

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานความก้าวหน้า
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหัตถ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่๔๔๑ (2546-47)

*The Monitoring and Evaluation of Universal Health
Coverage in Thailand, Second Phase 2003-04*

โดย

ดร.โอโรจน์ ณ ระนอง
พศ.ดร.อัญญา ณ ระนอง
และ
ศรัยัย เตரியมวรกุล

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

โครงการนี้ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง**
ผศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง***
ศรชัย เตรียมวรกุล****

1. บทนำ

ในระหว่างการหาเสียงสำหรับการเลือกตั้งทั่วไปเมื่อปลายปี 2543 พรรคไทยรักไทยได้ชู “นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งของพรรค “นโยบาย” ดังกล่าวได้รับการตอบรับจากประชาชนค่อนข้างดี ถึงแม้ว่าประชาชนจำนวนไม่น้อย (รวมทั้งผู้สมัครรับเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทยเองจำนวนหนึ่ง) ไม่สู้จะมั่นใจนักว่าถ้าพรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาบริหารประเทศแล้ว พรรคจะสามารถดำเนินโครงการนี้ได้จริงหรือไม่

แต่เมื่อรัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศ ก็ได้ผลักดันให้เกิดโครงการ 30 บาทฯ ขึ้นมาในเวลาอันรวดเร็ว ภายใต้คำขวัญ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทในหกจังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 เริ่มโครงการนำร่องระยะที่สองในอีก 15 จังหวัดแรกในเดือนมิถุนายน 2544 และขยายออกมาครอบคลุม 75 จังหวัดในเดือนตุลาคม 2544 และครอบคลุมทั่วประเทศในปี 2545 นอกจากนี้ รัฐบาลได้ผลักดันให้ออก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ขึ้นมาเพื่อรองรับโครงการ 30 บาทและการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ถึงแม้ว่าโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” จะไม่ใช่โครงการเดียวที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹ และก่อนที่พรรคไทยรักไทยได้ประกาศ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” นั้น แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

**** นักวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

รายละเอียดการคำนวณของตารางส่วนใหญที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 30 บาทฯ อยู่ในรายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับนี้ ซึ่งจัดทำโดยศรชัย เตรียมวรกุล (2546) ข้อมูลเรื่องสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจบางส่วนรวบรวมโดย นิภา ศรีอินันต์

¹ โครงการอื่นที่เกี่ยวข้องสองโครงการหลักๆ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และครอบครัว และโครงการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชน และในกระทรวงสาธารณสุขก็มีโครงการบัตรสุขภาพและโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงถือได้ว่าเป็นโครงการที่เพิ่มเติมช่องว่างที่มีอยู่เดิมโดยการให้หลักประกันสุขภาพกับผู้ที่ยังไม่มีสิทธิอื่น ๆ

ก็ถูกผลักดันโดยหลายฝ่าย รวมทั้งในการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งริเริ่มขึ้นโดยมติ ครม. ในรัฐบาลชุดที่แล้วเมื่อกลางปี 2543 โดยตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นมาดำเนินการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติภายในสามปี ซึ่งในโครงของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติเองนั้นก็มีประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ “การคลังรวมหมู่ด้านสุขภาพ” อยู่ด้วย และในปี 2543 ก็ได้มีการรณรงค์ล่ารายชื่อ 50,000 ชื่อเพื่อเสนอ พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และบางองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข² แต่การเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาท ก็ถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่สุดของการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบ “ถ้วนหน้า” (“universal coverage”) ในประเทศไทย

ถ้าเราเริ่มนับอายุของโครงการ 30 บาท ตั้งแต่ช่วงเริ่มโครงการนำร่องในเดือนเมษายน 2544 โครงการนี้ก็มียาวมากกว่าสองปีแล้ว³ แต่โดยเนื้อแท้แล้ว “โครงการนำร่องระยะที่หนึ่ง” ของโครงการ 30 บาทนั้น ก็คือการขยายการดำเนินการ “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน” ของโครงการช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ในหกจังหวัดที่ได้เข้าร่วมโครงการลงทุนทางสังคม (SIP) ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่รัฐบาลก่อน ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มที่ยังไม่มีสิทธิ์ด้านประกันสุขภาพ⁴ โดยใช้กลไกและกติกาเดิมของโครงการ สปร. แทบทั้งสิ้น การใช้วิธีนี้ทำให้รัฐบาลชุดนี้สามารถเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทได้ภายในระยะเวลาไม่ถึงสามเดือนหลังจากตั้งรัฐบาล สำหรับโครงการนำร่องระยะที่สองนั้น ถึงแม้ว่าจะเริ่มเปลี่ยนแปลงกติกาการจ่ายเงินไปบ้าง แต่ก็ยังเป็นการดำเนินการซ้อนกับโครงการเดิมภายใต้โครงสร้างและงบประมาณเดิมเป็นหลัก

ความเปลี่ยนแปลงหลักๆ ที่เกิดขึ้นจากโครงการ 30 บาท เริ่มขึ้นเมื่อต้นปีงบประมาณ 2545 (เริ่ม 1 ตุลาคม 2544) ซึ่งเป็นช่วงที่โครงการ 30 บาทได้ขยายออกไปครอบคลุม 75 จังหวัด (ยกเว้น กทม.) และได้เริ่มใช้ระบบงบประมาณใหม่ที่จัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรเป็นหลัก ซึ่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข

แต่นอกจากการเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในโครงการของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็ยังส่งผลไปถึงโครงการและสวัสดิการด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะอย่างโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และโครงการประกันสังคม ทั้งที่เป็นผลกระทบในทางที่ทำให้ผู้บริหารโครงการเหล่านั้นต้องเร่งดำเนินการปฏิรูปโครงการของตน และในทางที่มีสิทธิ์ในโครงการเหล่านี้เป็นกังวลว่าเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทจะนำไปสู่การรื้อถอนสิทธิประโยชน์ที่ตนเคยได้หรือไปตั้งทรัพยากรมาจากกองทุนของตน

² โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข หรือ Health Care Reform Project

³ ในช่วงต้นและกลางปีนี้ สื่อมวลชนหลายสื่อ (รวมทั้งหน่วยงานของรัฐบางแห่ง) ได้พยายามประเมินผลการดำเนินการใน “สองปี” ของโครงการ 30 บาท โดยไม่ได้ให้ความสนใจเท่าที่ควรกับข้อเท็จจริงสองประการคือ ประการแรก การดำเนินการในช่วงโครงการนำร่อง (ใน 6 และ 15 จังหวัดนำร่องในสองระยะ) มีความแตกต่างจากการดำเนินการใน 76 จังหวัดในช่วงปีงบประมาณ 2545 มาก และประการที่สอง ข้อมูลผลการดำเนินการต่างๆ (รวมทั้งข้อมูลที่มาตามระบบรายงาน) ต้องใช้เวลารวบรวมเป็นแรมเดือน (หรือหลายเดือนหรือแม้กระทั่งเป็นปีในบางกรณี)

⁴ ในระยะแรกนั้น นักการเมืองที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 30 บาท มักพูดถึงโครงการนี้เป็นโครงการ “เติมให้เต็ม”

คณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้รับมอบหมายจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ติดตามประเมินผล (monitor and evaluate) การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในภาพรวม โดยได้เริ่มดำเนินโครงการติดตามประเมินผลสำหรับปีแรกตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2544- มิถุนายน 2545 และเมื่อสิ้นสุดโครงการติดตามประเมินผลในปีแรก คณะผู้วิจัยก็ได้เสนอรายงานจำนวน 9 เล่ม⁵ แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของโครงการ รายงานชุดดังกล่าวครอบคลุมผลการดำเนินการของโครงการต่างๆ ถึงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2545 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถือได้ว่าเป็นระยะเวลาศึกษาที่ค่อนข้างสั้นสำหรับการสรุปผลในเรื่องการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่การศึกษานี้ครอบคลุมการติดตามประเมินผลโครงการใหม่ที่เพิ่งจะเริ่มต้นและดำเนินการภายใต้ความสับสนอลหม่านของผู้ที่เกี่ยวข้องดังเช่นโครงการ 30 บาทยุค

รายงานฉบับนี้พยายามเสนอภาพของความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้นกว่าในรายงานชุดแรก⁶ โดยจะนำเสนอผลการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2545 เป็นอย่างน้อย ซึ่งกรอบเวลาใหม่นี้จะครอบคลุมการดำเนินการจริงของโครงการ “30 บาทรักษาทุกคน” เกือบทั่วประเทศ (75 จังหวัด) เป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งปี และเป็นที่มาของชื่อรายงานฉบับนี้ ผู้อ่านที่ช่างสังเกตอาจจะแย้งได้ว่า การนับวันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นจุดเริ่มของหลักประกันสุขภาพ “ถ้วนหน้า” ก็น่าจะยังเร็วกว่าความเป็นจริงอยู่ดี เพราะพื้นที่ส่วนใหญ่ของกรุงเทพมหานครก็ยังไม่ได้เริ่มโครงการนี้จนกระทั่งเดือนมกราคมหรือเมษายน 2545 ในแง่หนึ่ง ข้อแย้งนี้เป็นความจริง แต่ถ้าเราประยุกต์การใช้ตรรกะนี้ต่อไปอีก เราก็อาจจะไปสู่อุปสรรคที่ว่า จนถึงทุกวันนี้ประเทศไทย (และอาจจะทุกประเทศในโลก) ก็ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ “ถ้วนหน้า” ที่ครอบคลุมประชาชนทุกคนจริงๆ การเลือกเอาวันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นจุดเริ่มของหลักประกันสุขภาพ “ถ้วนหน้า” ของประเทศไทย ด้วยเหตุผลที่ว่าวันนี้ที่เริ่มดำเนินการของโครงการ 30 บาทในขอบเขตแทบทั่วประเทศจึงน่าจะเป็นการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) ที่น่าจะมีประโยชน์ในการแบ่งระยะเวลา (timeline) ในการบันทึก วิเคราะห์ และประเมินผลของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยที่น่าจะผิดเพี้ยนน้อยที่สุด นอกจากนี้ การแบ่งช่วงเวลาที่ยาวปีงบประมาณก็มีส่วนช่วยในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่มาจากระบบรายงานของภาครัฐ และเป็นกรอบอ้างอิงที่ดีในการสรุปและบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงสิ้นปีงบประมาณเก่าและเริ่มต้นปีงบประมาณใหม่ด้วย

รายงานฉบับนี้แบ่งออกเป็น 9 ตอน ตอนที่สองจะกล่าวถึงแนวคิดและความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ตอนที่สามลำดับความเป็นมาและประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งนัยของ พรบ. นี้ ตอนที่สี่ถึงหกสรุปการดำเนินการและการปรับตัวของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพต่างๆ อันได้แก่โครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสังคม และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ตอนที่ 7 สรุปผลการดำเนินการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกคนในปีงบประมาณ 2545 และรวมไปถึงการปรับตัวด้านการบริหารโครงการในปีงบประมาณ 2546 ตอนที่ 8 วิเคราะห์ผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระทางการเงิน

⁵ ดูรายชื่อรายงานในภาคผนวก รายงานชุดดังกล่าวสามารถ download ได้จาก website ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ TDRI

⁶ แต่ในหลายกรณีอาจจะไม่ได้ลงลึกในรายละเอียดมากเท่ากับในรายงานชุดเดิม

ของประเทศและผู้เสียภาษี และตอนสุดท้ายเป็นการวิเคราะห์เรื่องสิทธิประโยชน์ของโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้

2. บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวความคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยเป็นแนวคิดที่ได้รับการนำเสนอใน วงการสาธารณสุขมาเป็นเวลานานนับสิบปี อย่างไรก็ตาม ความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มักจะไปในทางที่ว่า การ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่แน่ใจว่าประเทศไทยทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดให้มีหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีคุณภาพได้⁷ และมักจะเห็นว่าควรให้ความสำคัญกับการให้หลักประกันสุขภาพกับผู้ที่มี รายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเสียก่อน ซึ่งประเด็นนี้เป็นประเด็นที่โครงการ 30 บาทได้รับการ วิพากษ์วิจารณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน

การให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือให้คนจนในด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจ มานานแล้ว ในอดีต สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนบางแห่ง (ส่วนใหญ่มักเป็นสถานพยาบาลของ มูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับศาสนา) จะจัดบส่วนหนึ่งไว้สงเคราะห์คนจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยการ สงเคราะห์อยู่ในดุลยพินิจของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

ความพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยเริ่มขึ้นอย่างเป็น ทางการในปี พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาล มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้าน การรักษาพยาบาล (สปน.) โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการ การแพทย์และสาธารณสุข โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการ ต่อมาโครงการนี้ ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้ พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆ และในปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยน ชื่อโครงการเป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน ช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)”⁸

ถ้ามองย้อนกลับไปดูวิวัฒนาการของโครงการ สปร. เราก็จะพบว่าข้อถกเถียงเรื่องจะช่วยเหลือเฉพาะคน จนหรือจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงโครงการ 30 บาท แต่เป็นประเด็นที่ ถูกหยิบยกขึ้นมาอภิปรายทั้งในและนอกวงการสาธารณสุขมาเป็นเวลานานแล้ว ในวงการสาธารณสุขเองนั้น ก็มีข้อ ถกเถียงเรื่องนี้พอสมควรหลังจากที่รัฐบาลในอดีตที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ (หรือในช่วงที่พรรคประชาธิปัตย์บริหาร

⁷ การศึกษาของ ศุภสิทธิ์ และคณะ (2543) ซึ่งใช้วิธีสอบถามทัศนคติเรื่องนี้จากผู้เชี่ยวชาญในวงการสาธารณสุข

⁸ นอกจากการสงเคราะห์ผู้มีบัตร สปร. (ซึ่งสถานพยาบาลจัดอยู่กลุ่ม “ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ก.”) แล้ว หัวหน้าสถานพยาบาล ของรัฐยังสามารถใช้ดุลยพินิจในการให้การสงเคราะห์ผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพใดโดยใช้งบของสถานพยาบาลเอง (ในอดีต สถานพยาบาลจัดผู้รับการสงเคราะห์กลุ่มนี้เป็น “ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ข.”)

กระทรวงสาธารณสุข) ได้ขยายความคุ้มครองของ “โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.)” ให้ครอบคลุมเด็กและผู้สูงอายุทุกคน (ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้มีเศรษฐกิจด้อย) ในช่วงปี พ.ศ. 2532-35 จนกระทั่งโครงการนี้กลายมาเป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล”⁹ หรือ สปร. ในปี พ.ศ. 2537 (ดูประวัติวิวัฒนาการของโครงการด้านนี้โดยสังเขปในกรอบที่ 1)

กรอบที่ 1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พ.ศ. 2518 รัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เริ่มมีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (เป็นงบหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปให้สถานพยาบาล) มีการออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่น กทม. และจังหวัดใหญ่ โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย
- พ.ศ. 2519-2522 ยกเลิกการออกบัตร แล้วมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้พิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือนสำหรับครอบครัว และให้หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณา
- พ.ศ. 2524-2525 ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวให้บัตรมีอายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตร สามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม
- พ.ศ. 2527-2530 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2527 โดยหลักเกณฑ์รายได้คงเดิม แต่กำหนดสถานพยาบาลในบัตร 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา
- พ.ศ. 2530-2533 ออกบัตรสงเคราะห์ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวคือสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา
- พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- พ.ศ. 2534-2537 ประกาศใช้ พ.ร.บ. พินทุสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

⁹ จากชื่อใหม่ของโครงการจะเห็นได้ว่าผู้ที่เกี่ยวข้องพยายามลดภาพความเป็นโครงการสงเคราะห์ออกไป และยังคงเลือกชื่อที่ล้อกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ซึ่งมีภาพของสวัสดิการที่ดีกว่าหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ของภาครัฐในขณะนั้น)

กรอบที่ 1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

- พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาเข้ามาในโครงการด้วย
- พ.ศ. 2537 เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาลเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่ เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว
- พ.ศ. 2540-2543 ออกบัตร สปร. ระยะที่หก ใช้เกณฑ์รายได้เหมือนเดิม แต่เพิ่มสถานพยาบาลเป็นสองแห่ง (โรงพยาบาลหนึ่งแห่งและสถานอนามัยหนึ่งแห่ง)
- เมษายน 2544 เริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ใน 6 จังหวัดนำร่อง ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ดำเนินการแบบเดียวกับโครงการ สปร.
- มิถุนายน 2544 เริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ในจังหวัดนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ออก “บัตรทอง” สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ หลายจังหวัดมีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม
- ตุลาคม 2544 ขยายโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ไปครบทุกจังหวัด (ยกเว้น กทม. ชัยนาท) ยุบรวมโครงการ สปร. เข้ากับโครงการนี้และเปลี่ยนบัตร สปร. เป็นบัตรทองหมวด “ท” (ซึ่งผู้ถือบัตรไม่ต้องจ่าย 30 บาท) เลิกขายบัตรสุขภาพ 500 บาท และค่อยๆ เปลี่ยนบัตรสุขภาพที่หมดอายุเป็นบัตรทองทั้งหมดภายในหนึ่งปี
- 1 เมษายน 2545 ดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ทั่วประเทศ
- พฤษภาคม 2545 ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... ผ่านสภาผู้แทนราษฎร
- พฤศจิกายน 2545 พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศใช้เป็นกฎหมาย

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

2.1 ปัญหาและข้อจำกัดของโครงการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) และโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) ในยุคต่อมา ได้รับการอุดหนุนจากเงินภาษีทั้งหมด โดยประชาชนผู้มีสิทธิไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ¹⁰

ในระยะแรกนั้นรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้โครงการนี้ไม่มากนัก (300 ล้านบาทในปี 2522 หรือร้อยละ 7-8 ของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ดูตารางที่ 2) แต่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาทั้ง สปร. และงบของกระทรวง

¹⁰ แต่จะมีข้อยกเว้นในบางกรณีที่มีสิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ไม่ได้ครอบคลุม (เช่น การล้างไต)

สาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่งบ สปร. เพิ่มขึ้นมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากการขยายความคุ้มครองไปสู่ประชากรกลุ่มใหม่ๆ แต่ถึงแม้จะพิจารณาเฉพาะงบที่เพิ่มขึ้นหลังจากปี 2536 จนถึงปี 2543 (ซึ่งเป็นช่วงหลังการขยายความคุ้มครองแล้ว) ก็จะได้เห็นว่างบ สปร. มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 14 ต่อปี

เมื่อเทียบงบประมาณต่อจำนวนประชากรที่มีบัตรแล้ว งบ สปร. ตกประมาณ 403 บาทต่อคนในปี 2543¹¹ อย่างไรก็ตาม งบส่วนนี้ไม่รวมเงินเดือนและงบลงทุนซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรให้สถานพยาบาลแยกต่างหาก ข้อมูลจากการศึกษาสถานพยาบาลของรัฐหลายแห่งพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วสถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนและค่าตอบแทนประมาณร้อยละ 50 ถ้าใช้อัตราส่วนนี้คำนวณโดยหยาบๆ ก็จะประมาณได้ว่างบที่รัฐบาลใช้สำหรับประชากรผู้มีบัตร สปร. ตกประมาณ 800 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วยังต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในโครงการ 30 บาท (1,202 บาทต่อคน จัดสรรไปให้สถานพยาบาล 1,052 บาทต่อคน) โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน (ประมาณ 1,606 บาทต่อคน) และสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว (เบิกจ่ายประมาณ 5,000 บาทต่อคน)

การที่โครงการได้รับงบประมาณต่ำกว่าโครงการอื่น (ในขณะที่อัตราการรับการรักษาพยาบาลของประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ถือบัตรผู้สูงอายุและเด็ก สูงกว่าอัตราการบริการของผู้มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานล้วนๆ) ทำให้ที่ผ่านมาสถานพยาบาลจำนวนมากมีความรู้สึกว่าการเงินงบประมาณที่สถานพยาบาลได้รับไม่สอดคล้องกับภาระงานและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (ทั้งในแง่ที่ระบบการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบบบแบบยอดรวม โดยสถานพยาบาลได้รับเงินเป็นก้อนซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ใช้บริการและชนิดของบริการ และในแง่ที่จำนวนเงินงบประมาณที่ได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงของสถานพยาบาลที่ใช้ในการบริการประชากรกลุ่มเป้าหมาย) ผู้บริการและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจำนวนไม่น้อยจึงมักมองกลุ่มเป้าหมายของโครงการเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะจำกัดการให้การรักษายาบาลแก่คนกลุ่มนี้ ทั้งทางด้านการให้บริการและการให้ยา ในด้านประชากรกลุ่มเป้าหมายเองก็มีบางส่วนที่รู้สึกว่าการ (หรือกลัวว่าจะ) ไม่ได้รับบริการที่ดีหรือมีคุณภาพ ซึ่งปัญหาทั้งสองประการเป็นภาพที่ติดอยู่ในใจของสถานพยาบาลและผู้ใช้บริการมาเป็นเวลานาน

หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณของโครงการในปีงบประมาณ 2541¹² โดยหันมาใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว มีผลทำให้เม็ดเงินลงไปถึงสถานพยาบาลระดับต้น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาล

¹¹ งบที่ลงไปถึงสถานพยาบาลจะต่ำกว่า 400 บาทต่อคนเล็กน้อย เนื่องจากมีการหักไว้ที่ส่วนกลางร้อยละ 2.5 สำหรับชดเชยกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหักไว้ที่จังหวัดประมาณร้อยละ 1 ของงบที่เหลือ

¹² ก่อนปีงบประมาณ 2541 การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นการจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ที่ทางส่วนกลางเป็นผู้กำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรบให้แกจังหวัดต่างๆ ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2536 ถึง 2537 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนผู้มีบัตรสงเคราะห์ในจังหวัด หรือผลงานการบริการ ในปี พ.ศ. 2538 ใช้วิธีแยกงบออกเป็นสองส่วน ให้แก่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกลุ่มหนึ่ง และโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีอนามัยอีกกลุ่มหนึ่ง โดยจัดสรรบทั้งสองส่วนนี้จากส่วนกลางโดยตรง ในปี พ.ศ. 2539 ถึง 2540 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามค่าใช้จ่ายของจังหวัดในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินการค่าใช้จ่ายของแต่ละ

ชุมชน) อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยมากขึ้น ภาพความเป็นภาวะของผู้มีสิทธิ สปร. ก็เริ่มลดลงไป เนื่องจากงบ สปร. กลายมาเป็นเป็นบุดหนุนก้อนใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลชุมชนแทบทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบการส่งเคราะห์ที่ผ่านมาประสบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความตรงของการออกบัตร (โดยเฉพาะในกรณีบัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งคนจนส่วนใหญ่ไม่ได้บัตรและคนได้บัตรจำนวนมากไม่ใช่คนจน) และปัญหาคุณภาพของการบริการของโครงการ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นโครงการ “ส่งเคราะห์”

2.1.1 การเข้าถึงคนจน: กรณีศึกษาการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยในโครงการ สปร.

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในการการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนบัตรที่ออกบัตรจริงก็คือความตรงของการออกบัตรรายได้น้อย ซึ่งมีปัญหาค่อนข้างมาก ตัวอย่างเช่น บางจังหวัดมีการออกบัตรรายได้น้อยแก่ประชากรในสัดส่วนที่สูงมาก ขณะที่ออกบัตรอื่นๆ ได้ต่ำกว่าเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบัตรเด็ก บัตรทหารผ่านศึกและครอบครัว และบัตรภิกษุสามเณร¹³ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่เด็กที่มีฐานะดีพอสมควรมักจะไม่น่าสนใจที่จะทำบัตร สปร. ให้เด็ก¹⁴ ทหารผ่านศึกและครอบครัว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กทม.) มักจะไม่สนใจทำบัตร สปร. เนื่องจากมีความรู้สึกรู้ว่าบัตรทหารผ่านศึกได้รับสิทธิที่ครอบคลุมมากกว่าบัตร สปร. หรือพระภิกษุและสามเณรเองก็เป็นกลุ่มที่สถานพยาบาลของรัฐไม่เคยเรียกเก็บค่าบริการอยู่แล้วไม่ว่าจะมีบัตรอะไรหรือไม่ และ/หรือ พระภิกษุและสามเณรจำนวนมากไม่มีหลักฐานที่ต้องใช้ในการออกบัตร เป็นต้น

ในด้านความตรงของการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้น เป็นเรื่องที่ได้ได้รับความสนใจค่อนข้างมากเนื่องจากมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์กันมากกว่า “คนจนไม่ได้บัตร” และ “คนที่ได้บัตรไม่จน” ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องนี้มาแล้วหลายครั้ง แต่ละครั้งมีวิธีการวัดความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตร โดยใช้นิยามดังต่อไปนี้คือ

ความครอบคลุม (คน) = จำนวนคนจนที่ได้รับบัตร / จำนวนคนจนทั้งหมด

ความครอบคลุม (ครัวเรือน) = จำนวนครัวเรือนยากจนที่ได้รับบัตร / จำนวนครัวเรือนยากจนทั้งหมด

ความตรงประเด็น (คน) = จำนวนคนจนที่ได้รับบัตร / จำนวนคนที่ได้รับบัตรรายได้น้อยทั้งหมด

ความตรงประเด็น (ครัวเรือน) = จำนวนครัวเรือนยากจนที่ได้รับบัตร / จำนวนครัวเรือนที่ได้รับบัตรรายได้น้อยทั้งหมด

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

- ความครอบคลุม คนจนร้อยละ 28 ได้รับบัตรรายได้น้อย
- ความตรงประเด็น ผู้ถือบัตรรายได้น้อยร้อยละ 80 เป็นคนจน

ละจังหวัดจากตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย โดยใช้ผลจากการประมาณการสมการถดถอยพหุ (multiple regression estimation) เป็นต้น

¹³ แต่บัตรผู้นำศาสนาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้ออกได้สูงกว่าเป้าหมายมาก

¹⁴ ซึ่งคงคล้ายกับในปัจจุบันที่ผู้ที่มีฐานะดีจำนวนมากไม่สนใจไปขอรับบัตรทองเพราะไม่คิดจะมาใช้บริการในโครงการ 30 บาท

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

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าในระยะนั้น ความตรงประเด็นไม่ได้ปัญหามากนัก แต่จะมีปัญหาความครอบคลุมอยู่พอสมควร ซึ่งอาจเป็นเพราะยังมีจำนวนบัตรที่ออกค่อนข้างน้อย

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

- ความครอบคลุม คนจนร้อยละ 73 ได้รับบัตรรายได้น้อย
- ความตรงประเด็น ผู้ถือบัตรรายได้น้อยร้อยละ 54 เป็นคนจน

การที่ความครอบคลุมสูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่ความตรงประเด็นลดลงนั้น น่าจะเป็นเพราะมีการออกบัตรรายได้น้อยจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าเดิมมาก

ค. การศึกษาโดยสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543) ศึกษาประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543) ใน 12 จังหวัด มีจำนวนตัวอย่าง 7,685 ครอบครัว ซึ่งครอบคลุมประชากรจำนวน 32,082 คน ซึ่งได้ผลการศึกษาตามตารางที่ 4 ข้างล่าง

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

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

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)

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

ในแง่นี้ กระบวนการออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งสามารถครอบคลุมคนจนเพียงร้อยละ 16-17 ถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวของโครงการที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพของคนจน หรืออีกนัยหนึ่งโครงการเหล่านี้เข้าไม่ถึงคนจนจริงๆ (ถึงแม้ว่ามีจังหวัดอย่างน้อย 31 จังหวัดที่ออกบัตรรายได้น้อยมากกว่าจำนวนที่คาดการณ์โดยส่วนกลาง) เนื่องจากมีคนไม่จนจำนวนมากที่ต้องการบัตรดังกล่าว ซึ่งแม้ว่าการออกบัตรให้คนไม่จนอาจจะไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายในตัวเอง เนื่องจากคนที่ได้บัตรส่วนใหญ่อาจจะเสี่ยงที่จะตกหล่นความจนได้เช่นกัน แต่การที่บัตรรายได้น้อยจำนวนมากถูกแบ่งไปให้คนที่ไม่จน¹⁵ ทำให้คนที่จนจริงๆ ไม่ได้บัตร (ยกเว้นในกรณีที่จังหวัดนั้นใช้วิธีปรับตัวโดยการออกบัตรรายได้น้อยเกิน “โควตา” ที่ได้รับมาก) ทำให้โครงการประสบความล้มเหลวในการเข้าถึงและเป็นที่พึ่งของคนจนจริงๆ

การศึกษานี้ได้ผลซึ่งสนับสนุนความเชื่อที่มีอยู่เป็นเวลานานในบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับโครงการ สปร. ว่า “คนจนไม่มีบัตร บัตรเป็นของคนไม่จน” และเมื่อเปรียบเทียบตัวเลขจากการศึกษาทั้งสามครั้ง ก็น่าจะอนุมานได้ว่าปัญหาความครอบคลุมและความตรงประเด็นของการออกบัตรรายได้น้อยมีแนวโน้มลดลง

นอกจากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นถึงปัญหาความครอบคลุมของบัตรรายได้น้อยสำหรับกลุ่มคนจนแล้ว ข้อมูลจากการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบัตร สปร. อื่นๆ และบัตรสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (ดูตารางที่ 2.2)

¹⁵ หรืออีกนัยหนึ่ง การที่มีปัญหาความไม่ตรงประเด็นของการออกบัตร

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

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

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)

หมายเหตุ: *สัดส่วนของคนที่มีบัตรที่คำนวณได้อาจจะสูงกว่าความเป็นจริงเล็กน้อยเนื่องจากไม่ได้หักกรณีสิทธิซ้ำซ้อนออก ในทางกลับกันสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีบัตรจะต่ำกว่าความเป็นจริง

ประเด็นที่น่าสนใจ สำหรับประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาทต่อปี (3,333 บาทต่อเดือน) (ซึ่งรวมทั้งกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้มีรายได้ที่สูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้บัตรรายได้น้อยคือ 2,000 บาทต่อเดือนเอาไว้ด้วยนั้น) ก็คือ ขณะที่ประชากรกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 9 มีบัตรรายได้น้อย อีกร้อยละ 34 มีบัตร สปร. ประเภทอื่นๆ และร้อยละ 23 ระบุว่าไม่มีบัตรสุขภาพ (บัตร 500 บาท) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า หลักประกันสุขภาพที่สำคัญสำหรับประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 40,000 บาทต่อปี คือบัตร สปร. อื่นๆ ที่ไม่ใช่บัตรรายได้น้อย และรองลงมาคือบัตรสุขภาพ ซึ่งในทั้งสองกรณีเป็นบัตรที่ไม่ได้ใช้เกณฑ์ด้านรายได้ในการออกบัตร¹⁶

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

จากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่า ถ้าจำแนกประชากรตามรายได้ออกเป็นห้ากลุ่มเท่าๆ กัน ในบรรดาประชากรกลุ่มที่จนที่สุดนั้น มีเพียงร้อยละ 9-21 เท่านั้นที่มีบัตรรายได้น้อย¹⁷ และเมื่อดูการกระจายตัวของบัตรรายได้น้อยตามประชากรกลุ่มต่างๆ (แบ่งตามกลุ่มรายได้ห้ากลุ่มข้างต้น) ก็จะพบว่า มีเพียงร้อยละ 38 ของบัตรรายได้น้อยที่อยู่ในมือ

¹⁶ แม้ว่าบัตรสุขภาพจะมีการกำหนดเงื่อนไขเรื่องรายได้อยู่ด้วย แต่ในทางปฏิบัติจะไม่มีการตรวจสอบเงื่อนไขประการนี้

¹⁷ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542 มีคำถามที่ระบุถึงบัตรสามประเภทคือ “บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย” “บัตรรับรองสิทธิถูกจ้างผู้ประกันตน” และ “บัตรประกันสุขภาพ” ในปี 2543 คำถามที่เกี่ยวกับบัตรกลุ่มแรกถูกเปลี่ยนมาเป็น “บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล”

ของประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด 20% แรก ซึ่งข้อมูลทั้งสองประการนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543) ในด้านความครอบคลุมและการกระจายตัวของบัตรรายได้น้อย ถึงแม้ว่านิยามที่ใช้จะมีความแตกต่างกันอยู่บ้างก็ตาม

ตารางที่ 2.3 สัดส่วนของผู้ที่มีบัตรรายได้น้อยและบัตรสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2542 และ 2543

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

ที่มา: ปี 2542 World Bank. Social Monitor.

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

หมายเหตุ: * ปี 2542 และ 2543 ใช้คำถามซึ่งเรียกชื่อบัตรที่ต่างกัน

เมื่อคำนวณจำนวนบัตรโดยข้อมูลชุดนี้ (โดยอิงตัวเลขประชากร 60.6 ล้านคนจากสำมะโนประชากรในปี 2543) ก็พบว่าในปี 2543 มีบัตรรายได้ไม่น้อยจำนวน 6.81 ล้านบัตร และมีจำนวนผู้มีสิทธิบัตรสุขภาพ 21.6 ล้านคน (คิดเป็นจำนวนบัตรสุขภาพอย่างน้อย 4.32 ล้านใบ) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2543 มีบัตร สปร. ที่ออกโดยสถานพยาบาลเมื่อ 15 มิถุนายน 2543 รวม 20.5 ล้านบัตร เป็นบัตรผู้มีรายได้ไม่น้อย 6.80 ล้านบัตร และในปี 2542 มีจำนวนบัตรสุขภาพที่ออกโดยสถานพยาบาล 2.05 ล้านบัตร ครอบคลุมประชากรจำนวน ประมาณ 6.58 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งประเทศ)

การศึกษาข้อมูลการออกบัตรต่างๆ ในอดีต นำมาสู่ข้อสรุปดังต่อไปนี้คือ

- ที่ผ่านมา การใช้บัตรรายได้ไม่น้อยเป็นเครื่องมือที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนจนนั้น ไม่ประสบความสำเร็จในการเข้าถึงคนจน คนจนโดยส่วนใหญ่ไม่ได้บัตร (มีอัตราความครอบคลุม ประมาณ 20% ซึ่งถือว่าในระดับที่ต่ำมาก)
- แม้ว่าการกระจายของบัตรจะมีลักษณะก้าวหน้า (สัดส่วนของคนจนที่ได้บัตรสูงกว่าคนมีฐานะดีที่ได้บัตร) แต่มีบัตรรายได้ไม่ถึงมือคนจนไม่ถึงร้อยละ 40 บัตรส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) กระจายไปอยู่ในมือของกลุ่มคนที่ไม่จนจริงๆ
- ปัญหาการออกบัตรที่ไม่ได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย (mismatch หรือ mistarget) มีแนวโน้มเลวลง ทั้งๆ ที่ปัญหานี้เป็นปัญหาที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและพยายามหาทางแก้ไขมาเป็น เวลานับสิบปี
- แม้ว่าการกลุ่มคนจนประมาณสองในสามจะมีหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ แต่หลักประกันที่คนกลุ่มนี้ได้รับโดยส่วนใหญ่ได้แก่บัตร สปร. ชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่บัตรรายได้ไม่น้อย (เช่น บัตรเด็ก บัตร ผู้สูงอายุ) หรือจากการจ่ายเงินซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งบัตรทั้งสองประเภทนี้ เป็นบัตรที่ออก ให้หรือขายภายใต้หลักการของการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) มากกว่าเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพที่มุ่งให้เฉพาะคนยากจน (poverty targeting scheme) ที่ให้เกณฑ์ด้านรายได้ในการออกบัตร¹⁸ ดังนั้น ข้อโต้แย้งของผู้ที่ระบุว่าระบบ สงเคราะห์เดิมที่เน้นการสงเคราะห์เฉพาะคนจนเป็นวิธีที่ได้ผลและเข้าถึงคนจนอยู่แล้วนั้น น่าจะ เกิดจากการนับรวมบัตร สปร. อื่นๆ ที่ไม่ใช่บัตรรายได้ไม่น้อย (และบัตรสุขภาพ) ซึ่งเป็นหลักประกัน สุขภาพที่ไม่ได้เจาะจงเฉพาะคนจนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการช่วยเหลือคนจนด้วย

ข้อสรุปสองประการแรกคงมีทั้งส่วนที่สอดคล้องและขัดกับความรู้สึกของผู้ให้บริการ ในส่วนที่สอดคล้องกัน คือ ที่ผ่านมาผู้ให้บริการมักจะยกตัวอย่างของผู้มีฐานะดีที่มีบัตรรายได้ไม่น้อยขึ้นมาอยู่เนืองๆ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาเรื่องความตรงประเด็นนั้นมิได้อยู่พอสมควร แต่สิ่งที่อาจจะขัดกันก็คือผู้ให้บริการจำนวนมากมีความรู้สึกที่ว่าที่ผ่านโครงการ สปร. สามารถช่วยคนจนได้คืออยู่แล้ว ซึ่งกรณีนี้คงเป็นเพราะผู้ให้บริการแต่ละคนมีประสบการณ์ของ

¹⁸ แม้ว่าบัตรสุขภาพจะมีการกำหนดเงื่อนไขเรื่องรายได้อยู่ด้วย แต่ในทางปฏิบัติจะไม่มีการตรวจสอบเงื่อนไขประการนี้

ตนเองในการช่วยเหลือคนจนที่มารับบริการที่สถานพยาบาลบ่อยมาก (ซึ่งเป็นเรื่องที่คาดการณ์ได้เพราะแพทย์แต่ละท่านในโรงพยาบาลของรัฐมักจะต้องตรวจผู้ป่วยวันละหลายสิบรายเป็นอย่างน้อย) แต่ในทางกลับกัน ผู้ให้บริการเหล่านี้จะไม่ค่อยได้มีโอกาสรับทราบถึงกรณีของคนจนที่ไม่มีสิทธิ์ สปร. ซึ่งอาจจะไม่กล้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือต้องประสบความลำบากอย่างแสนเข็ญในการหาเงินสำหรับการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล

การที่ความครอบคลุมและความตรงประเด็นของการออกบัตรรายได้น้อยอยู่ในระดับต่ำมากและมีแนวโน้มเลวลง มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ สปร. ได้พยายามผลักดันให้มีการเปลี่ยนจากระบบการสงเคราะห์แบบเจาะจงคนจน (poverty targeting scheme) มาสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal health coverage) โดยในช่วงประมาณหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มผู้ที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ได้พยายามใช้โครงการ สปร. เป็นบันได (หรือ “stepping stone”) ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอด และแนวคิดนี้ได้ถูกผลักดันมาสู่การปฏิบัติในระหว่างปี 2532-37 โดยการขยายความครอบคลุมของโครงการ สปร. ให้ครอบคลุม เด็ก นักเรียน และผู้สูงอายุ ทุกวัยโดยไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจ (ซึ่งในระยะแรกนั้น การขยายความครอบคลุมของโครงการสำหรับคนเหล่านี้ก็ได้รับการคัดค้านจากบุคลากรผู้ให้บริการพอสมควร เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้มีความเห็นว่ารัฐบาลไม่ควรจะนำงบประมาณที่มีอยู่จำกัดไปช่วยเด็ก นักเรียน และผู้สูงอายุ ทุกวัยแบบ “เหวี่ยงแห” เช่นนี้ หากควรไปที่ช่วยเหลือเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่านั้น)

เหตุผลสำคัญสองประการที่มักถูกหยิบยกขึ้นมาสนับสนุนแนวคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าก็คือ ประการแรก โครงการ สปร. มีปัญหาในการเข้าถึงคนจน (mis-targeting) ค่อนข้างมาก และปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีมาเป็นเวลานานแล้วและยังไม่มีวิธีแหว่ว่าจะสามารถแก้ไขไปได้โดยง่าย ทั้งๆ ที่โครงการ สปร. ได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่าสี่ทศวรรษและได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจำนวนมาก และถ้าจะออกบัตรเพิ่มเพื่อเป็นหลักประกันว่าคนจนจริงๆ เกือบทุกคนจะได้รับบัตร ก็จะต้องมีกระบวนการค้นหาคนจนที่มีความครอบคลุมมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งการใช้วิธีดังกล่าวคงจะต้องยอมออกบัตรผิดให้กับคนที่ไม่จนเพิ่มขึ้นอีกจำนวนมาก อีกทั้งยังต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อการหาตัวคนจน (targeting the poor) ซึ่งเมื่อรวมค่าใช้จ่ายในทุกด้านแล้ว ก็คงจะไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal health coverage) มากนัก

เหตุผลสนับสนุนประการที่สองคือ สำหรับครัวเรือนจำนวนไม่น้อยนั้น ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน (unanticipated shock) ที่สามารถส่งผลกระทบในระดับที่พลิกฐานะความเป็นอยู่ของครัวเรือนได้อย่างรวดเร็ว โดยในแต่ละปีจะมีครัวเรือนที่ไม่ยากจนจำนวนมากที่เสี่ยงกับการตกหล่มของความยากจนได้อย่างรวดเร็วเมื่อสมาชิกของครัวเรือนป่วยหนัก ทำให้การให้หลักประกันด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นแต่การช่วยเหลือคนจนอาจเป็นหลักประกันที่ไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาความยากจนสำหรับกลุ่มเสี่ยง (ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก¹⁹) และควรหันมาใช้วิธีแก้ปัญหานี้โดยวิธีเฉลี่ยความเสี่ยงแทน และการเฉลี่ยความเสี่ยงในลักษณะนี้มักจะทำได้โดยมี

¹⁹ แม้ว่าจะยังไม่ได้มีการศึกษาที่ชัดเจนในเรื่องนี้ แต่ก็พอจะกล่าวอ้างได้ว่ามีครัวเรือนส่วนน้อยเท่านั้นที่มีฐานะในระดับที่สามารถมั่นใจได้ว่าจะไม่ตกหล่มความยากจนถ้าเกิดการเจ็บป่วยหนักของสมาชิกที่สำคัญในครัวเรือน

ประสิทธิภาพโดยโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐมากกว่าการพึ่งกลไกตลาดหรือการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่กำกับบริษัทประกันเอกชน

สาเหตุใหญ่ที่การสร้างระบบประกันสุขภาพของรัฐได้เปรียบโครงการประกันสุขภาพของเอกชนก็คือ ในกรณีของโครงการประกันสุขภาพของเอกชนที่ผู้บริโภครายละรายสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ได้โดยสมัครใจนั้น ผู้ที่ตัดสินใจเลือกซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีหรือคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าตนมีความเสี่ยงสูงกว่าปกติ²⁰ ซึ่งบริษัทประกันเองก็คาดการณ์ไว้ในทำนองเดียวกัน ทำให้บริษัทประกันมักจะคิดเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกันกลุ่มนี้ในอัตราที่สูงกว่าอัตราที่บริษัทคิดกับหน่วยงาน บริษัท หรือ มหาวิทยาลัย ที่เข้าโครงการประกันเป็นกลุ่มใหญ่มาก อีกตัวอย่างหนึ่งคือ ในกรณีที่กฎหมายในบางรัฐของสหรัฐอเมริกาบังคับให้บริษัทประกันเปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันที่เป็นสตรีเลือกกรมธรรม์ที่คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์และคลอดบุตรด้วยนั้น บริษัทประกันจะเรียกเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันที่เลือกกรมธรรม์ประเภทนี้ในอัตราที่สูงมาก เพราะบริษัทประกันมีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าสตรีที่เลือกโครงการดังกล่าวมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์และทำคลอดสูงกว่าสตรีทั่ว ๆ ไปมาก

ในทางกลับกัน การเฉลี่ยความเสี่ยงในโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐจะไม่ประสบปัญหาการถูกเลือกโดยผู้เอาประกันที่มีความเสี่ยงสูงเหมือนกับโครงการของภาคเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากรัฐมีข้อได้เปรียบเหนือเอกชนตรงที่สามารถใช้อำนาจรัฐมาบังคับให้ผู้ที่มีคุณสมบัติที่รัฐกำหนดเข้าร่วมโครงการทุกรายโดยไม่มีข้อยกเว้น การที่รัฐสามารถใช้กฎหมายบังคับได้ทำให้รัฐไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลของปัจเจกชนแต่ละราย (ขณะที่บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพของผู้เอาประกันก่อน และเมื่อถูกเรียกร้องสินไหมก็ยังมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบว่าผู้เอาประกันมีคุณสมบัติครบถ้วนหรือให้ข้อมูลที่เป็นความจริงทั้งหมดหรือไม่) ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน และทำให้มีโอกาสมากที่จะทำโครงการประกันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าภาคเอกชน ตัวอย่างหนึ่งที่อ้างโดย Stiglitz (1989) ก็คือกรมธรรม์ประกันที่เรียกว่า annuity ของบริษัทประกันในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้เอาประกัน (ที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน) จะต้องจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกันทุกเดือนเพื่อแลกกับ “เงินบำนาญ” (annuity) ที่บริษัทจะจ่ายให้เมื่อเกษียณจนกระทั่งผู้เอาประกันเสียชีวิต ซึ่งเมื่อเทียบกับโครงการประกันสังคม (social security pension) ของรัฐบาลสหรัฐฯ แล้ว อัตราผลตอบแทนที่บริษัทประกันจ่ายให้ผู้เอาประกันต่ำกว่าอัตราที่จ่ายโดยโครงการประกันสังคมของรัฐมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะบริษัทประกันเอกชนมีค่าใช้จ่ายในการบริหารในสัดส่วนที่สูงกว่าโครงการของรัฐที่มีขนาดใหญ่กว่ามาก และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบข้อมูลมากเท่าโครงการของเอกชน

²⁰ โครงการบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทเองก็ประสบปัญหานี้ โดยมีผู้ซื้อบัตรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือมาคลอดบุตรในอัตราที่สูงกว่าอัตราปกติมาก

2.2 ประเมินว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ว่าผู้นำรัฐบาลชุดปัจจุบันเคยออกมาระบุว่า ถ้าประเทศไทยทำโครงการ 30 บาทได้สำเร็จ ก็จะเป็น “ประเทศแรกในโลก” แต่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ภูมิปัญญาไทยหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น หากเป็น “ภูมิปัญญานำเข้า” ที่มาจากซีกโลกตะวันตกโดยส่วนใหญ่

ปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแนวคิดที่มีที่มาจากหลากหลาย ตั้งแต่แนวความคิดจากซีกซ้ายสุดไปจนถึงขวาสุด ประเทศต่างๆ ในแทบทุกภูมิภาคที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบต่างๆ ก็มีความแตกต่างทั้งในด้านปรัชญาและการปฏิบัติ (ซึ่งก็สะท้อนความแตกต่างในเชิงปรัชญาในเรื่องนี้ด้วยเช่นกัน) เราอาจแบ่งปรัชญาซึ่งเป็นที่มาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแนวต่างๆ ออกเป็น 4 แนวทางใหญ่ๆ คือ

- แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian Socialism) ซึ่งเน้นบทบาทของรัฐในแทบทุกด้าน รวมทั้งด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลด้วย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศเหล่านี้มักไม่ใช่ต้นแบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะในทางปฏิบัติประเทศเหล่านี้มักให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในด้านอื่นๆ เสียมากกว่า²¹
- แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian Socialism) ซึ่งเป็นปรัชญาพื้นฐานของประเทศกลุ่มที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (welfare state) เช่น ประเทศในยุโรปกลุ่มสแกนดิเนเวีย แนวทางนี้ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (ตามแนวคิดที่ว่ารัฐจะต้องดูแล “ตั้งแต่เมื่อเริ่มชีวิตเป็นเด็กแบบเบาไปจนถึงเมื่อเข้าหลุมฝังศพ” หรือ “From cradle to grave” ซึ่งศาสตราจารย์ปวย อึ้งภากรณ์ ได้นำมาขยายเป็นแนวคิดเรื่อง “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” หรือ “From womb to tomb” อันโด่งดังในประเทศไทย) แนวทางนี้ใช้มาตรการด้านภาษีมากระจายรายได้ใหม่ โดยประเทศเหล่านี้มักเก็บภาษีเงินได้ในอัตราที่ก้าวหน้ามาก เป็นที่น่าสังเกตว่ามีบางประเทศในซีกโลกตะวันตกที่ไม่ได้ใช้แนวทางสังคมนิยมเสรีหรือรัฐสวัสดิการในการบริการประเทศ ก็ได้นำแนวทางนี้มาใช้ในด้านการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย (เช่น อังกฤษ และแคนาดา)
- แนวทางการประกันสังคมแบบบังคับ (social security) ซึ่งมีจุดเริ่มมาจากแนวคิดสายอนุรักษนิยมยุค Bismarck ประเทศเยอรมัน เป็นแนวคิดที่ให้ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ (เช่น นายจ้าง ลูกจ้าง และอาจรวมถึงรัฐบาลด้วย) ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคมสำหรับโครงการสวัสดิการด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล แนวทางนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก (รวมทั้งในโครงการประกันสังคมในประเทศไทยด้วย)
- แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก (ซึ่งพัฒนาขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม) จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบอบเศรษฐกิจแบบเสรี แต่

²¹ แม้ว่าว่าโครงการผู้สื่อข่าวสารธารณสุข (ผสส. ซึ่งยกเลิกไปแล้ว) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของไทยจะได้อิทธิพลบางส่วนจากโครงการหมอเท้าเปล่าของจีน แต่ก็เป็นเรื่องของเทคนิคมากกว่าตัวระบบ และประเทศไทยใช้ อสม. เป็นระบบเสริมที่จะมาช่วยให้ตัวระบบบริการหลักทำงานได้ดีขึ้นเสียมากกว่า

เศรษฐศาสตร์กระแสหลักเองก็ตระหนักถึงความล้มเหลวของกลไกตลาดในบางสถานการณ์ เช่น ในสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (asymmetric information เช่นในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกับแพทย์มีความรู้ไม่เท่ากัน) หรือในกรณีที่กิจกรรมบางอย่างมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสังคม (externality หรือ spill-over effect เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคได้) หรือในกรณีที่ไม่มีตลาดที่ทำหน้าที่ประกันความเสี่ยงในบางด้าน (เช่น ไม่มีตลาดประกันสุขภาพของเอกชนที่ประชาชนโดยทั่วไปสามารถไปซื้อบริการได้อย่างกว้างขวาง โดยในบางกรณี ผู้ที่จะซื้อประกันสุขภาพสำหรับตนเองจะถูบบังคับให้ซื้อประกันชีวิตควบกันไปด้วย) ซึ่งปัญหาประการหลังนี้มักจะเกิดตามมาจากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูลด้วย ตัวอย่างเช่น ในกรณีประกันสุขภาพของเอกชน ที่ผู้ซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี บริษัทจึงมักจะคิดเบี้ยประกันในอัตราที่สูงดักหน้าเอาไว้ก่อน และอาจต้องบังคับให้ผู้ซื้อประกันต้องตรวจสุขภาพก่อนด้วย ในขณะที่โครงการประกันสุขภาพของภาครัฐที่ครอบคลุมทุกคน (หรือในโครงการประกันสังคมซึ่งรัฐบาลบังคับให้ลูกจ้างทุกคนเข้าโครงการ) จะไม่ประสบปัญหาที่ถูกเลือกโดยผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเหมือนกับโครงการของเอกชน การที่โครงการของรัฐครอบคลุมทุกคนแบบถ้วนหน้าทำให้รัฐสามารถมีโครงการประกันสุขภาพที่สามารถเฉลี่ยความเสี่ยงและ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” โดยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลด้านสุขภาพของปัจเจกชนแต่ละราย ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน และทำให้มีโอกาสมากที่จะทำโครงการประกันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าภาคเอกชน แนวทางนี้จึงสนับสนุนให้ใช้ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคมของรัฐแทนในกรณีที่รัฐสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

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

ข้อน่าสังเกตประการหนึ่งก็คือ การที่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีที่มาที่หลากหลาย ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้บริการภาคเอกชนมีความหลากหลายตามไปด้วย โดยมีทั้งแนวคิดที่เน้นบริการของภาครัฐและพยายามจำกัดบทบาทของภาคเอกชน (เนื่องจากมีความเชื่อไว้ในหลายกรณี บริการที่เกิดจากภาคเอกชนเป็นบริการที่ฟุ่มเฟือยหรือไม่มีประสิทธิภาพเมื่อมองจากผลประโยชน์ของสังคม²²) ไปจนถึงแนวคิดที่ต้องการให้มีการ

²² เช่น มีการให้บริการที่เกินความจำเป็น (รวมทั้งการเติบโตของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและผลิตภัณฑ์ราคาแพงอื่นๆ ที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิภาพจริง)

การร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และแนวคิดที่ต้องการให้มีการแข่งขันระหว่างรัฐและเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นทางเลือกของประชาชน

สำหรับในประเทศไทยนั้น ถึงแม้ว่าฝ่ายต่างๆ ที่พยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่ได้มีฉันทามติในทุกๆ ด้าน แต่ก็มีส่วนร่วมในประเด็นหลักๆ หลายประเด็นเมื่อกล่าวถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น

- เป็นการจัดบริการที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ไม่ใช่การสงเคราะห์ที่ขึ้นกับระดับความเอื้ออาทรที่ผู้ให้บริการเลือกหยิบยื่นให้
- เป็นบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่มีคุณภาพที่เป็นที่ต้องการของผู้มีสิทธิ ไม่ใช่บริการชั้นสองที่มีคุณภาพต่ำหรือมีมาตรการจำกัดคุณภาพสำหรับผู้มีสิทธิบางกลุ่ม²³
- มีความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่ทัดเทียมสำหรับทุกคน (ถึงแม้ว่าผู้ที่มีสิทธิต่างกันหรือจ่ายเงินต่างกันอาจจะได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการส่วนอื่นๆ เช่น ห้องพักและอาหาร ในระดับที่ต่างกันได้ก็ตาม)
- เป็นระบบประกันสุขภาพปลายปิดที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้และมีประสิทธิภาพ ไม่ใช่ระบบที่มีการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยหรือระบบที่ผู้ให้บริการสามารถส่งจ่ายยาได้อย่างไม่จำกัดโดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย²⁴

²³ ตัวอย่างเช่น การมีบัญชียาสองชุดขึ้นไปสำหรับคนไข้ประเภทต่างๆ (ไม่ว่าจะเป็นการอิงบัญชียาหลักหรือไม่ก็ตาม) น่าจะถือได้ว่าเป็นเลือกปฏิบัติ เพราะการเลือกจ่ายยาให้ผู้ป่วยน่าจะอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นของผู้ป่วยรายนั้นๆ และควรเป็นการปฏิบัติตามแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่เหมาะสมมากกว่าการตัดสินใจว่ายาตัวนั้นอยู่ในบัญชียาหลักหรือไม่ เพราะถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติแล้วยาในบัญชียาหลักอาจจะเพียงพอสำหรับรักษาผู้ป่วยร้อยละ 99 และสถานพยาบาลอาจจะเลือกใช้ยาในบัญชีเป็นยาด้านแรก (drugs of first choice) สำหรับผู้ป่วยทุกรายก็ตาม แต่เมื่อมีผู้ป่วยรายใดที่ใช้อยู่ในบัญชียาหลักแล้วไม่ได้ผล และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิผล ระบบประกันสุขภาพก็ไม่มีเหตุผลที่จะปฏิเสธความคุ้มครองด้วยเหตุผลว่ายาตัวนั้นอยู่นอกบัญชีชุดหนึ่งที่กำหนดกันขึ้นมาเอง และในระบบที่ควรจะเป็น (ซึ่งควรแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการนั้น) หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ไม่ควรเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดชนิดของยาที่สามารถนำมาใช้ในโครงการ แต่ควรปล่อยให้สถานพยาบาล (หรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล) ตั้งและบริหารกรอบยาของตนเอง ภายใต้เงื่อนไขว่าสถานพยาบาลจะต้องหาทางรักษาผู้ป่วยตามชุดสิทธิประโยชน์ และสถานพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งรายใด (เช่น ถ้ากรอบยาไม่มียาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยรายนั้น) ก็มีหน้าที่ที่จะต้องพยายามให้ผู้ป่วยหรือส่งต่อผู้ป่วยไปในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาได้

²⁴ ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งวิจารณ์ระบบประกันสุขภาพแบบปลายปิดที่พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลว่าเป็นระบบที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกันเนื่องจากผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของสถานพยาบาลและรายได้ของตนเองด้วย และมักให้ความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพที่ควรจะเป็นคือระบบที่ให้ฝ่ายที่สาม (third-party payer) มารับผิดชอบค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย โดยให้ผู้ให้บริการเบิกจ่ายตามการรักษารายจริง (ซึ่งเป็นระบบการจ่ายเงินที่เรียกกันว่า fee for service) แต่ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพปลายปิดจะมีปัญหาตามที่ถูกวิจารณ์จริง ระบบประกันสุขภาพตามผู้ให้บริการกลุ่มนี้มีภาพอยู่ในใจ (ซึ่งคล้ายกับระบบที่เคยใช้ในสหรัฐอเมริกา) ก็มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันเนื่องจากในหลายกรณีผู้ให้บริการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะคล้อยตามเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (หรือจ่ายเป็นจำนวนน้อย เช่น ไม่เกินร้อยละ

อย่างไรก็ตาม มีประเด็นอื่นๆ ที่ฝ่ายต่างๆ ที่พยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้เห็นพ้องกันทั้งหมด เช่น

- สิทธิในการเลือกสถานพยาบาล ซึ่งมีทั้งฝ่ายที่เห็นว่าประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเพราะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ฝ่ายที่เห็นว่าการเลือกสถานพยาบาลก่อให้เกิดการแข่งขันและปรับปรุงบริการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น และฝ่ายที่เห็นว่าการเลือกสถานพยาบาลก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ทำลายระบบการส่งต่อและไม่เอื้ออำนวยต่องานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการพื้นฐานที่จำเป็น (basic/essential-package insurance) หรือครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง (catastrophic insurance) โดยฝ่ายแรกมีความเห็นว่าการขาดหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานทำให้ประชาชนไม่มีแรงจูงใจที่จะมาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพหรือมารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยไม่มาก และมักปล่อยจนกระทั่งโรคที่เป็นมีความรุนแรงจึงมารับการรักษา และการมารับบริการก็มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อยู่แล้ว จึงน่าจะช่วยลดภาระด้านนี้ซึ่งเป็นภาระที่ไม่เบาสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ขณะที่ฝ่ายหลังเห็นว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เป็นเหตุการณ์ที่คนส่วนใหญ่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและรับภาระค่าใช้จ่ายเองได้ แต่จะมีปัญหาเมื่อป่วยหนัก (เช่นป่วยเป็นโรคที่รุนแรง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือโรคเรื้อรังประเภทที่มีภาระค่ารักษาสูงอย่างต่อเนื่อง) จึงควรเน้นการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประเภทหลังมากกว่า
- แหล่งที่มาของเงินมาจากไหน จะมาจากภาษีมากน้อยเพียงใด ถ้ามาจากภาษีจะเป็นภาษีเฉพาะ (เช่น ภาษีเหล้าหรือ ภาษีท้องถิ่น ฯลฯ) หรือภาษีทั่วไปที่จัดสรรเป็นงบประมาณของรัฐบาล และจะมีส่วนเสริมจากนายจ้าง/ลูกจ้าง (ดังเช่นในโครงการประกันสังคม) หรือจากตัวผู้มีสิทธิเองมากน้อยเพียงใด และจะมีกติกาการจ่ายเงินหรือเรียกเก็บเงินส่วนเสริมอย่างไร ควรมีส่วนร่วมจ่าย (copayment) หรือไม่และมากน้อยเพียงใด รัฐบาลไทยหรือประเทศไทยมีทรัพยากรเพียงพอที่จะใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่
- จำนวนกองทุนที่เกี่ยวข้อง ควรมีกี่กองทุน ควรมีกองทุนเดียวเพื่อความเสมอภาคในการให้บริการและอำนาจในการต่อรอง หรือสองกองทุนสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและภาคที่ไม่เป็นทางการ หรือมีจำนวนกองทุนเท่ากับในปัจจุบัน (สามกองทุนหลักบวกกองทุนเฉพาะกิจเช่น กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ) หรือมีหลายกองทุนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการแข่งขัน
- การแยกบทบาทระหว่างผู้คุมกฎ (regulator) ผู้ซื้อบริการ (purchaser) และผู้ให้บริการ (provider) ออกจากกัน ซึ่งในปัจจุบันนั้น กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ทั้งสามด้านพร้อมๆ กัน

20) ทำให้เกิดการให้บริการที่เกินความจำเป็นและทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งประเทศที่ใช้วิธีนี้ (เช่น สหรัฐอเมริกา) ต้องหามาตรการต่างๆ มาควบคุมค่าใช้จ่ายเช่นกัน

และก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interests) การรวมแบบเดิมมีข้อดีอะไรบ้าง ถ้ามีความจำเป็นต้องแยกบทบาทสามประการนี้ จะแยกออกไปอยู่ในสองหรือสามหน่วยงาน และจะมีความเกี่ยวข้องกับแผนกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างไร การแยกองค์การจะสร้างปัญหาอะไรตามมาบ้าง

- บทบาทของภาครัฐและภาคเอกชนในระยะยาว ซึ่งมีทั้งฝ่ายที่ต้องการให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเพื่อเพิ่มทางเลือกสำหรับประชาชนและสร้างระบบที่มีการแข่งขันในด้านประสิทธิภาพมากขึ้น และฝ่ายที่เห็นว่ารัฐจะต้องเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะสามารถวางแผน “จัดระเบียบ” ระบบบริการสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์กับสังคมมากขึ้น และสามารถลดบริการและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นด้านสุขภาพลงในระยะยาว

การที่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพมีที่มาที่หลากหลาย และในกลุ่มผู้ที่สนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเองก็มีความเห็นที่แตกต่างกันค่อนข้างมากในหลายด้าน²⁵ เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่ายังมีความแตกต่างในด้านปรัชญาของโครงการที่ยังเป็นที่ถกเถียงกันอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผนวกความเห็นของผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับปรัชญาของโครงการนี้เข้ามาด้วย ดังนั้น เมื่อมีความพยายามการแปลงปรัชญานี้มาสู่การปฏิบัติ ดังเช่นในโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้น ความแตกต่างด้านแนวคิดในด้านต่างๆ ก็ถูกสะท้อนออกมาเป็นข้อถกเถียงและความสับสนที่แวดล้อมโครงการนี้ตลอดช่วงการดำเนินโครงการนี้ที่ผ่านมา

2.3 การศึกษาและผลักดันเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

การศึกษาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เพิ่งเริ่มขึ้นในระยะเวลาไม่ถึงสิบปี โดยกลุ่มนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งจบการศึกษามาจากยุโรป (ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาที่อังกฤษและเบลเยียม)

²⁵ อย่างไรก็ตาม การที่มีผู้ที่เกี่ยวข้องน้อยคนที่จะประกาศจุดยืนคัดค้านหลักการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รวมถึงพรรคฝ่ายค้าน ซึ่งตั้งคำถามมากมาย แต่ไม่มีผู้ที่ออกเสียงคัดค้านร่าง พรบ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ เลย) อาจจะทำให้แนวคิดของ “ผู้สนับสนุน” แนวคิดนี้มีความหลากหลายมากกว่าในกรณีอื่นๆ โดยทั่วไป

โดยในระยะแรกนั้น นักวิชาการกลุ่มนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ในสังกัดของ สธ.) มีบทบาทในการผลักดันหรือมีส่วนร่วมในการบริหารโครงการประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ และโครงการ สปร. (และ สปภ. ใน สธ.) รวมทั้งมีบทบาทในการนำแนวคิดใหม่ๆ จากต่างประเทศเข้ามาใช้ เช่นการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการประกันสังคม และการซื้อบริการจากสถานพยาบาลของเอกชนและการให้สิทธิผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม การขยายบัตรสุขภาพแบบสมัครใจในสถานพยาบาลของ สธ. และการผลักดันให้มีการเปลี่ยนวิธีการจัดสรร สปร. มาใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัวในปี 2541

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

กลุ่มนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในประเทศไทยมีปฏิริยาที่ต่างกันต่อการขยายความครอบคลุมของโครงการ สปร. โดยนักวิชาการในแวดวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายรักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุและเด็กแบบ “เหวี่ยงแห” และเห็นว่าเป็นนโยบายหาเสียงของพรรคการเมือง แต่ก็มีส่วนน้อยที่เริ่มมองเห็นโอกาสที่จะใช้โครงการนี้เป็น “บันได” ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลังจากที่ประเทศไทยประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจและมีประชาชนหันไปพึ่งบริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก็ได้รับความสนใจมากขึ้น ประเด็นเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นหนึ่งในกระแสนี้ และเริ่มมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาเรื่องนี้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนจากโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ซึ่งเป็นโครงการที่นักวิชาการใน สธ. กลุ่มหนึ่งผลักดันให้เกิดขึ้นโดยขอความสนับสนุนทางการเงินจากสหภาพยุโรป โครงการนี้ได้สนับสนุนการศึกษาของ ศุภสิทธิ์และคณะ 2543 “ความเป็นไปได้และทางเลือกและของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย” ในขณะเดียวกันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปร.) (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาภายใต้ คปรส. เพื่อเตรียมการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ) ก็เริ่มให้ความสนใจและสนับสนุนงานวิจัยในเรื่องนี้ และได้ก่อให้เกิดงานชิ้นสำคัญขึ้นหนึ่ง คือ รายงานของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....” ซึ่งแม้ว่าจะตีพิมพ์ออกมาในปี 2544 แต่ในช่วงเตรียมการนั้น คณะทำงานชุดนี้ (ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลาเป็นประธาน) ก็ได้ส่งผลสะท้อนทางความคิดต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ในการจัดประชุมและสัมมนาต่างๆ ในปี 2542-43 ที่จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข นั้นก็มักจะมีหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ด้วย

ในระหว่างที่กระแสเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความสนใจในหมู่นักวิชาการด้านด้านสาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขนั้น พรรครัฐบาลในขณะนั้น (ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนโครงการบัตรสุขภาพและการขยายโครงการ สปร. และตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ คปรส. และสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปร.) ขึ้นมาเพื่อเตรียมการร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ) ไม่ได้ให้ความสนใจกับเรื่องนี้เป็นพิเศษ เช่นเดียวกับพรรคฝ่ายค้านและพรรคการเมืองที่ตั้งขึ้นมาใหม่ เช่น พรรคไทยรักไทย แต่เมื่อมาถึงช่วงไม่กี่เดือนก่อนการเลือกตั้งนั้น พรรคไทยรักไทยก็ได้เริ่มหาเสียงด้วยนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งกลายมาเป็นหนึ่งในนโยบายที่สำคัญที่มีส่วนช่วยให้พรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาเป็นเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎร และเมื่อได้รับเลือกตั้งแล้ว พรรคไทยรักไทยก็เริ่มหันมาสนใจในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น โดยผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมาสู่การปฏิบัติภายใต้ชื่อ “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค” และมีบทบาทที่สำคัญในการผลักดัน พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เข้าสู่สภา

ในแง่นี้ ถึงแม้ว่ากระแสเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เรื่องใหม่ และเริ่มได้รับความสนใจในหมู่นักวิชาการของ สธ. และองค์กรที่เกี่ยวข้องมาระยะหนึ่ง และมีการศึกษาวิจัยไปแล้วบ้าง แต่การที่บุคลากรของพรรคไทยรักไทย ซึ่งเคยอยู่ในวงการกิจกรรมนักศึกษาและวงการสาธารณสุขมาก่อนได้ผลักดันโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ขึ้นมาชูกเป็นหนึ่งในนโยบายของพรรค ประกอบกับการที่พรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาด้วยเสียงข้าง

มากและเป็นพรรคการเมืองที่พยายามปฏิบัติตามพันธสัญญาที่ให้ไว้ในช่วงหาเสียงเลือกตั้ง จึงกลายมาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแบบที่ใช้โครงการ 30 บาทเป็นธงนำ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นมาในประเทศไทยอย่างรวดเร็วที่นักวิชาการที่เกี่ยวข้องจะคาดฝันเอาไว้ และก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรูปโฉม กระบวนการ และปัญหาที่แตกต่างไปจากจินตภาพของนักวิชาการและหลายท่านในคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิด “ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่เคยถูกกล่าวถึงในช่วงเริ่มโครงการว่าเป็น “คัมภีร์ไบเบิลของโครงการ 30 บาท”

3. พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากผ่านปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปแล้ว แต่ความเป็นมาและเส้นทางวิวัฒนาการของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ ก็สะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี

ในปี 2543 คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ได้ตั้ง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นมาเพื่อร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติภายในสามปี ซึ่งในโครงของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ เองนั้นก็มีการตั้งเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ “การคลังรวมหมู่ด้านสุขภาพ” อยู่ด้วย และ สปรส. เองก็ได้มอบหมายให้ ศ.อัมมาร สยามวาลา ซึ่งในขณะนั้นเป็นประธานคณะทำงานพัฒนายโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดทำรายงานข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... รายงานชิ้นนี้ตีพิมพ์ออกมาในกลางปี 2544 หลังจากที่รัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศและเริ่มโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทในหกจังหวัดแรกแล้ว แต่ในระหว่างการเตรียมโครงการ 30 บาทนั้น รัฐมนตรีช่วยว่าการ สธ. ซึ่งเป็นกำลังหลักในการผลักดันโครงการ 30 บาทในปีแรก มักจะอ้างถึงร่างรายงานนี้ว่าเป็น “คัมภีร์ไบเบิล” ของโครงการ 30 บาท

เมื่อรัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศและผลักดันให้เกิดโครงการ 30 บาทขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว (เริ่มโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทในหกจังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 และขยายออกมาครอบคลุม 75 จังหวัดในเดือนตุลาคม 2544) รัฐบาลจึงได้ผลักดันให้ออก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งในแผนเดิมของ คปรส. จะผลักดันเรื่องนี้หลังจากที่มี พรบ.สุขภาพแห่งชาติออกมาแล้ว ซึ่งตามมติ ครม. ของรัฐบาลเดิมคือปี 2546) ขึ้นมาเพื่อรองรับโครงการ 30 บาทและการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การที่ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกผลักดันขึ้นมาโดยรัฐบาลอย่างรวดเร็ว ทำให้มีกระบวนการที่ต่างจากการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งเน้นกระบวนการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากเวทีต่างๆ ค่อนข้างมากเป็นเวลามากกว่าหนึ่งปี)²⁶ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจค่อนข้างมาก จึงมีผู้เสนอร่าง พรบ. นี้เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรถึง 6 ร่าง ซึ่งรวมทั้งร่างของคณะรัฐมนตรี ร่างของ สส. พรรครัฐบาล และร่างของ สส. ฝ่ายค้าน นอกจากนี้ ยังมีร่างขององค์กรภาคประชาชน ซึ่งได้เริ่มล่ารายชื่อผู้สนับสนุน 50,000 ชื่อเพื่อเสนอ พรบ. นี้เข้าสู่สภาตั้งแต่ปี 2543 ด้วย แต่เนื่องจากกระบวนการล่ารายชื่อไม่ได้มีหลักฐานประกอบ (เช่น สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน) ที่สมบูรณ์พอและไม่สามารถหาหลักฐานมาเพิ่มเติมทันเวลาที่ประธานสภาจะบรรจุร่าง พรบ. นี้เข้าสู่สภา ร่างขององค์กรภาคประชาชน ซึ่งมีหลายประเด็นที่แตกต่างจาก 6 ร่างที่เหลือ จึงไม่ได้รับการพิจารณาในสภา

²⁶ ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านกระบวนการประชาธิปไตยหลายครั้งเช่นกัน แต่ไม่มากและกระจายลงสู่พื้นที่ต่างๆ เหมือน ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

ในระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรนั้น ร่าง พรบ. ฉบับของรัฐบาลได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรอย่างรวดเร็ว สภาได้ผ่านร่าง พรบ. นี้เมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2545 โดยไม่มีผู้ที่ออกเสียงคัดค้านและการแก้ไขเพียงเล็กน้อย แต่ในระหว่างการพิจารณาของวุฒิสภานั้น ได้มีการโต้แย้งกันอย่างกว้างขวางทั้งในกรรมวิธีการและในวุฒิสภาเอง

ประเด็นสำคัญที่มีการโต้แย้งกันค่อนข้างมากอาจแบ่งได้เป็นสามประเด็นคือ (ก) ทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ (ข) สัดส่วนของกรรมการฝ่ายต่างๆ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และ (ค) ประเด็นเรื่องการกันเงินร้อยละหนึ่งสำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และการ “ไล่เบี้ย” ในกรณีที่มีผู้กระทำผิด (มาตรา 41 และ 42)

(ก) ทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในเรื่องนี้มีประเด็นสำคัญๆ ที่ถกเถียงกันหลายประการคือ

- จะเป็นหลักประกันสุขภาพ “ถ้วนหน้า” หรือ จะเป็นหลักประกันสุขภาพสำหรับคนจน
- จะรวมโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และโครงการ 30 บาท) เข้าด้วยกันหรือไม่

ในประเด็นนี้ รัฐบาลเองไม่ได้แสดงท่าทีที่ชัดเจนมากนัก (และบางครั้งผู้ที่เกี่ยวข้องก็แสดงท่าทีกลับไปกลับมา)²⁷ จนกระทั่งเมื่อการ พรบ. อยู่ในการพิจารณาในวุฒิสภา ผู้ที่เกี่ยวข้องในรัฐบาลจึงหันมายืนยันท่าทีเรื่อง “ถ้วนหน้า” เป็นเสียงเดียวกัน และคงหลักการนี้ไว้ในมาตรา 5 สำหรับประเด็นเรื่องรวมโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกันนั้น ในที่สุด รัฐบาลได้ยืนตามร่างเดิมเป็นหลัก โดยกำหนดให้รวมการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพเหล่านี้เข้าด้วยกัน แต่เปิดช่องเรื่องเวลาเอาไว้ให้ โดยรัฐบาลจะต้องออกพระราชกฤษฎีกาในกรณีที่จะให้ข้าราชการและพนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจเข้าร่วมโครงการนี้ (มาตรา 9) และคณะกรรมการกองทุนประกันสังคมจะต้องเห็นชอบและบรรจุข้อตกลงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันในกรณีที่จะนำผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมเข้าร่วมโครงการ (มาตรา 11) ดังนั้น โครงการทั้งสามจะยังคงไม่มีการรวมกันในระยะนี้หรือในอนาคตอันใกล้ จะมีก็แต่โครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเท่านั้นที่มาตรา 12 ของ พรบ. นี้กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่วนกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงานนั้น ถึงแม้ว่ามาตรา 11 จะกำหนดเอาไว้ในลักษณะเดียวกับมาตรา 12 แต่ก็อาจจะยกเลิกไปในที่สุดตามข้อตกลงที่ รมต. และ รมช. สธ. ทำไว้กับกลุ่มผู้บริหารและผู้มีสิทธิประกันสังคมว่าจะผลักดันให้ออกกฎหมายมาตัดมาตรานี้ออกไป

²⁷ คู่มือโรจน์และอัญญา (2545ก และ 2545ข)

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

กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์) เห็นว่ามีสัดส่วนของกรรมการที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ ในคณะกรรมการทั้งสองชุดมากกว่าผู้ประกอบวิชาชีพมาก

ในประเด็นนี้ ได้มีการแก้ไข โดยในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 13) เพิ่มจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนสี่คน (จากแพทยสภา สภาการพยาบาล สมาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา) รวมกับตัวแทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชนอีกหนึ่งคน และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคาดว่าจะมีแพทย์ประมาณสามคน เมื่อรวมกับการกรรมาธิการโดยตำแหน่ง (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) คาดว่าน่าจะมีกรรมการที่อยู่ในวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขประมาณ 9 คนจากคณะกรรมการทั้งหมด 30 คน

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

(ค) ประเด็นเรื่องการเงินร้อยละหนึ่งสำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และการ “ไต่เบี่ย” ในกรณีที่มีผู้กระทำผิด (มาตรา 41 และ 42)

การผลักดันเรื่องนี้ เกิดจากแพทย์กลุ่มหนึ่งที่ได้เห็นความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งในกรณีส่วนใหญ่มักเป็นความเสียหายที่ไม่มีผู้ผิด (เช่น กรณีแพ้ยาโดยส่วนใหญ่) หรือแม้กระทั่งในกรณีที่มีผู้ผิด การใช้กระบวนการทางศาลในการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายก็ลำบากและเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก มาตรา 41 จึงกำหนดให้กองทุนจะกันเงินร้อยละหนึ่งของงบรักษาพยาบาลมาเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลทั้งในกรณีที่มีและไม่มีผู้ผิด และในกรณีที่มีผู้กระทำผิด มาตรา 42 ก็ให้สิทธิกองทุนในการไต่เบี่ยค่าเสียหายที่กองทุนจ่ายทดแทนไปจากผู้กระทำผิดได้

ในขณะที่แพทย์กลุ่มที่มีบทบาทในการผลักดันให้มีมาตรา 41 และ 42 เชื่อว่าการมีกองทุนที่นำเงินกองกลางมาชดเชยความเสียหายโดยผู้เสียหายไม่ต้องไปฟ้องศาลเอาเองน่าจะช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องและกรณีที่แพทย์ต้องจ่ายค่าเสียหายให้ผู้ป่วยลงได้ แพทย์จำนวนไม่น้อยเชื่อว่าการมีระบบที่ยอมจ่ายค่าชดเชยได้ง่ายขึ้นจะกลายเป็นเครื่องจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติออกมาเรียกร้องค่าเสียหายและฟ้องแพทย์กันมากขึ้นในอนาคต และเรียกร้องให้ตัดสองมาตรานี้ (หรืออย่างน้อยมาตรา 42) ออก

แม้ว่ากรรมาธิการเสียงข้างมากของวุฒิสภาจะเสนอให้ตัดสองมาตรานี้ออก แต่ในที่สูดวุฒิสภาก็ผ่านร่างพรบ. โดยคงสองมาตรานี้เอาไว้ หลังจากนั้น รมต. สธ. ก็พยายามแก้ปัญหาความไม่พอใจของแพทย์โดยสัญญาว่าจะผลักดันให้ออกกฎหมายมาตัดมาตรา 42 ออกไป

นัยที่สำคัญจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 ก็คือ โครงการประกันสุขภาพต่างๆ จะยังคงแยกกันดำเนินการในระยะนี้และในอนาคตอันใกล้ (ซึ่งคงไม่น้อยกว่า 5 หรือ 10 ปี) ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ตั้งแต่แรกว่าจะเกิดขึ้น เนื่องจากตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทนั้น รัฐบาลเลือกที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทแต่ฝ่ายเดียว โดยไม่ได้แตะต้องโครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการรักษายาพยาบาล

ข้าราชการ สาเหตุสำคัญคงเป็นเพราะวัตถุประสงค์หลักของรัฐบาลในเรื่องนี้ไม่ใช่การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศทั้งระบบ หากเป็นการผลักดันให้โครงการ 30 บาทให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้บรรลุสัญญาที่รัฐบาลให้ไว้ในช่วงก่อนและหลังเลือกตั้ง การเลือกให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาทแต่ฝ่ายเดียวนั้น นอกจากจะมีข้อได้เปรียบตรงที่ไม่ประสบกับปัญหาการต่อต้านของข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์จากโครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพซึ่งมีกฎเกณฑ์และกติกาของเดิมอยู่แล้ว รวมไปถึงมี “ภาษา” ของโครงการเดิมซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการใหม่ได้ทันทีด้วย และการที่เป็นโครงการของกระทรวงเดียวก็ทำให้ CEO ของโครงการในขณะนั้นสามารถผลักดันให้เกิดการบริหารแบบเกือบเบ็ดเสร็จ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งรู้จักกันมากกว่าในชื่อ “War Room”) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารโครงการและเป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบาย ซึ่งในหลายกรณีเป็นการบริหารที่ไม่ผ่านขั้นตอนและกลไกราชการปกติของกระทรวงฯ แต่ถึงแม้ว่าการบริหารโครงการ 30 บาทแยกจากโครงการอื่นๆ จะทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วซึ่งสอดคล้องกับจุดประสงค์ของพรรคไทยรักไทยและผู้บริหารโครงการ แต่ก็เป็นการส่งสัญญาณออกไปในขณะเดียวกันว่าโครงการนี้จะเป็นโครงการเฉพาะสำหรับบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในโครงการอื่น และเมื่อรัฐบาลได้นำร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่สภา ก็ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนไม่น้อยมีภาพในใจว่า พรบ. นี้เป็น พรบ. ที่มารองรับโครงการ 30 บาทเท่านั้น และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บรรยากาศการถกเถียงในเรื่องทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปะทุขึ้นเมื่อร่าง พรบ. นี้เข้าสู่วุฒิสภา

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

แต่ความเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้ก็ไม่ได้เปลี่ยนภาพใหญ่ที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจะยังคงแยกออกเป็นสามโครงการใหญ่ๆ อย่างชัดเจนต่อไป (อย่างน้อยก็ในอนาคตอันใกล้) รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยฉบับนี้ จึงต้องแยกออกเป็นโครงการย่อยๆ ที่ละโครงการ โดยจะเริ่มจากโครงการที่มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนานที่สุดก่อน อันได้แก่โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

4. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว²⁸

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวเป็นหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดขึ้นเป็นโครงการแรกของประเทศไทยให้กับข้าราชการ²⁹ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ อันได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน สวัสดิการของรัฐวิสาหกิจมักจะอิงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นหลัก แต่รัฐวิสาหกิจที่สามารถหารายได้เองหลายแห่งจะมีสวัสดิการที่เหนือกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในขณะที่เดียวกัน รัฐวิสาหกิจบางแห่งที่ต้องพึ่งเงินงบประมาณอย่างเดียวก็มีสวัสดิการที่ด้อยกว่าข้าราชการ (เช่น สวัสดิการไม่ครอบคลุมครอบครัวหรือบิดามารดา)

นอกจากข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัวแล้ว ในระยะหลังยังมีกลุ่มพนักงานของรัฐ (เช่น เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งมักจะใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยอนุโลม (บางโรงพยาบาลใช้เงินบำรุงหรือเงินสวัสดิการของโรงพยาบาลสำหรับชดเชยค่ารักษายาบาลของเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้)

4.1 กลไกการดำเนินการและกลไกการจ่ายเงิน

โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ในความดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ส่วนสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวนั้น อยู่ในความดูแลของสำนักรัฐวิสาหกิจและหลักทรัพย์ของรัฐ ซึ่งอยู่ในสังกัดกรมบัญชีกลางเช่นกัน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ในอดีตกรมบัญชีกลางทำหน้าที่เป็นสมุห์บัญชีผู้จ่ายเงินให้กับข้าราชการและหน่วยงานตามหลักฐานที่ตั้งเบิกขึ้นมามากกว่าที่มีบทบาทในการ “บริหาร” โครงการนี้

ที่ผ่านมาโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (และรัฐวิสาหกิจโดยส่วนใหญ่) ใช้วิธีเบิกจ่ายย้อนหลังจ่ายตามค่าบริการที่เรียกเก็บโดยสถานพยาบาล (fee-for-service) โดยในกรณีผู้ป่วยนอกนั้น ผู้มีสิทธิต้องทอดรองจ่ายเองไปก่อน แล้วนำไปเสร็จไปเบิกจากทางราชการโดยผ่านต้นสังกัดของข้าราชการผู้นั้น สำหรับผู้ป่วยในนั้น ในกรณีที่ให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐสถานพยาบาลของรัฐจะเป็นผู้ทำฎีกาเบิกจ่ายจากทางราชการเองโดยตรง

ปัจจุบันผู้มีสิทธิสามารถไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ โดยมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวน ยกเว้นค่ายานอกบัญชียาหลัก ซึ่งจะเบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่มีคณะกรรมการแพทย์ของ รพ. รับรอง และกรณีตรวจสุขภาพประจำปี³⁰ และในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินก็สามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนได้ แต่การใช้บริการใน รพ. เอกชนจะมีข้อจำกัดในเรื่องการเบิกจ่าย กล่าวคือนอกเหนือจากค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (ซึ่งเบิกได้เหมือนกับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ) แล้ว ค่ารักษายาบาลประเภทอื่นๆ (เช่น

²⁸ ดูรายละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมใน นิภา (2545)

²⁹ ยกเว้นข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ประจำ

³⁰ การตรวจสุขภาพประจำปีในปัจจุบันทำได้เฉพาะตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ ซึ่งมีสิทธิเข้ารับการตรวจจากสถานพยาบาลของรัฐปีละ 1 ครั้ง และเบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (สำหรับกลุ่มผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี มีสิทธิเบิกได้ไม่เกิน 400 บาท กลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เบิกได้ไม่เกิน 860 บาท และเบิกค่าแพทย์ได้ไม่เกินครั้งละ 50 บาท)

ค่ายา ค่าเลือดและสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค³¹⁾ จะเบิกได้ครั้งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายไปจริงและเบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาท

4.2 ปัญหาของโครงการ

ปัญหาที่สำคัญที่สุดของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ผ่านมาคือ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือเพิ่มขึ้นเป็นหกเท่าตัวในระยะเวลา 13 ปี (ในระหว่างปี 2531-2544) ด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นผลมาจากกลไกการจ่ายเงินของโครงการที่เป็นระบบการเบิกย้อนหลัง และอาจจะมีส่วนที่เกิดจากขาดกระบวนการตรวจสอบที่รัดกุมด้วย ที่ผ่านมามีความพยายามปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหลายครั้ง การปฏิรูปในปี 2541 พยายามลดค่าใช้จ่ายของโครงการโดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง (เช่น จำกัดการจ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลัก จำกัดจำนวนวันนอน และตัดสิทธิการใช้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน) แต่ก็สามารถลดค่าใช้จ่ายลงในช่วงสั้นๆ เพียงปีเดียว (2542) การปฏิรูปครั้งใหม่จะเริ่มดำเนินการเมื่อกลางปีงบประมาณ 2545 ถือได้ว่าเป็นครั้งแรกที่พยายามสร้างฐานข้อมูลและปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินของโครงการนี้

³¹⁾ แต่ไม่รวมค่าจ้างพยาบาลพิเศษและค่าธรรมเนียมพิเศษและบริการอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ (ตั้งแต่ปี 2542 ผู้ที่ให้บริการคลินิกพิเศษต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ เอง)

ตารางที่ 4.1 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ล้านบาท)

ปีงบประมาณ	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ						รัฐวิสาหกิจ	
	ค่าใช้จ่าย ข้าราชการ	% เพิ่มต่อปี	ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยใน	% เพิ่มต่อปี	ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ในรพ. รัฐ	% เพิ่มต่อปี	ค่าใช้จ่าย รัฐวิสาหกิจ	อัตราเพิ่มต่อปี (%)
2531	3,156	n.a.	1,850	n.a.	1,501	n.a.		
2532	3,521	11.6	2,036	10.1	1,635	9.0		
2533	4,316	22.6	2,587	27.1	2,054	25.6		
2534	5,127	18.8	3,106	20.1	2,453	19.4		
2535	5,964	16.3	3,627	16.8	2,782	13.4		
2536	7,707	29.2	5,140	41.7	3,870	39.1		
2537	9,954	29.2	6,580	28.0	4,875	26.0		
2538	11,156	12.1	7,184	9.2	5,476	12.3		
2539	13,587	21.8	8,761	22.0	6,660	21.6	2,426	n.a.
2540	15,503	14.1	9,878	12.8	7,520	12.9	2,616	7.8
2541	16,440	6.0	10,574	7.0	8,772	11.7	2,674	2.2
2542	15,253	-7.2	9,048	-14.4	8,239	-6.1	2,396	-10.4
2543	17,058	18.8	10,050	11.1	9,083	10.2	2,303	-3.9
2544	19,181	12.4	11,058	10.3	9,775	7.2	2,813	22.1
2545	20,476	6.8	10,967	-0.8	9,463	-3.2	2,797	n.a.
2546*	22,088	7.9	11,121	1.4	10,967	15.9	n.a	n.a
2531-44		14.9		14.7		15.5		n.a.

ที่มา: กรมบัญชีกลาง (กรกฎาคม 2546)

หมายเหตุ: * ข้อมูลปีงบประมาณ 2546 เป็นข้อมูลประมาณการจากข้อมูล 9 เดือนแรก โดยสมมติว่าค่าใช้จ่ายในช่วงเดือน กค.-กย. 46 เท่ากับค่าใช้จ่ายในช่วงสามเดือนก่อนหน้านั้น เมย.-มิย. 46

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของโครงการเป็นข้อมูลการเบิกจ่ายที่ได้รับอนุมัติในปีงบประมาณนั้นๆ (ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าว เพราะอาจมีการเบิกหรืออนุมัติล่าช้า)
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวบรวมจากข้อมูลที่รัฐวิสาหกิจส่งให้กรมบัญชีกลาง (ซึ่งต่ำกว่าค่าใช้จ่ายรวมของทุกรัฐวิสาหกิจ เพราะรัฐวิสาหกิจบางแห่งไม่ได้ส่งข้อมูลมาให้ในบางปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งขาดข้อมูลของหลายองค์กร)

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การสร้างฐานข้อมูลของโครงการนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งก็คือ ปัญหาการขาดข้อมูลพื้นฐานของโครงการ โดยเริ่มตั้งแต่จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการนี้ ซึ่งกรมบัญชีกลางเองไม่มีฐานข้อมูลว่ามีจำนวนผู้มี

สิทธิในแต่ละหน่วยงาน (ซึ่งรวมพ่อแม่ และบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 18 ปี) จำนวนกี่คน ในอดีต นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ เคยประมาณไว้ว่าน่าจะมีจำนวนผู้มีสิทธิประมาณ 7 ล้านคน (จากจำนวนข้าราชการและข้าราชการบำนาญประมาณ 2.4 ล้านคน และพนักงานรัฐวิสาหกิจอีกประมาณสามแสนคน) อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีโครงการ 30 บาท หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานประกันสุขภาพ และต่อมาคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.) ก็ได้พยายามรวบรวมตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งจากการดำเนินการมาเป็นเวลาหนึ่งปีเศษ ได้ยอดตัวเลขผู้มีสิทธินี้ประมาณ 4 ล้านคน (3.93 ล้านคน เมื่อเดือน กย. 45 และ 4.06 ล้านคน เมื่อเดือน มิย. 46)³² ซึ่งแม้ว่าตัวเลขนี้อาจจะยังไม่ครบถ้วน แต่ก็มีความโน้มเอียงว่าในที่สุดแล้วจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการนี้น่าจะต่ำกว่าตัวเลข 7 ล้านคนมาก³³

ถ้าเราใช้ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 4.1 ล้านคน (ซึ่งเป็นตัวเลขล่าสุดที่รวบรวมเมื่อกลางปี 2546) ในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อคนของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ก็จะพบว่าในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายประมาณ 20,476 ล้านบาทนั้น เมื่อคิดเฉลี่ยต่อคนก็จะสูงกว่า 5,000 บาทต่อปี สำหรับค่าใช้จ่ายของพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวนั้น ตัวเลขค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งรวบรวมโดยกรมบัญชีกลาง มียอดรวม 2,797 ล้านบาท แต่ตัวเลขนี้เป็นตัวเลขข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน (เช่น ยังขาดข้อมูลค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (ปตท.) ธนาคารอาคารสงเคราะห์ (ธอส.) ธนาคารแห่งประเทศไทย บ.บางจาก ปิโตรเลียม การประปาส่วนภูมิภาค (กปภ.) องค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ (ออป.) เป็นต้น) ซึ่งถ้ารวมค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยงานเหล่านี้เข้ามาด้วย ก็น่าจะมีค่าใช้จ่ายไม่น้อยกว่าประมาณ 3,000 ล้านบาท³⁴ หรือประมาณ 5,000 บาทต่อคน (โดยประมาณจำนวนผู้มีสิทธิอย่างหยาบๆ ไว้ที่ 6 แสนคน จากจำนวนพนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้างประจำ ประมาณ 2.73 แสนคน³⁵)

ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว (หรืออาจสูงถึง 6,000 บาทต่อคน เมื่อคิดค่าสองโครงการนี้มีค่าใช้จ่ายรวมกันประมาณ 23,500 ล้านบาท สำหรับประชากรไม่ถึงสี่ล้านคน) อาจจะสูงกว่าความเป็นจริงในกรณีที่ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจที่ได้จากการสำรวจในปัจจุบันอาจมีจำนวนต่ำกว่าความเป็นจริง ในกรณีที่จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการเพิ่มขึ้นเป็น 5.0-5.2 ล้านคน (ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นตัวเลขประมาณการขั้นสูงในขณะนี้) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวก็จะลดลงมาเหลือประมาณ

³² ตัวเลขทั้งสองนี้รวมผู้ที่มิได้สิทธิเข้าซ้อนกับโครงการประกันสังคมประมาณหนึ่งแสนคนแล้ว (ดูรายละเอียดในตารางที่ 7.1)

³³ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2544 (ประมาณเดือน เม.ย.-พ.ค.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากครัวเรือนตัวอย่าง 78,363 ครัวเรือน พบว่ามีประชากรที่มีสวัสดิการข้าราชการประมาณร้อยละ 7.5 และสวัสดิการจากรัฐวิสาหกิจอีกร้อยละ 1.0 ถ้าตัวเลขนี้ถูกต้อง และการสำรวจนี้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ ก็สามารถประมาณการจำนวนผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจอยู่ที่ประมาณ 5.2 ล้านคน (จากประชากรประมาณ 61.2 ล้านคน ซึ่งปรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จากสำมะโนประชากรในปี 2543)

³⁴ เฉพาะค่าใช้จ่ายของสององค์กรแรกในระหว่างปี 2540-44 ก็สูงถึง 100-160 ล้านบาทต่อปี

³⁵ ตัวเลขนี้รวมพนักงานในหน่วยงานทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วด้วย ยกเว้นธนาคารแห่งประเทศไทย ถ้ารวมลูกจ้างชั่วคราวด้วยจะมีจำนวนประมาณ 2.86 แสนคน

4,500-4,700 บาทต่อปี ซึ่งยังคงตกประมาณสามถึงสี่เท่าตัวของค่าใช้จ่ายต่อหัวในโครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาท (ดูตอนที่ 5 และ 7) และเป็นตัวเลขที่สูงกว่าที่หลายฝ่ายเคยประมาณเอาไว้มาก³⁶

นอกจากปัญหาค่าใช้จ่ายและปัญหารัฐบาลข้อมูลแล้ว ก็ยังมีปัญหาสิทธิซ้อนทับกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งมีทั้งกรณีที่เกิดจากปัญหาโครงสร้าง (เช่น กรณีสิทธิซ้อนทับกับโครงการประกันสังคม ที่เกิดจากคู่สมรสหรือบิดามารดาของข้าราชการทำงานในสถานประกอบการของเอกชน หรือในกรณีที่ข้าราชการไปทำงานนอกเวลาในธุรกิจเอกชน) และเกิดจากปัญหาแรงจูงใจ เช่น ข้าราชการหรือญาติต้องการมีบัตรทอง (หรือสิทธิ สปร. ในอดีต) ไว้ใช้ในกรณีที่เจ็บป่วยไม่มาก เพราะการใช้สิทธิสองประการหลังนี้ไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน และไม่เกิดปัญหาข้าราชการที่นำไปเสร็จไปเบิกเงินไม่นำเงินมาจ่ายคืนให้พ่อแม่

และถึงแม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการอื่นแล้ว สวัสดิการข้าราชการจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (จนมีผู้เปรียบเทียบกับเมื่อคนไข้ที่มีสิทธินี้มารับการรักษาที่ รพ. ก็เหมือนกับการถือเช็คที่ไม่ได้ลงยอดเงินมาให้ รพ.) แต่การที่ในปัจจุบันผู้มีสิทธินี้ไม่สามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ซึ่งก็เบิกค่ารักษาได้จำกัดมาก) ทำให้ข้าราชการและครอบครัวจำนวนไม่น้อยไม่ได้รู้สึกสวัสดิการของตนดีกว่าโครงการประกันสังคม (ซึ่งสามารถเลือกสถานพยาบาลของเอกชนได้ด้วย) เสมอไป และมีข้าราชการและครอบครัวจำนวนไม่น้อยไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนโดยยอมจ่ายเงินเอง

ในด้านปัญหาที่เกิดจากสถานพยาบาลนั้น การที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบที่จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการตามรายการที่รักษา (fee for service) ก็มีส่วนจูงใจให้สถานพยาบาลของรัฐจำนวนหนึ่ง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครและในจังหวัดใหญ่) เปิดคลินิกพิเศษนอกเวลา เพื่อมารองรับคนไข้กลุ่มนี้และคนไข้ที่มีฐานะดี และถึงแม้ว่าการปฏิรูปในปี 2541-42 จะตัดสิทธิในการเบิกจ่ายค่าแพทย์และค่าบริการของเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลา แต่ก็ไม่ส่งผลต่อคลินิกพิเศษนอกเวลามากนัก

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

4.3 การปฏิรูปโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

การที่ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอดีต ทำให้มีความพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังจากที่เกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ซึ่งมีการปรับตัวที่สำคัญคือ การปฏิรูปในปีงบประมาณ 2541 ซึ่งพยายามควบคุมลดค่าใช้จ่ายของโครงการนี้โดยลดสิทธิประโยชน์บางด้านลง (เช่น จำกัดการจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลัก จำกัดวันนอนผู้ป่วยใน ตัดสิทธิการเบิกค่าแพทย์สำหรับคลินิกนอกเวลา และตัดสิทธิการใช้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน)

³⁶ ที่ผ่านมา ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของโครงการนี้นักวิจัยส่วนใหญ่มีอยู่ในใจคือประมาณสองพันบาทต่อคน ซึ่งเป็นตัวเลขที่คำนวณจากฐานประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 7 ล้านคน แต่ถึงแม้จะใช้ตัวเลขผู้มีสิทธิ 7 ล้านคน มาคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวในปีงบประมาณ 2545 จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง 3,354 บาทต่อคน ซึ่งสูงกว่าเดิมมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายโครงการนี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ประมาณ 5,000 ล้านบาท ในระหว่างปี 2540-45)

มาตรการดังกล่าวช่วยให้ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการ (ไม่รวมรัฐวิสาหกิจ) ลดลงชั่วคราวในปีงบประมาณ 2542 ไปอยู่ในระดับเดียวกับปีงบประมาณ 2540 (15,000 ล้านบาท) แต่หลังจากนั้น ค่าใช้จ่ายของโครงการก็เพิ่มกลับขึ้นไปอย่างรวดเร็วขึ้นเป็น 17,058 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2543 และ 19,180 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544 (เฉลี่ยร้อยละ 26 ในช่วง สองปีหลัง)

หลังจากการปฏิรูปในปีงบประมาณ 2541 กระทรวงการคลังได้มอบหมายให้คณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลัง ซึ่งมี อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน) จัดทำแผนปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งแผนนี้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีรัฐบาลที่แล้วเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 แผนปฏิรูปนี้กำหนดให้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2544 โดยมีปีงบประมาณ 2544-46 เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน และเริ่มดำเนินการเต็มตัวในปีงบประมาณ 2547 ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา ซึ่งผ่านคณะรัฐมนตรีไปแล้วนั้น มีเนื้อหาที่สำคัญคือ ให้ผู้มีสิทธิยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ควรจะได้รับไม่น้อยกว่าปัจจุบัน แต่มีรายละเอียดบางส่วนที่ต่างไปจากเดิมบ้าง รวมทั้งมีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย และการเตรียมการสำหรับการปรับระบบ ซึ่งสรุปได้คร่าวๆ ดังนี้

ประเภทสถานพยาบาล ผู้มีสิทธิจะสามารถเลือกไปใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยทุกปี จะสามารถเลือกสถานพยาบาลที่เห็นว่าสะดวกหรือใกล้ที่สุด

ผู้ป่วยเรื้อรัง จะมีระบบรองรับเป็นพิเศษเพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก มีคุณภาพ และเป็นธรรมต่อผู้ให้บริการ การตรวจสุขภาพและสิทธิด้านทันตกรรม ให้สิทธิประโยชน์บางด้านเพิ่มขึ้น ผู้มีสิทธิแต่ละคนจะได้รับสมุดบันทึกประวัติสุขภาพประจำตัว ซึ่งจะระบุชุดการตรวจสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากที่จำเป็น การทดรองจ่าย ผู้มีสิทธิไม่ต้องทดรองจ่ายเงินไปก่อนดังเช่นในปัจจุบัน (ยกเว้นค่ายาส่วนที่เกินจากสิทธิประโยชน์)

ค่ายา แยกค่ายาออกจากค่าบริการอื่นๆ อย่างชัดเจน และพัฒนาระบบบัญชีรายการยา 3 ชุด โดยแบ่งเป็น (1) บัญชียาที่มีสิทธิสามารถเบิกค่ายาได้ทั้งหมดตามราคาอ้างอิง (2) บัญชียาที่เบิกได้บางส่วน และ (3) บัญชียาที่เบิกไม่ได้ และในระยะยาวผู้มีสิทธิสามารถเลือกรับยาได้ทั้งจากสถานพยาบาลหรือร้านขายยาที่จดทะเบียนไว้กับโครงการโดยไม่ต้องทดรองจ่ายเอง

- กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน สามารถรับบริการจากสถานพยาบาลที่สะดวกที่สุดตามเหตุการณ์ ด้วยสิทธิที่ไม่ต่ำกว่าในโครงการประกันสังคม ทั้งในเรื่องระยะเวลาอนในโรงพยาบาลแห่งแรกและการส่งต่อผู้ป่วย
- ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามอัตราความเสี่ยง (risk-adjusted capitation) สำหรับทั้งผู้ป่วยนอกและใน หรือกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับผู้ป่วยในและจัดสรรงบประมาณโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group หรือ DRG)

ในเดือนมีนาคม 2544 คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส. 2544) ได้เสนอแนวทางของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ว่า ในระยะแรกจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพสองกองทุนใหญ่ๆ โดยกองทุนแรกจะเป็นการขยายกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน ให้

ครอบคลุมข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐอื่นๆ (หรืออีกนัยหนึ่งคือการรวมสวัสดิการ วิทยาทานข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐที่อยู่ในองค์การมหาชน เข้าไปอยู่กับโครงสร้างประกันสังคม) ส่วนกองทุนที่สองจะเป็นกองทุนที่ครอบคลุมทุกคนในประเทศไทยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนแรก

ต่อมากระทรวงการคลังได้มีหนังสือที่ กค 0530.1/9511 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2544 ว่ายังไม่เห็นสมควรให้นำระบบสวัสดิการข้าราชการของข้าราชการและลูกจ้างของส่วนราชการเข้ารวมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ให้นำระบบสวัสดิการข้าราชการของข้าราชการและลูกจ้างเข้ารวมเมื่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้ครอบคลุมทั่วประเทศไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี

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

ในช่วงปลายปี 2545 ได้มีการประกาศใช้ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งกำหนดให้รวมการบริหารสวัสดิการข้าราชการของข้าราชการเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อทั้งสองฝ่ายเห็นชอบ โดยให้รัฐบาลออกพระราชกฤษฎีกามารองรับภายในหนึ่งปีหลังจากที่ พรบ. นี้มีผลบังคับใช้³⁷ และในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ภายในเวลาที่กำหนด ก็สามารถขยายเวลาครั้งละหนึ่งปี โดยต้องรายงานเหตุผลต่อ ครม. และ สาธารณะ อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันยังไม่มีมาตรการใดๆ ในเรื่องนี้ และเป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวางในหมู่ผู้ที่มีหน้าที่ดำเนินการว่าจะยังไม่มีกรรวมการบริหารจัดการของทั้งสองโครงการนี้เข้าด้วยกันในอนาคตอันใกล้

4.4 การปรับตัวและการดำเนินการของโครงการสวัสดิการข้าราชการในปีงบประมาณ 2545

ในปีงบประมาณ 2545 โครงการสวัสดิการข้าราชการได้มีการดำเนินการและการปรับตัวในหลายด้านคือ

- จ้างบริษัทที่ปรึกษาเพื่อจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ซึ่งประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว การดำเนินการมีความคืบหน้าเฉพาะฐานข้อมูลของข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญ ประมาณ 80 % ส่วนฐานข้อมูลของบุคคลในครอบครัวยังอยู่ระหว่างการป้อนข้อมูล
- ว่าจ้างให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (ดำเนินงานโดยหน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคือ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ หรือ สทส.) ทำโครงการพัฒนาระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โดย สทส. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานตรวจสอบการเบิกจ่าย และเริ่มนำเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาประกอบในการเบิกจ่ายร้อยละ 20
- การประเมินความพร้อมระบบสารสนเทศด้านยาของโรงพยาบาล และจัดทำข้อเสนอทางเลือกสำหรับระบบการส่งต่อข้อมูลรายการยาและราคายาที่เบิกจ่ายของโรงพยาบาล เพื่อการสร้างระบบส่ง

³⁷ ซึ่งจะครบกำหนดในเดือนพฤศจิกายน 2546

ต่อข้อมูลการเบิกจ่ายที่มีรายละเอียดอย่างเพียงพอสำหรับการบริหารระบบจากโรงพยาบาลไปสู่
กรมบัญชีกลาง

- ปีงบประมาณ 2545 เป็นขั้นสำรวจความพร้อมและการบริหารจัดการด้านยาของสถานพยาบาล
(มีแผนดำเนินการเต็มรูปแบบในปีงบประมาณ 2547 หรือ 2548)
- จัดทำข้อเสนอรายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นรากฐานสำหรับ
การพัฒนาบัญชียาการยาและบัญชียาขายปลีกกลุ่มต่างๆ
- จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์ราคาขายของโรงพยาบาล (ทั้งราคาขายและราคาต้นทุน)

ในบรรดามาตรการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น มาตรการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยในซึ่งดำเนินการโดย
สกส. เป็นมาตรการแรกที่เริ่มนำมาใช้ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 มาตรการนี้เปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่า
รักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งแต่เดิมนั้น กรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของรัฐเดิมตามจำนวนค่า
รักษาพยาบาลของข้าราชการและผู้มีสิทธิที่สถานพยาบาลส่งมาเบิก แต่วิธีใหม่นี้กำหนดให้สถานพยาบาลวางฎีกา
สองครั้ง โดยครั้งแรกให้ รพ. ส่งข้อมูล DRG มาพร้อมกับฎีกาเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งกรมบัญชีกลางจะจ่ายค่า
ห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาทั้งหมด แต่ค่ารักษาพยาบาลอื่นจะจ่ายให้ร้อยละ 80
ก่อน ที่เหลือร้อยละ 20 จะถูกกันเอาไว้เพื่อนำมาจัดสรรให้สถานพยาบาลตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG ซึ่งตามวิธีนี้
นั้น ในที่สุดแล้วสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยในที่เป็นโรคที่ซับซ้อน (มีค่าน้ำหนัก DRG สูงกว่าค่าเฉลี่ย) จะได้รับการ
จัดสรรงบประมาณกว่ายอดเงินที่ตั้งเบิก ในขณะที่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยในเป็นโรคที่ไม่ซับซ้อน (ค่าน้ำหนัก DRG ต่ำกว่า
ค่าเฉลี่ย) จะได้รับการจัดสรรเงินน้อยกว่ายอดเงินที่ตั้งเบิก แต่ในภาพรวมแล้วการใช้วิธีนี้จะยังไม่มีผลต่อค่าใช้จ่าย
รวมของโครงการในช่วงนี้ (เนื่องจากเงินที่กันไว้จะถูกจัดสรรกลับไปให้สถานพยาบาลทั้งหมด) แต่จะเป็นการ
เตรียมการสำหรับในอนาคตซึ่งมีแผนที่จะจัดสรรงบประมาณในทั้งหมดมีการจ่ายเงินตาม DRG ทั้งหมด³⁸

ในระยะแรก การดำเนินการตามมาตรการนี้มีปัญหาด้านอุปสรรคเรื่องการส่งข้อมูลอยู่บ้าง โดย
โรงพยาบาลหลายแห่งยังคงส่งข้อมูลมาในแบบเดิม ซึ่งในกรณีเหล่านี้ ทาง สกส. ใช้วิธีส่งเรื่องกลับไปให้โรงพยาบาล
ทำข้อมูลเพิ่มเติมมาให้ นอกจากนี้ การดำเนินการในช่วงแรกได้ก่อให้เกิดความสับสนในหมู่สถานพยาบาลอยู่บ้าง
เพราะโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งเข้าใจผิดว่ารัฐบาลตั้งใจจะจ่ายเพียงร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น หรือ
พยายามตัดงบประมาณนี้เพื่อนำไปอุดหนุนโครงการ 30 บาท และในช่วงต่อมา ก็มีปัญหาการตีความของกฎฎีกาที่
ตีความว่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิของสถานพยาบาลที่จะกระทำได้ 100% ดังนั้น สกส. หรือ
กรมบัญชีกลางไม่มีสิทธิที่จะกันเงินส่วน 20 % มาจัดสรรใหม่ ซึ่งในเรื่องนี้ สกส. และกรมบัญชีกลางได้เสนอกลับไป
ยังกฎฎีกาว่า การกันเงินเอาไว้ร้อยละ 20 ไม่ได้เป็นการกันสิทธิการเบิกจ่าย แต่เป็นการเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายเพื่อ
ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้เงินงบประมาณ ซึ่งเรื่องนี้ยังอยู่ระหว่างการพิจารณาของกฎฎีกา และทาง สกส.
ที่เป็นผู้ดูแลระบบจึงยังไม่สามารถจัดสรรงบร้อยละ 20 ตามน้ำหนัก DRG ได้ และใช้วิธีจ่ายเงินส่วนที่เหลือให้กับ

³⁸ ตามข้อเสนอของคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลัง) นั้น สัดส่วนของเงินส่วนที่จะจ่าย
ตาม DRG จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นทุกปี จากปีแรกที่กำหนดไว้ที่ 20% เป็น 100% ในเวลาสี่ปี (ตามแผนเดิมกำหนดให้เริ่มดำเนินการใน
ปีงบประมาณ 2544 โดยมีปีงบประมาณ 2544-46 เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน และดำเนินการเต็มตัวในปีงบประมาณ 2547 แต่การดำเนินการ
จริงเริ่มในเดือนเมษายน 2545 ซึ่งล่าช้ากว่าแผนเดิมเป็นเวลาหนึ่งปีครึ่ง)

สถานพยาบาลตามปฏิทินที่ตั้งเบิกสำหรับทุกสถานพยาบาลที่ส่งข้อมูล DRG มาครบถ้วนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ดังนั้น จนถึงปัจจุบัน สกส. จึงยังไม่ได้ใช้ข้อมูล DRG ในการจัดสรรงบประมาณแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่เราเริ่มนำวิธีนี้มาใช้ (และมี สกส. มาทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เช่น สถานพยาบาลส่งข้อมูลมาครบหรือไม่ และข้อมูลโรคที่ระบุสอดคล้องกับเพศหรืออายุของผู้ป่วยหรือไม่) ก็ปรากฏว่า ค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นผู้ป่วยในของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ 2545 (และครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2546) ลดลงจากระยะเดียวกันของปีที่ผ่านมา (ดูตารางที่ 4.2) โดยค่าใช้จ่าย ผป. ใน ปีงบประมาณ 2545 ลดลง 91 ล้านบาท (รพ. รัฐ ลดลง 312 ล้านบาท) และถ้าคิดเฉพาะในช่วงหกเดือนหลังของปีงบประมาณ (เมย.-ตค.) ซึ่งเป็นช่วงที่เราเริ่มใช้มาตรการนี้ ก็จะพบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในในช่วงดังกล่าวอยู่ที่ 10,616 ล้านบาทต่อปี หรือลดลง 995 ล้านบาท จาก 11,611 ล้านบาทในช่วงเดือนเมษายน 2544-มีนาคม 2545 (รพ. รัฐ ลดลง 1,375 ล้านบาท จาก 11,108 ล้านบาทเหลือ 9,733 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม ในช่วงหนึ่งปี ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากจาก 8,666 ล้านบาท มาเป็น 10,441 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นถึง 1,775 ล้านบาท คิดเป็นอัตราเพิ่มสูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงปีเดียว) ทำให้ค่าใช้จ่ายรวมของโครงการยังคงเพิ่มขึ้น 780 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 3.8 ต่อปี ซึ่งเป็นการเพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าในอดีตค่อนข้างมาก

ตารางที่ 4.2 ค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการรายครึ่งปี 2543-46

ปีงบประมาณ	คนไข้นอก			คนไข้ใน			คนไข้ใน รพ.รัฐ		
	ตค.-มีค.	เมย.-กย.	รวมทั้งปี งบประมาณ	ตค.-มีค.	เมย.-กย.	รวมทั้งปี งบประมาณ	ตค.-มีค.	เมย.-กย.	รวมทั้งปี ปีงบประมาณ
2543	3,341	3,666	7,007	4,830	5,219	10,050	4,397	4,686	9,082
2544	3,873	4,250	8,123	5,341	5,718	11,059	4,747	5,029	9,775
2545	4,416	5,093	9,509	5,893	5,074	10,967	5,079	4,383	9,463
2546	5,348	5,773*	11,121	5,542	5,469*	11,011*	5,350	5,287*	10,636*

ที่มา : กรมบัญชีกลาง

หมายเหตุ : *ประมาณการได้จากข้อมูลเดือน เมย.- มิย.46 โดยสมมุติว่าค่าใช้จ่ายในช่วงเดือน กค.-กย. 46 เท่ากับค่าใช้จ่ายในช่วงสามเดือนก่อนหน้านั้น (เมย.-มิย. 46)

ข้อมูลค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2546 ของ รพ. เอกชนบางส่วนยังอยู่ในระหว่างการตรวจสอบ

ถึงแม้ว่าจะเป็นการเร็วเกินไปที่จะสรุปว่ามาตรการนี้ได้ผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการข้าราชการหรือไม่ (เพราะข้อมูลค่าใช้จ่ายในตารางที่ 4.2 ใช้เกณฑ์เงินสด ซึ่งจะมียอดลดลงในกรณีที่กระบวนการเบิกจ่ายใช้เวลานานขึ้น เช่นในกรณีที่สถานพยาบาลส่งข้อมูลมาไม่ครบ แล้วถูก สกส. ปฏิเสธการจ่ายและส่งเรื่องกลับไปให้สถานพยาบาลทำเรื่องเบิกกลับมาใหม่) และวัตถุประสงค์หลักที่ สกส. กำหนดให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูล DRG ในครั้งนี้ ก็เพื่อเป็นการสร้างระบบรายงานและฐานข้อมูลสำหรับอนาคตมากกว่าที่จะใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน (เพราะในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ ค่าใช้จ่ายรวมสำหรับผู้ป่วยในก็ยังจะเท่ากับยอดฎีการวมที่สถานพยาบาลตั้งเบิกมาอยู่ดี) แต่การที่ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในของโครงการนี้ลดลงเกือบพันล้านบาทในระยะเวลาหนึ่งปี ก็น่าจะเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่า มาตรการที่ สกส. กำหนดให้สถานพยาบาลต้องรายงานข้อมูลผู้ป่วยในที่มีรายละเอียดที่ชัดเจนกว่าในระบบเดิม น่าจะมีส่วนช่วยในการควบคุมให้สถานพยาบาลต่างๆ ลดพฤติกรรมการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องลงไป ซึ่งในกรณีนี้ คณะผู้วิจัยพบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของสถานพยาบาลบางแห่งซึ่งยอมรับว่าเคยใช้วิธี “แปลง” ผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยใน (เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยที่ไม่ต้องทรงจ่ายไปก่อนและทำให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้มากขึ้น) ระบุว่าได้เลิกพฤติกรรมดังกล่าวหลังจากการเบิกจ่ายระบบใหม่มีการตรวจสอบมากขึ้น

4.5 แผนและโครงการในปี 2546-47

แผนและโครงการที่กำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณ 2546-47 ส่วนใหญ่เป็นงานต่อเนื่องจากในปี 2545 โดยในส่วนของกรมบัญชีกลางนั้น มีแผนที่จะจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ซึ่งประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่จนถึงขณะนี้ (ต้นเดือนกันยายน 2546) ข้อมูลก็ยังมีปัญหาค่อนข้างมาก และในส่วนของฐานข้อมูลของบุคคลในครอบครัวก็ยังอยู่ระหว่างการป้อนข้อมูล ซึ่งการที่โครงการสวัสดิการข้าราชการยังไม่มีฐานข้อมูลครบถ้วนทำให้การตรวจสอบสิทธิซ้ำซ้อนของโครงการต่างๆ จะยังคงเป็นปัญหาต่อไปในระยะนี้

ในส่วนของ สกส. นั้น มีแผนการพัฒนาระบบซึ่งจะมีการดำเนินการในด้านต่างๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ

1. พัฒนาระบบจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณโดยใช้เกณฑ์การจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดย
 - พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมการจัดทำฎีกาสำหรับสถานพยาบาล และมีระบบควบคุมยอดฎีกาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและป้องกันการเบิกซ้ำซ้อน
 - พัฒนาโปรแกรมและระบบการจัดส่งข้อมูลจากสถานพยาบาลมายัง สกส. โดยมีโปรแกรมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งข้อมูลให้ สกส.
 - ปรับปรุงดูแลระบบการจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม ให้แบ่งกลุ่มโรคที่คล้ายคลึงกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน มีค่าใช้จ่ายใกล้เคียงกัน และครอบคลุมตามกลุ่มโรคที่ยังไม่ได้ครอบคลุมหรือขาดข้อมูลรายละเอียด
 - ประมวลผลข้อมูลและคำนวณการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยใช้สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

- พัฒนาการจัดทำต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเป็นรายกลุ่มโรค โดยพัฒนาโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล ต้นทุนการรักษาพยาบาลเป็นรายกลุ่มโรค (DRG) และคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการ จัดเก็บข้อมูล ประมาณ 20 แห่ง ทุกขนาดโรงพยาบาล
 - ติดตามประเมินผลการจัดส่งข้อมูลและการใช้โปรแกรมของสถานบริการและพัฒนาเจ้าหน้าที่ของ สถานพยาบาลในเรื่องการจัดทำข้อมูล
2. โครงการนำร่องระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เฉพาะค่ายา) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 4 กลุ่มโรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว และกลุ่ม อาการจากโรคหลอดเลือดสมอง) โดยเริ่มในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ
- เตรียมระบบเครือข่ายสถานพยาบาล
 - จัดทำทะเบียนผู้มีสิทธิที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
 - พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลที่จะใช้บริการในประเภทผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะผู้ มีสิทธิที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินค่ายาผู้ป่วยนอกประเภทเรื้อรัง โดย สถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายแทนผู้มีสิทธิ
 - พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (พัฒนามาตรฐานและรหัสต่างๆที่สำคัญ การจัดกลุ่มโรค ประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการใช้ยา และการจัดทำบัญชีค่า รักษาพยาบาลรายครั้งที่มารับบริการ) (ทดลองระบบในโรงพยาบาลในโครงการนำร่องที่สามารถ จัดทำระบบเชื่อมโยงได้)
 - พัฒนาการจัดทำ Ambulatory Patient Group (APG)
 - พัฒนาและจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อใช้ เป็นพารามิเตอร์ ปัจจัย (factor หรือตัวคุณ) ในการทำความเข้าใจอัตราที่จะใช้กับการจ่ายค่า รักษาพยาบาลและใช้ในการกำกับและตรวจสอบ
3. โครงการนำร่องสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้านค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน กรณีที่ใช้บริการ การรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ด้วยการเหมาจ่ายรายกลุ่มโรค (จ่ายตามค่า DRG) โดยเริ่มเตรียมความ พร้อมระบบในปี 2546 และทดลองดำเนินการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยคัดเลือกโรงพยาบาลเอกชนที่จะ เข้าร่วมโครงการนี้ประมาณ 10 แห่ง
4. การพัฒนาระบบการตรวจสอบการให้บริการรักษายาบาลผู้ป่วยใน (Medical Record Audit) โดย
- 4.1 ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยตรวจสอบทั้งในส่วนของคุณภาพและค่าใช้จ่ายใน การรักษายาบาล การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ (Coding Audit) ในกรณีที่มีความผิดปกติในการเบิกค่าใช้จ่าย ในการรักษายาบาล (เช่น มีการเบิกค่ารักษายาบาลสูงผิดปกติในกลุ่มโรคที่ไม่น่ามีค่าใช้จ่ายสูง) สุ่มเลือกจาก กลุ่มโรคซับซ้อน (DRG ที่มีค่า RW>3) และสุ่มเลือกแบบทั่วไป

4.2 สุ่มตรวจสอบเวชระเบียน ณ สถานพยาบาล โดยเลือกสถานพยาบาลที่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงผิดปกติ

4.3 พัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนให้ครอบคลุมทั้งบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในกรณีที่มีผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยสาเหตุเดียวกัน มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1-3 เดือน หรือผู้ป่วยนอกได้รับการรักษาด้วยสาเหตุเดียวกันในโรคที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางโรค มากกว่า 1 ครั้ง ภายใน 1-3 เดือน

5. โครงการจัดทำบัญชีรายการยา บัญชีราคายา และระบบข้อมูลยาที่เบิกจ่ายสำหรับ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2546 เป็นการเตรียมความพร้อมของระบบโดย

- จัดทำบัญชีรายการยาและบัญชีราคายาที่เบิกจ่ายได้สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านยาของข้าราชการ
- ทดลองระบบส่งต่อข้อมูลและการติดตามราคายา และการใช้ยาที่มีการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในส่วนของผู้ป่วยนอก เพื่อเตรียมการสำหรับการปรับระบบการเบิกจ่ายค่ายาแก่ผู้ให้บริการในระยะต่อไป
- กำหนดรหัสยาสำหรับรายการยาในบัญชีรายการยา เพื่อเป็นบรรทัดฐานของระบบข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ายาและการติดตามราคายาและการใช้ยา

นอกจากโครงการที่เกี่ยวข้องกับโครงการสวัสดิการข้าราชการโดยตรงแล้ว ที่ผ่านมา สปสช. ได้เสนอให้ สกส. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโครงการ 30 บาทให้กับ สปสช. ด้วย ซึ่งคาดว่าจะโครงการทั้งสองจะครอบคลุมผู้ป่วยในทั้งระบบประมาณร้อยละ 80 โดยจะกำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูล ผป. ในโครงการ 30 บาทมาที่ สกส. ด้วย ซึ่ง สกส. จะทำหน้าที่ประมวลผลข้อมูลการใช้บริการของคนไข้ใน ว่าใครเป็นคนไข้ของใคร เข้า-ออกเมื่อใด ที่ไหน พร้อมคำนวณค่า น้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) และจัดส่งข้อมูล ให้ สปสช. นำไปจัดการเรื่องการจ่ายเงินในทุก 3 เดือน ซึ่งคาดว่าจะโครงการนี้จะสามารถดำเนินการได้ในปีงบประมาณ 2547

จุดเด่นของแผนพัฒนาระบบของ สกส.

- เมื่อระบบพัฒนาสมบูรณ์แล้ว ผู้ใช้สิทธิจะไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน (ยกเว้นในส่วนที่เบิกไม่ได้--ถ้ามี) ทั้งนี้ การเข้ารับการรักษาสามารถใช้บัตรประจำตัว 13 หลักแสดงสิทธิ โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิ และสถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลโดยตรงกับคลัง
- ทำให้ผู้มีสิทธิมีทางเลือกในการใช้สิทธิที่โรงพยาบาลเอกชน (หลังจากที่ถูกต้องสิทธินี้ไปในปี 2541/42)
- การใช้ยา แต่เดิมถ้าต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีคณะกรรมการแพทย์ของ รพ. รับรองจึงจะเบิกได้ ซึ่งเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยนอก และสถานพยาบาลอาจ abuse ได้ง่าย

ในกรณีผู้ป่วยใน แต่หลังการจัดทำรายการบัญชียาและราคายาแล้ว กติกาเรื่องการใช้ยาจะมีความชัดเจนว่า ยาใดเบิกได้ทั้งหมด หรือเบิกได้บางส่วนในราคาใด และชนิดใดเบิกไม่ได้³⁹

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิยังอยู่ระหว่างการดำเนินการทำให้เป็นปัญหาในการตรวจสอบการใช้สิทธิซ้ำซ้อน
- การคิดราคา/ค่าบริการทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลแต่ละแห่งยังมีมาตรฐานที่ต่างกัน มีปัญหาที่พบบ่อยคือการคิดค่าห้องและค่าอาหารไม่ตรงกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลจริง การคิดค่าบริการทางพยาบาลไม่เป็นมาตรฐาน และมีการคิดค่าบริการทางการแพทย์เกินความเป็นจริง มีการเบิกค่ายาและเวชภัณฑ์เกินจำนวนที่ใช้จริง และการคิดค่าบริการซ้ำซ้อน ซึ่งทำให้การกำหนดค่าใช้จ่ายที่เป็นมาตรฐานทำได้ยาก

³⁹ โปรดดูการอภิปรายเรื่องข้อดีข้อเสียของการใช้ระบบบัญชียาหลักในการกำหนดสิทธิประโยชน์ ในตอนที่ 9 “สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

5. โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน⁴⁰

โครงการประกันสังคมเกิดขึ้นมาเป็นเวลาประมาณนานกว่าหนึ่งทศวรรษ (ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533) โดยเป็นโครงการภาคบังคับสำหรับลูกจ้างและพนักงานของเอกชน โครงการนี้เริ่มบังคับใช้สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไปในปี พ.ศ. 2534 แล้วจึงขยายความครอบคลุมมายังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไปในปี พ.ศ. 2537 ก่อนที่จะขยายความครอบคลุมมายังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไปในเดือนเมษายน 2545

สำหรับกองทุนเงินทดแทนนั้น ได้ดำเนินการมาแล้วเป็นเวลาเกือบสามทศวรรษ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 โดยเป็นกองทุนที่รวบรวมเงินจากนายจ้างจ่ายเงินชดเชยในกรณีที่ลูกจ้างเกิดการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องการทำงาน หลังจากที่มีการก่อตั้งสำนักงานประกันสังคม ก็มีการโอนงานของกองทุนเงินทดแทนมาให้สำนักงานประกันสังคมบริหารจัดการแทน (ตาม พรบ. กองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537)

ความแตกต่างของโครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนกับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและโครงการ 30 บาทก็คือ ในโครงการประกันสังคมนั้น สิทธิประโยชน์ในด้านการรักษายาบาลนั้นผูกติดกับสิทธิประโยชน์ด้านอื่น (เช่น ความคุ้มครองในกรณีทุพพลภาพหรือเสียชีวิต การสงเคราะห์บุตร ความคุ้มครองยามชราภาพ) แนบแน่นกว่าในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ซึ่งแยกออกมาจากสิทธิอื่นๆ รวมทั้งสิทธิในเรื่องบำเหน็จบำนาญอย่างชัดเจนกว่า) หรือโครงการ 30 บาท (ซึ่งไม่ครอบคลุมไปถึงสิทธิประโยชน์ด้านอื่นนอกเหนือจากการรักษายาบาล) สำหรับกองทุนเงินทดแทนนั้น อาจถือได้ว่าเป็นโครงการที่ให้นายจ้าง (ซึ่งเป็นผู้ที่ก่อความเสียหายหรือมีภาระรับผิดชอบจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการทำงาน) มาร่วมกันจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้น⁴¹

ในด้านการรักษายาบาลนั้น กองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนแรกที่กองทุนทำหน้าที่ซื้อบริการประกันการรักษายาบาลแทนผู้มีสิทธิโดยใช้วิธีจ่ายเงินล่วงหน้าให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และต่อมาก็ค่อยๆ ปรับกลไกการจ่ายเงินโดยผสมผสานวิธีอื่นๆ เข้ามาด้วย เพื่อลดปัญหาการขาดแรงจูงใจในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงอันเนื่องจากการจ่ายเงินโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว เป็นที่น่าสังเกตว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุโรคได้อาศัยโครงการประกันสังคมเป็นต้นแบบในด้านกลไกการจ่ายเงินในระบบเหมาจ่ายและสิทธิประโยชน์พื้นฐานของโครงการ⁴²

5.1 สิทธิประโยชน์

ตั้งแต่เริ่มโครงการ กองทุนประกันสังคมคุ้มครองผู้ประกันตนใน 4 กรณี คือ กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีเสียชีวิต สำหรับกรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานนั้นอยู่ในความคุ้มครองของ กองทุนเงินทดแทน

⁴⁰ ดูรายละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมในอัญชานาและศรัชัย (2545)

⁴¹ กองทุนที่มีลักษณะคล้ายกับกองทุนนี้คือ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ (ดูตอนที่ 6)

⁴² โดยนำไปผสมผสานกับโครงการบำตรสุขภาพและโครงการ สปร. (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการปฏิรูปการเงินการคลัง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการกับโครงการ สปร. ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา)

ในปี พ.ศ. 2541 กองทุนประกันสังคมขยายความคุ้มครองอีก 2 กรณีคือ กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ และมีแผนที่จะนำการประกันการว่างงานมาใช้ในเร็วๆ นี้

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสังคมประกอบด้วย

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

5.2 ที่มาของแหล่งเงิน

โครงการประกันสังคม เป็นโครงการที่ ลูกจ้าง (หรือที่มักเรียกว่า “ผู้ประกันตน”) นายจ้าง และรัฐบาลร่วมกันจ่ายเงินสมทบ ซึ่งอัตราเงินสมทบได้เปลี่ยนแปลงหลายครั้งตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน (ดูตารางที่ 5.1) ในปัจจุบัน ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินสมทบฝ่ายละ 4% ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจ่ายเงินสมทบ 2% ของเงินเดือน (แต่สำหรับลูกจ้างที่มีเงินเดือนสูงกว่า 15,000 บาท นั้น การคำนวณเงินสมทบจะคำนวณจาก 15,000 บาท เท่านั้น)⁴³ ในปี 2547 ทุกฝ่ายจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้นฝ่ายละ 0.5%⁴⁴

โดยเฉลี่ย เงินเดือนของลูกจ้างในโครงการประกันสังคมในปี 2545 (ซึ่งคำนวณโดยกำหนดเพดานเงินเดือนไว้ที่ 15,000 บาทเหมือนกับเงินเดือนที่ใช้คำนวณเงินสมทบ) ตกประมาณ 6,410 บาทต่อเดือน (เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 6,360 บาทในปี 2544) ดังนั้น โดยเฉลี่ยแล้ว ในปี 2545 รัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมประมาณ 1,538 บาท (และจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1,923 บาทในปี 2547 ถ้าเงินเดือนเฉลี่ยยังเท่าเดิม)⁴⁵ ในขณะที่ลูกจ้างและ

⁴³ วิธีนี้ทำให้ระบบประกันสังคมของไทยเป็นระบบที่ถดถอยต่อรายได้ (regressive) กล่าวคือเมื่อคำนวณจากเงินเดือนจริงแล้ว ผู้ที่มีเงินเดือนเกิน 15,000 บาทจะจ่ายเงินสมทบในอัตราที่ลดลง (ในปัจจุบัน เพดานเงินสมทบสูงสุดที่เรียกเก็บจากลูกจ้างและนายจ้างคือ 600 บาทต่อเดือน และที่เก็บจากรัฐบาลคือ 300 บาทต่อเดือน ไม่ว่าลูกจ้างจะมีเงินเดือนจริงสูงเท่าใดก็ตาม)

⁴⁴ ตามข้อตกลงเดิมนั้น ทุกฝ่ายจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มร้อยละ 0.5 (ซึ่งเป็นส่วนที่ตกลงกันว่าจะปรับลดชั่วคราวเป็นเวลา 5 ปี เพื่อบรรเทาผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ) ในปี 2546 แต่รัฐบาลได้ต่อรองให้เลื่อนออกไปอีกหนึ่งปี โดยสรุปแล้วอัตราเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคมในระหว่างปี 2533-40 คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน ลดเหลือร้อยละ 1 ในปี 2541 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ในปี 2542-45 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.5 ในปี 2547 สำหรับนายจ้างและลูกจ้างนั้น เดิมจ่ายเท่ากับรัฐ แต่ตั้งแต่ปี 2543-45 จ่ายเพิ่มเป็นร้อยละ 3 ปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 4 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2547

⁴⁵ เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนเงินสมทบเฉลี่ยที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการประกันสังคมทั้งในปัจจุบันและที่จะต้องจ่ายในปี 2547 สูงกว่าเงินงบประมาณที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ 30 บาทในปัจจุบัน (1,202 บาทต่อคน) ค่อนข้างมาก

นายจ้างจ่ายเงินเข้ากองทุนเฉลี่ยประมาณฝ่ายละ 3,077 บาทต่อคน (และจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 3,461 บาทในปี 2547)

ตารางที่ 5.1 อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมที่จ่ายโดยฝ่ายต่างๆ

ผู้จ่ายเงิน สมทบ	ก.ย.33 - มี.ค.38	เม.ย. 38 – 2540	254 1	2542			2543-2545			2546 ^{4/}			2547 ^{4/}		
	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม
ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 ^{1/}															
1. รัฐบาล	1.5	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1.5	1	2.5
2. นายจ้าง	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1	3	4	1.5	3	4.5
3. ผู้ประกันตน	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1	3	4	1.5	3	4.5
ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 ^{2/}															
1. รัฐบาล	1.5 ^{3/}	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1.5	1	2.5
2. ผู้ประกันตน	3 ^{4/}	3	2	2	2	4	2	4	6	2	6	8	3	6	9

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม

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

2/ คำนวณจากฐานค่าจ้าง 4,800 บาท

3/ คำนวณจากฐานค่าจ้างเดือนสุดท้ายก่อนออกจากงาน

4/ ประกาศเป็นกฎกระทรวงเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2545 บังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2546

- ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 คือลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

- ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 คือผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 และได้สมัครเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคมโดยสมัครใจภายใน 6 เดือนนับจากวันสิ้นสุดสภาพการจ้างงาน

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

- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 2 กรณี ประกอบด้วย กรณีชราภาพ และสงเคราะห์บุตร เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือน กรกฎาคม และธันวาคม 2542 ตามลำดับ

สำหรับกองทุนเงินทดแทนนั้น เงินทั้งหมดได้มาจากการเรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างซึ่งมีวิธีคำนวณสองวิธีคือ

1. อัตราเงินสมทบหลัก (Basic Rates) คือการเก็บเงินสมทบในช่วง 4 ปีแรกของการขึ้นทะเบียน การเก็บจะขึ้นอยู่กับประเภทกิจการ (มี 131 รหัส) แตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงภัยจากการทำงานของลูกจ้างในแต่ละ

ประเภทกิจการ (อยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1.0 ของค่าจ้าง เดิมกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-2.0 แต่เนื่องจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจจึงมีการปรับลดตั้งแต่กรกฎาคม 2540)

2. อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ (Experience Rates) คืออัตราเงินสมทบหลังจากนายจ้างขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบไปแล้ว 4 ปีติดต่อกัน สำนักงานประกันสังคมจะคำนวณหาอัตราเงินสมทบประจำปีของนายจ้างแต่ละรายซึ่งอาจจะได้รับการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบ⁴⁶ โดยจะคิดจากสถิติย้อนหลังสามปี จากอัตราการสูญเสียซึ่งเท่ากับเงินทดแทนที่กองทุนจ่ายให้ลูกจ้างที่ประสบอันตรายรวม 3 ปี หารด้วยเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายมา รวม 3 ปีคูณด้วย 100 ถ้าอัตราการสูญเสียที่คำนวณได้เท่ากับร้อยละ 10 นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราเงินสมทบลง 80% จากอัตราเงินสมทบหลักที่เคยจ่าย ดังนั้นถ้านายจ้างเคยจ่ายเงินสมทบในอัตรา 1% ใน 4 ปีแรก เมื่อถึงปีที่ 5 ของการนำส่งเงินสมทบ นายจ้างก็จะจ่ายเงินสมทบ 0.2% ของค่าจ้างทั้งปี ซึ่งการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบที่คำนวณใหม่ กองทุนเงินทดแทนจะลดให้สูงสุดไม่เกินร้อยละ 80 และปรับเพิ่มไม่เกินร้อยละ 150 ของอัตราเงินสมทบหลัก การจัดเก็บอัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์นี้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้นายจ้างมีความระมัดระวังและมีมาตรการในการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

5.3. กลไกการจ่ายเงินด้านการรักษาพยาบาล

ก. โครงการประกันสังคม

- เหมจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาล (capitation) 1,100 บาทต่อคนต่อปี⁴⁷
- จ่ายเพิ่มให้สถานพยาบาลตามปริมาณการให้บริการ⁴⁸ ตามภาระเสี่ยง⁴⁹ กรณีค่าใช้จ่ายสูง⁵⁰ ค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ เฉลี่ยรวมทุกกรณี 256 บาทต่อคนต่อปีในปี 2544
- จ่ายให้ผู้ประกันตนโดยตรง (คลอดเหมาจ่าย ทันตกรรม ทูพพลภาพ) 166 บาทต่อคนต่อปีในปี 2544 (กรณีคลอดบุตรไม่รวมเงินทดแทนการขาดรายได้ผู้ประกันตนที่เป็นหญิง)
- รวมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม (ไม่รวมเงินทดแทนคลอดบุตรที่จ่ายให้ผู้ประกันตนที่เป็นหญิง) เฉลี่ย 1,532 และ 1,514 บาทต่อคนต่อปีในปี 2544 และ 2545

ข. กองทุนเงินทดแทน

- จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยวิธี fee-for-service แบบมีเพดาน เฉลี่ยประมาณ 75-85 บาทต่อคนต่อปี (ข้อมูลปี 2543-45)

⁴⁶ เช่น โรงงานที่มีกรณีที่กองทุนต้องจ่ายเงินชดเชยต่อพนักงานในอัตราที่สูงก็ต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราที่สูงขึ้น

⁴⁷ เริ่ม 1 ก.ย. 2543 (ก่อนหน้านี้จ่ายในอัตรา 900-1,000 บาท ต่อบุตร)

⁴⁸ จ่ายเป็นค่าบริการจัดการข้อมูล 30 บาทต่อบุตรและจ่ายตามปริมาณการให้บริการ (สำหรับสถานพยาบาลที่มีอัตราการให้บริการที่เปอร์เซ็นต์ที่ 30 ขึ้นไป) ไม่เกิน 70 บาท/บุตร-ปี (เริ่ม พ.ศ. 2538))

⁴⁹ ครอบคลุมผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง 8 โรค และผู้ป่วยใน รวม 150 บาทต่อคนต่อปี (นำเงินมาของรวมกันและเบิกตามภาระส่วนเกินโดยใช้ข้อมูล DRG) (เริ่ม ม.ค. 2544)

⁵⁰ ใตวรายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการปลูกถ่ายไขกระดูก

เมื่อรวมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากทั้งสองกองทุนนี้เข้าด้วยกัน จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,617 และ 1,589 บาทต่อคนในปี 2544 และ 2545 หรือประมาณ 1,600 บาทต่อคน (ตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.2 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเฉลี่ยต่อคน 2542-45 (บาทต่อคน)

	ปี			
	2542	2543	2544	2545
กองทุนประกันสังคม	1,271	1,252	1,532	1,514
- จ่ายให้สถานพยาบาล	1,098	1,076	1,356	n.a.
- จ่ายให้ผู้ประกันตน	173	175	166	n.a.
กองทุนเงินทดแทน	95	81	85	75
รวมสองกองทุน	1,366	1,333	1,617	1,589
จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถาน พยาบาลเฉลี่ยทั้งปี (ล้านคน)	5.117	5.653	5.926	6.651*

ที่มา: วิโรจน์และอัญญา 2545ข. ตารางที่ 4 (ปี 2542-44) และข้อมูลจาก สปส. (ปี 2545)

หมายเหตุ: *จำนวนผู้มีบัตรรับรองสิทธิเมื่อเดือนธันวาคม 2545 อยู่ที่ 7.222 ล้านคน

- รายงานด้านสุขภาพจากกองทุนประกันสังคมที่จ่ายให้ผู้ประกันตน รวมเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีทุพพลภาพ เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถแยกเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลออกมาได้

5.4 การดำเนินการและการปรับตัวที่สำคัญของโครงการประกันสังคมในด้านการรักษาพยาบาล

ที่ผ่านมา การดำเนินการของโครงการประกันสังคมในด้านการรักษาพยาบาลได้นำแนวปฏิบัติใหม่ๆ เข้ามาใช้หลายประการ เช่น การเปิดให้สถานพยาบาลของเอกชนเข้าร่วมโครงการ และให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาล การสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายสถานพยาบาลและระบบการส่งต่อ การปรับกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ มากขึ้น

ก. การเปิดให้สถานพยาบาลของเอกชนเข้าร่วมโครงการ

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการของภาครัฐที่เปิดให้สถานพยาบาลของเอกชนเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เมื่อเริ่มโครงการในปี 2534 การที่สำนักงานประกันสังคมสามารถดึงสถานพยาบาลเอกชนที่มีอยู่แล้วมาให้บริการผู้ประกันตน แทนที่จะพึ่งแต่สถานพยาบาลของรัฐหรือลงทุนสร้างโรงพยาบาลใหม่ขึ้นมาให้บริการผู้ประกันตนเอง ทำให้ สปส. สามารถทำสัญญากับสถานพยาบาลจำนวนมากพอที่ผู้ประกันตนสามารถเดินทางไปใช้บริการได้ทั่วถึงและสะดวก

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

เมื่อเริ่มโครงการประกันสังคมนั้น สปส. ยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองโดยสถานประกอบการจะเป็นผู้เลือกให้ ในปีถัดๆ ไปจึงเริ่มโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปรับตัวที่สำคัญครั้งหนึ่งของโครงการ (ดูรายละเอียดและขั้นตอนการเปิดให้เลือกสถานพยาบาลในกรอบที่ 5.1)

จากในตารางที่ 5.3 จะเห็นว่าช่วงเริ่มโครงการมีสถานพยาบาลที่เข้าเป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมทั้งสิ้น 137 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลของรัฐ 119 แห่ง⁵¹ และสถานพยาบาลของเอกชนเพียง 18 แห่ง แต่ในปีต่อๆ มาจำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 132 แห่งในปี 2545 (เกือบเท่าจำนวนสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมี 136 แห่งในปีเดียวกัน) การศึกษาของ สงวน และ วิโรจน์ (2536) ชี้ว่าในช่วงแรกที่สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าร่วมเนื่องจากไม่แน่ใจในผลกำไรที่จะได้รับ แต่เมื่อผลปรากฏว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการประกันสังคมได้รับผลกำไรจึงทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากขึ้นเป็นลำดับ⁵²

⁵¹ ในปีแรกที่เริ่มโครงการโรงพยาบาลรัฐทุกโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานเทียบเท่าโรงพยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดให้เข้าโครงการทั้งหมด

⁵² อย่างไรก็ตามมีสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการนี้ แม้ว่าจะเป็นช่องทางที่สามารถสร้างกำไรได้เพราะเกรงว่าจะกระทบต่อฐานลูกค้าเดิม โดยการเข้าร่วมโครงการจะทำให้มีลูกค้ากลุ่มใหม่ที่เป็นผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นแต่ก็อาจจะไม่คุ้มกับการสูญเสียฐานลูกค้าเดิมซึ่งมักจะเป็นลูกค้าที่มีฐานะดี

ตารางที่ 5.3 สถานพยาบาลคู่สัญญาและเครือข่าย และจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับ
สถานพยาบาล พศ.2534-2545

ปี	สถานพยาบาลภาครัฐ				สถานพยาบาลภาคเอกชน				สถานพยาบาลรวม		
	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน		เครือข่าย	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน		เครือข่าย	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน ล้านคน	เครือข่าย
		ล้านคน	(%)			ล้านคน	(%)				
34	119	2.114	84%	-	18	0.414	16%	-	137	2.528	-
35	118	1.703	62%	838	27	1.052	38%	69	145	2.755	907
36	119	1.617	49%	748	37	1.699	51%	91	156	3.316	839
37	122	1.763	45%	1,019	56	2.149	55%	275	178	3.912	1,294
38	126	1.900	45%	1,206	63	2.339	55%	691	189	4.240	1,897
39	126	1.980	40%	1,210	72	2.924	60%	1,629	198	4.904	2,839
40	127	2.317	42%	1,340	69	3.157	58%	1,517	196	5.474	2,857
41	127	2.559	45%	1,263	78	3.189	55%	994	205	5.748	2,257
42	128	2.147	42%	1,522	103	2.969	58%	2,294	231	5.117	3,816
43	130	2.373	42%	1,634	114	3.280	58%	2,380	244	5.653	4,014
44	133	2.468	41%	1,742	128	3.457	59%	3,090	262	5.925	4,832
45*	136	2.970	41%	n.a.	132	4.251	59%	n.a.	268	7.222	n.a.

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: *ข้อมูลเมื่อเดือนธันวาคม 2545 (จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเฉลี่ยทั้งปี 6.651 ล้านคน)

กรอบ 5.1 การให้สิทธิประชาชนในการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

เมื่อเริ่มโครงการประกันสังคมนั้น สปส. ยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองโดยสถานประกอบการจะเป็นผู้เลือกให้ ในปีถัดๆ ไปจึงเริ่มโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง ตามลำดับเหตุการณ์ดังนี้

ปี 2534 สถานประกอบการเลือกสถานพยาบาลให้ลูกจ้างของตน

ปี 2535 เริ่มโครงการนำร่องให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลเองในจังหวัดนนทบุรี

ปี 2536 ขยายไปสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนต่ำกว่า 6,000 คน จำนวน 19 จังหวัด

ปี 2537 ขยายสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนต่ำกว่า 50,000 คน จำนวน 22 จังหวัด

ปี 2538 ขยายสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนสูงกว่า 50,000 คน จำนวน 19 จังหวัด

ปี 2539 กำหนดให้ดำเนินการทั่วประเทศ 76 จังหวัด ยกเว้น กทม. ซึ่งดำเนินการได้เพียงบางส่วน

ปี 2540 ดำเนินการได้ทั่วประเทศ

หมายเหตุ การเปลี่ยนสถานพยาบาล ในปี 2535 ให้เปลี่ยนได้ทุก 6 เดือน ตั้งแต่ปี 2536 เปลี่ยนได้ปีละครั้ง

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

ความสะดวกเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ผู้มีสิทธิ์ส่วนใหญ่เลือก รพ. เอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กทม. และปริมณฑล และจังหวัดใหญ่บางจังหวัด มีการศึกษาพบว่าผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลภาคเอกชนมักจะพึงพอใจในด้านความรวดเร็ว ความเพียงพอของแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์การรักษา ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ให้บริการ การมีเครือข่ายสถานพยาบาลและเวลาที่เปิดให้บริการที่ค่อนข้างมากกว่าที่ได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐ สำหรับผู้ที่เลือกสถานพยาบาลของรัฐทั้งที่เป็นโรงเรียนแพทย์และในต่างจังหวัดมักจะเชื่อว่าสถานพยาบาลเหล่านี้มีบุคลากรและความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ดีกว่า รพ. เอกชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับ รพ. เอกชนขนาดเล็กในต่างจังหวัด)

ข. ระบบเครือข่ายสถานพยาบาล

ระบบเครือข่ายสถานพยาบาลก็เป็นจุดเด่นอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในระบบประกันสังคมซึ่ง สปส. มีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดขึ้น การมีระบบเครือข่าย (เช่น คลินิก) ทำให้ผู้ประกันตนมีทางเลือกในการไปใช้บริการที่หลากหลายขึ้น และการสร้างระบบเครือข่ายที่กว้างขวางของสถานพยาบาลของเอกชนหลายแห่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สถานพยาบาลของเอกชนเหล่านี้ได้รับความนิยมมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ⁵³

การที่มีสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักและเครือข่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่มีสถานพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมโครงการเพิ่มขึ้นมาก และการมีนโยบายที่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้เอง ล้วนแล้วแต่มีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ประกันตนได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่สะดวกสบายและมีคุณภาพดีขึ้น ถ้ามีกลไกและกติกาการจ่ายเงินและการตรวจสอบที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่สำนักงานประกันสังคมมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักมีเครือข่ายในการให้บริการนั้น สปส. ไม่สู้จะสนใจกับสถานพยาบาลเครือข่ายมากนัก โดยปล่อยให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเลือกสร้างและทำการข้อตกลงกับเครือข่ายทั้งระดับรองและระดับสูงกว่าเอง ทั้งนี้ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลนั้น กองประสานการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมจะส่งเจ้าหน้าที่และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักทั้งหมด แต่ที่ยังไม่เน้นการเข้าไปประเมินตรวจสอบสถานพยาบาลคู่สัญญารอง โดยอาจมีการสุ่มตรวจบ้าง⁵⁴

ในส่วนของสถานพยาบาลระดับสูงกว่า (supra-contractor) นั้น ก็มีปัญหามานานในพื้นที่เช่นกัน โดยมีทั้งกรณีที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักบางแห่งพยายามผลักผู้ป่วยไข้เรื้อรังหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงไปให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่ง สปส. ได้พยายามแก้ไขปัญหานี้โดยปรับเปลี่ยนกติกาการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของ

⁵³ เมื่อเริ่มโครงการในปี 2534 ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลักต่างก็ยังไม่มีความเกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลอื่น ในปีถัดมาเริ่มมีการสร้างเครือข่าย โดยในปี 2535 นั้น สถานพยาบาลรัฐที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแต่ละแห่งมีสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายโดยเฉลี่ย 7.1 แห่ง ในขณะที่เอกชนมีสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายโดยเฉลี่ยเพียง 2.6 แห่ง อัตราส่วนดังกล่าวทั้งของภาครัฐและเอกชนได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ภาคเอกชนมีการขยายเครือข่ายเร็วกว่าในภาครัฐมาก ในปี 2544 สถานพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลัก 1 แห่ง มีสถานพยาบาลเครือข่ายเฉลี่ย 24 แห่ง ในขณะที่สถานพยาบาลภาครัฐแต่ละแห่งมีสถานพยาบาลเครือข่ายเฉลี่ย 13 แห่ง

⁵⁴ จากการชี้แจงของเจ้าหน้าที่กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม และเป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะประมาณปีเศษที่ผ่านมาที่กระทรวงสาธารณสุขไปตรวจจับคลินิกเถื่อนใน กทม. และบริเวณชานเมือง บางคลินิกที่ถูกจับก็มีการทำสัญญาเป็นคลินิกเครือข่ายของ รพ. ในโครงการประกันสังคม

แต่ละสถานพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังพบว่า ในบางพื้นที่มีปัญหาในการจ่ายเงินในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยจาก รพ. เอกชนเกือบทั้งหมดในจังหวัดนั้น ซึ่งปัญหานี้อาจส่งผลให้ผู้ประกันตนในโครงการบารายไม่ได้รับการรักษาที่จำเป็น

55

ค. การปรับกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลกลุ่มต่าง ๆ

กฎเกณฑ์สำคัญที่ทำให้โครงการประกันสังคมประสบความสำเร็จในการดึงสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการ คือการให้สิทธิผู้ประกันตนในการเลือกสถานพยาบาล (ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน) และการจ่ายค่าตอบแทนซึ่งค้ำกับการดำเนินการของสถานพยาบาล สำหรับในประการหลังนั้น มีปัจจัยทางประชากรเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือ ผู้ประกันตนที่อยู่ในกองทุนส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุและเด็ก นอกจากนี้ การที่มีสิทธิกลุ่มนี้อยู่ในธุรกิจเอกชนซึ่งค่อนข้างจะเข้มงวดเรื่องการลาหยุดก็อาจทำให้คนกลุ่มนี้มีอัตราการมาใช้สิทธิที่ค่อนข้างต่ำด้วย แต่กลไกการจ่ายเงินและจำนวนเงินที่จ่ายก็มีผลต่อความสามารถในการรักษาให้สถานพยาบาลเหล่านี้อยู่ในโครงการ และในการชักจูงให้สถานพยาบาลรายใหม่สมัครเข้าร่วมโครงการด้วย

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

นอกจากนี้ในระหว่างปี 2543-44 ได้มีการปรับการจ่ายค่าตอบแทนให้สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 280 บาทต่อบัตร ซึ่งส่วนหนึ่ง (150 บาทต่อบัตร) เป็นการเพิ่มตามภาระความเสี่ยง (ซึ่งคาดว่าจะบ่งชี้จะไปที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เป็นส่วนใหญ่)

⁵⁵ อย่างไรก็ตาม กรณีนี้อาจเป็นกรณีเฉพาะที่เกิดจากปัญหาการบริหารจัดการของ สปส. ในส่วนภูมิภาค (ประกันสังคมจังหวัด) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามผู้บริหาร รพ. มหาวิทยาลัยอีกสองแห่งใน กทม. และได้รับคำตอบจากผู้บริหารทั้งสองท่านว่าไม่มีปัญหานี้ และในกรณีที่สถานพยาบาลคู่สัญญาปฏิเสธการจ่ายเงิน สปส. ก็สามารถหักเงินค่าหัวของสถานพยาบาลนั้นมาจ่ายให้ได้ ผู้วิจัยได้กลับไปสอบถามผู้บริหาร รพ. มหาวิทยาลัยในภาคเหนือแห่งนี้อีกครั้งหนึ่ง และได้รับคำตอบว่าได้ส่งเรื่องให้ประกันสังคมจังหวัดหลายครั้งแล้ว แต่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงต้องหันมาใช้วิธีขึ้นบัญชีดำ รพ. เอกชนเหล่านั้นเอง

5.5 การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา

การดำเนินงานที่สำคัญของโครงการประกันสังคมในปี 2545 คือการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป นอกจากนี้ในช่วงการปี

การขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 สำนักงานประกันสังคมได้ขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งก่อนหน้าจะมีการขยายความครอบคลุมครั้งนี้ มีการประมาณเอาไว้ว่า ถ้ามีการลงทะเบียนอย่างครบถ้วน ก็จะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นอีก 2.78 ล้านคน⁵⁶ (รวมเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมประมาณ 8.8 ล้านคน)

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

จนถึงเดือนพฤษภาคม 2546 มีสถานประกอบการและผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นเป็น 310,149 แห่ง และ 7.3 ล้านคนตามลำดับ⁵⁷ ในจำนวนนี้เป็นสถานประกอบการและผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน (รวมสถานประกอบการที่เคยมีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป) จำนวน 217,099 แห่ง และ 775,681 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนจริงในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน มีจำนวนต่ำกว่าจำนวนผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคม และที่ TDRI ประมาณไว้ค่อนข้างมาก ทั้งนี้ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคมเคยประมาณเอาไว้ว่าในปี 2545 และ 2546 จะมีลูกจ้างในสถานประกอบการต่ำกว่า 10 คน จำนวน 3.06 และ 3.26 ล้านคน ขณะที่ TDRI ประมาณไว้ที่ 2.36 และ 2.49 ล้านคน ตามลำดับ

⁵⁶ คาดการณ์โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเมื่อปลายปี 2544 (สำนักงานประกันสังคมเองคาดว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันตนเพิ่มขึ้นถึง 3.5 ล้านคน)

⁵⁷ จำนวนผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมรายงานนี้แตกต่างจากจำนวนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานซึ่งแสดงไว้ในเดือนพฤษภาคมมีจำนวน 7,919,129 คน และผู้มีสิทธิเข้าช้อนจากประกันสังคมและข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจจำนวน 105,101 คน

ตารางที่ 5.4 จำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม 2543-พ.ศ.46

สถานประกอบการ และลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน	2543	2544	พ.ศ.45 ^{1/}	ธ.ค.45	พ.ศ.46	ประมาณการ ^{2/}			
						สปส.		TDRI	
						2545	2546	2545	2546
สถานประกอบการรวม (แห่ง)	107,228	110,814	270,089	301,518	310,149				
สปก.ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป (แห่ง)	107,228	110,814	82,927	87,645	93,050				
สปก.ที่มีลูกจ้าง < 10 คน (แห่ง) ^{3/}	-	-	187,162	213,873	217,099				
ผู้ประกันตนรวม (พันคน) ^{4/}	5,899.5	5,983.4	6,716.4	7,047.6	7,314.2	9,060	9,290	8,324	8,717
ผปต.ใน สปก. 10 คนขึ้นไป (พันคน)	5,810.1	5,865.2	5,935.1	6,144.4	6,382.4	6,000	6,030	5,964	6,222
ผปต. ใน สปก. < 10 คน (พันคน) ^{3/}	-	-	656.6	755.8	775.7	3,060	3,260	2,360	2,495
ผปต. ตาม ม.39 (พันคน)	89.4	118.2	124.7	147.4	156.1				

ที่มา : - กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม (ยกเว้นตัวเลขประมาณการของ TDRI)

หมายเหตุ : 1/ ไม่มีข้อมูลแบ่งแยกสถานประกอบการและผู้ประกันตนในเดือนเมษายน 2545 (ซึ่งถูกกำหนดเป็นเส้นตายของการขยายความครอบคลุม)

2/ ดู ัญชนา ณ ระนอง และศรัชย์ เจริญวรกุล (2545)

3/ รวมสถานประกอบการและผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่เคยมีขนาด 10 คนขึ้นไป แต่ต่อมามีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน

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

การที่มีผู้เข้ามาลงทะเบียนในโครงการนี้ค่อนข้างน้อยในปีแรก (ประมาณร้อยละ 20-30 ของจำนวนที่คาดการณ์เอาไว้) ไม่ได้เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือความคาดหมายมากนัก และทาง สปส. เองก็เน้นมาตรการเรื่องการให้ข้อมูลและชักจูงให้เข้าร่วมมากกว่าที่จะตรวจจับผู้ที่ไม่เข้าโครงการ นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทก็อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นายจ้างและลูกจ้างเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมน้อยลง ในขณะเดียวกัน รัฐบาลเองก็ไม่ได้กระตือรือร้นในเรื่องนี้มากนัก ซึ่งสาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะการมีลูกจ้างเข้าโครงการประกันสังคมมากขึ้นหมายความว่ารัฐบาลมีภาระในการจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏออกมาว่า โดยเฉลี่ยแล้ว รัฐบาลต้องรับภาระการจ่ายเงินสมทบให้ผู้มีสิทธิประกันสังคมแต่ละคนในจำนวนที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ 30 บาท

ในระยะแรก ผู้บริหารกองทุนประกันสังคมบางท่านมีความกังวลว่าการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างน้อยกว่าสิบคนจะส่งกระทบด้านลบต่อกองทุนประกันสังคมด้วยสาเหตุสองประการ คือ ประการแรก เป็นที่เชื่อกันว่า โดยเฉลี่ยแล้วลูกจ้างกลุ่มนี้น่าจะมีเงินเดือนต่ำกว่าลูกจ้างกลุ่มเดิม ซึ่งอาจจะ

ผลกระทบต่อรายรับของโครงการประกันสังคม (ซึ่งเก็บเงินสมทบเป็นสัดส่วนของเงินเดือน) และประการที่สอง การที่มีผู้มาขึ้นทะเบียนค่อนข้างน้อยอาจมีปัญหา adverse selection เกิดขึ้นได้ (กล่าวคือผู้ที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมาลงทะเบียนมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง) ซึ่งสองประการนี้อาจดึงรายรับเฉลี่ยของกองทุนลงและดึงค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านการรักษาพยาบาลที่กองทุนต้องจ่ายให้สูงขึ้น

จนถึงขณะนี้ ความกังวลทั้งสองประการยังไม่ได้กลายมาเป็นปัญหามาจริง โดยในประการแรกนั้น นอกจากเงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างจะไม่ได้ลดลงแล้ว ยังเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ทำให้ลูกจ้างโดยเฉลี่ยมีรายได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ในช่วงดังกล่าวก็มีการเพิ่มขึ้นของผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่มีขนาดสิบคนขึ้นไปอีกประมาณสองแสนคน (และอีก 2.8 แสนคนในห้าเดือนแรกของปี 2546 ในขณะที่ยังมีจำนวนผู้ประกันตนจากสถานประกอบการที่มีขนาดต่ำกว่าสิบคนเพิ่มขึ้นเพียง 0.2 แสนคนในช่วงเดียวกัน)⁵⁸

สำหรับความกังวลประการที่สองนั้น คณะผู้วิจัยก็คาดว่าไม่น่าจะเป็นปัญหาเช่นกัน โดยเมื่อพิจารณาอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสังคม (ตารางที่ 5.5) ก็พบว่าอัตราการให้บริการในปี 2545 ไม่ค่อยต่างจากในปี 2544 มากนัก แม้ว่าการที่จะสรุปเรื่องนี้ในขณะนี้ อาจจะเร็วเกินไป เนื่องจากในปี 2545 นั้น กลุ่มผู้ประกันตนจากสถานประกอบการที่มีขนาดต่ำกว่าสิบคนส่วนใหญ่เพิ่งจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลเพียงหกเดือนหรือน้อยกว่านั้น (ผู้ประกันตนจะมีสิทธิใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลหลังจากจ่ายเงินสมทบครบสามเดือนแล้วเท่านั้น⁵⁹) แต่ในอีกแง่หนึ่ง การที่มีข้อกำหนดในเรื่องระยะเวลาที่ต้องจ่ายเงินสมทบก่อนก็น่าจะลดแรงจูงใจที่สถานประกอบการบางแห่งจะเลือกสมัครเข้าโครงการประกันสังคมเนื่องจากมีลูกจ้างที่ป่วยอยู่ก่อนแล้วลงได้พอสมควร จึงน่าจะสามารถป้องกันหรือลดปัญหา adverse selection ได้ในระดับหนึ่งแล้ว

⁵⁸ โดยรวมแล้ว จำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้นประมาณหกแสนคนจากเดือน พค.45- พค.46 เป็นกลุ่มที่มาจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่าสิบคนเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น

⁵⁹ นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ในบางกรณี จะต้องมียะเวลาก่อนการจ่ายเงินสมทบที่นานกว่านี้ จึงจะสามารถขอรับประโยชน์ได้ ตัวอย่างเช่น กรณีคลอดบุตรต้องจ่ายสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน (ใน 15 เดือนก่อนหน้านั้น) กรณีสงเคราะห์บุตรต้องจ่ายครบ 12 เดือน (ใน 36 เดือน) และกรณีชราภาพต้องจ่ายครบ 180 เดือน เป็นต้น

ตารางที่ 5.5 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิประกันสังคม (ครั้ง/คน/ปี)

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

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

ดังนั้น ในแง่ผลกระทบทางการเงินของการขยายความครอบคลุมที่มีต่อกองทุนประกันสังคมนั้น น่าจะอนุมานได้ว่า จนถึงขณะนี้ การขยายความครอบคลุมไม่น่าจะผลด้านลบต่อสถานะทางการเงินของกองทุนแต่อย่างใด

เมื่อพิจารณาในภาพรวม กองทุนฯ มีรายรับจากการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนและนายจ้างในปี 2545 มีจำนวน 30,447 ล้านบาท และส่วนที่รัฐบาลต้องจ่ายสมทบ 10,127 ล้านบาท (รัฐจ่ายให้บางส่วน และมีส่วนค้างจ่ายสะสมรวมเป็นจำนวน 4,197 ล้านบาท) สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทน (ทั้ง 6 กรณี) ในปี 2545 มีจำนวน 13,542 ล้านบาท สัดส่วนเงินประโยชน์ทดแทนปี 2545 เท่ากับร้อยละ 33.4 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2544 ซึ่งอยู่ในอัตราร้อยละ 32.5 ณ สิ้นปี 2545 กองทุนประกันสังคมมีรายรับสุทธิ 11,014 ล้านบาท และมีเงินกองทุนสุทธิ 177,090 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 99.9 ของสินทรัพย์รวม)

ตารางที่ 5.6 ผลการดำเนินงาน และฐานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม(ล้านบาท)

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

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: * ไม่รวมค่าเผื่อประโยชน์ทดแทน

ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้จากการที่มีผู้มาขึ้นทะเบียนในโครงการประกันสังคมเพิ่มขึ้นน้อยจึงไม่ใช่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับโครงการประกันสังคม แต่กลับไปมีผลกับโครงการ 30 บาท เพราะความล่าช้าในการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมครั้งนี้ทำให้จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ซึ่งเคยคาดกันไว้ว่าจะลดลงนับล้านคน กลับลดลงเพียงเล็กน้อย (แต่เดิมกระทรวงสาธารณสุขเคยประมาณการเอาไว้ว่าจะมีผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท จำนวน 46.6 ล้านคนในปีงบประมาณ 2545 และลดเหลือ 45 ล้านคนในปีงบประมาณ 2546) ซึ่งจะมีผลในด้านการจัดสรรงบ กล่าวคือรัฐบาลต้องจัดหางบมาให้โครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยคาดการณ์เอาไว้ แต่ในภาพรวมแล้ว ค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลสำหรับทั้งสองโครงการลดลงจากเดิม เนื่องจากรัฐบาลจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายจากการที่ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้าโครงการประกันสังคมมากกว่างบประมาณที่รัฐบาลจะต้องจัดสรรเพิ่มให้กับโครงการ 30 บาท

การปรับตัวด้านอื่นๆ ของกองทุนประกันสังคม

ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา มีความเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ของกองทุนประกันสังคมในสามประการใหญ่ๆ คือ

- เลื่อนการปรับอัตราเงินสมทบสำหรับความคุ้มครอง 4 กรณีแรก (ซึ่งลดลงจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 1 สำหรับทุกฝ่ายในปี 2541 และมีกำหนดที่จะต้องเพิ่มกลับขึ้นไปเป็นร้อยละ 1.5 ในปี 2546) ไปอีกหนึ่งปี ส่วนอัตราเงินสมทบสำหรับความคุ้มครอง 2 กรณี ให้คงไว้ คือกำหนดให้เรียกเก็บจากฝ่ายผู้ประกันตนและนายจ้างจากร้อยละ 2 เพิ่มเป็นร้อยละ 3 (ฝ่ายรัฐบาลจ่ายอัตราเดิมคือร้อยละ 1) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2546 เป็นต้นไป (ดูตารางที่ 5.1)
- ยุติแผนการขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสของผู้ประกันตน ซึ่งเป็นเรื่องที่รัฐบาลได้พยายามผลักดันในอดีตและเคยถูกกำหนดไว้ในแผนของ สปส. ตั้งแต่นั้นยังไม่มีโครงการ 30 บาท และที่ผ่านมา รัฐบาลได้เคยใช้เงื่อนไขการปรับอัตราเงินสมทบเพิ่มกลับขึ้นไปฝ่ายละ 0.5 ในปี 2546 เป็นเครื่องต่อรองให้สำนักงานประกันสังคมขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสของผู้ประกันตน ขณะที่ทางสำนักงานประกันสังคมเองไม่ค่อยเต็มใจดำเนินการในเรื่องนี้มากนัก เพราะเกรงว่าเงินจะไม่พอ
- เพิ่มประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร จากเดิมที่กองทุนประกันสังคมจะเหมาจ่ายให้ผู้ประกันตนที่มีสิทธิในอัตรา 150 บาท/เดือน/บุตรหนึ่งคน ได้ปรับเพิ่มเป็นอัตรา 200 บาท/เดือน/บุตรหนึ่งคน โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2545 ที่ผ่านมา
- แผนงานที่อยู่ในขั้นการศึกษาในปี 2546 และปี 2547
 - การขยายความคุ้มครองประกันสังคมกรณีการว่างงาน ซึ่งรัฐบาลได้รับปากกับตัวแทนกลุ่มผู้ใช้แรงงานไปแล้วเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2546 ว่าจะให้ สปส. ดำเนินโครงการนี้โดยเร็ว ปัจจุบันยังอยู่ในระหว่างการศึกษถึงการกำหนดระยะเวลาความคุ้มครอง อัตราเงินสมทบที่เรียกเก็บที่เหมาะสม

- การเพิ่มเงินบำนาญกรณีชราภาพ
- การขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มแรงงานนอกระบบ และกลุ่มแรงงานบางกลุ่ม เช่น กลุ่มลูกจ้างชั่วคราวในส่วนราชการ กลุ่มเกษตรกร ประมง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ

การปรับตัวของกองทุนเงินทดแทน

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

6. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ⁶⁰

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ (หรือที่นิยมเรียกกันว่า “กองทุน พรบ. รด” หรือ “กองทุน พรบ. บุคคลที่สาม”) มีจุดเริ่มมาจาก พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งออกมาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ผู้ประสบภัยจากรถถูกปฏิเสธการรักษาจากสถานพยาบาล หรือผู้ประทุเหตุไม่กล้านำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาล พรบ. นี้กำหนดให้เจ้าของรถต้องทำประกันความเสียหายสำหรับบุคคลที่สามกับบริษัทประกันภัยของเอกชน และบริษัทประกันเหล่านี้นำเบี้ยประกันส่วนหนึ่งมาตั้งเป็นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นและ/หรือค่าทำศพให้จำนวนหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถหาตัวผู้ก่อความเสียหาย หรือจ่ายค่ารักษาเบื้องต้นให้ก่อน แล้วไปตาม “ไล่เบี้ย” เรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ก่อความเสียหายหรือบริษัทประกันของผู้ก่อความเสียหาย

ในแง่นี้ โครงการผู้ประสบภัยจากรถมีลักษณะที่แตกต่างจากโครงการประกันสุขภาพอื่นเกือบทุกโครงการ (ยกเว้นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน) เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มักเป็นหลักประกันสำหรับแต่ละบุคคล แต่กองทุนนี้คุ้มครองภัยที่เกิดจากความเสียหายเฉพาะด้านให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิที่ซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่นๆ ทุกสิทธิ และในแง่หนึ่ง การที่ภัยจากรถมักเกิดขึ้นโดยมีผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย ผู้ที่ได้รับความเสียหาย (รวมทั้งผู้เสียหายโดยอ้อม เช่น สถานพยาบาลที่รับรักษา) จึงมีสิทธิเรียกร้องค่าชดเชยจากผู้ก่อความเสียหาย แต่การที่มีสิทธิที่ซ้ำซ้อนทำให้ผู้ประสบภัยมักไม่อยากจะใช้สิทธินี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ) และในกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย และที่ผ่านมาสถานพยาบาลหลายแห่งได้กล่าวหาว่าบริษัทประกันบางแห่งพยายามตั้งเงื่อนไขการเบิกจ่ายให้ยุ่งยากเพื่อประวิงหรือปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน ซึ่งในแง่ของแรงจูงใจแล้วข้อกล่าวหานี้ก็มิเหตุผลอยู่ไม่น้อย เพราะการที่สิทธินี้มีความซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่นย่อมผู้ที่ควรมีหน้าที่จ่ายความเสียหายมีโอกาสที่จะ “โยนทอง” ไปให้หน่วยงานอื่น (ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของบุคคลเหล่านั้นด้วย) เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายแทน ซึ่งในอดีตนั้น มีกรณีบ่อยครั้งที่ทั้งโครงการ สปร. และโครงการประกันสังคมต้องมารับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้แทนบริษัทประกันภัยรถหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

6.1 กลไกการดำเนินการและกลไกการจ่ายเงิน

- พรบ.๔ บังคับให้เจ้าของรถทำประกันภาคบังคับกับบริษัทประกันเอกชน ซึ่งค่าธรรมเนียมนี้ชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลภายนอก (รวมไปถึงค่าชดเชยในกรณีเสียชีวิต)
- นอกจากบริษัทประกันภัยจะมีหน้าที่จ่ายความเสียหายตามกรมธรรม์ดังกล่าวแล้ว ยังต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนหนึ่งเข้ากองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถด้วย
- กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถทำหน้าที่เป็นทั้งตัวกลางในการจ่ายความเสียหายเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด⁶¹ เพื่อเป็นหลักประกันให้กับสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

⁶⁰ คุรยลละเอียดและข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมในศรชย (2545)

แล้วจึงไปไล่เบี้ยเรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ที่ต้องรับผิดชอบ (บริษัทประกันหรือผู้ก่ออุบัติเหตุ⁶²) และทำหน้าที่เป็นตัวแทนจ่ายความเสียหายแทน (ในเขตหน้าที่กำหนดเอาไว้)⁶³ ในกรณีที่หาผู้ก่อเหตุไม่ได้ หรือไม่สามารถเรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ที่ต้องรับผิดชอบได้

- ตั้งบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (โดยเงินสมทบจากบริษัทประกันในโครงการ) ขึ้นมาเป็นส่วนเสริมบริษัทประกันภัยในการจ่ายค่าความเสียหาย และเป็นตัวหลักในการรับประกันรถจักรยานยนต์ (ซึ่งที่ผ่านมามีโอกาสขาดทุนค่อนข้างสูง เนื่องจากเก็บเบี้ยประกันต่ำเมื่อเทียบกับความเสียหายที่เกิดขึ้น)
- วิธีการจ่ายเงินของกองทุนฯ เป็นแบบ fee for service แบบมีเขตแดน เหมือนกับกองทุนเงินทดแทนของประกันสังคม

6.2 ผลและปัญหาในการดำเนินการที่ผ่านมา

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

ในการดำเนินการที่ผ่านมา กองทุนฯ มีความสามารถในการไล่เบี้ยจากบริษัทประกันภัยค่อนข้างสูง ซึ่งสาเหตุหนึ่งคงเป็นเพราะหน่วยงานที่บริหารกองทุนคือกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งมีอำนาจในการควบคุมบริษัทประกันโดยตรง ปัญหาการไล่เบี้ยของกองทุนฯ มักเกิดในกรณีที่ผู้ก่อความเสียหายไม่ได้ทำประกันเอาไว้ ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่ใช่วิธีปัญหาใหญ่ แต่ก็มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเพราะจำนวนเจ้าของรถที่ไม่ยอมทำหรือต่ออายุประกันชนิดนี้มีแนวโน้มสูงขึ้น

การที่กองทุนฯ มีความสามารถในการไล่เบี้ยสูง ทำให้กองทุนฯ มีภาระการจ่ายเองน้อยมาก (32 ล้านบาทต่อปีในปี 2542-43) ซึ่งน้อยกว่ารายจ่ายในด้านการพิมพ์เครื่องหมายและการประชาสัมพันธ์ (46 ล้านบาทในปี 2542 และ 71 ล้านบาทในปี 2543) เสียด้วยซ้ำ

แต่ในขณะที่กองทุนฯ มีปัญหาในการเรียกเก็บค่าเสียหายจากบริษัทประกันภัยค่อนข้างน้อยนั้น ที่ผ่านมามาสถานพยาบาล (โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐจำนวนมาก) มีปัญหาในการเรียกเก็บค่าเสียหายจากบริษัทประกันภัย เนื่องจากปัญหาเอกสารไม่สมบูรณ์ ปัญหาผู้เสียหายไม่ให้ความร่วมมือ และปัญหบริษัทประกันภัยจงใจเรียกร้อยเอกสารเกินความจำเป็นและใช้เป็นเหตุผลในการชลอหรือปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหาย ทำให้ในหลายกรณีสถานพยาบาลหันไปใช้สิทธิอื่นที่ผู้ป่วยมี (เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และสิทธิ สปร.) ทั้งที่โดยหลักการแล้วจะต้องเรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถก่อน

⁶¹ รวมทั้งกรณีที่รถที่ก่อความเสียหายหลบหนี หรือบริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายในขณะนั้น เป็นต้น

⁶² แต่ในทางปฏิบัติที่ผ่านมากองทุนฯ จะไปไล่เบี้ยจากบริษัทประกันเท่านั้น

⁶³ หากมีความเสียหายเกินกว่าค่าความเสียหายเบื้องต้นที่ได้รับ เช่น ผู้ประสบภัยถึงแก่ความตาย หรือทุพพลภาพ เป็นต้น พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้กำหนดให้บริษัทประกันภัย หรือผู้ก่อความเสียหาย (กรณีรถไม่ได้ทำประกันภัยไว้) ต้องชดเชยค่าความเสียหายส่วนเกินนี้ให้แก่ผู้ประสบภัยตามอัตราที่กำหนด ซึ่งประกาศโดยกระทรวงพาณิชย์

นอกจากนี้ การที่สิทธิในกรณีนี้มีลักษณะที่เป็นสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่นๆ ในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ประสบภัยไม่ยากใช้สิทธินี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ) และมีปัญหาการพิสูจน์หาตัวผู้ก่อความเสียหาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย (เช่น เป็นผู้ก่อความเสียหายเองหรือเป็นญาติหรือเพื่อนฝูง หรือในกรณีที่ตกลงรับค่าชดเชยจากผู้ก่อความเสียหายโดยตรงไปก่อนแล้ว)

กลไกการจ่ายเงินของแบบ fee for service แบบมีเพดาน ของกองทุนนี้ ก็มีส่วนสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลบางแห่งแย่งกันรับผู้ป่วยเข้ามารักษาเบื้องต้น (และสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งยังคิดค่ารักษาที่ค่อนข้างสูงด้วย) แต่เมื่อค่าใช้จ่ายเริ่มใกล้เคียงกับเพดานที่กองทุนจ่ายแล้ว สถานพยาบาลเหล่านี้ก็จะหยุดรักษาและในบางกรณีพยายามผลักภาระการรักษาไปให้ รพ. ของรัฐ

6.3 การดำเนินการในปีงบประมาณ 2545-46

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

ในส่วนของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเองนั้น ก็ได้รับเสียงวิพากษ์วิจารณ์อยู่เรื่อยๆ ในเรื่องกำไรของบริษัทประกันภัยในการรับประกันรถยนต์ และมีเสียงเรียกร้องให้ลดเบี้ยประกันภัยลงมา ซึ่งอาจจะช่วยจูงใจให้ผู้ที่หลบเลี่ยงไม่ทำประกันหันมาทำประกันนี้ แต่กรมการประกันภัย ซึ่งทำหน้าที่ดูแลกองทุนนี้ มักจะตอบข้อเรียกร้องนี้ว่าควรใช้วิธีเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้มากกว่า

ในช่วงปลายปีงบประมาณ 2545 ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ได้ผ่านความเห็นชอบจากวุฒิสภา โดยคงข้อความในมาตรา 12 ที่กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พรบ. คຸ່ມគຣງ ຜູ້ປະສົບຖາວອນ (ซึ่งคล้ายกับในมาตรา 11 ซึ่งกำหนดไว้ในทำนองเดียวกันสำหรับกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน แต่ในกรณีของมาตรา 11 นั้น กลุ่มผู้มีสิทธิและผู้บริหารกองทุนประกันสังคมได้ต่อรองและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องหลายท่านให้แก่ฯ พรบ. ดังกล่าว)

เมื่อเป็นเช่นนี้ ในที่สุดก็มีเพียงโครงการคຸ່ມគຣງຜູ້ປະສົບຖາວອນเท่านั้นที่ถูกกำหนดโดย มาตรา 12 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545 ให้มาทำงานร่วมกันกับ สปสช. ในระยะนี้ (หลังจากระยะเวลา 180 วันที่กำหนดเอาไว้ในบทเฉพาะกาล) แต่จนถึงขณะนี้ ก็ยังไม่มีสัญญาณใดใดว่าผู้บริหารกองทุนได้มีการดำเนินการอันใดที่จะตอบสนองต่อมาตรา 12 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2545

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถในปีงบประมาณ 2546 คือ เพิ่มสิทธิประโยชน์ในกรณีที่เสียชีวิตจากการจ่ายค่าชดเชยเบื้องต้น (โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด) 15,000 บาท เป็น 35,000 บาท ทำให้

เพดานค่าชดเชยเบื้องต้นกรณีที่รวมค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ประสบอุบัติเหตุเข้ารับการรักษายาบาลและเสียชีวิตในเวลาต่อมา เพิ่มขึ้นจาก 30,000 บาท เป็น 50,000 บาท และในกรณีที่สามารไล้เบี่ยจากผู้กระทำผิดหรือบริษัทประกันภัยของผู้กระทำผิด เพดานค่าชดเชยในกรณีที่ผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะก็เพิ่มจาก 80,000 บาท เป็น 100,000 บาท (เพดานเงินชดเชยนี้ รวมค่ารักษาพยาบาลซึ่งยังคงมีเพดานอยู่ที่ 50,000 บาทเท่าเดิม) การเพิ่มสิทธิประโยชน์ในกรณีหลังนี้มีผลบังคับใช้สำหรับทุกกรรมธรรม์ที่ทำขึ้นตั้งแต่ 1 เมษายน 2546 เป็นต้นมา แต่ในส่วนค่าความเสียหายเบื้องต้นที่จ่ายโดยกองทุนฯ นั้น กองทุนฯ มีแผนที่จะจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นเพิ่มขึ้นสำหรับผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 1 เมษายน 2546 เป็นต้นมา แต่ที่ผ่านมา กองทุนยังจ่ายค่าความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุโหดว้าเดิม เนื่องจากกฎกระทรวงที่ออกมาแก้ไขเรื่องนี้ยังไม่ได้ผ่านการรับรองจาก ครม. อย่างไรก็ตาม หลังจากท่ ครม. รับรองกฎกระทรวงฉบับแก้ไขนี้แล้ว ทางกองทุนจะจ่ายชดเชยให้เงินส่วนเพิ่มนี้ (20,000 บาท) ย้อนหลังให้ผู้รับประโยชน์ต่อไป

7. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

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

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

แต่ถึงแม้ว่าโครงการนี้จะไม่ใช่แนวคิดใหม่ที่ริเริ่มโดยบุคลากรของพรรคไทยรักไทย แต่การตัดสินใจนำโครงการนี้มาปฏิบัติตามแนวทางที่ดำเนินการในปีแรกนับเป็นการตัดสินใจก้าวสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยในระดับอาจจะรุนแรงที่สุดในรอบสามสิบปีที่ผ่านมา เพราะในขณะที่ภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทที่ออกสู่สาธารณะจะเป็นโครงการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น ความ

เปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดคือการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งนอกจากจะมีเป้าหมายในการสร้างความเสมอภาคในการให้บริการกับประชาชนมากขึ้นแล้ว กลุ่มผู้บริหารที่ผลักดันการปฏิรูปนี้ยังมุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมากแต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ตามไปด้วย

การจัดสรรงบประมาณโดยวิธีนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่¹ในเมืองใหญ่หลายแห่ง (ซึ่งในอดีตสามารถดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมาก) เริ่มประสบปัญหาทางการเงินเนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง และไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม ปัญหานี้ทำให้ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดหันมาใช้วิธีต่างๆ ในการดึงเงินกลับมาสู่โรงพยาบาลเหล่านี้ (เช่น ผลักดันให้ใช้มาตรการรวมเงินเดือนที่จังหวัด และการจัดสรรงบประมาณโดยแยกงบประมาณในมาไว้ที่กองกลาง) ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารโครงการที่ส่วนกลางเองก็ตระหนักถึงปัญหานี้และได้เตรียมงบฉุกเฉิน (contingency fund ซึ่งใช้ชื่อที่เป็นทางการว่า “งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ”) ให้กับสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน โดยมีเงื่อนไข (conditionality) ว่าสถานพยาบาลที่มาขอรับความช่วยเหลือจะต้องทำแผนปฏิรูปเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายลง² ซึ่งในช่วงปีแรกนั้น ประมาณร้อยละ 85 ของงบนี้ไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลระดับอำเภอ) จำนวนมากที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมากจากโครงการนี้นั้น การได้งบประมาณเพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำงานได้คล่องตัวขึ้นกว่าเดิม แต่ก็มีปัญหาที่การใช้จ่ายเงินยังผูกติดกับกฎระเบียบหลายประการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้มีความคล่องตัวขึ้น และที่สำคัญก็คือการที่มีเงินเพิ่มขึ้นอย่างเดียวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาใหญ่ของโรงพยาบาลเหล่านี้ อันได้แก่การขาดแคลนบุคลากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ ซึ่งการจัดสรรกำลังคนยังขึ้นกับส่วนกลางเป็นหลัก) นอกจากนี้ การที่มีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท ก็ยิ่งเพิ่มแรงกดดันของปัญหานี้ให้มากขึ้นตามไปด้วย

¹ อันได้แก่โรงพยาบาลที่มีขนาด 150 เตียงขึ้นไป เช่น โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขตขึ้นไป)

² วิธีนี้คล้ายวิธีที่กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) กำหนดในการปล่อยกู้ให้กับประเทศที่ประสบวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข เงินที่ให้เป็นเงินให้เปล่า

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

การที่โครงการ 30 บาทมีการดำเนินการที่มีผลกระทบในหลายด้าน การสรุปการดำเนินงานของโครงการ 30 บาทในรายงานนี้ (ซึ่งเน้นผลการดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 เป็นหลัก) จึงจะนำเสนอในสี่ตอนคือ ตอนที่ 7.1 จะกล่าวถึงงานในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการลงทะเบียนผู้มีสิทธิให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ตอนที่ 7.2 กล่าวถึงการปฏิรูประบบการเงินการคลังและผลกระทบด้านการเงินต่อสถานพยาบาล ตอนที่ 7.3 กล่าวถึงผลการให้บริการในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ตอนที่ 7.4 จะกล่าวถึงการบริหารโครงการ 30 บาทในบริบทของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปรับตัวในด้านการบริหารโครงการหลังจากที่ได้ดำเนินการผ่านมานึ่งปีเต็ม

7.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศและการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ

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

ตารางที่ 7.1 ประมาณความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพของประเทศ
ไทย ปี 2543

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

* ตัวอย่างเช่น ข้าราชการที่มีพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีสิทธิประกันสังคมหรือ สปร.

ข้าราชการที่ทำงานเอกชน และผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพของภาครัฐและประกันสุขภาพเอกชนใน
ขณะเดียวกัน

ที่มา: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จาก คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส. (2544) แต่ปรับด้วย

ข้อมูลผู้มีสิทธิในโครงการ สปร. จาก อัญชนา และวิโรจน์ ณ ระนอง (2544)

ในแง่นี้ การขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรส่วนที่
เหลือจึงเป็นเหมือนก้าวเดินไปข้างหน้าในทิศทางเดิม ถึงแม้ว่าจะเป็นก้าวที่ค่อนข้างใหญ่เพราะ
การขยายความคุ้มครองครั้งนี้เป็นการขยายความคุ้มครองสำหรับประชากรอีกประมาณ 15-20
ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้รวมชนชั้นกลางและกลุ่มผู้มีฐานะดีที่ค่อนข้างจะให้ความสำคัญกับคุณภาพ
ของบริการมากกว่ากลุ่มประชากรที่ได้รับสิทธิ สปร. ในอดีต

7.1.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

หลังจากที่โครงการนี้เริ่มดำเนินโครงการนำร่องระยะที่หนึ่งใน 6 จังหวัดในเดือนเมษายน
2544 และโครงการนำร่องระยะที่สองในอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน ก็ได้ขยายขอบข่ายของ
การดำเนินการออกไปทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) ในเดือนตุลาคม 2544 ซึ่งเร็วกว่า
แผนเดิม เนื่องจากมีแรงผลักดันจากการเมืองและประชาชนให้ดำเนินการโดยเร็ว และขยาย
การดำเนินการจนครบทุกพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครในเดือนเมษายน 2545

ก. การออกบัตร

การขยายความคุ้มครองอาศัยกระบวนการออก “บัตรทอง” ให้กับประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพของภาครัฐมาก่อน หรือการเปลี่ยนบัตรให้กับผู้ที่เคยอยู่ในโครงการของกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่โครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ การออกบัตรนี้จึงทะเบียนราษฎร์เป็นหลัก ประกอบกับข้อมูลผู้มีสิทธิประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคม และข้อมูลข้าราชการ (ซึ่งเป็นข้อมูลที่หน่วยงานต่างๆ ของทางราชการรวบรวมเอาไว้อย่างไม่เป็นระบบนัก และส่วนใหญ่ไม่ได้รวมข้อมูลของบิดามารดาและบุตรธิดาของข้าราชการเอาไว้ด้วย)

การออกบัตรโดยใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์เป็นหลักนั้น มีปัญหาความคลาดเคลื่อนค่อนข้างมาก เนื่องจากมีประชากรจำนวนมากที่ย้ายถิ่นฐานหรืออพยพไปอยู่ที่อื่นโดยไม่ได้แจ้งย้ายกับทางการ สำหรับข้อมูลผู้มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งมีระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัยนั้น ในทางปฏิบัติก็มีความเหลื่อมด้านเวลาของการบันทึกข้อมูล (รวมทั้งความเหลื่อมด้านเวลาที่เกิดในขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุข) นอกจากนี้ ก็ยังมีปัญหาระยะเวลาเหลื่อมของสิทธิ (เช่น ผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสังคมในช่วงสามเดือนแรกจะยังไม่ได้สิทธิในการรักษาพยาบาล ในขณะที่ผู้ที่หยุดจ่ายเงินสมทบไปแล้วจะยังมีสิทธิไปอีกช่วงหนึ่ง) การที่ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีปัญหาในการตรวจสอบสิทธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ต้องดำเนินการออกบัตรอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เกิดปัญหาการออกบัตรซ้ำซ้อนกับสิทธิเดิมเป็นจำนวนมาก

นอกจากปัญหาการขาดฐานข้อมูลที่ถูกต้อง และปัญหาที่เกิดจากความเร่งรีบในการผลักดันโครงการและการออกบัตร (ซึ่งจังหวัดส่วนใหญ่ต้องออกบัตรให้เสร็จภายในหนึ่งเดือน) แล้วปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนก็มีทั้งส่วนที่เกิดจากปัญหาโครงสร้าง (บางคนมีสิทธิหลายด้านจริง เช่น สมาชิกในครอบครัวของข้าราชการที่ทำงานในภาคเอกชน) ปัญหาแรงจูงใจของผู้มีสิทธิ (ผู้มีสิทธิต้องการรักษาสิทธิหลายอย่างเนื่องจากเห็นว่าไม่มีสิทธิใดที่ดีกว่าสิทธิอื่นในทุกด้าน หรือบางสิทธิผู้ป่วยต้องทอดรองจ่ายเงินไปก่อน เช่น ในกรณีสวัสดิการข้าราชการ) และในช่วงแรกสถานพยาบาลจำนวนมากมีแรงจูงใจในการออกบัตรให้ได้มากเอาไว้ก่อนเนื่องจากเข้าใจว่าจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวนบัตรที่ออก จึงไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนอย่างจริงจัง

ผลการดำเนินการในด้านการออกบัตรพบว่าในช่วงสามเดือนแรก (ตค.-ธค. 44) มีบัตรที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ (ซึ่งมีทั้งปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนและปัญหาอื่น เช่น เลขประจำตัวบัตรประชาชน ผิด ฯลฯ) ประมาณ 5 ล้านบัตร (ร้อยละ 11.6 ของจำนวนบัตรที่ออกในช่วงดังกล่าว) ตัวเลข

ดังกล่าวลดลงมาเหลือประมาณร้อยละ 1 เมื่อสิ้นไตรมาสแรกของปี 2545³ อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังที่การตรวจสอบสิทธิมีความเข้มงวดมากขึ้นนั้น ยอดจำนวนบัตรที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิก็เพิ่มกลับขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง โดย เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 มีบัตรทองที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ 45.4 ล้านบัตร (ซึ่งจำนวนนี้รวมคนไทยในต่างประเทศที่สามารถตรวจสอบได้ เช่น แรงงานที่ไปทำงานในต่างประเทศ, ผู้ที่ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ) แล้ว และยังมีบัตร (หรือประชากร) ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบสิทธิอีกเกือบ 5 ล้านคน (ดูตารางที่ 7.2) ซึ่งในจำนวนนี้ รวมผู้มีสิทธิซ้ำซ้อน⁴ ผู้ที่อยู่ในทะเบียนกลางและผู้ที่ไปทำงานในต่างประเทศโดยไม่แจ้งกับทางการไว้) นอกจากนี้ก็ยังมีผู้ที่ทางราชการไม่สามารถออกบัตรทองให้ เช่น ผู้ที่ไม่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน)

แม้ว่าโครงการ 30 บาทยังจะอ้างถึงประโยชน์ที่คนจนจะได้รับ แต่การออกบัตรที่พึ่งทะเบียนราษฎรเป็นหลักก็มีปัญหาการเข้าไม่ถึงกลุ่มคนจนที่สุด ซึ่งมักเป็นกลุ่มเร่ร่อนและย้ายถิ่นบ่อย (นอกจากนี้ ยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับกลุ่มคนที่ยังไม่ได้สัญชาติไทย) ที่ผ่านมาได้ ปัญหาไปสำหรับกลุ่มแรงงานต่างถิ่นได้รับการแก้ไขไปแล้วบ้างโดยให้ลงทะเบียนที่ปลายทางได้โดยให้เจ้าบ้านหรือนายจ้างรับรอง แต่ปัญหาของกลุ่มคนที่ไม่มียบัตรประชาชน (ซึ่งรวมถึงคนไทยจำนวนไม่น้อย เช่น ชาวเล ชาวเขา) ยังคงเป็นปัญหาอยู่ในบางส่วน ซึ่งอาจมีผลทำให้เป้าหมายที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยจะยังไม่บรรลุได้จริงในเร็ววันนี้

³ ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อ 1 เมษายน 2545 (ดู วิโรจน์ และอัญชนา 2545ข)

⁴ ยกเว้นผู้มีสิทธิซ้ำซ้อนระหว่างสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนประมาณหนึ่งแสนคน

ตารางที่ 7.2 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพของโครงการต่างๆ

หน่วย : ล้านคน	กันยายน 2545								พฤษภาคม 2546							
	ชรก./ รศก.	ประกัน สังคม	สิทธิ ซ้ำ ปกส./ ชรก.	UC30บ.+ บัตร สุขภาพ*	UC สปร.	รวม UC*	ไม่มี สิทธิ/รช ตรวจสอบ ป**	รวม	ชรก./ รศก.	ประกัน สังคม	สิทธิซ้ำ ปกส./ ชรก.	UC 30 บ.*	UC สปร.	รวม UC*	ไม่มี สิทธิ/รช ตรวจสอบ ป**	รวม
ทั่วประเทศ	3.83	6.94	0.098	21.34	24.03	45.37	4.93	61.16	3.95	7.92	0.105	45.61	24.64	45.65	4.70	62.33
ร้อยละ**	6.3%	11.3%	0.2%	34.9%	39.3%	74.2%	8.1%	100.0%	6.3%	12.7%	0.2%	73.2%	39.5%	73.2%	7.5%	100.0%
เหนือ	0.66	1.13	0.013	3.96	5.11	9.07		10.86	0.69	1.29	0.014	9.12	5.20	9.13		11.11
ตอ./ น.	0.95	2.21	0.017	6.89	9.66	16.55		19.73	1.00	2.54	0.018	16.68	9.91	16.69		20.25
กลาง	0.64	1.25	0.021	2.72	2.63	5.35		7.26	0.67	1.45	0.024	5.39	2.70	5.40		7.54
ตะวันออก	0.24	0.52	0.006	1.48	1.36	2.85		3.61	0.24	0.60	0.007	2.83	1.39	2.83		3.68
ตะวันตก	0.16	0.26	0.003	1.02	0.85	1.87		2.29	0.17	0.30	0.004	1.88	0.88	1.88		2.36
ใต้	0.51	0.59	0.008	3.01	3.35	6.36		7.46	0.53	0.68	0.008	6.48	3.47	6.49		7.70
กทม.	0.65	0.94	0.028	2.26	1.07	3.33		4.94	0.63	1.02	0.031	3.22	1.09	3.23		4.92

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิงหาคม 2546)

หมายเหตุ : * รวมคนไทยในต่างประเทศที่สามารถตรวจสอบได้ (เช่น แรงงานที่ไปทำงานในต่างประเทศ, ผู้ที่ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ เป็นต้น)

** ไม่สามารถระบุสิทธิได้แน่นอน หรือไม่สามารถตรวจสอบสิทธิได้ และรวมถึงผู้ที่ไปทำงานในต่างประเทศโดยไม่แจ้งกับทางการไว้

*** ร้อยละของจำนวนประชากรทั่วประเทศ

ก1. ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพภายใต้โครงการต่างๆ

เป้าหมายหนึ่งของการดำเนินโครงการ 30 บาท คือการขยายความครอบคลุมหลักประกันทางสุขภาพไปสู่ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เพิ่มขึ้น จากตารางที่ 1 แสดงถึงโครงการหลักประกันสุขภาพที่รัฐดำเนินการซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ข้อมูลที่รวบรวมโดย สปสช. ระบุว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 (กันยายน 2545) มียอดจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3.8 ล้านคน โครงการประกันสังคมมีจำนวน 6.9 ล้านคน (และผู้ที่มีสิทธิเข้าซ้อนระหว่างประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณหนึ่งแสนคน) โครงการ 30 บาทฯ (รวมบัตรสุขภาพ 500 บาท และคนไทยที่อยู่ต่างประเทศ) 45.3 ล้านคน รวมทั้ง 3 โครงการ ครอบคลุมประชากรได้ประมาณ 56.2 ล้านคน หรือร้อยละ 92 ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชากรอีกอย่างน้อย 4.9 ล้านคน หรือร้อยละ 8 ของประชากรทั้งประเทศที่ยังไม่มีสิทธิหรือไม่สามารถระบุสิทธิได้แน่นอน

จากข้อมูลล่าสุดที่รายงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือนพฤษภาคม 2546 พบว่ามีประชากรที่ยังไม่สามารถระบุสิทธิได้หรือยังอยู่ในขั้นตอนตรวจสอบ (ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการของรัฐ) จำนวน 4.7 ล้านคน ลดลงเล็กน้อยจากเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 ขณะที่ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพจากทั้ง 3 โครงการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 57.6 ล้านคน หรือร้อยละ 92.5 ของประชากรทั้งประเทศ

ก2. ปัญหาในการออกบัตร

ที่ผ่านมา กระบวนการการออกบัตร แจกบัตร ตรวจสอบสิทธิ เปลี่ยนบัตร เก็บบัตรคืน ฯลฯ ยังเป็นปัญหาที่ใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่เข้าโครงการนำร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะออกบัตรทองให้เฉพาะกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิอื่น แต่ในช่วงเดือนตุลาคม 2544 ก็ต้องเปลี่ยนบัตร สปร. ชนิดต่างๆ มาเป็นบัตรทองหมวด “ท” ซึ่งในกระบวนการนี้จังหวัดนำร่องส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดนำร่องกลุ่มแรก) มักจะต้องออกบัตรใหม่ทั้งหมด เนื่องจากหลายจังหวัดมีการแบ่งโซนใหม่เพราะมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการ เมื่อมีการออกบัตรใหม่ เจ้าหน้าที่ในหลายจังหวัดต้องออกไปแจกบัตรและแลกบัตรเดิมคืนกลับมา หลังจากเดือนตุลาคม 2544 ก็ยังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านบัตรอยู่เรื่อยๆ เช่น ในกรณีที่มีการออกบัตรผิดหรือเมื่อสำนักงานประกันสุขภาพแจ้งยอดหรือรายชื่อผู้ที่มีสิทธิเข้าซ้อน เจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นก็ต้องออกไปตรวจสอบหรือในบางกรณีเก็บบัตรที่แจกไปแล้วคืนจากประชาชน และคาดกันว่าหลังจากที่เริ่มเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาล การออกบัตรใหม่และเก็บบัตรคืนจะยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของเจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ระบบบัตรประชาชนอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งรัฐบาลเคยประกาศว่าจะนำมาใช้ทั่วประเทศยังไม่เกิดขึ้นจริง

การออกบัตรที่เคยเป็นปัญหามากในอดีตอีกประการหนึ่งคือ การออกบัตรรายได้น้อย ซึ่งในช่วงที่ยังเป็นโครงการ สปร. มีการออกบัตรนี้ทุกสามปี (และเมื่อมีโครงการ 30 บาท เกิดขึ้น บัตรนี้ก็ถูกเปลี่ยนมาเป็นบัตรทองหมวด “ท”) ในอดีต มีการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่า การออกบัตรนี้มีปัญหามากทั้งในด้านความแม่นยำและความตรงประเด็น (ดูการสรุปเรื่องนี้ใน วิโรจน์และอัญญา 2545ค และ 2545ง) ทำให้หลายฝ่ายเสนอให้นำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาแทนการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่การที่โครงการ 30 บาทไม่ได้เป็นโครงการฟรีเหมือนโครงการ สปร. ทำให้มีการทักท้วงว่าโครงการ 30 บาทเป็นโครงการที่ทำให้ผู้ถือบัตร สปร. เดิมมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้บริหารโครงการ 30 บาทจึงตัดสินใจแยกบัตรของโครงการนี้ออกเป็นสองประเภท คือ บัตรทอง 30 บาท และบัตรทองหมวด “ท” (ซึ่งได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาท) ซึ่งการแยกประเภทนี้ไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับผู้มีสิทธิ สปร. ส่วนใหญ่ ซึ่งได้สิทธินี้ตามอายุ (เช่น กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ) สำหรับประชากรกลุ่มอื่นๆ บางกลุ่ม เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก และพระ/ผู้นำศาสนาอื่น ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาบ้าง แต่การตรวจสอบสิทธิทำได้ง่ายไม่ยากนัก ส่วนที่มีปัญหามากที่สุดคือกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งในอดีตเองก็มีกระบวนการออกบัตรที่ยุงยากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีปัญหาในการคัดกรองและตรวจสอบสิทธิ์ค่อนข้างมาก การที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นดำเนินการออกบัตรรายได้น้อยรอบใหม่เพื่อทดแทนบัตรผู้มีรายได้น้อยเดิม (ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอายุครบสามปี) จึงทำให้ออกจากหน่วยงานเหล่านี้จะมีภาระด้านการออกบัตรประเภทใหม่ๆ เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทขึ้นมาแล้ว ก็ยังไม่สามารถลดภาระงานด้านการออกบัตรรายได้น้อยลงตามที่บางฝ่ายเคยตั้งความหวังเอาไว้ด้วย

ข. การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิกับสถานพยาบาล

แม้ว่าการดำเนินโครงการ 30 บาทฯ จะใช้วิธีดำเนินการแยกจากสองโครงการหลักในด้านประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม (สวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคม) แต่ในด้านการให้บริการนั้น โครงการ 30 บาทฯ ก็อาศัยระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยใช้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักเหมือนกับโครงการ สปร. และบัตรสุขภาพในอดีต และพยายามดึงสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดอื่น และโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมโครงการด้วย โดยตั้งแต่เริ่มโครงการนำร่องระยะที่สอง กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดสรรประชากรและงบนี้ให้กับสถานพยาบาลต่างๆ (รวมทั้งโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนด้วย) ที่ผ่านมาการจัดสรรประชากรให้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลใดจะพิจารณาจากภูมิลำเนาตามทะเบียนราษฎรของผู้มีสิทธิเป็นหลัก แต่มีแผนที่จะให้สิทธิประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้เองในอนาคต

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

ในปีที่สองของการดำเนินโครงการ (ปีงบประมาณ 2546) จำนวนโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่นอกสังกัดสำนักปลัดกระทรวงฯ ลดลงจาก 16 แห่งในปีก่อนเหลือ 7 แห่ง โดยโรงพยาบาลส่วนหนึ่งได้ออกจากโครงการไป (เช่น โรงพยาบาลแม่และเด็ก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตต่าง ๆ⁵) ในขณะที่จำนวนโรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 4 แห่ง และจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในโครงการลดลงสุทธิ 5 แห่ง โดยโรงพยาบาลหลายแห่งให้เหตุผลว่าได้รับการจัดสรรประชากรน้อยเกินกว่าจุดคุ้มทุน สำหรับประชากรที่เคยอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่ถอนตัวไปนั้น ส่วนใหญ่ถูกโอนไปขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโดยภาพรวมแล้วไม่ได้ทำให้สัดส่วนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปมากนัก (เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 91.9 ซึ่งยังใกล้เคียงกับปีก่อน) ในขณะที่สัดส่วนของประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนลดลงเล็กน้อยเหลือร้อยละ 3.8

⁵ ซึ่งต้นสังกัดของสถานพยาบาลเหล่านี้ให้เหตุผลว่าสถานพยาบาลเหล่านี้เน้นทำงานในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก โดยไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการโดยตรง

ตารางที่ 7.3 จำนวนโรงพยาบาลและประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ

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

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : * จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่ให้บริการนอกเครือข่าย ซึ่งถูกรวมอยู่ในจำนวนประชากรของสถานพยาบาลแต่ละประเภทแล้ว

7.2 การจัดสรรงบในโครงการ 30 บาท การปฏิรูปการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุข และผลกระทบด้านการเงินต่อสถานพยาบาล

แม้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศเป็นประเด็นใหญ่ในทางการเมือง และเป็นสิ่งที่ทำให้โครงการ 30 บาทได้รับความสนใจจากฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาจากกลุ่มผู้ให้บริการมากที่สุดก็คือ การเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของงบกระทรวงสาธารณสุขมาใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนระบบการจัดสรรของกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน

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

7.2.1 การประกันสุขภาพสองแนวทาง

การจัดการประกันสุขภาพนั้นทำได้หลายวิธี วิธีหนึ่งซึ่งใช้ในโครงการสวัสดิการข้าราชการ คือรัฐบาลทำตัวเป็นผู้รับประกันเอง โดยให้ผู้มีสิทธิ์หรือผู้ให้บริการมาเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากรัฐบาล แต่ปัญหาใหญ่ของการประกันโดยวิธีนี้คือไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และเป็นไปได้อีกว่าวิธีนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการคลังของประเทศอย่างรุนแรงถ้านำมาใช้กับประชากรทั้งประเทศ

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

ความแตกต่างที่สำคัญของการประกันสุขภาพสองวิธีนี้คือ วิธีแรกรัฐบาลเป็นผู้รับประกันความเสี่ยงเอง ขณะที่ในวิธีที่สองนั้น รัฐบาลทำตัวเป็นผู้ซื้อประกันซึ่งโอนความเสี่ยงไปให้สถานพยาบาล ซึ่งถ้ารัฐบาลสามารถโอนความเสี่ยงทั้งหมดไปให้สถานพยาบาลแล้ว ก็ย่อมทำให้รัฐบาล (ซึ่งในกรณีนี้คือกองทุนประกันสังคม) สามารถทราบล่วงหน้าว่าจะมีค่าใช้จ่ายต่อคนเท่าใด (การดำเนินการในช่วงประมาณเกือบสิบปีแรกนั้น กองทุนประกันสังคมใช้วิธีโอนความเสี่ยง

ทั้งหมดไปให้สถานพยาบาล แต่ต่อมาเข้ามาแบ่งรับความเสี่ยงโดยการจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มให้สถานพยาบาลที่มีผู้ไปใช้บริการมาก และจ่ายเพิ่มให้สำหรับการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น)

การโอนความเสี่ยงจากรัฐบาลไปให้สถานพยาบาลไม่ได้หมายความว่า เป็นการโยนภาระทางการเงินไปให้สถานพยาบาลรับแต่เพียงฝ่ายเดียว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการตกลงเข้าร่วมโครงการเป็นการตกลงโดยความสมัครใจของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเอง ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลเอกชนเกือบทั้งหมดซึ่งที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมโดยสมัครใจมีกำไรจากการเข้าร่วมโครงการนี้) เพราะในกรณีที่แต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ประกันตนมากพอ ก็จะสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ประกันตนที่ไม่เคยมาใช้บริการเลย กับผู้ที่มาใช้บริการที่ป่วยเล็กน้อยไปจนถึงป่วยหนัก ดังนั้น ในกรณีที่เบี้ยประกันที่ได้รับสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ต้องจ่ายออกไป โรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็จะมีกำไรจากการเข้าร่วมโครงการนี้ ซึ่งเป็นกรณีที่เกิดขึ้นจริงในโครงการประกันสังคม ดังนั้น ถ้าในระยะประมาณสิบปีที่ผ่านมา สำนักงานประกันสังคมให้สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งในโครงการประกันสังคมนำยอดค่าใช้จ่ายจริงที่สถานพยาบาลเหล่านั้นใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในโครงการประกันสังคมมาเบิกจากสำนักงานประกันสังคม (ในทำนองเดียวกันกับที่เบิกจากโครงการสวัสดิการข้าราชการในอดีต) ยอดเงินที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลเหล่านี้ก็จะต่ำกว่ายอดเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายออกไปจริงๆ ตามวิธีเหมาจ่ายรายหัวเป็นจำนวนมาก แต่ทั้งนี้ข้อสรุปข้างต้นจะเป็นจริงก็ต่อเมื่อพฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลเหล่านี้จะต้องไม่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสำนักงานประกันสังคมเปลี่ยนกติกาการจ่ายเงิน แต่ในทางปฏิบัตินั้น ถ้าสำนักงานประกันสังคมยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยใช้กติกาแบบโครงการสวัสดิการข้าราชการแล้ว ก็มีโอกาสมากที่สถานพยาบาลจำนวนมากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้บริการ จนทำให้ในที่สุดแล้วสำนักงานประกันสังคมจะเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าที่จ่ายออกไปจริงในช่วงสิบปีที่ผ่านมา (ในทำนองเดียวกันกับโครงการสวัสดิการข้าราชการที่ประสบปัญหามากจนต้องหันมาใช้วิธีจำกัดสิทธิการใช้สถานพยาบาลของสถานพยาบาลเอกชน)

สาเหตุหนึ่งที่ค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพสองกรณีนี้มีความแตกต่างกันก็คือ สถานพยาบาลที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่ จะมีแนวโน้มที่จะเลือกประเภทของบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และในบางกรณีอาจให้บริการ (และยา) ที่เกินความจำเป็น รวมไปถึงการเก็บค่าบริการในอัตราที่สูง (ถ้ากติกาการเบิกจ่ายเปิดช่องให้) ซึ่งโดยรวมแล้วอาจนำไปสู่การใช้บริการที่มากและมีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น ในขณะที่สถานพยาบาลที่ได้เงินมาล่วงหน้าในลักษณะเหมาจ่ายก็มีแรงจูงใจที่จะประหยัดค่าใช้จ่าย เพื่อรักษากำไรหรือป้องกันไม่ให้ขาดทุน แต่มาตรการประหยัดเหล่านี้อาจบรรลุโดยการพยายามจำกัดปริมาณและ/หรือคุณภาพของบริการ

รวมถึงการประวิงเวลาในการรักษาคนไข้ หรือ “ผลักคนไข้” ให้ไปรับบริการที่อื่นแทน ซึ่งโดยรวมแล้วมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การให้บริการที่ต่ำกว่าและในมาตรฐานที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ที่ผ่านมา โครงการสวัสดิการข้าราชการซึ่งครอบคลุมประชากรเพียงหนึ่งในสิบของประเทศก็ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนต้องใช้วิธีตัดสิทธิประโยชน์ลง (ดูตอนที่ 4) และพยายามปฏิรูปโครงการนี้ตั้งแต่ยังไม่ได้นำโครงการ 30 บาท จึงแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่ภาครัฐจะนำกลไกและกติกาการจ่ายเงินของโครงการนี้มาใช้ในการ “สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในขอบเขตทั่วประเทศ สำหรับโครงการประกันสังคมเองนั้น ที่ผ่านมาสำนักงานประกันสังคมก็ได้พยายามแก้ปัญหาแรงจูงใจในด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลโดยปรับกลไกการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลมากขึ้น (ดูตอนที่ 5)

นอกจากโครงการประกันสังคมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้นำวิธีการเหมาจ่ายรายหัวมาใช้กับโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท และโครงการ สปร. โดยในโครงการบัตรสุขภาพนั้น นอกจากสถานพยาบาลจะมีรายได้จากการขายบัตรใบละ 500 บาทแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังจ่ายเงินสมทบให้บัตรละ 500-1,000 บาท อีกด้วย สำหรับโครงการ สปร. นั้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา ก็หันมาใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (ในอัตราร้อยละ 50 75 และ 100 ในปีงบประมาณ 2541-43 ตามลำดับ) ให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ และในจังหวัดส่วนใหญ่ ก็มีการจัดสรรงบให้สถานพยาบาลตาม (หรือโดยคำนึงถึง) จำนวนผู้มีสิทธิที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในทั้งสามโครงการที่กล่าวมานี้ การจัดสรรงบ (หรือจ่ายเงิน) ให้สถานพยาบาลเป็นลักษณะของการจ่ายเงินเพิ่มเติมจากเงินเดือน งบลงทุน และงบอื่นๆ ที่สถานพยาบาลได้รับอยู่เดิม⁶ ซึ่งทำให้สถานพยาบาลมักเห็นว่าโครงการเหล่านี้เป็น “รายได้พิเศษ” ซึ่งเกิดจากการขยายบริการของสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการประกันสังคม ที่สถานพยาบาลของรัฐสามารถนำรายได้บางส่วนมาแบ่งให้เจ้าหน้าที่ในลักษณะคล้ายกับโบนัสอีกด้วย ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลของรัฐหลายแห่งมีภาพที่ดีและให้ความสนใจกับโครงการประกันสังคมเป็นพิเศษ

แต่ถ้าหันมาพิจารณาว่าโครงการประกันสังคมก็จ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของเอกชน ในอัตราที่เหมือนกับที่จ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ต้องมีภาระในการลงทุนและจ่ายเงินเดือนให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง และเป็นที่ทราบกันว่าโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการประกันสังคมโดยส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการหากำไร ดังนั้น จึงน่าจะอนุมานได้โดยไม่ยากว่า ในระยะยาวนั้น โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้จะสมัครใจอยู่ในโครงการนี้ก็ต่อเมื่อค่าตอบแทนที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้โรงพยาบาลจะต้องสามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายในทุก

⁶ ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติแล้ว ในโรงพยาบาลระดับอำเภอบางแห่งนั้น งบ สปร. จะกลายเป็นงบก้อนใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลก็ตาม

ด้านของโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ที่มาใช้สิทธิ์ประกันสังคมได้ ซึ่งย่อมรวมถึงเงินเดือนพนักงานค่าใช้จ่ายในด้านการลงทุนของโรงพยาบาลเหล่านี้ด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่มีผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมเป็นฐานลูกค้าหลัก) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลเหล่านี้ (รวมทั้งข้อเท็จจริงที่ว่า โครงการประกันสังคมสามารถดำเนินการมานานกว่าสิบปีโดยผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีความพอใจในระดับหนึ่ง) แล้ว ก็สามารถสรุปได้ว่า โดยหลักการแล้ว มีความเป็นไปได้ที่จะให้รัฐบาลเข้ามาซื้อบริการแทนประชาชนทั้งประเทศจากสถานพยาบาลต่างๆ (ทั้งของรัฐและเอกชน) ภายใต้กติกาที่ใกล้เคียงกับโครงการประกันสังคม⁷

7.2.2 การ “ปฏิรูป” ระบบการจัดสรรงบประมาณโดยโครงการ 30 บาท

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการประกันสุขภาพที่ให้สิทธิ์ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลเอง ซึ่งโดยหลักการแล้ว ในบรรดาสถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิ์สามารถเลือกได้นั้น สถานพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีสิทธิ์ก็จะมีรายรับจากโครงการมากตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหนึ่งที่แพร่หลายในซีกโลกตะวันตกคือ “เงินตามผู้ป่วย” (money follows patients) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนให้มีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ (people-centered และ demand-driven) มากขึ้น ซึ่งแนวคิดทำนองนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิรูปในด้านอื่นด้วย (รวมทั้งข้อเสนอเรื่องคู่มือการศึกษา ในการปฏิรูปการศึกษาในบางประเทศ)

แนวคิดนี้เน้นถึงความเสมอภาคที่ประชาชนแต่ละคนจะเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพทัดเทียมกัน ซึ่งนัยประการหนึ่งของหลักการนี้ก็คือ สำหรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ผู้รับบริการแทบทุกคนจะต้องไปใช้บริการนั้น ถ้าเป็นไปได้ประชาชนย่อมเลือกที่จะไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่สะดวกในการเดินทาง ดังนั้น โดยหลักการแล้ว ถ้าประชาชนมีอำนาจซื้อใกล้เคียงกันบริการเหล่านี้ย่อมจะต้องกระจายออกไปทั่วประเทศตามความหนาแน่นของประชากรในแต่ละพื้นที่⁸

ถ้าใช้เกณฑ์เรื่องจำนวนประชากรในการวัดแล้ว ก็คงจะปฏิเสธได้ยากว่าในด้านการเข้าถึงและคุณภาพของบริการด้านสาธารณสุข (อย่างน้อยในระดับที่ประชาชนในแต่ละพื้นที่จำเป็นต้องไปใช้บริการ) ยังมีความเหลื่อมล้ำกันค่อนข้างมาก ทั้งในส่วนของภาครัฐเองและภาคเอกชน ทั้งนี้ ในส่วนของภาครัฐนั้น ระบบงบประมาณที่ใช้อยู่เดิมมีแนวโน้มที่ให้ผู้ให้บริการตัวตั้ง (supply-

⁷ ถึงแม้ว่าอัตราค่าบริการอาจจะแตกต่างออกไปด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น โครงสร้างอายุ (และการเจ็บป่วย) ของประชากร และการประหยัดที่อาจเกิดจากการเฉลี่ยความเสี่ยงในขอบเขตที่กว้างกว่า เป็นต้น

⁸ ซึ่งในกรณีนี้ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาก็คือประชาชนในพื้นที่ที่มีประชากรเบาบางจะมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการมากกว่าในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น

driven) และมักจัดสรรงบให้ตามทรัพยากรที่มีอยู่เดิม (เตียง แพทย์ ฯลฯ) ทำให้พื้นที่ที่เจริญและประชาชนมีอำนาจการซื้อสูงมักจะสามารถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุข (ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน) เข้าไปสู่พื้นที่ได้ (เป็นที่น่าสังเกตว่าความเหลื่อมล้ำนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อนับรวมภาคเอกชนเข้าไปด้วย)

นอกจากจะมีปัญหาความเหลื่อมล้ำแล้ว ที่ผ่านมความเหลื่อมล้ำยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยทั้งแพทย์และเตียงมีแนวโน้มกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและในเมืองใหญ่มากขึ้นเรื่อยๆ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น โรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขตมีจำนวนเตียงมากกว่า โรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศรวมกันประมาณร้อยละ 60 และในด้านจำนวนแพทย์นั้น โรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศประมาณ 800 โรงพยาบาลมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่เพียงประมาณ 2,600 คนจากแพทย์ทั้งหมดมากกว่า 20,000 คน

สาเหตุข้างต้นเป็นสาเหตุสำคัญที่กลุ่มผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันโครงการ 30 บาทในปีแรก (ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ “สายปฏีรูป”) หยิบยกขึ้นมาเป็นเหตุผลในการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณของโครงการ 30 บาท โดยพยายามชี้ให้เห็นว่าถ้ากลไกการจัดสรรงบประมาณยังเป็นแบบเดิมแล้ว การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามแนวทางการ “เติมให้เต็ม” ที่เน้นที่การออก “บัตรทอง” ให้ผู้ที่ยังไม่มีสิทธิ์อื่น จะไม่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง และการที่จะยกระดับคุณภาพในภาพรวมของบริการสาธารณสุขขึ้นมาได้นั้น จะต้องมีการปฏิรูประบบการเงินการคลัง (health care financing reform) โดยปรับระบบและกติกการจัดสรรงบประมาณเสียใหม่เท่านั้น

ทัศนะของผู้บริหารกลุ่มนี้ได้สรุปเอาไว้อย่างชัดเจนในเอกสารเรื่อง “หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง” ซึ่งเป็นเอกสารที่ออกมาจากศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่รู้จักกันทั่วไปในชื่อ “War Room”) เมื่อต้นปี 2545 เพื่ออธิบายความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบการเงินการคลังควบคู่ไปกับการดำเนินโครงการ 30 บาท ทั้งนี้ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มนี้เชื่อว่าการปฏิรูประบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือชักนำให้เกิดการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น เนื่องจากวิธีนี้ทำให้พื้นที่มีประชากรมากก็จะมิงบมากตามไปด้วย ทำให้มีศักยภาพที่ขยายสถานพยาบาลและตั้งทรัพยากรและบุคลากรไปสู่พื้นที่นั้นๆ มากขึ้น ขณะที่พื้นที่มีประชากรน้อย (หรือมีทรัพยากรมากเมื่อเทียบกับประชากรที่ตนดูแล) ก็จะไม่สามารถขยายบริการออกไปเรื่อยๆ เหมือนดังเช่นในอดีต เนื่องจากจะมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ และอาจต้อง “เกลี้ย” ทรัพยากรและบุคลากรไปสู่พื้นที่อื่นๆ ที่ขาดแคลน ดังนั้น ผู้บริหารกลุ่มนี้ได้จึงเห็นว่าการปฏิรูประบบการเงินการคลังโดยการให้เงินตามไปกับประชาชน จะเป็นวิธีที่ทำให้สามารถขยาย

ขยายความคุ้มครองและปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นโดยไม่ต้องทุ่มเทเงินทองเพิ่มลงไปอีกจำนวนมาก

กรอบที่ 7.1 การจัดสรรงบประมาณตามแนวคิดใหม่ในโครงการ สปร. และโครงการ 30 บาท
● ปีงบประมาณ 2541 โครงการ สปร. เริ่มเปลี่ยนมาใช้วิธีจัดสรรของโครงการ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมเป็นเงินประมาณร้อยละ 15 ของงบของกระทรวงสาธารณสุข) โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ (ในอัตราร้อยละ 50 75 และ 100 ในปีงบประมาณ 2541-43 ตามลำดับ) แต่เป็นการจัดสรรเพิ่มจากเงินเดือน งบลงทุน และงบประจำอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2543 มีผู้มีสิทธิในโครงการนี้ประมาณ 20 ล้านคน งบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 403 บาทต่อบัตร โดยจัดสรรในอัตราที่ต่างกันสำหรับผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ (เช่น งบต่อหัวของผู้สูงอายุและเด็กจะสูงกว่างบต่อหัวของกลุ่มผู้มีรายได้น้อยซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงาน) ● ช่วง 3 ปีหลังวิกฤติเศรษฐกิจ (ปีงบประมาณ 2541-43) โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากมีฐานะทางการเงินดีขึ้นจากการจัดสรรงบวิธีนี้ ทั้งๆ ที่ในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ผู้มีสิทธิ สปร. มีแนวโน้มมาใช้สิทธิที่สถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น (แต่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวนหนึ่งมีฐานะทางการเงินดีขึ้นเช่นกัน แม้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลเหล่านี้หลายแห่งระบุว่าโรงพยาบาลเสียเปรียบจากการจัดสรรงบในลักษณะนี้ แต่ก็ระบุว่าโรงพยาบาลมีงบอื่นมาทดแทนและโรงพยาบาลสามารถหารายได้จากหลายทาง) (อัญชนาและวิโรจน์ 2544, 2545) ● โครงการ 30 บาท ในช่วงนำร่อง 6 จังหวัดกลุ่มแรกใช้วิธีจัดสรรแบบ สปร. (จัดสรรงบเพิ่มจากเงินเดือนให้บัตรทองเท่ากับบัตร สปร. กลุ่มผู้มีรายได้น้อย (ซึ่งได้งบต่ำสุดในบรรดา สปร. เพราะมีน้ำหนัก=0.69) คิดเป็นงบต่อบัตรทอง = $0.69 \times 477 = 329$ บาท/คน-ปี การจัดสรรแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสัดส่วน 45:55 (คิดเป็นงบผู้ป่วยนอก 148 บาท/คน-ปี งบผู้ป่วยใน 181 บาท/คน-ปี ไม่มีงบส่งเสริมป้องกันต่างหาก) งบผู้ป่วยนอกจัดสรรไปที่โรงพยาบาล งบผู้ป่วยในเป็นงบรวมไว้ที่จังหวัดและให้สถานพยาบาลต่างๆ เบิกตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRG) แม้ว่างบที่ได้จะต่ำ แต่อัตราการให้บริการของประชากรกลุ่มนี้ในช่วงโครงการนำร่องก็ต่ำเช่นกัน โรงพยาบาลที่เข้าโครงการส่วนใหญ่มีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นหรือเสมอดำ (โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้งบนี้มาช่วยจุนเจือทำให้สถานะทางการเงินดีขึ้น)

- โครงการ 30 บาท ชว่งนำร่องกลุ่มที่สอง 15 จังหวัด ใช้วิธีแบบคล้ายกับกลุ่มแรก โดยหลักการตั้งงบ 1,202 ต่อบัตร รวมเงินเดือน และส่งให้โรงพยาบาลรัฐ 1,052 ต่อบัตร แต่เนื่องจากในปีงบประมาณ 2544 นั้น โรงพยาบาลต่างๆ ได้รับการจัดสรรงบส่วนที่เป็นเงินเดือนและงบลงทุนตามระบบเดิมอยู่แล้ว จึงจ่ายให้สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 (คิดเป็นเงิน $1,052 \times 0.55 = 578.60$ บาทต่อบัตรเพิ่มจากเงินเดือนและงบอื่นซึ่งตกประมาณ 2 เท่าของงบ สปร. กลุ่มผู้มีรายได้น้อยในปีงบประมาณ 2543) ในขณะเดียวกัน ก็กำหนดสัดส่วนงบผู้ป่วยนอก+ส่งเสริมป้องกัน:งบผู้ป่วยใน = $574+175 : 303$ (ประมาณ 70:30) อัตราการใช้บริการไม่มาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีกำไรจากงบนี้ (ยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์บางแห่งที่ระบุว่าขาดทุน เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี)
- ในปีงบประมาณ 2545 (1 ตุลาคม 2544) โครงการ 30 บาท เริ่มใช้งบประมาณแบบใหม่ ซึ่งกำหนดให้รวมเงินเดือนในงบประกันสุขภาพ (หรือที่เรียกว่างบ UC)⁹ ซึ่งเท่ากับเปลี่ยนมาจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของงบกระทรวงสาธารณสุข (45,000 ล้านบาท) โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นการเปลี่ยนระบบการจัดสรรของกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน

ข. การคำนวณงบสำหรับโครงการ 30 บาท

ในช่วงก่อนที่จะมีการประกาศเริ่มโครงการ 30 บาทนั้น คณะทำงานของ สรรพ. (2544) ได้ประมาณการไว้อย่างหยาบๆ ว่าโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งประเทศ (รวมข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคม) ที่มีสิทธิประโยชน์ในระดับที่ไม่ด้อยไปกว่าในโครงการประกันสังคม จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 1,500 บาทต่อคน ซึ่งเมื่อคำนวณจากประชาชนทั่วประเทศแล้ว จะมีค่าใช้จ่ายของรัฐประมาณปีละ 100,000 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากงบประมาณด้านสาธารณสุขของภาครัฐก่อนที่จะมีโครงการนี้ประมาณ 23,000 ล้านบาท (งบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุขที่จัดสรรให้กระทรวงต่างๆ รวมกันตกประมาณ 77,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544)

⁹ ยกเว้นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทบวงหรือโรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ ซึ่งจัดสรรงบให้ 578.60 บาทต่อหัวเพิ่มจากเงินเดือนและงบปกติ

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลตัดสินใจเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาท โดยแยกจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคม ของกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเฉพาะประชากรที่ไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม โดยจัดสรรงบให้กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 จำนวน 65,876 ล้านบาท โดยงบประมาณสามในสี่ (47,988 ล้านบาท หรือร้อยละ 72.8) ถูกรวมเข้ามาอยู่ในงบประมาณสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งในจำนวนนี้มีงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐด้วย) งบอุดหนุนทั่วไปนอกเหนือจากเงินเดือน 22,138 ล้านบาท และเป็นงบกลาง 2,000 ล้านบาท¹⁰ ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงเป็นงบในโครงการอื่นๆ (non-UC) จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก

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

ตารางที่ 7.4 การจำแนกงบประมาณจ่ายรายหัวในโครงการ 30 บาท

	งบที่จัดสรร ต่อบัตร	% ของงบที่ จัดสรรให้ พื้นที่	% ของ งบรวม
งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของโครงการ	1,202.40		100
งบที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่	1,052	100	87.5
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	574	54.6	47.7
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	303	28.8	25.2
- งบส่งเสริมสุขภาพและความคุ้มครองป้องกันโรค	175	16.6	14.6
งบที่เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพ (ส่วนกลาง)	150.40		12.5
- ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	32		2.7
- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25		2.1

¹⁰ ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น contingency fund ซึ่งกำหนดไว้ 5,000 ล้านบาท และงบเพิ่มเติมเนื่องจากต้องดำเนินโครงการเร็วกว่าที่คาดเอาไว้หรือต้องรับผิดชอบต่อประชากรมากกว่าที่คาดเอาไว้ ซึ่งคาดว่าจะอยู่ระหว่าง 2,000-5,000 ล้านบาท และ งบ สปร. สำหรับผู้มีสิทธิในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน (ในช่วงตุลาคม 2544-มีนาคม 2545)

- งบลงทุน	93.40		7.8
-----------	-------	--	-----

ที่มา: คัดแปลงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544)

การคำนวณงบประมาณรายหัวของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะนั้น ใช้ตัวเลขจำนวนครั้งของการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2537 และตัวเลขค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อครั้งจากการศึกษาหลายชั้นที่โรงพยาบาลระดับต่างๆ และสถานอนามัยในบางจังหวัด¹¹ และนำค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอกและในสถานพยาบาลแต่ละระดับมาคูณกับค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและในสถานพยาบาลระดับนั้นๆ สำหรับค่าใช้จ่ายในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น กำหนดไว้ที่ร้อยละ 20 ของงบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและใน ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้ข้อมูลจากโครงการประกันสังคม และกำหนดงบลงทุนไว้เท่ากับร้อยละ 10 ของงบค่ารักษาพยาบาลรวม (รวมกรณีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ไม่รวมค่าใช้จ่ายในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

อัตราค่าเหมาจ่ายรายหัวที่ได้จากการคำนวณของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) มักถูกตั้งข้อสงสัยจากสถานพยาบาลต่างๆ อยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องข้อมูลที่นำมาใช้ ซึ่งสถานพยาบาลหลายแห่งตั้งคำถามว่ามีความเป็นตัวแทน (representative) สถานพยาบาลต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด

ในเรื่องนี้นั้น ปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการคำนวณงบประมาณปีแรกนั้นเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยอมรับ และความจำกัดด้านข้อมูลก็เป็นสาเหตุที่ทำให้มีการคำนวณงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและงบลงทุนโดยกำหนดตัวเลขร้อยละ 20 และร้อยละ 10 ขึ้นมาเอง และการเลือกใช้ตัวเลขบางตัวอาจมีอคติของผู้คำนวณเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง (ตัวอย่างเช่น นพ. วิโรจน์เคยชี้แจงว่าตัวเลขงบลงทุนร้อยละ 10 อาจจะต่ำกว่าในยุคฟองสบู่ แต่ก็น่าจะเป็นตัวเลขที่เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศในช่วงที่มีปัญหาเศรษฐกิจ และการลงทุนในอัตราที่ต่ำในระยะหนึ่งถึงสองปีก็ไม่น่าส่งผลกระทบต่อบริการของสถานพยาบาลมากนักเนื่องจากสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เพิ่งจะได้รับการสนับสนุนด้านการลงทุนในอัตราที่สูงมาแล้วในช่วงฟองสบู่) และมีประเด็นเรื่องสมมติฐานที่ใช้ในการคำนวณ (เช่น การสมมติว่าจำนวนการให้บริการที่สถานพยาบาลจะไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท)¹² และปัญหา inconsistency ในการคำนวณ (ดูกรอบที่ 7.2 ซึ่งเสนอวิธีแก้ปัญหานี้เอาไว้ด้วย) แต่ปัญหาพื้นฐานที่ไม่ค่อยมีผู้หยิบ

¹¹ ในหลายกรณี "ค่าใช้จ่าย" ที่กล่าวถึงเป็น charge มากกว่า cost เนื่องจากการหาข้อมูลต้นทุนจากระบบบัญชีที่สถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ใช้ยังทำได้ค่อนข้างยาก

¹² ซึ่งเป็นข้อสังเกตของสุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย และคณะ

ยกขึ้นมาก็คือ แม้กระทั่งในกรณีที่ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณจะมีความครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดนั้น วิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลโดยใช้ค่ากลาง (ไม่ว่าจะเป็น “ค่าเฉลี่ย” หรือค่ามัธยฐาน) ย่อมหมายความว่าตัวเลขต้นทุนที่คำนวณมาได้จะเป็นต้นทุนกลางๆ ของสถานพยาบาลทั้งหมด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใช้ค่ามัธยฐานนั้น ก็ย่อมหมายความว่าสถานพยาบาลถึงร้อยละ 50 ที่มีต้นทุนสูงกว่าต้นทุนที่คำนวณได้) ดังนั้น โดยหลักการแล้ว การที่สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวจึงไม่ใช่เรื่องที่อยู่นอกเหนือความคาดหมายแต่อย่างใด คำถามที่อาจจะตรงประเด็นมากกว่าคือ การคำนวณต้นทุนโดยวิธีนี้เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ “เบี้ยประกัน” ในการซื้อบริการจากสถานพยาบาลหรือไม่

กรอบที่ 7.2 Inconsistency ในการคำนวณงบประมาณรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแนวทางแก้ปัญหา

การคำนวณงบประมาณรายหัวในส่วนของการรักษาพยาบาลโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) สำหรับปี 2544-45 (และภูษิต และคณะ (2545) สำหรับปีงบประมาณ 2546) ใช้ข้อมูลจากสองแหล่งประกอบกันคือ

ก. ข้อมูลอัตราการใช้บริการ ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health & Welfare Survey ปี 2539 (การคำนวณสำหรับปี 46 ใช้ข้อมูลปี 2544 และปรับพฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มบัตรทองตามกลุ่มผู้มียารายได้น้อย และปรับด้วยดัชนีการเจ็บป่วยตามฤดูกาลอีกร้อยละ 3)

ข. ค่าใช้จ่ายต่อการไปรับบริการหนึ่งครั้ง ใช้ค่าเฉลี่ย (มัธยฐานหรือ median ในปีงบประมาณ 46) ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งจากข้อมูลที่รายงานโดยสถานพยาบาล

โดยค่าใช้จ่ายต่อหัวได้จากการนำผลคูณของ ก. และ ข. ในกรณีต่างๆ มารวมกัน

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

ในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น น่าจะเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายว่า ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมที่สถานพยาบาลรายงานมาน่าจะมีความถูกต้องแม่นยำกว่าค่าใช้จ่าย per case หรือ per visit ที่สถานพยาบาลคำนวณมาให้ (ถึงแม้ว่าตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมคงจะสะท้อนความไม่มีประสิทธิภาพและปัญหาของระบบงบประมาณและระบบบัญชีอยู่ในนั้นด้วยก็ตาม) เพราะในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้พยายามตกแต่งตัวเลขนั้น ยอดเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ น่าจะเป็นการรวมจากตัวเงินจริงๆ ที่ไม่ได้ถูกระทบจากนิยามเรื่องจำนวนคนไข้ จำนวน case หรือจำนวน visit

ดังนั้น ในกรณีที่เรามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากทั้งสองแหล่งประกอบกัน (เนื่องจากสถานพยาบาลไม่ได้มีข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการของผู้ป่วยแต่ละราย และประชาชนเองก็ไม่ได้มีตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนที่ไม่ได้ออกจากกระเป๋าของตนเอง) ก็น่าจะ

ต้องมีการปรับตัวเลขที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมข้อมูลทั้งสองชุดนี้ให้สอดคล้องต้องกัน

(consistent) ซึ่งก็คือตัวเลขจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนแต่ละคนไม่ได้ใช้บริการที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใด โดยเฉพาะทำให้การปรับข้อมูลจะต้องทำในระดับประเทศเท่านั้น ซึ่งสามารถใช้วิธีการดังต่อไปนี้ คือ

กรอบที่ 7.2 Inconsistency ในการคำนวณเบรมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแนวทางแก้ไขปัญห (ต่อ)

ในกรณีที่การคำนวณเบรมาจ่ายรายหัวยึดตัวเลขจำนวนครั้งและอัตราการให้บริการที่ได้จากการสำรวจเป็นหลัก ก็จะต้องมีการปรับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลที่นำมาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อครั้งด้วยสูตรดังต่อไปนี้ (ตัวอย่างในกรณีที่สถานพยาบาล ก. เป็นสถานพยาบาลที่ถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างในการคำนวณต้นทุน)

(1) จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล ก.

= จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่รายงานโดยสถานพยาบาล ก. X (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ไปรับบริการจากสถานพยาบาลประเภทนั้นทั่วประเทศที่คำนวณได้จาก Health & Welfare Survey / จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกรวมจากรายงานของสถานพยาบาลประเภทนั้นทั่วประเทศ)

(2) จำนวนครั้งผู้ป่วยในของสถานพยาบาล ก.

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

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

ข้อเด่นของวิธีนี้ประการหนึ่งคือ วิธีนี้มี built-in self-correcting process สำหรับการคำนวณเบรมาจ่ายรายหัว เพราะถ้ามี error ที่เกิดขึ้นจากการสำรวจทำให้จำนวนครั้งของ visit ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นแล้ว เราก็จะได้คำนวณค่าใช้จ่ายต่อ visit ได้สูงกว่าที่ควรจะเป็น และสองส่วนนี้จะหักล้างกันเองเมื่อคำนวณกลับไปเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถ้านำวิธีนี้มาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายรายหัวโดยยังคงหลักการและวิธีการคำนวณและข้อสมมุติอื่นๆ แล้ว (เช่น สถานพยาบาลไม่ได้ปรับปรุงประสิทธิภาพหรือปรับลดค่าใช้จ่ายลงมา และผู้มีสิทธิจะใช้สิทธิทุกครั้งที่มารับการรักษ) ก็จะได้ตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สูง

กว่าที่คำนวณโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ส่วนที่เป็นงบประมาณในจะเพิ่มขึ้นไม่ร้อยละ 37 จากตัวเลขที่เสนอสำหรับปีงบประมาณ 2544-45

7.2.3 การจัดสรรงบประมาณ 30 บาทรักษาทุกโรคในปีงบประมาณ 2545

การดำเนินการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในปีงบประมาณ 2545 อาศัยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหาร ดังนั้น โดยหลักการแล้ว งบประมาณของโครงการนี้ (รวมทั้งส่วนที่จะต้องจัดสรรให้กับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน) จึงส่งผ่านมาทางกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2545 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรทั้งหมด 65,876 ล้านบาท (ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 เพียง 4,779 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.82) ในจำนวนนี้จัดสรรเป็นงบสำหรับโครงการนี้ (หรือที่เรียกกันว่างบ UC) 47,988 ล้านบาท (ร้อยละ 72.8 ของงบกระทรวงสาธารณสุข)¹³ ซึ่งงบจำนวนนี้แยกออกเป็นงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐ) งบอุดหนุนทั่วไปนอกเหนือจากเงินเดือน 22,138 ล้านบาท และเป็นงบกลาง 2,000 ล้านบาท¹⁴ (สำหรับการลงทุนพัฒนาฐานข้อมูลในส่วนกลาง)

เมื่อหักงบกลางและงบเงินเดือนส่วนเกินของบางจังหวัดออก เหลือเป็นงบส่วนที่จัดสรรในโครงการนี้ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิประมาณ 45,000 ล้านบาท ซึ่งเมื่อคำนวณเทียบกับตัวเลขอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่กำหนดไว้ที่ 1,202.40 บาทต่อคน งบที่ตั้งเอาไว้จะสามารถรองรับประชากรได้เพียง 37.4 ล้านคน จากจำนวนประชากรที่กระทรวงสาธารณสุขเคยคาดว่าจะได้รับสิทธิจากโครงการนี้ประมาณ 46.6-50.3 ล้านคน

ในช่วงก่อนเริ่มโครงการ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขบางท่าน ซึ่งเกรงว่างบที่ได้จะไม่พอสำหรับประชากรผู้มีสิทธิ จึงเสนอให้ทำเป็น 3 ระยะ โดยไล่จากจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวต่ำไปสูง แต่ในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขก็ตัดสินใจที่จะดำเนินการทั่วประเทศพร้อมกันไปเลย (ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน ซึ่งต้องใช้เวลาเตรียมความพร้อมมากกว่าส่วนอื่น รวมทั้งมีโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์อยู่ด้วย) โดยฝ่ายการเมืองรับปากว่าในกรณีที่งบไม่พอจริงๆ จะหางบมาเพิ่มให้ แต่มีเงื่อนไขว่าให้โครงการนี้ใช้งบที่มีอยู่ให้หมดก่อนแล้วจึงค่อยขอเพิ่มในภายหลังจากงบกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานงบประมาณทั้งมาว่า ในช่วงโครงการนำร่องนั้น จังหวัดส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่างบที่ได้มีการจัดสรรมา

¹³ ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงเป็นงบ non-UC จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก

¹⁴ ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น Contingency Fund ซึ่งกำหนดไว้ 5,000 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 10 ของงบ UC)

สำหรับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่คาดว่าจะมีปัญหามาจากการปฏิรูประบบงบประมาณ ครั้งนี้นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งบุงเงิน (Contingency Fund) เพิ่มให้สถานพยาบาลที่มี ปัญหาอีก 5,000 ล้านบาท (เป็นงบให้เปล่า แต่ใช้วิธีคล้าย IMF ในการกำหนดเงื่อนไขให้ สถานพยาบาลที่จะขอรับนี้ทำแผนปฏิรูปขึ้นมา) งบนี้มีการจัดสรรทั้งหมดสี่รอบในปีงบประมาณ 2545 รวมเป็นเงิน 4,419 ล้านบาทสำหรับ 183 โรงพยาบาลใน 51 จังหวัด (จาก 75 จังหวัด) (แต่ เมื่อหักเงินเดือนที่ติดลบ 383 ล้านบาทออกแล้ว เหลือเป็นเงินที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นจากงบเดิมจำนวน 4,036 ล้านบาท) อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการประเมินผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงปรากฏว่า สถานพยาบาลหลายแห่งที่มีสถานะการเงินดีกว่าที่คาดการณ์ไว้จึงถูกลดวงเงินช่วยเหลือหรือถูก เรียกเงินคืน โดยสรุปแล้ว ในปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลที่ได้รับความช่วยเหลือจากงบนี้ 181 แห่ง รวมเป็นเงิน 3,527 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 6 ของค่าใช้จ่ายของโครงการ) ซึ่งต่ำกว่า วงเงินเดิมจำนวน 5,000 ล้านบาท ที่กระทรวงขอขึ้นไว้จากงบกลางของรัฐบาล¹⁵

โดยภาพรวมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้งบเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 จำนวน 4,779 ล้านบาท (ร้อยละ 7.8) แต่บงส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องแบ่งไปให้ สถานพยาบาลนอกสังกัดและสถานพยาบาลของเอกชนด้วย (ประมาณสองพันล้านบาทในปี งบประมาณ 2545) นอกจากนี้ ยังได้งบ Contingency Fund เพิ่มให้สถานพยาบาลรัฐที่มีปัญหา การเงินอีก 5,000 ล้านบาท รวมเป็นงบที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมาประมาณ 10,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 15

¹⁵ แต่การเบิกจ่ายในช่วงแรกใช้วิธียืมมาจากงบ UC

ตารางที่ 7.5 งบประมาณและการเบิกจ่ายจริงของโครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2545

ปีงบประมาณ 2545	งบที่จัดสรรเบื้องต้น ^{1/}	ร้อยละ	จ่ายจริง	ร้อยละ
ประชากรผู้มีสิทธิ	46.6 ล้านคน		43.9 ล้านคน (เฉลี่ย)	
งบเงินเดือนบุคลากร	23,850 ล้านบาท	46.8%	24,295 ล้านบาท ^{2/}	41.6%
งบอุดหนุนนอกเหนือจากเงินเดือน	22,138 ล้านบาท	43.4%	30,523 ล้านบาท	52.3%
+ งบเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	n.a.		25,000 ล้านบาท ^{3/}	42.8%
+ งบค่าใช้จ่ายสูง-อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	n.a.		2,433 ล้านบาท ^{4/}	4.2%
+ งบลงทุน (รวมงบพัฒนา EMS)	n.a.		3,064 ล้านบาท ^{2/}	5.3%
+ ค่าวัคซีน (จ่ายให้ กรมควบคุมโรค)	n.a.		25 ล้านบาท ^{3/}	0.04%
งบจาก Contingency Fund (CF)	5,000 ล้านบาท	9.8%	3,527 ล้านบาท ^{5/}	6.1%
งบประมาณรวม	50,988 ล้านบาท	100%	58,345 ล้านบาท	100%
งบเงินเดือน+งบเหมาจ่าย+งบ CF ต่อประชากรรายคน	n.a.		1,203.3 บาท/คน/ปี	
งบประมาณรวมต่อประชากรรายคน	1,094.16 บาท/คน/ปี		1,329.06 บาท/คน/ปี	
งบบริหารจัดการ	2,000 ล้านบาท		1,597 ล้านบาท ^{2/}	
งบประมาณรวมงบบริหารฯ	52,988 ล้านบาท		59,942 ล้านบาท	
งบประมาณรวมงบบริหารฯ ต่อ ปชก.	1,137.08 บาท/คน/ปี		1,365.43 บาท/คน/ปี	

ที่มา : 1/ วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชณา ณ ระนอง, “การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”

ของกระทรวงสาธารณสุข (พฤศจิกายน 2545)

2/ จากรายงาน “งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณปี 45-46” สำนักงานหลักประกันสุขภาพชาติ (มกราคม 2546)

3/ จากข้อมูลการจ่ายเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4/ คำนวณจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพชาติ (อาจมีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้างจากข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล และการกระทบยอดจากเกณฑ์เงินสดไปเป็นเกณฑ์คงค้าง)

5/ จากรายงานผลการพิจารณาเงินสนับสนุนงบประมาณเพื่อความมั่นคงจากการคาดการณ์กับการสนับสนุนจริง ปีงบประมาณ 2545 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ในการดำเนินโครงการจริงนั้น โครงการนี้ ใช้จ่ายเงินสำหรับการดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 รวม 59,942 ล้านบาท¹⁶ (ดูตารางที่ 7.5) โดยมีประชากรอยู่ในความคุ้มครองเฉลี่ยทั้งปี 43.9 ล้านคน งบประมาณที่มีการจ่ายจริงประกอบด้วยงบเงินเดือนและบุคลากร 24,295 ล้านบาท (ร้อยละ 42 ของค่าใช้จ่ายของโครงการ) งบที่จ่ายให้สถานพยาบาลในส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนอีก 25,000 ล้านบาท (ร้อยละ 43 ของค่าใช้จ่ายของโครงการ) ซึ่งในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาล สำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายเงินให้สถานพยาบาลต่างๆ ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใช้วิธีคำนวณเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชากรที่ขึ้นทะเบียนของแต่ละจังหวัด (ที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิโดยสำนักงานประกันสุขภาพ) โดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 12 งวด (งวดละหนึ่งเดือน)¹⁷ และหักเงินเดือนและค่าตอบแทนไว้¹⁸ แล้วจึงโอนเงินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อจัดสรรให้สถานพยาบาลตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด¹⁹ แต่ในช่วงแรกมีความสับสนเกี่ยวกับความถูกต้องของจำนวนประชากรที่สถานพยาบาลแจ้งมาและมีความแตกต่างจากข้อมูลประชากรที่ตรวจสอบโดยสำนักงานประกันสุขภาพ รวมถึงการซ้ำซ้อนกับผู้ประกันตนที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ จึงทำให้มีความล่าช้าในการตรวจสอบยืนยันตัวเลขและการเบิกจ่าย สถานพยาบาลบางแห่งจึงต้องใช้งบสำรองที่มีอยู่สำรองจ่ายไปก่อน อย่างไรก็ตาม ในช่วงกลางปีงบประมาณ สำนักงานประกันสุขภาพได้ปรับวิธีการจ่ายเงินให้เร็วขึ้นโดยการจ่ายเงินล่วงหน้าประมาณร้อยละ 80 ของงบประมาณเหมาจ่ายที่คำนวณได้เป็นเวลาสองเดือนตลอดช่วงเดือนมีนาคมถึงกันยายน 2545 โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรที่ตรวจสอบสิทธิแล้วของเดือนกุมภาพันธ์เป็นฐานในการคำนวณ สำหรับส่วนคงค้างอีกร้อยละ 20 ได้มีโอนจ่ายให้ในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2545 พร้อมกันกับการหักกลับจำนวนเงินที่จ่ายขาด/จ่ายเกินย้อนหลังตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 ตามฐานข้อมูลประชากรที่ตรวจสอบสิทธิใหม่ในแต่ละเดือน

สำหรับการเบิกจ่ายงบค่าใช้จ่ายสูงและงบอุบัติเหตุฉุกเฉินในช่วงปีงบประมาณ 2545 ก็มีปัญหาความล่าช้า และความไม่พร้อมของระบบข้อมูลและการตรวจสอบความถูกต้อง ทำให้การจ่ายชดเชยค่าบริการจากบส่วนนี้ถูกโอนให้แก่สถานพยาบาลในช่วงเกือบสิ้นปีงบประมาณ โดยมี

¹⁶ จากการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จนถึงเดือนมิถุนายน 2546 โดยเงินส่วนหนึ่งมาจากงบกลางของรัฐบาล (งบกระตุ้นเศรษฐกิจ)

¹⁷ โดยคำนวณจากจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นๆ คูณกับอัตราเหมาจ่าย 86.44 บาท/คน-เดือน (หรือ 1,037.3 บาท/คน-ปี ซึ่งเป็นอัตราที่หักค่าวัคซีนที่ส่วนกลางจัดซื้อให้ออกแล้ว)

¹⁸ เงินเดือนและค่าตอบแทนดังกล่าวจะถูกจ่ายโอนไปตามระบบการจ่ายเงินเดือนตามปกติ

¹⁹ นอกจากนี้ก็อาจมีงบอื่นๆ ที่ส่วนกลางต้องจ่ายให้สถานพยาบาล เช่น เงินชดเชยค่าบริการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน งบลงทุน และ Contingency Fund

คำขอเบิกชดเชยที่ได้รับการอนุมัติให้จ่ายทันกับปีงบประมาณเป็นจำนวนเงินเพียง 499 ล้านบาทในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม (ในหมวดเงินทุน) และมาเริ่มจ่ายในต้นปีงบประมาณ 2546 จากหมวดเงินอุดหนุนอีก 1,098 ล้านบาท ส่วนคำขอชดเชยค่าบริการ ที่เหลือได้ทยอยอนุมัติจ่ายให้ในช่วงเวลาต่อมาจนกระทั่งเดือนพฤษภาคม 2546 จึงสามารถชำระรายการได้เสร็จสิ้นสำหรับยอดค้างจ่ายจากปีงบประมาณ 2545 โดย สปสช. อนุมัติจ่ายชดเชยการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ซึ่งจ่ายจากกองทุนที่กันไว้จากงบเหมาจ่ายรายหัวโดยตรงจำนวน 1,638 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนเงินที่อนุมัติจ่ายจริงนี้ต่ำกว่าจำนวนบที่กันเอาไว้เมื่อตอนเริ่มโครงการฯ (ซึ่งกันเงินไว้รวม 2,665 ล้านบาท จากงบเหมาจ่ายรายหัว 32 บาท/คน สำหรับการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ 25 บาท/คน สำหรับกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน) สปสช. จึงนำเงินกองทุนที่เหลือจากงบในส่วนนี้ไปชดเชยให้แก่สถานพยาบาลที่มีภาระต้องตามจ่ายให้แก่สถานพยาบาลข้ามจังหวัด โดย สปสช. จ่ายให้ร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องตามจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่น รวมเป็นเงิน 796 ล้านบาท ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจากงบการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงรวมเป็นจำนวน 2,433 ล้านบาท (ร้อยละ 4.2 ของงบประมาณในโครงการฯ)

ในส่วนของงบลงทุนในช่วงเริ่มปีงบประมาณ 2545 ได้มีการอนุมัติงบลงทุนซึ่งรวมงบสำหรับการพัฒนาศูนย์วิชาการ (Excellent Center) และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน (EMS) ไว้จำนวน 3,931 ล้านบาท (กันจากงบเหมาจ่ายรายหัว 93.4 บาท/คน โดยในส่วนนี้มีงบสำหรับการลงทุนในด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน (EMS) 10 บาท/คน) จากผลการจัดสรรงบประมาณจริงปรากฏว่าได้มีการอนุมัติงบลงทุนเป็นจำนวนทั้งสิ้น 3,065 ล้านบาท (ร้อยละ 5.3 ของงบประมาณ) ในจำนวนนี้เป็นงบจัดสรรเพื่อพัฒนา Excellent Center และ EMS เป็นจำนวนประมาณ 986 ล้านบาท (ร้อยละ 1.7 ของงบประมาณ)

นอกจากนี้ ได้มีการจัดสรรงบประมาณค่าวัคซีนที่ให้แก่กรมควบคุมโรคซึ่งหักมาจากงบเหมาจ่ายรายหัวส่วนของการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพคิดเป็นจำนวน 25.5 ล้านบาท (หัวละ 14.7 บาท/ปี) คงเหลือเป็นงบที่จัดสรรให้สถานพยาบาล 1,037.70 บาทต่อบัตร

จากตารางที่ 7.5 เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายรวมของโครงการต่อ ปชก. เฉลี่ย 43.9 ล้านบาท โครงการนี้มีค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้สถานพยาบาลเฉลี่ย 1,329 บาทต่อคน (ไม่รวมงบบริหารส่วนกลาง) และเมื่อรวมงบบริหารส่วนกลางอีก 1,597 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 2.7 ของบที่จ่ายให้สถานพยาบาล) ก็จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,365 บาทต่อคน อย่างไรก็ตาม การคิดค่าเฉลี่ยในลักษณะนี้มีความลำเอียง (bias) ในทางสูง เนื่องจากจำนวนประชากรจริงที่อยู่ในโครงการสูงกว่ายอด “ประชากรเฉลี่ย” ซึ่งเป็นยอดเฉลี่ยทั้งปีในขณะที่ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นในซึ่งมีประชากรจำนวนมากนั้น เพิ่งจะเริ่มดำเนินโครงการนี้ในช่วงเดือนมกราคมหรือเมษายน 2545

7.2.4 กระบวนการจัดสรรงบประมาณในโครงการ 30 บาท

แม้ว่าการดำเนินโครงการ 30 บาทในช่วงปีงบประมาณ 2545 จะอิงแนวคิดด้านการประกันสุขภาพ โดยใช้วิธีให้รัฐบาล (ซึ่งในกรณีนี้คือกระทรวงสาธารณสุข) ทำหน้าเป็นผู้ซื้อบริการด้านการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลต่างๆ (ทั้งของรัฐและเอกชน) โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (ในทำนองเดียวกับโครงการประกันสังคมหรือการซื้อประกันสุขภาพของเอกชน) แต่ในการดำเนินการจริงนั้น มีรายละเอียดและปัญหาหลายประการที่ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณา โดยเฉพาะในการ “ซื้อบริการ” จากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดที่กระทรวงสาธารณสุขเผชิญคือความอยู่รอดของสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเอง เพราะในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลของเอกชน (หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่ง) ตามความสมัครใจ แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใช้วิธีเดียวกันกับสถานพยาบาลของตนเองได้ เพราะนอกจากจำเป็นต้องพึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้ในการให้บริการประชาชนกว่าร้อยละ 90 ของโครงการแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมิใช่เป็นเจ้าของสถานพยาบาลเหล่านั้นด้วย

โดยหลักการแล้ว แม้ว่าโครงการ 30 บาทจะเป็นโครงการใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่โครงการนี้ไม่ใช่โครงการเดียวของกระทรวงสาธารณสุข (หรือของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังคงให้บริการกับประชาชนอีกเกือบหนึ่งในสี่ที่อยู่ในโครงการสวัสดิการข้าราชการหรือโครงการประกันสังคม) แต่ในด้านการจัดสรรงบประมาณนั้น ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่สำนักงานงบประมาณลงไปจนถึงสถานพยาบาลเอง ต่างก็ถือเสมือนว่าโครงการ 30 บาทเป็นโครงการที่จะต้องรับภาระเงินเดือนของบุคลากรของสถานพยาบาลทั้งหมด ในการจัดสรรงบจึงใช้วิธีแยกเงินเดือนออกมาจากงบเหมาจ่ายที่แต่ละจังหวัดจะได้รับ แล้วจึงจัดสรรงบที่เหลือให้แต่ละจังหวัด ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบของราชการซึ่ง

การจัดสรรงบโดยวิธีนี้มีปัญหาตามมาอย่างน้อยสองประการคือ

ประการแรก การรวมงบด้านต่างๆ ของสถานพยาบาลเกือบทั้งหมดเข้ามาอยู่ในโครงการนี้ (รวมทั้งเงินเดือนทั้งหมดของสถานพยาบาล) ทั้งๆ ที่สถานพยาบาลต่างๆ มีงานที่นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล (และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะที่เป็น personal care)²⁰ ทำให้ในทางปฏิบัติแล้วจะเหลืองบมาใช้ในโครงการนี้จริงน้อยกว่าที่คำนวณเอาไว้

²⁰ และในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะที่เป็น personal care เองนั้น สถานพยาบาลต้องเจียดงบส่วนนี้สำหรับการให้บริการผู้มีสิทธิอื่นๆ (สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม) ด้วย ในกรณีนี้

ประการที่สอง ซึ่งเป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดคือ การจัดสรรงบประมาณโดยวิธีนี้ ซึ่งเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณทรัพยากรและตามประวัติการจัดสรรงบประมาณในอดีต มาเป็นการจัดสรรงบประมาณประชาชนในพื้นที่ทำให้เกิดการกระจายงบประมาณใหม่ (budget redistribution) อย่างรุนแรง ในขณะที่ทรัพยากรสาธารณสุขที่แท้จริง (บุคลากร ตึก เตียง เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ) ยังอยู่ที่เดิม ถึงแม้ว่าจะมีการกล่าวถึงความพยายามในการ “เกลี้ย” ทรัพยากรเหล่านี้บ้าง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว การโยกย้ายทรัพยากรเหล่านี้มีความยากลำบากกว่าการโยกย้ายเงินมาก และภายใต้โครงสร้างทรัพยากรที่เป็นอยู่ ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างมากนั้น การจัดสรรงบประมาณวิธีนี้ทำให้หลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ซึ่งมีประชากรมากแต่มีทรัพยากรน้อย เนื่องจากในอดีตได้รับงบประมาณค่อนข้างน้อย) ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ในขณะที่ในบางจังหวัดที่มีประชากรไม่มากแต่มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งราชบุรีซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ถึงสี่แห่ง) ได้รับงบที่ไม่พอสำหรับจ่ายเงินเดือนเจ้าหน้าที่ แม้ว่าก่อนที่จะเริ่มโครงการ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และได้ตั้งงบ Contingency Fund เพื่อให้สถานพยาบาลคาดว่าจะมีปัญหาในการปรับตัวในช่วงสองปีแรกเอาไว้ 5,000 ล้านบาทแล้ว แต่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็คาดการณ์ได้ว่าผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระจายงบประมาณใหม่นี้จะส่งผลสะท้อนอย่างกว้างขวาง ทำให้บางฝ่ายในกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอมาตรการสองประการซึ่งคาดว่าจะมีส่วนทางตรงหรือทางอ้อมในการดึงงบกลับไปให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่คือ

- มาตรการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่าย (หรือ “รวมเงินเดือนระดับจังหวัด”²¹) ซึ่งใช้วิธีหักเงินเดือนของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข²² ทั้งจังหวัดออกจากงบเหมาจ่ายแล้วจึงมาจัดสรรให้แต่สถานพยาบาลตามจำนวนบัตร ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ (ซึ่งมักจะมีบุคลากรจำนวนมาก) ไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องการจ่ายเงินเดือน เนื่องจากมาตรการนี้ทำให้ภาระเรื่องเงินเดือนเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสถานพยาบาลจังหวัด
- มาตรการการแยกงบผู้ป่วยในออกจากงบผู้ป่วยนอก ซึ่งนอกจากจะป้องกันปัญหาด้านแรงจูงใจที่สถานพยาบาลที่ถือเงิน (ซึ่งส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลระดับ

สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการจากคนไข้สองกลุ่มนี้น้อยกว่าต้นทุนที่แท้จริง ในการให้บริการ (รวมเงินเดือน การลงทุน อุปกรณ์)

²¹ ในช่วงก่อนปีงบประมาณ 2545 ก็มีข้อเสนอให้รวมเงินเดือนระดับประเทศเช่นกัน แต่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารโครงการ

²² สถานพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลเอกชน ไม่เกี่ยวข้องในกรณีนี้ แต่อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการหลัง (การแยกหรือไม่แยกงบผู้ป่วยมากองรวมกันที่จังหวัด)

อำเภอ)อาจจะไม่ยอมรับ (admit) หรือส่งต่อผู้ป่วยในแล้ว ยังเป็นวิธีที่จะช่วยให้หลักประกันด้านรายได้ให้แก่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับหนึ่งด้วย

อย่างไรก็ตาม การที่มาตรการเหล่านี้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการแรก) ขัดกับหลักการเรื่องการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้บริหารโครงการนี้ที่ส่วนกลางบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการกำหนดให้ใช้มาตรการทั้งสองนี้ ทำให้ในที่สุดก็มีการเสนอทางออกในลักษณะที่ประนีประนอมโดยให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเองว่าจะเลือกใช้วิธีใดในทั้งสองกรณี (รวมหรือแยกเงินเดือน และรวมหรือแยกงบผู้ป่วยใน) ทั้งนี้ ในการตกลงกันนี้ สถานพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินอย่างรุนแรงก็ยังมีทางเลือกในการขอ contingency fund (CF) จากส่วนกลางเป็นทางออกอีกทางหนึ่ง

ในการดำเนินการจริงในปีงบประมาณ 2545 นั้น พบว่าวิธีการที่ใช้ในแต่ละจังหวัดมีความหลากหลาย ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 7.6 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดต่างๆ ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2545 และในระหว่างปีงบประมาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณในรูปแบบรวมทั้งรูปแบบผสมในอัตราที่ต่างๆ กันด้วย โดยในช่วงที่เริ่มโครงการเมื่อเดือนตุลาคม 2544 นั้น จังหวัดมากกว่าครึ่งรวมเงินเดือนในระดับจังหวัด หลังจากที่ได้ดำเนินการมาได้ไม่นาน จำนวนจังหวัดที่รวมเงินเดือนในระดับจังหวัด มีจำนวนลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 10 หรือ 4 จังหวัด) และหันไปใช้วิธีตัดเงินเดือนที่เครือข่ายและวิธีผูกผสมมากขึ้น สำหรับในด้านการแยกงบผู้ป่วยในนั้น ในช่วงที่เริ่มโครงการ มี 38 จังหวัดที่ใช้วิธีแยกงบผู้ป่วยในออกมารวมกันเป็นงบกลางสำหรับผู้ป่วยในทั้งจังหวัด (OP-IP split) ขณะที่ 31 จังหวัดที่เลือกวิธีจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) โดยไม่มีการแยกงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยใน และจังหวัดที่เหลือใช้วิธีผสมผสานหรือวิธีอื่น แต่หลังจากที่ได้ดำเนินการมาได้ระยะหนึ่ง จำนวนจังหวัดกลุ่มแรก (OP-IP split) ลดลงเหลือ 29 จังหวัด ในขณะที่จังหวัดในกลุ่มที่สอง (inclusive capitation) เพิ่มขึ้นเป็น 40 จังหวัด

การที่มีอย่างน้อย 4 จังหวัดที่เปลี่ยนจากรวมเงินเดือนมาแยกเงินเดือน และอย่างน้อย 9 จังหวัดเปลี่ยนจากการจัดสรรแบบแยกงบผู้ป่วยในมาของรวมกัน (OP-IP split) มาเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัวที่รวมงบทั้งผู้ป่วยนอกและงบผู้ป่วยในไว้ที่สถานพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้น (inclusive capitation)²³ เป็นข้อบ่งชี้ว่ามีแนวโน้มที่สถานพยาบาลขนาดเล็กหันมาปฏิเสธที่จะร่วมแบกรับความเสี่ยงกับสถานพยาบาลใหญ่มากขึ้น

²³ บางจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงมากกว่าหนึ่งครั้ง ซึ่งข้อมูลในตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบข้อตกลงซึ่งผลจากการสำรวจของการนิเทศงานของสำนักงานประกันสุขภาพเมื่อตอนเริ่มต้นโครงการ และประมาณช่วงเดือนมกราคม 2545 ดังนั้นข้อตกลงแต่ละจังหวัดที่เกิดขึ้นจริง ณ สิ้นปีงบประมาณจึงอาจไม่ตรงกับข้อมูลที่แสดงในตารางนี้

ตารางที่ 7.6 รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ใน
ปีงบประมาณ 2545

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัด เงินเดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัด เงินเดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
รวมจำนวนจังหวัด			จ = 40 จังหวัด	Ex = 38 จังหวัด	จ = 36 จังหวัด	Ex = 29 จังหวัด
			คช=30 จังหวัด	In = 31 จังหวัด	คช = 32 จังหวัด	In = 40 จังหวัด
			ผ = 5 จังหวัด	Mix = 6 จังหวัด	ผ = 7 จังหวัด	Mix = 5 จังหวัด
1	1	นนทบุรี	จ	Ex	จ	Ex
1	2	ปทุมธานี	จ	Ex	จ	Ex
1	3	พระนครศรีอยุธยา	คช	Ex	คช	Ex
1	4	อ่างทอง	คช	Ex	คช	Ex
1	5	สมุทรปราการ	จ	In	จ	In
2	6	สระบุรี	คช	Ex	คช	Ex
2	7	ลพบุรี	คช	In	คช	In
2	8	นครนายก	คช	Mix	คช	In
2	9	สิงห์บุรี	คช	Mix	จ	In
2	10	ชัยนาท	คช	In	คช	In
2	11	สุพรรณบุรี	จ	Ex	จ	In
3	12	ชลบุรี	คช	In	คช	In
3	13	ระยอง	คช	Ex	จ	Ex
3	14	จันทบุรี	จ	Ex	คช	Ex
3	15	ตราด	จ	Ex	คช	Ex
3	16	ฉะเชิงเทรา	คช	Ex	จ	Ex
3	17	ปราจีนบุรี	จ	Ex	จ	In

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัด เงินเดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัด เงินเดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
3	18	สระแก้ว	จ	Ex	จ	Ex
4	19	ราชบุรี	คข	In	คข	In
4	20	นครปฐม	คข	Ex	คข	Ex
4	21	กาญจนบุรี	คข	Ex	คข	Ex
4	22	เพชรบุรี	จ	In	คข	Ex
4	23	ประจวบคีรีขันธ์	จ	In	จ	Ex
4	24	สมุทรสาคร	คข	Ex	คข	In
4	25	สมุทรสงคราม	จ	Ex	จ	Ex
5	26	นครราชสีมา	จ	Ex	จ	Ex
5	27	บุรีรัมย์	ผ	In	ผ	In
5	28	สุรินทร์	จ	In	จ	In
5	29	มหาสารคาม	จ	Mix	จ	In
5	30	ชัยภูมิ	จ	In	จ	In
6	31	ขอนแก่น	คข	Ex	คข	Mix
6	32	อุดรธานี	จ	Ex	จ	Ex
6	33	กาฬสินธุ์	จ	Ex	จ	Ex
6	34	หนองบัวลำภู	จ	Ex	จ	Mix
6	35	เลย	จ	Mix	คข	Mix
6	36	หนองคาย	จ	Ex	จ	Mix
6	37	สกลนคร	คข	Ex	คข	In
7	38	อุบลราชธานี	จ	Ex	จ	Ex
7	39	ศรีสะเกษ	จ	Ex	จ	Ex
7	40	อำนาจเจริญ	จ	Ex	ผ	Ex
7	41	มุกดาหาร	จ	Ex	ผ	Ex
7	42	นครพนม	จ	Ex	จ	In
7	43	ยโสธร	ผ (จ=80:คข=20)	Ex	ผ	Ex
7	44	ร้อยเอ็ด	จ	In	จ	Ex

เขต	จังหวัด ที่	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัด เงินเดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด	ระดับการตัด เงินเดือน	รูปแบบการจัดสรร เงินของจังหวัด
8	45	นครสวรรค์	คข	In	ผ	In
8	46	อุทัยธานี	ผ (จ=20:คข=80)	In	ผ	In
8	47	สุโขทัย	คข	In	คข	In
8	48	กำแพงเพชร	คข	In	คข	In
8	49	ตาก	คข	In	คข	In
9	50	พิษณุโลก	จ	In	จ	In
9	51	แพร่	คข	In	คข	In
9	52	เพชรบูรณ์	จ	In	จ	In
9	53	น่าน	จ	Ex	คข	Ex
9	54	อุดรดิตถ์	คข	Mix	จ	In
9	55	พิจิตร	ผ (จ=50:คข=50)	Mix (จ=50:คข=50)	ผ	Mix
10	56	เชียงใหม่	จ	In	จ	In
10	57	เชียงราย	คข	In	คข	In
10	58	พะเยา	จ	In	คข	In
10	59	ลำปาง	คข	In	คข	In
10	60	ลำพูน	คข	In	คข	In
10	61	แม่ฮ่องสอน	จ	In	จ	In
11	62	สุราษฎร์ธานี	คข	Ex	คข	Ex
11	63	นครศรีธรรมราช	จ	Ex	จ	In
11	64	กระบี่	จ	In	จ	In
11	65	ชุมพร	จ	Ex	จ	Ex
11	66	พังงา	คข	Ex	จ	Ex
11	67	ภูเก็ต	จ	Ex	จ	Ex
11	68	ระนอง	คข	Ex	คข	In
12	69	สงขลา	จ	Ex	คข	In
12	70	พัทลุง	คข	In	คข	In
12	71	ตรัง	จ	In	คข	In

เขต	จังหวัด	จังหวัด	ข้อตกลงช่วงเริ่มต้นโครงการ		ข้อตกลงรายงานเมื่อ ก.ย. 45	
			ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด	ระดับการตัดเงินเดือน	รูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัด
12	72	ยะลา	คข	In	คข	In
12	73	ปัตตานี	จ	Ex	จ	Ex
12	74	นราธิวาส	ผ (จ=20:คข=80)	In	จ	In
12	75	สตูล	จ	In	จ	In

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

หมายเหตุ: 1. ระดับการตัดเงินเดือน

จ. = หักเงินเดือนทั้งหมดรวมไว้ที่จังหวัด,

คข. = หักเงินเดือนทั้งหมดไว้ที่เครือข่ายสถานพยาบาล

ผ = หักเงินเดือนไว้ที่จังหวัดส่วนหนึ่ง และเครือข่ายสถานพยาบาลส่วนหนึ่ง

2. รูปแบบการจัดสรรเงินงบประมาณจ่ายรายหัว (Capitation)

In = จัดสรรโดยไม่แยกงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมป้องกันออกจากงบผู้ป่วยใน,

Ex = จัดสรรโดยแยกงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมป้องกันออกจากงบผู้ป่วยใน (OP&PP-IP split)

Mix = จัดสรรโดยใช้ทั้งสองวิธีผสมกันในสัดส่วนต่างๆ

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

ชุมชน 4 แห่ง แยก OP&PP-IP

4. ข้อตกลงการตัดเงินเดือน และรูปแบบการจัดสรรเงินของจังหวัดที่แสดงในตารางนี้อาจจะแตกต่าง

และคลาดเคลื่อนจากที่เกิดขึ้นจริง เพราะบางจังหวัดมีเปลี่ยนแปลงข้อตกลงกันมากกว่าหนึ่งครั้ง

การจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund)

ถึงแม้ว่าเป้าหมายประการหนึ่งของการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณคือการใช้กลไกทางการเงินมาผลักดันให้เกิดการ “เกลี้ย” ทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีความเสมอภาคมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณในทันทีทันใดย่อมส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่²⁴ ในเมืองใหญ่หลายแห่ง (ซึ่งในอดีตสามารถดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมาก) เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง ในขณะที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม ซึ่งแม้ว่ากลุ่มผู้ที่ผลักดันการปฏิรูปต้องการให้โรงพยาบาลเหล่านี้ปรับตัว (ดังเช่นศัพท์คำว่า “รีดไฉมัน” ที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในช่วงนั้น) แต่ก็ตระหนักดีว่าการปรับตัวดังกล่าวต้องการเวลา

²⁴ อันได้แก่โรงพยาบาลที่มีขนาด 150 เตียงขึ้นไป เช่น โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขตขึ้นไป)

พอสมควร ผู้บริหารโครงการนี้ที่ส่วนกลางจึงได้เตรียมงบช่วยเหลือ (contingency fund ซึ่งใช้ชื่อที่เป็นทางการว่า “งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ”) ให้กับสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน โดยมีเงื่อนไข (conditionality) ว่าสถานพยาบาลที่มาขอรับความช่วยเหลือจะต้องทำแผนปฏิรูปเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายลง²⁵ และตกลงกับสำนักงบประมาณว่าจะใช้งบนี้ในช่วงสองปีแรกของโครงการเท่านั้น เพื่อให้เวลาสถานพยาบาลในการปรับตัว โดยในปีแรก (ปีงบประมาณ 2545) ได้ตั้งงบนี้เอาไว้ 5,000 ล้านบาท (โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายของโครงการ)

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

การพิจารณาจัดสรรงบนี้ให้สถานพยาบาลใช้หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเอกสาร “แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กันยายน 2544)” ซึ่งระบุว่าสถานพยาบาลที่จะขอรับการสนับสนุนส่วนนี้ “ต้องมีเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด เช่น รายรับทุกประเภทต้องประเภทไม่เกิน 1.5 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร”²⁶ และ “วงเงินประมาณการสูงสุดที่จะสนับสนุน ... เมื่อรวมกับรายรับทั้งหมดของสถานพยาบาลต้องไม่เกิน 1.75 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร และต้องไม่เกินร้อยละ 90 ของประมาณการค่าใช้จ่ายในปีนั้น”

ในการจัดสรรงบ Contingency Fund นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการพัฒนาความพร้อมด้านการบริหารทรัพยากรขึ้นมาทำหน้าที่พิจารณาอนุมัติให้ความช่วยเหลือแก่สถานพยาบาลภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ซึ่งคณะกรรมการได้อนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือทั้งหมด 4 รอบ โดยรอบแรกมี 109 แห่ง รอบที่ 2 มี 63 แห่ง รอบที่ 3 และ 4 มี 5 และ 7 แห่ง ตามลำดับ รวมมี

²⁵ วิธีนี้คล้ายวิธีที่กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) กำหนดในการปล่อยกู้ให้กับประเทศที่ประสบวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข เงินที่ให้เป็นเงินให้เปล่า

²⁶ แต่ในทางปฏิบัตินั้น ถึงแม้ว่าจะเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลที่มีรายรับรวมต่อรายจ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่า 1.75 ของงบนี้ได้ แต่สถานพยาบาลที่มีรายรับรวมต่อรายจ่ายด้านบุคลากรต่ำกว่า 1.75 เพียงเล็กน้อย อาจจะเลือกที่จะไม่ขอความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ก็เป็นได้ เนื่องจากจะได้เงินช่วยเหลือไม่มาก ในขณะที่การขอความช่วยเหลือจะต้องทำหนังสือแสดงเจตจำนงและแผนปฏิรูปส่งให้ส่วนกลาง (ในลักษณะที่ประเทศต่างๆ ขอความช่วยเหลือจาก IMF สิ่งที่แตกต่างกันจากวิธีของ IMF คืองบนี้เป็นงบให้เปล่า)

สถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติความช่วยเหลือ 184 แห่ง รวมเป็นเงิน 4,420.5 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีการประเมินผลการดำเนินงานจริงพบว่า มีสถานพยาบาลหลายแห่งที่มีสถานะการเงินดีกว่าที่คาดการณ์ไว้จึงถูกลดวงเงินช่วยเหลือหรือถูกเรียกเงินคืน (โดยตัดลดจากงบเหมาจ่ายรายหัว) ซึ่งหลังจากการปรับงบแล้ว สรุปได้ว่าในปีงบประมาณ 2545 มีสถานพยาบาลได้รับความช่วยเหลือ 181 แห่ง รวมเงินที่จ่ายจริงจากงบ Contingency Fund จำนวน 3,527 ล้านบาท (ร้อยละ 6 ของงบประมาณของโครงการ) ซึ่งต่ำกว่าวงเงินเดิมจำนวน 5,000 ล้านบาท ที่กระทรวงสาธารณสุขขอกันไว้ในเบื้องต้น (ดูรายละเอียดการจัดสรรงบนี้แต่ละงวดในแต่ละจังหวัดในภาคผนวก)

จากตารางที่ 7.7 จะเห็นได้ว่า ในปีงบประมาณ 2545 นั้น มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) จำนวน 55 แห่ง (ประมาณ 3 ใน 5 ของโรงพยาบาลกลุ่มนี้) ต้องพึ่งความช่วยเหลือจาก Contingency Fund ในขณะเดียวกัน ก็มีโรงพยาบาลชุมชน 122 แห่ง (ประมาณหนึ่งในหกของโรงพยาบาลชุมชน) ที่ต้องพึ่ง Contingency Fund แต่เมื่อพิจารณาจากตัวเงินสนับสนุนแล้ว จะเห็นได้ว่าเงินถึงร้อยละ 82 ไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่²⁷ (เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 52 ล้านบาท) ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในทั้งปีเพียงร้อยละ 17 (เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 5 ล้านบาท)

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

²⁷ ร้อยละ 83.6 ถ้าคิดรวมโรงพยาบาลแม่และเด็กด้วย

ตารางที่ 7.7 สรุปผลการสนับสนุนงบประมาณเพื่อความมั่นคง (Contingency Fund) ใน
ปีงบประมาณ 2545

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

ที่มา : สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สรส.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: * อัตราร้อยละต่อจำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งตามรายงานของ สปภ. (มิถุนายน 2545) มี รพศ./รพท.

92 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 726 แห่ง, รพ.นอก สป.ในสังกัด ก.สธ. 19 แห่ง รวมโรงพยาบาลทั้งสามกลุ่มมีจำนวน

837 แห่ง

ผลของระดับการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินที่มีต่อบ Contingency Fund

ในบรรดาจังหวัดที่ได้รับบิณั้้น ถ้าแบ่งตามวิธีการตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินในจังหวัด ก็จะได้เห็นว่าจังหวัดที่แยกเงินเดือนตามเครือข่ายถึงร้อยละ 84 ที่จะต้องพึ่งพิง Contingency Fund ในขณะที่จังหวัดที่รวมเงินเดือนไว้ที่จังหวัดไม่ถึงครึ่งที่ต้องพึ่งพิงบิณั้้น (ดูตารางที่ 7.8) สำหรับในด้านการเลือกกลไกการจ่ายเงินนั้น ผลไม่ชัดเจนเท่ากับกรณีการตัดเงินเดือน แต่มีแนวโน้มว่าจังหวัดที่เลือกวิธี inclusive ต้องพึ่งพิง Contingency Fund มากกว่าจังหวัดที่เลือกวิธี OP-IP Split (ร้อยละ 74 เทียบกับร้อยละ 50) อย่างไรก็ตาม เป็นไปได้ว่าสถานพยาบาลในจังหวัดที่ค่อนข้างจะมีปัญหาการเงินมักเลือกที่จะแยกเงินเดือนไปที่แต่ละเครือข่าย (ซึ่งคงเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนต่างก็ไม่ยินยอมที่จะให้รวมเงินเดือนที่จังหวัด) และมีแนวโน้มที่จะเลือกกลไกการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation มากกว่าก็เป็นได้

ตารางที่ 7.8 จำนวนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบ contingency fund จำแนกตามระดับการ
ตัดเงินเดือนและกลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัด

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

ที่มา: สปสช. และ สรส.

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

- ในจังหวัดส่วนใหญ่ที่ได้รับการจัดสรรงบนี้ มีเพียงบางสถานพยาบาลเท่านั้นที่ได้การจัดสรร

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

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

ตัวอย่างปัญหาเรื่อง Contingency Fund ที่เกิดขึ้นในสองจังหวัดที่กล่าวมาแล้วนี้ในปี 2545 (รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการรวมเงินเดือนในระดับจังหวัด) เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการใช้วิธีให้แต่ละจังหวัดไปตกลงกันเองเรื่องการรวมเงินเดือนภายในจังหวัดมีแนวโน้มที่จะพบกับแรงต้านมากขึ้นในปีงบประมาณ 2546 นอกจากนี้การรวมเงินเดือนในระดับจังหวัดก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาการเงินของโรงพยาบาลใหญ่ในหลายจังหวัดได้ เมื่อประกอบกับพิจารณาว่ามีแนวโน้มที่งบ Contingency Fund จะถูกตัดลงไปมาก อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขชุดใหม่ตัดสินใจใช้วิธีรวมเงินเดือนระดับประเทศในปีงบประมาณ 2546 ในที่สุด

7.2.5 ผลกระทบด้านการเงินของสถานพยาบาล

การเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณเพื่อชักนำให้สถานพยาบาลต้องปรับตัวนั้นย่อมมีผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของสถานพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อไปถึงพฤติกรรม

ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลได้ เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาล ที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงทำการประเมินสถานการณ์ทางการเงินและ ปริมาณการให้บริการของสถานพยาบาลเมื่อครบรอบหนึ่งปีของการดำเนินโครงการ 30 บาทใน ปีงบประมาณ 2545 โดยในส่วนแรกจะประเมินผลของการจัดงบประมาณของโครงการ 30 บาท จากนั้นจึงประเมินสถานะทางการเงินและกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลตามลำดับ

ก. การคำนวณบต่อหัวที่แท้จริงสถานพยาบาลได้รับ (Effective Capitation)

ในด้านผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณนั้น มาตรการต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้ รวมทั้งการ รวมเงินเดือนระดับจังหวัดในบางจังหวัด และการจัดสรรงบ Contingency Fund ให้สถานพยาบาล ย่อมมีผลทำให้งบต่อหัวที่แท้จริงสถานพยาบาลได้รับ (Effective Capitation) แตกต่างไปจาก ตัวเลขอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ใช้เป็นอัตราอ้างอิง (1,202 บาทสำหรับทั้งโครงการ หรือ 1,052 บาท ที่กำหนดให้จัดสรรไปที่สถานพยาบาล หรือ 1,037 บาทหลังจากหักค่าวัคซีนออกแล้ว) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพยายามประมาณค่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขได้รับจริง โดยนำเงื่อนไขการตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัดซึ่งรายงานโดย สำนักงานประกันสุขภาพเมื่อเดือนกันยายน 2545 (ตารางที่ 7.6) มาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบางจังหวัดได้มีการเปลี่ยนข้อตกลงการตัดเงินเดือนในระหว่าง ปีงบประมาณจึงทำให้การประมาณค่า Effective Capitation นี้อาจจะคลาดเคลื่อนไปจากที่เป็น จริง นอกจากนี้การคำนวณนี้ไม่สามารถนำรูปแบบการจัดสรรเงินกรณีแยกงบผู้ป่วยในมาองรวม ที่จังหวัดมาพิจารณา เนื่องจากแต่ละจังหวัดมีความหลากหลายในการกำหนดสัดส่วนการแยกงบ และไม่มีหน่วยงานไหนที่รวบรวมข้อมูลไว้อย่างชัดเจน²⁸ การคำนวณจึงสมมุติว่างบในส่วนที่ไม่ใช่ เงินเดือน (หรืองบทั้งหมดสำหรับจังหวัดที่ไม่มีการรวมเงินเดือนระดับจังหวัด) จะถูกจัดสรรไปที่แต่ละเครือข่ายเสมือนกับใช้วิธี *inclusive capitation* ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ได้ค่า Effective Capitation หลังจากการตามจ่ายของสถานพยาบาลใหญ่ที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในจังหวัดที่ใช้วิธีแยกงบผู้ป่วย ในมารวมที่จังหวัด

ในการประมาณค่า Effective Capitation แบ่งเป็น 3 กรณี คือ กรณีแรก Capitation ที่ รวมเงินเดือนเอาไว้ด้วย กรณีที่ 2 Capitation หลังหักเงินเดือนออก และกรณีที่ 3 เป็น Capitation หลังหักเงินเดือนออกและหักรายการตามจ่ายสุทธิระหว่างสถานพยาบาลอีกด้วย เหตุผลที่นำ

²⁸ โดยหลักการแล้ว ข้อมูลรายรับที่แสดงในรายงานทางการเงินที่สถานพยาบาลต้องส่งให้ส่วนกลางน่าจะเป็น แหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณได้ แต่เนื่องจากระบบการรายงานทางการเงินเท่าที่ใช้อยู่ (0110 รง.5) ยังใช้บันทึกตามเกณฑ์เงินสดเป็นหลัก (Cash Basis) ประกอบกับการโอนจ่ายงบประมาณจากส่วนกลางสู่ จังหวัด และจากจังหวัดสู่สถานพยาบาลมีความล่าช้า จึงทำให้รายงานทางการเงินของสถานพยาบาลไม่ได้ สะท้อนภาพที่แท้จริง

รายการตามจ่ายมาร่วมคำนวณในกรณีนี้ที่สามก็เพราะในทางปฏิบัตินั้น มีสถานพยาบาลบางแห่ง เมื่อได้รับงบประมาณจ่ายสำหรับการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแล้ว อาจไม่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคหรือไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ที่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเหล่านั้นไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นที่ศักยภาพมากกว่า ในขณะที่สถานพยาบาลที่มีบุคลากรเพียงพอหรือมีความชำนาญเฉพาะทาง หรือมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยก็อาจจะต้องรับรักษาต่อผู้ป่วยเหล่านี้เป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้น รายรับหรือรายจ่ายจากการส่งต่อจึงเป็นช่องทางปกติในการถ่ายโอนเงินงบประมาณมาจ่ายรายหัวระหว่างสถานพยาบาลอยู่แล้ว ถ้าหากไม่ได้นำรายการตามจ่ายนี้มาร่วมคำนวณก็อาจจะทำให้ไม่ทราบรายรับที่แท้จริงของสถานพยาบาล²⁹ นอกจากนี้ ในการคำนวณได้นำรายรับจากงบ Contingency Fund มาพิจารณาด้วยเพื่อให้เห็นภาพที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีการแบ่งกลุ่มตามขนาดสถานพยาบาล คือ กลุ่มสถานพยาบาลขนาดใหญ่ (อันได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักปลัดแต่ยังอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น รพ.จิตเวช และโรงพยาบาลแม่และเด็ก) และกลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางและเล็ก (โรงพยาบาลชุมชน) ผลการคำนวณระดับจังหวัด/ภูมิภาค/ประเทศเป็นค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในโครงการ³⁰

จากตารางที่ 7.9 และ ตารางที่ 7.10 จะเห็นได้ว่าค่า Effective Capitation ทั้งประเทศ (ซึ่งรวมเงินเดือนอยู่ด้วย) ของโรงพยาบาลใหญ่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (150 เติ่งขึ้นไป) มีค่าเฉลี่ยที่ 1,306 บาทต่อบัตร (ซึ่งสูงกว่าอัตรา 1,037 บาทต่อบัตรที่เป็นอัตราที่ส่วนกลางกำหนดที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลหลังจากหักค่าวัคซีนแล้ว) ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับเฉลี่ย 929 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างนี้เป็นผลมาจากมาตรการรวมเงินเดือนระดับจังหวัดในจังหวัดประมาณครึ่งประเทศ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นฝ่ายที่ต้องช่วยรับภาระเงินเดือนของสถานพยาบาลขนาดใหญ่ (ยกเว้นในจังหวัดสมุทรสงคราม)

อย่างไรก็ตาม เมื่อคำนวณ Effective Capitation หักเงินเดือนออกแล้ว (แต่ไม่ได้พิจารณาผลของการตามจ่ายหรือการแย่งงบผู้ป่วยในมากองรวมที่จังหวัด) ก็พบว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่เหลืองบเพื่อใช้ในการดำเนินงานเพียง 91 บาทต่อคนต่อปีในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนเหลืองบเฉลี่ย 595 บาทต่อคนต่อปี แต่เนื่องจากแหล่งรายรับทางหนึ่งของสถานพยาบาลขนาดใหญ่คือการรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลขนาดกลางและเล็ก เมื่อนำรายการนี้มาร่วมคำนวณจึงทำ

²⁹ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการตามจ่ายอาจมีความคลาดเคลื่อน ในกรณีที่จังหวัดที่ใช้วิธีแย่งงบผู้ป่วยในออกมากองที่จังหวัดอาจใช้นิยามการตามจ่ายที่แตกต่างจากที่คณะผู้วิจัยใช้

³⁰ ดูรายละเอียดวิธีการคำนวณและข้อจำกัดเพิ่มเติมในรายงานรายงานเสริมทางเทคนิค

ให้ Effective Capitation ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้รับเพิ่มขึ้นเป็น 230 บาทต่อคนต่อปี ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมี Effective Capitation ลดลงเล็กน้อยเป็น 583 บาทต่อคนต่อปี

อัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (Effective Capitation) มีความแตกต่างกันในแต่ละภาค โดยกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในภาคอีสานมีอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริงที่รวมเงินเดือนสูงที่สุด (เฉลี่ย 1,568 บาทต่อคนต่อปี) รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออก (1,430) ภาคเหนือ (1,315) ภาคใต้ (1,277) ภาคกลาง (1,152) และภาคตะวันตกต่ำที่สุด (1,099) ขณะที่อัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ที่รวมเงินเดือนของโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างใกล้เคียงกันในทุกภาค (995 บาทต่อบัตรในภาคตะวันตก 950 บาทต่อบัตรในภาคเหนือ และ 946 บาทต่อบัตรในภาคใต้ 933 บาทต่อบัตรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 932 บาทต่อบัตรในภาคกลาง)

การที่ค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริงของโรงพยาบาลใหญ่ในภาคอีสานสูงกว่าภาคอื่นๆ เป็นเพราะจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคอีสานใช้วิธีรวมเงินเดือน (ตัดเงินเดือนที่จังหวัด) ซึ่งวิธีนี้ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ได้รับบิในอัตราที่สูงขึ้นและโรงพยาบาลชุมชนได้รับบิในอัตราที่ลดลง (เมื่อเทียบต่อหัวประชากรในพื้นที่) ส่วนในภาคที่มีการตัดเงินเดือนที่เครือข่ายเป็นส่วนใหญ่ (เช่น ภาคตะวันตก) นั้น โรงพยาบาลชุมชนจะมีค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายที่แท้จริงสูงกว่าในภาคอื่น

หลังจากหักเงินเดือนออกจากงบที่ได้รับแล้ว จะเห็นได้ว่าอีสานเป็นภาคเดียวที่ค่าเฉลี่ยอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่เป็นบวกอย่างชัดเจน (485 บาทต่อบัตร ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 686 บาทต่อบัตรของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้ไม่มากนัก)³¹ และเมื่อรวมรายการตามจ่ายสุทธิด้วยแล้ว ค่าเฉลี่ยอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเป็น 736 บาทต่อบัตร (สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้) สำหรับภาคอื่นๆ นั้น ค่าเฉลี่ยอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่ในภาคใต้คือ 56 บาทต่อบัตร ขณะที่ภาคอื่นๆ ที่เหลือติดลบ (ถึงแม้ว่าในแต่ละภาคจะมีทั้งจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยทั้งบวกและลบก็ตาม) โดยในจังหวัดที่มีการรวมเงินเดือนที่จังหวัดนั้น ทั้งโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนจะมีอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนเท่ากัน (หรือใกล้เคียงกัน) แต่ในจังหวัดที่ตัดเงินเดือนที่ระดับเครือข่ายนั้น อัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่จะติดลบเป็นส่วนใหญ่

เมื่อคิดรวมรายรับสุทธิจากการตามจ่าย ค่าเฉลี่ยของงบเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนของโรงพยาบาลใหญ่กระเด็นขึ้นบ้าง โดยเหลือเพียงในภาคกลางที่ยังติดลบ (รวมภาคตะวันออกและภาคตะวันตกด้วย) ส่วนภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้น โรงพยาบาลใหญ่มีค่า Effective Capitation หลังหักเงินเดือนและการตามจ่ายสุทธิ 152 บาท 162 บาท และ 736 บาท

³¹ ถึงแม้ว่าจะยังมีโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งในจังหวัดเลยและขอนแก่น (ซึ่งเป็นสองในสามจังหวัดในภาคอีสานที่ใช้วิธีตัดเงินเดือนบางส่วนที่ระดับเครือข่าย) ที่มีอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนติดลบ แต่เมื่อรวมการตามจ่ายสุทธิก็กลับมาเป็น Effective Capitation

ต่อบัตรในตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังคงมี 7 จังหวัดในภาคเหนือ 13 จังหวัดในภาคกลาง และ 5 จังหวัดในภาคใต้ รวมทั้งหมด 25 จังหวัดที่ของโรงพยาบาลใหญ่มีค่าเฉลี่ยรายรับสุทธิต่อหัวติดลบ

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนและการตามจ่ายในภาคต่างๆ ค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ 435 486 และ 524 บาทต่อบัตรในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันตก 492 บาทต่อบัตรในภาคใต้ 536 บาทต่อบัตรในภาคเหนือ และ 686 บาทต่อบัตรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งล้วนแล้วแต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยที่สถานพยาบาลเหล่านี้เคยได้รับจากงบ สปร. ในปีงบประมาณ 2543³² เกือบร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม ยังมี 19 จังหวัดที่โรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยได้อัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนต่ำกว่าที่เคยได้รับจากโครงการ สปร. ในปี 2543 (ได้แก่ พิษณุโลก อุทัยธานี แม่ฮ่องสอน อุตรดิตถ์ สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก สมุทรสงคราม นนทบุรี ระยอง ตราด ปราจีนบุรี ราชบุรี ชุมพร ระนอง พัทลุง พังงา ภูเก็ต สตูล)

เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ในทั้งสองตาราง ได้แบ่งกลุ่มสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ Contingency Fund ออกจากกลุ่มสถานพยาบาลที่ได้รับงบ Contingency Fund จากผลการคำนวณชี้ว่า สถานพยาบาลขนาดใหญ่กลุ่มที่ไม่ได้รับงบ Contingency Fund มี Effective Capitation หลังหักเงินเดือนและรวมรายการตามจ่ายสุทธิเท่ากับ 581 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่ได้รับงบ Contingency Fund ที่ได้รับเฉลี่ย 492 บาทต่อคนต่อปี ในทำนองเดียวกันสถานพยาบาลขนาดเล็กในกลุ่มที่ไม่ได้รับงบ Contingency Fund มี Effective Capitation 611 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่ได้รับงบ Contingency Fund ที่มีค่าเฉลี่ยของ effective capitation อยู่ที่ 491 บาทต่อคนต่อปี

เมื่อพิจารณาแยกเป็นแต่ละภูมิภาค พบว่า Effective Capitation ที่หักเงินเดือนและรายการตามจ่ายสุทธิของกลุ่มสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับ Contingency Fund ในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับสูงสุด คือ กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ได้รับ 771 และ 688 บาทต่อคนต่อปี ขณะที่โรงพยาบาลในกลุ่มจังหวัดภาคกลางมี Effective Capitation ต่ำสุดคือ 320 และ 481 บาทต่อคนต่อปีตามลำดับ รองลงมาคือโรงพยาบาลในภาคใต้และภาคตะวันตก (429 บาทต่อคนต่อปีสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 541 และ 556 บาทต่อคนต่อปีสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในสองภาคนี้ตามลำดับ)

สำหรับกลุ่มสถานพยาบาลที่ได้รับ Contingency Fund นั้น พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในภาคใต้มีค่าเฉลี่ยของอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนและการตามจ่ายสูงที่สุด (665 บาทต่อคนต่อปี) รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (601) ภาคเหนือ

³² ซึ่งใช้วิธีจัดสรรงบเพิ่มเติมจากเงินเดือนในอัตราเฉลี่ย 403 บาทต่อบัตรสำหรับประชากรกลุ่มนี้

(586) ในขณะที่โรงพยาบาลใหญ่ในภาคกลางและภาคตะวันตกที่ได้รับ Contingency Fund แล้วยังมีอัตราเหมาจ่ายหลังหักเงินเดือนและการตามจ่ายที่ค่อนข้างต่ำ (เฉลี่ย 268 และ 66 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับ Contingency Fund นั้น โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี Effective Capitation สูงสุด คือ 692 บาทต่อคนต่อปี รองลงมาคือภาคเหนือ (594) และภาคใต้ (448) ส่วนในภาคกลาง (รวมภาคตะวันออกและภาคตะวันตก) นั้น โรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการสนับสนุน Contingency Fund แล้วยังคงมี Effective Capitation เฉลี่ยที่ต่ำกว่า 400 บาทต่อคนต่อปี

ตารางที่ 7.9 การคำนวณงบประมาณรายหัวที่สถานพยาบาลได้รับจริง (Effective Capitation) จากโครงการ 30 บาท ในปีงบประมาณ 2545

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
			Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
รวมทั้งประเทศ			1,334	940	91	595	230	583	1,443	938	412	623	581	611	1,837	1,208	384	509	492	491
ภาคเหนือ			1,315	950	-13	570	162	536	1,406	949	169	607	444	572	1,835	1,249	462	616	586	594
พิษณุโลก	In	จ	2,266	629	273	273	709	273	n.a.	624	n.a.	273	n.a.	273	3,235	1,077	1,242	641	1,678	641
อุทัยธานี	In	ผ	1,975	864	-775	336	-551	285	n.a.	803	n.a.	397	n.a.	358	2,746	1,134	-4	475	220	409
แม่ฮ่องสอน	In	จ	1,994	817	43	43	13	25	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2,621	1,194	670	420	640	402
น่าน	Ex	คข	1,037	1,037	-765	448	-737	445	n.a.	1,037	n.a.	552	n.a.	552	2,336	1,388	535	694	562	690
อุดรดิตถ์	In	จ	1,440	773	281	281	335	283	n.a.	672	n.a.	281	n.a.	280	1,969	1,044	810	468	864	472
สุโขทัย	In	คข	1,037	1,037	-232	685	-139	623	n.a.	1,037	n.a.	694	n.a.	630	1,714	1,180	445	700	538	666
แพร่	In	คข	1,037	1,037	-480	595	-273	498	n.a.	1,037	n.a.	620	n.a.	478	1,647	1,100	130	610	337	599
ตาก	In	คข	1,037	1,037	-174	552	-176	490	n.a.	1,037	n.a.	784	n.a.	736	1,534	1,507	323	941	320	874
พะเยา	In	คข	1,037	1,037	63	530	82	518	n.a.	1,037	n.a.	539	n.a.	521	1,512	1,360	538	825	557	831
เชียงใหม่	In	คข	1,037	1,037	-547	814	-268	777	n.a.	1,037	n.a.	814	n.a.	777	1,407	n.a.	-178	n.a.	102	n.a.
พิจิตร	Mix	ผ	1,331	950	147	529	297	528	n.a.	950	n.a.	529	n.a.	528	1,387	n.a.	202	n.a.	353	n.a.

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
			Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
ลำพูน	In	คช	1,037	1,037	91	526	133	519	n.a.	1,037	n.a.	657	n.a.	631	1,303	1,262	357	432	398	471
เชียงใหม่	In	จ	2,706	904	565	565	1,357	547	2,938	904	565	565	1,423	547	1,095	n.a.	1,028	n.a.	1,222	n.a.
นครสวรรค์	In	ผ	1,546	918	-35	592	369	561	1,546	918	-35	592	369	561	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
เพชรบูรณ์	In	จ	1,352	960	632	632	772	593	1,352	960	632	632	772	593	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ลำปาง	In	คช	1,037	1,037	-700	561	-424	490	1,037	1,037	-700	573	-424	500	n.a.	1,230	n.a.	441	n.a.	422
กำแพงเพชร	In	คช	1,037	1,037	488	748	540	691	1,037	1,037	488	748	540	691	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ภาค ตอ./น.			1,568	933	485	686	736	686	1,601	932	522	688	771	688	1,458	1,261	318	688	601	692
มุกดาหาร	Ex	ผ	1,164	964	234	435	267	428	n.a.	944	n.a.	454	n.a.	444	1,489	1,287	559	368	592	395
เลย	Mix	คช	1,037	1,037	-368	666	231	667	n.a.	1,037	n.a.	739	n.a.	739	1,419	1,257	14	728	614	729
นครราชสีมา	Ex	จ	2,863	859	659	659	1,597	661	2,863	859	659	659	1,597	661	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
อุบลราชธานี	Ex	จ	2,466	836	663	663	1,067	663	2,466	836	663	663	1,067	663	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
อุดรธานี	Ex	จ	1,741	883	634	634	858	630	1,741	883	634	634	858	630	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สุรินทร์	In	จ	1,722	897	712	712	1,221	734	1,722	897	712	712	1,221	734	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ศรีสะเกษ	Ex	จ	1,704	953	716	716	717	710	1,704	953	716	716	717	710	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
			Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
นครพนม	In	จ	1,692	825	513	450	979	452	1,692	825	513	450	979	452	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
มหาสารคาม	In	จ	1,588	911	696	696	994	691	1,588	911	696	696	994	691	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ร้อยเอ็ด	Ex	จ	1,580	950	693	693	695	681	1,580	950	693	693	695	681	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ชัยภูมิ	In	จ	1,577	940	656	656	656	656	1,577	940	656	656	656	656	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
หนองคาย	Mix	จ	1,526	932	642	642	647	645	1,526	932	642	642	647	645	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
กาฬสินธุ์	Ex	จ	1,510	945	689	689	689	687	1,510	945	689	689	689	687	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ยโสธร	Ex	ผ	1,334	954	361	741	649	757	1,334	954	361	741	649	757	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
บุรีรัมย์	In	ผ	1,325	992	466	800	473	802	1,325	992	466	800	473	802	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
หนองบัวลำภู	Mix	จ	1,222	972	844	844	844	842	1,222	972	844	844	844	842	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
อำนาจเจริญ	Ex	ผ	1,095	1,002	602	695	613	696	1,095	1,002	602	695	613	696	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สกลนคร	In	คข	1,037	1,037	212	718	367	713	1,037	1,037	212	718	367	713	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ขอนแก่น	Mix	คข	1,037	1,037	-396	727	161	730	1,037	1,037	-396	727	161	730	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ภาคกลาง			1,152	932	-75	451	-33	435	1,158	932	319	495	320	481	1,874	1,232	175	399	268	372
อ่างทอง	Ex	คข	1,037	1,037	-2,278	351	-2,195	348	n.a.	1,037	n.a.	408	n.a.	401	3,604	1,595	289	690	372	703

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
			Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
ชัยนาท	In	คช	1,037	1,037	-1,631	652	-1,238	538	n.a.	1,037	n.a.	652	n.a.	538	2,907	n.a.	239	n.a.	632	n.a.
สิงห์บุรี	In	จ	1,766	150	-616	-616	-599	-732	n.a.	-24	n.a.	-616	n.a.	-627	2,679	334	297	-510	313	-673
นครนายก	In	คช	1,037	1,037	-1,011	437	-916	387	n.a.	1,037	n.a.	482	n.a.	446	2,007	1,101	-41	258	53	133
ลพบุรี	In	คช	1,037	1,037	-195	583	-188	567	1,037	1,037	-9	583	-9	567	1,940	n.a.	269	n.a.	291	n.a.
สมุทรสงคราม	Ex	จ	1,020	1,092	-17	-17	-17	58	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1,857	1,933	821	824	821	899
สระบุรี	Ex	คช	1,037	1,037	-1,106	429	-1,010	419	n.a.	1,037	n.a.	536	n.a.	526	1,714	1,326	-430	558	-334	547
อยุธยา	Ex	คช	1,037	1,037	-408	424	-406	428	1,037	1,037	-161	470	-158	475	1,663	1,363	84	409	85	405
ปทุมธานี	Ex	จ	1,379	871	444	444	456	435	n.a.	849	n.a.	444	n.a.	436	1,446	1,612	511	672	523	655
นครปฐม	Ex	คช	1,037	1,037	-69	490	151	503	1,037	1,037	187	511	423	528	1,344	1,123	161	497	377	495
สุพรรณบุรี	In	จ	1,433	828	439	439	470	432	1,433	828	439	439	470	432	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สมุทรปราการ	In	จ	1,166	920	646	646	608	621	1,166	920	646	646	608	621	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
นนทบุรี	Ex	จ	1,100	600	261	261	232	269	1,100	600	261	261	232	269	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
สมุทรสาคร	In	คช	1,037	1,037	195	733	178	738	1,037	1,037	195	733	178	738	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ภาคตะวันออก			1,430	917	-194	505	-110	486	1,273	927	654	549	654	529	2,293	1,001	523	333	619	325

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการดำเนินงาน	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
			Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
			เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ. ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
ปราจีนบุรี	In	จ	2,938	635	225	225	494	155	n.a.	617	n.a.	225	n.a.	159	4,234	1,116	1,521	451	1,790	320
จันทบุรี	Ex	คข	1,037	1,037	-1,579	601	-1,389	603	n.a.	1,037	n.a.	612	n.a.	614	2,606	1,037	-11	450	179	450
ฉะเชิงเทรา	Ex	จ	1,736	844	442	442	443	438	n.a.	844	n.a.	442	n.a.	438	2,136	n.a.	842	n.a.	843	n.a.
ระยอง	Ex	จ	1,703	759	203	203	206	204	n.a.	662	n.a.	203	n.a.	203	1,983	839	483	255	486	255
ชลบุรี	In	คข	1,037	1,037	-563	661	-409	627	1,037	1,037	-1,361	671	-1,361	636	1,976	1,468	389	740	545	740
ตราด	Ex	คข	1,037	1,037	-543	298	-540	296	n.a.	1,037	n.a.	481	n.a.	479	1,907	2,198	327	572	330	571
สระแก้ว	Ex	จ	1,280	978	717	717	716	711	1,280	978	717	717	716	711	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ภาคตะวันตก			1,099	995	-229	541	-182	524	1,321	993	379	572	429	556	1,457	1,559	20	397	66	359
ราชบุรี	In	คข	1,037	1,037	-533	357	-476	257	n.a.	1,037	n.a.	465	n.a.	365	1,590	2,048	19	413	76	315
กาญจนบุรี	Ex	คข	1,037	1,037	23	682	41	684	1,037	1,037	319	682	351	684	1,367	n.a.	45	n.a.	48	n.a.
เพชรบุรี	Ex	คข	1,037	1,037	-118	479	-68	461	n.a.	1,037	n.a.	537	n.a.	517	1,157	1,295	2	388	52	383
ประจวบคีรีขันธ์	Ex	จ	1,785	865	477	477	558	482	1,785	865	477	477	558	482	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ภาคใต้			1,277	946	56	504	152	492	1,405	939	386	552	429	541	1,835	1,187	553	465	665	448
พังงา	Ex	จ	2,074	545	-149	-149	-115	-140	n.a.	271	n.a.	-149	n.a.	-136	3,911	1,318	1,689	358	1,723	363

สถานพยาบาล	วิธีการจัดสรรเงิน	ระดับการตัดเงินเดือน	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
			Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
			เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
นครศรีธรรมราช	In	จ	1,607	895	544	544	578	518	799	895	544	544	545	518	2,439	n.a.	1,270	n.a.	1,309	n.a.
นราธิวาส	In	จ	1,547	824	569	569	608	576	1,426	808	569	569	631	577	2,240	1,125	1,028	731	1,021	730
สุราษฎร์ธานี	Ex	คช	1,037	1,037	-1,033	612	-584	613	n.a.	1,037	n.a.	632	n.a.	634	2,071	1,363	1	646	450	646
ภูเก็ต	Ex	จ	1,345	629	48	48	117	50	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2,047	827	750	246	819	247
พัทลุง	In	คช	1,037	1,037	-30	383	162	345	n.a.	1,037	n.a.	563	n.a.	519	1,839	1,195	771	257	963	229
ระนอง	In	คช	1,037	1,037	-238	264	-238	260	n.a.	1,037	n.a.	632	n.a.	632	1,625	1,341	350	159	350	151
ตรัง	In	คช	1,037	1,037	117	574	307	546	n.a.	1,037	n.a.	587	n.a.	567	1,537	1,101	617	458	807	319
สตูล	In	จ	1,085	1,011	360	360	399	334	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1,390	1,094	665	442	704	416
สงขลา	In	คช	1,037	1,037	-379	581	-312	565	1,037	1,037	-1,870	619	-1,862	605	1,357	1,237	41	623	112	599
ยะลา	In	คช	1,037	1,037	-112	609	-27	558	n.a.	1,037	n.a.	629	n.a.	579	1,339	1,235	189	604	274	547
ปัตตานี	Ex	จ	1,558	938	506	506	528	521	1,558	907	506	506	528	522	n.a.	1,412	n.a.	684	n.a.	688
กระบี่	In	จ	1,551	892	545	545	566	536	1,551	892	545	545	566	536	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
ชุมพร	Ex	จ	1,378	915	330	330	406	333	1,378	865	330	330	406	333	n.a.	1,269	n.a.	572	n.a.	575

- หมายเหตุ :
- จำนวนประชากรที่ใช้คำนวณนำมาจากประชากรของแต่ละสถานพยาบาลที่ตรวจสอบสิทธิแล้วของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นค่าเฉลี่ยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2544 – กันยายน 2545
 - ระดับการตัดเงินเดือนให้ข้อมูลจากรายงานเอกสารสรุปผลการนิเทศงาน (กันยายน 2545) สนง.ประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ดูตารางที่ 7.6 ประกอบ)
 - จำนวนเงินเดือนที่ใช้ในการคำนวณ นำมาจากรายจ่ายเงินเดือนที่แสดงในรายงาน 0110 รง.5 ซึ่งอาจไม่เท่ากับเงินเดือนที่ส่วนกลางใช้ในการคำนวณเพื่อจัดสรรงบให้จังหวัด
 - รายการจากการตามจ่ายคำนวณจากส่วนต่างของรายรับจากการรับส่งต่อ และ รายจ่ายจากการส่งต่อ ซึ่งนำมาจากรายงาน 0110 รง.5 ซึ่งบันทึกโดยอิงเกณฑ์เงินสด ทำให้ผลการคำนวณอาจคลาดเคลื่อนไปจากจำนวนจริง
 - งบ Contingency Fund ที่นำมาคำนวณนำจากรายงานผลการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณเพื่อความมั่นคง โดยสำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - เงินเหมาจ่ายรายหัวที่แท้จริง (Effective Capitation) ของแต่ละกรณีคำนวณจากฐานข้อมูลระดับสถานพยาบาลและถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากร UC เพื่อหาค่าถัวเฉลี่ยระดับจังหวัด ภูมิภาค และประเทศ
 - คู่มือละเอียดวิธีการคำนวณเพิ่มเติมได้ในรายงานเสริมทางเทคนิค

ตารางที่ 7.10 ค่าเฉลี่ยและพิสัยของอัตราหมาจ่ายที่แท้จริง (Effective Capitation) ระดับจังหวัดของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มในภาคต่างๆ

สถานพยาบาล	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับบ CF					
	Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพ.
ทั่วประเทศ	1,334	940	91	595	230	583	1,443	938	412	623	581	611	1,837	1,208	384	509	492	491
Min	1,020	150	-2,278	-616	-2,195	-732	799	-24	-1,870	-616	-1,862	-627	1,095	334	-430	-510	-334	-673
Max	2,938	1,092	844	844	1,597	842	2,938	1,037	844	844	1,597	842	4,234	2,198	1,689	941	1,790	899
ภาคเหนือ	1,315	950	-13	570	162	536	1,406	949	169	607	444	572	1,835	1,249	462	616	586	594
Min	1,037	629	-775	43	-737	25	1,037	624	-700	273	-424	273	1,095	1,044	-178	420	102	402
Max	2,706	1,037	632	814	1,357	777	2,938	1,037	632	814	1,423	777	3,235	1,507	1,242	941	1,678	874
ภาค ตอ./น.	1,568	933	485	686	736	686	1,601	932	522	688	771	688	1,458	1,261	318	688	601	692
Min	1,037	825	-396	435	161	428	1,037	825	-396	450	161	444	1,419	1,257	14	368	592	395
Max	2,863	1,037	844	844	1,597	842	2,863	1,037	844	844	1,597	842	1,489	1,287	559	728	614	729
ภาคกลาง	1,152	932	-75	451	-33	435	1,158	932	319	495	320	481	1,874	1,232	175	399	268	372
Min	1,020	150	-2,278	-616	-2,195	-732	1,037	-24	-161	-616	-158	-627	1,344	334	-430	-510	-334	-673
Max	1,766	1,092	646	733	608	738	1,433	1,037	646	733	608	738	3,604	1,933	821	824	821	899
ภาคตะวันออก	1,430	917	-194	505	-110	486	1,273	927	654	549	654	529	2,293	1,001	523	333	619	325
Min	1,037	635	-1,579	203	-1,389	155	1,037	617	-1,361	203	-1,361	159	1,907	839	-11	255	179	255
Max	2,938	1,037	717	717	716	711	1,280	1,037	717	717	716	711	4,234	2,198	1,521	740	1,790	740
ภาคตะวันตก	1,099	995	-229	541	-182	524	1,321	993	379	572	429	556	1,457	1,559	20	397	66	359
Min	1,037	865	-533	357	-476	257	1,037	865	319	465	351	365	1,157	1,295	2	388	48	315

สถานพยาบาล	รวมทุกสถานพยาบาล						เฉพาะสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับงบ CF						เฉพาะสถานพยาบาลที่ได้รับงบ CF					
	Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย		Cap รวมเงินเดือน		Cap หลังการหักเงินเดือน		Cap หลังหักเงินเดือนและรายการตามจ่าย	
	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.	เฉลี่ย รพ.ใหญ่	เฉลี่ย รพช.
Max	1,785	1,037	477	682	558	684	1,785	1,037	477	682	558	684	1,590	2,048	45	413	76	383
ภาคใต้	1,277	946	56	504	152	492	1,405	939	386	552	429	541	1,835	1,187	553	465	665	448
Min	1,037	545	-1,033	-149	-584	-140	799	271	-1,870	-149	-1,862	-136	1,339	827	1	159	112	151
Max	2,074	1,037	569	612	608	613	1,558	1,037	569	632	631	634	3,911	1,412	1,689	731	1,723	730

ที่มา: สรุปจากตารางที่ 7.9

ผลการคำนวณที่แสดงในตารางชี้ให้เห็นว่ามีสถานพยาบาลในบางจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่มี Effective Capitation หลังจากหักเงินเดือนแล้วค่อนข้างต่ำ และบางจังหวัดมีค่าติดลบ ถึงแม้ว่าจะรวมรายการตามจ่ายสุทธิแล้วก็ตาม เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งในจังหวัดสงขลา (โรงพยาบาลจิตเวช) ชลบุรี (ศูนย์วิชาการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3) ขอนแก่น (รพ.สถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก) อุดรธานี (โรงพยาบาลทั่วไปเสนา) ลพบุรี และโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ซึ่งไม่ได้รับงบ Contingency Fund³³ รวมทั้งโรงพยาบาลใหญ่ในจังหวัดสระบุรีที่ได้รับงบ Contingency Fund แล้วก็ตาม ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าจังหวัดเหล่านี้มักเป็นจังหวัดที่มีการกระจุกตัวของสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรค่อนข้างสูง ขณะที่ประชากรที่ได้รับการจัดสรรต่อโรงพยาบาลต่ำ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่นโรงพยาบาลแม่และเด็ก หรือโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วจะได้รับงบ non-UC ด้วย) จึงมีผลต่อเงินงบประมาณเหมาะสมที่ได้รับไม่เพียงพอต่อรายจ่ายด้านบุคลากร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีฐานประชากรสูง และมีการกระจุกตัวของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์น้อยจึงทำให้มี Effective Capitation หลังหักเงินเดือนแล้วสูงกว่าภาคอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม การคำนวณ Effective Capitation นี้พิจารณาเฉพาะรายรับจากโครงการ 30 บาท ยังไม่ได้เป็นเครื่องชี้ถึงสถานะทางการเงินที่แท้จริงของสถานพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมักจะมีรายรับจากหลายทาง) ดังนั้น ในตอนต่อไปจึงมุ่งประเมินสถานการณ์ทางการเงินจากผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 จากรายงานทางการเงินซึ่งจะจัดทำเป็นดัชนีชี้วัดระดับความวิกฤต และสถานะเงินบำรุงซึ่งอาจเป็นเครื่องชี้ถึงสภาพคล่องของสถานพยาบาล

ข. การประเมินผลการดำเนินงานจากรายรับสุทธิของสถานพยาบาล

การคำนวณ Effective Capitation ตามตารางที่ 7.9-7.10 เป็นเพียงการประเมินหาอัตราเหมาจ่ายที่คาดว่าสถานพยาบาลจะได้รับจริงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งผลการคำนวณที่ได้ไม่ได้แสดงถึงสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลในภาพรวมทั้งหมด เนื่องจากสถานพยาบาลยังมีแหล่งรายรับและรายจ่ายประเภทอื่นๆ อีก ดังนั้น ในหัวข้อนี้ คณะผู้วิจัยจึงหันมาประเมินผลการดำเนินงานด้านการเงินของสถานพยาบาลโดยพิจารณาจากรายรับสุทธิโดยอาศัยฐานข้อมูลจากรายงานการเงินของสถานพยาบาล (0110 รง.5) เป็นหลัก แต่เนื่องจากการโอนเงินงบประมาณของโครงการ (ทั้งงบเหมาจ่ายและนอกเหนือเหมาจ่าย) มีความล่าช้าจากปัญหาที่กล่าวไว้ในช่วงต้น และระบบการบันทึกรายได้รายจ่ายของสถานพยาบาลในรายงาน

³³โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ได้ยื่นขอ Contingency Fund ในช่วงแรกแต่ถอนตัวไปในเวลาต่อมา

ดังกล่าวอิงเกณฑ์บัญชีเงินสด (cash-basis accounting) เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้รายรับที่แสดงในรายงานไม่สะท้อนรายรับที่ควรรับรู้จริงตามเกณฑ์บัญชีรับพึงจ่าย (accrual-basis accounting) และไม่สอดคล้องกับรายจ่ายที่สถานพยาบาลได้จ่ายไปจากการดำเนินงานในช่วงนั้น (mismatching) ดังนั้น เพื่อให้ได้ภาพที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น การประเมินผลการกระทบด้านการเงินต่อสถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องประมาณรายรับจากงบเหมาจ่ายรายหัวเสียใหม่ โดยคำนวณรายรับและรายจ่ายของทั้งโรงพยาบาลโดยสมมุติว่างบเหมาจ่ายของโครงการ 30 บาท ลงไปตรงเวลา (คือแบ่งจ่ายเท่าๆ กันทุกเดือน รวมถึงกรณีที่สถานพยาบาลได้รับ Contingency Fund ด้วย)³⁴ ส่วนรายรับอื่นยึดตามรายงานของสถานพยาบาล สำหรับรายจ่ายนั้นใช้รายจ่ายที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2545 ตามรายงานของสถานพยาบาลเช่นกัน ซึ่งแม้ว่าคงจะมีความคลาดเคลื่อนในการลงบัญชีอยู่บ้างแต่ก็ไม่มากนัก

การวิเคราะห์ในตอนนี้แบ่งเป็นสองกรณีคือ กรณีแรก สมมุติให้ทุกจังหวัดใช้วิธีการตัดเงินเดือนระดับสถานพยาบาลทั้งหมด (ตามแนวทางการจัดสรรที่ริเริ่มโดยโครงการนี้) และกรณีที่สอง ใช้ข้อตกลงการตัดเงินเดือนจริงของแต่ละจังหวัดเป็นเกณฑ์ในการคำนวณ (ใช้ข้อมูลเงินเดือนจากหมวดรายจ่ายเงินและค่าตอบแทนในรายงาน 0110 รง 5)³⁵ ในส่วนของรายรับนอกเหนือเหมาจ่าย รายรับนอกโครงการ UC และรายจ่ายต่างๆ จะใช้ข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ยกเว้นรายรับจากเงินชดเชยที่ส่วนกลางจ่ายให้แก่สถานพยาบาลกรณีให้การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน³⁶ และรายรับจากงบ Contingency Fund ซึ่งใช้ยอดเงินที่ส่วนกลางจ่ายจริงให้แก่สถานพยาบาล (ซึ่งรวบรวมมาจาก สปสช. ในปี 2546) ในการคำนวณ

ตารางที่ 7.11 แสดงผลการดำเนินการด้านการเงินของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข³⁷ ในปีงบประมาณ 2545 โดยแสดงจำนวนสถานพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นบวกและเป็นลบจากผลการดำเนินงานตลอดทั้งปีงบประมาณ 2545 ซึ่งในกรณีที่สมมุติให้ทุกจังหวัดตัดเงินเดือนที่เครือข่ายนั้นจะมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงฯ (คือโรงพยาบาล

³⁴ ในความเป็นจริงแล้ว ในบางช่วงมีการจ่ายเงินล่าช้า ในขณะที่บางช่วงมีการจ่ายเงินให้ล่วงหน้าเป็นบางส่วน

³⁵ การคำนวณนี้ไม่ได้คำนึงถึงรูปแบบการจัดสรรเงินกรณีบางจังหวัดมีการแยกงบผู้ป่วยในมารวมไว้ที่ส่วนกลาง (OP-IP Split) เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน

³⁶ รายรับกรณีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉินนี้มีโอกาสนับซ้ำ เนื่องจากใช้ข้อมูลจากที่ สปสช.จ่ายจริง รวมกับที่รายงานใน 0110 รง.5 เพราะหากเลือกใช้ข้อมูลจากเพียงแหล่งเดียวอาจทำให้รายรับที่คำนวณต่ำกว่าความเป็นจริง ในที่นี้จึงเลือกใช้ข้อมูลจากทั้งสองแหล่งรวมกัน โดยมีโอกาสที่รายรับส่วนนี้สูงกว่าความเป็นจริง (แต่ไม่เกิน 500 ล้านบาท)

³⁷ ไม่สามารถคำนวณผลการดำเนินการด้านการเงินของสถานพยาบาลสังกัดอื่นและของสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากขาดข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ

ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) ถึงร้อยละ 80 ที่มีรายรับสุทธิติดลบ ในขณะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) เพียงร้อยละ 15 ที่มีรายรับสุทธิติดลบ

เมื่อหันมาคำนวณโดยใช้เกณฑ์การตัดเงินเดือนจริงตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด พบว่า สัดส่วนของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีรายรับสุทธิติดลบลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53) ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการดำเนินการด้านการเงินติดลบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 และในภาพรวมแล้ว มีโรงพยาบาล 640 แห่ง (ประมาณร้อยละ 77 ของจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่มีรายรับสุทธิเป็นบวก ในขณะที่มีโรงพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบ 187 แห่ง (ร้อยละ 23)

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำผลของการจัดสรรงบ Contingency Fund มาประกอบในการคำนวณพบว่าเงินช่วยเหลือจากกองทุน Contingency Fund ช่วยบรรเทาปัญหาได้ระดับหนึ่ง โดยสัดส่วนของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีรายรับสุทธิเป็นลบลดลงเหลือร้อยละ 28 (26 จาก 92 โรงพยาบาล) และสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีรายรับสุทธิเป็นลบลดลงเหลือร้อยละ 11 (18 จาก 717 โรงพยาบาล)

ปรากฏการณ์ที่ควรให้ความสนใจประการหนึ่งคือ เมื่อพิจารณาแยกผลการดำเนินการด้านการเงินของสถานพยาบาลเหล่านี้ออกเป็นช่วงครึ่งปีแรก (ตุลาคม 2544-มีนาคม 2545) และช่วงครึ่งปีหลัง (เมษายน-กันยายน 2545) ก็พบว่าสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลมีแนวโน้มเลวลงในช่วงครึ่งปีหลัง และสถานพยาบาลทุกกลุ่ม (รวมทั้งกลุ่มโรงพยาบาลนอกสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนของโรงพยาบาลที่มีรายรับสุทธิเป็นลบเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 7.11 เปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดกลุ่มตามรายรับสุทธิและประเภทสถานพยาบาลของปีงบประมาณ 2545

จำนวนสถานพยาบาล (หน่วย : แห่ง)	ในสังกัด สป.												นอกสังกัด สป.						รวม					
	รพศ./รพท.						รพช.																	
	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%
(1) รายรับสุทธีก่อนรวมงบ CF																								
กรณีตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย*	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%
+ รายรับสุทธิเป็นบวก	32	35%	9	10%	18	20%	633	88%	538	75%	612	85%	9	50%	3	17%	10	56%	674	81%	550	67%	640	77%
- รายรับสุทธิเป็นลบ	60	65%	83	90%	74	80%	84	12%	179	25%	105	15%	9	50%	15	83%	8	44%	153	19%	277	33%	187	23%
กรณีตัดเงินเดือนตามข้อตกลง**	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%
+ รายรับสุทธิเป็นบวก	54	59%	27	29%	43	47%	623	87%	494	69%	591	82%	9	50%	3	17%	10	56%	686	83%	524	63%	644	78%
- รายรับสุทธิเป็นลบ	38	41%	65	71%	49	53%	94	13%	223	31%	126	18%	9	50%	15	83%	8	44%	141	17%	303	37%	183	22%
(2) รายรับสุทธิหลังรวมงบ CF																								
กรณีตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย*	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%
+ รายรับสุทธิเป็นบวก	57	62%	25	27%	45	49%	666	93%	575	80%	655	91%	11	61%	4	22%	12	67%	734	89%	604	73%	712	86%
- รายรับสุทธิเป็นลบ	35	38%	67	73%	47	51%	51	7%	142	20%	62	9%	7	39%	14	78%	6	33%	93	11%	223	27%	115	14%
กรณีตัดเงินเดือนตามข้อตกลง**	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%
+ รายรับสุทธิเป็นบวก	72	78%	46	50%	66	72%	661	92%	533	74%	636	89%	11	61%	4	22%	12	67%	744	90%	583	70%	714	86%
- รายรับสุทธิเป็นลบ	20	22%	46	50%	26	28%	56	8%	184	26%	81	11%	7	39%	14	78%	6	33%	83	10%	244	30%	113	14%

หมายเหตุ : - รายรับเหมาจ่ายจากโครงการ UC ประมาณขึ้นโดยใช้ข้อมูลที่ตรวจสอบจาก สปสช. ตามข้อสมมติ คือ (*) กรณีสมมติให้ทุกจังหวัดตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย และ

** จำนวนตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัดซึ่งรายงานเมื่อกันยายน 2545 (ดูตารางที่ 3)

- รายรับนอกเหนือเหมาจ่ายจากโครงการ UC และรายจ่าย ใช้ข้อมูลที่ยางงานใน 0110 รง.5 (Cash Basis) ยกเว้น รายรับจากเงินชดเชยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายและอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรายรับจากเงินสนับสนุนของกองทุน Contingency Fund ได้ข้อมูลที่มีการจ่ายให้แก่แต่ละสถานพยาบาลจริงโดยอิงตามเกณฑ์คงค้าง (Accrual Basis) ในการรับรู้เป็นรายรับ
- ดูรายละเอียดวิธีการคำนวณเพิ่มเติมได้ในรายงานเสริมทางเทคนิค

การที่สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในโครงการนี้มีแนวโน้มแย่ลงในช่วงครึ่งปีหลังนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากรายรับประเภทอื่นนอกจากโครงการ UC มีแนวโน้มลดลง (โดยเฉพาะรายรับจากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง) ขณะเดียวกันในส่วนของการจ่ายโดยรวมก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลจากอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิจากโครงการ UC มาใช้บริการเพิ่มขึ้นหรือใช้สิทธิมากขึ้น (ดูการวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการในตอนี่ 7.3) ซึ่งน่าจะส่วนที่เกิดจากการมีหลักประกันสุขภาพ และการรับรู้สิทธิมากขึ้น (และอาจรวมไปถึงความมั่นใจในบริการที่ได้รับมากขึ้นด้วย)

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลจากตัวเลขรายรับสุทธิจากการดำเนินงานอาจจะไม่ได้สะท้อนภาพความรุนแรงของปัญหาทางการเงินที่สถานพยาบาลประสบอย่างถูกต้องเสมอไป ตัวอย่างเช่น การมีรายได้สุทธิติดลบไม่ได้หมายความว่าสถานพยาบาลจะมีปัญหาการเงินที่รุนแรงเสมอไป (เช่นในกรณีที่ติดลบไม่มากนัก อาจแก้ปัญหาได้ไม่ยากนักโดยการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน) และแม้แต่การจัดสรรงบ Contingency Fund ของกระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้ตั้งเป้าที่จะทำให้สถานพยาบาลมีรายรับที่เสมอตัว แต่จะอุดหนุนรายได้ให้สถานพยาบาลระดับหนึ่ง และตั้งเงื่อนไขให้โรงพยาบาลพยายามลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงด้วย

เพื่อให้เห็นภาพสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงพิจารณาดัชนีทางการเงินตัวหนึ่งซึ่งกระทรวงสาธารณสุขใช้ในการประเมินสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลด้วย ซึ่งก็คือสัดส่วนของรายรับรวมของสถานพยาบาลต่อเงินเดือนและค่าตอบแทน ซึ่งดัชนีนี้บอกได้อย่างหยابๆ ว่า โรงพยาบาลจะมีรายรับเหลือเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานมากน้อยเพียงใดภายหลังจากหักรายรับส่วนหนึ่งสำหรับเงินเดือนและค่าตอบแทนให้บุคลากรของโรงพยาบาล ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขยึด Rule of Thumb ว่าโดยทั่วไปแล้วโรงพยาบาลของรัฐจะมีต้นทุนส่วนที่เป็นค่าตอบแทนบุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล (หรืออีกนัยหนึ่งก็คือมีสัดส่วนของรายรับต่อค่าแรงประมาณ 2) ในการใช้ดัชนีตัวนี้เป็นเครื่องชี้ถึงศักยภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลนั้น กระทรวงสาธารณสุขแบ่งสถานพยาบาลออกเป็นสี่กลุ่มคือ โรงพยาบาลกลุ่มที่มีสัดส่วนของรายรับรวมต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลมากกว่า 2 ถือว่าเป็นโรงพยาบาลไม่มีปัญหาการขาดแคลนงบในการดำเนินการ (หรือในกรณีที่สัดส่วนนี้สูงมาก ก็ถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพด้านการเงินที่จะปรับปรุงและขยายบริการด้านอื่นๆ ให้ดีขึ้น รวมทั้งการหาทางจ้างบุคลากรที่จำเป็นเข้ามาเพิ่มเติม) ในกรณีที่สัดส่วนดังกล่าวอยู่ระหว่าง 1.5-2 (และในกรณีที่จัดสรรให้ต่อหัวมีความเหมาะสมแล้วนั้น) โรงพยาบาลอาจมีบุคลากรมากเกินไปจนเหลืองบประมาณไม่เพียงพอในการจัดบริการให้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพได้ และควรหาทางปรับตัวลดค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนลง ส่วนโรงพยาบาลที่มีสัดส่วน

รายรับต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ อยู่ระหว่าง 1-1.5 ถือเป็นโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรไม่พอสำหรับบริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และต้องดำเนินการปฏิรูปโดยด่วน (ซึ่งในกรณีนี้ที่บที่จัดสรรให้ต่อหัวมีความเหมาะสมแล้วนั้น มักจะเป็นกรณีที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลน้อยเกินไป หรือสถานพยาบาลมีกำลังคนมากเกินไป) สำหรับในกรณีสุดท้ายซึ่งโรงพยาบาลมีสัดส่วนของรายรับต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนต่ำกว่า 1 ถือเป็นภาวะวิกฤติที่รายรับของโรงพยาบาลไม่พอแม้แต่สำหรับจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากร

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขใช้ดัชนีนี้เป็นมาตรฐานอ้างอิง (benchmark) ในการประเมินความจำเป็นที่ต้องให้ความช่วยเหลือจากงบ Contingency Fund โดยแบ่งสถานพยาบาลออกเป็นสี่กลุ่มตามดัชนีที่จัดทำขึ้นนี้ ตามตารางที่ 7.12 ข้างล่าง ทั้งนี้ กลุ่ม 3 และ 4 ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องมีการปฏิรูปโดยด่วน และเป็นกลุ่มที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้การสนับสนุน Contingency Fund ให้

ตารางที่ 7.12 ดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล

กลุ่ม	สัดส่วนรายรับรวมต่อเงินเดือน
กลุ่ม 1 ไม่มีปัญหาทางการเงิน/มีศักยภาพในการขยายหรือปรับปรุงการบริการ	> 2
กลุ่ม 2 ต้องปรับตัว รายรับที่เหลืออาจพอต่อการจัดบริการ	1.5 – 2
กลุ่ม 3 ต้องปฏิรูป รายรับที่เหลือไม่พอต่อการจัดบริการ	1 -1.5
กลุ่ม 4 วิกฤต รายได้ไม่พอจ่ายเงินเดือนบุคลากร	< 1

ที่มา: สคส.

ในความเป็นจริงแล้ว ดัชนีตัวนี้เป็นดัชนีที่ค่อนข้างหยาบ แต่สาเหตุหนึ่งที่ทางกระทรวงสาธารณสุขนำดัชนีนี้มาใช้ก็เพราะว่าที่ผ่านมากระบวนการฐานข้อมูล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงินและระบบบัญชี) ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของกระทรวง (ซึ่งมีจำนวนเกือบหนึ่งพันแห่ง) ยังไม่ได้รับการพัฒนาขึ้นมากนัก และดัชนีชี้วัดที่จะนำมาใช้ก็จะต้องง่ายพอที่จะสามารถใช้กับทุกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าดัชนีตัวนี้ใช้รายจ่ายด้านบุคลากรของสถานพยาบาลเป็นตัวตั้ง ซึ่งอาจจะเหมาะสมสำหรับในระยะสั้นที่การเกลี่ยบุคลากรทำได้ยาก แต่ในระยะปานกลางหรือระยะยาวนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่ารายรับ (ซึ่งขึ้นกับจำนวนและโครงสร้างของประชากร และ

คุณภาพของบริการในกรณีที่ให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกสถานพยาบาล) น่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกว่า และในกรณีที่จะใช้ดัชนีที่ง่าย ๆ แบบนี้ การใช้สัดส่วนของรายรับรวมหลังหักเงินเดือนต่อรายรับรวม น่าจะเป็นดัชนีที่ดีกว่าดัชนีที่ใช้อยู่น้อย เพราะดัชนีตัวหลังบ่งบอกว่า รายรับที่โรงพยาบาลได้รับมานั้นเมื่อหักเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ ออกไปแล้ว จะมีส่วนที่เหลือที่สามารถนำมาใช้ในงานของโรงพยาบาล (ซึ่งส่วนใหญ่จะมีงานบริการผู้ป่วยเป็นหลัก) เป็นสัดส่วนเท่าใด แทนที่จะบอกว่าโรงพยาบาลจะต้องมีรายได้เท่าใดจึงจะเพียงพอสำหรับใช้บุคลากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ (ซึ่งเป็นนัยของดัชนีที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน)³⁸ อย่างไรก็ตาม เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เคยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะใช้ดัชนีตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขใช้

³⁸ อย่างไรก็ตามเนื่องจากดัชนีทั้งสองตัวใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ดัชนีทั้งสองตัวนี้จึงเทียบกลับไปกลับมาได้ (หรือมี one-to-one correspondence) โดยในกรณีที่ดัชนีตัวแรกเท่ากับ 2 จะเป็นกรณีเดียวกับที่ดัชนีตัวหลังเท่ากับ 0.5 และกรณีที่ดัชนีตัวแรกเท่ากับ 1 จะเหมือนกับกรณีที่ดัชนีตัวหลังเท่ากับ 0 แต่ในกรณีที่ดัชนีทั้งสองตัวนี้มีค่าอื่นๆ นั้น การเปรียบเทียบอาจจะไม่ชัดเจนเท่า (ตัวอย่างเช่น เมื่อดัชนีตัวแรกมีค่าเท่ากับ 1.75 ดัชนีตัวหลังจะมีค่าเท่ากับ 0.43 และเมื่อดัชนีตัวแรกมีค่าเท่ากับ 1.5 ดัชนีตัวหลังจะมีค่าเท่ากับ 0.33 หรือเมื่อดัชนีตัวหลังมีค่าเท่ากับ 0.25 ดัชนีตัวแรกจะมีค่าเท่ากับ 1.33 เป็นต้น)

ตารางที่ 7.13 (ก) การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545 (รายรับรวมก่อนรวมงบ CF)

จำนวนสถานพยาบาลจัด กลุ่มตาม สัดส่วนรายรับรวม ต่อเงินเดือน (หน่วย : แห่ง)	(ก) รายรับรวมก่อนรวมงบ CF																							
	ในสังกัด สป.												นอกสังกัด สป.						รวม					
	รพศ., รพท.						รพช.																	
	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%
(ก.1) กรณีรายรับเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จัดสรรโดยตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายทั้งหมด																								
-กลุ่ม 1: รายรับ/ค่าแรง > 2	28	30%	18	20%	25	27%	519	72%	458	64%	497	69%	9	50%	4	22%	9	50%	556	67%	480	58%	531	64%
-กลุ่ม 2: รายรับ/ค่าแรง 1.5 - 2	48	52%	43	47%	43	47%	118	16%	162	23%	137	19%	5	28%	3	17%	4	22%	171	21%	208	25%	184	22%
-กลุ่ม 3: รายรับ/ค่าแรง 1-1.5	15	16%	30	33%	23	25%	66	9%	75	10%	69	10%	2	11%	4	22%	3	17%	83	10%	109	13%	95	11%
-กลุ่ม 4: รายรับ/ค่าแรง < 1	1	1%	1	1%	1	1%	14	2%	22	3%	14	2%	2	11%	7	39%	2	11%	17	2%	30	4%	17	2%
รวม	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%
(ก.2) กรณีรายรับเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จัดสรรโดยตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด																								
-กลุ่ม 1: รายรับ/ค่าแรง > 2	46	50%	34	37%	39	42%	489	68%	423	59%	461	64%	9	50%	5	28%	9	50%	544	66%	462	56%	509	62%
-กลุ่ม 2: รายรับ/ค่าแรง 1.5 - 2	33	36%	35	38%	34	37%	147	21%	179	25%	163	23%	5	28%	4	22%	4	22%	185	22%	218	26%	201	24%
-กลุ่ม 3: รายรับ/ค่าแรง 1-1.5	13	14%	23	25%	19	21%	60	8%	91	13%	72	10%	3	17%	5	28%	4	22%	76	9%	119	14%	95	11%
-กลุ่ม 4: รายรับ/ค่าแรง < 1	0	0%	0	0%	0	0%	21	3%	24	3%	21	3%	1	6%	4	22%	1	6%	22	3%	28	3%	22	3%
รวม	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%

หมายเหตุ : - ดูหมายเหตุของตารางที่ 6 สำหรับข้อสมมติและวิธีการคำนวณรายรับและรายจ่ายเพื่อนำมาจัดทำเป็นดัชนีชี้วัด และความหมายของดัชนีชี้วัดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7.13 (ข) การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545 (รายรับรวมหลังรวมงบ CF)

จำนวนสถานพยาบาลจัด1 กลุ่มตาม สัดส่วนรายรับรวม ต่อเงินเดือน (หน่วย : แห่ง)	(ข) รายรับรวมหลังรวมงบ CF																							
	ในสังกัด สป.												นอกสังกัด สป.						รวม					
	รพศ., รพท.						รพช.																	
	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%
(ข.1) กรณีรายรับเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จัดสรรโดยตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายทั้งหมด																								
-กลุ่ม 1: รายรับ/ค่าแรง > 2	45	49%	31	34%	42	46%	538	75%	475	66%	518	72%	9	50%	5	28%	10	56%	592	72%	511	62%	570	69%
-กลุ่ม 2: รายรับ/ค่าแรง 1.5 - 2	39	42%	47	51%	40	43%	126	18%	166	23%	143	20%	7	39%	3	17%	5	28%	172	21%	216	26%	188	23%
-กลุ่ม 3: รายรับ/ค่าแรง 1-1.5	8	9%	14	15%	10	11%	51	7%	68	9%	54	8%	0	0%	3	17%	1	6%	59	7%	85	10%	65	8%
-กลุ่ม 4: รายรับ/ค่าแรง < 1	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	8	1%	2	0%	2	11%	7	39%	2	11%	4	0%	15	2%	4	0%
รวม	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%
(ข.2) กรณีรายรับเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จัดสรรโดยตัดเงินตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด																								
-กลุ่ม 1: รายรับ/ค่าแรง > 2	65	71%	52	57%	60	65%	508	71%	438	61%	480	67%	9	50%	6	33%	10	56%	582	70%	496	60%	550	67%
-กลุ่ม 2: รายรับ/ค่าแรง 1.5 - 2	22	24%	32	35%	27	29%	156	22%	192	27%	177	25%	7	39%	4	22%	5	28%	185	22%	228	28%	209	25%
-กลุ่ม 3: รายรับ/ค่าแรง 1-1.5	5	5%	8	9%	5	5%	47	7%	80	11%	55	8%	1	6%	4	22%	2	11%	53	6%	92	11%	62	7%
-กลุ่ม 4: รายรับ/ค่าแรง < 1	0	0%	0	0%	0	0%	6	1%	7	1%	5	1%	1	6%	4	22%	1	6%	7	1%	11	1%	6	1%
รวม	92	100%	92	100%	92	100%	717	100%	717	100%	717	100%	18	100%	18	100%	18	100%	827	100%	827	100%	827	100%

หมายเหตุ : - คู่มือของตารางที่ 6 สำหรับข้อสมมติและวิธีการคำนวณรายรับและรายจ่ายเพื่อนำมาจัดทำเป็นดัชนีชี้วัด และความหมายของดัชนีชี้วัดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7.13 (ค) การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545 (ค) เฉพาะ รพ.ที่ได้รับงบ CF

จำนวนสถานพยาบาลจัด กลุ่มตาม สัดส่วนรายรับรวม ต่อเงินเดือน (หน่วย : แห่ง)	(ค) เฉพาะ รพ.ที่ได้รับงบ CF																							
	ในสังกัด สป.												นอกสังกัด สป.						รวม					
	รพศ., รพท.						รพช.																	
	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%	ครึ่งปี แรก	%	ครึ่งปี หลัง	%	ทั้งปี 45	%
(ค.1) กรณีรายรับเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จัดสรรโดยตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายทั้งหมด																								
-กลุ่ม 1: รายรับ/ค่าแรง > 2	32	58%	22	40%	30	55%	42	34%	32	26%	36	30%	1	33%	2	67%	2	67%	75	42%	56	31%	68	38%
-กลุ่ม 2: รายรับ/ค่าแรง 1.5 - 2	17	31%	25	45%	20	36%	50	41%	43	35%	51	42%	2	67%	0	0%	1	33%	69	38%	68	38%	72	40%
-กลุ่ม 3: รายรับ/ค่าแรง 1-1.5	6	11%	8	15%	5	9%	29	24%	43	35%	33	27%	0	0%	0	0%	0	0%	35	19%	51	28%	38	21%
-กลุ่ม 4: รายรับ/ค่าแรง < 1	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	4	3%	2	2%	0	0%	1	33%	0	0%	1	1%	5	3%	2	1%
รวม	55	100%	55	100%	55	100%	122	100%	122	100%	122	100%	3	100%	3	100%	3	100%	180	100%	180	100%	180	100%
(ค.2) กรณีรายรับเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จัดสรรโดยตัดเงินเดือนตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด																								
-กลุ่ม 1: รายรับ/ค่าแรง > 2	38	69%	30	55%	35	64%	32	26%	24	20%	28	23%	1	33%	2	67%	2	67%	71	39%	56	31%	65	36%
-กลุ่ม 2: รายรับ/ค่าแรง 1.5 - 2	13	24%	19	35%	17	31%	58	48%	49	40%	60	49%	2	67%	0	0%	1	33%	73	41%	68	38%	78	43%
-กลุ่ม 3: รายรับ/ค่าแรง 1-1.5	4	7%	6	11%	3	5%	30	25%	46	38%	32	26%	0	0%	0	0%	0	0%	34	19%	52	29%	35	19%
-กลุ่ม 4: รายรับ/ค่าแรง < 1	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%	3	2%	2	2%	0	0%	1	33%	0	0%	2	1%	4	2%	2	1%
รวม	55	100%	55	100%	55	100%	122	100%	122	100%	122	100%	3	100%	3	100%	3	100%	180	100%	180	100%	180	100%

หมายเหตุ : - ดูหมายเหตุของตารางที่ 6 สำหรับข้อสมมติและวิธีการคำนวณรายรับและรายจ่ายเพื่อนำมาจัดทำเป็นดัชนีชี้วัด และความหมายของดัชนีชี้วัดในตารางที่ 7

จากตารางที่ 7.13 (ก) จะเห็นได้ว่าในกรณีที่ปรับตัวเลขรายรับของสถานพยาบาลโดยสมมุติให้ทุกจังหวัดตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายทั้งหมด (ตามแนวทางการปฏิรูประบบการเงินการคลังที่เสนอโดยผู้ที่เกี่ยวข้องบางส่วนในระยะแรก) ก็มีสถานพยาบาลที่จัดอยู่ในกลุ่ม 3 และ 4 (ซึ่งก็คือสถานพยาบาลที่ประสบปัญหาด้านการเงินอยู่ในขั้นที่ต้องปฏิรูปและขั้นวิกฤต) ประมาณ 112 แห่ง (ร้อยละ 13 ของจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) แต่เมื่อพิจารณาตามขนาดของสถานพยาบาล ก็จะมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปถึงประมาณหนึ่งในสี่ (23 จาก 92 โรงพยาบาล) ที่จะประสบปัญหาด้านการเงินในระดับที่ต้องปฏิรูป โดยเร่งด่วนและอีกหนึ่งแห่งจะประสบปัญหาถึงขั้นวิกฤติ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีประมาณ 69 โรงพยาบาล (ร้อยละ 10) ที่จะประสบปัญหาด้านการเงินในระดับที่ต้องปฏิรูปและอีก 14 โรงพยาบาล (ร้อยละ 2) ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

แต่เมื่อคำนวณรายรับของสถานพยาบาลต่างๆ ตามเงื่อนไขการตัดเงินเดือนจริงตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัด ก็พบว่าจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่จะประสบปัญหาด้านการเงินในระดับที่ต้องปฏิรูปโดยเร่งด่วนลดลงเหลือ 19 โรงพยาบาล (ร้อยละ 21) โดยไม่มีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาถึงขั้นวิกฤติ ขณะที่ส่วนโรงพยาบาลชุมชนนั้น จำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาเพิ่มขึ้น โดยมีประมาณ 72 โรงพยาบาล (ร้อยละ 10) ที่จะประสบปัญหาด้านการเงินในระดับที่ต้องปฏิรูปและอีก 21 โรงพยาบาล (ร้อยละ 3) ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

ในตารางที่ 7.13 (ข) ซึ่งนำผลของการจัดสรรงบ Contingency Fund มารวมเป็นรายรับของสถานพยาบาลด้วย พบว่าภายใต้เงื่อนไขการตัดเงินเดือนจริงตามข้อตกลงของแต่ละจังหวัดนั้น จำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่สัดส่วนของรายรับรวมต่อเงินเดือนอยู่ระหว่าง 1-1.5 ลดลงเหลือประมาณ 5 แห่ง (ร้อยละ 5) โดยไม่มีโรงพยาบาลใดที่ประสบปัญหาถึงขั้นวิกฤติ ขณะที่ มีโรงพยาบาลชุมชนเหลือประมาณ 55 โรงพยาบาล (ร้อยละ 8) ที่ยังคงประสบปัญหาด้านการเงินในระดับที่ต้องปฏิรูป และมีอีก 5 โรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินในขั้นวิกฤติ (ร้อยละ 1)

และเมื่อพิจารณาเฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบ Contingency Fund (ตารางที่ 7.13 (ค)) ก็พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่สัดส่วนของรายรับรวมต่อเงินเดือนอยู่ระหว่าง 1-1.5 เพียง 3 โรงพยาบาล ในขณะที่มีโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาระดับนี้เหลือประมาณ 32 โรงพยาบาล และมีอีก 2 โรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินในขั้นวิกฤติ

แม้ว่าผลการคำนวณที่แสดงในตารางที่ 7.13 (ก)-(ค) อาจจะมีคลาดเคลื่อนได้บ้างเนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ แต่ในภาพรวมแล้ว ก็พอจะสรุปได้ว่า ในปีงบประมาณ 2545 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการต่างๆ มาแก้ปัญหาด้านการเงินที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ไปได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ลดจำนวนสถานพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินอย่างรุนแรงลงได้เหลือประมาณร้อยละ 5 (กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ถึงร้อยละ 8 (กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน)

รวมเป็นสถานพยาบาลที่น่าจะมีปัญหาการเงินจากการดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 ประมาณร้อยละ 8 (68 แห่งจากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดกว่า 827 แห่ง)

อย่างไรก็ตาม ดัชนีชี้วัดตัวนี้เป็นดัชนีที่ค่อนข้างหยاب เนื่องจากไม่สามารถบ่งบอกถึงปริมาณและคุณภาพของการให้บริการ และมีความเป็นไปได้ว่าสถานพยาบาลที่มีสัดส่วนรายรับต่อค่าแรงที่สูงกว่านี้อาจจะประสบปัญหาการขาดทุนจากการให้บริการที่มีคุณภาพสูงขณะที่สถานพยาบาลที่มีสัดส่วนรายรับต่อค่าแรงที่ต่ำอาจไม่ได้ประสบปัญหาการเงินที่รุนแรงเนื่องจากมีการจำกัดปริมาณหรือคุณภาพของบริการก็ได้ ดังนั้น ในความเป็นจริงแล้ว จำนวนสถานพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินอาจจะแตกต่างจากตัวเลข 52 แห่งที่คณะผู้วิจัยประมาณเอาไว้ นอกจากนี้ ในทางปฏิบัตินั้น สถานพยาบาลที่ประสบปัญหามากบางแห่งยังมีเงินสะสมสถานพยาบาลที่เก็บเอาไว้ในรูปของ “เงินบำรุง” ที่สามารถนำออกมาจุนเจือในสถานการณ์ที่รายรับไม่เพียงพอ (หรือในกรณีที่มีความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ) นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งยังสามารถใช้วิธีก่อนนี้เพิ่มหรือชำระหนี้ช้าลง (ซึ่งจะทำให้สถานะของ “เงินบำรุงสุทธิ” เปลี่ยนแปลงไป) ซึ่งเป็นไปได้ว่าวิธีการเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ภาพปัญหาที่ปรากฏออกมาสู่สาธารณะในปีแรกนี้อาจมีความรุนแรงน้อยกว่าสถานการณ์ที่เป็นจริงก็เป็นได้ แต่สถานพยาบาลจะไม่สามารถใช้วิธีการเหล่านี้ได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว ดังนั้น การประเมินผลกระทบด้านการเงินของสถานพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงตัวแปรเหล่านี้ด้วย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานะเงินบำรุง และ “เงินบำรุงสุทธิ” ของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหัวข้อถัดไป

ค. สถานะเงินบำรุงและ “เงินบำรุงสุทธิ” ของสถานพยาบาล

“เงินบำรุง” เป็นเสมือนยอดเงินฝากในบัญชีของโรงพยาบาลของรัฐ โดยโรงพยาบาลรัฐสามารถนำรายรับหรือ “กำไร” ที่เหลือจากการดำเนินงานมาเก็บสะสมเป็นกองทุนที่สถานพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานต่อไป (ตามระเบียบที่ตราขึ้นโดยกระทรวงการคลัง) โรงพยาบาลหลายแห่งมักจะวัดสถานะการเงิน (หรือสภาพคล่องหรือกระแสเงินสด) จากยอดเงินบำรุงที่เหลืออยู่ สถานพยาบาลที่มีรายรับน้อยกว่ารายจ่าย (รวมทั้งในบางช่วงเวลาที่ส่วนกลางหรือจังหวัดสามารถโอนเงินงบประมาณมาล่าช้า) โรงพยาบาลก็ต้องอาศัยเงินบำรุงเป็นทุนหมุนเวียนในการดำเนินงาน สถานพยาบาลหลายแห่งใช้ยอดเงินบำรุงเป็นเครื่องชี้ถึงสภาพคล่องของสถานพยาบาล และผู้บริหารสถานพยาบาลหลายแห่งใช้ยอดเงินบำรุงคงเหลือ (หรือยอดเงินบำรุงที่เปลี่ยนแปลงไป) เป็นตัวชี้วัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การวัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลจากเงินบำรุงมีจุดอ่อนหลายประการ ตัวอย่างเช่น สถานพยาบาลบางแห่งที่เน้นเรื่องการรักษาสภาพคล่องเอาไว้อาจมีเงินบำรุงคงเหลือมากโดยใช้วิธีก่อนนี้หรือชำระหนี้ล่าช้า ในทางกลับกันสถานพยาบาลที่สต็อกยาและวัสดุคง

คลังอื่นๆ เอาไว้ใช้เป็นจำนวนมากก็ย่อมทำให้เหลือเงินบำรุงน้อยลง ดังนั้น ในบางกรณี กระทรวงสาธารณสุขจึงใช้ “เงินบำรุงสุทธิ” ในการวัดสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล โดยนิยาม

$$\text{เงินบำรุงสุทธิ} = (\text{เงินบำรุง} + \text{วัสดุคงคลัง} - \text{หนี้ค้างชำระของสถานพยาบาล})$$

อย่างไรก็ตาม นิยามนี้ก็ยังมีปัญหาอีกเช่นกัน เนื่องจากให้ความสนใจเฉพาะกับเจ้าหนี้ของโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รวมลูกหนี้ของโรงพยาบาลแต่อย่างใด (ซึ่งอาจเป็นเพราะในอดีตนั้นโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ไม่ผู้จะสนใจตามเก็บหนี้จากลูกหนี้ของตน (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนไข้หรือสถานพยาบาลรัฐที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา) เท่าใดนัก

การศึกษาในส่วนนี้วัดความเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงและเงินบำรุงสุทธิของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ดำเนินการเต็มตัวในทุกจังหวัดนอกกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลในตารางที่ 7.14 แสดงให้เห็นว่ายอดเงินบำรุงคงเหลือ³⁹ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงต้นปีงบประมาณ 2545 โดยเฉพาะในกลุ่มสถานพยาบาลขนาดเล็ก (โรงพยาบาลชุมชน) ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว (ประมาณ 2,453 ล้านบาท) ซึ่งน่าจะเป็นผลของวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ที่อิงตามจำนวนประชากร สำหรับโรงพยาบาลใหญ่ (ในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) นั้น มียอดเงินบำรุงรวมทั้งประเทศเกือบเท่าเดิม (แต่บางโรงพยาบาลอาจมีเงินบำรุงเพิ่มในขณะที่บางโรงพยาบาลมีเงินบำรุงลดลง) ทั้งนี้สถานะเงินบำรุงมีแนวโน้มปรับตัวขึ้นลงตามช่วงระยะเวลาการจัดสรรเงินจากส่วนกลางให้แก่จังหวัด/สถานพยาบาล โดยเพิ่มขึ้นมากในช่วงเดือนมีนาคม 2545 ซึ่งส่วนกลางได้กำหนดวิธีการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวโดยการจัดสรรงบล่วงหน้า (ประมาณร้อยละ 80) ให้เป็นเวลาสองเดือนเพื่อแก้ปัญหาความล่าช้าในการตรวจสอบจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายปีงบประมาณ สถานะเงินบำรุงมีแนวโน้มปรับตัวลดลงตามผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลที่เริ่มแยลง ประกอบกับเงินงบประมาณที่ตั้งเอาไว้ในหมวดเงินทุนหมุนเวียนเริ่มไม่พอเพียง ทำให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบล่าช้า (โดยงบเหมาจ่ายรายหัวบางส่วนของปีงบประมาณ 2545 ได้รับการจัดสรรก็ต่อเมื่อล่วงเลยไปถึงเดือนพฤศจิกายน 2545)

สถานะเงินบำรุงสุทธิ ซึ่งได้รวมวัสดุคงคลังและหนี้ค้างชำระเข้ามารวมคำนวณ (ทั้งในและนอกงบประมาณ) มีความเคลื่อนไหวในทิศทางเดียวกับเงินบำรุงคงเหลือ แต่ในขนาดที่ต่ำกว่า โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีสถานะเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงต้นปีงบประมาณประมาณ 1,577 ล้านบาท ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีสถานะเงินบำรุงสุทธิลดลง

³⁹ เป็นผลรวมจากสถานะเงินบำรุงคงเหลือ และเงินบำรุงคงเหลือสุทธิ (เงินบำรุง + วัสดุคงคลัง - หนี้ค้างชำระ (ไม่รวมลูกหนี้ค้างชำระ)) ของสถานพยาบาล โดยรวบรวมจากรายงาน 0110 รง.5

ประมาณ 1,275 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม ในการคำนวณเงินบำรุงสุทธินี้ไม่ได้รวมบัญชีลูกหนี้ค้างชำระทำให้สถานะเงินบำรุงของกลุ่มสถานพยาบาลขนาดใหญ่อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงว่าสถานพยาบาลเหล่านี้มักมีสถานะความเป็นเจ้าหนี้ของสถานพยาบาลขนาดรองลงไป (เช่น จากการรับผู้ป่วยส่งต่อ เป็นต้น) แต่การที่ยอดเงินบำรุงสุทธิของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปลดลง และของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นน้อยกว่ายอดเงินบำรุง ทำให้น่าจะอนุมานได้ว่าโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มที่จะพยายามรักษาสภาพคล่องเอาไว้โดยก่อกั้นมากขึ้นหรือชำระหนี้ช้าลง ซึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลในทั้งสองกลุ่มพยายามรักษาสภาพคล่องทางการเงินเอาไว้ หรืออาจเป็นเพราะโรงพยาบาลบางแห่งในทั้งสองกลุ่มเริ่มมีปัญหากการเงินทำให้มีความสามารถในการชำระหนี้ลดลง

เพื่อที่จะให้เห็นภาพที่ครบถ้วนขึ้น ตารางที่ 7.15 แสดงจำนวนสถานพยาบาลที่สถานะเงินบำรุงคงเหลือและเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นและลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อต้นปีงบประมาณ 2545 พบว่าหลังจากที่เวลาผ่านไปหนึ่งปี กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลนอกสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนสถานพยาบาลที่มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นพอๆ กับจำนวนสถานพยาบาลที่เงินบำรุงลดลง (แต่เมื่อเปรียบเทียบเงินบำรุงสุทธิพบว่าจำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นจะต่ำกว่าจำนวนโรงพยาบาลที่เงินบำรุงสุทธิลดลง (ในอัตราประมาณ 4:6) สำหรับในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีสัดส่วนของโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้นต่อจำนวนโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงคงเหลือลดลง อยู่ที่ประมาณ 7:3 (แต่เมื่อวัดจากเงินบำรุงสุทธิ สัดส่วนนี้จะลดลงเหลือประมาณ 6:4) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสถานะเงินบำรุงในทั้งสองกรณีนี้เป็นผลจากการบันทึกบัญชีโดยอิงเกณฑ์เงินสดเป็นหลัก โดยยังไม่ได้รวมรายรับรายจ่ายบางรายการ เช่น รายการตามจ่ายจากการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เงินชดเชยจากการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายและกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (High cost & AE) และงบลงทุนที่ส่วนกลางจัดสรรให้ รายการเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการชำระกันในปีงบประมาณ 2546 จึงทำให้สถานะเงินบำรุงของสถานพยาบาลขนาดใหญ่เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2545 อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง ขณะที่สถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจจะสูงกว่าความเป็นจริง

ตารางที่ 7.14 สถานะเงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ และเงินบำรุงคงเหลือ ปีงบประมาณ 2545

	สถานะเงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ					เงินบำรุงคงเหลือ				
	ต.ค.44*	ธ.ค.44	มี.ค.45	มิ.ย.45	ก.ย.45	ก.ย.44**	ธ.ค.44	มี.ค.45	มิ.ย.45	ก.ย.45
รวมสถานพยาบาลที่ใช้คำนวณ	769 แห่ง					787 แห่ง				
+ รพศ./รพท.	92 แห่ง					92 แห่ง				
+ รพช.	658 แห่ง					675 แห่ง				
+ รพ.นอก สป. ใน ก.สธ.	3 แห่ง					4 แห่ง				
+ รพ.รัฐ นอก ก.สธ.	16 แห่ง					16 แห่ง				
รวมเงินบำรุงทั่วประเทศ (ล้านบาท)	11,195.31	10,766.66	14,059.80	14,480.52	11,526.68	11,855.67	11,940.24	15,515.79	16,118.57	14,305.48
+ รพศ./รพท.	7,422.75	6,954.76	7,837.57	7,654.96	6,147.78	8,079.93	8,130.79	9,125.32	8,977.12	8,037.51
+ รพช.	3,725.27	3,764.12	6,145.13	6,730.78	5,302.04	3,734.51	3,739.26	6,295.51	7,040.64	6,187.28
+ รพ.นอก สป. ใน ก.สธ.	17.99	16.31	13.22	5.53	-2.76	26.66	40.73	33.52	11.26	4.19
+ รพ.รัฐ นอก ก.สธ.	29.30	31.48	63.88	89.24	79.62	14.57	29.46	61.44	89.55	76.51

หมายเหตุ : - ผลรวมเงินบำรุงเป็นผลรวมของเงินบำรุงระดับสถานพยาบาลที่มีข้อมูลครบทุกช่วงเวลา เพื่อให้ผลรวมระดับประเทศและตามประเภทสถานพยาบาลสามารถเปรียบเทียบกันได้

* ใช้ข้อมูล ณ สิ้นเดือนตุลาคม 2544 เนื่องจากไม่มีข้อมูลวัสดุคงคลังและหนี้ค้างชำระของเดือนกันยายน 2544

** ใช้ข้อมูล ณ ต้นเดือนตุลาคม 2544 ซึ่งเป็นยอดยกมาจากเดือนกันยายน 2544

ตารางที่ 7.15 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสถานะเงินบำรุงสุทธิ (เงินบำรุงคงเหลือ+วัสดุคงคลัง-หนี้ค้างชำระ) ระหว่างปีกับต้นปีงบประมาณ 2545

เปรียบเทียบกับต้น ปีงบประมาณ	เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ (เปรียบเทียบกับตุลาคม 2544)								เงินบำรุงคงเหลือ (เปรียบเทียบกับกันยายน 2544)							
	ธ.ค. 44		มี.ค. 45		มิ.ย. 45		ก.ย. 45		ธ.ค. 44		มี.ค. 45		มิ.ย. 45		ก.ย. 45	
	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%	(แห่ง)	%
รวมทั้งประเทศ	816	100%	810	100%	811	100%	782	100%	832	100%	830	100%	817	100%	805	100%
+ สถานะเพิ่ม	360	44%	603	74%	626	77%	463	59%	401	48%	650	78%	669	82%	538	67%
- สถานะลด	456	56%	207	26%	185	23%	319	41%	431	52%	180	22%	148	18%	267	33%
รพศ./รพท.	92	100%	92	100%	92	100%	92	100%	92	100%	92	100%	92	100%	92	100%
+ สถานะเพิ่ม	31	34%	57	62%	54	59%	39	42%	40	43%	65	71%	63	68%	46	50%
- สถานะลด	61	66%	35	38%	38	41%	53	58%	52	57%	27	29%	29	32%	46	50%
รพช.	691	100%	689	100%	690	100%	668	100%	701	100%	701	100%	693	100%	690	100%
+ สถานะเพิ่ม	312	45%	526	76%	553	80%	411	62%	334	48%	558	80%	585	84%	478	69%
- สถานะลด	379	55%	163	24%	137	20%	257	38%	367	52%	143	20%	108	16%	212	31%
รพ.นอก สป. ก.สธ.	10	100%	9	100%	8	100%	4	100%	12	100%	12	100%	9	100%	4	100%
+ สถานะเพิ่ม	6	60%	4	44%	4	50%	2	50%	9	75%	7	58%	5	56%	2	50%
- สถานะลด	4	40%	5	56%	4	50%	2	50%	3	25%	5	42%	4	44%	2	50%
รพ.รัฐ นอก ก.สธ.	23	100%	20	100%	21	100%	18	100%	27	100%	25	100%	23	100%	19	100%
+ สถานะเพิ่ม	11	48%	16	80%	15	71%	11	61%	18	67%	20	80%	16	70%	12	63%
- สถานะลด	12	52%	4	20%	6	29%	7	39%	9	33%	5	20%	7	30%	7	37%

หมายเหตุ : เงินบำรุงรวมวัสดุคงคลังหักหนี้ค้างชำระ ใช้ข้อมูล ณ สิ้นเดือนตุลาคม 2544 เป็นฐานในการเปรียบเทียบเนื่องจากไม่สามารถหาข้อมูลวัสดุคงคลัง และหนี้ค้างชำระ ณ สิ้นเดือนกันยายน

2544; ส่วนเงินบำรุงคงเหลือ ใช้ข้อมูล ณ ต้นเดือนตุลาคม 2544 (ขอยกมาจากสิ้นเดือนกันยายน) เป็นฐานในการเปรียบเทียบ

7.3 กิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545

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

ข้อมูลส่วนที่คณะผู้วิจัยได้จากการศึกษาในพื้นที่และจากการสัมภาษณ์แพทย์และบุคลากรจำนวนหนึ่งจากสถานพยาบาลต่างๆ ก็พบคำตอบในทั้งสองทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการใช้บริการของผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ บุคลากรจากสถานพยาบาลหลายแห่งระบุว่ามีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการเพิ่มขึ้นมาก ทำให้หลายโรงพยาบาลต้องขยายเวลาตรวจผู้ป่วยนอก (เช่น จากที่เคยตรวจเฉพาะช่วงเช้าเป็นเต็มวัน) และโรงพยาบาลที่ส่งแพทย์ไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU หรือที่เคยใช้ชื่อว่า PMC ในช่วงที่เริ่มโครงการฯ) ก็พบว่ามีการใช้บริการมากกว่าช่วงที่ยังเป็นสถานีอนามัยเดิม อย่างไรก็ตามก็มีบุคลากรจากสถานพยาบาลหลายแห่งที่ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการไม่ได้ต่างจากเดิม แต่จะเป็นการเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามฤดูกาลเสียมากกว่า แม้ว่าข้อมูลเหล่านี้ได้จากการเก็บรวบรวมที่ไม่เป็นระบบ แต่ก็ชวนให้เชื่อว่าในภาพรวมแล้วมีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยที่ยกระดับมาเป็นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะบอกไม่ได้ว่าเพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด

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

ก. ข้อมูลที่แถลงโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ช่วงต้นปี 2546 เป็นต้นมา ระบุว่าผู้ป่วยนอกมาใช้บริการมากขึ้นประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยในลดลงประมาณร้อยละ 9 (ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอธิบายว่าเป็นเพราะความสำเร็จของการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ตัวเลขชุดนี้

ปรากฏในเอกสารที่ สปสช. จัดทำขึ้นประกอบกับการเสนอของงบประมาณที่ขาดไปเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ 2546 ด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในช่วงดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างใน กระทรวงสาธารณสุข (รวมทั้งการแยก สปสช. ออกจากกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงตัวบุคคลที่ทำหน้าที่เรื่องข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ บ่อยครั้ง จนผู้วิจัยไม่สามารถ ติดตามได้ว่าข้อมูลชุดนี้รวบรวมหรือคำนวณมาโดยวิธีใด แต่ผู้บริหาร สปสช. บางท่านระบุว่าข้อมูล ชุดนี้น่าจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นมากกว่าที่จะเป็นข้อมูลที่สมบูรณ์

ข. ข้อมูลการให้บริการจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมการใช้ บริการของผู้ป่วยทุกสิทธิจากข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานมาที่ส่วนกลาง (เป็นข้อมูล ของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ เป็นหลัก) ตารางที่ 7.16 ซึ่งแสดงข้อมูลการให้บริการของ สถานพยาบาลในช่วงปีงบประมาณ 2541-2545⁴⁰ แสดงให้เห็นแนวโน้มการให้บริการของ สถานพยาบาลที่เพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ซึ่งรวมถึงในปีงบประมาณ 2545 ด้วย) แต่จำนวนการให้บริการของสถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในนั้น ไม่ได้แตกต่างจากแนวโน้มในปีก่อนๆ อย่างชัดเจน

⁴⁰ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในปี 2543-45 ยังขาดข้อมูล 1, 2 และ 3 จังหวัดตามลำดับ

**ตารางที่ 7.16 กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยนอก/ใน รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2541 – 2545^{1/}**

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

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

หมายเหตุ : 1/ สนย. รวบรวมจากข้อมูลนำส่งของสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 75 จังหวัด (ยกเว้น กทม.) เป็นข้อมูลของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ เป็นหลัก ตั้งแต่ระดับ รพศ./รพท.โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยทั้งนี้อาจรวมถึงโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักปลัดฯ (ไม่สามารถระบุได้ว่าข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานมามีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่)

2/ ขาดข้อมูลของจังหวัดมหาสารคาม

3/ ขาดข้อมูลของจังหวัดเพชรบูรณ์ มหาสารคาม

4/ ขาดข้อมูลของจังหวัดสมุทรสงคราม มหาสารคาม ลพบุรี

ค. ข้อมูลจากรายงานกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลตามแบบ 0110 รง.5

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลตามแบบ 0110 รง.5 จากเฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 812 แห่ง (ไม่รวม กทม.) ที่ซึ่งรายงานมาที่กระทรวงสาธารณสุข และนำเฉพาะข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบทั้ง 3 ปีในระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 จำนวน 787 แห่งมาประมวลผลจำนวนการใช้บริการในระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ก็ประสบปัญหาจากการเปลี่ยนนิยามผู้ป่วยนอกในปี 2545

จากการประมวลผล ซึ่งแสดงไว้ในตารางที่ 7.17 พบว่าจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2545 เพิ่มขึ้นจากปี 2544 มากกว่าหนึ่งเท่าตัว กล่าวคือเพิ่มจาก 60.85 ล้านครั้งเป็น 120.93 ล้านครั้ง หรือเมื่อคิดเป็นอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร (ตารางที่ 7.18) จะเพิ่มจาก 1.2

และ 1.3 ครั้งต่อคนในปี 2543-44 เป็น 2.6 ครั้งต่อคนในปี 2545 อย่างไรก็ตาม รายงาน 0110 รง.5 ของปี 2545 ได้รวมกิจกรรมของสถานพยาบาลลูกข่าย (PMC) ซึ่งประกอบด้วยสถานอนามัยเป็นหลัก ในขณะที่รายงานปี 2543-44 ไม่ได้รวมข้อมูลของสถานอนามัย (จนถึงปัจจุบันผู้วิจัยยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลของสถานอนามัยย้อนหลังได้) ดังนั้น เพื่อให้เห็นภาพเฉพาะกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ในตารางที่ 7.19 และ 7.20 จึงคำนวณหาจำนวนและอัตราการให้บริการกรณีปี 2545 ไม่รวม PMC พบว่าสถานพยาบาลแม่ข่ายให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปี 2545 ประมาณ 93.6 ล้านครั้ง หรือเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี 2544 ที่ให้บริการ 60.85 ล้านครั้ง หรือหากคำนวณเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อจำนวนประชากรจะเห็นว่าในปี 2545 มีอัตราการให้บริการประมาณ 2 ครั้ง/คน ในขณะที่ปี 2543-44 มีอัตราการให้บริการ 1.2 และ 1.3 ครั้งต่อคน

ในส่วนของการรับผู้ป่วยในและจำนวนวันนอนในปี 2545 (ตารางที่ 7.19 และ 7.20) เพิ่มขึ้นเป็น 5.27 ล้านคน และ 21.29 ล้านวัน จาก 4.78, 5.18 ล้านคน และ 18.47, 19.81 ล้านวัน ในปี 2543-44 ตามลำดับ ถือเป็นจำนวนการเพิ่มที่ไม่แตกต่างมากนักเมื่อเทียบกับแนวโน้มของปีก่อนๆ และหากพิจารณาเป็นสัดส่วนต่อประชากรพบว่าการให้บริการไม่แตกต่างจากปี 2545 มากนัก (ตารางที่ 7.20) โดยอัตราการรับผู้ป่วยในต่อประชากรทั้งประเทศในปี 2545 เท่ากับร้อยละ 11.3 เท่ากับปี 2544 แต่เมื่อแยกคำนวณตามขนาดสถานพยาบาลพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในต่อประชากรในปี 2545 ของสถานพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนสถานพยาบาลขนาดกลางและเล็กลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อน ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 3.9 และ 3.8 วัน/ผู้ป่วยในหนึ่งคนในปี 2543 และ 2544 เป็น 4.0 วัน/คนในปี 2545 โดยเพิ่มในส่วน of โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่วนโรงพยาบาลขนาดกลางและเล็กแทบไม่แตกต่างจากปีก่อน สำหรับส่วนของอัตราการรับและส่ง Refer มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีก่อน โดยเฉพาะการส่ง Refer ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.8 และ 2.0 ในปี 2543-44 เป็นร้อยละ 2.9 ในปี 2545⁴¹

แม้ว่าข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ที่คณะผู้วิจัยรวบรวมมาในช่วงกลางปี 2546 จะไม่ครบทุกโรงพยาบาล (รวมทั้งคณะผู้วิจัยตัดสถานพยาบาลที่มีข้อมูลไม่ครบทั้งสามปีออกเพื่อทำการเปรียบเทียบอัตราการให้บริการข้ามปีมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น) แต่คณะผู้วิจัยเชื่อว่าข้อมูลที่เสนอในที่นี้ก็จะมีความสมบูรณ์กว่าในช่วงต้นปีที่กระทรวงสาธารณสุขรายงานในหัวข้อ ก. ซึ่งจากข้อมูลที่

⁴¹ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลของปี 2543 และ 2544 อาจจะมีคุณภาพไม่ดีนัก เนื่องจากการบันทึกและรายงานของสถานพยาบาลหลายแห่งโดยเฉพาะระดับกลางและเล็กไม่ค่อยเป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง โดยปี 2543 โรงพยาบาลชุมชนจะส่งรายงาน 0110 รง.5 ทุก 4 เดือน และเปลี่ยนเป็นทุก 3 เดือนในปี 2544 ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการส่งรายงานทุกเดือน (ในอดีต โรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มขึ้นอยู่กับหน่วยงานแยกกัน เพิ่งจะถูกนำมารวมให้ขึ้นอยู่กัหน่วยงานเดียวกันในช่วงที่มีการดำเนินโครงการ 30 บาท)

ได้นั้น อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 (ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) แต่อัตราการให้บริการผู้ป่วยในก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งตรงกันข้าม กับที่รายงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่าจำนวนผู้ป่วยในลดลง (แต่ยอดผู้ป่วยในที่ คณะผู้วิจัยรวบรวมมาได้ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากเท่ากับข้อมูลจาก สนย. ในข้อ ข.) อย่างไรก็ตาม จาก ข้อมูลที่รวบรวมมาได้ก็ยืนยันสมมุติฐาน (และข้อสังเกต) ของหลายฝ่ายว่าน่าจะมีผู้มาใช้บริการใน สถานพยาบาลของรัฐมากขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทฯ ซึ่งส่วนหนึ่งก็สอดคล้องกับเป้าหมาย ของโครงการที่ต้องการเปิดโอกาสให้ประชาชนส่วนหนึ่งสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มาก ขึ้น แต่ก็ย่อมทำให้ภาระงานของสถานพยาบาลเหล่านี้เพิ่มขึ้นด้วย

ตารางที่ 7.17 เปรียบเทียบจำนวนกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ระหว่างปี 2543-45 (ปี 2545 รวม PMC)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยนอกรายใหม่ (ล้านคน)			จำนวนครั้งการใช้บริการ ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)			จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน)			จำนวนวันนอน (ล้านวัน)			ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (ล้านคน)			รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ (ล้านคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวมทั้งประเทศ	19.71	21.32	50.78	55.22	60.85	120.93	4.78	5.18	5.34	18.47	19.81	21.44	0.82	0.91	1.51	1.39	1.46	1.65
รพ.ใหญ่	5.22	5.65	13.93	15.64	17.40	35.14	1.94	2.10	2.41	9.63	10.02	12.33	0.09	0.10	0.23	0.65	0.73	1.08
รพ.กลาง&เล็ก	14.49	15.68	36.85	39.58	43.45	85.79	2.83	3.08	2.93	8.84	9.79	9.12	0.73	0.81	1.29	0.75	0.73	0.57
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive	7.92	8.42	19.41	21.92	23.78	45.26	1.89	2.04	2.10	7.08	7.65	8.30	0.32	0.35	0.55	0.49	0.48	0.53
รพ.ใหญ่	2.06	2.12	5.01	5.89	6.54	12.53	0.75	0.82	0.93	3.67	3.84	4.86	0.03	0.04	0.09	0.24	0.24	0.38
รพ.กลาง&เล็ก	5.86	6.31	14.40	16.03	17.24	32.73	1.13	1.22	1.17	3.40	3.81	3.44	0.29	0.31	0.45	0.25	0.24	0.15
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive	10.22	11.31	27.18	29.08	32.58	66.12	2.51	2.75	2.84	10.03	10.74	11.57	0.43	0.49	0.84	0.75	0.83	0.98
รพ.ใหญ่	2.96	3.33	8.15	8.91	9.95	20.61	1.08	1.16	1.33	5.43	5.61	6.70	0.06	0.06	0.12	0.34	0.42	0.61
รพ.กลาง&เล็ก	7.26	7.98	19.03	20.18	22.62	45.51	1.43	1.59	1.51	4.60	5.13	4.87	0.38	0.43	0.72	0.41	0.41	0.38
รวมจังหวัดที่ใช้ Mixed	1.58	1.59	4.19	4.21	4.49	9.56	0.37	0.38	0.40	1.36	1.42	1.57	0.07	0.07	0.12	0.16	0.15	0.14
รพ.ใหญ่	0.20	0.20	0.77	0.84	0.90	2.00	0.11	0.11	0.15	0.53	0.57	0.76	0.01	0.01	0.01	0.07	0.07	0.10
รพ.กลาง&เล็ก	1.38	1.39	3.42	3.37	3.59	7.56	0.27	0.27	0.25	0.83	0.85	0.80	0.06	0.07	0.11	0.09	0.08	0.04

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5

หมายเหตุ : - ข้อมูลปี 2545 รวม PMC ขณะที่ ข้อมูลปี 2543 และ 2544 ไม่รวมข้อมูลของสถานื่อนามัย

- เปรียบเทียบเฉพาะในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทั้ง 3 ปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง)

ตารางที่ 7.18 อัตราการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ระหว่างปี 2543-45
(ปี 2545 รวม PMC)

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด	อัตราจำนวนราย ผป. นอก / ปชก.(คน/คน)			อัตราจำนวน ครั้งการใช้ บริการของ ผป.นอก / ปชก.(ครั้ง/ คน)			อัตราจำนวนครั้ง การใช้บริการของ ผป.ใน / ปชก.(%)			อัตราจำนวนวัน นอน / จำนวน ผป.ใน (วัน/คน)			อัตราการส่ง Refer / ปชก.(%)			อัตราการรับ Refer / ปชก.(%)		
	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45
รวมทั้งประเทศ	0.4	0.5	1.1	1.2	1.3	2.6	10.5	11.3	11.5	3.9	3.8	4.0	1.8	2.0	3.3	3.1	3.2	3.6
รพ.ใหญ่	0.4	0.5	1.2	1.3	1.5	2.9	16.4	17.5	19.9	5.0	4.8	5.1	0.8	0.9	1.9	5.5	6.1	8.9
รพ.กลาง&เล็ก	0.4	0.5	1.1	1.2	1.3	2.5	8.4	9.1	8.5	3.1	3.2	3.1	2.2	2.4	3.7	2.2	2.2	1.7
จว.ที่ใช้ Exclusive	0.4	0.5	1.1	1.2	1.3	2.5	10.6	11.3	11.5	3.8	3.7	4.0	1.8	1.9	3.0	2.7	2.7	2.9
รพ.ใหญ่	0.5	0.5	1.2	1.4	1.5	2.9	17.8	19.3	21.5	4.9	4.7	5.2	0.8	0.9	2.2	5.6	5.6	8.8
รพ.กลาง&เล็ก	0.4	0.5	1.0	1.2	1.3	2.4	8.3	8.9	8.4	3.0	3.1	2.9	2.1	2.3	3.3	1.8	1.8	1.1
จว.ที่ใช้ Inclusive	0.4	0.5	1.1	1.2	1.3	2.7	10.4	11.3	11.5	4.0	3.9	4.1	1.8	2.0	3.4	3.1	3.4	4.0
รพ.ใหญ่	0.4	0.5	1.1	1.3	1.4	2.9	15.4	16.5	18.7	5.0	4.8	5.0	0.8	0.8	1.7	4.9	5.9	8.5
รพ.กลาง&เล็ก	0.4	0.5	1.1	1.2	1.3	2.6	8.3	9.2	8.6	3.2	3.2	3.2	2.2	2.5	4.1	2.4	2.4	2.2
จว.ที่ใช้ Mixed	0.5	0.5	1.2	1.2	1.3	2.7	10.9	11.0	11.3	3.6	3.7	3.9	2.0	2.1	3.5	4.6	4.3	3.9
รพ.ใหญ่	0.3	0.3	1.2	1.3	1.4	3.1	17.1	17.5	23.4	4.9	5.1	5.1	1.1	1.2	1.8	11.1	11.6	15.1
รพ.กลาง&เล็ก	0.5	0.5	1.2	1.2	1.3	2.6	9.5	9.6	8.6	3.1	3.1	3.3	2.2	2.3	3.9	3.1	2.7	1.3

ที่มา : รวบรวมจาก รายงาน 0110 รง.5

หมายเหตุ : - ข้อมูลปี 2545 รวม PMC ขณะที่ ข้อมูลปี 2543 และ 2544 ไม่รวมข้อมูลของสถานเอนามัย

- ประชากรรวมที่ใช้เป็นตัวหารเพื่อหาอัตราร้อยละ เป็นข้อมูลถัวเฉลี่ยของปี 2545 และสมมติให้ประชากรปี 2544 และ 2543 มีอัตราการเติบโตจากปีก่อนหน้าร้อยละ 1 (เทียบบัญญัติไตรยางค์ย้อนหลัง) โดยผลรวมของจำนวนประชากรที่มีสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม (ประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ นำข้อมูลมาจากรายงาน 10 ตารางที่จังหวัดส่งให้สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ) สิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิจากบัตรสุขภาพ 500 บาท (ประชากรทั้งสองกลุ่มหลังนี้ นำมาจากรายงานของ สปสช. ที่ตรวจสอบสิทธิแล้ว)
- อัตราส่วนต่างๆ คำนวณจากผลรวมระดับสถานพยาบาล และถัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของสถานพยาบาลเพื่อให้ได้อัตราส่วนในภาพรวมระดับจังหวัด/ประเทศ โดยใช้เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทั้ง 3 ปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง)

ตารางที่ 7.19 เปรียบเทียบจำนวนกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ระหว่างปี 2543-45 (กรณีปี 2545 ไม่รวม PMC)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยนอกรายใหม่ (ล้านคน)			จำนวนครั้งการใช้บริการ ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)			จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน)			จำนวนวันนอน (ล้านวัน)			ส่งผู้ป่วยรักษาต่อ (ล้านคน)			รับผู้ป่วยรักษาต่อ (ล้านคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวมทั้งประเทศ	19.71	21.32	39.34	55.22	60.85	93.59	4.78	5.18	5.27	18.47	19.81	21.29	0.82	0.91	1.33	1.39	1.46	1.54
รพ.ใหญ่	5.22	5.65	10.94	15.64	17.40	28.29	1.94	2.10	2.37	9.63	10.02	12.26	0.09	0.10	0.19	0.65	0.73	1.02
รพ.กลาง&เล็ก	14.49	15.68	28.40	39.58	43.45	65.30	2.83	3.08	2.89	8.84	9.79	9.02	0.73	0.81	1.14	0.75	0.73	0.53
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive	7.92	8.42	15.21	21.92	23.78	35.39	1.89	2.04	2.08	7.08	7.65	8.26	0.32	0.35	0.48	0.49	0.48	0.46
รพ.ใหญ่	2.06	2.12	4.09	5.89	6.54	10.29	0.75	0.82	0.92	3.67	3.84	4.85	0.03	0.04	0.08	0.24	0.24	0.33
รพ.กลาง&เล็ก	5.86	6.31	11.13	16.03	17.24	25.10	1.13	1.22	1.16	3.40	3.81	3.41	0.29	0.31	0.40	0.25	0.24	0.13
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive	10.22	11.31	20.85	29.08	32.58	50.63	2.51	2.75	2.82	10.03	10.74	11.49	0.43	0.49	0.73	0.75	0.83	0.95
รพ.ใหญ่	2.96	3.33	6.26	8.91	9.95	16.35	1.08	1.16	1.33	5.43	5.61	6.68	0.06	0.06	0.10	0.34	0.42	0.59
รพ.กลาง&เล็ก	7.26	7.98	14.59	20.18	22.62	34.29	1.43	1.59	1.49	4.60	5.13	4.81	0.38	0.43	0.64	0.41	0.41	0.35
รวมจังหวัดที่ใช้ Mixed	1.58	1.59	3.28	4.21	4.49	7.57	0.37	0.38	0.37	1.36	1.42	1.54	0.07	0.07	0.11	0.16	0.15	0.13
รพ.ใหญ่	0.20	0.20	0.59	0.84	0.90	1.65	0.11	0.11	0.12	0.53	0.57	0.74	0.01	0.01	0.01	0.07	0.07	0.10
รพ.กลาง&เล็ก	1.38	1.39	2.68	3.37	3.59	5.91	0.27	0.27	0.24	0.83	0.85	0.80	0.06	0.07	0.10	0.09	0.08	0.04

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5

หมายเหตุ : - ข้อมูลปี 2545 ไม่รวม PMC ขณะที่ ข้อมูลปี 2543 และ 2544 ไม่รวมข้อมูลของสถานื่อนามัย

- เปรียบเทียบเฉพาะในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทั้ง 3 ปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง)

ตารางที่ 7.20 เปรียบเทียบอัตราการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ระหว่างปี 2543-45 (กรณีปี 2545 ไม่รวม PMC)

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด	อัตราจำนวนราย ผ.นอก / ปชก.(คน/ คน)			อัตราจำนวนครั้งการใช้ บริการของ ผ.นอก / ปชก.(ครั้ง/คน)			อัตราจำนวนครั้งการใช้ บริการของ ผ.ใน / ปชก.(%)			อัตราจำนวนวัน นอน / จำนวน ผ.ใน (วัน/คน)			อัตราการส่ง Refer / ปชก.(%)			อัตราการรับ Refer / ปชก.(%)		
	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45	43	44	45
รวมทั้งประเทศ	0.4	0.5	0.8	1.2	1.3	2.0	10.5	11.3	11.3	3.9	3.8	4.0	1.8	2.0	2.9	3.1	3.2	3.3
รพ.ใหญ่	0.4	0.5	0.9	1.3	1.5	2.3	16.4	17.5	19.6	5.0	4.8	5.2	0.8	0.9	1.5	5.5	6.1	8.4
รพ.กลาง&เล็ก	0.4	0.5	0.8	1.2	1.3	1.9	8.4	9.1	8.4	3.1	3.2	3.1	2.2	2.4	3.3	2.2	2.2	1.5
จว.ที่ใช้ Exclusive	0.4	0.5	0.8	1.2	1.3	1.9	10.6	11.3	11.4	3.8	3.7	4.0	1.8	1.9	2.6	2.7	2.7	2.5
รพ.ใหญ่	0.5	0.5	0.9	1.4	1.5	2.4	17.8	19.3	21.5	4.9	4.7	5.2	0.8	0.9	1.9	5.6	5.6	7.6
รพ.กลาง&เล็ก	0.4	0.5	0.8	1.2	1.3	1.8	8.3	8.9	8.3	3.0	3.1	2.9	2.1	2.3	2.9	1.8	1.8	1.0
จว.ที่ใช้ Inclusive	0.4	0.5	0.8	1.2	1.3	2.1	10.4	11.3	11.4	4.0	3.9	4.1	1.8	2.0	3.0	3.1	3.4	3.8
รพ.ใหญ่	0.4	0.5	0.9	1.3	1.4	2.3	15.4	16.5	18.5	5.0	4.8	5.0	0.8	0.8	1.3	4.9	5.9	8.3
รพ.กลาง&เล็ก	0.4	0.5	0.8	1.2	1.3	2.0	8.3	9.2	8.5	3.2	3.2	3.2	2.2	2.5	3.6	2.4	2.4	2.0
จว.ที่ใช้ Mixed	0.5	0.5	0.9	1.2	1.3	2.2	10.9	11.0	10.4	3.6	3.7	4.2	2.0	2.1	3.3	4.6	4.3	3.8
รพ.ใหญ่	0.3	0.3	0.9	1.3	1.4	2.6	17.1	17.5	19.1	4.9	5.1	6.0	1.1	1.2	1.6	11.1	11.6	15.1
รพ.กลาง&เล็ก	0.5	0.5	0.9	1.2	1.3	2.1	9.5	9.6	8.5	3.1	3.1	3.3	2.2	2.3	3.6	3.1	2.7	1.3

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5

หมายเหตุ : - ข้อมูลปี 2545 ไม่รวม PMC ขณะที่ ข้อมูลปี 2543 และ 2544 ไม่รวมข้อมูลของสถานอนามัย

- ประชากรรวมที่ใช้เป็นตัวหารเพื่อหาอัตราร้อยละ เป็นข้อมูลถัวเฉลี่ยของปี 2545 และสมมติให้ประชากรปี 2544 และ 2543 มีอัตราการเติบโตจากปีก่อนหน้าร้อยละ 1 (เทียบบัญญัติไตรยางค์ย้อนหลัง) โดยผลรวมของจำนวนประชากรที่มีสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม (ประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ นำข้อมูลมาจากรายงาน 10 ตารางที่จังหวัดส่งให้สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ) สิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิจากบัตรสุขภาพ 500 บาท (ประชากรทั้งสองกลุ่มหลังนี้ นำมาจากรายงานของ สปสช.ที่ตรวจสอบสิทธิแล้ว)
- อัตราส่วนต่างๆ คำนวณจากผลรวมระดับสถานพยาบาล และถัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของสถานพยาบาลเพื่อให้ได้อัตราส่วนในภาพรวมระดับจังหวัด/ประเทศ โดยใช้เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดฯ ที่มีข้อมูลครบทั้ง 3 ปี จำนวน 787 แห่ง (จาก 812 แห่ง)

การเปรียบเทียบกิจกรรมการให้บริการในระหว่างปีงบประมาณ 2545

การประเมินกิจกรรมการให้บริการได้จัดทำโดยคำนวณเป็นอัตราส่วนจำนวนการให้บริการต่อจำนวนประชากรแยกตามประเภทสิทธิ ซึ่งข้อมูลกิจกรรมการให้บริการนำมาจาก รายงาน 0110 รง.5 ส่วนประชากรภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ UC นำมาจากรายงานที่ ตรวจสอบโดยสำนักงานประกันสุขภาพ (สปภ.) โดยไม่รวมกรุงเทพมหานคร ขณะที่ประชากรตาม สิทธิข้าราชการและประกันสังคมไม่สามารถรวบรวมในระดับสถานพยาบาลได้ จึงนำข้อมูลจาก รายงาน 10 ตารางที่สถานพยาบาลหรือจังหวัดส่งให้ส่วนกลางเมื่อช่วงปลายปี 2544 และต้นปี 2545 นอกจากนี้เพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มการปรับตัวของสถานพยาบาลจึงได้แบ่งช่วงเวลาการ พิจารณาออกเป็นช่วงครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ 2545 โดยคำนวณจากรายงานของ สถานพยาบาลเฉพาะที่มีข้อมูลครบทั้งสองช่วงเวลาเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้

จากตารางที่ 7.21 ชี้ให้เห็นว่าการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกของประชากรในกลุ่ม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราสูงสุด (มากกว่า 3 ครั้ง/คน-ปี) ขณะที่ผู้มีสิทธิ ประกันสังคมมีอัตราใช้บริการประมาณ 1.7 ครั้ง/คน/ปี และผู้มีสิทธิจากโครงการ 30 บาท ประเภท บัตรทอง 30 บาท มีอัตราการใช้บริการต่ำสุด 1.4-1.5 ครั้ง/คน/ปี ส่วนกลุ่มบัตรทอง “ท” (กลุ่ม สปร. เดิม) มีอัตราการใช้บริการใกล้เคียงกับกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คือประมาณ 2.8- 3.3 ครั้ง/ปี เมื่อแยกพิจารณาการใช้บริการแบ่งตามขนาดสถานพยาบาลพบว่า กลุ่มสวัสดิการ ข้าราชการและประกันสังคมมีการใช้บริการในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ในสัดส่วนสูงกว่าการใช้ บริการในสถานพยาบาลขนาดกลางและเล็ก ขณะที่กลุ่ม UC ทั้ง 2 ประเภท มีสัดส่วนการใช้บริการ กับสถานพยาบาลขนาดใหญ่และกลาง/เล็กใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการใน สถานพยาบาลของภาครัฐและเอกชน พบว่ากลุ่มประกันสังคมที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชน มีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าจากผู้ลงทะเบียนที่สถานพยาบาลรัฐ ขณะที่กลุ่มสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเป็นส่วนใหญ่ (ซึ่งคงเป็นเพราะผู้มีสิทธิ จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะเบิกได้เฉพาะเมื่อใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ เท่านั้น) ในส่วนของผู้ใช้สิทธิบัตรทองประเภท 30 บาทที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลของรัฐและ เอกชนมีอัตราการใช้สิทธิใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มผู้ใช้สิทธิบัตรทอง “ท” (กลุ่ม สปร.เดิม) ที่ขึ้นทะเบียน กับสถานพยาบาลของรัฐมีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่ากลุ่มที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของ เอกชน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มในการใช้บริการพบว่าทุกกลุ่มสิทธิมีการใช้บริการ ในครึ่งปีหลังเพิ่มขึ้นจากครึ่งปีแรก

ตารางที่ 7.21 อัตราส่วนจำนวนครั้งการใช้บริการของผู้ป่วยนอกต่อประชากร (OP ครั้ง/ปชก.) แยกตามสิทธิ ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปีงบประมาณ 2545 (ปรับอัตราเป็นต่อปี)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด	สิทธิข้าราชการ				สิทธิประกันสังคม				สิทธิ UC 30บ.+บัตรฯ				สิทธิ UC (สปร)				สิทธิ UC รวม				รวมทุกสิทธิ			
	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
รวมทั่วประเทศ	3.0	3.0	3.3	3.3	1.4	1.6	1.6	1.7	1.3	1.5	1.4	1.5	2.7	2.9	3.1	3.3	2.1	2.2	2.3	2.5	2.3	2.5	2.6	2.8
รพ.ใหญ่	4.0	4.1	4.3	4.3	1.9	2.0	1.9	2.1	1.3	1.5	1.3	1.5	2.6	2.9	2.8	3.1	1.9	2.2	2.0	2.3	2.5	2.8	2.7	3.0
รพ.กลาง&เล็ก	2.4	2.4	2.7	2.7	1.1	1.2	1.3	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5	2.8	2.9	3.2	3.3	2.1	2.2	2.4	2.5	2.3	2.3	2.6	2.7
รพ.รัฐ	3.0	3.0	3.3	3.3	1.4	1.5	1.5	1.7	1.3	1.5	1.4	1.5	2.7	2.9	3.1	3.3	2.1	2.2	2.3	2.5	2.3	2.5	2.6	2.8
รพ.เอกชน	3.8	3.8	1.0	1.0	4.2	4.4	2.9	2.9	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	2.1	2.2	1.3	1.4	1.7	1.7	2.6	2.7	2.4	2.5
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive	3.3	3.3	3.4	3.4	1.4	1.5	1.6	1.7	1.3	1.4	1.4	1.5	2.5	2.7	3.0	3.1	1.9	2.0	2.2	2.3	2.2	2.3	2.5	2.7
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive	2.9	2.9	3.2	3.2	1.5	1.6	1.6	1.8	1.4	1.5	1.4	1.5	2.8	3.0	3.2	3.3	2.2	2.3	2.4	2.5	2.4	2.6	2.7	2.8
รวมจังหวัดที่ใช้ Mixed	3.1	3.1	3.5	3.5	0.9	1.0	1.0	1.1	1.5	1.7	1.7	1.9	3.0	3.1	3.4	3.6	2.2	2.4	2.6	2.8	2.4	2.5	2.8	2.9

หมายเหตุ : - กิจกรรมการให้บริการนำมาจากรายงาน 0110 รง.5, ประชากรตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมนำมาจากรายงาน 10 ตารางที่จังหวัดรวบรวมส่งให้สำนัก
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข , ประชากรจากสิทธิ UC และบัตรสุขภาพ 500 บาท นำมาจากรายงานประชากรที่ตรวจสอบแล้วจาก สปสช.
- อัตราส่วนในภาพรวมคำนวณโดยการถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากรของแต่ละสถานพยาบาล
- ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

ตารางที่ 7.22 อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยในต่อประชากรร้อยละ (จำนวนคน IP/ปชก.ร้อยละ) แยกตามสิทธิ ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปีงบประมาณ 2545 (ปรับอัตราเป็นต่อปี)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด	สิทธิข้าราชการ				สิทธิประกันสังคม				สิทธิ UC 30บ.+บัตรฯ				สิทธิ UC (สปร)				สิทธิ UC รวม				รวมทุกสิทธิ			
	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง	
	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
รวมทั่วประเทศ	16.9	17.1	18.6	18.9	4.8	5.4	5.2	6.1	5.1	6.7	5.9	7.9	8.2	10.1	9.4	11.7	6.7	8.5	7.8	10.0	9.0	10.7	10.4	12.4
รพ.ใหญ่	26.8	27.0	28.1	28.5	7.1	7.9	7.8	9.0	6.4	11.4	7.3	13.1	9.9	16.1	10.9	18.6	8.1	13.7	9.1	15.8	13.7	18.4	15.3	21.0
รพ.กลาง&เล็ก	11.0	11.2	13.0	13.1	3.0	3.5	3.4	3.9	4.6	5.0	5.4	6.0	7.7	8.3	9.0	9.7	6.3	6.8	7.4	8.1	7.3	7.9	8.6	9.3
รพ.รัฐ	17.0	17.1	18.8	19.0	4.5	5.1	5.1	5.9	5.1	6.8	5.9	7.9	8.2	10.1	9.4	11.8	6.7	8.5	7.9	10.0	9.0	10.7	10.4	12.4
รพ.เอกชน	9.4	9.4	3.5	3.5	15.2	15.4	10.8	10.8	5.1	5.1	4.6	4.7	5.5	5.6	6.0	6.1	5.3	5.3	5.2	5.3	11.2	11.3	12.0	12.1
รวมจังหวัดที่ใช้ Exclusive	18.5	18.5	21.6	21.9	4.9	5.5	5.6	6.4	5.0	6.6	5.8	7.8	8.4	10.5	9.7	12.2	6.7	8.6	7.8	10.1	9.0	10.7	10.5	12.5
รวมจังหวัดที่ใช้ Inclusive	15.7	15.9	16.6	16.8	4.9	5.5	5.2	5.9	5.1	6.7	5.9	7.6	8.0	9.8	9.2	11.4	6.7	8.4	7.8	9.8	9.2	10.8	10.4	12.3
รวมจังหวัดที่ใช้ Mixed	21.4	21.4	22.3	22.3	2.4	3.1	3.1	5.2	4.9	7.9	6.5	10.1	8.5	10.2	9.8	11.8	6.7	9.0	8.3	11.0	8.0	10.3	9.6	12.4

หมายเหตุ : - “ในเขต” = การให้บริการแก่ผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่รายงาน ; “รวม” = รวมการให้บริการแก่ผู้ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่รายงาน (ดู

รายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค)

- ดูแหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการคำนวณในหมายเหตุของตารางที่ 7.21 และดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

ตารางที่ 7.23 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน แยกตามสิทธิ ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปีงบประมาณ 2545

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด	สิทธิข้าราชการ				สิทธิประกันสังคม				สิทธิ UC 30บ.+บัตรฯ				สิทธิ UC (สปร)				สิทธิ UC รวม				รวมจ่ายเอง+อื่นๆ				รวมทุกสิทธิ			
	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง	
	ใน เขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม	ในเขต	รวม
รวมทั่วประเทศ	5.1	5.1	5.0	5.0	3.8	3.8	3.7	3.7	3.5	3.9	3.5	3.9	3.6	3.9	3.5	3.9	3.6	3.9	3.5	3.9	4.1	4.1	3.7	3.8	3.9	4.1	3.8	4.0
รพ.ใหญ่	5.9	5.9	6.0	6.0	4.2	4.3	4.2	4.2	4.4	5.0	4.4	4.9	4.7	5.1	4.6	5.1	4.6	5.1	4.5	5.1	4.9	4.9	4.4	4.4	4.9	5.1	4.8	5.0
รพ.กลาง&เล็ก	3.9	3.9	3.6	3.6	3.0	3.0	2.8	2.8	3.1	3.0	3.0	3.0	3.1	3.1	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	3.1	2.8	2.8	2.8	2.8	3.2	3.1	3.1	3.1
รพ.รัฐ	5.1	5.1	5.0	5.0	3.9	4.0	3.8	3.7	3.5	3.9	3.5	3.9	3.6	3.9	3.5	3.9	3.6	3.9	3.5	3.9	4.1	4.1	3.7	3.8	3.9	4.1	3.8	4.0
รพ.เอกชน	2.4	2.4	2.6	2.6	2.0	2.0	2.2	2.2	2.4	2.4	3.4	3.4	2.3	2.3	3.3	3.3	2.3	2.4	3.4	3.3	4.3	4.3	4.6	4.6	2.8	2.8	3.7	3.7
รวมจว.ที่ใช้ Exclusive	5.0	5.0	4.8	4.8	4.1	4.1	3.8	3.8	3.5	3.9	3.4	3.9	3.4	3.7	3.4	3.8	3.4	3.8	3.4	3.8	4.1	4.1	3.7	3.7	3.8	4.0	3.7	3.9
รวมจว.ที่ใช้ Inclusive	5.2	5.1	5.1	5.1	3.5	3.6	3.6	3.7	3.6	3.9	3.5	3.8	3.7	3.9	3.6	3.9	3.6	3.9	3.6	3.9	4.1	4.1	3.8	3.8	4.0	4.1	3.8	4.0
รวมจว.ที่ใช้ Mixed	4.9	4.9	4.4	4.5	3.6	3.8	3.3	2.8	3.4	4.2	3.6	4.0	3.5	3.8	3.5	3.7	3.5	4.0	3.5	3.8	3.2	3.8	3.7	3.9	3.6	4.0	3.7	3.8

หมายเหตุ : - “ในเขต” = การให้บริการแก่ผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่รายงาน ; “รวม” = รวมการให้บริการแก่ผู้ที่ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่รายงาน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค)

- ดูแหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการคำนวณในหมายเหตุของตารางที่ 7.21 และดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

สำหรับการให้บริการกรณีผู้ป่วยในนั้น จากตารางที่ 7.22 และ 7.23 จะเห็นได้ว่าสำหรับกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ มีอัตราการใช้สิทธิสูงสุดประมาณร้อยละ 17-19 และมีจำนวนวันนอนสูงสุดเช่นกันคือเฉลี่ย 10 วัน/คน ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองซึ่งมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.6-8.2 วัน/คน กลุ่มประกันสังคมเป็นกลุ่มที่มีอัตราการให้บริการต่ำสุดคือร้อยละ 5-6 และจำนวนวันเฉลี่ย 7.4-7.6 วัน/คน สำหรับผู้ใช้สิทธิจากโครงการ 30 บาท (กลุ่มบัตรทอง 30 บาทและบัตรสุขภาพ) มีการให้บริการร้อยละ 7-8 ต่ำกว่ากลุ่มบัตรทอง “ท” (สปร. เดิม) ที่ให้บริการในอัตราร้อยละ 10-12 แต่ผู้ถือบัตรทั้งสองประเภทมีอัตราวันนอนใกล้เคียงกันคือประมาณ 8 วัน/คน

เมื่อพิจารณาแนวโน้มการให้บริการปรากฏว่าทุกกลุ่มสิทธิมีการใช้บริการเป็นจำนวนครั้งเพิ่มขึ้นในช่วงครึ่งปีหลังเมื่อเปรียบเทียบกับครึ่งปีแรก แต่จำนวนวันนอนเฉลี่ยมีอัตราใกล้เคียงกับครึ่งปีแรกหรือปรับตัวลงเล็กน้อยในบางกลุ่ม เมื่อพิจารณาโดยแบ่งการให้บริการของผู้ป่วยในตามขนาดสถานพยาบาลก็แสดงพฤติกรรมของผู้ใช้บริการเช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยนอก กล่าวคือส่วนใหญ่ใช้บริการที่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้ จำนวนวันนอนเฉลี่ยในสถานพยาบาลใหญ่ก็สูงกว่าสถานพยาบาลขนาดกลางและเล็ก ซึ่งส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะผู้ป่วยในสถานพยาบาลขนาดใหญ่มักเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงกว่าหรือรักษายากกว่า และเมื่อแบ่งกลุ่มสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนก็พบว่าผู้ใช้สิทธิในสถานพยาบาลภาครัฐมีสัดส่วนสูงกว่าสถานพยาบาลเอกชนเกือบทุกกลุ่มสิทธิ (ยกเว้นกลุ่มประกันสังคม)

สำหรับประเด็นของวิธีการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาลพบว่า กลุ่มจังหวัดที่แยกงบประมาณผู้ป่วยใน (OP-IP Split หรือ Exclusive)⁴² ในทุกกลุ่มสิทธิมีอัตราการให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิ UC ทั้ง 2 ประเภท สูงกว่าจังหวัดที่เลือกใช้วิธี Inclusive capitation ประมาณร้อยละ 8.2-10.1 และ 8.0-9.8 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยกลับปรากฏว่าจังหวัดที่เลือกวิธีการจัดสรรแบบ Inclusive มีจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในสูงกว่าจังหวัดที่ใช้วิธี Exclusive เล็กน้อย (เว้นแต่ผู้ป่วยในกลุ่มจังหวัดที่ใช้ Inclusive จะมีความรุนแรงหรือรักษายากกว่าผู้ป่วยในจังหวัดที่ใช้ Exclusive)

เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมดสูงกว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาล ซึ่งแสดงว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยนอกเขตสูงกว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยรวม ซึ่งอาจเป็นเพราะสองสาเหตุคือ ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตเป็นโรคที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยในเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยรับส่งต่อซึ่งมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคที่สถานพยาบาลผู้ส่งต่อไม่สามารถรักษาได้ดีกว่าการให้ส่งต่อให้สถานพยาบาลระดับสูงกว่ารับไป

⁴² ในการประเมินนี้ใช้รูปแบบการจัดสรรที่รายงานโดยสำนักงานประกันสุขภาพซึ่งสำรวจเมื่อช่วงต้นปี 2545 (จากคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสุขภาพ) อย่างไรก็ตาม บางจังหวัดมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดสรรเงินมากกว่าหนึ่งครั้ง จึงมีโอกาสที่ผลการคำนวณในงานวิจัยนี้จะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

รักษา อีกสาเหตุหนึ่งที่เป็นไปได้ คือสถานพยาบาลมีความเต็มใจรับรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับตนมากกว่า เพราะสามารถเรียกเก็บค่ารักษาจากตัวผู้ป่วยจากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยนั้นขึ้นทะเบียนหรือจากกองทุนระดับจังหวัด

แนวโน้มหนึ่งที่มีการคาดการณ์กันไว้เมื่อตอนเริ่มโครงการ 30 บาท จากการจัดสรรเงินส่วนใหญ่ด้วยวิธีการเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลเป็นตามจำนวนประชากร คือ สถานพยาบาลอาจจะไม่มีแรงจูงใจจะส่งผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับตนไปรักษาต่อกับสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากต้องมีการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลที่รับรักษาต่ออาจจะเลือกวิธีการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพคุ้มกับต้นทุนเพื่อหวังผลในการเรียกเก็บเงินชดเชย

จากผลการคำนวณตามตารางที่ 7.24 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองมีอัตราการรับและส่งต่อสูงกว่าผู้ป่วยที่สิทธิอื่น⁴³ โดยครึ่งปีหลังผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองทั้ง 2 ประเภท มีอัตรารับและส่ง Refer มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับครึ่งปีแรก ขณะที่การรับ-ส่ง Refer ของกลุ่มข้าราชการอยู่ประมาณร้อยละ 2 และกลุ่มประกันสังคมมีในระดับต่ำสุดซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 1 เมื่อพิจารณาโดยแบ่งกลุ่มสถานพยาบาลตามขนาดพบว่า สถานพยาบาลขนาดใหญ่ทุกกลุ่มเป็นผู้รับส่งต่อเป็นหลัก โดยกลุ่มสถานพยาบาลขนาดกลางและเล็กเป็นผู้ส่ง Refer โดยส่วนใหญ่ ขณะที่การรับ-ส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชนอยู่ในอัตราต่ำมากคือไม่เกินร้อยละ 1

สำหรับผลการคำนวณเมื่อแบ่งกลุ่มสถานพยาบาลตามวิธีการจัดสรรงบประมาณ ไม่ได้แสดงให้เห็นแนวโน้มว่าสถานพยาบาลในกลุ่มจังหวัดที่เลือกวิธีจัดสรรงบประมาณ Inclusive จะมีอัตราการส่งต่อต่ำกว่าจังหวัดที่เลือกวิธีอื่น (มีอัตราส่งต่อทั้งภายในและระหว่างจังหวัดร้อยละ 3.1 และ 3.6 ในครึ่งปีแรกและหลังตามลำดับ) แต่กลับเป็นสถานพยาบาลในกลุ่มจังหวัดที่เลือกวิธีการจัดสรรงบประมาณ Exclusive ที่มีการรับ-ส่งต่อที่ต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น (มีอัตราส่งต่อทั้งภายในและระหว่างจังหวัดร้อยละ 2.6 และ 3.0 ในครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลังตามลำดับ) ผลการศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าการเลือกวิธีจัดสรรงบประมาณ Inclusive จะมีผลให้สถานพยาบาลในจังหวัดที่เลือกวิธีนี้มีกิจกรรมการให้บริการด้อยกว่าสถานพยาบาลที่เลือกวิธี Exclusive

⁴³ จำนวนรับ Refer และส่ง Refer ไม่เท่ากันเนื่องจากข้อมูลสถานพยาบาลที่ใช้คำนวณไม่ได้ครอบคลุมจำนวนสถานพยาบาลที่มีทั้งหมด และในการบันทึกข้อมูลอาจมีการบันทึกขาดหรือซ้ำ

ตารางที่ 7.24 เปรียบเทียบอัตราส่วนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยต่อประชากรร้อยละ (รับ- ส่ง Refer / ปชก.ร้อยละ) แยกตามสิทธิ ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปี 2545 (ปรับข้อมูลเป็นปี)

ประเทศ/ภูมิภาค/จังหวัด (คน : ร้อยคน)	สิทธิข้าราชการ				สิทธิประกันสังคม				สิทธิ UC 30บ.+บัตรฯ				สิทธิ UC (สปร)				สิทธิ UC รวม				รวมทุกสิทธิ*			
	ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง		ครึ่งปีแรก		ครึ่งปีหลัง	
	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.	รับต่อ /ปชก.	ส่งต่อ /ปชก.
เฉพาะการรับ-ส่งต่อภายในจังหวัดเดียวกัน																								
รวมทั้งประเทศ	1.8	1.8	1.4	1.6	0.4	0.6	0.5	0.7	2.7	2.2	2.8	2.4	3.4	3.1	3.5	3.3	3.1	2.7	3.2	2.9	3.2	2.7	3.2	2.9
รพ.ใหญ่	2.8	0.6	2.4	0.7	0.6	0.2	0.6	0.2	6.6	1.0	6.8	0.9	8.8	1.3	9.7	1.2	7.7	1.1	8.2	1.1	7.4	1.1	7.7	1.1
รพ.กลาง&เล็ก	1.2	2.5	0.9	2.2	0.3	0.9	0.3	1.0	1.3	2.7	1.3	3.0	1.9	3.6	1.7	3.9	1.6	3.2	1.5	3.5	1.7	3.3	1.5	3.6
รพ.รัฐ	1.8	1.8	1.4	1.6	0.5	0.6	0.5	0.7	2.7	2.2	2.8	2.4	3.5	3.1	3.5	3.3	3.1	2.7	3.2	2.9	3.2	2.8	3.2	2.9
รพ.เอกชน	0.0	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.8	0.2	0.7	0.2	0.7	0.2	0.6	0.2	0.7	0.2	0.6	0.2	0.6	0.1	0.5
รวมจว.ที่ใช้ Exclusive	1.6	2.0	0.9	1.8	0.3	0.6	0.4	0.6	2.3	2.1	2.2	2.3	3.1	2.7	2.7	3.0	2.7	2.4	2.5	2.7	2.8	2.5	2.6	2.8
รวมจว.ที่ใช้ Inclusive	2.0	1.6	1.5	1.4	0.5	0.5	0.5	0.6	3.1	2.3	3.1	2.5	3.8	3.2	4.2	3.5	3.5	2.8	3.7	3.0	3.6	2.8	3.7	3.0
รวมจว.ที่ใช้ Mixed	1.7	2.4	4.1	3.2	0.5	0.8	0.8	1.0	2.7	2.7	3.7	2.9	2.8	3.5	2.4	3.4	2.7	3.1	3.0	3.2	2.7	3.2	3.1	3.3
รวมกรณีรับ-ส่งต่อทั้งภายในและระหว่างจังหวัด																								
รวมทั้งประเทศ	2.0	2.2	1.7	2.0	0.5	0.7	0.6	0.8	3.0	2.6	3.2	2.9	3.7	3.4	3.8	3.8	3.4	3.0	3.6	3.4	3.5	3.1	3.6	3.4
รพ.ใหญ่	3.1	1.2	3.2	1.4	0.8	0.4	0.9	0.5	7.5	1.6	8.2	1.6	9.7	2.1	10.8	2.1	8.6	1.8	9.5	1.9	8.4	1.8	9.0	1.9
รพ.กลาง&เล็ก	1.3	2.8	0.9	2.4	0.3	0.9	0.3	1.1	1.3	2.9	1.4	3.3	1.9	3.8	1.8	4.3	1.7	3.4	1.6	3.9	1.7	3.6	1.6	4.0
รพ.รัฐ	2.0	2.2	1.7	2.1	0.5	0.7	0.6	0.9	3.0	2.6	3.2	2.9	3.7	3.5	3.9	3.8	3.4	3.0	3.6	3.4	3.5	3.1	3.6	3.4
รพ.เอกชน	0.0	0.4	0.0	0.4	0.2	0.2	0.0	0.1	0.3	1.4	0.2	0.9	0.2	1.2	0.2	1.0	0.3	1.3	0.2	0.9	0.2	1.1	0.1	0.8
รวมจว.ที่ใช้ Exclusive	1.7	2.5	1.0	2.2	0.4	0.7	0.5	0.8	2.6	2.3	2.4	2.7	3.4	3.0	3.0	3.4	3.0	2.7	2.7	3.0	3.0	2.8	2.8	3.2
รวมจว.ที่ใช้ Inclusive	2.1	2.0	1.9	1.8	0.6	0.7	0.6	0.8	3.3	2.6	3.6	3.0	4.0	3.7	4.6	4.1	3.7	3.2	4.2	3.6	3.8	3.3	4.1	3.6
รวมจว.ที่ใช้ Mixed	1.9	2.7	5.0	4.0	0.7	0.9	1.0	1.0	3.4	3.0	4.9	3.2	3.0	3.8	2.6	3.7	3.2	3.4	3.7	3.4	3.7	3.5	4.1	3.6

หมายเหตุ : ดูรายละเอียดในรายงานเสริมทางเทคนิค

จากผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการให้บริการช่วงครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลัง มีข้อที่น่าสังเกตว่า กิจกรรมการให้บริการ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การรับ-ส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ต่างก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในครึ่งปีหลังเมื่อเทียบกับครั้งแรก ซึ่งอาจมีสาเหตุหลายประการ รวมทั้งอาจเกิดจากเหตุผลทางด้านระบาดวิทยาในปี 2545 เอง เพราะอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม แต่การที่อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นในช่วงครึ่งปีหลังก็มีส่วนทำให้สถานะการเงินของสถานพยาบาลหลายแห่งเลวลงจากที่คณะผู้วิจัยได้รายงานเอาไว้ในการรายงานการศึกษาระยะที่หนึ่งในปี 2545

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาลกับอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวโครงการโดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) ที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณในปี 2544-45 ก็จะได้เห็นว่าอัตราการให้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาล สูงกว่าอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณ ซึ่งใช้อัตราการให้บริการของผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาล 2.88 ครั้งต่อคนต่อปี (เป็นการให้บริการที่สถานีนอนมัย 0.43 ครั้งต่อคนต่อปี และที่โรงพยาบาลหรือคลินิก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี) และผู้ป่วยในร้อยละ 6.6 ซึ่งแม้ว่าที่ผ่านมานักวิจัยบางท่าน (เช่น นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย และ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร) จะพบกรณีที่สถานพยาบาลรายงานจำนวนผู้ป่วยในสูงกว่าความเป็นจริงอยู่บ้าง (เช่น มีการนับซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่ย้ายตึก) แต่การที่จำนวนผู้ป่วยในที่รายงานโดยสถานพยาบาลสูงกว่าจำนวนที่ใช้ในการคิดงบประมาณถึงร้อยละ 40 ก็ย่อมมีโอกาสมากที่งบที่ตั้งเอาไว้ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 7.25 เปรียบเทียบอัตราส่วนการให้บริการของผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทฯ ในปีงบประมาณ 2545 กับอัตราที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณจ่าย

อัตราการให้บริการของผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทฯ ทุกโรค	ข้อมูลจากรายงานของรพ. (ปีงบประมาณ 2545)	ตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณปี 2545	ร้อยละของตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณ	ส่วนต่างของงบที่ได้รับกับค่าใช้จ่าย*
การให้บริการของผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาล (รวมสถานีนอนมัย) (ครั้งต่อคนต่อปี)	2.5	2.88	87	76
การให้บริการของผู้ป่วยนอกที่สถานีนอนมัย (ครั้งต่อคนต่อปี)	n.a.	0.43		
การให้บริการของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล (ร้อยละของประชากร)	9.3	6.61	140	-121

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

หมายเหตุ: * คำนวณโดยใช้ตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อครั้งของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544)

7.3.3 กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวทางที่เป็นเป้าหมายชัดเจนของการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการบริการเชิงรุกโดยการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นที่ยุติหวังกันว่าในระยะยาวน่าจะช่วยลดภาระงานและค่าใช้จ่ายโดยรวมในด้านการรักษา ดังนั้นในการจัดสรรงบประมาณจากรายหัวจึงมีการแบ่งไว้สำหรับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ต่างหากจากงบเพื่อการบริการรักษา

ตารางที่ 7.26-7.27 รวบรวมผลงาน (Output) ของสถานพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁴⁴ จากรายงานของสถานพยาบาล ข้อมูลจากทั้งสองตารางบ่งชี้ว่าสถานพยาบาลมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมากในครึ่งปีหลัง การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านครั้งในครึ่งปีแรก เป็น 2.1 ล้านครั้งในครึ่งปีหลัง เช่นเดียวกับการให้บริการในชุมชนและการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยในส่วนของกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉลี่ยประชากรในโครงการ 30 บาทถึงร้อยละ 28 ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เมื่อพิจารณาแยกตามขนาดสถานพยาบาลจากอัตราส่วนต่อประชากรในโครงการ 30 บาท ชี้ว่า กิจกรรมเหล่านี้สถานพยาบาลขนาดกลางและเล็กจะมีบทบาทมากกว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งคงเป็นเพราะครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางกว่าและมีความใกล้ชิดชุมชนมากกว่า โรงพยาบาลเอกชนรายงานอัตราการเยี่ยมบ้านที่สูงกว่าภาครัฐ และการให้บริการในชุมชนต่อกลุ่มเป้าหมายในจำนวนคนที่สูงกว่าสถานพยาบาลของรัฐ แต่ต่ำกว่าในด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การแบ่งกลุ่มจังหวัดตามวิธีการจัดสรรงบประมาณนอกและใน ไม่ได้แสดงความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มจังหวัดที่ใช้วิธีการจัดสรรแบบ Inclusive หรือ Exclusive

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจำนวนกิจกรรมเหล่านี้ ไม่สามารถบอกได้ว่ามีผลลัพธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือมีประสิทธิภาพในการทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพอนามัยดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และตัวเลขส่วนใหญ่รวบรวมมาจากรายงานของสถานอนามัยซึ่งที่ผ่านมามีสถานอนามัยส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่ดีนัก และมีตัวอย่างให้เห็นเป็นระยะที่ชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อน ข้อจำกัด และความน่าเชื่อถือของข้อมูลในส่วนนี้ (รวมไปถึง

⁴⁴ ได้แก่ - การเยี่ยมบ้านที่สถานพยาบาลจัดนอกสถานบริการ เช่น การไปตรวจเยี่ยมครอบครัวในเขตความดูแล การติดตามเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

- การให้บริการชุมชนเพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กร เช่น งานอนามัยโรงเรียน, การออกหน่วยทันตสาธารณสุข การออกหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น

- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการให้วัคซีนหรือที่ออกชอยด์แก่ผู้มารับบริการที่สถานพยาบาล เช่น BCG DTP โปลิโอ ใช้สมองอักเสบ เป็นต้น

ข้อมูลที่ยังงานโดยสถานพยาบาลของเอกชน ซึ่งรายงานตัวเลขในหลายด้านที่สูงกว่าภาครัฐ ทั้งๆ
ที่เป็นงานด้านที่สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่เคยทำมาก่อน)

ตารางที่ 7.26 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในช่วงครึ่งปีแรก-หลังของ ปีงบประมาณ 2545

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

ที่มา : รวบรวมจากรายงาน 0110 รง.5

หมายเหตุ : - คำนวณจากสถานพยาบาลเฉพาะที่มีข้อมูลทั้งครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลัง

ตารางที่ 7.27 เปรียบเทียบอัตราส่วนการบริการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ช่วงครึ่งปีแรก-หลัง ปี 2545 (ปรับข้อมูลเป็นอัตราต่อปี)

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

ที่มา : รายงาน 0110 รง.5, รายงานประชากรที่ตรวจสอบสวนสิทธิ์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : ผลการคำนวณอัตราส่วนระดับจังหวัดและประเทศใช้ค่าตัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของแต่ละสถานพยาบาล ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

7.3.4 การเสียชีวิตที่สถานพยาบาล

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

- ปัญหาโรคระบาดและความรุนแรงของการระบาดเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี (และโรคระบาดหลายโรคก็มีฤดูกาลของโรคด้วย) ดังนั้น ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลจะใช้แนวทางการรักษาแบบเดิม แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีก็อาจจะต่างกันมาก
- การที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้สิทธิโครงการ 30 บาท ทำให้ภาระในการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังที่จะรักษา (terminally ill) อยู่รับการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตลดลงจากในอดีตมาก ดังนั้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่ญาติขออนุญาตกลับไปตายที่บ้านอาจจะลดลงกว่าเดิม
- ในทางกลับกัน โรงพยาบาลหลายแห่งพยายามจำหน่ายผู้ป่วยออกเร็วขึ้น รวมทั้งอาจสนับสนุนให้ญาติพาผู้ป่วยที่หมดหวังแล้วกลับไปที่บ้าน ซึ่งอาจจะทำให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงได้เช่นกัน (แต่กรณีนี้อาจจะเกิดยากกว่าข้อที่ผ่านมา เพราะนอกจากในกรณีที่ผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมากแล้ว การให้ผู้ป่วยที่หมดหวังกลับบ้านได้ก็ต่อเมื่อญาติผู้ป่วยเห็นชอบด้วย)
- โรงพยาบาลขนาดเล็กอาจส่งต่อผู้ป่วยที่หมดหวังไปที่โรงพยาบาลใหญ่ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจส่งผู้ป่วยที่หมดหวังหรืออาการดีขึ้นกลับไปโรงพยาบาลชุมชน (ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่เต็มใจจำกัด) ซึ่งอาจทำให้จำนวนการเสียชีวิตจากการรักษาของแต่ละโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปจากที่ควรจะเป็น

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัญหาความถูกต้องของข้อมูล ตัวอย่างเช่น ในยุคก่อน 30 บาทนั้น ไม่รู้ว่าจะมีผู้สนใจข้อมูลการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากนัก แต่หลังจากที่มีกระแส “30 บาทตายทุกโรค” เกิดขึ้น ผู้ที่รายงานก็อาจหันมาสนใจกับข้อมูลนี้มากขึ้น ซึ่งทำให้มีทั้งโอกาสที่จะทำให้มี

การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น หรือในกรณีที่ระบบฐานข้อมูลไม่ได้ออกแบบให้มีการตรวจสอบ (cross check) ได้โดยง่ายแล้ว ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีการบิดเบือนข้อมูลนี้ได้

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ อัตราตายไม่ได้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ไว (sensitive) นัก เพราะในกรณีที่ผู้ป่วยอาการหนักหรือป่วยเป็นโรคบางอย่างในบางขั้นตอนนั้น การรักษาที่มีคุณภาพดีหรือไม่ก็ตามก็เพิ่มโอกาสในการยืดชีวิตผู้ป่วยได้ไม่มากนัก

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

ตารางที่ 7.28 เป็นข้อมูลอัตราตายที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปีงบประมาณ 2543-45 (ข้อมูลอัตราตายเป็นอัตราการตายรวมของผู้ป่วยทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลเนื่องจากข้อมูลที่มีไม่ได้แยกจำนวนการตายตามหลักประกันสุขภาพ) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 พบว่าในภาพรวมระดับประเทศนั้น เมื่อพิจารณาจากกรณีผู้ป่วยนอก พบว่าอัตราการตายต่อจำนวนครั้งของการให้บริการในปีงบประมาณ 45 ลดลงจากปีก่อนๆ เกือบครึ่งหนึ่ง แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยนอกลดลงเกิดจากจำนวนครั้งของการใช้บริการ (ซึ่งเป็นตัวหาร) เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลมาก

เมื่อพิจารณาเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน (ซึ่งปกติจะมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยนอกมาก) ในภาพรวมพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในของปี 2545 ไม่ได้ต่างจากปี 2543-44 มากนัก (สูงกว่าปี 44 แต่ต่ำกว่าปี 43) แต่เมื่อแยกตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปลดลงจากปี 2544 และ 2543 ประมาณร้อยละ 12 และ 17 ในขณะที่อัตราการตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ประมาณร้อยละ 29 และ 16 ตามลำดับ และในขณะที่อัตราการตายของผู้ป่วยในต่อจำนวนของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั้งในจังหวัดที่จัดสรรแบบ OP-IP Split และในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรเงินแบบ Inclusive capitation ลดลงจากปี 2544 และ 2543 อัตราตายของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มหลังเพิ่มขึ้นจากปี 2544 และ 2543 ร้อยละ 45 และ 22

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเฉพาะอัตราตายต่อจำนวนการให้บริการแต่เพียงอย่างเดียวอาจก่อให้เกิดภาพที่ลำเอียงได้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากอัตราตายของผู้ป่วยนอกต่อการรักษาแสนครั้ง ซึ่ง

ลดลงมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทนั้น สาเหตุหลักเกิดจากการที่มีผู้มาใช้บริการมากขึ้น (รวมทั้งการเปลี่ยนวิธีการบันทึกซึ่งหันมานับรวมผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานพยาบาลเครือข่ายด้วย) ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ในกรณีเหล่านี้ผู้ที่มารับบริการมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตน้อยกว่าเดิม ในกรณีนี้ การใช้อัตราการตายต่อประชากรจะช่วยลดความลำเอียงที่เกิดจากปัญหานี้ลงได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากอัตราการตายของผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลต่อประชากรแสนคน ก็จะพบว่านอกจากอัตราการตายที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยนอกต่อประชากรในปี 2545 ไม่ได้ต่างไปจากในปี 2543-44 มากนัก และในทำนองเดียวกัน แม้ว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปี 2545 จะลดลงจากปี 2543-44 แต่อัตราการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่อประชากรในปี 2545 ก็ไม่ได้ลดลงจากในปี 2543-44 แต่อย่างใด ดังนั้น การที่อัตราการตายของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้รับเข้ามารักษาเพิ่มขึ้นอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่รับคนไข้เข้ามาเป็นคนไข้ในเร็ว (หรือง่าย) กว่าเดิม

ตารางที่ 7.28 อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ระหว่างปี 2543 - 2545

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

หมายเหตุ : - จำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนำข้อมูลจากรายงาน 0110 ร.5

- จำนวนประชากรใช้ฐานข้อมูลปี 2545 โดยผลรวมของจำนวนประชากรตามสถิติสถิติการรักษายาบาล
ข้าราชการ ประกันสังคม โครงการ UC และบัตรสุขภาพ สำหรับประชากรปี 2544 และ 2543 คำนวณโดย
เทียบบัญญัติไตรยางค์ย้อนหลัง สมมติให้มีอัตราการเติบโตของประชากรโดยรวมร้อยละ 1 ต่อปี
- ผลการคำนวณอัตราส่วนระดับจังหวัดและประเทศใช้ค่าถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของแต่ละ
สถานพยาบาล - ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

แต่ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลใหญ่ไม่ค่อยเปลี่ยนไปจากเดิมนั้น อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนในปี 2545 กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยทั้งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในต่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10-20 และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรงบประมาณ inclusive capitation มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ชัดเจนมากกว่าในจังหวัดที่เหลือ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ารูปแบบการจัดสรรงบประมาณมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่หลายจังหวัดที่มีปัญหาการเงินมีแนวโน้มที่จะเลือกจัดสรรงบประมาณ inclusive capitation มากกว่าจังหวัดที่คาดว่าจะมีเงินเหลือ

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในช่วงครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ 2545 (ตารางที่ 7.29) ก็จะได้เห็นว่า ในกรณีของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปนั้น อัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนคนไข้ในมีแนวโน้มลดลงในช่วงครึ่งปีหลัง (เมษายน-กันยายน 2545) แต่มีอัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งคงเป็นเพราะในช่วงครึ่งปีหลังมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น (รวมกรณีผู้ป่วยส่งต่อ) ซึ่งคล้ายคลึงกับกรณีของโรงพยาบาลชุมชน แต่ต่างกันที่ในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนนั้น ทั้งอัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนคนไข้และอัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นในช่วงดังกล่าว การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในช่วงดังกล่าว (ซึ่งเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งสองระดับ) น่าจะเกิดจากสาเหตุทางด้านระบาดวิทยา แต่ก็มีโอกาสที่จะมีปัจจัยอื่นได้เช่นกัน (เช่น ศักยภาพของสถานพยาบาล ไปจนถึงกลไกและกติกาในการจ่ายเงิน หรือแม้กระทั่งวิธีการจำหน่ายหรือ refer และ refer กลับผู้ป่วยของสถานพยาบาล) ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ควรติดตามดูอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น

ตารางที่ 7.29 อัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนครั้งการให้บริการ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร
ช่วงครึ่งปีแรก-ครึ่งปีหลัง ปีงบประมาณ 2545 (อัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนประชากรปรับเป็นอัตราต่อปี)

ประเทศ/ภูมิภาค/ จังหวัด (คน : แสนคน)	อัตราการเสียชีวิต / จำนวนครั้ง OP (คน IP)			อัตราการเสียชีวิต/จำนวน ครั้ง OP (คน IP)			การเสียชีวิต/จำนวน ปชก.			การเสียชีวิต/จำนวน ปชก.		
	ครึ่งปีแรก			ครึ่งปีหลัง			ครึ่งปีแรก			ครึ่งปีหลัง		
	ผป. นอก	ผป. ใน	รวม	ผป. นอก	ผป. ใน	รวม	ผป. นอก	ผป. ใน	รวม	ผป. นอก	ผป. ใน	รวม
รวมทั่วประเทศ	40	3,695	192	34	3,603	186	50	197	247	48	223	271
รพ.ใหญ่	30	6,676	442	30	6,257	437	42	615	658	45	656	701
รพ.กลาง&เล็ก	44	1,157	80	36	1,418	82	52	46	98	48	66	114
รพ.รัฐ	40	3,704	192	34	3,613	187	49	198	247	47	224	271
รพ.เอกชน	53	2,389	147	52	2,183	152	70	135	205	64	132	196
จว.ที่ Exclusive	41	3,901	209	40	3,598	201	48	208	256	54	225	279
รพ.ใหญ่	30	7,315	506	30	6,901	511	42	709	751	45	779	824
รพ.กลาง&เล็ก	46	1,103	82	44	930	75	50	43	93	57	43	99
จว. ที่ใช้ Inclusive	40	3,675	187	31	3,772	186	51	198	249	44	231	275
รพ.ใหญ่	29	6,342	403	28	5,910	391	41	558	599	42	579	621
รพ.กลาง&เล็ก	45	1,242	83	32	1,909	92	55	49	105	45	88	133
จว.ที่ใช้ Mixed	36	2,758	142	29	2,421	126	46	142	188	42	150	192
รพ.ใหญ่	42	5,744	428	53	5,268	430	61	610	670	86	664	750
รพ.กลาง&เล็ก	34	892	61	23	711	45	42	35	77	33	34	66

หมายเหตุ : - จำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนำข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 และจำนวนประชากรเป็น
ผลรวมของจำนวนประชากรตามสถิติสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม โครงการ UC และ
บัตรสุขภาพ

- ผลการคำนวณอัตราส่วนระดับจังหวัดและประเทศใช้ค่าถ่วงเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักด้วยประชากรของแต่ละ
สถานพยาบาลดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

- ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานเสริมทางเทคนิค

นอกจากข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ที่เป็นรายงานภาพรวมของสถานพยาบาลแล้ว ก็ยังมีแหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาคำนวณอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน คือ ข้อมูล DRG ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากข้อมูลผลการจำหน่ายและวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย (ซึ่งคณะผู้วิจัยได้รับการอนุเคราะห์จาก นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล ดูตารางที่ 7.30) ข้อมูล DRG ให้ภาพที่ละเอียดขึ้น แต่ก็มีปัญหาเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล (ข้อมูลชุดนี้มีจำนวนคนไข้ในประมาณ 3.8-4.2 ล้านคนต่อปีในระหว่างปี 2543-45 ซึ่งต่ำกว่าตัวเลขที่รายงานโดยโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่าง 4.8-5.3 ล้านคน ประมาณหนึ่งล้านคนต่อปี) และยังมีปัญหาในการบันทึกอยู่บ้าง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนในปีก่อน ซึ่งในบางกรณี มีจำนวนที่บันทึกว่า “ไม่ทราบ” มากกว่าจำนวนที่ “ตาย” เสียอีก) นอกจากนี้ จำนวนที่บันทึกว่า “ตาย” จากข้อมูล “ผลการจำหน่าย” และ “วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย” มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก การตีความจึงทำได้ลำบาก โดยจากข้อมูลในตารางที่ 7.30 นั้น จำนวนผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนค่อนข้างจะคงที่ (จากข้อมูลที่ได้มาไม่ครบ โดยเฉพาะในปี 2545 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้น้อยกว่าในปี 2543-44) ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น (แต่จำนวนข้อมูลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนส่งมามีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในระหว่างปี 2543-45) และถ้าใช้ข้อสมมติต่างๆ ในการคำนวณอัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนก็จะได้ตัวเลขตั้งแต่เท่าเดิมไปจนถึงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่ต่ำกว่าที่รวบรวมจากรายงาน 0110 รง.5

ตารางที่ 7.30 ผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2543-45 จำแนกตามผลการจำหน่ายและวิธีการจำหน่าย

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

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

ข. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
ผลการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. รักษาหาย	31,536	1.48	26,510	1.21	51,444	2.55
2. ดีขึ้น	1,687,570	79.00	1,789,426	81.58	1,603,539	79.46

	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
วิธีการจำหน่าย	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. โดยอนุญาต	1,988,772	93.10	2,051,964	93.55	1,883,078	93.31
2. ไม่สมัครใจอยู่	32,739	1.53	31,826	1.45	31,701	1.57

3. ไม่ดีขึ้น	62,622	2.93	53,219	2.43	47,462	2.35
4. คลอดปกติ	100,011	4.68	94,316	4.30	78,595	3.89
5. ไม่คลอด	11,631	0.54	12,163	0.55	10,738	0.53
6. ทารกแรกเกิดกลับพร้อมแม่	138,737	6.49	132,596	6.04	105,448	5.23
7. ทารกแรกเกิดกลับแยกกับแม่	1,752	0.08	1,831	0.08	800	0.04
8. เกิดโรชีพ	6,682	0.31	5,004	0.23	3,851	0.19
9. ตาย	59,034	2.76	58,706	2.68	55,746	2.76
ไม่ทราบ	36,696	1.72	19,714	0.90	60,401	2.99
รวม discharge	2,136,271	100.00	2,193,485	100.00	2,018,024	100.00

3. หนักกลับ	5,994	0.28	4,698	0.21	3,806	0.19
4. ส่งต่อ	27,934	1.31	31,114	1.42	31,294	1.55
5. อื่นๆ	1,954	0.09	3,338	0.15	1,996	0.10
6. อื่นๆ	224	0.01	-	0.00	179	0.01
7. อื่นๆ	177	0.01	-	0.00	537	0.03
8. ตาย (ผ่า)	545	0.03	-	0.00	17	0.00
9. ตาย (ไม่ผ่า)	65,178	3.05	63,092	2.88	61,807	3.06
ไม่ทราบ	12,754	0.60	7,453	0.34	3,609	0.18
รวม discharge	2,136,271	100.00	2,193,485	100.00	2,018,024	100.00

โรงพยาบาลชุมชน	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ผลการจำหน่าย						
1. รักษาหาย	98,355	7.07	94,778	5.41	80,985	3.69
2. ดีขึ้น	960,127	69.05	1,279,024	72.94	1,633,105	74.39
3. ไม่ดีขึ้น	82,672	5.95	107,705	6.14	139,574	6.36
4. คลอดปกติ	101,980	7.33	113,041	6.45	139,009	6.33
5. ไม่คลอด	8,246	0.59	11,208	0.64	15,309	0.70
6. ทารกแรกเกิดกลับพร้อมแม่	97,522	7.01	113,404	6.47	133,339	6.07
7. ทารกแรกเกิดกลับแยกกับแม่	960	0.07	979	0.06	1,122	0.05

วิธีการจำหน่าย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. โดยอนุญาต	1,255,152	90.27	1,593,517	90.88	2,002,815	91.23
2. ไม่สมัครใจอยู่	33,283	2.39	33,840	1.93	27,351	1.25
3. หนักกลับ	4,206	0.30	5,023	0.29	6,372	0.29
4. ส่งต่อ	78,357	5.64	100,939	5.76	133,424	6.08
5. อื่นๆ	2,524	0.18	3,672	0.21	4,414	0.20
6. อื่นๆ	408	0.03	-	0.00	415	0.02
7. อื่นๆ	1,005	0.07	-	0.00	1,098	0.05

8. เกิดไร้ชีพ	615	0.04	761	0.04	813	0.04
9. ตาย	6,952	0.50	8,015	0.46	10,833	0.49
ไม่ทราบ	33,075	2.38	24,606	1.40	41,177	1.88
รวม discharge	1,390,504	100.00	1,753,521	100.00	2,195,266	100.00

8. ตาย (ผ่า)	409	0.03	-	0.00	26	0.00
9. ตาย (ไม่ผ่า)	6,688	0.48	8,366	0.48	11,588	0.53
ไม่ทราบ	8,472	0.61	8,164	0.47	7,763	0.35
รวม discharge	1,390,504	100.00	1,753,521	100.00	2,195,266	100.00

ที่มา: ประมวลผลจากฐานข้อมูล DRG โดย นพ.พินิจ พ้าอำนวยการ

โดยหลักการแล้ว อีกวิธีหนึ่งที่อาจจะบอกได้ว่าการตายที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลเป็นผลมาจากคุณภาพในการรักษาที่ลดลงหรือเกิดจากผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านน้อยลง ทำได้โดยเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในพื้นที่นั้นกับอัตราการตายที่โรงพยาบาล โดยในกรณีที่มีการตายที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลเป็นผลมาจากคุณภาพในการรักษาที่ลดลงนั้นก็ควรจะทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตในพื้นที่นั้นเพิ่มตามไปด้วย แต่ถ้าการตายที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านน้อยลง (เนื่องจากการไม่มีภาระค่าใช้จ่ายจากการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลการเสียชีวิตรวมที่ดีที่สุดคือข้อมูลทะเบียนราษฎร ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีปัญหาอยู่ไม่น้อยเช่นกัน และการเชื่อมประชากรในเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาลกับเขตพื้นที่ปกครองก็ไม่สามารถทำได้ด้วยความมั่นใจเสียทีเดียว ข้อมูลที่เสนอในภาคผนวก ข. จึงคำนวณออกมาเป็นอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตรวมโดยใช้ฐานประชากรคนละตัวกัน ซึ่งทำให้เปรียบเทียบกันได้อย่างขึ้นไปได้

จากตารางในภาคผนวก ข. จะเห็นได้ว่าในภาพรวมนั้น อัตราการเสียชีวิตรวมในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้เพิ่มขึ้นในปี 2545 ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตรวมในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับอัตราการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน และแบบแผนนี้เห็นได้ในระดับจังหวัดในบางจังหวัดเช่นกัน แต่ไม่ได้เป็นแบบแผนที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบเสียทีเดียว

ในเบื้องต้นนี้ ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า การเข้ามาของโครงการ 30 บาท ส่งผลกระทบด้านคุณภาพที่รุนแรงดังที่หลายฝ่ายเป็นห่วงหรือไม่ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะข้อมูลที่รวบรวมมาได้ยังเป็นเพียงข้อมูลช่วงสั้นๆ ช่วงแรกเท่านั้น และยังเป็นช่วงที่มีพลวัตรค่อนข้างสูงในด้านการดำเนินโครงการอีกด้วย ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์แบบควบคุมตัวแปรได้ อย่างไรก็ตามตัวข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นก็เป็นสิ่งที่ควรติดตามอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนการเสียชีวิตที่ไม่ได้แยกตามสิทธิ) จะยังไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราการตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือกลไกการจ่ายเงินและคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้ และจำนวนการตายที่โรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น (เฉลี่ยร้อยละ 4 ทั่วประเทศ) นี้อาจมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ (รวมทั้งการระบาดของไข้เลือดออก) และผลจากการที่คนไข้และญาติมีภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลน้อยลงด้วยก็ตาม แต่ข้อมูลเรื่องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องก็ควรจะเฝ้ามองอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าอัตราการตายไม่ได้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่ไว (sensitive) นัก

ถ้าจะสรุปอย่างคร่าวๆ ในด้านกิจกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล ก็คือ ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นปีแรกที่โครงการ 30 บาทเริ่มดำเนินการทั่วประเทศนั้น สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการประชาชนเพิ่มขึ้นในด้านการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยนอกน่าจะสูงกว่าแนวโน้มในอดีตมาก ในด้านผู้ป่วยในก็มีการให้บริการเพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนในด้านบริการด้านส่งเสริมป้องกันก็มีรายงานการให้บริการเพิ่มขึ้นมาก ในช่วงครึ่งปีหลัง แต่ระบบการรายงานยังมีปัญหาเรื่องวิธีการวัดและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ข้อมูลที่มีอยู่ไม่ได้บ่งชี้ถึงผลของวิธีการจัดสรรงบประมาณที่มีต่ออัตราการให้บริการและอัตราการเสียชีวิตที่ชัดเจน รวมทั้งไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือกลไกการจ่ายเงิน และคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้ แต่ข้อมูลเรื่องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องก็ควรจะเฝ้ามองอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น

7.4 การบริหารโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ในบริบทของการจัด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴⁵

โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นโครงการที่ผลักดันขึ้นมาโดยพรรคไทยรักไทย (โดยอาจมีบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนร่วมแนะนำอยู่ด้วย) เมื่อพรรคไทยรักไทยก้าวขึ้นมาเป็นรัฐบาล ก็ได้ใช้กระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการจากกระทรวงนี้เป็นเครื่องมือหลักในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นเสมือน CEO ของโครงการ ในขณะที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่องการประชาสัมพันธ์โครงการเป็นหลัก แต่ไม่ได้เข้ามามีส่วนในการบริหารโครงการในระยะแรก และค่อยๆ เข้ามามีบทบาทมากขึ้นตามลำดับ ส่วนนายกรัฐมนตรีแทบจะไม่เข้ามาเกี่ยวข้องเลย (ยกเว้นใน workshop ในช่วงก่อนเริ่มโครงการ) ทั้งๆ ที่เป็นโครงการใหญ่ของรัฐบาล⁴⁶

การตัดสินใจของรัฐบาลใหม่ที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ 30 บาท ฝ่ายเดียว โดยไม่ได้แต่งตั้งโครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการข้าราชการในระยะเริ่มแรก มีส่วนช่วยให้โครงการนี้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขก็คือนัก

⁴⁵ รายงานนี้ไม่ได้ลงรายละเอียดเรื่องกลไกและกระบวนการบริหารโครงการ 30 บาท ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดเอาไว้แล้วใน วิโรจน์และอัญชนา 2545ข.

⁴⁶ นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรียังได้มอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีมาทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแทนด้วย

เจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์จากโครงการ สปร. และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งมีกฎเกณฑ์และกติกาของเดิมอยู่แล้ว⁴⁷ และการที่เป็นโครงการของกระทรวงเดียวกันก็ทำให้รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งมีบทบาทเสมือนเป็น CEO ของโครงการในระยะแรก) สามารถผลักดันให้เกิดการบริหารแบบเกือบเบ็ดเสร็จ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งรู้จักกันมากกว่าในชื่อ “War Room”) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารโครงการและเป็นกลไกในการตัดสินใจประเด็นทางนโยบายโดยไม่ผ่านขั้นตอนและกลไกราชการปกติของกระทรวงฯ การมีกลไกการบริหารที่รวดเร็วเป็นข้อดีที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของพรรคและ CEO ของโครงการ แต่วิธีนี้ก็ก่อให้เกิดปัญหาหลายประการเช่นกัน ตัวอย่างคือ

- แม้ว่าผู้บริหารโครงการนี้อาจจะมีภาพในอุดมคติของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ (รวมไปถึงประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ของโครงการ 30 บาทกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ) แต่การที่ไม่มีกลไกในระดับที่สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขมาประสานและทำหน้าที่จัดระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในกรอบรวม ทำให้การดำเนินโครงการ 30 บาทดำเนินการโดยแยกจากโครงการอื่นๆ เพราะผู้บริหารโครงการนี้ที่กระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้อยู่ในฐานะที่จะสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ได้ ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีทิศทางที่ไม่ชัดเจนในระยะแรกด้วย
- การไม่มีการประสานเท่าที่ควรกับโครงการอื่นๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการข้าราชการ) ทำให้การจัดการปัญหาเรื่องทะเบียนผู้มีสิทธิกลายเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ค่อนข้างทุลักทุเลมากกว่าที่ควรจะเป็น
- ปัญหาเรื่องการเงิน (ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากของโครงการนี้) กลายเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข ที่ฝ่ายอื่น (รวมทั้งสำนักงบประมาณ) ไม่ประสงค์จะเข้าไปยุ่งเกี่ยว ทั้งๆ ที่โครงการนี้ถูกจัดเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล

ในด้านการบริหารจัดการโครงการภายในกระทรวงสาธารณสุขเองนั้น มีความเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นจุดเด่นและจุดอ่อนของโครงการนี้ ซึ่งพอสรุปได้คร่าวๆ ดังต่อไปนี้

⁴⁷ รวมไปถึงมี “ภาษา” ของโครงการเดิมซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการใหม่ได้ทันทีด้วย

ก. การบริหารโครงการที่ส่วนกลาง มีประเด็นที่น่าสังเกตคือ

- การส่งสัญญาณของฝ่ายการเมืองในเรื่องปรัชญาของโครงการ มีความคลุมเครือและเปลี่ยนไปตามกระแส จากในช่วงต้นปี 2544 ที่ส่งสัญญาณว่าจะใช้โครงการ 30 บาท ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาเป็น “โครงการที่มุ่งช่วยคนจน” หรือ “โครงการทางเลือกสำหรับคนจน” ในช่วงต้นและกลางปี 2545 จนกระทั่งเมื่อต้องผลักดัน พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฝ่ายการเมืองจึงหันกลับมายืนยันหลักการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกครั้ง
- การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room) ขึ้นมาเป็นกลไกหลักในการติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในโครงการ เป็นเครื่องมือขึ้นสำคัญที่ทำให้ฝ่ายการเมือง (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CEO ของโครงการ) สามารถผลักดันให้โครงการนี้เกิดขึ้นและเดินไปได้ในช่วงแรก แต่ในขณะเดียวกัน การมีโครงสร้างใหม่นี้ขึ้นมาทับซ้อนโครงสร้างเดิมก็เพิ่มความสับสนเข้ามาในโครงการ ทำให้เกิดภาพ “นโยบายรายวัน” และมีส่วนสร้างความขัดแย้งกับปลัดกระทรวงซึ่งเป็นผู้ที่มีอำนาจในโครงสร้างเดิม
- แม้ว่าในโครงการนี้ ส่วนกลางจะให้อำนาจการตัดสินใจของจังหวัดมากกว่าโครงการในอดีต (ที่มักจะใช้วิธีสั่งการจากเบื้องบนเป็นหลัก) แต่ที่ผ่านมายังไม่มีหลักการหรือเส้นแบ่งที่ชัดเจนว่าจะกระจายอำนาจให้จังหวัดแค่ไหน หลายเรื่องที่ทางส่วนกลางมอบให้จังหวัดตัดสินใจเป็นเรื่องที่ผู้บริหารที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้มากกว่าที่จะเป็นเรื่องที่ส่วนกลางเห็นว่าควรกระจายอำนาจให้พื้นที่ การที่ส่วนกลางโยนประเด็นปัญหาที่มีลักษณะเกือบเป็น Zero-sum (เช่น เรื่องการรวมเงินเดือน) ไปให้พื้นที่ตัดสินใจนั้น ดูจะเป็นการโยนภาระความรับผิดชอบไปให้มากกว่าที่จะเป็นการมอบหรือกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นตามหลักการที่ควรจะเป็น
- ในขณะที่ผู้บริหารโครงการนี้มักจะเน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ แต่ผู้บริหาร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายการเมือง) มักจะส่งสัญญาณที่ขัดกันเองออกไปให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างตามแต่สถานการณ์ที่ผู้บริหารต้องเผชิญในขณะนั้น ตัวอย่างเช่น มีบางช่วงที่ผู้บริหารโครงการระบุว่า

โรงพยาบาลใหญ่จำเป็นต้อง “รีดไขมัน” ของตนออก แต่ในอีกบางช่วงก็จะบอกว่าให้ “ทำเต็มที่” และ “เหมือนเดิม” เพื่อดูว่าต้องใช้เงินเท่าใดในการดำเนินโครงการ⁴⁸

- โครงการนี้เป็นตัวอย่างของโครงการที่ฝ่ายการเมืองพยายามผลักดันอย่างเต็มที่และพยายามทำความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในช่วงโครงการนำร่องและช่วงก่อนเริ่มโครงการ (เช่น การส่งผู้บริหารระดับสูงลงไปตามพื้นที่ และการจัดทำคู่มือต่างๆ) แต่เมื่อมีการดำเนินโครงการทั่วประเทศแล้ว ก็ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนที่จะส่งเสริมให้ผู้บริหารในระดับล่างได้รับรู้ข้อมูลในภาพรวมของโครงการหรือภาพในระดับกว้างกว่าจังหวัดหรือเขตของตนเอง แต่ใช้วิธีบอกให้ทุกพื้นที่พยายามทำได้ดีที่สุด และให้พื้นที่ที่มีปัญหาขอความช่วยเหลือจากส่วนกลาง (เช่น จากงบ Contingency Fund ซึ่งเป็นมาตรการระยะสั้น) และมักนำแต่ตัวอย่างในพื้นที่ที่ส่วนกลางเห็นว่าประสบความสำเร็จมาโฆษณา⁴⁹ แนวทางนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากซึ่งมองไม่เห็นภาพรวมและภาพในระยะยาวเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง และขาดความเชื่อมั่นในโครงการและข่าวสารที่ส่งมาจากส่วนกลาง และมีส่วนทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างในองค์กรหรือพื้นที่ที่ประสบปัญหาไม่พอใจกับโครงการนี้ค่อนข้างมาก
- ส่วนกลางให้ความสำคัญกับการร้องเรียนของประชาชนมาก ซึ่งถือได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐ แต่ในการดำเนินการไม่ได้มีการกำหนดแนวทางและกติกาในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่เป็นระบบที่ชัดเจน การติดตามเรื่องร้องเรียนจากส่วนกลางในรูปแบบต่างๆ (ซึ่งในหลายกรณีต่างจากในอดีต เช่น การติดตามเรื่องร้องเรียนที่เป็น e-mail หรือบัตรสนเท่ห์) ก่อให้เกิดภาพกับหน่วยงานระดับล่างว่าส่วนกลางต้องการให้โครงการนี้เป็นโครงการปลอดปัญหา หรือส่วนกลางไม่มีจุดยืนที่ชัดเจนและพร้อมที่จะเปลี่ยนแนวทางการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาการร้องเรียนเกิดขึ้น (เช่น ประเด็นเรื่องสิทธิในการคลอดลูกคนที่ 3)
- การให้สถานพยาบาล (หรือแม้กระทั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนเองเป็นระบบที่น่าจะมีปัญหาการขัดกันของผลประโยชน์ (conflict of interest) อยู่ในตัวเอง

⁴⁸ ปัญหาเรื่องการกระจายอำนาจและพนักงานของรัฐก็เป็นอีกสองตัวอย่างที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่งสัญญาณที่คลุมเครือไปยังผู้ปฏิบัติงาน

⁴⁹ ซึ่งบางครั้งเป็นกรณีที่มีลักษณะเฉพาะสูง เช่น บ้านแพ้ว

- ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ไขระเบียบหลายด้าน (เช่น ระเบียบเรื่องเงินบำรุงและการจ่ายค่าตอบแทน) ซึ่งถือว่าทำได้ค่อนข้างเร็วในระบบราชการเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านบุคลากรและงบประมาณยังคงติดกับกรอบและระเบียบราชการและของกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎระเบียบต่างๆ ในด้านกรอบอัตรากำลังและระเบียบค่าตอบแทนของกระทรวงการคลังและระบบการตรวจสอบของสำนักงานงบประมาณ ซึ่งในหลายกรณียังเป็นอุปสรรคในการบริหารงานของสถานพยาบาลระดับล่าง
- โครงการนี้ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับมีการดำเนินการรายงานเพิ่มขึ้นมาก ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาส่วนกลางจะตระหนักถึงปัญหานี้ และมีความพยายามที่จะตัดรายงานบางส่วนลง แต่ระบบข้อมูลของส่วนกลางยังคงเรียกร้องข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ระดับล่างค่อนข้างมาก โดยเฉพาะระดับสถานีอนามัย ซึ่งหลายแห่งระบุว่าภาระรายงานที่กระทรวงมอบหมายมีมากจนไม่มีเวลาออกเยี่ยมชุมชน หรือการที่ต้องหาข้อมูลจำนวนมากเกินกำลังของเจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดการ “นั่งเทียน” เขียนรายงานกันอย่างกว้างขวาง
- ในรอบปีที่ผ่านมากระบวนการการออกบัตร แจกบัตร ตรวจสอบสิทธิ เปลี่ยนบัตร เก็บบัตรคืน ฯลฯ ยังเป็นปัญหาที่ใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่เข้าโครงการนำร่องและมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการออกบัตรหลายครั้งในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งในหลายๆ กรณีน่าจะสามารถดำเนินการได้โดยใช้ทรัพยากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาของบุคลากร) ที่น้อยกว่านี้ถ้ามีการเตรียมการจากส่วนกลางอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ข. การบริหารงานในระดับเขตโดยระบบผู้ตรวจราชการ

- การแบ่งงานให้ผู้ตรวจราชการรับผิดชอบดูแลโครงการในแต่ละเขต (ตามแนวคิดของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545) ทำให้การดำเนินการขึ้นกับผู้ตรวจค่อนข้างมาก ในบางเขต ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับล่างค่อนข้างพอใจกับระบบนี้ เนื่องจากรู้สึกว่าการบริหารของจังหวัดตนได้รับการตอบสนองมากขึ้นกว่าระบบเดิมที่ขึ้นกับหน่วยงานที่ส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว แต่ในบางเขตก็มีปัญหาที่ผู้ตรวจพยายามกำหนดแนวทางที่ตนคิดว่าเหมาะสมให้ทำเหมือนกันทั้งเขต ทำให้จังหวัดที่มีเงินเหลือต้องทำแบบเดียวกับจังหวัดที่เงินขาด เช่น การกำหนดค่าเหมาเหมือนกัน ทำให้ไม่สามารถ

เปลี่ยนแปลงระบบได้มากเท่าที่ควร เช่นการดึงบุคลากรเข้ามาทำงานในพื้นที่ที่กั้นดาร เป็นต้น

- ระบบมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการรับผิดชอบเหมือนเป็นผู้บังคับบัญชาของเขต แต่ไม่มีระบบการรายงานและระบบประสานงานที่เชื่อมระหว่างผู้ตรวจราชการที่รับผิดชอบในแต่ละเขตกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น สคส. และสำนักงานประกันสุขภาพ ทำให้มีนโยบายที่ขัดแย้งกันในบางครั้ง การประสานงานที่ผ่านมาผ่านระบบการประชุมเท่านั้น (เช่นใน War Room ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ (ปสน. กลาง) และในการประชุมกระทรวงสาธารณสุข)
- การบริหารงานบางด้านของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะของระบบโควต้า เช่น วิธีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ 2545 (ซึ่งนำเงินที่เหลือจากโครงการหลักๆ ที่ส่วนกลางกำหนดมาแบ่งให้แต่ละเขตตามจำนวนบัตร และในบางเขตก็นำไปแบ่งต่อให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนบัตร) และการจัดสรรบุคลากร (แพทย์ใช้ทุน) ในปีงบประมาณนี้เช่นกัน
- การพยายามให้เคลื่อนบุคลากรภายในเขต แม้ว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดี แต่ในหลายกรณี ความแตกต่างระหว่างเขตต่างๆ มีมากกว่าความแตกต่างภายในเขตเดียวกัน การเคลื่อนบุคลากรในระดับเขตจึงทำได้ในขอบเขตที่จำกัดและน่าจะมีโอกาสที่จะได้ผลลัพธ์ที่ต้องการน้อยกว่าการดำเนินการโดยส่วนกลาง

ค. การบริหารงานระดับจังหวัด

- ในหลายจังหวัด บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกมากขึ้น โดยการปรับระบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในแนวทางที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง⁵⁰
- ในช่วงการดำเนินการในปีแรกนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการจัดเวทีและเป็นตัวกลางในการไกล่เกลี่ยและเจรจาต่อรองในด้านการจัดสรรงบประมาณของโครงการ

⁵⁰ ตัวอย่างเช่น จังหวัดเล็กที่มีการคมนาคมสะดวกยอมให้ผู้ป่วยไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ตนสะดวก โดยกันงบกลางหรืองบตามจ่ายไว้ที่จังหวัด (แม้ว่าจะเป็นแนวทางที่ผู้บริหารที่ส่วนกลางไม่สนับสนุนแนวทางนี้) หรือในจังหวัดภาคตะวันออกเตียงเหื่อนแห่งหนึ่งที่ได้รับงบเพิ่มขึ้นมากนั้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็แนะนำให้สถานีนอนมัยไม่ต้องเก็บค่าบริการ 30 บาทจากผู้ป่วยเลย

ซึ่งในจังหวัดส่วนใหญ่ก็สามารถตกลงกันได้ด้วยดี แต่สาเหตุหนึ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องเข้ามามีบทบาทนี้ค่อนข้างมาก (ในหลายกรณีอาจมากกว่าที่ควรจะเป็น) เกิดจากการที่ส่วนกลางไม่สามารถตกลงกันได้โดยหลักการ (เช่นการรวมเงินเดือน)

- อย่างไรก็ตาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในหลายจังหวัดที่รู้สึกว่าการระบบงบประมาณใหม่ทำให้ต้นทุนสูญเสียอำนาจไป มักพยายามดึงหรือกันเงินไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งในบางกรณีทำให้การกระจายงบประมาณมีความล่าช้า หรือจัดสรรงบประมาณไปจากวัตถุประสงค์ของโครงการ

ง. การบริหารในระดับเครือข่ายสถานพยาบาล (โรงพยาบาลและสถานีนอนมัย)

- ระบบงบประมาณใหม่กำหนดให้โรงพยาบาลทำหน้าที่ถือเงินของสถานีนอนมัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลด้วย⁵¹ ระบบนี้ทำให้โรงพยาบาลและสถานีนอนมัยเป็นหน่วยที่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง และเอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลและสถานีนอนมัยร่วมกันวางแผนการทำงานในพื้นที่ที่สอดคล้องกันมากขึ้น และเอื้อกับการพัฒนาศักยภาพของสถานีนอนมัย (เช่นการปรับมาเป็น PCU โดยมีแพทย์ให้พยาบาลเข้าไปประจำและมีแพทย์หมุนเวียน)⁵² แต่ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาการเงิน โรงพยาบาลที่ถือเงินก็จะพยายามเก็บเงินเอาไว้เองจนทำให้สถานีนอนมัยจำนวนมากขาดทรัพยากรในการให้บริการ
- วิธีการจัดสรรเงินของเครือข่ายต่างๆ ให้สถานีนอนมัยมีความแตกต่างกัน บางเครือข่ายอาศัยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขของอำเภอ (คปสอ. ซึ่งเป็นโครงสร้างที่มีอยู่เดิม) ในการบริหารจัดการ บางเครือข่ายจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาบริหาร (เช่น ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลปทุมธานี) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอนมัยได้ดีขึ้น แต่แนวทางการบริหารเครือข่ายส่วนใหญ่ยังคงขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

⁵¹ สถานีนอนมัยบางแห่งยังได้งบ non-UC จากระบบงบประมาณเดิม แต่ในจำนวนที่ค่อนข้างน้อย

⁵² ในบางเครือข่าย (CUP) มีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย เช่น เบาหวาน หรือแพทย์ ortho โรงพยาบาลทั่วไปไป train แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเรื่องกระดูก และตั้งหลักเกณฑ์ร่วมกันสำหรับระบบส่งต่อผู้ป่วย

- สถานีอนามัยส่วนใหญ่ต้องการความอิสระในการบริหารจัดการเรื่องเงิน⁵³ และพอใจรูปแบบเดิมที่ตนบริหารเงินบำรุงของสถานีอนามัยของตนเองมากกว่า
- ในหลายพื้นที่ ข้อมูลของส่วนกลางและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดสรรงบประมาณในจังหวัดมักไม่ไปถึงเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน ข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลรับทราบขึ้นกับนโยบายการเปิดเผยข้อมูลของผู้บริหาร ในโรงพยาบาลที่ผู้บริหารมีนโยบายแจกแจงข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทราบอย่างสม่ำเสมอ มักจะมีส่วนช่วยลดความกังวลของเจ้าหน้าที่ลงได้⁵⁴
- ปัญหาความกังวลของผู้ปฏิบัติงานในหลายพื้นที่มีส่วนที่เกิดจากผู้บริหารสถานพยาบาลให้ข้อมูลแต่เพียงบางด้านกับเจ้าหน้าที่ หรือผู้บริหารสรุปปัญหาโดยดูจากข้อมูลจุดย่อยๆ ตัวอย่างเช่น ในช่วงระยะแรกที่มีปัญหาการโอนเงินล่าช้า นั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งให้แต่ข้อมูลเงินบำรุงที่ลดลง แล้วสรุปลงไปว่าโครงการนี้ทำให้โรงพยาบาลมีปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง
- การมีศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นนวัตกรรมที่มีผลในหลายด้าน ตัวอย่างเช่น ทำให้การให้บริการทางการแพทย์ใกล้ตัวประชาชนมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล⁵⁵ การมี PCU ก่อให้เกิดการปรับตัวและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคลากรในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งเคยทำงานโดยไม่เคร่งครัดเรื่องเวลาเกิดการปรับตัวเมื่อต้องทำงานกับ

⁵³ ในเรื่องนี้ ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ซึ่งสมาชิกประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและสาธารณสุขอำเภอ ได้เสนอรัฐมนตรีและผู้บริหารของกระทรวงในการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจ ของสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพว่าไม่ควรนำงบประมาณในส่วน of สถานีอนามัยไปผูกขาดไว้กับโรงพยาบาล แต่ควรเชื่อมโยงเป็นพวงสถานบริการด้วยระบบส่งต่อและควรเป็นระบบส่งต่อแบบเสรีที่ไม่ควรผูกขาดไว้ที่โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง

⁵⁴ วิธีนี้จะได้ผลดีในโรงพยาบาลที่ไม่มีปัญหาการเงิน สำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาวิธีนี้อาจจะไม่ช่วยสร้างความมั่นใจ แต่ก็อาจจะทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงฐานะทางการเงินที่แท้จริงของสถานพยาบาลมากขึ้น การเปิดเผยข้อมูลในกรณีหลังนี้อาจมีทั้งผลดีในเรื่องของการช่วยกันประหยัดและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับคุณภาพการให้บริการกับประชาชน

⁵⁵ ในเรื่องนี้ มีข้อเสนอจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแห่งว่า PCU อาจไม่มีความจำเป็นในจังหวัดเล็กที่มีการคมนาคมสะดวก (เช่น สระบุรี) หรืออาจไม่คุ้มที่จะทำในพื้นที่ที่ประชากรกระจุกตัวมาก (เช่น ในบางอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่)

พยาบาลที่จะเข้มงวดในด้านเวลา และพยาบาลเองก็ได้ฝึกฝนการออกชุมชนจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย บาง PCU มีการจัดตั้งหน่วยย่อยลงไปอีกในการดูแลชุมชน เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งเป็นงานอาสาสมัคร ดูแลโดยทีม อสม. หมู่บ้านละทีม โดย อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ 15-20 ครัวเรือน ให้บริการต่างๆ เช่น การวัดความดันและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังทุกวัน

- ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ใน PCU จำนวนมากคือปัญหาสายการบังคับบัญชาที่ไม่ชัดเจน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มาทำงานใน PCU กับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเดิม) ในบางสถานีนามัยที่โรงพยาบาลมา “รับช่วงกิจการ (takeover)” จะมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ว่าแพทย์จะเป็นหัวหน้าของ PCU พยาบาลเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการรักษาและจ่ายยา และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยลดบทบาทมาทำหน้าที่คัดกรองคนไข้ (ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก) แต่ในหลายสถานีนามัยที่ไม่มีแพทย์ไปประจำ เจ้าหน้าที่สถานีนามัยและพยาบาลต่างก็เกิดความอึดอัดในสถานะที่ไม่ทราบแน่ชัดของตนและเกิดความขัดแย้งกันในบางครั้ง
- ที่ผ่านมา การแบ่งประชากรและพื้นที่ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) มักแบ่งตามพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในบางจังหวัด เช่นปทุมธานี ได้นำเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Global Positioning System หรือ GPS และ Geographical Information System หรือ GIS) มาช่วยในการแบ่งพื้นที่ของแต่ละ CUP โดยใช้อาศัยหลักเกณฑ์ให้ประชาชนเดินทางไม่เกิน 30 นาที และอยู่รอบโรงพยาบาลในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตร แต่ผลที่ตามมาก็คือเกิดกรณีที่สถานีนามัยหลายแห่งขึ้นกับ 2-3 CUP ซึ่งเป็นปัญหาที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่มีคำตอบชัดเจนว่าควรแบ่ง CUP ตามเขตปกครองหรือแบ่งตามหลักเกณฑ์อื่นและจะแก้ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นอย่างไร นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องสถานีนามัยที่อยู่ใน CUP ของเอกชน ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้เกี่ยวพันกับปัญหาที่ใหญ่กว่านี้อีกอย่างน้อยสามประการคือ (1) การกำหนดบทบาทของสถานีนามัยในด้านการเป็นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนกับบทบาทที่เป็นสถานพยาบาลขั้นต้น (2) การแยกหรือรวมงาน (และงบ) การรักษาพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ และ (3) การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้มากขึ้นแค่ไหนเพียงใด

7.4.1 การปรับตัวด้านการบริหารโครงการเมื่อสิ้นปีแรก

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

1. การปรับปรุงคุณภาพการบริการ
2. การสร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานพยาบาลระดับต่างๆ
3. การปรับการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมขึ้นโดยเฉพาะแก่พื้นที่ขาดแคลน
4. การปรับการจัดการให้มีความจำเป็นและลดความขัดแย้ง
5. การส่งเสริมขวัญและกำลังใจของบุคลากร

และ 14 มาตรการในการดำเนินการซึ่งประกอบด้วย

1. การจัดงบค่าใช้จ่ายสำหรับคนไข้ในและคนไข้ส่งต่อที่ระดับจังหวัด (ซึ่งก็คือการแยกงบผู้ป่วยใน หรือ OP-IP Split) เพื่อลดภาระความกังวลแก่สถานพยาบาลที่ส่งต่อ
2. การจัดรูปแบบบริการไม่ให้เกิดภาพลักษณ์เป็นบริการชั้นสอง เช่น การแยก OPD (ยกเว้นว่ามีที่มิดูแลทำให้เกิดความประทับใจและรวดเร็ว) หรือการแยกบัญชียาในสถานพยาบาลเดียวกัน
3. การทดลองโครงการนำร่องประชาชนเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองใน 4 จังหวัด (ภาคละ 1 จังหวัด คือ สุรินทร์ สระบุรี แพร่ สงขลา และเขตพิเศษ ในกรุงเทพมหานคร (เริ่ม 1 ตุลาคม 2545)
4. การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยอายุ ภาวะโรค และความทุพพลภาพของพื้นที่
5. การปรับอัตราการดูแลผู้ป่วยใน (DRG) ตามระดับสถานพยาบาล (โดยจ่ายให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาล รร. แพทย์ในอัตราที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน)
6. ให้มีการปรับเปลี่ยนแพทย์ พยาบาล และบุคลากร จบใหม่ตามสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้วยความสมัครใจ โดยไม่คำนึงถึงการเป็นโควต้าของจังหวัดต้นสังกัด

7. การส่งเสริมความร่วมมือของชุมชน สถานพยาบาลและสถานศึกษาในการผลิตบุคลากร "คีนส์บ้านเกิด"
8. การเร่งรัดการตามจ่ายผู้ป่วยในและส่งต่อโดยระบบ IT ที่ทันสมัย (กำหนดเริ่ม มกราคม 2546)
9. การเพิ่มช่องทางการไกล่เกลี่ยแก้ปัญหาแทนการรับเรื่องร้องเรียนเพียงอย่างเดียว
10. การดำเนินการให้มีบทบาทหน่วยผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการให้ชัดเจน
11. การเร่งรัดทำความเข้าใจกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
12. ให้ความมั่นใจในการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่จำเป็น โดยการตัดเงินเดือนที่ระดับ จังหวัดหรือที่ 2-3 จังหวัดรวมกัน
13. การเร่งรัดในการใช้ประโยชน์จากระเบียบเงินบำรุงที่เปลี่ยนแปลงให้คล่องตัว (เช่น การใช้ก่อสร้างบ้านพักในพื้นที่ทุรกันดาร)
14. การจัดสรรงบประมาณสำหรับส่วนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ไปสู่สถานีนอนามัยโดยตรง โดยผ่านการรับรู้จากสถานพยาบาลคู่สัญญา

เมื่อพิจารณาจาก 14 มาตรการจะเห็นได้ว่าเป็นมาตรการที่มีลักษณะประนีประนอม โดยมีหลายมาตรการที่พยายามแก้ไขปัญหของโรงพยาบาลใหญ่ (เช่น มาตรการรวมเงินเดือนที่ จว. มาตรการจัดแยกงบผู้ป่วยในมากองรวมที่ จว. มาตรการกำหนดอัตราค่าดูแลผู้ป่วยใน (DRG) ตามระดับสถานพยาบาล ซึ่งมาตรการกลุ่มนี้เคยถูกคัดค้านโดยกลุ่มผู้ผลักดันโครงการนี้หลายคนในระยะแรก) ขณะที่บางมาตรการพยายามแก้ปัญหของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีเงินเหลือแต่ขาดบุคลากร (เช่น การเร่งรัดในการใช้ประโยชน์จากระเบียบเงินบำรุง การปรับเปลี่ยนแพทย์ พยาบาล และบุคลากร จบใหม่ตามสารสนเทศภูมิศาสตร์ และการส่งเสริมการผลิตบุคลากร "คีนส์บ้านเกิด") หรือพยายามแก้ปัญหของโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล (เช่น การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยอายุ ภาวะโรค และความทุรกันดาร การปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการผลิตบุคลากร "คีนส์บ้านเกิด") บางมาตรการพยายามแก้ปัญหของสถานีนอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เช่น การจัดสรรงบประมาณสำหรับส่วนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับชุมชนไปสู่สถานีนอนามัยโดยตรง) และบางมาตรการเป็นการปรับเพื่อตอบสนองเสียงเรียกร้องของบุคลากร (การเพิ่มช่องทางการไกล่เกลี่ยแก้ปัญหาแทนการรับเรื่องร้องเรียนเพียงอย่างเดียว) ในขณะที่บางมาตรการเป็นการปรับเพื่อตอบสนองเสียงเรียกร้องของนักวิชาการและภาคประชาชน (เช่น การดำเนินการให้มีการแยกบทบาทของหน่วยผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการให้ชัดเจน หรือ Purchaser-Provider Split การ

จัดรูปแบบบริการไม่ให้เกิดภาพลักษณ์เป็นบริการชั้นสอง การไม่แยกบัญชียา และการทดลองโครงการนำร่องที่ให้สิทธิ์ประชาชนเลือกสถานพยาบาล) และมาตรการที่มีผลต่อหลายฝ่าย(เช่น การเร่งรัดการตามจ่ายผู้ป่วยในและส่งต่อโดยระบบ IT ที่ทันสมัย)

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเดียวกันคือ การประกาศยุบศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือ “War Room”) ซึ่งดำเนินการมาเป็นเวลาหนึ่งปี และกลับไปเข้าสู่ระบบสายการบังคับบัญชาตามปกติของกระทรวงสาธารณสุขในเดือนตุลาคม 2545

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

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

ในแง่หนึ่ง การแยก สปสช. ออกจากกระทรวงสาธารณสุข และบทเฉพาะกาลของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้การซื้อบริการจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสามปีแรกให้ซื้อผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีผลเสมือนทำให้กระทรวงสาธารณสุขกลับเข้าสู่สภาพก่อนที่มีโครงการ 30 บาทอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มข้าราชการประจำที่เคยมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดโครงการ 30 บาทได้ย้ายไป สปสช. เสียเป็นส่วนใหญ่ และในช่วงสามปีแรกที่ สปสช. ต้องซื้อบริการผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในฐานะที่สามารถบริหารงบนี้ได้ตามที่เห็นสมควร เนื่องจากในช่วงนี้นั้น สปสช. มีฐานะเป็นผู้ส่งผ่านเงินมากกว่าจะเป็นเจ้าของเงินส่วนนี้

ในภาวะการณ์เช่นนี้ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้เลือกใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณของโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546 ที่ต่างจากในปีงบประมาณ 2545 เป็นอย่างมาก โดยเริ่มตั้งแต่การใช้จ่ายมาตรการแยกเงินเดือนของข้าราชการและพนักงานของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศออกมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว แล้วจึงนำเงินที่เหลือมาจัดสรรให้กับสถานพยาบาล ซึ่งวิธีนี้ทำให้สามารถแก้ปัญหาเงินเดือนของสถานพยาบาลทั่วประเทศ (รวมทั้งจังหวัดที่เคยมีเงินเดือนติดลบ) ไปได้

นอกจากมาตรการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่าย (หรือที่มักเรียกกันว่า “มาตรการรวมเงินเดือนระดับประเทศ” แล้ว) การจัดสรรงบที่เหลือให้แต่ละจังหวัด ยังใช้ประชากรในเขตความรับผิดชอบเป็นตัวแปรในการจัดสรรงบรายหัวให้แต่ละจังหวัด ทั้งนี้ จังหวัดที่มีประชากรมาก (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคอีสาน) จะได้งบต่อหัวน้อย (เพราะถือว่ามีภาระประหยัดจากขนาด หรือ economy of scale) ขณะที่จังหวัดเล็ก (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง) และจังหวัดที่มีประชากรน้อยจะได้งบต่อหัวสูงกว่า

ในแง่หนึ่ง การจัดสรรงบในลักษณะนี้ (ซึ่งคล้ายกับการจัดสรรงบ สปร. ในยุคก่อนปี 2541) สามารถแก้ปัญหาที่โรงพยาบาลหลายแห่งได้รับผลประโยชน์จากความพยายามที่จะปฏิรูประบบการเงินการคลังในลักษณะของการให้เงินตามไปกับผู้ป่วย (money follows patient ซึ่งเริ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ในปี 2541-43 และนำมาใช้เกือบเต็มสูตรในการจัดสรรงบของโครงการ 30 บาทในปี 2545) แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดปัญหากับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่เคยวางแผนแบบเล็งผลเลิศเมื่อคาดว่าจะรายรับของสถานพยาบาลจะเพิ่มขึ้นอย่างถาวรจากการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินโดยโครงการ 30 บาท สถานพยาบาลกลุ่มนี้หลายแห่งมีอันต้องปรับเปลี่ยนแผนของตนอย่างสุดขีดเมื่อตระหนักว่างบเหมาจ่ายรายหัว (ที่ไม่รวมเงินเดือน) ที่สถานพยาบาลจะได้รับในปีงบประมาณนี้ต่ำกว่า 273 บาทที่เป็นตัวเลขาอ้างอิงของโครงการ สปร. ในอดีตเสียอีก

แน่นอนว่า การเปลี่ยนกติกาใดๆ ในการจัดสรรเงินให้สถานพยาบาลในสถานการณ์ที่เกือบจะเป็น Zero Sum นั้น ย่อมมีสถานพยาบาลที่ได้รับผลกระทบในด้านลบเสมอ ซึ่งผู้บริหารที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางหนึ่งทิศทางใดก็มักจะได้รับคำวิจารณ์หรือการกล่าวหาที่โยงไปถึงแรงจูงใจต่างๆ (เช่น ผู้บริหารที่เคยมีบทบาทในชมรมแพทย์ชนบทที่เสนอให้ปฏิรูประบบงบประมาณก็ถูกกล่าวหาว่าพยายามทำลายโรงพยาบาลใหญ่และเอื้อประโยชน์ให้โรงพยาบาลชุมชน หรือผู้บริหารที่พยายามปรับเปลี่ยนระบบเพื่อแก้ปัญหาการเงินให้โรงพยาบาลใหญ่ส่วนใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขก็ถูกวิจารณ์ว่าพยายามล้มหลักการของการปฏิรูป) แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของความ

เพียงพอของเม็ดเงินที่นำมาจัดสรรในโครงการนี้ ซึ่งปัญหานี้มีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากฝ่ายการเมืองเลือกที่จะดำเนินโครงการอย่างรวดเร็ว (โดยไม่ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขไปพร้อมๆ กันทั้งระบบ) และพยายามดำเนินการโดยใช้งบประมาณที่เพิ่มจากเดิมเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ต้องรองรับภาระในการรักษาพยาบาลสำหรับประชากรอีกประมาณหนึ่งในสี่ของประเทศ และในสถานการณ์ที่ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้นหลังจากที่มีโครงการนี้ด้วย

ในประเด็นเรื่องอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการนี้นั้น ในช่วงปีงบประมาณ 2545 สธ. ได้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน คณะกรรมการชุดนี้ได้ใช้ทีมเดิม (นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ) ในการคำนวณนี้สำหรับปีงบประมาณ 2546 ซึ่งทีมนี้ได้คำนวณเหมาจ่ายรายหัวโดยใช้วิธีคล้ายกับวิธีเดิม (แต่มีข้อมูลหลายตัวที่ทันสมัยขึ้น) และเสนอให้ปรับเพิ่มงบประมาณรายหัวในปีงบประมาณ 2546 ขึ้นเป็น 1,414 บาทต่อคน ตามรายละเอียดในตารางที่ 7.31

ตารางที่ 7.31 เปรียบเทียบงบประมาณรายหัวในปี 2545 กับงบประมาณรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 ที่เสนอโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เสนอตัวเลขชุดนี้ต่อรัฐบาล โดยใช้เหตุผลว่าที่ผ่านมา มีผู้มีสิทธิที่มาใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิจำนวนมาก และในโครงการประกันสังคมเองนั้น หลังจากที่ผ่านมา การดำเนินการมาเป็นเวลานานสิบปี อัตราการใช้สิทธิก็ยังคงอยู่ที่ระดับ 85% ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงเสนอให้ปรับการคำนวณโดยใช้อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ร้อยละ 85 แทน ซึ่งทำให้งบที่ต้องใช้ ลดลงเหลือประมาณ 1,322 บาทต่อบัตร แต่ในที่สุดแล้วสำนักงานงบประมาณก็เลือกใช้อัตราเดิม (1,202.40 บาท) ในการจัดสรรงบให้โครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546

7.5 สรุปการดำเนินการในช่วงปีแรกของโครงการ 30 บาท

ผลการดำเนินโครงการ 30 บาททั่วประเทศในปีงบประมาณ 2545 สามารถสรุปได้คร่าวๆ และมีข้อสังเกตที่ควรพิจารณาดังต่อไปนี้คือ

- งบที่รัฐบาลจัดสรรให้โครงการไม่เพียงพอสำหรับจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ (ปัญหานี้เกิดต่อเนื่องไปถึงในปีงบประมาณ 2546) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีก เพราะยังมีประชากรกลุ่มที่ยังมีปัญหในการตรวจสอบสิทธิเกือบ 5 ล้านคน
- สถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการ มีภาระงานและค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการมากขึ้น
- รายรับนอกโครงการ 30 บาท (รวมรายรับจากผู้ป่วยจ่ายเงินเองที่เลือกไม่ใช้สิทธิหรือเลือกไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น) มีแนวโน้มลดลง
- สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังอยู่ได้ แต่การที่สถานพยาบาลที่ติดลบหรือมีปัญหาการเงินเพิ่มจำนวนขึ้นในช่วงครึ่งปีหลัง (ซึ่งมีผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น) บ่งชี้ว่างบที่ให้กับสถานพยาบาลอาจไม่เพียงพอ
- อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นจากเดิมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50)
- ตัวเลขการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มจังหวัดที่จัดสรรงบประมาณแบบ inclusive capitation) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ารูปแบบการจัดสรรงบประมาณมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่⁵⁶ รวมทั้งไม่เพียงพอที่จะเชื่อมโยงอัตราการตายที่เปลี่ยนแปลงไปกับโครงการ 30 บาทหรือคุณภาพของการรักษาในโครงการนี้ แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวัง
- โครงการนี้ให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลและเปิดช่องทางให้มีการร้องเรียนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ถ้างบที่จัดสรรให้ไม่เพียงพอ สถานพยาบาลก็อาจปรับตัวโดยลดคุณภาพของบริการลง (ซึ่งเป็นวิธีแก้ปัญหาก็ทำได้ง่ายและยากที่จะพิสูจน์) และมีโอกาสที่จะกลายเป็นปัญหาของโครงการนี้ในระยะยาวที่มาตรการควบคุมคุณภาพหรือการร้องเรียนแทบจะช่วยเหลืออะไรไม่ได้เลย

⁵⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่หลายจังหวัดที่มีปัญหาการเงินมีแนวโน้มที่จะเลือกจัดสรรงบประมาณแบบ inclusive capitation มากกว่าจังหวัดที่คาดว่าจะมีเงินเหลือ

8. ผลของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระทาง การเงินของประเทศและผู้เสียภาษี

ในช่วงที่รัฐบาลประกาศเริ่มโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” นั้น ความคาดหวังและความกังวลของฝ่ายต่างๆ คือ โครงการนี้จะใช้งบมหาศาลและจะกลายเป็นภาระของประเทศและประชาชนผู้เสียภาษีในที่สุด

ก่อนหน้านี้จะมีโครงการนี้ คณะทำงานของ สวรส. (2544) คาดว่าโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งประเทศ (รวมข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคม) โดยมีชุดสิทธิประโยชน์ในระดับที่ไม่ดีไปกว่าระบบประกันสังคม จะต้องใช้งบประมาณของรัฐประมาณ 100,000 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นจากงบประมาณด้านสาธารณสุขของภาครัฐก่อนที่จะมีโครงการนี้ประมาณ 23,000 ล้านบาท (งบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุขที่จัดสรรให้กระทรวงต่างๆ รวมกันตกประมาณ 77,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการในปีงบประมาณ 2545 เกิดขึ้นในช่วงที่ยังไม่ได้ปรับระบบสวัสดิการข้าราชการ ทั้งนี้ โครงการสวัสดิการข้าราชการกำหนดให้เริ่มจ่ายเงินตาม DRG ร้อยละ 20 ในเดือนเมษายน 2545 แต่ในที่สุดแล้วก็ยังไม่สามารถนำมาตรการนี้มาใช้ได้ และโดยหลักการแล้วมาตรการนี้จะไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายรวมของโครงการ ยกเว้นในกรณีที่เดิมมีการเบิกจ่ายโดยไม่มีสิทธิหรือไม่สุจริต ส่วนสำนักงานประกันสังคมนั้น ได้ดำเนินการขยายความครอบคลุมออกไปสู่ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดหนึ่งคนขึ้นไป โดยคาดการณ์ไว้ว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นประมาณ 2.8-3.5 ล้านคน แต่ในระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2545 มีจำนวนลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นประมาณ 700,000 คน และจนถึงปัจจุบันจำนวนลูกจ้างกลุ่มนี้ที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก

โครงการ 30 บาท ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชากรที่ไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบในปีงบประมาณ 2545 จำนวน 65,876 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544 จำนวน 4,779 ล้านบาท (ร้อยละ 7.8) และได้รับเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 8,000 ล้านบาทในช่วงปลายปีงบประมาณ⁵⁷

⁵⁷ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขหลายท่านระบุว่าผู้นำรัฐบาลรับปากที่จะจัดสรรงบมาให้เพิ่มในกรณีที่งบประมาณไม่พอ แต่มีเงื่อนไขว่าให้โครงการนี้ใช้งบที่มีอยู่ให้หมดก่อนแล้วจึงค่อยขอเพิ่มในภายหลัง ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงโครงการนำร่องนั้น จังหวัดส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่างบที่ได้รับการจัดสรร

(รวมงบ Contingency Fund สำหรับปีงบประมาณ 2545) ซึ่งจะเห็นได้ว่างบที่จัดสรรเพิ่มเป็นจำนวนที่ค่อนข้างน้อย (ใกล้เคียงกับงบ สปร. เดิม เมื่อเทียบกับประชากรที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้น) นอกจากนี้ งบส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องแบ่งไปให้สถานพยาบาลนอกสังกัดและสถานพยาบาลของเอกชนด้วย⁵⁸

งบส่วนใหญ่ (ประมาณสามในสี่) ของกระทรวงสาธารณสุข (47,988 ล้านบาท จาก 65,876 ล้านบาท หรือร้อยละ 72.8) ถูกรวมเข้ามาอยู่ในงบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งในจำนวนนี้มีงบเงินเดือนและค่าตอบแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง (23,850 ล้านบาท รวมงบสำหรับพนักงานของรัฐด้วย) งบอุดหนุนทั่วไปนอกเหนือจากเงินเดือน 22,138 ล้านบาท และเป็นงบกลาง 2,000 ล้านบาท⁵⁹ ส่วนงบที่เหลือของกระทรวงเป็นงบในโครงการอื่นๆ (non-UC) จำนวน 17,877 ล้านบาท ซึ่งลดลงจากเดิมมาก

8.1 ค่าใช้จ่ายของภาครัฐสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ปีงบประมาณ 2545-47

ในตารางที่ 8.1 ผู้วิจัยได้รวบรวมค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับปีงบประมาณ 2545 และประมาณการสำหรับปีงบประมาณ 2546-47 โดยในปีงบประมาณ 2546 ใช้ตัวเลขจริงเท่าที่จะหาได้ มาประกอบกับข้อสมมุติต่างๆ ตามความจำเป็น

การคำนวณนี้ใช้ข้อสมมุติว่า การปรับพฤติกรรมการจ่ายเงินผู้ป่วยในของโครงการสวัสดิการข้าราชการจะช่วยชลออัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ ซึ่งลดลงร้อยละ 0.8 ในปีงบประมาณ 2545 ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2546⁶⁰ โดยคาดว่าค่าใช้จ่ายรวมของโครงการสวัสดิการข้าราชการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 8 ในปี 2546 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ข้อสมมุติว่าค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการสวัสดิการข้าราชการจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ในปี 2547 เช่นกัน ส่วนค่าใช้จ่ายของรัฐวิสาหกิจในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งมีข้อมูลไม่ครบนั้น ผู้วิจัยประมาณการโดยใช้ข้อมูลในอดีตสำหรับรัฐวิสาหกิจที่ไม่ได้รายงานข้อมูลในปี 2546 มาปรับเพิ่มยอดค่าใช้จ่ายรวมของ

⁵⁸ แต่เป็นยอดเงินค่อนข้างต่ำคือประมาณ 2,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2545

⁵⁹ ยังไม่รวมงบส่วนที่เป็น Contingency Fund ซึ่งตั้งไว้ 5,000 ล้านบาท และงบเพิ่มเติมเนื่องจากต้องดำเนินโครงการเร็วกว่าที่คาดเอาไว้หรือต้องรับผิดชอบต่อประชากรมากกว่าที่คาดเอาไว้ และ งบ สปร. สำหรับผู้มีสิทธิในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน (ในช่วงตุลาคม 2544-มีนาคม 2545)

⁶⁰ ข้อมูลปี 2546 คำนวณจากข้อมูลจริงในช่วง 9 เดือนแรกปรับเป็น 12 เดือน

โครงการจาก 2,797 ล้านบาทเป็น 3,000 ล้านบาท และสมมติว่าค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อปีในปี 2546-47 เท่ากับโครงการสวัสดิการข้าราชการ

สำหรับการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับกองทุนประกันสังคมนั้น มีทางเลือกหลายทาง แต่ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้เงินสมทบทั้งหมดของรัฐบาลมาคำนวณค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากในกรณีที่รัฐบาลจะขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมนั้น รัฐบาลไม่สามารถเลือกที่จะขยายความคุ้มครองเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง แต่จะต้องจ่ายเงินซื้อบริการจากสำนักงานประกันสังคมเป็น “แพ็คเกจ” ดังนั้น ถ้าคิดค่าใช้จ่ายของโครงการตามหลักต้นทุนส่วนเพิ่ม (ซึ่งเป็นหลักการที่ใช้ในทางเศรษฐศาสตร์) แล้ว การคิดค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเป็นวิธีที่สะท้อนภาระทางการเงินของรัฐบาลได้ดีกว่าการแยกเงินที่รัฐต้องจ่ายสมทบใหม่ในทุกๆ ปีออกเป็นส่วนๆ โดยสมมติว่ามีผู้จ่ายเงินส่วนใดส่วนหนึ่งของแต่ละภาคีกับความคุ้มครองประเภทหนึ่ง

สำหรับการคำนวณค่าใช้จ่ายของโครงการ 30 บาทนั้น ในปีงบประมาณ 2545 ใช้ค่าใช้จ่ายจริง (จากตารางที่ 7.5) แต่การเปรียบเทียบตัวเลขข้ามปีของโครงการ 30 บาทของปี 2545 กับปีอื่นมีปัญหาเล็กน้อย เพราะในปี 2545 นั้น ประชากรบางส่วน (โดยเฉพาะใน กทม.) ไม่ได้อยู่ในโครงการทั้งปี สำหรับปี 2546 คำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวจากอัตรา 1,202.40 บาท คูณด้วยจำนวนประชากรผู้มีสิทธิที่ 45.6 ล้านคนที่ใช้ในการของบประมาณแล้วบวกด้วยบัตินอกเหนือจากงบเหมาจ่าย คือ งบกลางสำหรับการบริหารจัดการงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1,600 ล้านบาท และงบ Contingency Fund อีก 1,600 ล้านบาท สำหรับในปีงบประมาณ 2547 นั้น ใช้ตัวเลขเหมาจ่ายรายหัว 1,308.5 บาท (ซึ่งเป็นตัวเลขที่นายกรัฐมนตรีระบุว่าจะปรับเพิ่มให้) คูณด้วยประชากรผู้มีสิทธิซึ่งผู้วิจัยประมาณการไว้ 46.2 ล้านคน บวกด้วยงบบริหาร 1,033.55 ล้านบาท และไม่มีงบ Contingency Fund

ปัญหาประการหนึ่งของการคำนวณในส่วนของโครงการ 30 บาทก็คือ งบเหมาจ่ายนี้คิดรวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอาไว้ทั้งหมด ทั้งที่ในความเป็นจริงนั้น โรงพยาบาลต่างๆ จะมีเจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งที่ทำงานด้านอื่นๆ อยู่ด้วย ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่ปรากฏอยู่ในตารางในรายการของโครงการ 30 บาท จะเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าที่ใช้จริงในโครงการนี้

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการอุดหนุนข้ามโครงการ เช่น การกำหนดให้งบโครงการ 30 บาท ครอบคลุมงานด้านการส่งเสริมป้องกันสำหรับประชาชนทั้งประเทศ และการที่ผู้ป่วยเรื้อรังด้วยสาเหตุที่อาจเกี่ยวข้องกับการทำงานหรืออาจเป็นการป่วยที่ทำให้มีปัญหาและต้องลาออกจากการงาน แต่เมื่อ

บุคคลเหล่านี้ลาออกจากการงานไปแล้ว ก็จะไปอยู่ในความครอบคลุมของโครงการ 30 บาทแทน ขณะที่คนที่เหลืออยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการจะเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพดีเป็นส่วนใหญ่ เป็นต้น

ภายใต้ข้อจำกัดและข้อสมมุติที่กล่าวมาแล้วนี้ พอลจะคำนวณค่าใช้จ่ายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และของโครงการย่อยต่างๆ ได้ตามที่เสนอไว้ในตารางที่ 8.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่า

- ค่าใช้จ่ายของทั้งสามโครงการรวมกันประมาณ 90,100 ล้านบาทในปี 2545 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 95,000 ล้านบาทในปี 2546 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5) และจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 10 เป็น 104,100 ล้านบาทในปี 2547
- ค่าใช้จ่ายของโครงการที่เพิ่มขึ้นในปี 2546 นั้น เกิดจากโครงการสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราประมาณร้อยละ 8 ต่อปี และจากโครงการประกันสังคม ซึ่งมีจำนวนผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นประมาณเจ็ดแสนคน (ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขยายความครอบคลุมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน และส่วนหนึ่งเป็นผลจากการฟื้นตัวของเศรษฐกิจ) สำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ในปี 2546 ได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริงในปี 2545 เสียด้วยซ้ำ โดยในปี 2546 ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรายหัวในอัตราเดิม (1,202.40 บาทต่อคนต่อปี) แต่ได้งบ Contingency Fund ลดลงจากเดิมประมาณครึ่งหนึ่ง เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการบริหารแล้ว อัตราเหมาจ่ายที่แท้จริง (effective capitation) ที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2546 ตกประมาณ 1,264 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งต่ำกว่าเงินสมทบเฉลี่ยที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการประกันสังคม (1,538 บาทต่อคนต่อปี) เกือบ 300 บาทต่อคน
- ค่าใช้จ่ายของโครงการที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในปี 2547 นั้น ส่วนที่สำคัญ (เกือบ 4,000 ล้านบาท) มาจากเงินสมทบเข้าโครงการประกันสังคม (ซึ่งรัฐบาลจะต้องจ่ายเพิ่มขึ้นจากประมาณ 1,538 บาทต่อคนต่อปี เป็น 1,923 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นผลจากการปรับอัตราเงินสมทบจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 2.5) เมื่อคิดรวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นด้วยแล้ว รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มให้กับโครงการประกันสังคมประมาณร้อยละ 34 และอีกส่วนหนึ่งจะมาจากโครงการ 30 บาท ซึ่งคาดว่าจะใช้เงินเพิ่มขึ้นประมาณ 3,460 ล้านบาท จากการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวจาก 1,202.40 เป็น 1,308.50 บาทต่อคนต่อปี สำหรับค่าใช้จ่ายของรัฐในโครงการสวัสดิการข้าราชการนั้น ผู้วิจัยคาดว่าจะยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่ต่างจากเดิมมากนัก (ประมาณร้อยละ 8 ต่อปี)

ซึ่งแม้ว่าจะเป็นอัตราที่ต่ำกว่าโครงการอื่นในปี 2547 แต่ก็เป็นกรเพิ่มแบบต่อเนื่องทำให้
ค่าใช้จ่ายต่อหัวของโครงการนี้ตกประมาณสามเท่าของงบที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ
ประกันสังคม และเกือบ 5 เท่าของงบที่รัฐบาลจ่ายให้กับโครงการ 30 บาทฯ

ตารางที่ 8.1 ค่าใช้จ่าย (และประมาณการค่าใช้จ่าย) ของโครงการต่างๆ ในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545-47

	2545			2546			2547		
	จำนวน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่าย ของรัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย เฉลี่ย (บาท/คน)	จำนวน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่าย ของรัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย เฉลี่ย (บาท/คน)	จำนวน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่ายของ รัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย เฉลี่ย (บาท/คน)
สวัสดิการข้าราชการ/รศก.	3.9	23,476	5,974	4.1	25,400	6,195	4.3	27,432	6,380
ประกันสังคม	6.7	9,684	1,440	7.4	11,330	1,538	7.9	15,190	1,923
โครงการ 30 บาท	45.37 (เฉลี่ย 43.9)	59,942	1,321- 1,365	45.9	58,029	1,264	46.2	61,487	1,331
รวม 3 สิทธิ	56.0	90,098	1,608	57.4	94,759	1,651	58.4	104,109	1,783
หักผู้ที่มีสิทธิซ้ำซ้อน (เฉพาะ ขรก./ปกส.)	0.1	-	-	0.1	-	-	0.1		
รวมยอดผู้มีสิทธิ	55.9	90,098	1,612	57.3	94,759	1,654	58.3	104,109	1,786
ไม่มีสิทธิใดใด/รอ ตรวจสอบสิทธิ	5.9			5.1			4.7		
รวมประชากร	61.8			62.4			63.0		

ที่มา: จากการประมาณการของผู้วิจัย

หมายเหตุ:

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

2. จำนวนผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจใช้ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพ (3.03 และ 4.06 ล้านคนเมื่อเดือนกันยายน 2545 และพฤษภาคม 2546) และ สมมุติว่าค่าใช้จ่ายของสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อปีในปีงบประมาณ 2546-47
3. จำนวนผู้มีสิทธิประกันสังคมในปี 2545 ใช้ข้อมูลเมื่อสิ้นเดือนมิถุนายน 2545 สำหรับปี 2546 ใช้ตัวเลข 7.367 ล้านคน (ประมาณการตัวเลขกลางปี 46 จากข้อมูลเดือน ธค. 45 และ พค. 46 ซึ่งมีจำนวนผู้ประกันตน 7.05 และ 7.31 ล้านคน) การคำนวณค่าใช้จ่ายของภาครัฐ สมมุติว่าอัตราเงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตน (คิดเพดานที่ 15,000 บาท)ในปี 2546-47 เท่ากับปี 2545 ค่าใช้จ่ายของภาครัฐคิดจากเงินสมทบของภาครัฐสำหรับโครงการประกันสังคมทั้งหมด
4. จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ในปี 2545 จำนวน 43.9 ล้านคน เป็นค่าเฉลี่ยของประชากรที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์ที่สำนักงานประกันสุขภาพตลอดทั้งปีงบประมาณ 2545 (45.37 ล้านคนเป็นจำนวนเมื่อสิ้นปีงบประมาณในเดือนกันยายน 45) ปี 2546 ใช้ข้อมูลจริงเฉลี่ย 45.9 ล้านคน ปี 2547 ประมาณโดยคณะผู้วิจัย ค่าใช้จ่ายของโครงการ 30 บาทในปี 2545 เป็นค่าใช้จ่ายจริงที่รวบรวมไว้ในตารางที่ 7.5 สำหรับปี 2546 คำนวณงบประมาณที่ตั้งเอาไว้ ซึ่งใช้อัตราเหมาจ่าย 1,202.4 บาท คูณด้วยประชากร 45.6 ล้านคน บวกด้วยค่าบริหารจัดการ 1,600 ล้านบาท และงบ Contingency Fund 1,600 ล้านบาท ปี 2547 คำนวณงบจากอัตราเหมาจ่าย 1,308.5 บาท คูณด้วยประชากร 46.2 ล้านคน บวกด้วยงบบริหารของ สปสช. 1,033.55 ล้านบาท (ไม่มีงบ Contingency Fund)
5. จำนวนผู้มีสิทธิเข้าช้อนข้าราชการและประกันสังคมใช้ตัวเลขจาก สปสช. สำหรับปี 2545-46 (98,000 และ 105,000 คนในเดือนกันยายน 2545 และพฤษภาคม 2546)
6. จำนวนผู้ไม่มีสิทธิใดๆ คำนวณจากส่วนต่างของตัวเลขประชากรที่คาดการณ์กับจำนวนผู้มีสิทธิที่คาดการณ์ (ข้อมูล สปสช. เมื่อเดือนกันยายน 2545 และพฤษภาคม 2546 อยู่ที่ 4.93 และ 4.7 ล้านคน ตามลำดับ)

ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 5-10 ในปีงบประมาณ 2546-47 นั้น มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นผลมาจากโครงการ 30 บาท (ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายรวมในปีงบประมาณ 2547 เพิ่มขึ้นจากปี 2545 เพียงร้อยละ 4) และเมื่อคำนึงถึงจำนวนประชากรผู้มีสิทธิที่เพิ่มขึ้นจาก 43.9 ล้านคนต่อปีเป็น 46.2 ล้านคนแล้ว ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่แท้จริง (effective capitation) ที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทในปี 2547 (1,331 บาทต่อคนต่อปี) ซึ่งใกล้เคียง (หรือต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่แท้จริงในปี 2545 ในขณะที่โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6,380 บาทต่อคนในปี และรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบให้โครงการประกันสังคม ประมาณ 1,923 บาทต่อคนต่อปี

การที่ค่าใช้จ่ายต่อคนของโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคมอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายของโครงการ 30 บาทมากนั้น แม้ว่าจะมีส่วนที่เกิดจากการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน (และในบางกรณีอาจจะสะท้อนคุณภาพบริการที่ต่างกันด้วย) แต่ก็มีส่วนที่เกิดจากกลไกการจ่ายเงินและการจัดการด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของสวัสดิการข้าราชการ) จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะมีผู้ที่เห็นถึงปัญหาและโอกาสในการรวมการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน หรืออย่างน้อยที่สุดก็ต้องปรับกลไกการจ่ายเงินและระดับของเงินที่จ่ายเพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการได้รับการบริการมากขึ้น

ในอีกมุมหนึ่ง ถ้าไม่สามารถปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการ ก็จะเป็นการยากที่จะปรับคุณภาพของโครงการ 30 บาทได้ ด้วยเหตุผลอย่างน้อยสองประการคือ นอกจากรัฐบาลจะลังเลที่จะเติมเงินไปให้โครงการอื่นเนื่องจากมีภาระหนักที่จะต้องถมเงินลงไปให้โครงการสวัสดิการข้าราชการแล้ว สถานพยาบาลเองก็จะขาดแรงจูงใจในการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มอื่น เนื่องจากสามารถหารายได้ที่เป็นกอบเป็นกำจากโครงการสวัสดิการข้าราชการอยู่แล้ว

สำหรับโครงการ 30 บาทนั้น การที่โครงการนี้จะได้งบประมาณจะไม่ได้ต่างไปจากเดิมเลย ทำให้มีโอกาสน้อยมากที่โครงการนี้จะใช้งบมหาศาลและจะกลายเป็นภาระอันใหญ่หลวงของประเทศและประชาชนผู้เสียภาษี เพราะที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายต่อหัวของโครงการนี้เทียบไม่ได้กับโครงการประกันสังคมเสียด้วยซ้ำ แต่การที่ค่าใช้จ่ายต่อหัวของโครงการนี้ถูกควบคุมเอาไว้ในระดับต่ำนั้น อาจจะได้เป็นสัญญาณที่ดีสำหรับประชาชนผู้เสียภาษีเสมอไป เพราะเมื่อสถานพยาบาลที่พยายามให้บริการที่มีคุณภาพต้องประสบปัญหาทางการเงินไปเรื่อยๆ ก็ย่อมต้องหาทางปรับตัวซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงและคุณภาพของบริการ นอกจากนี้ การที่โครงการนี้ได้งบมาค่อนข้างน้อยในปี

2546 ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่บังคับให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต้องเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณในกระทรวงสาธารณสุขใหม่ในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งโดยเนื้อหาแล้วเกือบจะเท่ากับการยกเลิกแนวทางการปฏิรูปการเงินคลังที่กำหนดให้ “เงินไปตามผู้มีสิทธิ” ที่กลุ่มผู้ที่ผลักดันโครงการ 30 บาทนำมาใช้ในปีงบประมาณ 2545

9. สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ

ในโลกอุดมคตินั้น สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลจะถูกกำหนดโดยความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ของประชาชน ซึ่งจะพยายามรักษาพยาบาลจนกระทั่งถึงจุดที่ความพยายามในการรักษาหรือยืดชีวิตต่อไปไม่คุ้มกับความเจ็บปวดในการรักษา⁶¹ แต่ในโลกความเป็นจริงที่มีทรัพยากรจำกัดนั้น การจัดสรรทรัพยากรเป็นปัญหาตลอดเวลา ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและประสิทธิผลที่เทียบกับต้นทุนในการรักษา (cost effectiveness) จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) โดยไม่ว่าใครจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ในที่สุดแล้วก็ต้องมีผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจว่าการรักษาพยาบาลจะจบลงที่ไหน (ยกเว้นในกรณีที่มีการเสียชีวิตโดยฉับพลัน)

มุมมองของฝ่ายต่างๆ ในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ฝ่ายที่เชื่อในแนวคิดเรื่องบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานมักจะเห็นว่าควรใช้ความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และรัฐบาลมีหน้าที่จัดสรรเงินมาให้เพียงพอสำหรับการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์นั้นๆ ในฝ่ายที่เน้นเรื่องทรัพยากรของภาครัฐที่มีอยู่จำกัดก็จะเห็นว่าควรให้มีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ (และถ้ามีจะให้สิทธิประโยชน์มากน้อยเพียงใด) ย่อมขึ้นกับสถานะการเงินการคลังของภาครัฐเป็นสำคัญ

แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ไม่ว่าจะเชื่อในแนวทางแรกหรือแนวทางหลัง การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ก็ไม่สามารถทำอย่างอิสระโดยไม่คำนึงถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรได้ แต่ในขณะเดียวกันข้อจำกัดด้านทรัพยากรก็ไม่ใช่ว่าทรัพยากรที่อยู่ในมือของภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว เพราะรัฐอาจจะอยู่ในฐานะที่ใช้อำนาจรัฐในการจัดสรรทรัพยากรเสียใหม่ได้ในระดับหนึ่งเช่นกัน (เช่นโดยการปรับกลไกภาษี รวมทั้งโครงการที่มีการใช้อำนาจรัฐบังคับให้เข้าร่วมโครงการ เช่นโครงการประกันสังคม และการปรับสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ ของรัฐบาลเสียใหม่ เป็นต้น)

ในสังคมที่เชื่อในสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค (อย่างน้อยก็ความเสมอภาคในด้านโอกาส) นั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ของภาครัฐที่สะท้อนปรัชญาเหล่านั้น มีนัยที่น่าจะให้สิทธิประโยชน์ส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันที่สุด ถ้าจะมีความแตกต่าง ก็ควรเป็นความแตกต่างในด้านความสะดวกสบายในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการ

⁶¹ ซึ่งจุดนี้ขึ้นกับเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ในขณะนั้นด้วย

รักษาพยาบาลโดยตรง และในกรณีที่ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็ควรจะเป็นการจ่ายที่ไม่มีผลมาากำหนดการเลือกวิธีการรักษา การใช้จ่าย และเวลาที่ผู้ให้บริการให้กับผู้ป่วย

นอกจากนี้ ในเชิงการเมืองและประวัติศาสตร์นั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ต่ำกว่าเดิม อาจจะเป็นปัญหา ดังนั้น ในกรณีที่โครงการประกันสุขภาพต่างๆ มีชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน นั้น การปรับสิทธิประโยชน์ของโครงการที่ต่ำกว่าให้สูงขึ้น จะมีโอกาสที่ได้รับความสนับสนุนมากกว่าการปรับสิทธิประโยชน์ของโครงการที่สูงกว่าให้ต่ำลง

และในทางปฏิบัตินั้น การแก้ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน (ในส่วนของที่เกิดจากแรงจูงใจของผู้มีสิทธิ) จะทำได้ก็ต่อเมื่อสิทธิประโยชน์ของโครงการต่างๆ มีลำดับที่ชัดเจน ทำให้เมื่อบุคคลใดมีสิทธิหรือมีโอกาสที่จะได้สิทธิจากหลายโครงการ ก็จะไม่มีความสนใจที่จะเก็บรักษาสิทธิที่ซ้ำซ้อนไว้ต่อไป

9.1 สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน

ในปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยประกอบด้วยกลไกหลักๆ สามโครงการ ซึ่งมีบทบาทในด้านการให้หลักประกันด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ โครงการทั้งสาม ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยหลักการแล้ว โครงการทั้งสามนี้ให้หลักประกันที่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ ในปัจจุบัน โครงการทั้งสามนี้ยังมีความทับซ้อนกันอยู่บ้างในด้านความครอบคลุม (เช่น สวัสดิการข้าราชการให้ความคุ้มครองไปถึงสมาชิกในครอบครัวซึ่งบางรายมีสิทธิประกันสังคมด้วยเพราะเป็นลูกจ้างในภาคเอกชน) นอกจากนี้ ยังมีกองทุนเงินทดแทน (สำหรับผู้ประสบภัยจากการทำงาน) และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นกองทุนเฉพาะกิจที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลที่อาจถือได้ว่าความเสียหายที่มีผู้ก่อขึ้น (และโดยหลักการแล้วควรมีส่วนรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นด้วย) ซึ่งสองกองทุนหลังนี้ถือได้ว่าเป็นกลไกเสริมมากกว่าที่จะเป็นกลไกหลัก ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ สามารถสรุปโดยย่อออกมาในตารางที่ 9.1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
ความคุ้มครอง	ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว (บิดามารดา คู่สมรส บุตร 3 คน)	พนักงานลูกจ้างของเอกชนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเป็นลูกจ้างของนายจ้างผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ	บุคคลที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากหลักประกันสุขภาพอื่น	เฉพาะบุคคลผู้ประสบภัยจากรถ
การใช้สิทธิ	ใช้สิทธิในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง	ใช้สิทธิได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิ สถานพยาบาลอื่นๆ ต้องสำรองจ่าย	ใช้สิทธิได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิประกันสังคม	ได้สิทธิเฉพาะสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่โครงการกำหนดให้	สถานพยาบาลทุกแห่ง
การได้รับเงินทดแทนอื่นๆ	ไม่มี	ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อต้องหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย คลอดบุตร หรือทุพพลภาพ ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ในกรณีที่เสียชีวิต	ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต	ไม่มี	ค่าทำศพ/ เงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต
การร่วมจ่ายค่าบริการ	ไม่ต้องจ่าย (แต่มีเพดานค่าห้อง และอาจต้องจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักเอง)	ไม่ต้องจ่าย	ไม่ต้องจ่าย (แต่มีเพดานค่าใช้จ่าย)	- จ่าย 30 บาทต่อครั้ง (กลุ่ม สปร. เดิมได้รับยกเว้น) - จ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักและค่าห้องพิเศษเอง	ไม่ต้องจ่าย (แต่มีเพดานค่าใช้จ่าย)
ใช้บริการผู้ป่วยนอก	ใช้บริการได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งแต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วนำไปเสริมมาเบิกคืนภายหลังจากต้นสังกัด (กำลังดำเนินการแก้ไข)	ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนที่ระบุในบัตรรับรอง โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า ยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุแล้วไม่สามารถเข้าไปสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ เข้ารับบริการจากสถานพยาบาล	ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชน โดยได้รับสิทธิค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ไม่เกิน 35,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง ถ้าประสบอันตรายรุนแรง	ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า	ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชน โดยสามารถเบิกจ่ายจากกองทุนตามเพดานที่กำหนดไว้ในแต่ละกรณี

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
		ใดก็ได้แต่ต้องสำรองจ่ายไปก่อน และเบิกคืนได้ตามวงเงินที่กำหนดจำกัด และไม่เกินปีละ 2 ครั้ง	หรือเรียกร้องให้เพิ่มได้ไม่เกิน 50,000 บาท และได้รับค่าฟื้นฟูและทดแทนกรณีสูญเสียอวัยวะ ได้ค่าทดแทนรายเดือนในกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตายหรือสูญหาย		
ใช้บริการผู้ป่วยใน	ใช้ได้ในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น เบิกค่ารักษาได้ ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้องพิเศษ ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัด รวมทั้งค่าซ่อมแซม เบิกตามที่กำหนด	ใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกไว้เท่านั้น	ดูรายละเอียดในหัวข้อการใช้บริการผู้ป่วยนอก	ใช้บริการจากโรงพยาบาลลงทะเบียนไว้เท่านั้น	ดูหัวข้อการใช้บริการผู้ป่วยนอก
บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	- ใช้ได้ในสถานพยาบาลของรัฐ - โรงพยาบาลเอกชน ใช้ได้บริการได้แต่จำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา การซ่อมแซม ค่าห้อง ค่าอาหารเบิกตามอัตราที่กำหนดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐ - ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	- กรณีอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาล รพ.รัฐ 72 ชั่วโมงแรกเบิกตามจริง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง รพ.เอกชน จ่ายตามอัตราที่กำหนด ไม่จำกัดจำนวนครั้ง - กรณีฉุกเฉิน ใช้บริการ รพ.รัฐและเอกชนได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ตามอัตราที่กำหนด ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง และเบิกค่าใช้จ่ายการเคลื่อนย้ายได้	- ดูรายละเอียดในหัวข้อการใช้บริการผู้ป่วยนอก - เข้ารับบริการได้จากสถานพยาบาลทั่วไป ต้องสำรองจ่ายไปก่อนกรณีไปใช้บริการสถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ในบัตรประกันสังคม	นอกหน่วยบริการ ใช้บริการได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	ได้รับการจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด
การตรวจสุขภาพประจำปี	ได้สิทธิ์เฉพาะตัวข้าราชการโดยตรงไม่รวมครอบครัว และใช้บริการได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐ	ไม่ได้สิทธิ์	ได้สิทธิ์การตรวจสุขภาพพื้นฐาน และต้องขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องทำ	ไม่ได้สิทธิ์	
บริการส่งเสริม	ได้สิทธิ์วางแผน	ได้สิทธิ์วางแผน		ได้สิทธิ์ (เป็นส่วน	

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
และป้องกันโรคด้านอื่นๆ	ครอบคลุมเฉพาะการทำหมัน	ครอบคลุมแบบถาวรเฉพาะการทำหมัน		หลักส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์)	
การชื้อยานอวกาศ	ปกติไม่ได้สิทธิ (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากการแพทย์ของโรงพยาบาลลงความเห็นว่ามีความจำเป็น)	ได้สิทธิ (ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้ถือเงินด้วย)	ได้สิทธิ (ภายใต้เพดานค่าใช้จ่ายที่กำหนด)	ไม่ได้สิทธิ	ได้สิทธิ (ภายใต้เพดานค่าใช้จ่ายที่กำหนด)
โรคจิต	ได้สิทธิ เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป	ได้สิทธิ เฉพาะกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องทำการรักษาในทันที และระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน		- ได้สิทธิ กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในไม่เกิน 15 วัน - กรณีเกิน 15 วัน ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ แต่ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายงบประมาณเดิม	
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา	ได้สิทธิ เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป	ไม่ได้สิทธิ		ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์แต่ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายงบประมาณเดิม	
โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน	จำกัดวันนอน 13 วัน ยกเว้นมีคณะกรรมการแพทย์รับรองให้รับการพักรักษาตัวต่อไป	ได้สิทธิ ยกเว้นใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน/ปี (หลังจากนั้นขึ้นกับวินิจฉัยของแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลมักจะไม่รักษาต่อให้)		ได้สิทธิ ยกเว้นต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	
โรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง	ค่ารักษาได้สิทธิเบิกตามการจ่ายจริง ยกเว้นค่าอาหารค่าห้องพิเศษ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษา รวมค่าซ่อมแซม ให้เบิกตามกำหนด	ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวดการรักษาพยาบาลที่อยู่นอกการเหมาจ่าย หรือ ประเภทโรคที่ต้องการใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง		ได้สิทธิ ตามเงื่อนไขที่กำหนด รวมการใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ (ทั้งภายในและนอกร่างกาย)	

ตารางที่ 9.1 เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ*					
ประเภทบริการ	ข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	โครงการ 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
คลอดบุตร	• ได้สิทธิเบิกตามจ่ายจริง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ยกเว้น ค่าอาหารค่าห้องพิเศษ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษา รวมค่าซ่อมแซม ให้เบิกตามกำหนด	• หามาจ่ายไม่เกิน 4,000 บาท เบิกค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้ประกันตนหนึ่งราย ผู้ประกันตนหญิง ได้สิทธิรับเงินค่าสงเคราะห์การหยุดงานคลอดบุตร		• รวมไม่เกิน 2 ครั้ง นับแต่เริ่มโครงการ ไม่จำกัดวงเงิน	
ค่าห้องพิเศษ	• ได้สิทธิไม่เกินวันละ 600 บาท เบิกได้ 13 วัน ยกเว้นมีกรรมการแพทย์รับรอง	• ได้สิทธิไม่เกินวันละ 700 บาท		• ไม่ได้สิทธิ ต้องจ่ายเองเต็มจำนวน	
ทันตกรรม	• ได้สิทธิ การถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูน จากสถานพยาบาลรัฐ	• ได้สิทธิการถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูน ใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกหรือคลินิกทั่วไป เบิกได้ไม่เกินครั้งละ 200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 400 บาท/ปี		• ได้สิทธิการถอนฟัน อุดฟัน การขูดหินปูน การทำ ฟันปลอม ฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	

ที่มา : อัญญา วิโรจน์ และนิภา (2545) รวบรวมจากเอกสารของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์จากสามกองทุนหลักสามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นดังต่อไปนี้คือ

ก. เงื่อนไขการใช้สิทธิโดยทั่วไป

- ข้าราชการใช้สิทธิได้ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง แต่ไม่สามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินและเข้าเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น
- โครงการประกันสังคมใช้สิทธิได้เฉพาะหน่วยบริการที่ลงทะเบียน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน จะใช้สิทธิวงจำกัดที่สถานพยาบาลอื่น) โดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ (รัฐหรือเอกชน) ได้ปีละครั้ง

- โครงการ 30 บาทใช้ได้เฉพาะหน่วยบริการที่ลงทะเบียน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน จะใช้สิทธิวงจำกัดที่สถานพยาบาลอื่นที่อยู่ในโครงการ) โดยในปัจจุบัน ผู้ที่ได้รับสิทธินี้ยังไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาล

ข. ครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ในด้านต่างๆ

● ครอบคลุมที่เพิ่มเติมจากตัวผู้มีสิทธิ

- * สวัสดิการข้าราชการครอบคลุมตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ และยังรวมไปถึงครอบครัวซึ่งโดยเฉลี่ยความครอบคลุมจะขยายจากผู้มีสิทธิเพิ่มอีก 6 คน คือ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรอีก 3 คนของผู้มีสิทธิ สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวผู้มีสิทธิในสวัสดิการฯ ของข้าราชการยังสามารถทำได้เทียบเท่าตัวข้าราชการผู้มีสิทธิโดยตรง ยกเว้นการตรวจสุขภาพประจำปี
- * ประกันสังคม ให้สิทธิเฉพาะบุคคลแก่ผู้ประกันตนเท่านั้น
- * โครงการ 30 บาท ให้สิทธิเฉพาะบุคคล (แต่ให้สิทธิคนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิอื่น)

● การสำรองจ่ายก่อนเมื่อเข้ารับบริการ

- * ข้าราชการและครอบครัวที่ได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในในโรงพยาบาลรัฐไม่ต้องสำรองจ่ายก่อน แต่เมื่อเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกต้องสำรองจ่ายไปก่อน แต่สามารถเบิกค่ารักษาได้ตามจ่ายจริง
- * หลักประกันอื่นๆไม่ต้องสำรองจ่าย ยกเว้น การใช้สิทธิกรณีอุบัติเหตุ หรือฉุกเฉินของประกันสังคมเมื่อไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิได้ ผู้ใช้สิทธิต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำหลักฐานมารับคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ

● การร่วมจ่ายค่าบริการ

- * สวัสดิการข้าราชการ ไม่ต้องจ่ายร่วม (ยกเว้นค่ายาในบางกรณี และค่าห้องถ้าเกินเพดาน แต่ปกติจะไม่เกิน)

- * ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนร่วมกับนายจ้าง และรัฐในอัตราร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน (คิดจากฐานเงินเดือนไม่เกิน 15,000 บาท)
- * โครงการ 30 บาทผู้ใช้สิทธิต้องร่วมจ่าย 30 บาทต่อการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง (ยกเว้นเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้มีสิทธิ สปร. เดิมอื่นๆ)

● **การให้บริการในฐานะผู้ป่วยใน**

- * ข้าราชการและครอบครัว เข้ารับการรักษาประเภทคนไข้ในแต่ละครั้งได้ไม่เกิน 13 วัน ยกเว้นมีคณะแพทย์ให้การรับรองว่าจำเป็นต้องรับการรักษาตัวประเภทผู้ป่วยในต่อไป
- * โครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาทจะคล้ายคลึงกัน คือ ระยะเวลาในการพักรักษาตัวตามสิทธิประเภทคนไข้ได้ไม่เกิน 180 วัน ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

● **กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

- * สวัสดิการข้าราชการ (ซึ่งปกติจะเข้าใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้) ในกรณีฉุกเฉิน สามารถเข้าใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนประเภทผู้ป่วยในได้ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่จำกัดจำนวนเงินไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ ค่าอาหาร ค่าห้องพิเศษ เบิกตามอัตราที่กำหนด
- * ประกันสังคม กรณีอุบัติเหตุสามารถเข้ารับบริการได้ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง เบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกได้ตามจริงเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลรัฐ และสำหรับโรงพยาบาลเอกชนเบิกได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีฉุกเฉินสามารถใช้บริการโรงพยาบาลใดก็ได้ แต่จำกัดไม่เกินปีละ 2 ครั้ง เบิกค่าใช้จ่าย 72 ชั่วโมงแรกได้ โดยจ่ายให้ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด
- * โครงการ 30 บาท ใช้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแห่งใดก็ได้ แต่จำกัดการเข้ารับบริการไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี เมื่อเข้ารับบริการนอกหน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้

- **การตรวจสุขภาพประจำปี**

- * ข้าราชการใช้สิทธิได้ปีละครั้ง แต่ให้สิทธิเฉพาะตัวข้าราชการไม่รวมไปถึงครอบครัว และใช้สิทธิได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น
- * ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมจะไม่ได้รับสิทธินี้
- * โครงการ 30 บาทเข้ารับการตรวจสุขภาพได้ แต่จะได้รับการตรวจเพียงใด ขึ้นกับแนวปฏิบัติที่กำหนดในโครงการ (ซึ่งจะต่างกันไปตามกลุ่มประชากรและอายุ) การตรวจที่นอกเหนือจากนี้ต้องอยู่บนข้อวินิจฉัยและสั่งการของแพทย์เท่านั้น

- **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านอื่น ๆ**

- * สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมให้สิทธิด้านนี้ค่อนข้างน้อย (มีเพียงการวางแผนครอบครัวเฉพาะการทำหมันเท่านั้น)
- * โครงการ 30 บาท ได้ให้สิทธิด้านนี้กว้างขวางที่สุด แต่ยังคงมีความคลุมเครือและยังมีแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน

- **สิทธิการใช้นานอกบัญชีหลักแห่งชาติ**

- * สวัสดิการข้าราชการมีสิทธิใช้นานอกบัญชีหลักแห่งชาติได้ เมื่อคณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นว่ามีความจำเป็น (กรณีอื่นต้องจ่ายเงินเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยนอก)
- * ประกันสังคมไม่มีข้อจำกัดเรื่องนี้ แต่ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลที่ให้บริการมักจะไม่มีแรงจูงใจในการจ่ายยาที่มีราคาแพง
- * โครงการ 30 บาทไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว (ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลรัฐมักจะพยายามไม่ใช้นานอกบัญชีหลัก เนื่องจากไม่ต้องการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย) ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ประการหนึ่งที่ถือได้ว่าต่ำกว่าสิทธิในโครงการ สปร. เดิม

- **โรคจิต** ทุกหลักประกันได้สิทธิการบำบัดรักษา แต่ประกันสังคมจำกัดการรักษาเฉพาะกรณีเฉียบพลันโดยให้สิทธิไม่เกิน 15 วัน สำหรับโครงการ 30 บาทนั้นถือว่าให้สิทธิในการรักษาต่อเนื่อง แต่การเบิกจ่ายค่ารักษาหลัง 15 วันเบิกจ่ายจากงบในระบบเดิม (ในทางปฏิบัติอาจส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเฉพาะทางแทน)

- **การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด** เฉพาะสวัสดิการข้าราชการเท่านั้นที่ได้รับสิทธิ
- **ระยะเวลารักษตัวในโรงพยาบาล**
 - * สวัสดิการข้าราชการให้สิทธิไว้ไม่เกิน 13 วันต่อครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวประเภทผู้ป่วยใน ยกเว้นแพทย์สั่งให้อยู่รักษาตัวต่อไป
 - * ประกันสังคมให้สิทธิในการรักษาไม่เกิน 180 วัน หลังจากนั้นก็จะถูกจัดกลุ่มเป็นโรคเรื้อรัง
 - * โครงการ 30 บาทให้สิทธิในการรักษาไม่เกิน 180 วัน แต่ขยายเวลาได้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- **ค่าห้องพิเศษ** ข้าราชการเบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท และไม่เกิน 13 วันต่อครั้ง เว้นแต่มีแพทย์รับรอง ประกันสังคมเบิกได้ 700 บาทต่อวัน ไม่เกิน 180 วันต่อปี ขณะที่โครงการ 30 บาท ผู้ป่วยที่ขอยุ่ห้องพิเศษต้องจ่ายค่าห้องพิเศษเอง
- **โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง**
 - * สวัสดิการข้าราชการให้สิทธิรับการรักษาและเบิกค่ารักษาพยาบาลตามการจ่ายจริง จำกัดการเบิกจ่ายตามกำหนดเฉพาะค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ ค่าซ่อมแซม ค่าห้อง ค่าอาหารห้องพิเศษ
 - * ประกันสังคมและโครงการ 30 บาท มีกำหนดอัตราการเบิกจ่ายได้เท่าที่กำหนด
- **การคลอดบุตร**
 - * สวัสดิการประกันสังคม จำกัดจำนวนไม่เกิน 2 ครั้งต่อรายและอัตราการเหมาจ่ายไว้ที่ 4,000 บาทต่อครั้ง (ในกรณีที่ทั้งสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนสามารถเบิกได้รวมกันสี่ครั้ง) ผู้ประกันตนหญิงสามารถเบิกค่าสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อคลอดบุตรได้ (สองครั้ง)
 - * โครงการ 30 บาท จำกัดความครอบคลุมไม่เกิน 2 ครั้งต่อราย (นับตั้งแต่เริ่มโครงการ) แต่ไม่จำกัดจำนวนเงิน
- **บริการด้านทันตกรรม**

- * สวัสดิการข้าราชการเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวนตามจ่ายจริง แต่จำกัดเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ และได้สิทธิเฉพาะการรักษาเท่านั้น เช่น การชูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน เป็นต้น (ไม่รวมทำฟันปลอม)
- * ผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมมีอิสระในการเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลรวมทั้งคลินิกทั่วไป สามารถนำไปเสร็จมาเบิกเงินคืนได้ตามอัตรากำหนด (ครั้งละไม่เกิน 200 บาท และไม่เกิน 400 บาท/ปี) สิทธิครอบคลุมการชูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน แต่ไม่รวมฟันปลอม
- * โครงการ 30 บาท ได้สิทธิมากกว่าหลักประกันอื่นๆ กล่าวคือครอบคลุมทันตกรรมแทบทุกประเภท รวมทั้งการทำฟันปลอมฐานพลาสติกด้วย (แต่ในปัจจุบันต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนเอาไว้หรือสถานีนานามัยเครือข่ายเท่านั้น)

9.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การที่โครงการประกันสุขภาพต่างๆ มีชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินที่ต่างกัน ก่อให้เกิดความกังวลในเรื่องความไม่เสมอภาคในการให้บริการ ที่ผ่านมามีผู้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหานี้สองแนวทางคือ

- การปรับชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงิน (รวมทั้งจำนวนเงินที่จ่ายต่อคน) ให้ใกล้เคียงกันมากขึ้น (ในกรณีที่ยังไม่มีการรวมการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน)
- การรวมกองทุน (หรือรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพ)

ก. กรณีที่ยังแยกการบริหารจัดการของทั้งสามกองทุน

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งยังมีความชัดเจนว่าจะมีการการรวมกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกันหรือไม่และเมื่อใด (แม้กระทั่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้มีการรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน ก็ไม่ได้กำหนดว่าจะมีการรวมเกิดขึ้นจริงเมื่อใดเพราะ พรบ. เปิดช่องให้เลื่อนออกไปได้โดยไม่มีที่สิ้นสุด) ฉากทัศน์ (scenario) ที่น่าจะสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุดคือ

จะยังคงไม่มีการรวมกองทุนทั้งสามเข้าด้วยกันในอนาคตอันใกล้⁶² ซึ่งในสถานการณ์เช่นนั้น แนวทางในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ควรใช้หลักการและแนวทางดังต่อไปนี้คือ

1. ภายใต้หลักการเรื่องความเสมอภาค ควรหาทางปรับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสุขภาพสามโครงการหลักให้เข้ามาใกล้กันให้มากที่สุด
2. ควรปรับกลไกการจ่ายเงินหลักๆ ของโครงการต่างๆ ให้ใกล้เคียงกันมากขึ้น และควรหาทางปรับอัตราค่าบริการที่กองทุนต่างๆ จ่ายให้สถานพยาบาลให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันด้วย (เพื่อไม่ให้สถานพยาบาลแบ่งเกรดผู้ป่วยเป็นชั้นตามสิทธิที่ต่างกัน) โดยการคำนวณงบประมาณสำหรับแต่ละโครงการนั้น จะต้องคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ที่โครงการให้ด้วย (ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ inclusion criteria ก็อาจใช้ค่าเฉลี่ยในอดีตเป็นฐานขั้นต่ำไปก่อน)
3. ยกเลิกแนวทางปฏิบัติที่อาจก่อให้เกิดการรักษาสองมาตรฐานในสถานพยาบาลเดียวกัน ตัวอย่างเช่น การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์โดยใช้กรอบยาหรือบัญชียาเป็นตัวตัดสิน (เช่น บัญชียาหลัก) การจำกัดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการยินยอมให้สถานพยาบาลเก็บเงินจากผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจดีสำหรับบริการเสริม (เช่น ห้องพิเศษ และการผ่าตัดที่ใช้กระบวนการพิเศษ) ในอัตราที่สูงกว่าจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สถานพยาบาล⁶²
4. เพื่อป้องกันปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน ควรหาทางปรับสิทธิของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมไม่ให้ดีกว่าสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาทในทุกด้าน ในทำนองเดียวกัน ควรหาทางปรับสิทธิของสวัสดิการข้าราชการไม่ให้ดีกว่าสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมในทุกด้านด้วยเช่นกัน (รวมทั้งสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล) เพื่อไม่ให้ผู้มีสิทธิในหลายกองทุน (หรือมีโอกาสที่จะได้สิทธิจากหลายกองทุน) มีแรงจูงใจที่จะไม่ให้

⁶² สำหรับสิทธิประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาลโดยตรง (เช่น ค่าห้องและอาหารพิเศษ) ซึ่งบางกองทุนอาจให้สิทธิเหนือกองทุนอื่น อาจอนุญาตผู้ที่มิได้รับสิทธิดังกล่าวร่วมจ่ายได้ตาม fee schedule ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยสามารถคำนวณอัตราที่เรียกเก็บจากกองทุนต่างๆ หรือผู้ป่วยตามส่วนต่างค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานพยาบาล ในการดำเนินการสำหรับเตียงพิเศษหนึ่งเตียงเทียบกับเตียงสามัญหนึ่งเตียง

ข้อมูลเรื่องสิทธิซ้ำซ้อนเนื่องจากยังเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้จากการมีหลายสิทธิ ทำให้กองทุนต่างๆ เหล่านี้ต้องจ่ายเงินสองหรือสามต่อให้สถานพยาบาล

5. ในทุกโครงการ ในที่สุดแล้วประชาชนจะต้องมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ 30 บาทที่ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นระบบที่มักมีปัญหาแรงจูงใจในการให้บริการเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ถือเงินจะได้รับเงินเหมาจ่ายไปแล้ว ในระบบนี้นั้น สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเป็นเครื่องมือประการเดียวที่ผู้บริโภคจะมีได้ในการควบคุมให้สถานพยาบาลทำหน้าที่ของตน⁶³
6. ในกรณีที่ให้สิทธิประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้อย่างกว้างขวาง อาจทำให้ต้องปรับวิธีการจัดสรรงบ โดยแยกงบด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแยกออกจากงบด้านรักษาพยาบาล (โดยให้เฉพาะงบด้านการรักษาพยาบาลที่ไหลตามไปกับการเลือกของผู้ป่วย) แต่ถึงแม้ว่าจะมีการแยกงบส่วนนี้ออกมาจากงบรักษาพยาบาล ก็ไม่ควรเป็นสาเหตุ (หรือข้ออ้าง) ที่นำไปสู่การลดหรือเลิกสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นงานด้านที่มีผลการศึกษาวិจัยออกมาอยู่ตลอดว่ามีผลตอบแทนสูงกว่างานด้านการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะข้อ 1-3 เกิดจากเหตุผลเรื่องความเสมอภาคในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในข้อ 3 นั้น ในปัจจุบันมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในลักษณะที่อาจก่อให้เกิดการรักษาสองมาตรฐานในสถานพยาบาลเดียวกัน เช่น ในกรณีบัญชียาหลัก ซึ่งในปัจจุบันนั้น โครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการ 30 บาทมีข้อจำกัดในด้านการใช้ยานอกบัญชียาหลัก ในขณะที่แต่ละโรงพยาบาล ก็จะมีกรอบยาของตัวเอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะมียาในบัญชียาหลักบางส่วน (ไม่ครบทุกตัว) และยานอกบัญชียาหลักอีกจำนวนหนึ่ง ดังนั้น การมีบัญชียาหลักแห่งชาติในตัวเองไม่ได้เป็นหลักประกันคุณภาพบริการว่าโรงพยาบาลจะมียาทุกตัวในบัญชีสำหรับผู้ป่วย⁶⁴ แต่เป็นเสมือนแนวทาง (guideline) ในการบริหารยาของโรงพยาบาลเสียมากกว่า และการที่กรอบยาของโรงพยาบาลมียานอกบัญชียาหลักอยู่ด้วย แต่มักจะเลือกใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองหรือเบิกได้ (บางราย) โดย

⁶³ และถ้าจะกล่าวกันให้ถึงที่สุดแล้ว เครื่องมือนี้ก็ยังเป็นเครื่องมือที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพเพียงพอ แต่ก็ยังดีกว่าในกรณีที่ผู้บริโภคไม่มีสิทธิใดใดในการเลือกเลย

⁶⁴ ในความเป็นจริงแล้ว รายการต่างๆ ในบัญชียาหลัก (ซึ่งมีมากกว่า 1,000 รายการ) นั้น ส่วนหนึ่งเป็นรายการยาชนิดเดียวที่มีบรรจุภัณฑ์มากกว่าหนึ่งชนิด แต่โรงพยาบาลเองก็มักจะตัดยาบางตัวออกด้วยเหตุผลต่างๆ กัน

ปฏิเสธที่จะใช้ยาที่มีอยู่สำหรับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งกรณีนี้เป็นเครื่องชี้ถึงบริการสองมาตรฐานหรือหลายมาตรฐานอย่างชัดเจน

ยิ่งไปกว่านั้น การที่พฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากการที่หน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์มาออกระเบียบจำกัดสิทธิ์ส่วนนี้ ยิ่งเป็นพฤติกรรมที่สวนทางกับการสวมบทบาทของผู้ซื้อบริการ (purchaser) เป็นอย่างยิ่ง เพราะโดยหลักการแล้ว การเลือกจ่ายยาให้ผู้ป่วยน่าจะอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นของผู้ป่วยรายนั้นๆ และควรเป็นการปฏิบัติตาม *Clinical Practice Guideline* ที่เหมาะสมมากกว่าการตัดสินใจโดยดูว่าตัวนั้นอยู่ในบัญชียาหลักหรือไม่ เพราะถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติแล้วยาในบัญชียาหลักอาจจะเพียงพอสำหรับรักษาผู้ป่วยร้อยละ 99 และสถานพยาบาลอาจจะเลือกจ่ายยาในบัญชีเป็น drugs of first choice ก็ตาม แต่เมื่อมีผู้ป่วยรายใดที่ใช้ยาในบัญชียาหลักแล้วไม่ได้ผล และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิผล ระบบประกันสุขภาพก็ไม่มีเหตุผลที่จะปฏิเสธความคุ้มครองด้วยเหตุผลว่ายาตัวนั้นอยู่นอกบัญชีชุดหนึ่งที่กำหนดกันขึ้นมาเอง และในระบบที่ควรจะเป็น (ซึ่งควรแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการนั้น) หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ไม่ควรเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดชนิดของยาที่สามารถนำมาใช้ในโครงการ แต่ควรปล่อยให้สถานพยาบาล (หรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล) ตั้งและบริหารกรอบยาของตนเอง โดยหน่วยงานที่ซื้อบริการต้องเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขและกำกับดูแลสถานพยาบาลให้ต้องรับผิดชอบรักษาผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ และให้สถานพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งรายใด (เช่น ถ้ากรอบยาของสถานพยาบาลไม่มียาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยรายนั้น) มีหน้าที่ที่จะต้องพยายามให้ผู้ป่วยหรือรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาได้⁶⁵

สำหรับข้อเสนอแนะที่ให้โอกาสกองทุนต่างๆ และผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์สำหรับหัตถการที่เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิผลสูงกว่าแต่มีค่าใช้จ่ายแพงกว่าหัตถการพื้นฐาน (เช่น การผ่าตัดในช่องท้องด้วยวิธีส่องกล้อง) และเลือกสิทธิประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาลโดยตรง (เช่น ห้างพิเศษ) โดยเสนอหลักการให้จ่ายเฉพาะส่วนต่างของต้นทุนที่เพิ่มขึ้นตาม *fee schedule* ที่กำหนดไว้ล่วงหน้านั้น เป็นข้อเสนอแนะที่พยายามรักษาความเสมอภาคในการได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่จำเป็น

⁶⁵ นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะข้อนี้ยังพยายามแก้ปัญหาที่สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งใช้วิธีลดค่าใช้จ่ายโดยลดกรอบยาของตนลง และ refer ผู้ป่วยไปรับยาราคาแพงจากสถานพยาบาลระดับที่สูงกว่า ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการผลักภาระไปให้ผู้ป่วยและสถานพยาบาลใหญ่ ซึ่งก็มีปัญหาของตนเองเช่นกัน ที่ผ่านมาก็มีสถานพยาบาลใหญ่บางแห่งรับมือกับวิธีนี้โดยการจ่ายยาไม่เกินมูลค่าที่จะได้รับการตามจ่าย (เช่น ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง) และในบางกรณีผลักภาระต่อไปให้ผู้ป่วยซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลไกลขึ้นและ/หรือบ่อยขึ้น

สำหรับทุกคน ในขณะที่เปิดโอกาสให้บางกองทุนหรือผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีเลือกกระบวนการรักษาบางอย่างที่อาจจะทำให้เสียเวลาพักผ่อนน้อยกว่าหรือได้รับความสะดวกสบายในระหว่างที่การรักษารักษาพยาบาลมากกว่า แต่ในขณะเดียวกัน ก็ไม่ต้องการให้อำนาจเงินที่กองทุนหรือผู้ปวยจ่ายสำหรับห้องพิเศษหรือหัตถการพิเศษเขามีอิทธิพลในการดึงทรัพยากรส่วนที่ใช้ในด้านการรักษาพยาบาลมาให้คนใช้บางกลุ่มเป็นพิเศษ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่จะจ่ายเพิ่มให้รายการเหล่านี้จึงควรเป็นค่าใช้จ่ายที่สะท้อนต้นทุนที่แตกต่างกันเป็นหลัก โดยไม่ได้สนับสนุนให้สถานพยาบาลใช้รายการพิเศษเหล่านี้เป็นเครื่องมือหารายได้มาจุนเจือโรงพยาบาล เพราะถ้ามีการเปิดช่องทางในลักษณะนี้แล้ว ก็จะทำให้ไม่สามารถรักษามาตรฐานที่เท่าเทียมกันสำหรับผู้ปวยทุกกลุ่มได้ เพราะมีโอกาสที่แพทย์และผู้บริหารงานอื่นๆ ของโรงพยาบาลจะให้ความสนใจไปกับผู้ปวยกลุ่มนี้ (ซึ่งกลายเป็นแหล่งรายได้เสริมที่สำคัญของโรงพยาบาล) มากกว่าผู้ปวยโดยทั่วไป (เช่น ผู้ที่จ่ายแค่ 30 บาทหรือไม่จ่ายเลย)⁶⁶

สำหรับข้อเสนอแนะข้อ 4 นั้น เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติ (และในระยะเปลี่ยนผ่าน) มากกว่าที่จะเป็นข้อเสนอในระยะยาว โดยนัยของข้อเสนอแนะข้อนี้ ก็คือการกำหนดลำดับขั้นของสิทธิประโยชน์ให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งไม่มีโครงการใดเลยที่มีชุดสิทธิประโยชน์ที่เหนือกว่าโครงการอื่นในทุกด้าน ทำให้การแก้ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนทำได้ยากขึ้น การปรับชุดสิทธิประโยชน์ให้มีลำดับขั้นที่ชัดเจนนั้น โดยตัวของมันเองแล้วเป็นการลดความเสมอภาคมากกว่าเพิ่มความเสมอภาค แต่ก็อาจจะเป็นมาตรการที่มีความจำเป็นในกรณีที่ไม่สามารถรวมการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งในกรณีดังกล่าว คณะผู้วิจัยเชื่อว่าการปรับชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคมจะสามารถทำได้ไม่ยากนัก คือ

- โครงการสวัสดิการข้าราชการ

- * สามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่ควรให้ความคุ้มครองอยู่แล้ว) ในทันที

⁶⁶ โปรดสังเกตว่า ข้อเสนอแนะข้อ 3 เป็นข้อเสนอแนะที่สวนทางกับแนวคิดที่เคยมีการเสนอใน war room และแนวคิดของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานบางคณะ ซึ่งพยายามหาวิธีหาเงินเข้าโรงพยาบาลเพิ่มด้วยวิธีต่างๆ เพื่อลดแรงกดดันด้านงบประมาณลง แต่ข้อเสนอแนะข้างต้นอยู่ภายใต้สมมุติฐานว่า รัฐบาล/สังคมไทยยังอยู่ในวิสัยที่จะจัดสรรเงินให้โครงการในระดับที่ทำให้โครงการนี้เดินต่อไปได้ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลที่บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจะไม่จำเป็นต้อง (และไม่ควร) หารายได้เพื่อมาอุดหนุนไว้ดังเช่นวิธีที่โรงพยาบาลหลายแห่งใช้กับสวัสดิการข้าราชการในอดีต

- * สิทธิการใ้ยานอกบัญชียาหลัก โดยหลักการแล้วสามารถเปลี่ยนได้ทันที แต่ก็ต้องแก้ปัญหากลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการ (ซึ่งปัจจุบันยังใช้วิธี fee for service) เสียก่อน เพื่อป้องกันปัญหาการใ้ยาราคาแพงโดยไม่จำเป็น (ซึ่งเคยเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้มีการตัดยานอกบัญชียาหลักออกจากสิทธิประโยชน์ของโครงการสวัสดิการข้าราชการในปี 2541)
- * สิทธิด้านทันตกรรมนั้น ควรปรับให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยให้สิทธิในการเบิกค่าทำฟันที่ไปทำที่ทันตสถานของเอกชนปีละสองครั้งในอัตราเดียวกับโครงการประกันสังคม⁶⁷ และขยายสิทธิอื่นๆ ที่ทำในโรงพยาบาลของรัฐให้ทัดเทียมกับสิทธิตามโครงการ 30 บาท
- * ในด้านสิทธิในการเลือกโรงพยาบาลเอกชนนั้น หลังจากที่โครงการสวัสดิการข้าราชการมีการปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินจากระบบเดิม (fee for service) โดยสมบูรณ์แล้ว ก็ไม่น่าจะต้องกังวลกับการให้สิทธิข้าราชการเลือกสถานพยาบาลของเอกชน (แต่การปรับตัวด้านนี้อาจต้องใช้เวลาานกว่าส่วนอื่น คืออาจนานถึง 4-5 ปี)
- * สำหรับวิธีการจ่ายเงินในกรณีผู้ป่วยนอกนั้น ปัจจุบันกรมบัญชีกลางกำลังดำเนินการแก้ไข แต่ก็ควรจะแก้พร้อมๆ กับการปรับกลไกการจ่ายเงินด้วย เพราะไม่เช่นนั้นก็อาจจะมีปัญหาการเบิกจ่ายมากกว่าที่ควรจะเป็นของโรงพยาบาลเหมือนดังเช่นปัญหาที่เคยเกิดกับการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในในช่วงที่ผ่านมา

● โครงการประกันสังคม

- * ปรับเพิ่มสิทธิด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยอาจจะใช้กลไกหรือสถานพยาบาลที่ต่างจากสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกในปัจจุบัน (โดยอาจทำ contract กับกระทรวงสาธารณสุขให้ดูแลผู้ประกันตนในด้านนี้ด้วย)
- * ปรับเพิ่มสิทธิด้านทันตกรรมให้ครอบคลุมสิทธิที่กำหนดไว้ในโครงการ 30 บาท

⁶⁷ และในกรณีที่โครงการประกันสังคมปรับสิทธิประโยชน์ด้านนี้ให้สูงขึ้นเพื่อให้ทัดเทียมโครงการ 30 บาท โครงการสวัสดิการข้าราชการก็ควรจะปรับสิทธิส่วนนี้ตามขึ้นมาด้วย

- * ในปัจจุบัน กองทุนประกันสังคมมีฐานะทางการเงินที่ยังค่อนข้างดี และถ้าเป็นไปตามแผนเดิม ในปี 2546 สัดส่วนของเงินสมทบที่ฝ่ายต่างๆ จะต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคมจะถูกปรับเพิ่มขึ้นขึ้นอีก อีกทั้งในปัจจุบัน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมก็มีกำไร ดังนั้น ข้อเสนอในการปรับสิทธิประโยชน์ในสองด้านข้างต้นน่าจะอยู่ในวิสัยที่ทำได้ โดยไม่ยากนัก
- * อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่รัฐบาลยังคงต้องการให้สำนักงานประกันสังคมขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ประกันตน (ซึ่งโครงการนี้คงมีความเป็นไปได้น้อยในสถานการณ์ปัจจุบัน) ก็ไม่ควรเลือกวิธีจำกัดสิทธิประโยชน์ของคู่สมรสให้ต่ำกว่าของผู้ประกันตน (ดังที่บางฝ่ายในสำนักงานประกันสังคมพยายามต่อรองเนื่องจากกลัวว่าจะมีเงินไม่พอ) เนื่องจากจะทำให้ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนมีความรุนแรงขึ้น ในกรณีที่รัฐบาลเลือกใช้วิธีนี้ และมีปัญหาเรื่องเงินไม่พอ รัฐก็ควรอาจจะเพิ่มเงินสมทบให้กองทุนประกันสังคม โดยอาจดึงเงินบางส่วนจากงบที่จัดให้กับโครงการ 30 บาท

ข. กรณีรวมกองทุน (หรือรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพของทั้งสามกองทุนเข้าด้วยกัน)

สำหรับในกรณีที่สามารรวมสามกองทุนเข้าด้วยกันในระยะเวลาอันสั้นนั้น ข้อเสนอแนะที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จะเป็นข้อเสนอแนะสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยข้อเสนอแนะบางข้ออาจจะยังไม่สามารถหรือไม่จำเป็นต้องดำเนินการได้ทันทีที่จะรวมกองทุน (เช่น การเปิดให้เลือกสถานพยาบาลเอกชน) รายงานนี้ไม่ได้แตะประเด็นเรื่องข้อดีและข้อเสียของการรวมกองทุนต่างๆ (ซึ่งในรายงานของโครงการย่อยต่างๆ และรายงานสรุปประเด็นการศึกษาและข้อเสนอแนะได้สรุปประเด็นเหล่านี้เอาไว้แล้ว) อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีการรวมกองทุนนั้น จะมีทางเลือกอื่นๆ ในการกำหนดหรือปรับชุดสิทธิประโยชน์เสียใหม่ในฉากทัศน์ที่ต่างๆ กันดังต่อไปนี้คือ

- 1.การรวมกองทุน (หรือการบริหารจัดการของกองทุน) โดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ชุดเดียวกันสำหรับทุกคน ซึ่งมีทางเลือกสองทางคือ

- * ปรับสิทธิประโยชน์ขึ้นมาเท่ากับโครงการที่มีสิทธิประโยชน์สูงสุด วิธีนี้อาจทำให้ค่าใช้จ่ายรวมของประเทศเพิ่มขึ้นมาก ในกรณีที่การรวมกองทุนเกิดขึ้นเร็ว

(เว้นแต่การปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของสวัสดิการข้าราชการจะสามารถลดค่าใช้จ่ายของโครงการลงได้อย่างมีนัยสำคัญ)

- * กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่อาจจะต่ำกว่าโครงการที่เคยมีสิทธิประโยชน์สูงสุด และมีกระบวนการจ่ายเงินชดเชยให้กลุ่มที่ได้รับผลกระทบด้านลบ (เช่น มีการปรับบัญชีเงินเดือนของข้าราชการใหม่) วิธีนี้อาจมีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่า แต่อาจสร้างกระแสความไม่พอใจให้กับข้าราชการจำนวนหนึ่ง เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีวิธีการคำนวณเงินชดเชยที่ดีเพียงใด ก็จะไม่ทำให้ข้าราชการทุกคนได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น และการปรับในลักษณะนี้อาจบั่นทอนแรงจูงใจสำหรับข้าราชการบางกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญในระบบราชการ (เช่น แพทย์ ในกรณี que เมื่อถึงเวลานั้นก็ยังไม่มีการกระจายอำนาจออกนอกกรอบตามที่หลายฝ่ายคาดการณ์เอาไว้ว่าจะเกิดขึ้นในเร็ว ๆ นี้)

2. การรวมการบริหารจัดการด้านสุขภาพของกองทุนในลักษณะที่ยังคงความแตกต่างของสิทธิเอาไว้เช่นเดิม วิธีนี้เป็นวิธีที่รัฐจะมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่ก็มีโอกาสที่จะถูกวิพากษ์วิจารณ์หรือคัดค้านจากกลุ่มองค์กรเอกชนและผู้บริโภคที่ต่างก็เรียกร้องความเสมอภาคในการเข้าถึงและรับบริการมากที่สุด

ถ้าพิจารณาจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดเอาไว้ว่าการรวมกองทุนจะต้องเกิดจากความยินยอมของทุกฝ่ายนั้น โอกาสที่เกิดการรวมในแบบที่สองคงเกิดขึ้นได้น้อยที่สุด เพราะคงจะไม่มีฝ่ายใดผู้ที่ผลักดันให้เกิดการรวมกันโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิทธิประโยชน์ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเลย ส่วนในกรณีแรกนั้น โอกาสที่จะรวมโดยการลดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการลงก็คงเกิดขึ้นได้ยากเช่นกัน เพราะถ้าการรวมทำให้ข้าราชการจำนวนมากรู้สึกว่าการสิทธิของตนลดลงแล้ว ก็คงจะก่อกระแสคัดค้านจนไม่สามารถมีการรวมกองทุนเกิดขึ้นได้

เมื่อพิจารณาถึงโอกาสเป็นไปได้ของฉากทัศน์ต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ก็คงพอจะอนุมานได้ว่าถึงแม้ว่าการรวมกองทุนมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ก็คงจะต้องใช้เวลาอีกนานหลายปี ดังนั้น ในอนาคตอันใกล้ นั้น ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่คณะผู้วิจัยเสนอไว้ในหัวข้อ ก. น่าจะสามารถนำมาดำเนินการในช่วงสองถึงสามปีข้างหน้าเป็นอย่างน้อย แต่ในกรณีที่เกิดการรวมกองทุนขึ้นเร็วกว่าที่คาดนั้น ก็คงจะต้องมีการปรับชุดสิทธิประโยชน์ให้มีความเสมอภาคกันระหว่างผู้มีสิทธิในทุกกลุ่ม

บรรณานุกรม

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นิภา ศรีอนันต์. 2545. “ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ” รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ภูษิต ประคองสาย และคณะ. 2545. “อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546” วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:5 599-613.

วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง 2545ก. “รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง 2545-45” (รายงานหลัก) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

..... 2545ข. “การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ของกระทรวงสาธารณสุข” (รายงานเล่มที่ 3) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

..... 2545ค. “จากการสังเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท” บทความประกอบการประชุมห้องย่อยวิชาการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หัวข้อ “30 บาทรักษาทุกโรค ช่วยคนจนหรือถ้วนหน้า อนาคตที่ต้องเลือก” ในการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง “ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม ผู้สังคมแห่งสันติภาพ” ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร 5-7 สิงหาคม 2545.

..... 2545ง. “ถั่วหน้า” หรือ “ช่วยคนจน”? เส้นทางสู่นาคต
ของโครงการ 30 บาท. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แสงสว่างเวิลด์เพรสจำกัด.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2544. “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า:
1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน” วารสารวิชาการสาธารณสุข 10:3 381-390.

ศรัชัย เตริยมวลกุล. 2546. “การประเมินกิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ด้านการเงินของ
สถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545” รายงานเสริมทาง
เทคนิค โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

..... 2545. “การประมาณสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545” รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการ
จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

..... 2545ข. “การวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ทางการเงินของ
สถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ ช่วงเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545”
รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง
(2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

..... 2545ค. “การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในส่วนของโครงการประกันสุขภาพ” รายงาน
ฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-
45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรธรรณูโนทัย. 2545. “การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30
บาทรักษาทุกคน จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต
และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี)”
รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง
(2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ศุภสิทธิ์ พรธรรณูโนทัย และคณะ. 2543. “ความเป็นไปได้และทางเลือกและของระบบการคลังเพื่อ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย” ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- 2543ข. “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้” สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2545. “หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง” (เอกสารอัดสำเนา).
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2536. *หนึ่งปีแรกของโครงการประกันสังคม*. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2544. “บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... (เรื่องเสร็จที่ 365/2544)” (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2540. *รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539*.
..... 2545. *รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544*
- สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2540*.
- อัญญา ณ ระนอง. 2545. *การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขโดยโครงการ 30 บาทใน
ปีงบประมาณ 2545*. รายงานการวิจัย คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.
- 2546. *การศึกษาปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนและสิทธิประโยชน์ที่ต่างกันในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ*. รายงานการวิจัย คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อัญญา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2544. *การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการ
ประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.)*. รายงานวิจัยเสนอมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและ
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มิถุนายน.
- 2545. *การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการ
ประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.)*. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์
การปก.
- อัญญา ณ ระนอง วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์. 2545. “สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า” รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- อัญญา ณ ระนอง และ ศรัทธา เจริญมรรกุล. 2545. “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการ
ประกันสังคม” รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ผลการพิจารณางบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ Contingency Fund (รอบที่ 1-4)
(รอบที่ 1 : 29-30 พ.ย. 45 รอบที่ 2 : 24 ม.ค. 45 รอบที่ 3 : 3 พ.ค. 45 รอบที่ 4 : หลัง ก.ย.45)

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ตั้ง/ด ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง
1	สมุทรปราการ	In	คช																	-	-	-	-
1	นนทบุรี	Ex	จ																	-	-	-	-
1	ปทุมธานี	Ex	คช					2	29.2	2	8.8									2	29.2	2	8.8
1	อยุธยา	Ex	คช	1	52.1	1	51.0	3	13.5	3	13.7									4	65.6	4	64.7
1	อ่างทอง	Ex	คช	3	102.5	3	96.4													3	102.5	3	96.4
2	ลพบุรี	In	คช	1	56.5	1	46.5													1	56.5	1	46.5
2	สิงห์บุรี	Mix	คช	3	106.1	3	77.6	2	6.2	2	3.1									5	112.3	5	80.7
2	ชัยนาท	In	คช					1	99.0	1	83.4									1	99.0	1	83.4
2	สระบุรี	In	คช	5	124.3	5	122.8					1	4.1	1	7.3	3	3.9	3	3.9	9	132.3	9	134.0
2	นครนายก	In	คช	1	75.4	1	58.2	1	4.0	1	1.0									2	79.4	2	59.2

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ตั้ง/ด ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง
2	สุพรรณบุรี	Ex	จ																	-	-	-	-
3	ชลบุรี	In	คช	2	186.8	2	147.8													2	186.8	2	147.8
3	ระยอง	Ex	จ	6	72.7	6	36.5													6	72.7	6	36.5
3	จันทบุรี	Ex	คช					2	104.5	1	125.4									2	104.5	1	125.4
3	ตราด	Ex	คช	4	82.5	4	82.5													4	82.5	4	82.5
3	ฉะเชิงเทรา	Ex	คช					1	78.9	1	39.5									1	78.9	1	39.5
3	ปราจีนบุรี	In	คช									2	79.1	2	68.0					2	79.1	2	68.0
3	สระแก้ว	Ex	จ																	-	-	-	-
4	ราชบุรี	In	คช	6	188.4	5	172.9	1	37.9	1	35.4									7	226.3	6	208.3
4	กาญจนบุรี	In	คช					1	41.0	1	31.2									1	41.0	1	31.2
4	นครปฐม	Mix	คช	1	51.5	1	51.5	2	4.8	2	4.8									3	56.3	3	56.3
4	สมุทรสาคร	In	คช																	-	-	-	-

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ตัดง/ด ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง
4	สมุทรสงคราม	Ex	จ	3	162.5	3	109.9													3	162.5	3	109.9
4	เพชรบุรี	In	คข					3	69.9	3	22.9									3	69.9	3	22.9
4	ประจวบคีรีขันธ์	Ex	จ																	-	-	-	-
5	นครราชสีมา	Ex	จ																	-	-	-	-
5	บุรีรัมย์	In	ผ																	-	-	-	-
5	สุรินทร์	In	จ																	-	-	-	-
5	ชัยภูมิ	In	จ																	-	-	-	-
5	มหาสารคาม	Ex	จ																	-	-	-	-
6	หนองบัวลำภู	Ex	จ																	-	-	-	-
6	ขอนแก่น	Ex	คข																	-	-	-	-
6	อุดรธานี	Ex	จ																	-	-	-	-
6	เลย	In	คข	1	4.9	1	4.0	6	62.4	6	51.1									7	67.3	7	55.1

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ตั้ง/ด ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง
6	หนองคาย	In	จ																	-	-	-	-
6	กาฬสินธุ์	Ex	คช																	-	-	-	-
6	สกลนคร	Ex	คช																	-	-	-	-
7	ศรีสะเกษ	Ex	จ																	-	-	-	-
7	อุบลราชธานี	Ex	จ																	-	-	-	-
7	ยโสธร	Ex	จ																	-	-	-	-
7	อำนาจเจริญ	Ex	จ																	-	-	-	-
7	ร้อยเอ็ด	Ex	จ																	-	-	-	-
7	นครพนม	Ex	จ																	-	-	-	-
7	มุกดาหาร	Ex	คช	2	34.3	2	32.9													2	34.3	2	32.9
8	นครสวรรค์	In	คช																	-	-	-	-
8	อุทัยธานี	In	ผ	3	42.9	3	40.5	2	7.9	2	7.9									5	50.8	5	48.4

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ที่ตั้ง/ด ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง
8	กำแพงเพชร	In	คช																	-	-	-	-
8	ตาก	In	คช	7	184.0	7	146.5													7	184.0	7	146.5
8	สุโขทัย	In	คช					3	167.7	3	105.5									3	167.7	3	105.5
9	อุดรดิตถ์	In	คช	3	79.7	3	79.7	2	2.6	2	2.4					2	9.4	2	9.2	7	91.7	7	91.3
9	แพร่	In	คช	2	76.4	2	63.2	2	8.0	2	4.5									4	84.4	4	67.7
9	น่าน	In	คช	10	159.7	10	141.1													10	159.7	10	141.1
9	พิษณุโลก	In	คช	1	146.9	1	135.8	1	10.0	1	10.0									2	156.9	2	145.8
9	พิจิตร	Ex	ผ	1	21.0	1	5.3													1	21.0	1	5.3
9	เพชรบูรณ์	In	จ																	-	-	-	-
10	เชียงใหม่	In	จ					1	6.9	1	3.5									1	6.9	1	3.5
10	ลำพูน	In	คช					3	58.8	3	37.4					1	2.1	1	2.1	4	60.9	4	39.5
10	ลำปาง	In	คช	2	39.1	1	3.0													2	39.1	1	3.0

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ตัดง/ด ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง	#คพ.	อนุมัติ	#คพ.	จัดสรร จริง
10	พะเยา	In	คพ					4	150.8	4	113.4									4	150.8	4	113.4
10	เชียงราย	In	คพ					1	53.8	1	43.6									1	53.8	1	43.6
10	แม่ฮ่องสอน	In	จ	7	69.5	7	68.7													7	69.5	7	68.7
11	นครศรีธรรมราช	In	คพ					1	222.5	1	139.7									1	222.5	1	139.7
11	กระบี่	Ex	จ																	-	-	-	-
11	พังงา	Ex	คพ	7	166.8	7	128.3													7	166.8	7	128.3
11	ภูเก็ต	Ex	จ	2	13.4	2	12.5					1	41.4	1	58.8					3	54.8	3	71.3
11	สุราษฎร์ธานี	Ex	คพ	5	193.5	5	132.3													5	193.5	5	132.3
11	ระนอง	Ex	คพ	4	35.9	4	40.5													4	35.9	4	40.5
11	ชุมพร	Ex	จ	2	10.7	2	10.5	1	5.0	1	1.7	1	2.3	1	6.1					4	18.0	4	18.3
12	สงขลา	In	จ	4	55.9	4	55.8	4	90.1	4	49.1									8	146.0	8	104.9
12	สตูล	In	จ	5	12.6	5	11.5	1	23.2	1	23.2									6	35.8	6	34.7

เขต	จังหวัด	กลไก การจัดสรร เงิน	ที่ตั้ง/ ระดับ	รอบ 1				รอบ 2				รอบ 3				รอบ 4				รวม			
				#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง	#คช.	อนุมัติ	#คช.	จัดสรร จริง
12	ตรัง	In	คช					2	78.3	2	58.4									2	78.3	2	58.4
12	พัทลุง	In	คช	3	113.6	3	78.0	3	3.8	3	7.6									6	117.4	6	85.6
12	ปัตตานี	Ex	จ	2	6.1	2	5.8	1	1.1	1	1.1									3	7.2	3	6.9
12	ยะลา	In	คช	1	26.6	1	26.0	2	45.3	2	30.7					1	3.3	1	3.3	4	75.2	4	60.0
12	นราธิวาส	Ex	จ					3	33.1	3	32.8									3	33.1	3	32.8
รวม				110	2,754.8	108	2,275.5	62	1,520.2	61	1,092.8	5	126.9	5	140.2	7	18.7	7	18.5	184	4,420.6	181	3,527.0

ที่มา : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ 1. ค = ตัดเงินเดือนระดับเครือข่าย จ = ตัดเงินเดือนระดับจังหวัด ผ = ตัดเงินเดือนแบบผสม

In= กลไกการจัดเงินแบบ Inclusive Ex. = กลไกการจัดเงินแบบแยกคนไข้ใน กับ คนไข้นอกรวมส่งเสริมป้องกัน

2. CF จริง (ทั้งปี) มีการพิจารณาเป็น 2 กรณี คือ (1) รอบที่ 1-3 ใช้ข้อมูลสถานการณ์จริงปี 45 โดยมีการปรับประกันรายรับตาม Work Load ของโรงพยาบาล (เฉพาะแห่งที่เพิ่มขึ้น)

แล้วคำนวณตามเกณฑ์และปรับด้วยคะแนนปฏิรูปและเงินบำรุงสุทธิ (2) รอบที่ 4 เป็นไปตามเกณฑ์ รพ.เล็กในที่จิวและพื้นที่ทั่วไปโดยใช้ข้อมูลจริงปี 45 และไม่มีการประเมินสถานการณ์จริงใหม่

ภาคผนวก ข.

เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรปี 2543-2545 จากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวมทั้งประเทศ	323,846	323,108	326,583	61,879	62,309	62,800	523	519	520	114,409	114,255	120,937	45,681	46,138	46,599	250	248	260
รพ.ใหญ่ (ไม่รวม กทม.)	76,745	71,685	69,038	13,942	12,898	12,998	550	556	531	81,777	82,469	84,230	11,704	11,821	11,939	699	698	705
รพ.กลางและเล็ก (ไม่รวม กทม.)	224,421	228,621	235,114	42,255	43,684	44,019	531	523	534	32,632	31,786	36,707	33,976	34,316	34,659	96	93	106
กรุงเทพมหานคร	22,679	22,802	22,431	5,680.4	5,726.2	5,782.2	399	398	388									
แม่ฮ่องสอน	1,001	977	1,079	234.2	237.0	240.0	427	412	450	431	399	432	188.4	190.3	192.2	229	210	225
รวม รพ.ใหญ่	193	207	196	45.8	46.5	48.2	422	445	407	202	224	192	35.8	36.2	36.5	564	619	526
รวม รพ.กลางและเล็ก	808	770	883	188.5	190.5	191.8	429	404	460	229	175	240	152.6	154.1	155.7	150	114	154
เชียงราย	8,303	10,212	9,908	1,260.0	1,263.2	1,274.2	659	808	778	3,720	3,849	3,627	976.6	986.3	996.2	381	390	364
รวม รพ.ใหญ่	1,477	1,786	1,752	222.4	224.7	233.2	664	795	751	2,461	2,500	2,291	146.5	148.0	149.5	1,680	1,689	1,533
รวม รพ.กลางและเล็ก	6,826	8,426	8,156	1,037.6	1,038.5	1,041.0	658	811	783	1,259	1,349	1,336	830.0	838.3	846.7	152	161	158

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
เชียงใหม่	14,403	13,585	13,297	1,590.3	1,600.9	1,595.9	906	849	833	2,953	2,655	2,727	1,160.1	1,171.7	1,183.4	255	227	230
รวม รพ.ใหญ่	2,312	2,122	2,102	334.9	329.5	318.1	690	644	661	1,445	1,256	1,209	106.2	107.3	108.4	1,360	1,170	1,115
รวม รพ.กลางและเล็ก	12,091	11,463	11,195	1,255.4	1,271.4	1,277.7	963	902	876	1,508	1,399	1,518	1,053.9	1,064.4	1,075.0	143	131	141
ลำปาง	4,854	6,203	6,401	803.4	801.3	800.8	604	774	799	2,586	2,424	2,777	679.7	686.5	693.3	380	353	401
รวม รพ.ใหญ่	1,411	1,571	1,238	247.2	166.1	165.6	571	946	748	1,925	1,848	1,872	205.3	207.3	209.4	938	891	894
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,443	4,632	5,163	556.3	635.2	635.2	619	729	813	661	576	905	474.4	479.2	484.0	139	120	187
ลำพูน	3,172	3,611	3,689	406.1	406.0	407.2	781	889	906	707	692	869	372.9	376.6	380.4	190	184	228
รวม รพ.ใหญ่	1,212	1,193	1,080	138.4	110.8	111.0	875	1,077	973	465	455	534	142.4	143.8	145.2	327	316	368
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,960	2,418	2,609	267.7	295.2	296.2	732	819	881	242	237	335	230.5	232.8	235.2	105	102	142
พะเยา	4,107	4,761	4,530	511.6	509.1	508.6	803	935	891	1,342	1,400	1,210	443.4	447.9	452.3	303	313	268
รวม รพ.ใหญ่	1,583	2,006	1,841	207.7	201.1	200.6	762	997	918	1,060	1,102	980	247.6	250.1	252.6	428	441	388
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,524	2,755	2,689	303.9	307.9	307.9	830	895	873	282	298	230	195.8	197.8	199.8	144	151	115
น่าน	2,696	2,927	2,898	486.1	487.2	487.7	555	601	594	1,549	1,334	1,291	359.0	362.6	366.2	431	368	352

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.ใหญ่	426	554	522	82.4	82.3	82.5	517	673	633	939	872	889	99.7	100.7	101.7	942	866	874
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,270	2,373	2,376	403.7	404.9	405.2	562	586	586	610	462	402	259.3	261.9	264.6	235	176	152
แพร่	3,532	4,045	4,524	489.6	486.5	485.1	721	831	933	1,172	1,141	1,228	453.0	457.5	462.1	259	249	266
รวม รพ.ใหญ่	921	1,019	1,124	127.9	108.8	108.5	720	936	1,036	838	830	950	135.9	137.2	138.6	617	605	685
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,611	3,026	3,400	361.7	377.7	376.6	722	801	903	334	311	278	317.1	320.3	323.5	105	97	86
อุดรดิตถ์	2,715	2,862	3,449	483.9	484.1	485.0	561	591	711	1,422	1,470	1,601	384.1	388.0	391.9	370	379	409
รวม รพ.ใหญ่	909	868	1,016	160.7	147.8	148.3	566	587	685	1,256	1,279	1,409	175.0	176.8	178.5	718	724	789
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,806	1,994	2,433	323.2	336.2	336.7	559	593	723	166	191	192	209.1	211.2	213.3	79	90	90
สุโขทัย	3,914	3,700	3,974	625.3	624.1	625.1	626	593	636	1,176	1,119	1,224	630.0	636.3	642.7	187	176	190
รวม รพ.ใหญ่	1,225	1,056	1,091	187.5	173.2	173.8	653	610	628	386	403	394	120.7	121.9	123.1	320	331	320
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,689	2,644	2,883	437.9	450.8	451.3	614	586	639	790	716	830	509.3	514.4	519.5	155	139	160
ตาก	2,453	2,454	2,547	490.1	498.9	507.4	501	492	502	1,319	1,717	1,833	458.4	463.0	467.6	288	371	392
รวม รพ.ใหญ่	1,297	1,238	1,233	204.9	195.0	196.4	633	635	628	1,097	1,418	1,584	224.5	226.8	229.0	489	625	692

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,156	1,216	1,314	285.2	303.9	310.9	405	400	423	222	299	249	233.9	236.2	238.6	95	127	104
กำแพงเพชร	3,662	3,732	3,991	765.8	766.2	768.1	478	487	520	1,390	1,447	1,474	689.7	696.6	703.6	201	208	209
รวม รพ.ใหญ่	1,049	1,197	1,118	229.5	211.7	211.6	457	566	528	980	1,084	1,066	215.5	217.6	219.8	455	498	485
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,613	2,535	2,873	536.3	554.6	556.5	487	457	516	410	363	408	474.3	479.0	483.8	86	76	84
พิษณุโลก	4,697	4,783	4,834	866.0	869.6	867.7	542	550	557	2,378	2,348	2,405	709.5	716.6	723.8	335	328	332
รวม รพ.ใหญ่	1,461	1,591	1,489	270.1	270.2	267.7	541	589	556	2,078	2,016	2,012	205.9	208.0	210.0	1,009	969	958
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,236	3,192	3,345	595.9	599.4	600.0	543	533	558	300	332	393	503.6	508.6	513.7	60	65	77
พิจิตร	3,365	3,337	3,550	593.8	591.4	592.0	567	564	600	1,578	1,471	1,465	440.0	444.4	448.9	359	331	326
รวม รพ.ใหญ่	834	738	674	118.9	106.9	107.2	702	691	629	1,132	1,154	1,137	115.2	116.4	117.5	983	992	968
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,531	2,599	2,876	475.0	484.6	484.7	533	536	593	446	317	328	324.8	328.1	331.3	137	97	99
เพชรบูรณ์	5,555	5,485	5,847	1,036.5	1,036.3	1,040.8	536	529	562	1,598	1,482	1,645	823.1	831.3	839.6	194	178	196
รวม รพ.ใหญ่	1,180	1,042	1,169	225.1	212.1	212.9	524	491	549	869	680	1,008	169.1	170.8	172.5	514	398	584
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,375	4,443	4,678	811.4	824.2	827.8	539	539	565	729	802	637	654.0	660.5	667.1	111	121	95

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
นครสวรรค์	6,143	5,941	6,407	1,125.3	1,128.9	1,130.8	546	526	567	2,862	3,148	3,127	913.9	923.0	932.2	313	341	335
รวม รพ.ใหญ่	1,248	1,035	1,174	239.4	237.3	238.6	521	436	492	2,065	2,395	2,275	157.4	158.9	160.5	1,312	1,507	1,417
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,895	4,906	5,233	885.9	891.5	892.3	553	550	586	797	753	852	756.5	764.1	771.7	105	99	110
อุทัยธานี	1,781	1,874	1,852	333.1	333.9	336.2	535	561	551	944	961	832	286.3	289.1	292.0	330	332	285
รวม รพ.ใหญ่	400	414	363	54.7	54.6	54.6	731	758	665	738	713	616	51.2	51.7	52.2	1,441	1,378	1,179
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,381	1,460	1,489	278.4	279.3	281.6	496	523	529	206	248	216	235.1	237.4	239.8	88	104	90
เลย	3,049	3,144	3,071	631.4	632.3	635.6	483	497	483	1,243	1,433	1,062	523.1	528.4	533.6	238	271	199
รวม รพ.ใหญ่	686	629	659	115.9	109.3	109.9	592	575	600	955	1,163	750	91.5	92.4	93.3	1,044	1,259	804
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,363	2,515	2,412	515.5	523.0	525.7	458	481	459	288	270	312	431.6	435.9	440.3	67	62	71
หนองคาย	4,458	4,234	4,179	903.9	904.8	909.5	493	468	459	760	717	860	768.1	775.8	783.5	99	92	110
รวม รพ.ใหญ่	803	713	709	141.0	130.0	131.0	569	549	541	487	431	495	131.2	132.5	133.8	371	325	370
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,655	3,521	3,470	762.9	774.8	778.5	479	454	446	273	286	365	636.9	643.3	649.7	43	44	56
อุดรธานี	8,083	7,691	7,894	1,519.9	1,526.6	1,535.5	532	504	514	1,770	1,862	1,713	1,197.1	1,209.0	1,221.1	148	154	140

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.ใหญ่	2,132	1,803	1,741	392.7	321.6	323.1	543	561	539	1,318	1,412	1,275	227.6	229.9	232.2	579	614	549
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,951	5,888	6,153	1,127.2	1,205.0	1,212.4	528	489	508	452	450	438	969.5	979.1	988.9	47	46	44
สกลนคร	5,415	5,677	5,079	1,097.6	1,101.6	1,107.8	493	515	458	1,281	1,394	1,414	964.2	973.8	983.5	133	143	144
รวม รพ.ใหญ่	997	949	900	182.1	169.4	170.7	548	560	527	860	832	938	171.9	173.6	175.3	500	479	535
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,418	4,728	4,179	915.6	932.2	937.0	483	507	446	421	562	476	792.3	800.2	808.2	53	70	59
หนองบัวลำภู	2,330	2,517	2,414	494.3	496.5	498.5	471	507	484	300	364	416	439.3	443.7	448.1	68	82	93
รวม รพ.ใหญ่	637	660	615	129.0	116.9	117.7	494	564	523	200	202	166	115.1	116.3	117.4	174	174	141
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,693	1,857	1,799	365.3	379.6	380.8	464	489	472	100	162	250	324.2	327.4	330.7	31	49	76
ขอนแก่น	9,019	9,196	9,220	1,748.2	1,757.0	1,767.6	516	523	522	2,876	2,537	2,895	1,272.4	1,285.1	1,298.0	226	197	223
รวม รพ.ใหญ่	1,978	1,900	1,864	365.8	359.8	363.7	541	528	513	1,887	1,723	2,102	179.0	180.7	182.6	1,054	953	1,151
รวม รพ.กลางและเล็ก	7,041	7,296	7,356	1,382.5	1,397.2	1,404.0	509	522	524	989	814	793	1,093.5	1,104.4	1,115.4	90	74	71
กาฬสินธุ์	5,324	5,177	4,853	984.0	985.5	990.2	541	525	490	1,230	1,169	1,038	853.9	862.4	871.0	144	136	119
รวม รพ.ใหญ่	770	802	727	147.0	135.6	136.5	524	592	533	940	908	704	136.1	137.4	138.8	691	661	507

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,554	4,375	4,126	837.0	849.9	853.8	544	515	483	290	261	334	717.8	725.0	732.2	40	36	46
นครพนม	3,622	3,868	3,581	716.9	719.1	721.5	505	538	496	610	629	729	479.1	483.9	488.7	127	130	149
รวม รพ.ใหญ่	786	783	808	164.0	164.3	164.6	479	477	491	425	480	545	115.2	116.4	117.5	369	413	464
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,836	3,085	2,773	552.9	554.8	556.9	513	556	498	185	149	184	363.9	367.5	371.2	51	41	50
มุกดาหาร	1,606	1,643	1,604	334.3	335.9	338.3	480	489	474	438	350	382	281.8	284.6	287.5	155	123	133
รวม รพ.ใหญ่	663	664	672	128.1	128.8	129.8	518	516	518	404	283	315	101.6	102.6	103.6	398	276	304
รวม รพ.กลางและเล็ก	943	979	932	206.3	207.1	208.5	457	473	447	34	67	67	180.3	182.1	183.9	19	37	36
ยโสธร	2,801	3,155	2,989	554.0	552.7	553.9	506	571	540	741	728	691	474.1	478.9	483.6	156	152	143
รวม รพ.ใหญ่	767	873	732	132.6	132.6	132.7	579	658	552	596	592	596	109.3	110.4	111.5	545	536	535
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,034	2,282	2,257	421.4	420.1	421.2	483	543	536	145	136	95	364.8	368.5	372.2	40	37	26
อำนาจเจริญ	1,857	1,930	1,886	366.9	368.2	370.4	506	524	509	361	315	474	321.3	324.6	327.8	112	97	145
รวม รพ.ใหญ่	654	659	624	130.2	126.1	126.6	502	522	493	272	248	209	123.7	124.9	126.2	220	199	166
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,203	1,271	1,262	236.7	242.1	243.8	508	525	518	89	67	265	197.7	199.6	201.6	45	34	131

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
อุบลราชธานี	8,166	8,057	7,846	1,767.3	1,779.8	1,792.8	462	453	438	3,416	3,174	3,211	1,416.6	1,430.7	1,445.0	241	222	222
รวม รพ.ใหญ่	1,048	794	593	223.0	219.5	221.2	470	362	268	2,848	2,727	2,834	161.9	163.6	165.2	1,759	1,667	1,715
รวม รพ.กลางและเล็ก	7,118	7,263	7,253	1,544.4	1,560.3	1,571.6	461	465	462	568	447	377	1,254.6	1,267.2	1,279.8	45	35	29
ร้อยเอ็ด	7,262	7,548	7,247	1,317.8	1,319.6	1,322.9	551	572	548	1,703	1,278	1,361	1,123.7	1,134.9	1,146.3	152	113	119
รวม รพ.ใหญ่	859	845	857	152.7	153.2	154.1	563	551	556	1,208	1,004	1,149	176.3	178.0	179.8	685	564	639
รวม รพ.กลางและเล็ก	6,403	6,703	6,390	1,165.1	1,166.4	1,168.8	550	575	547	495	274	212	947.4	956.9	966.5	52	29	22
ศรีสะเกษ	7,252	7,032	6,781	1,443.8	1,451.4	1,459.0	502	484	465	1,886	1,830	1,876	1,175.2	1,187.0	1,198.9	160	154	156
รวม รพ.ใหญ่	828	772	701	137.3	137.8	138.7	603	560	505	1,230	1,247	1,244	151.8	153.3	154.9	810	813	803
รวม รพ.กลางและเล็ก	6,424	6,260	6,080	1,306.4	1,313.6	1,320.3	492	477	461	656	583	632	1,023.4	1,033.7	1,044.0	64	56	61
สุรินทร์	7,067	6,729	6,208	1,383.2	1,392.2	1,399.4	511	483	444	1,669	1,737	4,957	1,001.2	1,011.2	1,021.3	167	172	485
รวม รพ.ใหญ่	1,455	1,253	597	257.8	257.3	258.5	564	487	231	1,284	1,281	1,032	193.0	194.9	196.8	665	657	524
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,612	5,476	5,611	1,125.3	1,134.9	1,140.9	499	482	492	385	456	3,925	808.2	816.3	824.4	48	56	476
มหาสารคาม	5,102	4,901	4,978	937.9	939.9	942.9	544	521	528	934	957	1,223	646.0	652.4	658.9	145	147	186

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.ใหญ่	772	780	775	148.7	142.7	141.4	519	546	548	756	706	842	160.8	162.4	164.0	470	435	513
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,330	4,121	4,203	789.2	797.2	801.5	549	517	524	178	251	381	485.1	490.0	494.9	37	51	77
บุรีรัมย์	6,904	6,327	6,479	1,528.2	1,533.9	1,545.8	452	412	419	2,513	2,266	2,422	1,187.2	1,199.1	1,211.1	212	189	200
รวม รพ.ใหญ่	970	762	655	205.7	207.3	209.6	472	368	312	1,532	1,341	1,396	171.9	173.6	175.4	891	772	796
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,934	5,565	5,824	1,322.5	1,326.6	1,336.1	449	419	436	981	925	1,026	1,015.3	1,025.5	1,035.7	97	90	99
นครราชสีมา	13,085	11,697	12,688	2,546.3	2,565.7	2,581.2	514	456	492	6,725	6,607	7,458	1,842.3	1,860.7	1,879.3	365	355	397
รวม รพ.ใหญ่	2,043	1,801	2,029	429.7	415.0	417.3	475	434	486	4,135	4,152	4,096	144.0	145.4	146.9	2,872	2,855	2,789
รวม รพ.กลางและเล็ก	11,042	9,896	10,659	2,116.6	2,150.7	2,163.9	522	460	493	2,590	2,455	3,362	1,698.3	1,715.3	1,732.5	153	143	194
ชัยภูมิ	5,937	5,152	4,896	1,129.0	1,130.9	1,136.5	526	456	431	1,280	1,152	1,217	980.0	989.8	999.7	131	116	122
รวม รพ.ใหญ่	1,241	653	291	188.9	179.0	184.3	657	365	158	700	692	780	153.8	155.3	156.9	455	445	497
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,695	4,499	4,605	940.1	951.9	952.2	499	473	484	580	460	437	826.2	834.4	842.8	70	55	52
ลพบุรี	4,490	4,604	4,565	761.5	765.1	768.0	590	602	594	2,221	2,287	2,296	609.3	615.4	621.5	365	372	369
รวม รพ.ใหญ่	2,182	2,102	1,912	342.1	316.7	316.1	638	664	605	1,445	1,447	1,492	266.1	268.7	271.4	543	538	550

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,385	2,502	2,653	419.4	448.4	451.8	569	558	587	776	840	804	343.2	346.7	350.1	226	242	230
สระบุรี	2,869	2,642	2,907	607.6	614.3	622.0	472	430	467	2,866	2,759	2,570	499.4	504.4	509.4	574	547	505
รวม รพ.ใหญ่	796	639	726	191.4	192.3	195.0	416	332	372	2,268	2,180	2,003	203.3	205.3	207.4	1,116	1,062	966
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,073	2,003	2,181	416.2	422.0	427.0	498	475	511	598	579	567	296.1	299.0	302.0	202	194	188
อยุธยา	3,943	4,829	5,137	734.0	741.8	748.2	537	651	687	1,832	1,886	2,210	661.4	668.0	674.7	277	282	328
รวม รพ.ใหญ่	1,078	1,071	1,011	192.0	170.9	172.6	561	627	586	1,390	1,458	1,701	176.5	178.2	180.0	788	818	945
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,865	3,758	4,126	542.0	570.9	575.7	529	658	717	442	428	509	484.9	489.7	494.6	91	87	103
อ่างทอง	1,841	1,759	1,686	289.4	289.4	290.4	636	608	581	713	842	788	251.5	254.0	256.5	284	332	307
รวม รพ.ใหญ่	359	394	417	53.7	54.0	54.5	669	729	764	498	603	587	43.4	43.8	44.3	1,148	1,376	1,326
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,482	1,365	1,269	235.7	235.4	235.9	629	580	538	215	239	201	208.1	210.2	212.3	103	114	95
สิงห์บุรี	1,542	1,710	1,464	223.7	223.2	223.4	689	766	655	882	962	994	191.9	193.8	195.7	460	496	508
รวม รพ.ใหญ่	927	960	778	116.9	116.6	116.6	793	824	667	821	885	903	105.9	107.0	108.0	775	827	836
รวม รพ.กลางและเล็ก	615	750	686	106.8	106.6	106.7	576	704	643	61	77	91	85.9	86.8	87.7	71	89	104

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
ชัชนาพ	1,971	2,150	2,206	351.0	350.9	350.5	561	613	629	640	744	930	310.1	313.2	316.3	206	238	294
รวม รพ.ใหญ่	478	498	509	75.4	75.5	75.6	634	659	673	500	572	746	65.7	66.4	67.0	761	862	1,113
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,493	1,652	1,697	275.6	275.4	275.0	542	600	617	140	172	184	244.4	246.8	249.3	57	70	74
สุพรรณบุรี	5,022	5,636	5,645	858.2	859.9	863.3	585	655	654	1,496	1,594	1,724	712.2	719.3	726.5	210	222	237
รวม รพ.ใหญ่	1,727	1,757	1,697	292.1	266.2	267.3	591	660	635	983	1,136	1,259	251.5	254.0	256.6	391	447	491
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,295	3,879	3,948	566.1	593.7	596.0	582	653	662	513	458	465	460.7	465.3	469.9	111	98	99
กาญจนบุรี	3,772	3,790	3,868	786.0	792.3	801.8	480	478	482	2,133	1,985	2,113	672.8	679.5	686.3	317	292	308
รวม รพ.ใหญ่	1,591	1,331	1,275	281.2	246.2	247.7	566	541	515	1,770	1,680	1,750	229.4	231.6	234.0	772	725	748
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,181	2,459	2,593	504.8	546.1	554.1	432	450	468	363	305	363	443.5	447.9	452.4	82	68	80
นครปฐม	4,787	4,714	4,711	781.1	791.9	802.0	613	595	587	1,940	2,069	1,945	551.8	557.3	562.9	352	371	346
รวม รพ.ใหญ่	1,520	1,427	1,437	262.9	242.5	244.9	578	588	587	1,366	1,501	1,552	206.3	208.3	210.4	662	720	738
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,267	3,287	3,274	518.2	549.4	557.0	630	598	588	574	568	393	345.5	349.0	352.4	166	163	112
นนทบุรี	3,732	3,381	3,554	859.6	884.1	905.2	434	382	393	1,464	1,313	1,546	522.8	528.0	533.3	280	249	290

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.ใหญ่	1,515	1,332	1,317	313.1	316.0	317.2	484	421	415	1,305	1,201	1,413	258.6	261.2	263.8	505	460	536
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,217	2,049	2,237	546.5	568.1	588.0	406	361	380	159	112	133	264.1	266.8	269.5	60	42	49
ปทุมธานี	2,582	2,677	2,610	654.7	679.4	708.9	394	394	368	886	1,069	1,095	386.5	390.4	394.3	229	274	278
รวม รพ.ใหญ่	639	580	581	134.3	132.6	137.1	476	437	424	774	893	895	136.3	137.7	139.0	568	649	644
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,866	2,097	2,029	520.4	546.8	571.8	359	383	355	112	176	200	250.2	252.7	255.2	45	70	78
นครนายก	1,441	1,456	1,545	246.9	250.0	251.1	584	582	615	679	672	369	199.8	201.8	203.9	340	333	181
รวม รพ.ใหญ่	530	654	631	99.4	99.2	99.5	533	659	634	428	410	238	77.1	77.8	78.6	555	527	303
รวม รพ.กลางและเล็ก	911	802	914	147.5	150.8	151.6	618	532	603	251	262	131	122.8	124.0	125.3	204	211	105
ฉะเชิงเทรา	3,316	3,315	3,580	639.8	644.0	649.8	518	515	551	1,637	1,672	1,976	551.6	557.1	562.7	297	300	351
รวม รพ.ใหญ่	714	758	807	143.1	142.7	143.8	499	531	561	1,122	1,211	1,316	128.7	130.0	131.3	871	931	1,002
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,602	2,557	2,773	496.6	501.3	505.9	524	510	548	515	461	660	422.8	427.1	431.3	122	108	153
ปราจีนบุรี	2,085	2,620	2,534	444.2	448.5	452.8	469	584	560	1,392	1,494	1,333	330.6	333.9	337.2	421	447	395
รวม รพ.ใหญ่	617	659	608	111.7	108.0	108.6	553	610	560	956	880	988	60.1	60.7	61.4	1,590	1,449	1,610

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,468	1,961	1,926	332.5	340.5	344.2	441	576	559	436	614	345	270.4	273.1	275.9	161	225	125
สระแก้ว	2,410	2,475	2,535	530.6	534.7	539.1	454	463	470	964	1,327	1,022	426.8	431.0	435.3	226	308	235
รวม รพ.ใหญ่	522	546	477	105.0	99.7	100.3	497	548	475	448	450	527	85.1	86.0	86.8	526	523	607
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,888	1,929	2,058	425.6	435.1	438.8	444	443	469	516	877	495	341.7	345.1	348.5	151	254	142
จันทบุรี	2,698	2,601	2,487	493.4	499.8	506.0	547	520	491	2,084	2,171	2,336	446.1	450.5	455.0	467	482	513
รวม รพ.ใหญ่	581	463	372	127.3	88.4	89.7	456	524	415	1,653	1,665	1,786	108.0	109.1	110.2	1,530	1,526	1,621
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,117	2,138	2,115	366.1	411.5	416.3	578	520	508	431	506	550	338.0	341.4	344.8	128	148	160
ตราด	1,274	1,195	1,140	223.9	224.3	225.3	569	533	506	744	758	664	198.8	200.8	202.8	374	378	327
รวม รพ.ใหญ่	611	572	550	93.7	89.0	89.5	652	643	615	555	564	496	89.7	90.6	91.5	619	623	542
รวม รพ.กลางและเล็ก	663	623	590	130.2	135.4	135.8	509	460	434	189	194	168	109.1	110.2	111.3	173	176	151
ระยอง	2,893	2,537	2,720	523.5	536.3	546.6	553	473	498	1,880	2,064	1,933	473.1	477.9	482.7	397	432	400
รวม รพ.ใหญ่	879	744	598	158.8	142.6	146.4	554	522	409	1,163	1,394	1,419	146.8	148.3	149.8	792	940	947
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,014	1,793	2,122	364.7	393.7	400.2	552	455	530	717	670	514	326.3	329.6	332.9	220	203	154

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
ชลบุรี	5,585	5,193	5,591	1,078.5	1,104.2	1,129.9	518	470	495	2,776	2,672	3,022	928.0	937.3	946.7	299	285	319
รวม รพ.ใหญ่	1,049	749	653	212.5	119.4	121.4	494	627	538	2,013	1,969	2,106	250.1	252.6	255.1	805	780	826
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,536	4,444	4,938	866.0	984.9	1,008.5	524	451	490	763	703	916	678.0	684.7	691.6	113	103	132
สมุทรปราการ	4,529	4,374	4,419	995.8	1,011.7	1,027.7	455	432	430	1,822	1,779	2,088	683.5	690.3	697.2	267	258	299
รวม รพ.ใหญ่	1,752	1,059	641	400.3	146.2	150.5	438	724	426	1,493	1,452	1,687	343.3	346.7	350.2	435	419	482
รวม รพ.กลางและเล็ก	2,777	3,315	3,778	595.6	865.5	877.2	466	383	431	329	327	401	340.2	343.6	347.1	97	95	116
สมุทรสาคร	2,279	2,159	2,108	428.8	435.6	442.9	531	496	476	2,060	1,576	1,621	392.1	396.1	400.0	525	398	405
รวม รพ.ใหญ่	1,140	1,121	1,027	210.1	209.4	212.7	542	535	483	1,178	1,155	1,050	200.8	202.8	204.8	587	570	513
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,139	1,038	1,081	218.7	226.2	230.2	521	459	470	882	421	571	191.4	193.3	195.2	461	218	292
สมุทรสงคราม	1,334	1,427	1,472	205.0	204.4	205.1	651	698	718	687	671	721	210.5	212.6	214.7	326	316	336
รวม รพ.ใหญ่	698	714	731	107.4	107.8	108.4	650	662	675	581	606	616	134.5	135.8	137.2	432	446	449
รวม รพ.กลางและเล็ก	636	713	741	97.6	96.6	96.8	652	738	766	106	65	105	76.0	76.8	77.6	139	85	135
ราชบุรี	5,178	4,919	4,754	821.6	825.3	830.3	630	596	573	2,504	2,653	2,594	613.6	619.7	625.9	408	428	414

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.ใหญ่	4,067	3,466	3,110	591.1	494.1	494.8	688	701	629	2,323	2,468	2,404	420.3	424.5	428.8	553	581	561
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,111	1,453	1,644	230.5	331.2	335.5	482	439	490	181	185	190	193.3	195.2	197.2	94	95	96
เพชรบุรี	2,720	2,979	3,036	456.9	459.0	461.3	595	649	658	1,221	1,337	1,174	397.2	401.2	405.2	307	333	290
รวม รพ.ใหญ่	761	758	752	121.6	113.0	113.5	626	671	662	927	903	865	152.4	153.9	155.4	608	587	557
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,959	2,221	2,284	335.3	346.1	347.8	584	642	657	294	434	309	244.9	247.3	249.8	120	175	124
ประจวบคีรีขันธ์	2,362	2,341	2,410	478.9	482.7	488.5	493	485	493	1,132	1,109	1,082	378.1	381.9	385.7	299	290	281
รวม รพ.ใหญ่	480	436	469	86.7	79.0	79.6	554	552	589	580	554	434	71.1	71.9	72.6	815	771	598
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,882	1,905	1,941	392.2	403.7	408.9	480	472	475	552	555	648	307.0	310.0	313.1	180	179	207
ชุมพร	2,255	2,264	2,205	463.4	468.7	473.8	487	483	465	1,124	1,097	1,122	409.3	413.4	417.5	275	265	269
รวม รพ.ใหญ่	801	710	687	142.9	129.9	131.1	561	547	524	843	788	823	122.6	123.8	125.0	688	637	658
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,454	1,554	1,518	320.5	338.9	342.7	454	459	443	281	309	299	286.8	289.6	292.5	98	107	102
ระนอง	582	617	623	160.6	161.7	163.2	362	382	382	424	404	440	137.8	139.2	140.6	308	290	313
รวม รพ.ใหญ่	363	329	308	75.7	70.2	70.9	480	468	434	385	326	358	63.5	64.1	64.8	606	508	553

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.กลางและเล็ก	219	288	315	85.0	91.5	92.3	258	315	341	39	78	82	74.3	75.0	75.8	52	104	108
สุราษฎร์ธานี	4,152	3,739	4,122	893.5	907.6	920.3	465	412	448	2,270	2,162	2,122	817.9	826.1	834.3	278	262	254
รวม รพ.ใหญ่	829	786	927	191.1	195.4	199.3	434	402	465	1,585	1,608	1,725	175.6	177.4	179.1	903	907	963
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,323	2,953	3,195	702.4	712.2	721.0	473	415	443	685	554	397	642.3	648.7	655.2	107	85	61
พังงา	936	1,121	1,134	235.2	237.5	239.4	398	472	474	450	473	515	183.8	185.7	187.5	245	255	275
รวม รพ.ใหญ่	434	423	449	80.5	81.5	82.2	539	519	546	363	396	435	72.4	73.1	73.8	501	542	589
รวม รพ.กลางและเล็ก	502	698	685	154.7	156.0	157.2	324	447	436	87	77	80	111.4	112.6	113.7	78	68	71
ภูเก็ต	1,035	977	1,169	250.6	261.4	270.4	413	374	432	837	779	907	223.5	225.7	228.0	375	345	398
รวม รพ.ใหญ่	587	516	690	158.4	160.3	165.3	371	322	417	797	736	854	148.2	149.6	151.1	538	492	565
รวม รพ.กลางและเล็ก	448	461	479	92.2	101.1	105.1	486	456	456	40	43	53	75.3	76.1	76.8	53	57	69
กระบี่	1,403	1,533	1,556	365.5	371.8	378.0	384	412	412	571	558	583	435.0	439.3	443.7	131	127	131
รวม รพ.ใหญ่	358	358	352	86.1	88.1	89.6	416	406	393	413	409	466	103.2	104.2	105.2	400	393	443
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,045	1,175	1,204	279.4	283.7	288.4	374	414	418	158	149	117	331.8	335.1	338.5	48	44	35

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
นครศรีธรรมราช	6,357	6,417	6,942	1,524.6	1,527.3	1,533.9	417	420	453	2,684	2,882	2,682	1,250.3	1,262.8	1,275.4	215	228	210
รวม รพ.ใหญ่	1,011	999	1,128	269.3	258.4	260.3	375	387	433	1,621	1,735	1,758	239.4	241.8	244.2	677	718	720
รวม รพ.กลางและเล็ก	5,346	5,418	5,814	1,255.3	1,268.9	1,273.6	426	427	457	1,063	1,147	924	1,010.9	1,021.0	1,031.3	105	112	90
ตรัง	2,410	2,487	2,867	590.9	596.7	603.1	408	417	475	1,030	1,094	1,010	493.0	497.9	502.9	209	220	201
รวม รพ.ใหญ่	545	584	767	131.7	145.9	147.8	414	400	519	793	827	797	137.0	138.3	139.7	579	598	570
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,865	1,903	2,100	459.2	450.8	455.3	406	422	461	237	267	213	356.1	359.6	363.2	67	74	59
พัทลุง	2,146	1,999	2,067	503.7	502.9	504.5	426	398	410	690	659	886	427.2	431.5	435.8	162	153	203
รวม รพ.ใหญ่	613	503	611	125.5	123.6	123.5	488	407	495	475	471	541	119.4	120.6	121.8	398	391	444
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,533	1,496	1,456	378.2	379.2	380.9	405	394	382	215	188	345	307.9	310.9	314.0	70	60	110
สตูล	1,143	1,104	1,251	263.5	267.1	270.8	434	413	462	289	315	354	238.2	240.6	243.0	121	131	146
รวม รพ.ใหญ่	444	414	486	97.6	92.9	94.1	455	446	517	225	260	264	86.9	87.8	88.7	259	296	298
รวม รพ.กลางและเล็ก	699	690	765	165.9	174.2	176.7	421	396	433	64	55	90	151.3	152.8	154.3	42	36	58
สงขลา	7,007	5,893	6,337	1,232.6	1,249.4	1,271.1	568	472	499	2,232	2,181	2,181	1,021.2	1,031.4	1,041.7	219	211	209

	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย									ฐานข้อมูล 0110 รง.5 จากกระทรวงสาธารณสุข								
	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)			จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)			จำนวนประชากรรวม (พันคน)			อัตราส่วนผู้เสียชีวิตต่อ ปชก. รวม (คนต่อแสนคน)		
	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545	2543	2544	2545
รวม รพ.ใหญ่	2,552	2,048	2,252	464.0	465.7	478.1	550	440	471	1,818	1,779	1,822	381.0	384.8	388.6	477	462	469
รวม รพ.กลางและเล็ก	4,455	3,845	4,085	768.6	783.7	793.0	580	491	515	414	402	359	640.2	646.6	653.1	65	62	55
ปัตตานี	3,845	3,288	3,099	612.1	618.3	628.0	628	532	494	502	653	845	552.5	558.0	563.6	91	117	150
รวม รพ.ใหญ่	452	500	519	114.3	116.3	118.7	395	430	437	373	464	533	101.3	102.4	103.4	368	453	516
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,393	2,788	2,580	497.8	501.9	509.2	682	555	507	129	189	312	451.1	455.6	460.2	29	41	68
ยะลา	2,062	1,838	1,969	442.3	451.2	459.7	466	407	428	978	1,102	1,074	391.8	395.7	399.7	250	278	269
รวม รพ.ใหญ่	873	886	954	215.1	217.7	221.3	406	407	431	898	1,035	984	195.7	197.6	199.6	459	524	493
รวม รพ.กลางและเล็ก	1,189	952	1,015	227.2	233.5	238.3	523	408	426	80	67	90	196.1	198.1	200.0	41	34	45
นราธิวาส	4,487	3,382	3,457	679.1	690.0	700.0	661	490	494	811	876	904	585.5	591.4	597.3	139	148	151
รวม รพ.ใหญ่	1,215	837	856	174.9	178.7	181.5	695	468	472	675	745	751	178.0	179.8	181.6	379	414	413
รวม รพ.กลางและเล็ก	3,272	2,545	2,601	504.2	511.3	518.5	649	498	502	136	131	153	407.5	411.6	415.7	33	32	37

ที่มา ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฐานข้อมูลรายงาน 0110 รง.5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

- หมายเหตุ : 1. การแบ่งข้อมูลผลรวมตามขนาดสถานพยาบาลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรพิจารณาจากเขตที่ตั้งของสถานพยาบาล โดยหากสถานพยาบาลขนาดใหญ่ (รพ.ศ./รพท.) ตั้งอยู่ในอำเภอหรือเขตเทศบาลใดจะถือเป็นเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ส่วนเขตพื้นที่อื่นจะถือเป็นเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาลขนาดกลางและเล็ก (รพช.)
2. จำนวนผู้เสียชีวิตจากข้อมูลของ 0110 รง.5 ไม่รวมสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน
3. จำนวนประชากรรวมที่ใช้คำนวณอัตราการเสียชีวิตกรณีฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ได้จากผลรวมจำนวนข้าราชการและผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม (รวบรวมจากรายงาน 10 ตารางฯ) และจำนวนผู้ได้รับสิทธิจากโครงการ 30 บาทยุ (จากการประมวลผลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เป็นข้อมูลในปี 2545 ส่วนข้อมูลประชากรในปี 2543 และ 2544 ใช้การประมาณโดยสมมติให้แต่ละปีมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรร้อยละ 1 (เทียบบัญญัติไตรยางค์จากข้อมูลปี 2545 ย้อนกลับไปปี 2544 และ 2543)

ภาคผนวก ค.

สรุปรายงานโครงการในปีแรก

การศึกษาของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีแรกของคณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ประกอบด้วยรายงานหลักและรายงานประกอบรวมทั้งสิ้น 9 ฉบับดังต่อไปนี้

- (1) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญญา ณ ระนอง 2545ก. “รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง 2545-45” (รายงานหลัก)
 - (2) อัญญา ณ ระนอง วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์. 2545. “สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า”
 - (3) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญญา ณ ระนอง 2545ข. “การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ของกระทรวงสาธารณสุข”
 - (4) ศรัทธา เจริญมวรกุล. 2545. “การประมาณสถานการณ์ด้านการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545” (รายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับที่ 3)
 - (5) ศรัทธา เจริญมวรกุล. 2545ข. “การวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ และสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ ช่วงเดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545” (รายงานเสริมทางเทคนิคของรายงานฉบับที่ 3)
 - (6) ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญชัย. 2545. “การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี)”
 - (7) อัญญา ณ ระนอง และ ศรัทธา เจริญมวรกุล. 2545. “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม”
 - (8) ศรัทธา เจริญมวรกุล. 2545ค. “การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในส่วนของการประกันสุขภาพ”
 - (9) นิภา ศรีอนันต์. 2545. “ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ”
- (รายงานทั้งเก้าฉบับนี้สามารถ download ได้จาก webpage ของ TDRI และ สวรส.)

นอกจากนี้ ยังมีเอกสารและบทความที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้อีกจำนวนหนึ่ง เช่น

- (10) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). 2544. “กรอบการศึกษา โครงการติดตาม ประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2544–มิถุนายน 2545)”
- (11) วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง 2545ค. “จากการสังเคราะห์คนจนสู่การสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท” บทความประกอบการประชุมห้องย่อยวิชาการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หัวข้อ “30 บาทรักษาทุกคน ช่วยคนจนหรือถ้วนหน้า อนาคตที่ต้องเลือก” ในการประชุมวิชาการหนึ่ง ทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง “ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม ผู้สังคม แห่งสันติภาพ” ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร 5-7 สิงหาคม 2545.
- (12) ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโนทัย. 2545ข. “ปรัชญาของ 30 บาทรักษาทุกคนกับปรัชญาของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ใกล้กันมากขึ้นหรือยิ่งห่างกันคนละทาง” บทความ ประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง “ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม ผู้สังคมแห่งสันติภาพ” ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร 5-7 สิงหาคม 2545.
- (13) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ก. “ ‘สังคมนิยม’ กับโครงการ 30 บาท” กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ มุมมองใหม่ 15 กรกฎาคม.
- (14) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ข. “เรื่องยุ่งๆ ของประกันสังคม กับโครงการ 30 บาท” กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ ทศนะวิจารณ์ 30-31 กรกฎาคม.
- (15) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ค. “ชีวิตหมอละคนไข้หลัง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ ทศนะวิจารณ์ 25-26 กันยายน.
- (16) วิโรจน์ ณ ระนอง 2545ง. “30 บาทพาชาติลุ่มจมจริงหรือ?” กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์ ทศนะ วิจารณ์ 14 พฤศจิกายน.
- (17) อัญชญา ณ ระนอง 2545. “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประโยชน์ด้านการ รักษาพยาบาล” กรุงเทพธุรกิจ คอลัมน์มุมมองใหม่ 26 สิงหาคม.