ายของภารกิจนี้ครอบคลุมถึงการจัดสรรทรัพยากร การออกคำสั่ง การวินิจฉัยสั่งการ การแก้ปัญหา แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง การออกแบบองค์การและการบรรจุแต่งตั้งพนักงาน การควบคุมกำกับผลการปฏิบัติงานของพนักงานการจูงใจและการให้รางวัลพนักงาน
- (2) การจัดการองค์การให้สามารถประสานสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมขององค์การได้อย่างราบรื่น

ผู้

บริหารระดับสูงต้องทำหน้าที่ชี้แจงภารกิจขององค์การให้บุคคลอื่น ๆ นอกองค์การได้เข้าใจภารกิจและกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์การกล่าวคือทำหน้าที่สร้างความสัมพันธ์ เสร็จแต่ตรงกับคนภายนอกองค์การ เช่นฝ่ายการเมืองที่มีอำนาจอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานขององค์การ ในบางครั้งอาจต้องทำหน้าที่ในฐานะที่เป็นสัญลักษณ์ขององค์การ โดยเป็นตัวแทนขององค์การไปร่วมในงานพิธีต่าง ๆ เป็นต้น

- (3) กำหนดนโยบายหรือกลยุทธ์การปฏิบัติงานขององค์การ เพื่อให้องค์การสามารถปรับตัวเปลี่ยนแปลง (Change) เพื่อตอบสนองแรงกดดันของสิ่งแวดล้อมขององค์การได้อย่างราบรื่น

2) ส่วนบริหารระดับกลาง (Middle Line)

ส่วนบริหารระดับกลางทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างส่วนบริหารระดับสูงกับส่วนปฏิบัติการหลัก ภาระกิจสำคัญของนักบริหารระดับกลางคือ การแปลงนโยบายให้เป็นแผนงานและโครงการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ควบคุมการดำเนินงานของส่วนปฏิบัติงานหลักโดยตรง(direct supervision) เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย/แผนงาน/โครงการ รายงานผลการปฏิบัติงานให้ผู้บริหารระดับสูงทราบ ตลอดจนเสนอความเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงในกระบวนการวินิจฉัยสั่งการ

เนื่องจากบทบาทของนักบริหารระดับกลางอยู่ระหว่างนักบริหารระดับสูงกับส่วนปฏิบัติงานหลักดังนั้น บางครั้งผู้บริหารระดับกลางจึงอาจจำเป็นต้องทำหน้าที่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ที่อยู่ภายนอกองค์การด้วย และบางครั้งก็มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามบทบาทดังกล่าวอยู่ในขอบเขตที่จำกัดมากกว่าผู้บริหารระดับสูง

3) ส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core)

ส่วนปฏิบัติงานหลักทำหน้าที่โดยตรงในการผลิตสินค้าและ/หรือบริการ โดยมีภาระกิจหลักอยู่ 4 ประการคือ

- (1) แสวงหาปัจจัยนำเข้า
- (2) แปรปัจจัยนำเข้าเป็นปัจจัยนำออก
- (3) จัดสรรหรือจำหน่ายปัจจัยนำออก
- (4) ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการแปรปัจจัยนำเข้าเป็นปัจจัยนำออก เช่น การบำรุงรักษาเครื่องจักร การสำรองวัตถุดิบคงคลัง เป็นต้น

จะเห็นว่าภาระกิจของผู้ปฏิบัติงานหลักค่อนข้างเป็นรูปธรรม ดังนั้นจึงสามารถกำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถตรวจสอบควบคุมได้โดยสะดวก

4) ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก (Technostructure)

ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก ประกอบด้วยกลุ่มพนักงานที่ทำหน้าที่หลักด้านการวิเคราะห์ (Analysts) เพื่อให้ข้อเสนอแนะซึ่งจะมีผลกระทบต่องานในความรับผิดชอบของส่วนงานอื่น ๆ การทำงานของส่วนช่วยอำนวยความสะดวกได้แก่ การพัฒนาตัวแบบ วางแผน ดำเนินการปรับปรุงและ/หรือฝึกอบรมพนักงาน ในส่วนงานอื่น ๆ ให้มีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล

ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก ทำหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกในทุกระดับสายการบังคับบัญชา กล่าวคือในระดับล่างสุด ส่วนช่วยอำนวยความสะดวกทำหน้าที่วิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรฐานของกระบวนการทำงานในการผลิตสินค้าหรือบริการ สร้างระบบควบคุมคุณภาพ ในระดับกลาง ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก ทำหน้าที่วิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรฐานงานด้านวิชาการ เช่น การฝึกอบรมผู้บริหารระดับกลาง นอกจากนี้ยังดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ (Operations Research) เพื่อแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจอีกด้วย ในระดับสูง ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก ทำหน้าที่วาง

แผนกลยุทธ์ ตลอดจนวางระบบการจัดการด้านการเงิน เพื่อควบคุมการปฏิบัติงานขององค์การให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป ส่วนช่วยอำนวยความสะดวกตั้งแต่การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic planning) การวางระบบควบคุมการปฏิบัติงาน (Controller) การฝึกอบรมพนักงาน (Personnel Training) การวิจัยปฏิบัติการ (Operations Research) การกำหนดตารางเวลาการผลิต (Production Scheduling) การศึกษาวิเคราะห์ระบบงาน (Work Study) ตลอดจนงานสนับสนุนอื่น ๆ ในฝ่ายช่วยอำนวยความสะดวก (Technocratic Clerical Staff)

5) ส่วนสนับสนุน (Support Staff)

ส่วนสนับสนุน หมายถึง หน่วยที่ปฏิบัติภารกิจตามความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการผลิตสินค้าหรือบริการขององค์การ ส่วนสนับสนุนแตกต่างจากส่วนช่วยอำนวยความสะดวก ส่วนสนับสนุนไม่ได้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ฝ่ายบริหารทั้งส่วนบริหารระดับสูงและส่วนบริหารระดับกลาง นอกจากนี้ส่วนสนับสนุนยังไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ในกระบวนการทำงานของส่วนปฏิบัติงานหลัก

ส่วนสนับสนุนมีภารกิจเฉพาะด้านของตนเองที่ต้องปฏิบัติ เช่น ในมหาวิทยาลัย มีส่วนสนับสนุนซึ่งได้แก่ สำนักพิมพ์ ศูนย์หนังสือ หน่วยงานรักษาความสะอาดอาคารสถานที่ หน่วยไปรษณีย์ หน่วยรักษาความปลอดภัย หอพักนักศึกษา เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ไม่ได้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนและการวิจัยซึ่งเป็นภารกิจหลักโดยตรงของมหาวิทยาลัย หากแต่ทำหน้าที่เฉพาะด้านของตนเองแยกต่างหากออกมาจากส่วนปฏิบัติงานหลัก ซึ่งได้แก่ ภาควิชาและคณะต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ด้านการเรียนการสอนและการวิจัย

ส่วนสนับสนุนทำหน้าที่ให้การสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ ในองค์การ ในทุกระดับของสายการบังคับบัญชา เช่น ในระดับสูง อาจมีหน่วยงานประชาสัมพันธ์ มีหน่วยงานที่ปรึกษาด้านกฎหมาย ซึ่งทำหน้าที่ให้กับผู้บริหารระดับสูงขององค์การโดยตรง ในขณะที่ในระดับกลางอาจมีหน่วยงานด้านแรงงานสัมพันธ์ หน่วยงานวิจัยและพัฒนาทำหน้าที่สนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารระดับกลาง ในระดับล่างอาจมีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนปฏิบัติงานหลัก เช่น บริการไปรษณีย์ แผนกต้อนรับ แผนกจ่ายเงินเดือน เป็นต้น ลักษณะของหน่วยงานในส่วนสนับสนุนจะมีความเป็นเฉพาะทางค่อนข้างมาก บุคลากรในหน่วยงานเหล่านี้จึงมีความเป็นวิชาชีพสูง มีมาตรฐานเกี่ยวกับความรู้ความสามารถค่อนข้างสูง

กล่าวโดยสรุป หน่วยงานภายใต้ส่วนสนับสนุนได้แก่ หน่วยงานที่ปรึกษาด้านกฎหมาย หน่วยงานประชาสัมพันธ์ หน่วยงานแรงงานสัมพันธ์ หน่วยงานวิจัยและพัฒนา หน่วยงานจ่ายรายเดือน แผนกต้อนรับ แผนกไปรษณีย์ หน่วยงานบริการด้านอาหาร

ในทัศนะของ Mintzberg บทบาทความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบใน 5 องค์ประกอบหลักขององค์การ มีสัดส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละสภาวะการณ์ ซึ่งทำให้สามารถแบ่งรูปแบบขององค์การที่มีอยู่ทั่วไปออกเป็น 5 รูปแบบ คือ องค์การแบบง่าย (Simple structure) องค์การแบบเครื่องจักร (Machine Bureaucracy) องค์การ

การแบบวิชาชีพ (Professional Bureaucracy) องค์การแบบแบ่งแยกตามความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน (Divisionalized Form) และองค์การเฉพาะกิจ (Adhocracy) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญต่อไปนี้

1) **องค์การแบบง่าย (Simple Structure)** เป็นรูปแบบองค์การซึ่งผู้บริหารระดับสูงทำหน้าที่กำหนดนโยบายตลอดจนตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ ขององค์การด้วยตนเอง การทำงานเป็นลักษณะของการรวมศูนย์อำนาจ โดยผู้บริหารระดับสูงเข้าไปควบคุมส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core) ด้วยการเข้าไปบังคับบัญชาโดยตรง (Direct Supervision)

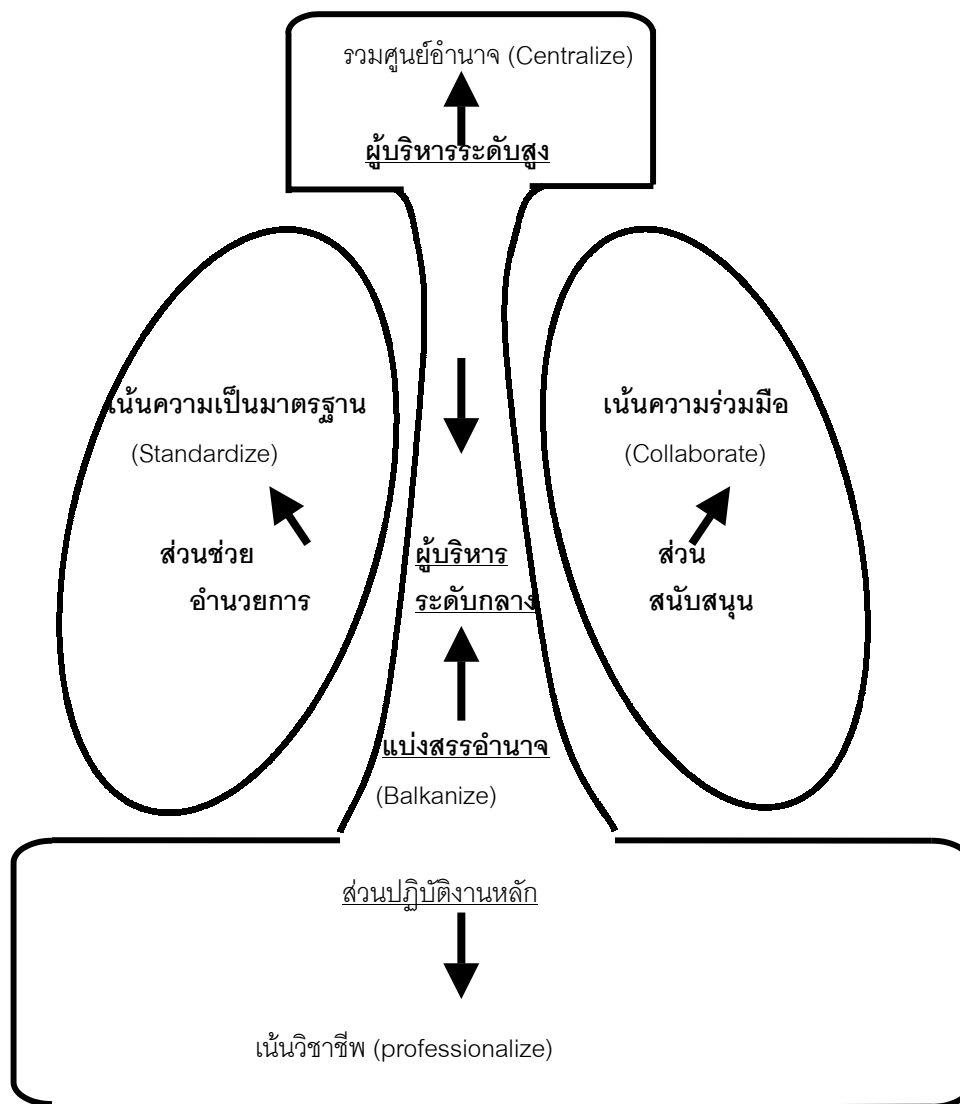
2) **องค์การแบบเครื่องจักร (Machine Bureaucracy)** เป็นรูปแบบองค์การที่ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก (Technostructure) มีบทบาทสำคัญ กล่าวคือ ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานของกระบวนการทำงาน กระบวนการทำงานจึงมีรูปแบบที่แน่นอน การทำงานจึงมีลักษณะกระจายอำนาจเล็กน้อยในแนวนอน

3) **องค์การแบบวิชาชีพ (Professional Bureaucracy)** เป็นองค์การที่ส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core) มีความสามารถสูงเพราะมีความรู้และความเชี่ยวชาญจากการศึกษาฝึกอบรมมาโดยตรงทำให้ผู้บริหารระดับสูง (Strategic Apex) และผู้บริหารระดับกลาง (Middle Line) ไม่จำเป็นต้องเข้ามายุ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของส่วนปฏิบัติงานหลักมาก ลักษณะโครงสร้างองค์การแบบวิชาชีพจึงเป็นการกระจายอำนาจให้ส่วนปฏิบัติงานหลักดำเนินการโดยอิสระ แต่อย่างไรก็ตามระบบขององค์การแบบนี้ใช้วิธีการกำหนดมาตรฐานของทักษะ (Standardization of Skills) ของผู้ปฏิบัติงานหลัก เพื่อให้มั่นใจว่างานซึ่งส่วนปฏิบัติงานหลักได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจะได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

4) **องค์การแบบแบ่งแยกตามความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน (Divisionalized Form)** เป็นรูปแบบองค์การซึ่งผู้บริหารระดับสูง (Strategic Apex) กระจายอำนาจให้ผู้บริหารระดับกลาง (Middle Line) เพื่อให้มีอิสระในการทำงานมากขึ้น ในการกำกับการทำงานของส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core) อย่างไรก็ตามผู้บริหารระดับสูงยังคงทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจด้วยตนเอง องค์การรูปแบบนี้ผู้บริหารระดับกลางต้องมีความสามารถในหลาย ๆ ด้าน เพราะมีความรับผิดชอบสูง การควบคุมภายในระบบขององค์การแบบนี้ใช้วิธีกำหนดมาตรฐานของปัจจัยนำออก (Standardization of Outputs)

5) **องค์การเฉพาะกิจ (Adhocracy)** เป็นรูปแบบองค์การซึ่งส่วนสนับสนุน (Support Staff) มีอิทธิพลสูงสุดในองค์การ ส่วนต่าง ๆ ขององค์การมีอิสระ แต่ร่วมมือกันในการตัดสินใจตามความรู้เฉพาะด้านของแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่ม องค์การแบบนี้มีเป้าหมายที่จะค้นคิดความรู้ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ จึงจำเป็นต้องมีโครงสร้างองค์การที่กระจายอำนาจ และประสานงานโดยวิธีปรับตัวเข้าหาซึ่งกันและกัน

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นจะเห็นได้ว่า องค์การทั้ง 5 แบบ กำหนดบทบาทความสำคัญของแต่ละส่วนขององค์การไว้ไม่เท่าเทียมกัน โดยขึ้นอยู่กับภารกิจ บทบาทความรับผิดชอบ และสภาวะแวดล้อมขององค์การที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละส่วนขององค์การแสดงบทบาทที่แตกต่างกัน ซึ่งสรุปได้ดังแผนภูมิ 2.2



แผนภูมิ 2.2 แรงดึงของส่วนต่าง ๆ ในระบบองค์การตามแนวคิดของ Mintzberg

หมายเหตุ : ดัดแปลงจาก Fig 7-1 ใน Mintzberg 1993, 154.

กล่าวโดยสรุป Elmore, Quinn, และ Mintzberg มีมุมมองเกี่ยวกับองค์การที่มีประสิทธิภาพคล้ายกัน กล่าวคือไม่มีรูปแบบการจัดระบบองค์การแบบใดแบบหนึ่งที่ดีที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือสถานการณ์ กล่าวคือภายใต้เงื่อนไขหรือสถานการณ์อย่างหนึ่งอาจต้องการการจัดระบบองค์การแบบหนึ่ง และถ้าเงื่อนไขหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป รูปแบบการจัดระบบองค์การก็เปลี่ยนไปด้วย ดังนั้นการนำนโยบายการจัดบริการสาธารณะไปปฏิบัติ (Public Policy Implementation) จึงจำเป็นต้องพิจารณาการจัดระบบองค์การของระบบการให้บริการสาธารณะดังกล่าวให้มีความสอดคล้องกับเงื่อนไขและสถานการณ์ซึ่งเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

จากแผนภูมิ 2.3 แสดงให้เห็นว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่หลายหน่วยงาน ซึ่งต่างก็มีภารกิจและความรับผิดชอบเฉพาะด้านของตนเอง กล่าวคือ มีหน่วยงานจัดสรรเงินงบประมาณในระดับชาติ มีหน่วยงานบริหารด้านการเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ มีสถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้บริการ และมีประชาชนเป็นผู้รับบริการ

กระทรวงการคลังและสำนักงานงบประมาณ ทำหน้าที่ในการจัดสรรเงินงบประมาณซึ่งเก็บจากภาษีอากรให้กับหน่วยงานบริหารด้านการเงิน ซึ่งได้แก่กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม หน่วยงานปกครองท้องถิ่น ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และรัฐวิสาหกิจ เพื่อให้หน่วยงานเหล่านี้นำไปจัดสรรให้กับสถานบริการต่าง ๆ สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน

หน่วยงานบริหารด้านการเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน หน่วยงานบริหารด้านการเงินของภาครัฐได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม หน่วยงานปกครองท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐเหล่านี้ทำหน้าที่จัดสรรเงินงบประมาณซึ่งได้รับจากรัฐบาลให้กับสถานบริการสุขภาพในสังกัดของตนเอง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในส่วนของภาคเอกชน ได้แก่ บริษัทเอกชนซึ่งทำธุรกิจด้านการประกันสุขภาพ ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ บริษัทประกันชีวิต ซึ่งขายประกันสุขภาพในรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลักมีอยู่ทั้งหมด 12 บริษัท และบริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะ ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 6 บริษัท บริษัทเหล่านี้มีรายได้จากเบี้ยประกัน ซึ่งประชาชนที่ซื้อประกันจ่ายให้ และนำรายได้นั้นมาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่ซื้อประกัน เมื่อเขาเหล่านั้นเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานบริการ (สุวณี สุรเสียงสังข์ 2541)

สถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งมีทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนกระจายกันอยู่ทั่วประเทศ

การจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยดังกล่าวนี้ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายการจัดบริการสุขภาพมีราคาแพง ไม่เป็นธรรมและมีการทุจริต ทั้งนี้เพราะระบบองค์การมีลักษณะที่กระจายความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้กับหลายหน่วยงาน ซึ่งต่างก็มีรูปแบบของการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนเงินทดแทนอุบัติเหตุจากการทำงาน กองทุนผู้ประสบภัยจากรถ และการประกันสุขภาพกับภาคเอกชนใช้วิธีเบิกจ่ายให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ดูแลตามค่าใช้จ่ายจริง (Fee for Services) ในขณะที่กองทุนประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ ใช้วิธีการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ 2542)

จุดเด่นของการจัดระบบองค์การเพื่อประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน คือ การกระจายภารกิจและความรับผิดชอบให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านแตกต่างกัน หน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้จะสามารถปฏิบัติงานเฉพาะในส่วนที่ตนเองได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นและเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของระบบปัจจุบัน คือ การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ทำให้ไม่สามารถมองภาพรวมของทั้งระบบได้ เช่น กระทรวงสาธารณสุขดูแลเฉพาะส่วน สปร. และ โครงการบัตรสุขภาพ ในขณะที่

สำนักงานกองทุนประกันสังคมดูแลเฉพาะสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน ที่ลงทะเบียนกับสำนักงานกองทุนประกันสังคม และกรมบัญชีกลางดูแลสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว รัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งดูแลพนักงานรัฐวิสาหกิจของตนเอง บริษัทประกันภัยดูแลเฉพาะผู้ซื้อประกันสุขภาพของตน

การจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันนอกจากขาดการประสานงาน ซึ่งทำให้ไม่สามารถมองเห็นภาพรวมของความสำเร็จหรือความล้มเหลวทั้งระบบได้แล้ว ยังนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการให้บริการ และการให้บริการในลักษณะที่ไม่มีประสิทธิภาพอีกด้วย กล่าวคือ มาตรฐานของการให้บริการสุขภาพมีความแตกต่างกัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน (ดูตารางที่ 1.16)

จากวงเงินค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพปัจจุบันซึ่งมีทั้งหมดประมาณ 283,576 ล้านบาท แต่สามารถครอบคลุมบริการให้กับประชาชนได้เพียงร้อยละ 80 ของประชากรเท่านั้น อีกร้อยละ 20 ของประชากรยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการ (ดูตาราง 1.2 และตาราง 1.16)

ระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันขาดกลไกที่สำคัญในการควบคุมกำกับการทำงานของระบบในภาพรวมขาดกลไกในการประสานงานไม่มีเวทีในการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ โดยภาพรวมแล้วระบบองค์การปัจจุบันมีลักษณะแยกความรับผิดชอบเป็นส่วน ๆ (Fragment) และการบำรุงรักษาระบบที่เป็นอยู่เดิมให้ความสำคัญกับภายในระบบองค์การ ขาดความกระตือรือร้นที่จะตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้

การจัดระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพใหม่ เพื่อให้มีหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่ในการประสานนโยบาย (Policy Integration) ด้านการประกันสุขภาพ ตลอดจนการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล และการควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น นอกจากนี้ องค์การดังกล่าวยังเป็นเวทีที่ใช้ในการเจรจาต่อรองในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ตลอดจนการบริหารความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการมีหน่วยงานในระดับปฏิบัติหลายหน่วยงาน ซึ่งต่างก็มุ่งมั่นทำงานเฉพาะในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด โดยไม่สนใจความสำเร็จในภาพรวม ระบบการจัดการใหม่จึงน่าจะมีลักษณะดังแผนภูมิ 3.1 (ข้อ 2 ในบทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

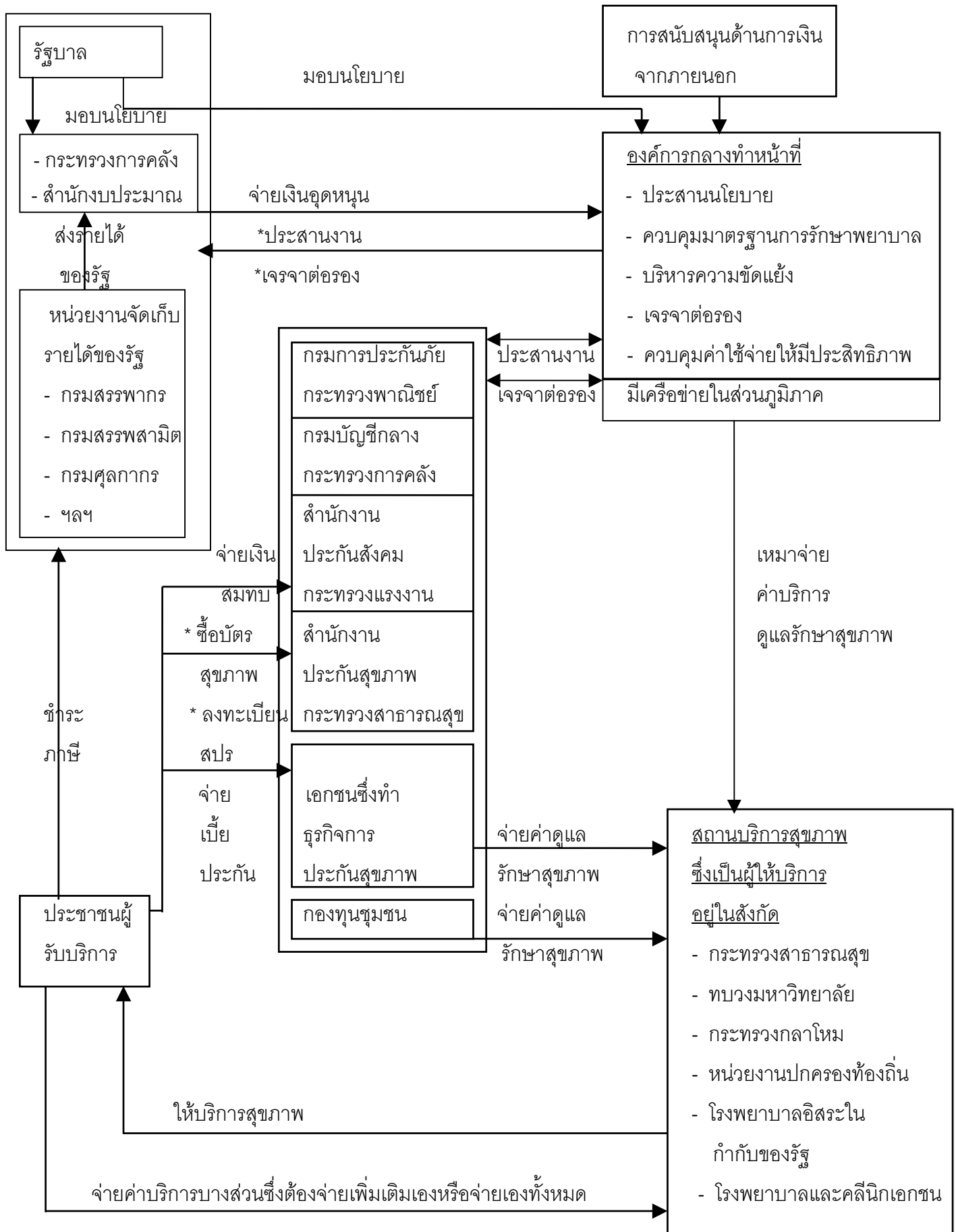
1. แนวทางการศึกษาวิจัย (Research Approach)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy Research) เพื่อแสวงหาสารสนเทศที่จำเป็นต่อการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพนำเสนอเป็นทางเลือกต่อผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) และเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) โดยการศึกษาวิจัยจะเน้นผลลัพธ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การศึกษาใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) เป็นหลัก โดยศึกษาจากเอกสาร (Document Review) ตลอดจนการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมระดมความคิดร่วมกับที่ปรึกษา การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interviewing) การทำกลุ่มสนทนา (Focus Group) การจัดประชุมระดมสมอง (Brain Storming) และการสัมมนาสาธารณะ (Public Workshop) และใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) บางส่วนในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่แจกหลังการทำกลุ่มสนทนา

2. กรอบแนวคิดการศึกษา

การจัดระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัยนี้ มีลักษณะตามแผนภูมิ 3.1



แผนภูมิ 3.1 : กรอบแนวคิดเพื่อปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

การจัดระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเสนอปรับปรุงใหม่มีลักษณะสำคัญโดยสรุป ดังนี้

แนวคิดหลักที่สำคัญ ซึ่งเป็นปรัชญาเบื้องหลังของระบบการจัดการที่เสนอปรับปรุงใหม่เป็นการผสมผสานระหว่าง การใช้หลักเหตุผล (Rationality) การมีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (Goal Directed) การบรรลุเป้าหมายสูงสุด (Maximize Performance) การปรับระบบให้เป็นเอกภาพ (Unified System) การเปิดโอกาสให้มีการใช้ดุลพินิจ (Discretion) การกระจายความรับผิดชอบ (Delegation of Responsibility) การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management) และการใช้การเจรจาต่อรองในการหาข้อยุติร่วมกัน (Bargaining)

การจัดโครงสร้างของระบบการจัดการเพื่อจัดสรรอำนาจภายในองค์การจึงควรมีลักษณะของโครงสร้างที่เน้นการรวมศูนย์อำนาจในระดับนโยบาย แต่กระจายความรับผิดชอบลงไปสู่ระดับปฏิบัติ มีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบในการประสานนโยบาย ตลอดจนการควบคุมกำกับการทำงานของทั้งระบบ บริหารงานเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการทำงานภายในระบบ และควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ

กระบวนการตัดสินใจภายในระบบการจัดการ ควรมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ผู้บริหารระดับสูง (Strategic Apex) ซึ่งกำหนดนโยบาย แต่มีความยืดหยุ่นเปิดโอกาสให้มีการเจรจาต่อรองจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในกรณีซึ่งยังมีข้อคิดเห็นที่แตกต่างกัน

กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติภายใต้ระบบการจัดการที่เสนอ เริ่มต้นจากการประสานนโยบายร่วมกันระหว่างหน่วยงาน Middle Line ซึ่งรับผิดชอบดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อกำหนดเป้าหมายการประกันสุขภาพร่วมกัน เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพ มีอิสระในการบริหารงานภายใต้ระบบควบคุมกำกับ แต่ไม่ใช่การควบคุมกำกับตามลำดับขั้นของการบังคับบัญชา ซึ่งเน้นที่การเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานที่ได้กับเป้าหมายตามแผนงานที่กำหนด แต่เป็นการควบคุมกำกับคุณภาพของการให้บริการ (ให้ความสำคัญกับส่วนช่วยอำนวยความสะดวก - Technostructure และส่วนสนับสนุน - Support Staff) ในกรณีที่เกิดความขัดแย้งขึ้นในกระบวนการของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความขัดแย้งในเชิงนโยบายหรือในวิธีการปฏิบัติ ระบบเปิดโอกาสให้แต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมในการเจรจาต่อรองเพื่อแสวงหาข้อยุติ

3. ประชากรเป้าหมายและการมีส่วนร่วม

3.1 ประชากรเป้าหมาย ประชากรเป้าหมายประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ

3.1.1 ผู้กำหนดนโยบาย (Policymakers) ประกอบด้วย นักการเมืองในระดับนโยบายที่มีความรู้ความสามารถหรือสนใจงานด้านสุขภาพและการปฏิรูป จากหน่วยงานดังนี้

1) รัฐสภา

- สภาผู้แทนราษฎร
- วุฒิสภา

3.1.2 ผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Top Executives) จากหน่วยงานดังต่อไปนี้

2) สำนักนายกรัฐมนตรี

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

3) กระทรวงการคลัง

- กรมบัญชีกลาง

4) กระทรวงสาธารณสุข

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข
- กองโรงพยาบาลภูมิภาค
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักงานประกันสุขภาพ
- สำนักงานโครงการปฏิรูปสาธารณสุขแห่งชาติ
- สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข
- กรมการแพทย์
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

5) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

- สำนักงานประกันสังคม

6) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

7) ภาคเอกชน

- บริษัทที่ดำเนินธุรกิจด้านการประกันสุขภาพ

8) หน่วยงานปกครองท้องถิ่น

- สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

3.1.3 ผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (Providers)

3.1.4 ผู้นำองค์กรชุมชน (Community Leaders) ประกอบด้วยมูลนิธิและกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการ

ผลิต

3.2 การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยสุ่มจากประชากรเป้าหมายในช่วงต้น จากนั้นจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (Snowball Sampling) โดยให้ประชากรเป้าหมายเบื้องต้นแนะนำเกี่ยวกับเอกสารที่จะศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับตัวบุคคลซึ่งมีอำนาจหน้าที่ ความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญและให้ความสนใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้วิจัยจะสามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ถูกแนะนำถึงได้ต่อไป ซึ่งจะสามารถให้ข้อมูลเจาะลึกในประเด็นต่าง ๆ ของการศึกษาได้เป็นอย่างดี

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมจากเอกสารต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ตำรา บทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย รายงานผลการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดระบบการจัดการเพื่อรองรับการจัดระบบประกันสุขภาพ

4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ

4.2.1. การประชุมเพื่อระดมความคิดร่วมกับคณะที่ปรึกษา เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยองค์ประกอบคณะที่ปรึกษามาจากผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชา ดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสังคมและการเมืองไทย/นโยบายสาธารณะ
ศ.ดร. สมบัติ อารังธัญวงศ์
2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิรูประบบราชการ
ดร. เฉลิม ศรีผดุง
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
รศ.ดร. มัทนา พนานิรมัย
4. ผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลัง
รศ.ดร. พลภัทร บุราคม

5. ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสุขภาพ
นพ. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
6. ผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินและการคลัง
นายกวี ศิริพาส
7. ผู้เชี่ยวชาญด้านสวัสดิการสังคม
รศ.ดร. วิจิตร ระวังวงศ์
8. ผู้อำนวยการกองนโยบายการออมและการลงทุน, สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
นางอารีย์ น้อยวงศ์
9. ผู้นำชุมชนที่มีบทบาทนำในด้านการส่งเสริมการบริการสุขภาพ
คุณครูชบ ยอดแก้ว

4.2.2 การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพ

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบการประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ใน อนาคต ตลอดจนมาตรการต่าง ๆ ที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนำตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มประชากรเป้าหมายสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก ประกอบด้วย 4 กลุ่มคือ

- 1.) ผู้กำหนดนโยบาย (Policymakers) ประกอบด้วย นักการเมืองในระดับนโยบายที่มีความรู้ความสามารถหรือสนใจงานด้านสุขภาพและการปฏิรูป ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- 2.) ผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Top Executives)
- 3.) ผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (Providers)
- 4.) ผู้นำองค์กรชุมชน (Community Leaders)

4.2.3 การทำกลุ่มสนทนา (Focus Group) และ การแจกแบบสอบถาม

(Questionnaire) เพื่อทราบถึงแนวคิด ทักษะภาพ จุดยืนและท่าทีของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุข และผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจาก 5 จังหวัดที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค คือ กรุงเทพมหานคร สระบุรี ชอนแก่น พิษณุโลก และสงขลา

4.2.4. การจัดประชุมระดมสมอง (Brain Storming) จัดประชุมระดมสมองร่วมกับคณะ ที่

ปรึกษา เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นทางด้านวิชาการเพื่อนำมาสู่การประมวลผลที่ได้จากการศึกษา และการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.2.5. การจัดสัมมนาสาธารณะ (Public Workshop) เป็นการสื่อสารและนำเสนอผลการ ศึกษา เพื่อให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ และประมวลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อ การปรับปรุงรายงานขั้นสุดท้าย โดยกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

- 1.) นักการเมือง
- 2.) ผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน
- 3.) ผู้บริหารบริษัทเอกชนที่ประกอบธุรกิจด้านการประกันสุขภาพ
- 4.) ตัวแทนประชาชนผู้มีประกัน กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ
- 5.) นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนสถาบันวิชาการ ผู้แทนสถาบันวิจัย
- 6.) ผู้แทนสื่อมวลชน และสาธารณะชนที่สนใจ

5. การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงาน:

- 5.1 ประมวลผลข้อมูล เพื่อสรุปข้อค้นพบของการศึกษา (Research Findings) และทำรายงานผลการ
ศึกษาเบื้องต้น (Preliminary Report)
- 5.2 นำเสนอรายงานผลการศึกษาเบื้องต้นให้กับคณะที่ปรึกษาและผู้บริหารของสถาบันวิจัยระบบสา
ธารณสุข เพื่อขอข้อมูลย้อนกลับ และข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 5.3 วิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลและนำเสนอต่อที่ประชุมการสัมมนาสาธารณะ เพื่อรับทราบข้อคิดเห็น
และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์
- 5.4 จัดทำรายงานผลการศึกษาดำเนินการ
- 5.5 นำเสนอรายงานในที่ประชุมวิชาการ

6. การนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัยจะนำเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในบทนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 หัวข้อคือ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ 2) ประเด็นปัญหาของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน 3) ตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั่วหน้า 4) มาตรการที่เหมาะสมในการนำตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ 5) การสรุปความ

1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย (Policy makers) ผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Top executives) ผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (Providers) และผู้นำองค์กรชุมชน ซึ่งแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายมี 2 คน เป็นรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี 1 ท่าน และเป็นวุฒิสมาชิก 1 ท่าน ทั้งสองท่านจบการศึกษาในระดับปริญญาโท

ในความเป็นจริงผู้วิจัยได้ติดต่อขอสัมภาษณ์นักการเมืองทั้งหมด 8 ท่าน ซึ่งเป็นนักการเมืองทั้งในพรรคร่วมรัฐบาล ทั้งที่เป็นรัฐมนตรีและสมาชิกสภาผู้แทนซึ่งไม่มีตำแหน่งบริหาร รวมทั้งได้ติดต่อนักการเมืองในพรรคฝ่ายค้านด้วย แต่ได้รับการตอบรับเพียงแค่ 2 ท่านเท่านั้น ในส่วนที่เหลือผู้วิจัยได้พยายามติดต่อเพื่อขอนัดสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูประบบการจัดการสำหรับการประกันสุขภาพ แต่ไม่ได้รับการตอบรับ

ประเด็นที่น่าสังเกตสำหรับกลุ่มนักการเมืองซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายนี้คือ เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์แต่ละตัวการในกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยจะขอคำแนะนำว่าควรจะไปสัมภาษณ์นักการเมืองท่านใดอีกเป็นการเพิ่มเติมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปแต่มักจะได้รับคำตอบว่ามีนักการเมืองจำนวนน้อยมากที่สนใจเรื่องปัญหาสาธารณสุขอย่างแท้จริง

2) กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (รวมนักวิชาการอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย) จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่และระดับการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

ตาราง 4.1 : จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงจำแนกตามตำแหน่งและระดับการศึกษา

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	การศึกษา	จำนวน (คน)
ข้าราชการ			
1. เลขาธิการสำนักงาน	1	1.ปริญญาตรี	4
2. รองเลขาธิการสำนักงาน	1	2.ปริญญาโท	13
3. รองปลัดกระทรวงฯ	1	3.ปริญญาเอก	5
4. ที่ปรึกษากระทรวง	2		
5. อธิบดี	2		
6. รองอธิบดี	1		
7. ผู้อำนวยการสำนักงาน	4		
8. ผู้อำนวยการกอง	1		
9. ผู้ช่วยผู้อำนวยการกอง	1		
10. นักวิชาการ	6		
เอกชน			
11. ที่ปรึกษากรรมการผู้จัดการบริษัทประกันเอกชน	1		
12. กรรมการผู้จัดการโรงพยาบาลเอกชน	1		
รวม	22		22

3) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำชุมชนมี 4 คน จำแนกตามตำแหน่งและการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 : จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้นำชุมชนจำแนกตามตำแหน่งและระดับการศึกษา

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	การศึกษา	จำนวน (คน)
1. ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาชนบทมูลนิธิหมู่บ้าน	1	1.ปริญญาตรี	3
2. ผู้นำชุมชน	1	2. ประถมศึกษา	1
3. ประธานกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต	1		
4. กรรมการเลขานุการกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต	1		
รวม	4		4

4) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งสิ้น 99 คน จำแนกตามหน่วยงานที่สังกัดและการศึกษา ดังต่อไปนี้

ตาราง 4.3 : จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขจำแนกตามหน่วยงานและการศึกษา

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	การศึกษา	จำนวน (คน)
1. ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	9	1. ประกาศนียบัตร	24
2. ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	31	2.ปริญญาตรี	58
3. ตัวแทนจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน	59	3.ปริญญาโท	13
		4. ไม่ระบุ	4
รวม	99	รวม	99

2 ประเด็นปัญหาของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน

2.1 การกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

แนวความคิดการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรไทยทุกคนได้รับการยอมรับเป็นนโยบายอย่างเป็นทางการครั้งแรกในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2537) โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2535, 49-50)

สนับสนุนให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงานทั้งในและต่างประเทศ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่น ๆ ได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ และรักษาพยาบาล

นโยบายดังกล่าวได้กำหนดกลยุทธ์การสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุขไว้ 3 ประการ คือ

1) จัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างเป็น

ธรรม

2) สนับสนุนและพัฒนาระบบประกันสุขภาพทั้งโดยบังคับและสมัครใจให้สามารถครอบคลุมอย่างกว้างขวางในขอบข่ายทั่วประเทศ และดำเนินการอย่างมีคุณภาพและประหยัด

3) วางแนวทางและมาตรการที่เฉพาะ และเหมาะสมเพื่อให้มีหลักประกันในด้านการได้รับบริการสาธารณสุขแก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ทุพพลภาพ คนงานในต่างประเทศ และกลุ่มครอบครัวใช้แรงงานที่อพยพเข้ามาในเมือง และไม่มีหลักแหล่งที่แน่นอน

ในช่วงระยะเวลาเริ่มต้นของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 นั้น ยังมีคนไทยประมาณ ร้อยละ 50 ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองใด ๆ จากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกจากนี่ยังมีระบบการประกันสุขภาพต่าง ๆ ยังมีความซ้ำซ้อน ขาดมาตรฐาน ขาดความเป็นธรรม ด้อยประสิทธิภาพและคุณภาพยังไม่ดีพอ

การดำเนินการตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ คือ การประกาศวิสัยทัศน์เพื่อไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยอย่างเป็นทางการในการประชุมการคลังสาธารณสุขในประเทศไทยปี พ.ศ. 2536 โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2548 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2536)

ในกฎหมายรัฐธรรมนูญได้มีการกำหนดสิทธิของคนไทยด้านการรักษาพยาบาลไว้ในรัฐธรรมนูญเป็นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 41 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

สิทธิการรักษาพยาบาลของคนไทย ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ยังคงได้รับการรับรองสืบต่อเนื่องมาจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยมีการขยายรายละเอียดสาระสำคัญเพิ่มเติมมากขึ้น กล่าวคือ รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ว่า

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

นอกจากนี้ในมาตรา 82 หมวด 5 แนวนโยบายแห่งรัฐยังกำหนดไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

เพื่อประกันสิทธิของคนไทยด้านการรักษาพยาบาลตามรัฐธรรมนูญ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุขในเรื่องการประกันสุขภาพไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ดังนี้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2540, 7)

3. เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธวิธีดำเนินการโดยการ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2540, 51)

- 2.4) เร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาส ในสังคม หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (Core Health Services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้ และการยอมรับการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย

กลุ่มตัวอย่างนักการเมืองซึ่งอยู่ในฐานะผู้กำหนดนโยบาย ได้แสดงทัศนะต่าง ๆ เกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี กล่าวคือ ทั้งสองท่านทราบดีว่า ในมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2540) กำหนดให้บุคคลมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โดยบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ทั้งสองท่านยังเห็นด้วยกับความเร่งด่วนที่จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงแม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจก็อยู่ก็ตาม ทั้งนี้โดยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ว่าควรคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

(1) ระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีการแบ่งแยกบทบาทหน้าที่ของ 4 ฝ่ายออกจากกันอย่างชัดเจนว่าใครอยู่ในฐานะผู้รับบริการ (Consumers) ใครอยู่ในฐานะผู้ให้บริการ (Providers) ใครอยู่ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchasers) และใครเป็นผู้กำกับดูแลระบบ (Regulators)

(2) ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในระบบประกันสุขภาพควรมาจากภาษีเฉพาะด้าน ซึ่งอาจเรียกว่าภาษีสุขภาพก็ได้

(3) ระบบประกันสุขภาพต้องเป็นระบบที่มีการกระจายความเสี่ยง ทั้งคนที่ป่วยและคนที่ไม่ป่วย

(4) ประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายบางส่วน (Copayment)

2) ผู้บริหารระดับสูง

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้บริหารระดับสูงจำนวน 22 คน ในประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ว่าการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายของรัฐหรือไม่ ปรากฏคำตอบจำแนกตามกลุ่มดังต่อไปนี้

- | | |
|--|-------|
| (1) ยืนยันว่าเป็นนโยบายจำนวน | 10 คน |
| (2) ลังเลไม่กล้ายืนยันหรือปฏิเสธ | 3 คน |
| (3) ปฏิเสธว่าไม่ใช่นโยบาย | 1 คน |
| (4) ไม่รู้เพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง | 8 คน |

กลุ่มที่ยืนยันว่าการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายของรัฐส่วนหนึ่งให้เหตุผลว่าเรื่องนี้ได้รับการบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในมาตรา 52 อีกส่วนหนึ่งยืนยันว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบาย/วัตถุประสงค์ข้อหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) และฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)

กลุ่มที่ลังเลไม่ยืนยันว่าการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายของรัฐหรือไม่นั้น ทั้งหมดทราบสาระสำคัญของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี และอยู่ในกลุ่มที่มีส่วนผลักดันให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความก้าวหน้าในการดำเนินการ เพียงแต่ไม่แน่ใจว่าเรื่องนี้เป็นนโยบายที่เป็นทางการ ซึ่งกำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับปัจจุบันหรือไม่

กลุ่มที่ไม่รู้เพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงทั้ง 8 ท่าน เป็นผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น ความสนใจจึงมุ่งอยู่ที่ภารกิจของหน่วยงานของตนเองซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องโดยตรงหรือโดยอ้อมกับระบบประกันสุขภาพ จึงขาดความสนใจในการมองความสำเร็จของระบบประกันสุขภาพในภาพรวม ดังนั้น จึงไม่ได้ให้ความสนใจแนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่น่าสนใจคือ มีผู้บริหารท่านเดียวที่ปฏิเสธว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่นโยบายของรัฐ โดยให้ความเห็นว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องของนักวิชาการซึ่งเป็นนักคิด ในทางปฏิบัตินโยบายดังกล่าวไม่มีทางเป็นไปได้

ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นคำถามว่า ถ้าผู้บริหารท่านนี้ปฏิเสธว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่นโยบายของรัฐ ทำไมจึงกำหนดวิสัยทัศน์หน่วยงานของตนเองไว้ว่า “ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพทุกคน” ซึ่งทำเป็นป้ายติดไว้ที่หน้าสำนักงาน และกำหนดพันธกิจไว้ด้วยดังนี้

มุ่ง ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สู่ การพัฒนาคนก้าวไกล

จุด ประกายที่มงานสดใส

หมาย ความฉับไวในบริการ

คำตอบที่ได้รับคือ วิสัยทัศน์และพันธกิจดังกล่าวเป็นของเก่าที่ยังไม่ได้ปรับปรุง ซึ่งเมื่อผู้วิจัยนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับเอกสารแผนพัฒนาหน่วยงานดังกล่าว พบว่าในเอกสารดังกล่าวไม่ได้ระบุถึงวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน แต่กำหนดพันธกิจซึ่งแตกต่างจากเดิมกล่าวคือ พันธกิจของหน่วยงานดังกล่าวมี 3 ประการคือ

(1) พัฒนานโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนไทย

(2) ประสานนโยบายและแผนการประกันสุขภาพและสวัสดิการของรัฐต่าง ๆ ให้มีความเสมอภาคและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

(3) สร้างความเชื่อมั่นในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสุขภาพและสวัสดิการที่รับผิดชอบ

ซึ่งสาระสำคัญในพันธกิจดังกล่าวไม่ได้ให้ความสำคัญต่อความพยายามที่จะดำเนินการให้มีการครอบคลุมการประกันสุขภาพอย่างทั่วหน้าเลย จึงเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงเพราะหน่วยงานนี้เป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยงานหนึ่งซึ่งมีส่วนรับผิดชอบโดยตรงในเรื่องนี้

จากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้บริหารระดับสูง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีความเห็นว่าสามารถจำแนกกลุ่มผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่มที่เห็นด้วยและพยายามผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(2) กลุ่มที่เห็นด้วยแต่อยากให้มีการศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นต่าง ๆ ก่อนที่จะผลักดันให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลในทางปฏิบัติ

(3) กลุ่มที่มองไม่เห็นความแตกต่างระหว่างการมีหรือไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพราะภายใต้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันสถานบริการสุขภาพของรัฐก็ไม่สามารถปฏิเสธการให้การรักษายาบาลแก่ประชาชนได้อยู่แล้ว

3) กลุ่มผู้ให้บริการ (Providers)

จากการใช้แบบสอบถามแจกให้ผู้บริหารจากสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาคที่มาร่วมการสัมภาษณ์กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ จำนวนทั้งสิ้น 99 คน และได้รับแบบสอบถามคืนครบทั้งหมด

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้บริการที่ตอบแบบสอบถามมีเพียงร้อยละ 78.8 ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความหมายของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกต้องว่าหมายถึง การที่คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะยากดีมีจน หรือมีฐานะอย่างไร หากเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน

ข้อมูลดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ อีกจำนวนไม่น้อย (21.2%) ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องจะต้องเร่งทำความเข้าใจกับคนกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพราะคนกลุ่มนี้ถือเป็นด่านหน้าของการนำบริการสุขภาพไปสู่ประชาชน (street-level bureaucrats) (Lipsky 1980) หากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะมีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายเรื่องนี้ไปปฏิบัติอย่างแน่นอน

4) กลุ่มประชาชนผู้รับบริการ (Consumers)

จากการวิจัยสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เรื่องหลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2543) พบว่าประชาชนร้อยละ 63.9 เข้าใจความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าหมายถึง การที่ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นจริง ๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน ในขณะที่ประชาชนร้อยละ 23.1 เข้าใจว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การที่ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรีและมีเพียงร้อยละ 13.0 เท่านั้นที่คิดว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การที่ประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ (ดูตารางที่ 4.4)

ตาราง 4.4 แสดงค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุความคิดเห็นต่อความหมายของคำว่า
“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ลำดับที่	ความหมายของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”	ร้อยละ
1.	ประชาชนทุกคนได้รับการบริการที่จำเป็นจริง ๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน โดยค่าบริการไม่แพงจนต้องเดือดร้อน	63.9
2.	ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรี	23.1
3.	ประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ	13.0
	รวมทั้งสิ้น	100.0

หมายเหตุ : ดัดแปลงมาจากตารางที่ 11 ในสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโวลล์ (เอแบคโพลล์).

รายงานการวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

นอกจากนี้เมื่อสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องของคำจำกัดความของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามปัจจัยอื่น ๆ คือ การมีสิทธิ์ รายได้ เขตถิ่นฐานพบว่าประชาชนต้องการให้รัฐจัดหลักประกันสุขภาพในความหมายของคำว่า “ถ้วนหน้า” ก็คือ บริการที่จำเป็นจริง ๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน โดยค่าบริการไม่แพงจนต้องเดือดร้อน หมายความว่า อาจจะไม่ต้อง “ฟรี” โดยทั้งหมด อาจจะเป็นในรูปแบบของ “สวัสดิการ” หรือการจ่ายบางส่วนเพื่อซื้อประกันสุขภาพก็ได้

อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนพิการ เป็นกลุ่มประชากรที่รัฐจะต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพก่อนกลุ่มอื่น ๆ ขณะที่ มีเพียง 0.8% เท่านั้นที่เห็นว่ารัฐไม่จำเป็นต้องจัดหลักประกันสุขภาพให้กับกลุ่มใด ๆ เลย โดยในจำนวนนี้ 62.1% เห็นว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย คือกลุ่มที่รัฐจะต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ 50.1% กลุ่มคนพิการ 46.2% กลุ่มประชาชนทั่วไป 27.4% ขณะที่ 38.5% เห็นว่ารัฐควรจัดหลักประกันให้กับทุกกลุ่ม (ดูตาราง 4.5)

ตาราง 4.5 แสดงค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งระบุกลุ่มประชาชนที่เห็นว่าควรจัดให้มีหลักประกันสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับที่	กลุ่มเป้าหมายซึ่งประชาชนเห็นว่าควรจัดให้มีหลักประกันสุขภาพ	ร้อยละ
1.	กลุ่มผู้มีรายได้น้อย	62.1
2.	กลุ่มผู้สูงอายุ	50.7
3.	กลุ่มคนพิการ	46.2
4.	กลุ่มประชาชนทั่วไป	27.4
5.	กลุ่มอื่น ๆ (กลุ่มเด็กกำพร้า/กลุ่มผู้ไม่มีรายได้/กลุ่มผู้อาศัยในชุมชนแออัด)	1.4
6.	ควรจัดหลักประกันให้กับทุกกลุ่ม	38.5
7.	ไม่จำเป็นต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพ	0.8

หมายเหตุ : ดัดแปลงจากตารางที่ 12 ในสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์ (เอแบคโพลล์).

รายงานการวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

กล่าวโดยสรุปหากพิจารณาในเชิงโครงสร้างอาจกล่าวได้ว่าการประกันสุขภาพทั่วหน้าเป็นนโยบายของรัฐซึ่งกำหนดไว้แล้วอย่างเป็นทางการ ทั้งในกฎหมายรัฐธรรมนูญและแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ แต่ในทางปฏิบัติการรับรู้และการยอมรับของกลุ่มคนต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนได้เสียเกี่ยวกับเรื่องนี้ (Stakeholders) ยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด

2.2 ปัญหาการครอบคลุมบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยมีหลักประกันย่อยจำแนกตามประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- สวัสดิการข้าราชการและครอบครัว
- สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- กองทุนประกันสังคม
- กองทุนเงินทดแทน
- โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)
- บัตรประกันสุขภาพ
- พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535
- การประกันสุขภาพกับเอกชน
- ผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ.2537
- กองทุนชุมชน

หากพิจารณาการครอบคลุมบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพทุกรูปแบบ โดยไม่คำนึงถึงความซ้ำซ้อน เราสามารถแสดงจำนวนการครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพปัจจุบันได้ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 การครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2542

รูปแบบการประกันสุขภาพ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ครอบคลุมประชากร (ล้านคน)	ร้อยละของประชากรทั้งประเทศ (%)	รายจ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 (ล้านบาท)	รายจ่ายต่อหัว (บาท)
1. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว	กรมบัญชีกลาง	7.02	11.3	15,253	2,173
2. สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ	รัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง	1.20	1.9	2,380	1,983
3. กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานฯ	5.14	8.3	6,599	1,284
4. โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	23.92	38.6	6,531	273
5. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	6.00	9.7	1,494	249
6. การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	บริษัทประกันเอกชน	1.20	1.9	NA	NA
7. ผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษายาบาล พ.ศ. 2537	กระทรวงสาธารณสุข	NA	NA	NA	NA
8. กองทุนชุมชน	คณะกรรมการกองทุนชุมชน	NA	NA	NA	NA
9. พรบ. คุ่มครองผู้ประสพภัยจากธร พ.ศ. 2535	กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์	62*	100*	NA	NA
10. ผู้ขาดหลักประกันสุขภาพ		17.52**	28.3**	NA	NA

หมายเหตุ : 1. ข้อมูลจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มีนาคม พ.ศ.2543

2. NA หมายถึง ไม่มีข้อมูล

3. * ครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยอันเนื่องจากอุบัติเหตุรถชน

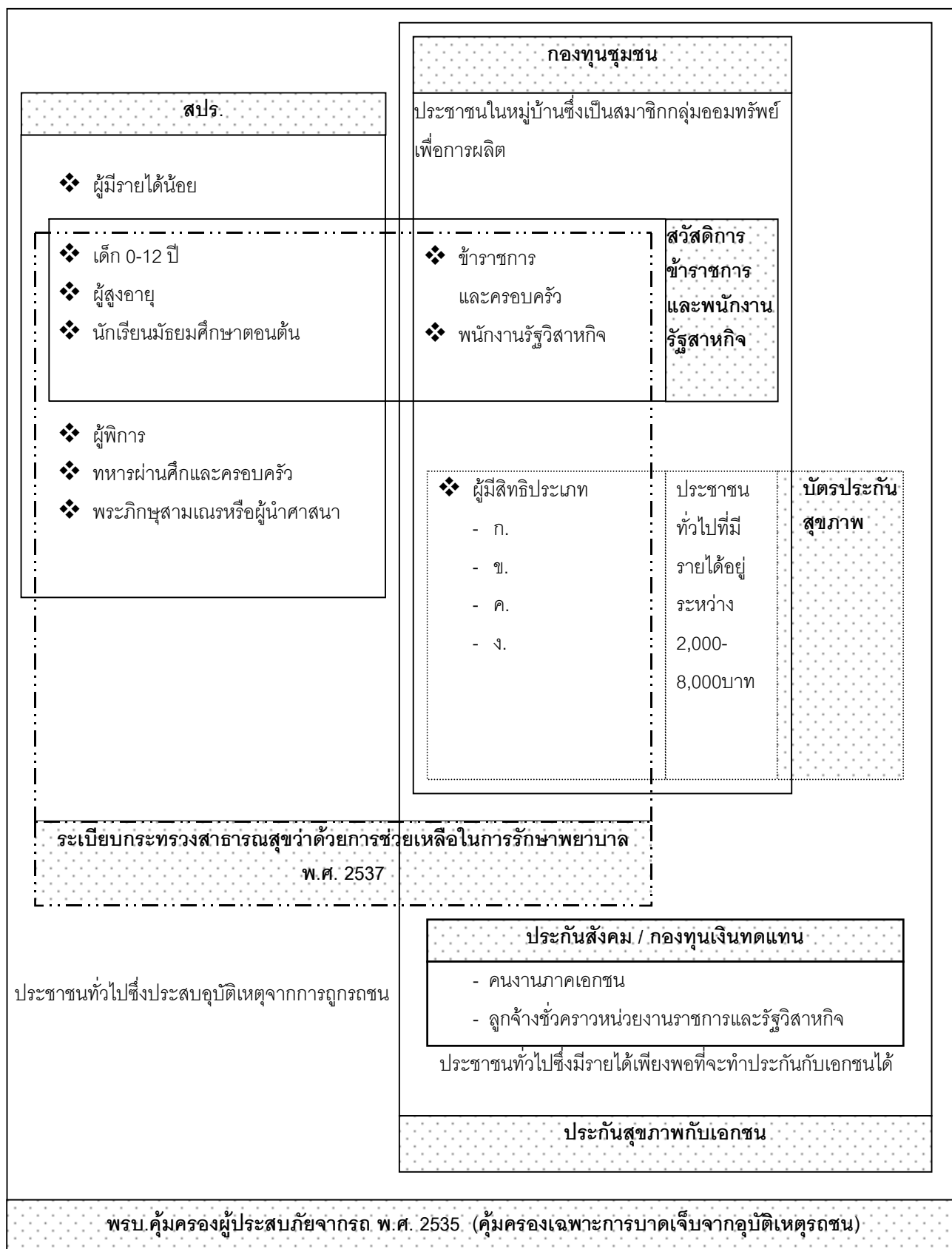
4. ** เป็นตัวเลขประมาณการ โดยคิดจากประชากรทั้งหมด 62 ล้านคน เป็นตัวตั้ง และหักจำนวนผู้ที่ได้รับการคุ้มครองตามหลักประกันสุขภาพตั้งแต่รายการที่ 1-6

อย่างไรก็ตามการครอบคลุมบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพในสภาพความเป็นจริงมีการเหลื่อมซ้อนกันระหว่างกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพ ดังนั้น การพิจารณาการครอบคลุมบริการดังกล่าวจึงมีประเด็นที่สมควรพิจารณาในรายละเอียดอยู่ 3 ประการคือ

- 1) ความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในระบบปัจจุบัน

เราสามารถจำลองภาพความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในระบบปัจจุบัน เป็นแผนภูมิดังแสดงในแผนภูมิที่ 4.1

แผนภูมิ 4.1 แสดงความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพในระบบ
ประกันสุขภาพปัจจุบัน



จากแผนภูมิ 4.1 จะเห็นได้ว่าหลักประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพปัจจุบันมีความซ้ำซ้อนในการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้สูงอายุ บางส่วนอาจมีสถานะภาพเป็นบุตร หรือบิดามารดาของข้าราชการ ทำให้สามารถใช้สิทธิในการรับบริการสุขภาพได้ทั้ง สปร. และสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว

จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตบ้านนาหว้า กลุ่มออมทรัพย์ฯ บ้านคลองเปี้ยะ และกลุ่มออมทรัพย์ฯ บ้านน้ำขาว ได้ทราบข้อมูลว่าข้าราชการซึ่งอยู่ในชุมชนสามารถสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ของชุมชนได้ และคณะกรรมการกองทุนชุมชนยินยอมให้ข้าราชการดังกล่าวสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการของชุมชนได้ อีกทางหนึ่งนอกเหนือจากการใช้สิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการแล้ว ทั้งนี้ เนื่องจากการใช้สิทธิในฐานะของสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ เช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้นำในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตลอดจนชาวบ้านในชุมชนบางคนอาจเป็นผู้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ.2537 อีกด้วย

ตัวอย่างของการมีสิทธิซ้ำซ้อนด้านการรักษาพยาบาลอีกตัวอย่างหนึ่งคือ ผู้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ได้กำหนดประเภทของบุคคลที่มีสิทธิไว้ 4 ประเภท ซึ่งมีความซ้ำซ้อนกับกลุ่มเป้าหมายในสปร. บัตรประกันสุขภาพและสวัสดิการข้าราชการ เช่น ทหารผ่านศึกและครอบครัว ผู้นำศาสนา พระภิกษุและสามเณร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ

ที่สำคัญอีกกรณีหนึ่งคือ การคุ้มครองผู้ประสบอุบัติเหตุจากการถูกรถชน ซึ่งตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 กำหนดว่าทุกคนซึ่งอาจเป็นคนงานภาคเอกชนซึ่งได้รับการคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม หรือข้าราชการซึ่งมีสวัสดิการข้าราชการคุ้มครองอยู่หรือผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ฯลฯ เมื่อประสบอุบัติเหตุจากการถูกรถชนก็ได้รับสิทธิคุ้มครองตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 อีกด้วย ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติการใช้สิทธิตาม พรบ. นี้จะยังมีปัญหาอยู่บ้างก็ตาม ดังนั้น ตัวเลขการครอบคลุมประชากรด้วยหลักประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในตาราง 4.3 รวมทุกรูปแบบ ประมาณร้อยละ 71.7 ของประชาชนทั้งหมดนั้น ในสภาพความเป็นจริง ซึ่งมีความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมบริการดังได้กล่าวแล้วในข้างต้น จำนวนการครอบคลุมบริการจึงน่าจะน้อยกว่าร้อยละ 71.7 ของประชากรทั้งหมด แต่เป็นการยากที่จะประเมินความซ้ำซ้อนดังกล่าวออกมาเป็นตัวเลขที่ชัดเจนได้ภายใต้ระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน ทั้งนี้ เพราะระบบการจัดการยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำฐานข้อมูลซึ่งจะสามารถตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการมีสิทธิรับบริการสุขภาพจากรูปแบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลักประกันสุขภาพรองรับอยู่แล้ว

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับสูงและการสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและภูมิภาค ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบข้อมูลว่าภายใต้รูปแบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ยังมีประชาชนจำนวนมากไม่สามารถใช้สิทธิของตนเองตามระบบที่มีอยู่ได้

การเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพมี 3 เหตุผลที่สำคัญคือ ประการแรก ขาดความสนใจที่จะยื่นขอรับสิทธิ เช่น พระภิกษุ ไม่เห็นความจำเป็นที่จะมายื่นขอมีบัตร ทั้งนี้เพราะปัจจุบันไปรับบริการที่ไหนก็สามารถขอฟรีได้อยู่แล้ว

ประการที่สอง ไม่สามารถเข้าถึงการลงทะเบียนเพื่อทำบัตรได้ เนื่องจากระเบียบหรือกฎเกณฑ์ของระบบเป็นอุปสรรค เช่น ระบบสปร. กำหนดว่าผู้มีรายได้น้อยที่มาลงทะเบียนขอบัตรต้องมีสำเนาทะเบียนบ้านมาแสดงเป็นเอกสารประกอบการพิจารณาด้วย ดังนั้น คนจนซึ่งอยู่อาศัยในบ้านซึ่งไม่มีทะเบียนจึงไม่มีทะเบียนบ้านที่จะนำไปแสดงได้ทำให้ไม่ได้รับสิทธิตามที่รัฐจัดไว้ให้ได้

หรือในบางกรณี ชาวบ้านบางคนไม่ทราบเรื่องเลยว่าจะขอบัตรสปร. ได้อย่างไร หรือจะซื้อบัตรประกันสุขภาพอย่างไร

ประการที่สาม สามารถเข้าถึงการลงทะเบียนและได้รับบัตรที่ใช้แสดงสิทธิเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพได้ แต่มีอุปสรรคบางประการทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิของตนเองได้ เช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับบัตรสปร. แล้วแต่โดยพหุติณย์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพได้โดยลำพัง จำเป็นต้องพึ่งพาญาติ พี่น้อง หรือลูกหลานให้พามายังสถานบริการเพื่อรับบริการ ดังนั้นถ้าไม่มีผู้ใดพามาผู้สูงอายุดังกล่าวก็ไม่สามารถมาใช้บริการได้

นอกจากนี้ ผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับบัตรบางคนยังลังเลที่จะใช้สิทธิของตน ทั้งนี้ เพราะอายุที่จะถูกมองว่าเป็นคนจน หรือบางคนเกรงว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนอื่น ถ้าใช้สิทธิตามบัตร

การมีข้อกำหนดเรื่องระบบส่งต่อก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ชาวบ้านไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป ถึงแม้ว่ารัฐจะมีรูปแบบการประกันสุขภาพจัดไว้ให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ดังกล่าวก็ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามระบบที่จัดไว้ให้ได้ ด้วยเหตุผลดังที่ได้กล่าวแล้วในข้างต้น ดังนั้น จึงเป็นการยืนยันเพิ่มเติมได้ว่าจำนวนการครอบคลุมบริการสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ปัจจุบันน่าจะต่ำกว่าตัวเลขการครอบคลุม ซึ่งปรากฏอยู่ในตารางที่ 4.3

3) กลุ่มประชาชนที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร และ 4 จังหวัดในส่วนภูมิภาค คือ จังหวัดพิษณุโลก ขอนแก่น สระบุรี และสงขลา กลุ่มตัวอย่างช่วยกันระดมความคิดเห็นเพื่อค้นหากลุ่มประชากรซึ่งยังไม่ได้รับการครอบคลุมตามระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

- กลุ่มคนงานในสถานประกอบการของเอกชนซึ่งมีคณงานน้อยกว่า 10 คน
- กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เช่น ค้าขายส่วนตัว
- กลุ่มคนที่มีรายได้มากพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย และยังไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องมีการประกันสุขภาพของตนเอง

เหลือ

- กลุ่มเกษตรกรซึ่งมีรายได้สูงกว่าผู้มีรายได้ต่ำ แต่รายได้ก็ยังไม่มากพอที่จะช่วย

ตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังขาดความสนใจที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่าตนเองยังไม่เจ็บป่วย ปัจจุบันคนกลุ่มนี้อาจจะตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือขอใช้สิทธิสปร. ประเภท ข.

- กลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเรียนซ้ำชั้นทำให้มีอายุเกิน 12 ปี ไม่สามารถใช้สิทธิในกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปีได้ และในขณะเดียวกันก็ยังไม่สามารถไปใช้สิทธิในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมต้นได้
- ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านซึ่งไม่มีเลขที่บ้าน เช่น คนงานในแคมป์ก่อสร้าง ไม่ได้เข้าประกันสังคม แต่ก็ไม่สามารถขอรับสิทธิสปร. ได้เพราะไม่มีทะเบียนบ้าน

ภายใต้ระบบฐานข้อมูลในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าเราพอจะทราบว่ากลุ่มเป้าหมายใดบ้าง ซึ่งยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการแต่ก็เป็นการยากที่จะระบุตัวเลขที่แน่นอนของแต่ละกลุ่มออกมาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังขาดความชัดเจนว่า กลุ่มคนดังกล่าวนี้ควรได้รับการครอบคลุมบริการประกันสุขภาพภายใต้รูปแบบใด ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดในเรื่องของปัญหาการครอบคลุมบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยค่อนข้างมีความหลากหลายของรูปแบบการบริการสุขภาพ ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงานที่ต่างเป็นอิสระต่อกัน แต่ละรูปแบบการประกันสุขภาพมีลักษณะเป็นระบบปิดของใครของมัน หน่วยงานซึ่งรับผิดชอบขาดแรงจูงใจที่จะประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แข่งขันกันใช้จ่ายทรัพยากรเพื่อดูแลประชาชน กลุ่มเป้าหมายของตนเอง ขาดหน่วยงานรับผิดชอบดูแลกับการประกันสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบ ขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดำเนินงานและตรวจสอบประสิทธิภาพของทั้งระบบในภาพรวม ซึ่งนอกจากก่อให้เกิดปัญหาการครอบคลุมบริการดังได้กล่าวแล้วยังก่อให้เกิดปัญหาความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการตามมาอีกด้วย

2.3 ปัญหาความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน

ความเสมอภาคของการได้รับบริการสาธารณะ (equality of use) สะท้อนโอกาสเท่าเทียม ซึ่งประชาชนจะพึงได้รับบริการสาธารณะตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ (ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ 2539, 47) ในทางสังคมวิทยา ความเสมอภาคของการได้รับบริการสาธารณะ หมายถึง การที่บุคคลพึงได้รับบริการในมาตรฐานเดียวกันถึงแม้ว่าการจัดบริการดังกล่าวในพื้นที่หนึ่งอาจจะมีราคาต้นทุนของการจัดบริการสูงกว่าในอีกพื้นที่หนึ่งก็ตาม บุคคลในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศพึงได้รับบริการอย่างเดียวกัน (Jary และ Jary 1991, 198)

ความเป็นธรรมของการให้บริการสาธารณะ (justice of public services delivery) เน้นการให้หลักประกันแก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคมว่าจะพึงได้รับบริการที่ควรได้รับ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันกลุ่มผู้ด้อยเปรียบในสังคมมิให้

ให้โอกาสจากการเข้าถึงบริการสาธารณะซึ่งง่ายกว่า ขยายช่องว่างความได้เปรียบทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ให้กว้างขวางกว่าที่เป็นอยู่ (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ 2529, 48)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และในส่วนภูมิภาค จำนวน 99 คน มีประเด็นเกี่ยวกับความเสมอภาคของการได้รับบริการสุขภาพของคนไทย ดังรายละเอียดในตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ความเสมอภาคของการได้รับบริการสุขภาพของคนไทย

ความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เสมอภาค	31	31.3
2. ไม่เสมอภาค	67	67.7
3. ไม่ตอบ	1	1.0
รวม	99	100

จากตาราง 4.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.3 เห็นว่าประชาชนได้รับบริการสุขภาพเสมอภาคดีอยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.7 เห็นว่าประชาชนกลุ่มเป้าหมายของรูปแบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันยังได้รับบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน กล่าวคือรายจ่ายต่อหัวของการให้บริการสุขภาพของแต่ละรูปแบบการประกันสุขภาพแตกต่างกัน (ดูตาราง 4.6) จึงได้รับสิทธิประโยชน์ไม่เท่ากันซึ่งทำให้ประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายภายใต้รูปแบบการประกันสปร. จะได้รับบริการดีกว่าแบบอื่น ๆ

ในประเด็นความเป็นธรรมของการได้รับบริการสุขภาพนั้น (ดูตาราง 4.8) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.4 เห็นว่ามีความเป็นธรรมดีแล้ว ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.6 มีความเห็นว่าประชาชนกลุ่มเป้าหมายของแต่ละรูปแบบการประกันสุขภาพยังไม่ได้รับความเป็นธรรมในการให้บริการในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- (1) ประชาชนบางกลุ่มยังไม่ได้รับการครอบคลุมให้มีหลักประกันสุขภาพ
- (2) ประชาชนบางกลุ่มได้รับสิทธิซ้ำซ้อนจากหลายรูปแบบการประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการได้เปรียบผู้ที่ดีโอกาส
- (3) ผู้ให้บริการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมายของแต่ละรูปแบบประกันสุขภาพโดยให้บริการซึ่งแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงกว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่ากลุ่มเป้าหมายที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวน้อยกว่า

ตาราง 4.8 ความเป็นธรรมในการรับบริการสุขภาพของคนไทย

ความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เป็นธรรม	42	42.4
2. ไม่เป็นธรรม	57	57.6
รวม	99	100

ผู้วิจัยได้ทดลองเข้าไปสังเกตการณ์ในโรงพยาบาล 2 แห่ง โดยเลือกโรงพยาบาลรัฐบาล 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่งเพื่อตรวจสอบว่า ในขณะที่ให้บริการรักษายาบาลของแพทย์ต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการนั้น แพทย์และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ของโรงพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษายาบาล จะทราบสถานภาพของผู้ป่วยในเรื่องสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลหรือไม่ ผู้วิจัยพบว่าขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่โรงพยาบาลมีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยซึ่งมารับบริการกรอกข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำบัตรทะเบียนการรักษายาบาล โดยมีการให้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของผู้มารับบริการโดยให้ระบุว่าสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลได้หรือไม่ ถ้าเบิกได้สามารถเบิกได้จากรูปแบบประกันสุขภาพแบบใด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้อาจส่งผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการกำหนดคุณภาพของบริการให้กับผู้ป่วยเช่นการเลือกวิธีรักษายาบาลหรือการเลือกจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งเรื่องนี้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในกรุงเทพมหานคร และส่วนภูมิภาค จำนวนร้อยละถึง 36.4 ระบุว่าการใช้ยาซึ่งมีคุณภาพต่างกันเป็นสาเหตุที่ทำให้รายจ่ายค่ารักษายาบาลต่อหัวของผู้ที่มีประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ไม่เท่ากัน ซึ่งนอกเหนือจากคุณภาพยาแล้วยังมีเหตุผลหลักอีกหลายประการคือ วิธีการและขั้นตอนการรักษายาบาลซึ่งแตกต่างกัน ข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิของแต่ละรูปแบบ การประกันสุขภาพซึ่งแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้ค่ารักษายาบาลต่อหัวของผู้ที่มีประกันสุขภาพแต่ละรูปแบบไม่เท่ากัน

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นจะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันยังมีปัญหาความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความหลากหลายทั้งในรูปแบบและวิธีดำเนินการ นอกจากนี้ยังกระจัดกระจายอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ซึ่งต่างก็เป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน และที่สำคัญคือหากพิจารณาในภาพรวมแล้วระบบประกันสุขภาพทั้งระบบยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้อย่างครบถ้วนกล่าวคือมีประชากรเพียงประมาณร้อยละ 71.7 เท่านั้นที่ได้รับการครอบคลุมบริการ (ดูตาราง 4.6)

3 ตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั่ว

ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบการจัดระบบองค์การในระบบประกันสุขภาพปัจจุบันตามแผนภูมิ 2.3 หน้า 45 และตัวแบบการปฏิรูปการจัดระบบองค์การในระบบประกันสุขภาพตามแผนภูมิ 2.4 หน้า 48 ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง และผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขทั้งในกรุงเทพมหานคร และในส่วนภูมิภาควิพากษ์ (criticize) และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตัวแบบการปฏิรูประบบ เพื่อให้ตัวแบบการปฏิรูประบบฯ มีความสมบูรณ์และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เป็นตัวแบบในการประสานนโยบายและการบริหารระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะครอบคลุมประชาชนเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างครบถ้วน

ข้อวิพากษ์และคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมมีดังต่อไปนี้

3.1 ข้อวิพากษ์ตัวแบบระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน (แผนภูมิ 2.3 หน้า 46)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อวิเคราะห์ของผู้วิจัย ซึ่งนำเสนอเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดของตัวแบบ การจัดระบบองค์การในระบบประกันสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในบทที่ 2 ซึ่งโดยสรุปมีลักษณะดังต่อไปนี้

1) เป็นตัวแบบซึ่งการจัดระบบองค์การมีการกระจายความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้กับหลายหน่วยงานทำให้ระบบมีลักษณะแยกเป็นแต่ละส่วนซึ่งต่างก็มีรูปแบบของการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน (อุบัติเหตุจากการทำงาน) กองทุนผู้ประสบภัย (จากรถ) การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล บัตรประกันสุขภาพและการประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพมีราคาแพงไม่เป็นธรรม และมีการทุจริต (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2540, บทที่ 2; ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541, 18-19)

2) เป็นระบบซึ่งมีการกำหนดระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย และมีรายละเอียดปลีกย่อยมาก นอกจากนี้มาตรฐานการรักษายาบาลของแต่ละรูปแบบการประกันสุขภาพก็ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการมีความสับสน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความเข้าใจในระเบียบและแนวทางปฏิบัติไม่ตรงกัน

3) เป็นระบบที่ขาดกลไกที่สำคัญในการควบคุมกำกับการทำงานของระบบในภาพรวม รวมทั้งขาดกลไกในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ทำให้ไม่สามารถมองภาพรวมของทั้งระบบได้

4) แต่ละส่วนภายในระบบขาดความกระตือรือร้นที่จะตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ ทำให้แต่ละส่วนของระบบขาดความสนใจที่จะมาร่วมกันกำหนดเป้าหมายในภาพรวมของการครอบคลุมบริการว่าถึงเวลาแล้วที่ต้องปฏิรูประบบประกันสุขภาพในประเทศไทยให้ครอบคลุมประชากรอย่างครบถ้วน

5) ระบบมีปัญหาด้านการบริหารงบประมาณ การประสานงานและการเบิกจ่าย

6) เป็นระบบซึ่งมีภาระงานด้านเอกสารมาก ทำให้สิ้นเปลืองกำลังคนในการปฏิบัติงาน

7) ขาดศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่จะสามารถตรวจสอบการใช้สิทธิซ้ำซ้อนของผู้มารับบริการ หรือใช้ตรวจสอบการมีสิทธิรับการรักษายาบาลของผู้มารับบริการ

ถ้าวิเคราะห์ระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพปัจจุบันตามกรอบแนวคิดของ Mintzberg ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของระบบองค์การออกเป็น 5 ส่วนที่สำคัญ จะพบว่าการจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพปัจจุบันขาดส่วนสำคัญ คือ ส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex) ซึ่งมีหน้าที่ประสานส่วนต่าง ๆ ขององค์การให้มาร่วมกันปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายคือ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขาดกลไกส่วนบริหารระดับสูง ทำให้ขาดผู้ที่ประสานกับฝ่ายการเมืองซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายให้ได้รับรู้ผลการปฏิบัติงานของทั้งระบบองค์การรวมทั้งสนับสนุนผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้ดีขึ้นรวมตลอดจนให้การสนับสนุนการดำเนินนโยบายต่อไป

ตัวแบบการจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพปัจจุบันให้ความสำคัญกับ 2 ส่วน ส่วนแรกคือ ส่วนบริหารระดับกลาง (Middle Line) ซึ่งได้แก่กระทรวง/ทบวง/กรม ซึ่งรับผิดชอบดูแลแต่ละระบบประกันสุขภาพแยกโดยอิสระต่อกัน ส่วนนี้ทำหน้าที่แปลงนโยบายให้เป็นแผนงาน/โครงการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ส่วนที่สองได้แก่ ส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core) ซึ่งได้แก่สถานบริการสุขภาพในสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่โดยตรงในการให้บริการสุขภาพ จุดอ่อนที่สำคัญของตัวแบบการจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพปัจจุบันที่นอกเหนือการขาดส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex) ยังมีความอ่อนแอในอีก 2 ส่วนคือ ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก (Technostructure) และส่วนสนับสนุน (Support Staff) กล่าวคือ ขาดส่วนช่วยอำนวยความสะดวกซึ่งจะทำหน้าที่วิเคราะห์งาน วางแผน ตลอดจนการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ส่วนสนับสนุนขาดความชัดเจน ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายของระบบได้มาจากเงินภาษีอากร ซึ่งผ่านการจัดสรรโดยสำนักงานประมาณ ไม่มีระบบภาษีสุขภาพโดยเฉพาะ รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็มีความหลากหลายตั้งแต่จ่ายตามค่ารักษาพยาบาลจริง (fee for service) เหมาจ่ายรายหัว (capitation) และเหมาจ่ายเป็นก้อน (global budget)

ความไม่สมบูรณ์ของการจัดระบบองค์การของระบบประกันสุขภาพปัจจุบันก่อให้เกิดปัญหาการปฏิบัติงานหลายประการ

กรณีปัญหาแรก ในพื้นที่กรุงเทพมหานครการออกบัตรสปร. ยังมีความสับสนในหมู่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กล่าวคือ กลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี จะมาลงทะเบียนทำบัตรสปร. ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่ได้ต้องให้ผู้ปกครองพาเด็กเรียนอยู่เป็นผู้ออกบัตรให้ ในขณะที่กลุ่มประชาชนผู้มีรายได้น้อยอายุระหว่าง 13-60 ปี ต้องลงทะเบียนเพื่อทำบัตรที่เขต กรณีต่าง ๆ เหล่านี้มีรายละเอียดปลีกย่อยมากจนทั้งคนไข้และเจ้าหน้าที่เองก็ไม่รู้

กรณีปัญหาที่สอง ระเบียบเป็นอุปสรรคทำให้ประชาชนไม่สามารถขอรับสิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ได้ เช่น คนงานก่อสร้างตามสถานที่ก่อสร้างต่าง ๆ ซึ่งฝ่ายนายจ้างไม่ได้แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ จะขอใช้สิทธิตามสปร. ก็ไม่ได้ เนื่องจากที่พักตามสถานที่ก่อสร้างไม่มีบ้านเลขที่ ซึ่งเป็นเอกสารที่จำเป็นในการขอรับสิทธิสปร.

กรณีปัญหาที่สาม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากในปัจจุบันอีกกรณีหนึ่งคือ การใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งปัจจุบันมีปัญหายุ่งยากมาก เนื่องจากบริษัทประกันไม่รับผิดชอบปฏิเสธที่จะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลหรือพยายามถ่วงเวลาที่จะจ่ายเงิน เช่น กฎหมายระบุให้โรงพยาบาลใช้หลักฐานในการเบิกจ่ายเพียง 2 อย่างคือ ใบเสร็จรับเงินกับใบความเห็นแพทย์ แต่เมื่อทำเรื่องไปบริษัทประกันฯ ๆ ขอหลักฐานอื่น ๆ ดูเพิ่มเติมอีกเป็น 11-12 รายการ จึงจะสามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้

กรณีปัญหาที่สี่ ปัญหาเด็กแรกคลอดซึ่งป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและควรได้รับความคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบสปร. แต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้เนื่องจากยังไม่มีบัตร ต้องไปขอให้องค์สวัสดิการของเทศบาลเป็นผู้ออกบัตรให้ ซึ่งกว่าจะออกบัตรให้ล่าช้ามาก บางครั้งเด็กออกจากโรงพยาบาลโดยพ่อแม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เพราะไม่สามารถขอบัตรเพื่อมาใช้สิทธิได้ทันเวลาขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ในปัจจุบัน รวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ จากผลงานศึกษาวิจัยของ วิจิตร ระวังวงศ์ และคณะ (2543, 71-77) ซึ่งนำเสนอกรณีศึกษาจากกรณีที่เกิดขึ้นจริงครอบคลุมทั้ง 1) ปัญหาของผู้รับบริการที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ 2) ปัญหาของผู้รับบริการตามระบบประกันสังคม 3) ปัญหาของผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 4) ปัญหาของผู้รับบริการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) 5) ปัญหาของผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชน และ 6) ปัญหาของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ด้วยข้อจำกัดและปัญหาของตัวแบบการจัดระบบองค์การในระบบประกันสุขภาพปัจจุบันดังที่ได้กล่าวมาแล้วซึ่งทำให้เรายังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการครอบคลุมการประกันสุขภาพให้คนไทยได้อย่างทั่วถึง ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นคำถามว่าเราจะปรับปรุงตัวแบบดังกล่าวอย่างไรจึงจะทำให้ระบบบรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพทั่วหน้าได้

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงแสดงทัศนคติต่อประเด็นคำถามของผู้วิจัยซึ่งแบ่งได้ 2 แนวทาง คือ

1) แนวทางแรก เป็นการปรับปรุงแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมบางส่วนจากระบบเดิม (Gradually Change) โดยพิจารณาว่าจะขยายการประกันสุขภาพจากรูปแบบใดเท่าที่มีอยู่เพื่อให้ขยายการครอบคลุมบริการไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายซึ่งยังไม่ได้รับบริการ

รองอธิบดีกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยนี้ให้ทัศนะในแนวทางนี้ว่า

จำนวนประชากรที่พูดกันว่าประมาณ 20% ยังอยู่นอกระบบการประกันสุขภาพ (ปัจจุบัน) และต้องการจะทำให้ประชากร 20% นี้ อยู่ในระบบการประกันด้วยนั้น ถ้าพิจารณาให้ลึกลงไปอีกจะพบว่าประชากรที่มีรายได้น้อยยากจนที่สุดจะได้รับการครอบคลุมไว้แล้วโดยโครงการสปร. ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งกลุ่มนี้มีประมาณ 38.6% ของประชากรหรือประมาณ 23.92 ล้านคน โดยใช้เงินงบประมาณปีละประมาณ 6,531 ล้านบาท ดังนั้นถ้าสมมติว่าประชากรที่ยากจนส่วนล่างสุดถูกครอบคลุมหมดแล้วโดยโครงการสปร. ดังกล่าว ก็ต้องแปลความหมายว่าประชากร 20% ที่พูดถึงไม่ใช่ประชากรที่ยากจนที่สุดหรือส่วนล่างที่สุด แต่จะหมายถึงประชากรส่วนที่อยู่ระดับสูงกว่าหรือเป็นชนรวยที่มีอาชีพอิสระหรือมีทรัพย์สินมากแต่ไม่ทำงานหรือมีรายได้จากดอกเบี้ยมาก ฯลฯ เพียงแต่ยังอยู่นอกระบบการประกันสุขภาพ (ปัจจุบัน) เพราะไม่เป็นข้าราชการไม่เป็นลูกจ้างใคร ไม่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อยและก็อาจไม่ได้ซื้อบัตรสุขภาพจากหน่วยงานใด ซึ่งกลุ่มเป้าหมายนี้น่าจะดูแลช่วยเหลือตนเองได้ จึงไม่น่าจะเป็นเหตุให้ต้องมีการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ (ปัจจุบัน) เพื่อให้มาครอบคลุมถึงกลุ่มนี้แต่อย่างใด หรือถ้าสมมติว่าประชากรส่วนที่ยากจนส่วนล่างสุดมีจำนวนมากกว่าจำนวนที่โครงการสปร. ได้ดูแลอยู่แล้วในปัจจุบัน

หรืออัตราค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่ำเกินไป ทางแก้ไขที่ถูกต้องก็คือการแก้ไขระเบียบเพิ่มอัตราค่าใช้จ่ายเพิ่มงบประมาณให้พอเพียงก็จะทำให้ประชากรส่วนนี้ถูกรอบคลุมมากขึ้นมีสัดส่วนสูงขึ้นเงินที่จะนำมาใช้เพื่อการนี้อาจมาจากหลายทาง เช่น ของงบประมาณเพิ่มหรือลดการสร้างตึก ลดการซื้อยาและอุปกรณ์ราคาแพง ๆ ลดการทุจริตแล้วเอาเงินส่วนที่ลดได้มาเพิ่มให้กับรายการส่วนนี้แทน การบริหารจัดการที่ดีอย่างจริงจิงนี้ ก็อาจเป็นทางแก้ที่ดีได้ทางหนึ่ง ซึ่งจะดีได้จากภายใน (แต่ละรูปแบบประกันสุขภาพ) ของตนเองไม่กระทบ (รูปแบบประกันสุขภาพ) ผู้อื่น

รองอธิบดีกรมบัญชีกลางยังให้ทัศนะเพิ่มเติมอีกว่า

สำหรับกรณีสวัสดิการข้าราชการพยาบาลข้าราชการที่มีการพูดกันมากกว่ามีค่าใช้จ่ายสูงมากผิดปกตินั้น ต้องเข้าใจกันก่อนว่าระบบการเบิกค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง (Fee for Services) เป็นระบบที่ดีอยู่แล้วในตัวของมันเองไม่มีข้อเสีย ส่วนที่มีข้อเสียคือ การตั้งอยู่บนข้อสมมติฐานที่ว่า แพทย์ โรงพยาบาล ผู้ใช้สิทธิ จะสุจริตกันทุกคน จึงไม่ได้สร้างระบบการตรวจสอบกำกับและไม่มีการจัดการไว้ ถ้าเรากลับข้อสมมติฐานเสียใหม่ คือ ไม่เชื่อความสุจริตของใครอีกเลยหันมาสร้างระบบตรวจสอบกำกับในระบบและให้มีการจัดการควบคู่กันด้วย เรื่องก็คงจะลงเอยด้วยดี แต่เรื่องดังกล่าวเป็นงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังที่จะต้องศึกษาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข คงไม่ใช่เรื่องที่กระทรวงอื่นจะมาแก้ไขแทนในส่วนนี้ด้วยเหตุว่าเป็นเรื่องทางการเงินของภาคราชการโดยตรง ไม่ใช่เรื่องทางเทคนิค นอกจากนี้เป็นข้อมูลเพิ่มเติมว่าการที่โรงพยาบาลได้รับเงินอุดหนุนน้อยลงจากเงินงบประมาณแต่ตนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงจากการรักษาผู้มีรายได้น้อยด้วย อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการถ่ายเทเอาเงินจากระบบสวัสดิการข้าราชการมาสู่โรงพยาบาลในรูปของการรักษาที่แพงขึ้น ค่ายาที่แพงขึ้น คิดค่าบริการบางอย่างเพิ่ม เพื่อนำไปเผื่อแผ่ให้ผู้มีรายได้น้อย กรมบัญชีกลางจึงต้องหาทางบริหารในส่วนนี้ให้ดี ซึ่งการจัดการในส่วนนี้จะต้องกระทบต่อโรงพยาบาลแน่นอนทั้งทางตรงและทางอ้อม มากน้อยแล้วแต่กรณี

กล่าวโดยสรุป ในทัศนะของรองอธิบดีกรมบัญชีกลางการมีรูปแบบการประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบในการดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เท่าที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันมีลักษณะเป็นการกระจายอำนาจได้ผลดีตามหลักเศรษฐกิจสอดคล้องตามหลักประชาธิปไตย สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญดีกว่าระบบที่จะพยายามบริหารจัดการโดยระบบผูกขาด ระบบอำนาจแบบเบ็ดเสร็จ เราเพียงแต่ให้แต่ละรูปแบบการประกันสุขภาพเท่าที่มีอยู่แล้ว ต่างก็บริหารกันเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือประหัตที่สุด

ในทัศนะของผู้วิจัยข้อคิดเห็นของรองอธิบดีกรมบัญชีกลางที่ว่าประชากรจำนวน 20% ซึ่งยังไม่ได้รับการครอบคลุมไม่ใช่กลุ่มคนที่มีปัญหาที่รัฐจำเป็นต้องเข้าไปดูแลเพราะเป็นพวกที่ช่วยเหลือตัวเองได้ จึงไม่น่าจะเป็นเหตุให้ต้องมีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ เพื่อให้มาครอบคลุมถึงกลุ่มนี้หรือถ้าประชากร 20% นี้เป็นพวกยากจนจริงซึ่งสป.ยังครอบคลุมไม่ได้ก็เพียงแค่เพิ่มงบประมาณให้พอเพียงต่อการครอบคลุม ปัญหาที่น่าจะหมดไปได้โดยไม่จำเป็นต้องปฏิรูประบบแต่อย่างใด เป็นทัศนะซึ่งไม่ถูกต้องทั้งหมด กล่าวคือดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อ 4.2 เรื่องประเด็นปัญหาของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันว่ามีหลายกรณี คือ 1) ปัญหาการรับรู้และการยอมรับแนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ปัญหาความซ้ำซ้อนของการครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุข

ภาพที่มีอยู่ในระบบปัจจุบัน 3) ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลักประกันสุขภาพพร้อมรับอยู่แล้ว และ 4) ปัญหาความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน ดังนั้นการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพปัจจุบันจึงอาจมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างกว้างขวางมากไปกว่าการปรับปรุงแก้ไขเฉพาะบางส่วนของระบบ ทั้งนี้เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงสุด

อย่างไรก็ตามรองอธิบดีกรมบัญชีกลางได้ขยายความทัศนะของท่านภายหลังเป็นการเพิ่มเติมว่า การให้ทัศนะต่อการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังได้กล่าวไว้แล้วในช่วงต้นนั้น มิได้หมายความว่าไม่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการรื้อปรับระบบใหม่ทั้งระบบ (Radical change) หากแต่เห็นว่าการปฏิรูปเพื่อรื้อปรับระบบใหม่ทั้งระบบควรมีภาพที่ชัดเจนก่อนว่าเมื่อรื้อปรับระบบใหม่แล้ว หน้าตาของระบบใหม่จะเป็นอย่างไร แต่ถ้าเราไม่สามารถสร้างภาพของระบบที่รื้อปรับใหม่ให้ชัดเจนได้แล้ว การรื้อปรับระบบใหม่อาจนำไปสู่การล้มเหลวได้

อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงมีความเห็นว่าการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการปรับปรุงเพิ่มเติมจากระบบเดิมนั้น คือ ความเชื่อที่ว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคน ดังนั้น ถ้าต้องการให้บรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อแสวงหาแนวร่วมและลดกระแสการต่อต้านทั้งจากหน่วยงานและบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการเปลี่ยนแปลงนั้น

ประเด็นเรื่องการพัฒนาเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยที่ว่าควรดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradually Change) เพราะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันมีลักษณะเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปมาโดยตลอดนั้น ในทัศนะของผู้วิจัยเห็นว่าอาจไม่เป็นจริง ในปัจจุบัน กล่าวคือ ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา มีปรากฏการณ์ทางสังคมหลายประการที่ชี้ให้เห็นว่าการปรับรื้อระบบใหม่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และได้รับการยอมรับในสังคมไทย เช่น การได้มาซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยผ่านกระบวนการยกร่างมาจากตัวแทนโดยตรงของประชาชน และผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยกระบวนการทางรัฐสภา ซึ่งแตกต่างจากรัฐธรรมนูญฉบับอื่น ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งได้มาโดยการทำปฏิวัติรัฐประหาร

อีกกรณีหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงโดยที่ไม่ได้อิงอยู่กับระบบเดิม คือ การปฏิรูปการศึกษาตาม พรบ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ซึ่งจะส่งผลทำให้มีการปฏิรูประบบการศึกษาทั้งระบบ โดยการยุบกระทรวงศึกษาธิการ และทบวงมหาวิทยาลัย และจัดตั้งกระทรวงใหม่ คือ กระทรวงการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมขึ้นแทน

2) แนวทางที่สอง การปฏิรูประบบประกันสุขภาพโดยการรื้อปรับระบบใหม่ทั้งระบบ (Radical Changes)

จากกลุ่มตัวอย่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข และผู้นำชุมชนรวมทั้งสิ้น 28 คน มีผู้แสดงทัศนะต่อแนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพโดยการรื้อปรับระบบใหม่ ดังต่อไปนี้

ตาราง 4.9 : ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้บริหารสถานบริการ สาธารณสุข และผู้นำชุมชน ต่อการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

ความเห็นต่อการปฏิรูปฯ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เห็นด้วย	10	35.7
2. ไม่เห็นด้วย	6	21.4
3. ไม่ต้องการแสดงความเห็น	12	42.9
รวม	28	100

จากตาราง 4.9 มีผู้เห็นด้วยกับการปฏิรูประบบประกันสุขภาพโดยการรื้อปรับระบบใหม่จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 ในขณะที่ร้อยละ 21.4 เห็นว่าควรยึดระบบประกันสุขภาพเดิมเป็นหลักและปรับปรุงเฉพาะส่วนที่จำเป็นและร้อยละ 42.9 ของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ประสงค์จะแสดงทัศนคติในเรื่องนี้

ข้อที่น่าสังเกตคือ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน (35.7 %) ที่แม้ว่าจะเห็นด้วยกับการปฏิรูประบบประกันสุขภาพโดยการรื้อปรับระบบใหม่แต่ก็มีเงื่อนไขว่าการปฏิรูปควรดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน กล่าวคือ มีความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองการบรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพทั่วหน้าได้ จำเป็นต้องสร้างระบบขึ้นใหม่ ซึ่งแตกต่างไปจากเดิม แต่การรื้อปรับระบบเดิมเพื่อสร้างระบบใหม่ควรดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มิใช่เปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทันที สำหรับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน (42.9 %) ซึ่งแม้จะไม่ต้องการแสดงความเห็นในเรื่องนี้ แต่ก็มีท่าทีเห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพอย่างจริงจัง การสงวนท่าทีของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มข้าราชการระดับสูงในระบบราชการ ซึ่งคุ้นเคยกับวิธีปฏิบัติงานแบบเพิ่มขยายจากของเดิมมากกว่าการรื้อปรับระบบใหม่

3.2 ข้อวิพากษ์ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อเสนอของโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง ผู้นำชุมชน (ทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยกับการปฏิรูประบบประกันสุขภาพและกลุ่มที่ยังไม่ประสงค์จะแสดงทัศนคติ) และกลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข ได้วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงตัวแบบการปฏิรูปการจัดการระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพซึ่งเป็นข้อเสนอของโครงการวิจัยโดยยึดหลักเกณฑ์ โดยสรุปดังต่อไปนี้

- 1) ต้องเป็นระบบที่แบ่งแยกบทบาทและหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ของระบบออกจากกันอย่างชัดเจนว่าองค์กรใดทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานของระบบ (Regulatory Agency) องค์กรใดทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ (Purchasers) องค์กรใดทำหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ (Providers) และใครคือผู้รับบริการ (Consumers)
- 2) ต้องเป็นระบบซึ่งมีเอกภาพด้านนโยบายแต่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ

ว่า

3) แหล่งเงินทุนของระบบควรมาจาก 2 แหล่งที่สำคัญคือ ระบบภาษีเฉพาะ (ซึ่งอาจเรียก

ภาษีสุขภาพ) และค่ารักษาพยาบาลบางส่วนซึ่งผู้ใช้บริการร่วมจ่าย (Co payment)

4) หน่วยงานกลางซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานของระบบ (Regulatory Agency) ไม่ควรมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับเงินเพราะไม่ใช่ผู้ปฏิบัติ (Implementator) ที่ทำหน้าที่ซื้อบริการ (purchaser) หรือให้บริการ (provider) แต่ควรทำหน้าที่

- ประสานนโยบาย
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
- ควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล
- บริหารความขัดแย้ง
- เฝ้าระวัง
- ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

5) ระบบต้องไม่ใช้เงินเพื่อการจัดการมากเกินไปจนเหลือเงินเพียงส่วนน้อยที่จะไปซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชน

6) ต้องเป็นระบบซึ่งมีการระงับเอกสารไม่มาก

7) ต้องเป็นระบบการประกันสุขภาพซึ่งเน้นการดูแลประชาชนตามพื้นที่ (area-based) ควบคู่กับการดูแลประชาชนแต่ละคนในแต่ละกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ (individual-based หรือ Membership-based) โดยที่ area-based ไม่ควรเล็กกว่าระดับจังหวัด เพื่อไม่ให้ทรัพยากรกระจายมากเกินไปจนไม่สามารถดำเนินมาตรการที่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากได้

8) บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับความเสมอภาค และความเป็นธรรมในการให้บริการแก่ประชาชนโดยประชาชนทุกคนควรได้รับบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีความจำเป็น (Basic Essential Health care Package) อย่างไรก็ตาม มีประชาชนบางกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพ ในลักษณะที่เป็นสวัสดิการของการจ้างงาน เช่น ข้าราชการและครอบครัว, พนักงานรัฐวิสาหกิจ, ลูกจ้างกิจการเอกชน ซึ่งประกันตนกับกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน กลุ่มดังกล่าวนี้น่าจะได้รับบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีความจำเป็นในบางรายการซึ่งมีคุณภาพสูงกว่าบริการซึ่งประชาชนทั่วไปได้รับ

นอกจากนี้ ประชาชนแต่ละคน อาจซื้อบริการสุขภาพเสริม (Additional Health Care Package) เพิ่มเติม จากบริการสุขภาพพื้นฐาน ที่มีความจำเป็นจากบริษัทเอกชน ซึ่งทำธุรกิจประกันสุขภาพได้

- 9) ต้องเป็นระบบซึ่งเปิดโอกาสให้หน่วยงานปกครองท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแล
สุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการ
กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542
- 10) เรียนรู้ประสบการณ์จากต่างประเทศ (ดูรายละเอียดใน Dunlop and Martins 1995;
and Nitayarumphong and Mills 1998) ประเทศซึ่งสามารถดำเนินการประกันสุขภาพ
ทั่วหน้าได้สำเร็จใช้วิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
- (1) วิธีการจัดการด้านการเงิน (Method of Financing)
ดำเนินการในระบบบังคับ โดยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังต่อไปนี้
- ก. ใช้เงินจัดสรรจากภาษีทั่วไป (General taxation)
ซึ่งอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น รัฐบาลกลางเป็นผู้ประกันและให้
บริการโดยตรงกับประชาชน เช่น ในประเทศอังกฤษ หรือ รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับ
ผิดชอบประกันสุขภาพให้กับประชาชน แต่ไม่ได้ให้บริการโดยตรง เช่น ในประเทศ
แคนาดา หรือรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบประกันสุขภาพให้กับประชาชน และ
ให้บริการโดยตรงด้วย เช่น ประเทศสวีเดน
- ข. ใช้รูปแบบการประกันสังคม (Social insurance)
ซึ่งอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น รัฐบาลรับผิดชอบการประกันสังคมโดย
ตรง เช่น ประเทศสเปน หรือ มีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีประกัน
สังคม โดยอาจซื้อประกันจากภาคเอกชน หรือ ซื้อจากรัฐบาลก็ได้
- ค. ใช้รูปแบบพหุนิยม (Pluralistic)
โดยรัฐประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคน แต่เปิดโอกาสให้ประชา
ชนซื้อประกันจากภาคเอกชนได้ แต่ยังคงจ่ายภาษีเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ
- (2) ประเภทสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพ
มี 2 ลักษณะ คือ
- ก. มีเฉพาะสถานบริการของรัฐ ซึ่งอาจเป็นของรัฐบาลกลาง หรือของรัฐบาลท้องถิ่น
อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน
เช่นที่ดำเนินการอยู่ใน ประเทศอังกฤษ, สวีเดน และสเปน เป็นต้น
- ข. มีทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและของเอกชนร่วมกันให้บริการสุขภาพแก่
ประชาชน เช่น ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศแคนาดา, เยอรมันนี, ญี่ปุ่น, เกาหลีใต้
และสิงคโปร์ เป็นต้น
- (3) วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานบริการสุขภาพ (payment)
มี 2 วิธี คือ

ก. เหมากำจ่ายก้อนเดียว (Global budget)

เช่นที่ดำเนินการในประเทศอังกฤษ, แคนาดา, สวีเดน, สเปน, เยอรมันนี, ญี่ปุ่น และฝรั่งเศส เป็นต้น

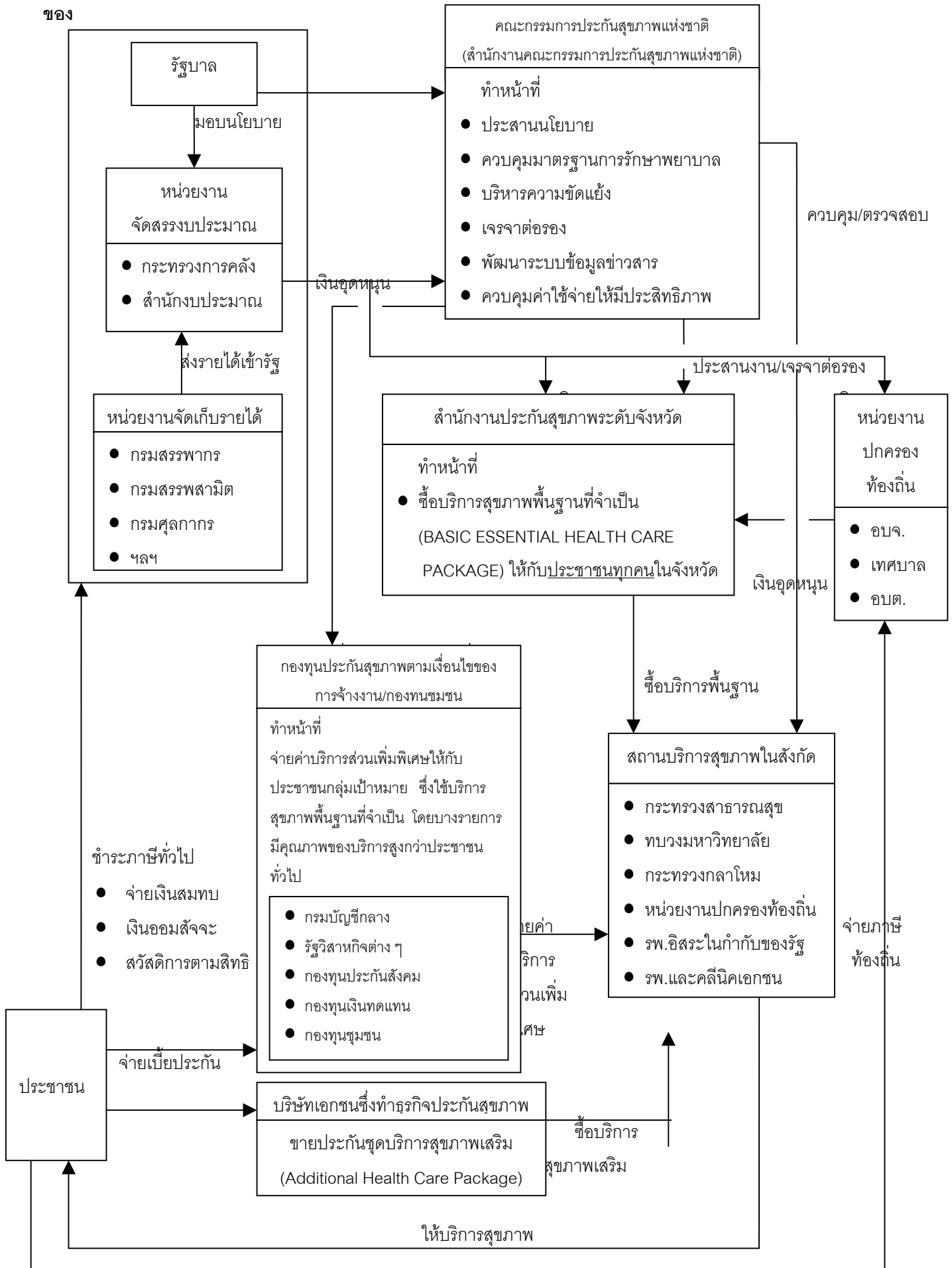
ข. จ่ายตามค่าบริการพยาบาลจริง (Fee for services)

เช่นที่ดำเนินการในประเทศเกาหลีใต้ และสิงคโปร์ เป็นต้น

11) ปรับบทบาทของกองทุนชุมชนให้ชัดเจนมากขึ้นด้านการมีบทบาทในการประกันสุขภาพให้กับประชาชน

ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงแต่ละท่านต่างคนต่างใช้หลักเกณฑ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเฉพาะในส่วนของตนในการวิพากษ์ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอจนได้ตัวแบบการปฏิรูประบบประกันสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังแสดงไว้ในแผนภูมิ 4.2

แผนภูมิ 4.2 ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยซึ่งปรับปรุงตามคำแนะนำของ



จากแผนภูมิที่ 4.2 ระบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งปรับปรุงตามคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้

1) การแบ่งแยกบทบาทและหน้าที่ภายในระบบ

ระบบการจัดการ มีการแบ่งแยกบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบด้านต่าง ๆ อย่างชัดเจน กล่าวคือ คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ผู้ประสานงาน (coordinator) ระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบประกันสุขภาพ เช่น ผู้แทนจากกลุ่มผู้ซื้อประกันให้กับประชาชน (purchasers) , ผู้แทนจากกลุ่มผู้ให้บริการ (providers) , ผู้แทนจากฝ่ายประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการ (consumers) และผู้แทนจากภาครัฐ เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติและประสานงานขอความร่วมมือจากฝ่ายการเมือง เพื่อผลักดันให้มีการนำนโยบายไปดำเนินการต่อไป

การปฏิบัติงานของคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานรองรับ ซึ่งโดยภาพรวม ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานของระบบประกันสุขภาพ (Regulator) เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด ควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล การบริหารความขัดแย้ง การเจรจาต่อรอง การพัฒนาและบำรุงรักษาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และการกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

สำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดเป็นหน่วยงานในสังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ใช่หน่วยงานซึ่งอยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนในจังหวัดเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ (purchasers) ให้กับประชาชนใน 2 ลักษณะ บริการในลักษณะแรกเป็นบริการสุขภาพในระดับพื้นฐานที่จำเป็น (Basic essential health care package) ให้กับประชาชนทุกคนในจังหวัดของตน ซึ่งเป็นไปตามหลักการดูแลประชาชนแต่ละคน (Individual base) บริการในลักษณะที่สองเป็นบริการตามหลักการดูแลประชาชนทั้งพื้นที่ (Population base หรือ Area base) กล่าวคือ สำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดอาจพิจารณาใช้จ่ายเงินงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการด้วยตนเองหรืออุดหนุนงบประมาณให้กับโครงการของหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการในเรื่องที่มีผลกระทบต่อส่งเสริมหรือการป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วยของคนในจังหวัด เช่น การจัดทำโครงการด้านสิ่งแวดล้อม หรือการปรับปรุงสัญญาณไฟจราจร หรือการติดตั้งไฟแสงจันทร์บริเวณทางโค้งเพื่อช่วยลดอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น

กองทุนประกันสุขภาพตามเงื่อนไขของการจ้างงาน และกองทุนชุมชน ซึ่งได้แก่ กรมบัญชีกลาง, รัฐวิสาหกิจต่าง ๆ, กองทุนประกันสังคม, กองทุนเงินทดแทน และกองทุนชุมชน สามารถกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งกองทุนดูแลให้บริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น โดยบางรายการมีคุณภาพสูงกว่าที่ประชาชนทั่วไปได้รับ¹ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสวัสดิการตามเงื่อนไขของการจ้างงานและสวัสดิการของกองทุนเงินออมสังคม

นอกจากนี้ประชาชนแต่ละคนยังสามารถซื้อประกันสุขภาพ ชุดบริการสุขภาพเสริม (Additional Health Care Package) จากบริษัทเอกชนซึ่งทำธุรกิจประกันสุขภาพ เป็นการเพิ่มเติมได้

¹ ยังไม่สามารถระบุได้ว่ามีรายการใดบ้างในบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งกองทุนเหล่านี้จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่กองทุนดูแล ได้รับการบริการซึ่งมีคุณภาพสูงกว่าประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ เนื่องจากบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ยังไม่ได้กำหนดขึ้น

สถานบริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพ ทั้งในสังกัด หน่วยงานภาครัฐ ตลอดจน โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนต่าง ๆ ซึ่งร่วมกันทำหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ (Providers) แก่ประชาชน

ประชาชนทุกคนอยู่ในฐานะผู้รับบริการ (Consumers) มีหน้าที่จ่ายภาษี ซึ่งอาจเป็นภาษีทั่วไป หรือภาษีสุขภาพโดยเฉพาะ ซึ่งจะถูกนำกลับมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคน นอกจากนี้ ประชาชนกลุ่มข้าราชการและครอบครัว, พนักงานรัฐวิสาหกิจ, ลูกจ้างเอกชน ซึ่งเป็นผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน และประชาชนซึ่งออมทรัพย์กับกลุ่มออมทรัพย์สัจจะ ยังได้รับบริการบางรายการในบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น โดยมีคุณภาพของบริการสูงกว่าประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสวัสดิการตามเงื่อนไขของการจ้างงาน และสิทธิจากการเป็นสมาชิกของกองทุนชุมชน (เงินออมสัจจะ)

ประชาชนรายได้ซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ยังสามารถซื้อประกันสุขภาพชุดบริการเสริม (Additional Health Care Package) จากบริษัทเอกชนซึ่งทำธุรกิจประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้ บริการสุขภาพเสริมอาจสามารถจัดเป็นชุดบริการได้ต่าง ๆ กัน ซึ่งแต่ละชุดบริการ มีค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ประชาชนแต่ละรายได้สามารถเลือกซื้อได้ตามกำลังทรัพย์ของตนเอง และตามความต้องการความคุ้มครองบริการสุขภาพเพิ่มเติม ซึ่งนอกเหนือจากบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งรัฐจัดให้กับประชาชนทุกคน

2) ความมีเอกภาพด้านนโยบายแต่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ

ตัวแบบการจัดระบบองค์กรนี้มองประกอบครบทั้ง 5 ส่วนตามตัวแบบระบบองค์กรของ Mintzberg ซึ่งทำให้ระบบมีความสมบูรณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร คือ การครอบคลุมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือ

สำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex) โดยมีหน่วยงานย่อยภายในทำหน้าที่ 2 ส่วนที่สำคัญ คือ ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก (Technostructure) และส่วนสนับสนุน (Support Staff) ในขณะที่สำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด และกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญมากในฐานะส่วนบริหารระดับกลาง (Middle Line) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจใช้จ่ายเงินที่ได้รับการจัดสรรมา หรือมีอยู่ในกองทุนซื้อบริการสุขภาพ จากสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ให้กับประชาชน ส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core) ของระบบคือ สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งมีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลโดยตรงกับประชาชน

รูปแบบการจัดระบบองค์กรในลักษณะดังกล่าว ทำให้ระบบมีเอกภาพด้านนโยบาย เนื่องจากมีส่วนบริหารระดับสูงดูแลรับผิดชอบโดยตรงในขณะที่ส่วนบริหารระดับกลาง และหน่วยปฏิบัติงานหลักมีความหลากหลาย เนื่องจากมีการแบ่งแยกกันระหว่างสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดให้รับผิดชอบในการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ รับผิดชอบในการซื้อบริการสุขภาพเสริมให้กับกลุ่ม

สมาชิกของแต่ละกองทุน นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพก็มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่อยู่ในสังกัดของหน่วยงานของรัฐ เป็นองค์การมหาชน และเป็นภาคเอกชน

โดยภาพรวมการจัดระบบองค์การตามแนวคิดนี้ ส่วนบริหารระดับสูงไม่ควรมีขนาดใหญ่โตมาก แต่ควรมีส่วนช่วยอำนวยความสะดวก และส่วนสนับสนุนในขนาดที่เหมาะสม ที่จะสามารถสนับสนุนให้ส่วนบริหารระดับสูงปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยตั้งประเด็นคำถามเกี่ยวกับสถานะภาพของสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานบริหารระดับสูงว่าควรมีสถานะภาพเป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นเป็น 2 ทัศนะ คือ

- 1) ให้สำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติมีสถานะภาพเป็นหน่วยงานราชการ ซึ่งดูแลรับผิดชอบงานประกันสุขภาพโดยตรง ในลักษณะเช่นเดียวกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งรับผิดชอบในฐานะหน่วยงานกลางด้านการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (Central planning agency) เป็นต้น
- 2) ให้สำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติมีสถานะภาพเป็นองค์การมหาชน บริหารงานโดยอิสระ ภายใต้การกำกับของรัฐบาลในลักษณะ เช่นเดียวกับสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์ และตลาดหลักทรัพย์ เป็นต้น

ไม่ว่าสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีสถานะเป็นหน่วยงานราชการทั่วไป หรือเป็นองค์การมหาชนก็ตาม กฎหมายจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติต้องกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานฯ ในลักษณะที่บังคับให้หน่วยงานต่าง ๆ ในระบบประกันสุขภาพต้องยอมรับในอำนาจหน้าที่นั้น และเข้ามาประสานงานกับสำนักงานฯ ในลักษณะเช่นเดียวกับการที่หน่วยงานราชการทุกหน่วยจะต้องเข้ามาประสานแผนงานกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้แผนของหน่วยงานตนเองได้รับการบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงจะสามารถนำแผนนั้นไปขอจัดสรรเงินงบประมาณมาดำเนินการได้

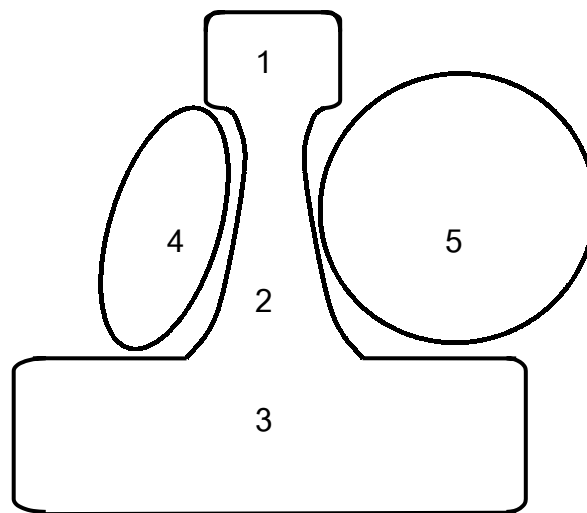
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติน่าจะเป็นองค์การมหาชนอิสระมากกว่าเป็นหน่วยงานราชการ ซึ่งจะช่วยให้สำนักงานไม่ถูกจำกัดด้วยข้อกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ มาก จนไม่สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ

ภายใต้ระบบองค์การนี้ส่วนสนับสนุน นอกจากได้แก่หน่วยงานปกครองท้องถิ่นและรัฐบาลกลาง ซึ่งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณให้กับสถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนปฏิบัติงานหลัก เพื่อให้จัดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคนแล้ว ส่วนสนับสนุนยังครอบคลุมไปถึงกรมบัญชีกลาง, รัฐวิสาหกิจต่าง

ๆ, สำนักงานประกันสังคม และกองทุนชุมชน ซึ่งเป็นผู้จ่ายเงินให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายซึ่งตนดูแลได้รับการบารายในบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น มีคุณภาพสูงกว่าประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เพราะเป็นสวัสดิการของการจ้างงาน และเป็นสิทธิของสมาชิกกองทุน

ภายใต้รูปแบบระบบองค์กรนี้ ส่วนบริหารระดับกลางจะมีขนาดใหญ่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับส่วนบริหารระดับสูง และส่วนที่ใหญ่โตที่สุดของระบบคือ ส่วนปฏิบัติงานหลัก ซึ่งให้บริการโดยตรงกับประชาชนทั่วประเทศ การจัดระบบองค์กรในลักษณะนี้จะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการของระบบไม่สูงมากจนเป็นต้นเหตุของการดูดซับเอาทรัพยากรของระบบไปเป็นส่วนใหญ่ และเหลือทรัพยากรสำหรับนำไปใช้จ่ายเพื่อการครอบคลุมบริการสุขภาพให้กับประชาชนน้อยเกินไป

เราอาจจำลองภาพระบบองค์กรดังกล่าวมาแล้วเป็นแผนภูมิ 4.3 ซึ่งแสดงขนาดและส่วนต่าง ๆ ของระบบในเชิงสัมพัทธ์



แผนภูมิ 4.3 แสดงขนาดของส่วนต่าง ๆ ในเชิงสัมพัทธ์ของระบบการจัดองค์กร เพื่อรองรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- หมายเหตุ :
1. ส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex)
 2. ส่วนบริหารระดับกลาง (Middle Line)
 3. ส่วนปฏิบัติงานหลัก (Operating Core)
 4. ส่วนช่วยอำนวยความสะดวก (Technostructure)
 5. ส่วนสนับสนุน (Support Staff)

3) แหล่งเงินทุนของระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพในทัศนะของกลุ่มตัวอย่าง ควรมีลักษณะบังคับในลักษณะเป็นกึ่งรัฐสวัสดิการ กล่าวคือ บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็น (Basic essential health care package) เป็นสิ่งที่รัฐจัดให้กับประชาชนทุกคน โดยใช้เงินจากระบบภาษีซึ่งมีที่มาจาก 2 ส่วน คือ เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง และจากหน่วยงานการปกครองท้องถิ่น

เงินภาษีซึ่งนำมาใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพของประชาชน อาจจัดเก็บในรูปภาษีทั่วไปและจัดสรรมาเป็นค่าใช้จ่าย การดูแลสุขภาพของประชาชน หรืออาจจัดเก็บในรูปภาษีสุขภาพโดยเฉพาะ ประชาชนแต่ละคนอาจมีส่วนร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพของตนเอง (Co-payment) ใน 2 ลักษณะ คือ กรณีแรก โดยการซื้อชุดบริการสุขภาพเสริมด้วยตนเองจากบริษัทเอกชนซึ่งทำธุรกิจด้านการประกันสุขภาพ และกรณีที่สอง โดยการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เพื่อมีสิทธิรับบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในบางรายการโดยมีคุณภาพของบริการสูงกว่าที่ประชาชนทั่วไปได้รับ

4) วิธีการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

วิธีการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดและจากกองทุนต่าง ๆ ให้กับสถานบริการสุขภาพ ควรใช้วิธีการที่ไม่สร้างภาระการปฏิบัติงานให้กับสถานบริการสุขภาพมากเกินไป เช่น ภาระงานเอกสารสำหรับการเบิกจ่ายไม่ควรออกแบบให้มีการใช้หลักฐานเอกสารมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

แต่อย่างไรก็ตามจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริหารสถานบริการสุขภาพจำนวน 99 คน ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค 4 จังหวัด โดยให้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเองภายหลังเสร็จการสัมมนากลุ่ม เกี่ยวกับประสิทธิภาพและภาระทางการบริหารของวิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล¹ แบบต่าง ๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างให้ทัศนะจากจุดยืนผลประโยชน์ของสถานบริการสุขภาพว่า การจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายจริง (fee for service) มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ในระดับสูง (61.1%) สร้างภาระทางการบริหารต่ำ (51.1%) ในขณะที่การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บในระดับปานกลาง (54.81%) ค่อนข้างไปทางระดับสูง (29.0%) สร้างภาระทางการบริหารในระดับปานกลาง (46.7%) ถึงระดับน้อย (35.6%) ในขณะที่การจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบคิดตามค่าคะแนนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG_s) มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ปานกลาง (41.2%) ค่อนข้างไปทางต่ำ (35.3%) และสร้างภาระทางการบริหารในระดับปานกลาง (36.5%) ถึงมาก (54.1%) ทั้งนี้เนื่องจากระบบ DRG_s จำเป็นต้องใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประกอบการวินิจฉัยสั่งจ่าย แต่โรงพยาบาลต่าง ๆ ยังมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบ DRG_s อยู่ 3 ประการคือ

- 1) ความร่วมมือในการให้ข้อมูลของผู้เกี่ยวข้องมีน้อย
- 2) การวิเคราะห์ DRG_s ยังมีข้อบกพร่อง เช่นการวินิจฉัยโรคที่ยังไม่สิ้นสุด ระบบคอมพิวเตอร์และเจ้าหน้าที่ยังไม่มีความพร้อม
- 3) ค่าตอบแทนต่อหน่วยยังต่ำกว่าความเป็นจริง

สำหรับรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายก้อนเดียว (global budget) ซึ่งโครงการ สป. ให้อยู่ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ในระดับปานกลาง (43%) ค่อนข้างไปทางต่ำ (45.3%) โดยเฉพาะถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กจะได้รับงบประมาณต่ำมากทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพได้

¹ ประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ หมายถึง การที่สถานบริการสุขภาพได้รับค่ารักษาพยาบาลอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย
ภาระทางการบริหาร หมายถึง ความยุ่งยากในระบบการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการสุขภาพ

โดยสรุป ถ้าพิจารณาจากจุดยืนผลประโยชน์ของสถานบริการสุขภาพ วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลเรียงตามลำดับจากวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงไปถึงวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำสุดเป็นดังนี้ จำยตามการรักษาพยาบาลจริง เหม่าจ่ายรายหัว คิดตามค่าคะแนนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และเหม่าจ่ายก้อนเดียว

5) ยึดแนวความคิดการดูแลประชาชนตามพื้นที่ (area-based) หรือตามประชากร (population-based) ควบคู่กับการดูแลประชาชนแต่ละคน (Individual-based)

ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ให้ทัศนะในเรื่องนี้ว่า

การดูแลสุขภาพของประชาชนไม่ควรยึดแนวความคิดการดูแลรักษาพยาบาลคนแต่ละคน (individual-based service) โดยแบ่งคนเป็นกลุ่มด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น อาชีพ และแยกกันดูแลแต่ละกลุ่มเพราะการดูแลในลักษณะนี้ทำให้เกิดปัญหาความซ้ำซ้อน ในพื้นที่หนึ่งมีผู้รับผิดชอบดูแลอยู่หลายฝ่าย เพราะคนในพื้นที่นั้นแยกกันอยู่ตามกลุ่มต่าง ๆ การดูแลสุขภาพของประชาชนควรทำควบคู่กันไป ระหว่างวิธีการให้บริการสุขภาพสำหรับคนแต่ละคน (individual care) ผสมผสานกับวิธีการดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่ทั้งหมด (population-based service หรือ area-based service) เพราะถ้าเน้นการให้บริการสุขภาพเป็นรายบุคคล ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ในขณะที่รูปแบบการดูแลประชากรทั้งประชากรในพื้นที่ เช่นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ งานด้านสิ่งแวดล้อม งานสุขภาพ และการควบคุมโรคให้ผลดีกว่า และค่าใช้จ่ายถูกกว่าวิธีการดูแลรักษาพยาบาลคนป่วยแต่ละคน

6) เปิดโอกาสให้หน่วยงานปกครองท้องถิ่นเข้ามารับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนเพิ่มมากขึ้น

การเปิดโอกาสให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนเพิ่มมากขึ้น เป็นหลักการที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 ซึ่งบัญญัติว่า ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุข

นอกจากนี้ยังเป็นไปตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในมาตรา 30 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มาตรา 30 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการ ดังนี้

- (1) ให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจในการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ (บาลกลาง - ผู้วิจัย) ดำเนินการอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตั้งแต่ 18 พฤษภาคม 2542 เป็นต้นไป - ผู้วิจัย) ภายในกำหนดเวลาดังนี้
 - (ก) ภารกิจที่เป็นการดำเนินการซ้ำซ้อนระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี
 - (ข) ภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทบถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี

(ค) การกิจที่เป็นการทำงานตามนโยบายของรัฐบาลให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี

...

- (4) กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุน รายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม โดยในช่วงระยะเวลาไม่เกิน พ.ศ. 2544 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละยี่สิบ และในช่วงระยะเวลาไม่เกิน พ.ศ. 2549 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละสามสิบห้า ทั้งนี้โดยการเพิ่มสัดส่วนตามระยะเวลาที่เหมาะสมแก่การพัฒนา ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินกิจการบริหารสาธารณะได้ด้วยตนเอง และโดยการจัดสรรสัดส่วนที่เป็นธรรมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย

บทบาทของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นในตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพมีบทบาท 2 ด้าน คือ บทบาทด้านการจัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้กับสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดเพื่อนำไปใช้จ่ายในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนในจังหวัด อีกบทบาทหนึ่งคือการดูแลโรงพยาบาลในสังกัดเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการ

7) การเปิดโอกาสให้กองทุนชุมชนเข้ามามีบทบาทในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

การเปิดโอกาสให้กองทุนชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการประกันสุขภาพในฐานะกองทุนหนึ่งที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มพิเศษของสมาชิกที่รับบริการ ตามชุดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นบางรายการ ซึ่งมีคุณภาพสูงกว่าประชาชนทั่วไปเป็นการเปิดทางเลือกอีกทางเลือกหนึ่งให้กับประชาชน แต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกองทุนชุมชนยังมีอยู่จำนวนค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่ยังขาดความเข้มแข็งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้น การดำเนินการเพื่อเปิดโอกาสให้กองทุนชุมชนเข้ามาร่วมรับผิดชอบในเรื่องนี้จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังอย่างเป็นขั้นตอน

จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งในจังหวัดสงขลาได้ให้แง่คิดที่น่าสนใจว่า

ต้องให้ชุมชนมีระยะเวลาของการเรียนรู้การดำเนินงานกองทุนชุมชนสักระยะเวลาหนึ่ง เช่น ประมาณ 1-3 ปี แล้วรัฐจึงเข้าไปสนับสนุนด้านการเงินบางส่วน เพื่อให้กองทุนนำไปใช้เป็นกองทุนสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับชาวบ้านในพื้นที่ต่อไป

แนวความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวความคิดของวุฒิสมาชิก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ซึ่งให้ความเห็นว่า

เรื่องกองทุนชุมชนต้องดำเนินการในลักษณะของการทดลองก่อน อย่าเพิ่งไปผลักดันให้ดำเนินการทันทีพร้อมกันทั่วประเทศ เพราะความเข้มแข็งของแต่ละกองทุนขึ้นอยู่กับผู้นำ ค่อนข้างมาก เราต้องสร้างพื้นฐานก่อนว่า รูปแบบการนำกองทุนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประกันสุขภาพจะดำเนินการอย่างไร ต้องมีเกณฑ์มาตรฐานในการตรวจสอบก่อนว่าเขาสามารถทำได้ดีมาน้อยแค่ไหน ก่อนที่จะขยายผลต่อไป

กล่าวโดยสรุปตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ดังกล่าวในข้างต้นจะสามารถแก้ปัญหาของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันได้ใน 2 ประการคือ ประการแรก ทำให้การครอบคลุมบริการสุขภาพครบถ้วน สำหรับคนไทยทุก ๆ คน เพราะเป็นระบบบังคับ โดยรัฐใช้เงินจากระบบภาษีจัดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นให้กับคนไทยทุกคน ทำให้สามารถยกเลิกหลักประกันสุขภาพที่มีความซ้ำซ้อนไปได้ ประการที่สอง สร้างความเสมอภาค และความเป็นธรรมในการให้บริการ กล่าวคือ คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น แต่ยังเปิดโอกาสให้คนไทยแต่ละคนสามารถซื้อบริการสุขภาพเสริมจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนได้ตามกำลังความสามารถทางเศรษฐกิจของแต่ละคนได้ ซึ่งการจัดบริการในลักษณะนี้ คนไทยแต่ละคนจะไม่ถูกปฏิเสธจากสถานบริการสุขภาพ หรือมีภาวะเจ็บไข้ได้ป่วย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ประเด็นสำคัญซึ่งต้องทำความเข้าใจ คือ รัฐจะมีความสามารถจัด "บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น" ได้ครอบคลุมมากน้อยเพียงใด

4. มาตรการที่เหมาะสมในการนำตัวแบบการประสานนโยบายและการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ

4.1) ตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษา "บริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น" (Basic essential health care package) ว่าควรมีบริการที่จำเป็นอะไรบ้างและควรคิดค่าบริการต่อหัวเท่าใด โดยคณะทำงานควรเป็นผู้ที่มีความรู้ในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ด้านการเงินการคลังและผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพ เป็นต้น

การกำหนดรายละเอียดของบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นอาจทำได้ 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรกกำหนดให้ชัดเจนไปเลยว่ามีรายการรักษาพยาบาลอะไรบ้างซึ่งนับรวมอยู่ในรายการบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น (Including method) แต่การกำหนดรายละเอียดในลักษณะเช่นนี้ จะมีรายละเอียดค่อนข้างมาก และมีความยุ่งยากในการพิจารณาพอสมควร ลักษณะที่สองอาจใช้วิธีกำหนดว่ามีรายการรักษาพยาบาลใดบ้างซึ่งไม่นับรวมอยู่ในบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น (Exclusion method) ซึ่งวิธีที่สองนี้อาจกำหนดได้ง่ายกว่าวิธีแรก

4.2) ผลักดันให้พรรคการเมืองบรรจุนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายของพรรคการเมืองและเป็นนโยบายของรัฐบาล

มีข้อที่น่าสังเกตเกี่ยวกับมาตรการนี้ คือ นักการเมืองและพรรคการเมืองของไทยมักไม่นิยมกำหนดนโยบายที่มีความชัดเจนเกินไป ซึ่งจะกลายเป็นข้อผูกมัดให้ต้องมีความยุ่งยากในการที่จะต้องมาผลักดันให้นโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติในภายหลัง

ในประเด็นนี้ผู้บริหารระดับสูงซึ่งเป็นตัวการหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าอย่าไปสนใจว่านักการเมืองจะยอมรับเรื่องนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายหรือไม่ แต่เราต้องช่วยกันสร้างกระแสความเคลื่อนไหวด้านประชาสังคม (civil society) เพื่อ逼ให้นักการเมืองต้องดำเนินการในเรื่องนี้ตามกระแสความต้องการของสังคม

4.3) ศึกษากระบวนการสร้างภาษีทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดวิธีเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ

4.4) เสนอร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดโดยให้สำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายด้านการประกันสุขภาพ และมีหน้าที่ควบคุมกำกับกับการดำเนินการให้สำเร็จตามนโยบาย

สำหรับสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในฐานะผู้ซื้อประกันสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคนในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ

4.5) จัดทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทุกคนเพื่อแสวงหาแนวร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ต่าง ๆ เพื่อเป็นแรงผลักดันให้พรรคการเมืองต่าง ๆ ให้ความสนใจและนำไปกำหนดเป็นนโยบายของพรรคการเมืองและของรัฐบาลต่อไป

4.6) ยุบเลิกโครงการ สปร. บัตรประกันสุขภาพ, พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535, และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 เมื่อมีการกำหนดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคนเสร็จเรียบร้อยแล้วและนำมาบังคับใช้แล้ว

5. สรุปความ

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดในบทนี้ได้นำเสนอผลสรุปการวิจัย ซึ่งตอบประเด็นคำถาม 3 ประการ คือ ประการแรกได้ทำการวิเคราะห์ และประเมินสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันซึ่งพบว่ามีปัญหาสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของประเทศไทย ทั้งกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มประชาชนผู้รับบริการ ยังมีการรับรู้และการยอมรับ แนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในขอบเขตที่จำกัด ถึงแม้ว่าการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะถูกกำหนดเป็นนโยบายของรัฐอย่างเป็นทางการแล้วในกฎหมายรัฐธรรมนูญ และแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ 2) ปัญหาครอบคลุมบริการ ยังไม่ครอบคลุมสำหรับคนไทยทุกคน 3) ปัญหาความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้รับ

ประการที่สอง เป็นการนำเสนอตัวแบบการประสานนโยบาย และการจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งสามารถจัดบริการสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคมไทยได้อย่างครอบคลุม (universal coverage)

สาระสำคัญของตัวแบบมีการเสนอให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานของระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด ควบคุมมาตรฐาน

การรักษาพยาบาล การบริหารความขัดแย้ง การเจรจาต่อรอง การพัฒนาและบำรุงรักษาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการบริหารงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และการกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ งานวิจัยยังได้เสนอให้ จัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด โดยให้เป็นหน่วยงานในสังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนในจังหวัด โดยเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคนในจังหวัดของตน ตามหลักการดูแลประชาชนแต่ละคน (Individual base) รวมทั้งการจัดให้มีบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งพื้นที่ (Population base)

ประการสุดท้าย งานวิจัยได้ นำเสนอมาตรการที่เหมาะสมในการนำตัวแบบการประสานนโยบาย และการจัดการระบบประกันสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ โดยมีมาตรการที่สำคัญ 6 ประการ คือ 1) ให้มีการศึกษาเพื่อกำหนดว่าบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ควรมีบริการอะไรบ้าง และมีค่าใช้จ่ายเป็นอย่างไร 2) ผลักดันให้พรรคการเมืองต่าง ๆ บรรจุนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายของพรรคการเมือง และเป็นนโยบายของรัฐบาล 3) ศึกษากรอบโครงสร้างภาษี ทั้งในส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ในการกำหนดวิธีการเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ 4) เสนอร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด 5) จัดทำประชาพิจารณ์ เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทุกคน เพื่อแสวงหาแนวร่วมจากกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง เพื่อเป็นแรงผลักดันให้พรรคการเมืองต่าง ๆ ให้ความสนใจ และนำไปกำหนดเป็นนโยบายของพรรคการเมืองและของรัฐบาลต่อไป 6) ยุบเลิกโครงการ สปร., บัตรสุขภาพ, พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 เพราะซ้ำซ้อนกับการจัดให้มีบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งรัฐจัดให้กับคนไทยทุกคนอยู่แล้ว

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย มีลักษณะเป็นการเพิ่มขยายจากของเดิม (Incremental) โดยเริ่มต้นจากการมีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว เป็นหลักประกันสุขภาพรูปแบบแรกและเมื่อมีรัฐวิสาหกิจเกิดขึ้น ก็มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มเติมใหม่ขึ้นมาคือ สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจ ต่อมาในสมัยรัฐบาลของ ฯพณฯ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช นายกรัฐมนตรี ได้กำหนดเป็นนโยบายให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ได้รับการรักษายาบาลฟรี เป็นหลักประกันสุขภาพรูปแบบใหม่เพิ่มเติมขึ้นโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 และดำเนินต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ธุรกิจการประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทย เริ่มขยายตัวมากขึ้นในช่วงยุคเศรษฐกิจฟองสบู่ คือระหว่างปี พ.ศ. 2530-2534 และมีอัตราการขยายตัวในระดับคงที่อยู่ในปัจจุบัน หลักประกันสุขภาพล่าสุดคือ กองทุนประกันสังคมและ กองทุนเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

หลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้มีสายการบังคับบัญชาเดียวกัน กล่าวคือ กรมบัญชีกลางดูแลสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว รัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ดูแลสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ กระทรวงสาธารณสุขดูแลการให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ด้อย ผู้ประกอบธุรกิจประกันภัยดูแลการประกันสุขภาพเอกชน และสำนักงานประกันสังคมดูแลกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน หน่วยงานเหล่านี้ต่างมีอิสระต่อกัน ทำให้ต่างปฏิบัติหน้าที่โดยขาดการประสานงานร่วมกันเพื่อกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในภาพรวม

1.ผลสรุปของการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอสาระสำคัญเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3 ประการดังต่อไปนี้

ประการแรก งานวิจัยได้นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบประกันสุขภาพ ซึ่งขาดเอกภาพด้านการบริหารงาน 3 ประการคือ ประการแรก 1) การรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ในเรื่องกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังอยู่ในขอบเขตจำกัด 2) มีปัญหาในด้านการครอบคลุมบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัญหาการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพ การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีหลักประกันสุขภาพรองรับอยู่แล้ว และมีกลุ่มประชาชนที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมบริการสุขภาพ 3) มีปัญหา ในเรื่องความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพของบริการที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้รับ

ประการที่สอง งานวิจัยนี้ได้เสนอให้พิจารณาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวม เพื่อจัดระบบองค์การใหม่ ซึ่งจะสามารถรองรับการประกันสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิภาพ (Effective organization)

จากการวิเคราะห์ระบบการจัดองค์การของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยพบว่า เป็นระบบองค์การซึ่งขาดส่วนบริหารระดับสูง (Strategic Apex) ที่จะทำหน้าที่ประสานส่วนต่าง ๆ ขององค์การให้มาร่วมกันปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย การประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ซึ่งการขาดกลไกส่วนบริหารระดับสูง ทำให้ขาดผู้ที่จะประสานกับนักการเมืองซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายให้รับรู้ผลการปฏิบัติงานของทั้งระบบประกันสุขภาพ และขอการสนับสนุนเพื่อผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้ดีขึ้น รวมทั้งการขอรับการสนับสนุนเพื่อดำเนินนโยบายต่อไป

ผู้วิจัยได้พัฒนาตัวแบบการจัดระบบองค์การที่มีประสิทธิภาพขึ้นตามแผนภูมิ 3.1 (หน้า 51) เพื่อนำเสนอให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย นักการเมืองผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) ผู้บริหารระดับสูง (top executives) ผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (providers) และผู้นำชุมชน (community leaders) วิเคราะห์ วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงตัวแบบการจัดระบบองค์การดังกล่าวให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เป็นตัวแบบเพื่อการปฏิรูปการจัดระบบองค์การเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้บรรลุการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อไป

ตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งเป็นผลสรุปจากการศึกษาวิจัยนี้ คือตัวแบบตามแผนภูมิ 4.2 (หน้า 82) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานของตัวแบบโดยสรุป 6 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1.) เป็นระบบการจัดการ ซึ่งมีการแบ่งแยกบทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ จากกันชัดเจนว่าใครเป็นผู้ทำหน้าที่ควบคุมระบบ (regulator) ใครทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการสุขภาพให้ประชาชน (purchasers) ใครทำหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ (providers) และใครเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพ (consumers)

ในส่วนของผู้ทำหน้าที่ควบคุมระบบนั้น งานวิจัยเสนอให้มีคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานรองรับ

สำหรับผู้ซื้อบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น (purchaser) ให้กับประชาชนนั้น งานวิจัยนี้เสนอให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 2.) เป็นระบบฯ ที่มีเอกภาพด้านนโยบาย แต่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ
- 3.) เป็นระบบประกันสุขภาพในลักษณะกึ่งรัฐวิสาหกิจ กล่าวคือ ใช้เงินจากระบบภาษีเพื่อจัดบริการสุขภาพขึ้นพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคนโดยที่ประชาชนแต่ละคนสามารถซื้อบริการสุขภาพเสริม จากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติมได้
- 4.) เป็นระบบประกันสุขภาพที่ยึดแนวคิดการดูแลประชาชนตามพื้นที่ ควบคู่กับการดูแลประชาชนแต่ละคน

5. เป็นระบบประกันสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเป็นผู้ประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคนในจังหวัด โดยได้รับความช่วยเหลือเงินงบประมาณบางส่วนจากรัฐบาลกลาง
6. เป็นระบบประกันสุขภาพซึ่งเปิดโอกาสให้กองทุนชุมชน เข้ามามีบทบาทร่วมในการประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยดำเนินโครงการทดลองในระยะเริ่มแรก และค่อย ๆ ขยายผลไปในพื้นที่อื่น ๆ ต่อ ๆ ไป

ประการที่สาม เพื่อให้สามารถนำตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพดังกล่าวในข้างต้น ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารที่รับผิดชอบควรดำเนินมาตรการดังต่อไปนี้

- 1.) ตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษา “บริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น” ว่าควรมีบริการที่จำเป็นอะไรบ้างหรือไม่ ควรให้บริการในเรื่องใดบ้าง และค่าบริการต่อหน่วย ควรเป็นเท่าใด
- 2.) ผลักดันให้พรรคการเมืองบรรจุนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายของพรรคการเมือง และเป็นนโยบายของรัฐบาล
- 3.) ศึกษาแบบโครงสร้างภาษี ทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เพื่อหาว่าภาษีส่วนใดซึ่งจะสามารถนำมาใช้เป็นรายจ่ายด้านการประกันสุขภาพได้
- 4.) เสนอร่างพระราชกฤษฎีกาเพื่อจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด
- 5.) จัดทำประชาพิจารณ์ เพื่อขยายแนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้มีแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ มากขึ้น
- 6.) ยุบเลิกโครงการ สปร., บัตรประกันสุขภาพ (สมัครใจ), พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535, และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 เมื่อมีการกำหนดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคนเสร็จเรียบร้อยแล้วและนำมาบังคับใช้แล้ว

2 ข้อเสนอแนะ

ตัวแบบการปฏิรูปการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพซึ่งเป็นข้อสรุปของงานวิจัยนี้ มีแนวคิดพื้นฐานรองรับตัวแบบอยู่ 6 แนวคิดดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา ดังนั้นตัวแบบการปฏิรูปนี้จึงสามารถปรับเปลี่ยนไปเป็นตัวแบบที่แตกต่างกันได้อีกหลายตัวแบบ หากมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งหรือหลายแนวคิดไปจากเดิม เช่นถ้าไม่ยึดถือแนวคิดว่างค์การต่าง ๆ ภายในระบบประกันสุขภาพจะต้องมีการแบ่งแยกบทบาทและหน้าที่ของแต่ละฝ่ายออกจากกันอย่างชัดเจน สำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็อาจจะมียุทธศาสตร์หน้าที่ทั้งในแง่การเป็นหน่วยงานควบคุมกำกับการทำงานทั้งระบบ และยังสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพรายใหญ่ให้กับคนไทยทั้งประเทศก็ได้

อีกกรณีหนึ่ง เช่น ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในข้อ 3 ว่าระบบประกันสุขภาพไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเป็นระบบบังคับ ตัวแบบก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ไม่จำเป็นต้องมีหน่วยงานภาครัฐมาทำหน้าที่ประกันสุขภาพให้กับประชาชนทั้งหมด โดยใช้เงินจากภาษีอากร แต่หันไปใช้วิธีเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเหมือนในประเทศสหรัฐอเมริกา

อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนตัวแบบการปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพไปจากตัวแบบเดิมซึ่งเป็นข้อเสนอของการวิจัยนี้ จำเป็นต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนว่าตัวแบบที่ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปนั้นจะสามารถประสานการปฏิบัติงานของระบบประกันสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยทั่วประเทศได้หรือไม่

บรรณานุกรม

ภาษาอังกฤษ

Anderson, James E. Public Policymaking: An Introduction. Boston: Houghton Mifflin Company, 1994.

Cameron, K. "Effectiveness as Paradox." Management Science. 1986: 32, 539-553.

Dunlop, David W. and Jo. M. Martins. An International Assessment of Health Care Financial: Lesson for Development Countries. Washington D.C. : The World Bank, 1995.

Elmore, Richard E. "Organizational Models of Social program Implementation." The Policy Process : A Reader. Edited by Michael Hill. New York : Harvester Wheatsheaf, 1993.

Evans, Rowland, and Robert Novak. Lyndon B. Johnson: The Exercise of Power. New York: New American Library, 1966 : 430.

Jary, David, and Julia Jary. Coillins Dictionary of Sociology. Great Britain: Harper Coillins Publishers, 1991.

Lipsky, Michael. Streeet-level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

Longley, Diane. Health Care Constitutions. London: Cavendish Publishing, 1996.

McKinney, Jerome B. Effective Financial Management in Public and Nonprofit Agencies: A Practical and Integrative Approach. New York: Quorum Books, 1986.

Ministry of Public Health (MPH). Thailand Health Profile 1997-1998. Bangkok: Printing Press, Express, Transportation Organization, 2000.

Mintzberg, Henry. Structure in Fives: Designing Effective Organizations. New Jersey: Prentice Hall, 1993.

Moak, Lennox L., and Albert M. Hillhouse. Local Government Financial. Chicago: Municipal Finance Officers Association, 1975.

Nitayarumphong, Sanguan, and Anne Mills (editors). Achieving Universal Coverage of Health Care. Bangkok: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, 1998.

Ulrich, Dave, Robert E. Quinn, and Kim S. Cameron. "Designing Effective Organizational Systems." In Handbook of Public Administration by James L. Perry, (editor). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990.

Williams, Stephen J. Essentials of Health Services. New York: Delmar Publishers, 1995.

ภาษาไทย

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540.

คณะที่ปรึกษาทางวิชาการ. รายงานการศึกษา "Health Management and Financing Study Project" ได้รับทุนจากธนาคารพัฒนาเอเชีย.

จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. หลักประกันสุขภาพกับความมั่นคงแห่งชาติ : ทางเลือกเชิงนโยบาย. เอกสารวิจัยส่วนบุคคลวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 41 ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช 2541-2542.

เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. รายงานสรุป และข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบการคลังเพื่อสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: บนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

ประเวศ วะสี. ปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อสร้างความสุขและเพิ่มคุณค่าชีวิตของคนไทย. เอกสารประกอบการบรรยายเวทีวิชาการ ปฏิรูปสุขภาพไทย เรื่องทิศทางการปฏิรูปบริการสุขภาพไทย ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ 13-15 ธันวาคม 2542.

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. การวิจัยประเมินผล: หลักการและกระบวนการ. กรุงเทพฯ: หจก. การพิมพ์พระนคร, 2529.

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542.

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 116 ตอนที่ 114 ก. ประกาศ ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542, หน้า 48-66.

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 109 ตอนที่ 44. ประกาศ ณ วันที่ 9 เมษายน 2535, หน้า 45-56.

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 111 ตอนที่ 28 ก. ประกาศ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2537, หน้า 3-21.

พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 116 ตอนที่ 9 ก. ประกาศ ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2542, หน้า 5-17.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษายาบาล พ.ศ. 2537 ประกาศ ณ วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2537

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2538

วิจิตร ระวิวงศ์ ชาย ชีระสุต ประวิ อำพันธ์ ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล. รายงานการวิจัยเรื่องลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: ทางเลือกเชิงนโยบาย.

กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข.

มติชนสุดสัปดาห์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 515 วันที่ 15 กรกฎาคม 2533.

ศุภชัย คุณารัตนพุกกะ และศุภสินธุ์ พรรณารุโณทัย. รายงานผลการวิจัย "การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม." กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2540.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, และวราพร พากเพียร (บรรณาธิการ). การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย. รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ 11-13 พฤศจิกายน 2536 ณ โรงแรมดุสิต ริสอร์ท แอนด์โปโลคลับ จังหวัดเพชรบุรี.

สุวภาณี สุรเสียงสังข์. การประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทย. รายงานการวิจัยได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

สำนักงาน ก.พ. แผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ. กรุงเทพฯ : ฝ่ายโรงพิมพ์กองกลาง สำนักงาน ก.พ., 2542.

สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบคโพลล์). หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
