

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ การประเมินระดับครัวเรือน

Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์
สุกัลยา คงสวัสดิ์
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
วิรัชดา สุทธยาคม
พิชญ์ รอดแสง

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ JICA

บทคัดย่อ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายสำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องการอำนวยการให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ประเทศไทยดำเนินนโยบายนี้ทั่วประเทศอย่างรวดเร็วนับแต่ปีหนึ่งปีหลังจากที่รัฐบาลใหม่ได้ชัยชนะเลือกตั้งมาจากการเลือกตั้งในปี 2544 โดยใช้ชื่อว่า 30 บาทรักษาทุกโรค การวิจัยนี้ เพื่อบันทึกเป็นหลักฐานว่า กระบวนการนโยบายที่ระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในช่วงปีแรกๆ ที่ดำเนินการเป็นอย่างไร และเพื่อวัดผลกระทบของนโยบายที่ระดับครัวเรือน จุดประสงค์สุดท้ายเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังยืนควรดำเนินการต่อไปอย่างไร

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยสามชนิดเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทั้งหมด การทบทวนเอกสาร และการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นวิธีวิจัยเพื่อพรรณนากระบวนการนโยบายที่ระดับประเทศและระดับจังหวัดรวมทั้งผลกระทบของการดำเนินการตามนโยบายต่อระบบบริการสุขภาพ ระเบียบวิธีวิจัยที่สาม คือ การสำรวจครัวเรือนโดยการสัมภาษณ์ด้านสุขภาพ เพื่อวัดผลกระทบของนโยบายรัฐที่ตกกับครัวเรือนในภาคต่างๆ การวิจัยนี้ดำเนินการใน 4 จังหวัดที่คัดเลือกอย่างเจาะจงจากจังหวัด 21 จังหวัดที่เริ่มนำร่องนโยบายตั้งแต่เมษายนและมิถุนายน 2544 การวิจัยเชิงคุณภาพใช้กระบวนการหลักคือ การสัมภาษณ์ลึกและการประชุมอภิปรายกลุ่มย่อยกับผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด ผู้วิเคราะห์นโยบายและผู้ให้บริการ การสำรวจครัวเรือนเลือกครัวเรือนแบบสุ่มครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบท จังหวัดละ 1,000 ครัวเรือน

ผลการวิจัยพบว่า การออกแบบระบบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของจังหวัดนำร่องที่เริ่มเดือนเมษายนและมิถุนายน 2544 เป็นวิธีดำเนินการแบบ “รายวัน” ขณะที่การตัดสินใจในระยะดำเนินการเต็มพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 ดำเนินการแบบ “รายเดือน” การตัดสินใจเชิงนโยบายแบบเปลี่ยนไปเรื่อยทำให้เกิดความขลุกขลักตลอดจนสิ้นปี 2544 การดำเนินการตามนโยบายที่ระดับกระทรวงพบปัญหาความต่อเนื่องของบุคลากรที่มีความสามารถ

การปฏิบัติตามนโยบายที่ระดับจังหวัดอยู่ภายใต้วิกฤตหรือไม่ขึ้นกับภาวะผู้นำของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดที่เลือกวิธีจัดสรรงบประมาณโครงการโดยการรวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (inclusive capitation) มีแนวโน้มประสบปัญหาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลงโดยการส่งต่อผู้ป่วยลดลง และมักพบในจังหวัดที่มีระดับภาวะผู้นำต่ำ

การสำรวจครัวเรือนพบว่า นโยบายนี้เป็นที่ชื่นชอบทั้งครัวเรือนร่ำรวยและครัวเรือนยากจน ประชาชนไทยเปลี่ยนแนวคิดจากเชิงเสรีนิยม(โดยให้ครัวเรือนรับผิดชอบจ่ายเงินเอง) เอนเอียงไปทางนโยบายสังคม สวัสดิภาพนิยม โดยลดการแบ่งแยกเป้าหมายระหว่างคนรวยคนจน เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างครัวเรือนภายใต้หลักประกันสำคัญของประเทศ (สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และ 30 บาทรักษาทุกโรค) พบว่าผู้ได้รับสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ยังมีอัตราการใช้สิทธิเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับบริการในระดับต่ำ ทั้งการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและการให้บริการผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามครัวเรือนที่ยากจน มีอัตราการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนมี สูงกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย ซึ่งพอตีความได้ว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคสามารถบรรลุผลได้บางส่วน เมื่อเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะการจ่ายเงินเมื่อรับบริการ ผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคได้รับการปกป้องจากการจ่ายเงินแบบถดถอยต่อรายได้ครัวเรือน ต่อกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยเฉพาะครัวเรือนที่ยากจนยังรับภาระสูงเมื่อแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อให้นโยบายมีประสิทธิผลระยะยาว ควรบริหารจัดการนโยบายนี้เน้นหนักในด้านอุปทานของบริการ.

Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need

Universal health coverage is one important policy recommendation by the World Health Organisation to governments in both developed and developing countries. Thailand was ambitious in setting the target to achieve this policy nationwide only a year after the majority vote victory in 2001 by putting up the 30 baht medical care policy. This research was to document the policy processes at the central and provincial levels during the first year of implementation, and to measure the impact of the policy at household level. The ultimate aim was to recommend on how to make the policy sustainable.

This study employed three research methods in order to complement each other. The documentary reviews and qualitative methods were used to describe policy processes at the national and provincial levels, and outlined impacts of such implementations on health delivery systems. The third method employed a full-scale household health interview survey to measure policy impacts at household level. Four provinces were purposively selected from 21 piloted provinces since April 2001 and June 2001. In-depth interviews and focus group discussions were the main qualitative methods used with top executives, policy makers, and providers. Household surveys consisted of about 1,000 households in each province.

It was revealed that the designs of the systems for pilot provinces in April and June 2001 were the day-to-day management style, whereas the decisions for full implementation since October 2001 have been a monthly management. Unstable policy decisions created turbulence till the end of 2001. The implementation of the policy at the ministry level faced with the discontinuity of capable responsible officers.

Policy implementations at provincial level were critically at risk under the leaderships of provincial chief medical officers and provincial hospital directors. It seemed that provinces applying an inclusive outpatient-inpatient capitation budget faced additional risks on substandard quality of care by under referrals with the coincidence of weak leaderships.

Household surveys revealed that the policy was highly supported by both the rich and the poor. Thai citizens have shifted from their libertarian views to slightly egalitarian views in reducing social policies, that discriminate the rich and the poor. When compared among three main health benefit schemes (civil servant medical benefit, social security and the 30 baht scheme), the 30 baht still faced with low compliance rates (use of their health benefits when they seek medical care) for both outpatient and inpatient services. However, the poor families complied at a higher rate than the rich, which means that the policy has at least achieved its main objective. Comparing equity of financing by out-of-pocket expenditure, the 30 baht scheme was inferior to the social security scheme in protecting the lower income families from financial burden of seeking health care. To attain sustainable coverage, recommendations on managing supply side are crucial.

คำนำ

การวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ การประเมินในระดับครัวเรือนเกิดขึ้นเพราะประเทศไทยก้าวเข้าสู่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกิดความต้องการปัจจุบันทันด่วนในการประเมินผลกระทบของนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดในระดับครัวเรือน แนวคิดการประเมินนี้ ได้รับอิทธิพลทางวิชาการจากสำรวจครัวเรือนอย่างต่อเนื่องในประเทศที่เจริญแล้ว (panel household survey) เพื่อสามารถประเมินผลกระทบของนโยบายได้อย่างแม่นยำ การวิจัยนี้จึงเริ่มกำหนดครัวเรือนตั้งต้นที่จะสำรวจครั้งต่อไปในจังหวัดที่เริ่มทดลองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปแล้ว

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ทุกคน ทั้งผู้ที่ช่วยบริหารจัดการ การเก็บข้อมูลภาคสนาม พนักงานสัมภาษณ์ครัวเรือน ใน 4 จังหวัด ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครัวเรือนทั้ง 4 จังหวัด ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์กำหนดครัวเรือนตัวอย่างใน 4 จังหวัดด้วยการสุ่มตามหลักวิชาการ เพื่อเป็นตัวแทนตั้งต้นสำหรับการสำรวจในครั้งต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ทั้ง JICA และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งให้การสนับสนุนศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มาตั้งแต่เริ่มต้น

สารบัญ

คำนำ	I
สารบัญ	II
สารบัญภาพ	III
สารบัญตาราง	IV
บทคัดย่อไทย	V
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	2
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมา	3
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 กรอบแนวคิดและคำถามการวิจัย	5
1.4 วิธีวิจัย	7
2. กระบวนการนโยบายของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	9
2.1 ลักษณะสำคัญของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	9
2.2 วอร์รูม กับ การนำโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคสู่การปฏิบัติระดับกระทรวง	11
2.3 เมื่อ 30 บาทรักษาทุกโรค ครอบคลุมทั่วประเทศ	14
3. การวิจัยเอกสารผลงานบริการ	17
3.1 การออกบัตร ปัญหาความซ้ำซ้อน หรือการไม่ครอบคลุม	17
3.2 ผลงานบริการผู้ป่วย	18
3.3 การจัดงบประมาณแบบใหม่ 45,000 ล้านบาท หรือ 3 ใน 4 งบประมาณสาธารณสุข	22
3.4 การใช้กลุ่มวิจัยโรคร่วมจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน	24
3.5 สถานการณ์การเงิน	25
4. ผลกระทบต่อครัวเรือน: ครัวเรือนได้อย่างไร	27
4.1 การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์	27
4.2 การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิ	29
4.3 โรคเรื้อรัง	31
4.4 ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ: การจ่ายเงิน ณ จุดรับบริการ	34
4.5 ความพึงพอใจ	37
4.6 ความเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	39
5. สรุปและข้อเสนอแนะ	41

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2 องค์ประกอบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10
ภาพที่ 3 การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	12
ภาพที่ 4 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพระดับจังหวัด	15

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 อัตราร้อยละการนอนโรงพยาบาลของประชาชนหลักประกันต่างๆ (อัตราปรับเป็นปี)	19
ตารางที่ 2 ผลงานบริการของโรงพยาบาลใน 8 จังหวัดนำร่อง ส.ค.-พ.ย. 2543 และ 2544	20
ตารางที่ 3 ผลงานบริการครึ่งปีงบประมาณ 2544 และ 2545 โรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก	21
ตารางที่ 4 อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตและจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกและใน 2544	21
ตารางที่ 5 โอกาสได้รับงบประมาณกองทุนเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ	24
ตารางที่ 6 สินทรัพย์สุทธิของโรงพยาบาลต่างๆ จากตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 (ล้านบาท)	25
ตารางที่ 7 รายรับ-รายจ่ายและดัชนีภาพคล่องทางการเงิน โรงพยาบาลพุทธชินราช	26
ตารางที่ 8 การเรียกเก็บหนี้ค่ารักษาพยาบาลจากต่างจังหวัดของโรงพยาบาลพุทธชินราช ครึ่งปี 2545	26
ตารางที่ 9 การรายงานผู้ป่วยและการใช้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	27
ตารางที่ 10 การใช้สิทธิประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและใช้บริการในช่วง 2 สัปดาห์	28
ตารางที่ 11 อัตราป่วย การใช้บริการและการใช้สิทธิหลักประกัน 30 บาท ตามระดับรายได้	28
ตารางที่ 12 การป่วย ใช้บริการ และใช้สิทธิของกลุ่มบัตรทอง (ใหม่) ตามรายได้ครัวเรือน	29
ตารางที่ 13 อัตราการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	29
ตารางที่ 14 การใช้สิทธิเมื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	30
ตารางที่ 15 การนอนรักษาในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิของกลุ่ม 30 บาทฯ ตามรายได้ครัวเรือน	31
ตารางที่ 16 การนอนรักษาในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิในกลุ่มบัตรทอง (ใหม่) ตามรายได้	31
ตารางที่ 17 การใช้บริการของกลุ่มประชากรที่มีโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังโครงการ 30 บาท	32
ตารางที่ 18 การใช้สิทธิของกลุ่มโรคเรื้อรังตามประเภทของหลักประกันต่างๆ	33
ตารางที่ 19 การใช้สิทธิเมื่อใช้บริการกรณีโรคเรื้อรัง ตามชั้นรายได้	34
ตารางที่ 20 รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีเทียบกับรายได้ครัวเรือนต่อคนต่อปี	35
ตารางที่ 21 รายจ่ายด้านสุขภาพต่อปี คิดเป็นสัดส่วนของรายได้ครัวเรือน กลุ่มบัตรทอง ท.	36
ตารางที่ 22 รายจ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปี และสัดส่วนต่อรายได้ครัวเรือน กลุ่มบัตรทอง (ใหม่)	36
ตารางที่ 23 รายจ่ายด้านสุขภาพสุทธิหลังหักส่วนเบี่ยงเบนเทียบกับรายได้ครัวเรือนตามหลักประกันสุขภาพ	37
ตารางที่ 24 ความพึงพอใจ (%) ต่อบริการที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ตามการเจ็บป่วย	37
ตารางที่ 25 ระดับความพึงพอใจต่อบริการโรงพยาบาล	38
ตารางที่ 26 สำนวนความคิดเห็นต่อการปฏิบัติของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	39
ตารางที่ 27 ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ของกลุ่มที่ได้สิทธินี้ ระหว่างผู้ที่ไม่เคยใช้กับผู้ที่เคยใช้สิทธิ	40

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

รัฐบาลพ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้รับคะแนนเสียงเลือกตั้งอย่างท่วมท้นด้วยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตอนต้นปี 2544 และเมื่อผ่านไป 6 เดือน นโยบายนี้ในชื่อว่า 30 บาทรักษาทุกโรค ยังได้รับการยอมรับจากประชาชนว่า รัฐบาลดำเนินการได้เป็นผลสำเร็จอันดับแรก แต่เนื่องจากนโยบายนี้ดำเนินการอย่างรวดเร็วภายใต้กรอบเวลาอันจำกัด และงบประมาณไม่มากนัก ปัญหาหลายอย่างจึงอาจเกิดขึ้นได้ เพราะความไม่พร้อมของระบบและการขาดประสบการณ์ในการเปลี่ยนนโยบายเป็นการปฏิบัติ

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของปัญหาที่มักพบเมื่อไปติดตามเยี่ยมพื้นที่จังหวัดนารอง:

เนื่องจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคดำเนินการอย่างรวดเร็ว เท่ากับว่า ได้เปลี่ยนสถานการณ์ของประเทศจากคนไม่มีหลักประกันกว่า ร้อยละ 20 เป็นมีหลักประกันถ้วนหน้าทุกคน เพราะบางส่วนมีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคุ้มครอง บางส่วนมีประกันสังคมคุ้มครอง และประชากรที่เหลือคือ 30 บาทรักษาทุกโรค การประกาศทางนโยบายให้การคุ้มครองอย่างรวดเร็วแต่งบประมาณจำกัด ทำให้ไม่แน่ใจว่า ประชาชนทั้งประเทศจะได้รับสิทธิประโยชน์ทุกประการตามที่ประกาศไว้ในระดับชาติหรือไม่

เมื่อจำกัดการเก็บค่าบริการ ณ จุดรับบริการให้เหลือเพียงส่วนร่วมจ่าย 30 บาท รายรับอย่างมหาศาลที่สถานพยาบาลต่างๆ เคยได้รับจะหายไปทันที ซึ่งรายรับนี้เป็นแหล่งการคลังสำคัญก่อนประกาศนโยบาย เพราะรัฐให้การสนับสนุนแต่เดิมไม่เพียงพออยู่แล้ว คาดการณ์ได้ว่า แหล่งการคลังหลักในด้านสุขภาพ ต้องมาจากระบบภาษีอากร ถ้าโครงสร้างของภาษีอากรไม่เป็นธรรม คือมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ และแหล่งการคลังจากระบบประกันสังคมยังมีสัดส่วนเพียง 7% ของประชาชนทั้งหมดเท่านั้น การสร้างแหล่งการคลังสุขภาพให้มีความเป็นธรรม และมีความเพียงพอเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว

มองในด้านการรับบริการ การกระจายทรัพยากรสุขภาพ รวมทั้งทรัพยากรบุคคล มีความไม่เป็นธรรมมานาน ระหว่างเมืองกับชนบท และการกระจายของภาคเอกชนที่บิดเบี้ยวตามกลไกตลาด ความไม่เป็นธรรมเหล่านี้ต้องจัดการแก้ไขภายในระยะกลาง หรือ 3-5 ปี ขึ้นไป ฉะนั้น เมื่อการดำเนินงานนโยบายขาดกระบวนการประสานที่แนบเนียน รวมทั้งงบประมาณของการเริ่มนโยบายในปีแรกยังไม่เพิ่มจากเดิม ความเครียดของระบบจึงตกอยู่กับบุคลากร ที่ต้องแบกรับทั้งภาระการให้บริการแก่ประชาชน และการขาดเงินเดือนเพราะมีสัญญาผูกมัดอยู่เสมือนว่างบประมาณถ้วนหน้ารวมเงินเดือนบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่ปีแรก

นอกจากนี้ การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพยังอยู่ในขีดจำกัด เพราะความจำกัดของงบประมาณในปีแรก จึงทำให้หลายจังหวัดจึงจำกัดการแข่งขันกับภาคเอกชน ไม่ให้ภาคเอกชน (คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน) ร่วมอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนสามารถเลือกได้ ดังนั้น การเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในเขตเมืองจึงถูกจำกัด ประชาชนไม่ยินดีใช้บริการที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ ดังนั้น แม้งบประมาณที่

ให้กับสถานบริการจะน้อยแต่ก็ไม่ทำให้สถานะทางการเงินล้มละลาย เพราะประชาชนไม่มีใช้บริการตามที่รัฐจัดงบประมาณไปให้นั่นเอง ฯลฯ

ดังนั้น จึงเป็นโอกาสสำคัญที่จะได้ทำการประเมิน ความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกคน ในระดับครัวเรือน เพราะเป็นเป้าหมายสูงสุดของการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ไม่ว่ารัฐจะจัดการด้านการจัดสรรงบประมาณสุขภาพอย่างไร จะใช้ระบบบริการที่มีทั้งในภาครัฐหรือภาคเอกชนอย่างไร แต่หากประชาชน ยังไม่เข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ที่ไม่เป็นไปตามที่ฝ่ายนักวิชาการ คาดหวัง (professionally defined health need) ความเป็นธรรมของการคลัง การให้บริการ และความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพก็จะไม่บรรลุผลตามที่มุ่งหวัง การประเมินอื่นๆ ที่กระทำในช่วงนี้ ยังไม่มีกรอบการประเมินที่ลงไปถึงครัวเรือน จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะดำเนินการในทันที

นอกจากนี้ การสำรวจครัวเรือนในประเทศไทยที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือหน่วยงานอื่นๆ ยังเป็นไปในลักษณะเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่ทำสำรวจ ทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงจากผลกระทบทางนโยบายต่างได้อย่างชัดเจน ในต่างประเทศ มีวิธีสำรวจครัวเรือนที่ใช้ตัวอย่างครัวเรือนเดิม สำรวจภาคตัดขวางซ้ำๆ เป็นระยะเวลายาวนาน เรียกว่า panel data ทำให้สามารถติดตามพลวัตของการปรับตัวของครัวเรือน (dynamics of adjustment) สามารถควบคุมความแตกต่างของการสุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งได้ (individual heterogeneity) ทำให้ข้อมูลมีความหมาย ลดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น (more informative data, less collinearity and more efficiency) สามารถค้นหาและวัดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ได้ดีขึ้น (identify and measure effects) รวมทั้งสามารถสร้างและทดสอบแบบจำลองทางพฤติกรรมที่ซับซ้อน (construct and test more complicated behavioural models) ที่การสำรวจภาคตัดขวางอย่างอื่นทำไม่ได้¹ จึงน่าที่ประเทศไทย จะได้หาความรู้ทางวิชาการ โดยเฉพาะพลวัตของนโยบายรัฐบาล ต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการ และฯลฯ จากข้อมูล panel household data

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินภาพรวมของการดำเนินนโยบายหลักประกันถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกคน ในระยะนำร่องที่ผ่านมา โดยวัดถึงปลายทางของนโยบายที่ต้องการไปให้ถึง คือ ระดับครัวเรือน วัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่:

¹ Baltagi BH (1995) Econometric Analysis of Panel Data. Chichester: John Wiley & Sons.

- ก. เพื่อบรรยายภาพรวมของการดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคในปี 2544
- ข. เพื่อวัดผลกระทบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในระดับครัวเรือน
- ค. เพื่อนำเสนอแนะนโยบายที่เหมาะสมต่อการพัฒนา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยั่งยืนในประเทศไทย
- ง. เพื่อเป็นฐานของการติดตามผลกระทบที่เกิดกับครัวเรือนในแบบ household panel data

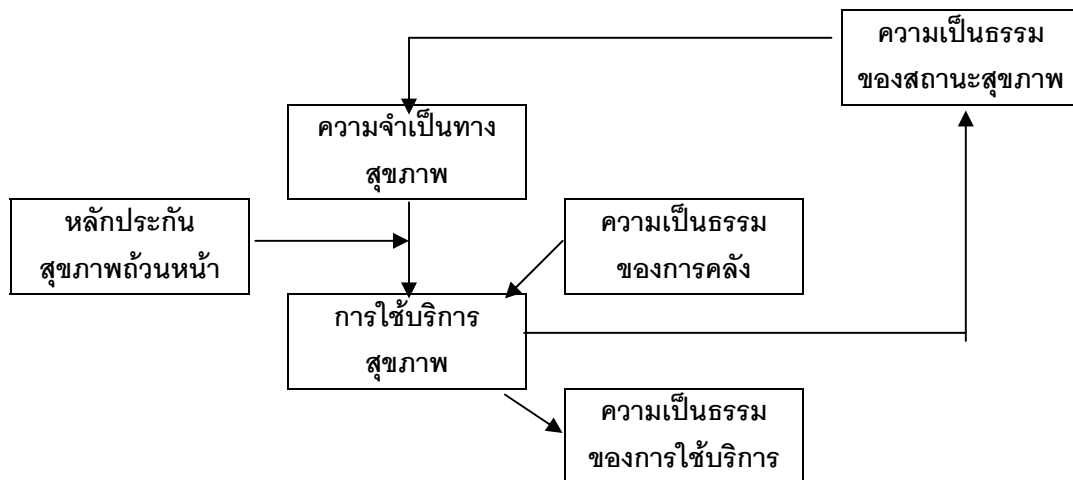
1.3 กรอบแนวคิดและคำถามการวิจัย

การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายสำคัญอย่างหนึ่งของรัฐที่เชื่อในแนวคิด Egalitarian เพราะคิดว่าการให้โอกาสแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะทำให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ดังนั้น การประเมินเป้าหมายของนโยบาย คือความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญ ความเป็นธรรมทางสุขภาพในที่นี้ เป็นไปตามกรอบแนวคิดดังรูปที่ 1

ระบบบริการสุขภาพมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพที่ดี (แต่ยังมีองค์ประกอบอื่นที่สำคัญ ได้แก่ ลีลาชีวิต สิ่งแวดล้อมและชีววิทยาของแต่ละบุคคล) ดังนั้นระบบบริการสุขภาพควรทำหน้าที่ที่เหมาะสมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ แก่ประชาชนทุกคนที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ (health need) ที่แตกต่างกัน การใช้บริการสุขภาพ จะเป็นไปอย่างเหมาะสมมากขึ้น ภายใต้งานสมมติฐานว่า เมื่อประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จะไม่มีอิทธิพลด้านการเงินเป็นอุปสรรค แต่ยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่กำหนดพฤติกรรมการรับบริการอีกหลายประการ การวิจัยนี้ สนใจเฉพาะผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดกับครัวเรือน นั่นคือ ความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ หรือภาระการจ่ายเงิน ณ จุดรับบริการ กับความเป็นธรรมของการใช้บริการ ตลอดจน ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดว่า ประชาชนทุกคน ควรมีสถานะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะพัฒนาให้มากที่สุดได้

จากภาพที่ 1 การวิจัยนี้ จึงมีขอบเขตที่ การจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะสุขภาพของประชาชนในแต่ละครัวเรือน ความจำเป็นทางสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ และความเป็นธรรมของการรับบริการ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวัดความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ และความเป็นธรรมของการรับบริการ เป็นไปตามกรอบของ William and Cookson (2000), van Doorslaer et al 1993 และ Wagstaff and van Doorslaer 2000².



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

Self assessed health เป็นข้อมูลสำคัญของการประเมินสถานะสุขภาพโดยรวม ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ใน OECD survey และได้ทดลองใช้แล้วในการสำรวจสุขภาพอนามัยและตรวจร่างกาย ปี 2539

นอกจากนี้ สถานะสุขภาพยังวัดได้จากการรายงานว่ามีผู้ป่วย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ จะวัดว่า สถานะสุขภาพดังกล่าว กระจายตามชั้นรายได้ อย่างเท่าเทียมกันหรือไม่ และกระจายตามเขตชนบท-เมือง ตามชั้นรายได้ เท่าเทียมกันหรือไม่ด้วย

เมื่อครัวเรือนรายงานว่ามีผู้ป่วย พฤติกรรมแสวงหาบริการ และรายจ่ายเพื่อรับบริการสุขภาพจะแตกต่างกัน แล้วแต่ว่าใช้บริการ ที่ใด หรือเจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่ การวัดความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ ให้ความสำคัญกับรายจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน (out-of-pocket payment) เป็นหลัก

สำหรับคำถามการวิจัยเชิงระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในระยะแรกนี้ เน้นที่การจัดการและผลกระทบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ได้แก่

² William A and Cookson R (2000) Equity in Health in Culyer AJ and Newhouse JP (eds) Handbook of Health Economics Volume 1 Elsevier Science, van Doorslaer et al 1993 Equity in health finance and delivery. Oxford: Oxford University Press และ Wagstaff and van Doorslaer 2000 Equity in health care finance and delivery in Culyer AJ and Newhouse JP (eds) Handbook of Health Economics Volume 1 Elsevier Science

1. ระดับประเทศ นโยบายพัฒนาขึ้นได้อย่างไร โดยเฉพาะประเด็นทางการปฏิบัติและการบริหารจัดการ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีข้อจำกัดอย่างไร ตั้งบนหลักฐานอะไร
2. ระดับจังหวัด นโยบายประเทศแปลงมาเป็นการปฏิบัติในจังหวัดน่านอย่างไร การปฏิบัติและการบริหารจัดการเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีมากน้อยเพียงใด เช่น กลุ่มประชาคม ผู้ให้บริการภาครัฐ เอกชน กระบวนการบัตรเป็นอย่างไร
3. ในระดับโรงพยาบาล มีการตีความนโยบายประเทศอย่างไร แปลงมาเป็นการปฏิบัติอย่างไร การปฏิบัติการบริหารจัดการเป็นอย่างไร ระบบการส่ง-จ่ายยาเป็นอย่างไร การเคลื่อนย้ายบุคลากรเป็นอย่างไร และการพัฒนาระบบบริการขั้นปฐมภูมิเป็นอย่างไร

1.4 วิธีวิจัย

คำถามการวิจัยข้างต้น สามารถตอบได้ด้วยวิธีวิจัยที่เกี่ยวข้องกัน 3 วิธี ได้แก่ การวิจัยทบทวนเอกสาร (documentary review) การสำรวจครัวเรือน และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative focus group discussion)

การวิจัยทบทวนเอกสาร

เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกคน ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง จากทั้งแหล่งทุนวิจัยและนักวิจัย จึงมีการวิจัยมากมายหลายโครงการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เฉพาะที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้การสนับสนุนอยู่ ก็มีทั้งระดับประเทศ และระดับพื้นที่ (Area-based projects) ดังนั้น การติดตามเอกสารผลการวิจัยเบื้องต้นของโครงการวิจัยต่างๆ รวมทั้งการดำเนินงานของฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข และกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ประเภทที่อยู่ระหว่างการปฏิรูป สามารถช่วยตอบคำถามการวิจัยดังกล่าวได้

การสำรวจครัวเรือน

ระเบียบวิธีวิจัยที่สอง มีความสำคัญที่สุดสำหรับการวิจัยนี้ และมุ่งหวังว่า จะเป็นรากฐานของการพัฒนาฐานข้อมูลครัวเรือนระยะยาว (panel household data) ระเบียบวิธีวิจัยสำรวจครัวเรือนสามารถตอบคำถามการวิจัยด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้มากมาย และสมควรติดตามผลกระทบระยะยาวที่เกิดกับครัวเรือน การสำรวจครัวเรือนครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) แบบ Cross-sectional study ครั้งแรกของการติดตามครัวเรือนระยะยาว โดยสุ่มตัวอย่าง 4 จังหวัดเป็นตัวแทนภาคแทนที่อยู่ภายใต้้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุ่มเลือกภาคละ 1 จังหวัด เป็นตัวแทนและไม่ซ้ำซ้อนกับจังหวัดของการประเมินผลอื่น ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดสุโขทัย จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดสมุทรสาคร

หลังจากนั้นสุ่มเลือกบ้านที่ทำการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จัดทำแผนที่ชุมชนบ้านที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง เลือกสำรวจครัวเรือน 1,000 ครัวเรือนต่อจังหวัด รวมจำนวนครัวเรือนที่สุ่มได้ทั้งสิ้นจำนวน 4,000 ครัวเรือน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ ตุลาคม 2544-ธันวาคม 2544

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย ใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอัตราการใช้บริการและเหตุผลในการไม่ไปใช้บริการ โดยให้เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์ รายละเอียดของแบบสอบถามและคู่มือในการสัมภาษณ์แสดงใน ภาคผนวก

การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยอธิบายเชิงเหตุและผลของข้อค้นพบต่างๆ ในการวิจัยครัวเรือน และวิจัยเอกสาร จุดแข็งของการวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยตอบคำถามการวิจัยต่อไปนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- ระดับประเทศ นโยบายพัฒนาขึ้นได้อย่างไร โดยเฉพาะประเด็นทางการปฏิบัติและการบริหารจัดการ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีข้อจำกัดอย่างไร ตั้งบนหลักฐานอะไร
- ระดับจังหวัด นโยบายประเทศแปลงมาเป็นการปฏิบัติในจังหวัดนำร่องอย่างไร การปฏิบัติและการบริหารจัดการเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีมากน้อยเพียงใด เช่น กลุ่มประชาคม ผู้ให้บริการภาครัฐ เอกชน กระบวนการบัตรเป็นอย่างไร
- ในระดับโรงพยาบาล มีการตีความนโยบายประเทศอย่างไร แปลงมาเป็นการปฏิบัติอย่างไร การปฏิบัติการบริหารจัดการเป็นอย่างไร ระบบการส่ง-จ่ายยาเป็นอย่างไร การเคลื่อนย้ายบุคลากรเป็นอย่างไร และการพัฒนาระบบบริการขั้นปฐมภูมิเป็นอย่างไร

กลุ่มประชากรสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการ

2. การประชุมกลุ่ม(focus groups) จัดประชุมกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 ประชุมกลุ่มประชาชนผู้มีบัตรและประชาชนที่ไม่มีบัตรทุกจังหวัด ๆ ละ 2 แห่ง รวม 8 แห่ง

2.2 ประชุมกลุ่มผู้นำหมู่บ้าน อสม. กรรมการหมู่บ้าน ทุกจังหวัด ๆ ละ 2 แห่ง รวม 8 แห่ง

2.3 ประชุมกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดและชุมชน และผู้รับผิดชอบงานโดยตรงทุกจังหวัด จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 8 แห่ง

2. กระบวนการนโยบายของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

2.1 ลักษณะสำคัญของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ใน "ข้อเสนอ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544) ระบุว่า

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือ “บริการที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น

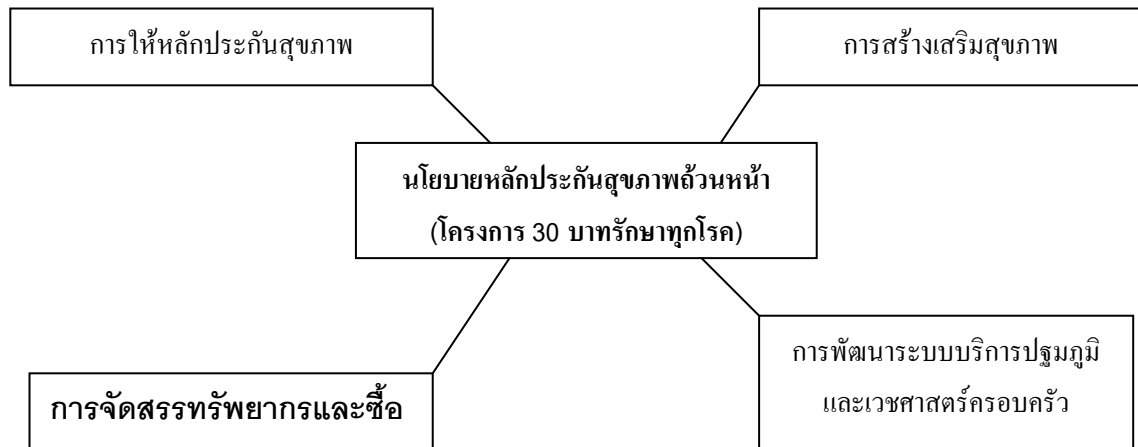
ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน”

ส่วนโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นการพัฒนานโยบายที่ชัดเจนของรัฐบาลพรรคไทยรักไทย หลังจากที่ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งปี 2544 อย่างท่วมท้น รัฐบาลใช้เกณฑ์การร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ (copayment) “30 บาท” เป็นข่าวสารสำคัญ เพื่อบอกถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนไทยทุกคน อย่างไรก็ตาม แม้ไม่มีเงิน 30 บาท ก็มีกระบวนการที่ทำให้สามารถรับบริการโดยยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาทนี้ได้ ข้อจำกัดของการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์จริง ที่หลักประกันสุขภาพของรัฐหลายชนิด ให้สิทธิทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ปีแรกของ “30 บาทรักษาทุกโรค” จึงเป็นการวางแผนปฏิบัติให้สามารถดำเนินงานตามนโยบายได้ในระยะเวลาที่เริ่มนำร่อง

โครงการนี้ในปีแรก มีองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกัน แม้จะใช้ชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแต่หากพิจารณาแล้วก็คือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศในภาพรวมเพียงแต่ไม่ได้ใช้ชื่อว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างเปิดเผย จากหลักการพื้นฐานและแนวทางสำคัญของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน 8 ประการของเอกสารสองฉบับที่ออกมาในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2544 และมกราคม พ.ศ. 2545 สรุปได้ว่าองค์ประกอบสำคัญของนโยบายนี้ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจมี 4 ประการด้วยกันคือ การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย (Providing health insurance) การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังบริการสุขภาพ : การจัดสรรทรัพยากรและซื้อบริการ (Resource allocation and purchasing arrangement) การปฏิรูประบบ

บริการสุขภาพที่เน้นบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (Primary care and family medicine) และการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)³ ดังภาพที่ 2 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2545)

ภาพที่ 2 องค์ประกอบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2545)

³ การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ประชาชนไทยทุกคนจะได้รับ ไม่รวมกลุ่มประชากรที่อยู่ในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและสิทธิประโยชน์ขั้นล้มละลาย (catastrophic illness) ยกเว้น การรักษาไตวาระยะเรื้อรัง และการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อ

การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังบริการสุขภาพ : การจัดสรรทรัพยากรและซื้อบริการ กำหนดการจ่ายเงินให้เครือข่ายสถานพยาบาลให้จ่ายเป็นปลายปิด โดยมีทางเลือก 3 วิธี คือ วิธีเหมาจ่ายรายหัวรวมงบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคล (inclusive capitation) วิธีเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะงบผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคล แยกบริหารงบผู้ป่วยในที่ระดับจังหวัด (exclusive capitation) ส่วนวิธีที่ 3 คือการแยกงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคลจ่ายตามกิจกรรมหรือการให้รางวัลตามเป้าหมาย เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มากขึ้น

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว สถานบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับสัญญาหลัก สามารถให้บริการพื้นฐานได้อย่างผสมผสาน ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ เงื่อนไขที่กำหนดไว้ของสถานบริการปฐมภูมิคือ ต้องมีแพทย์ให้บริการเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน ให้บริการร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ให้บริการในลักษณะหน่วยบริการเดี่ยวหรือเครือข่ายก็ได้ สถานพยาบาล 1 แห่งหรือ 1 เครือข่ายรับประชากรขึ้นทะเบียนไม่เกิน 1 หมื่นคน กรณีแพทย์รวมกลุ่มปฏิบัติงาน ให้รับประชากรขึ้นทะเบียนไม่เกิน 3 หมื่นคน ถ้าแพทย์ไม่เพียงพอ ให้พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ รับผิดชอบภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ได้ โดยพยาบาล 1 คนดูแลประชากรไม่เกิน 1,250 คน และแพทย์ 1 คนนั้น ต้องไม่ดูแลประชากรเกิน 2 หมื่นคน

การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้โครงการเน้นไปเฉพาะการรักษาพยาบาล งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจึงกำหนดไว้ชัดเจนว่า งบประมาณในปีแรกร้อยละ 10 ของการรักษาพยาบาล เป็นงบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังมีการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งอยู่ในงบประมาณอื่น (non-UC)

ความหลากหลายขององค์ประกอบเหล่านี้ภายใต้ชื่อ **โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค** ทำให้บุคลากรในจังหวัดหลายกลุ่มมองว่านโยบายของการเมืองเป็นเพียงเรื่องการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่องค์ประกอบอื่นๆ เป็นสิ่งที่แอบแฝงมาหรือถูกสอดใส่จากข้าราชการส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งที่องค์ประกอบต่างๆ ของโครงการนี้แท้จริงก็คือองค์ประกอบและรูปแบบที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพ ซึ่ง Kutzin (1998)⁴ สรุปไว้ว่า องค์ประกอบสำคัญของระบบประกันสุขภาพประกอบด้วย แหล่งเงิน วิธีการจัดสรรเงิน องค์การบริหารกองทุน วิธีการจ่ายเงิน การจัดระบบบริการ ระบบสนับสนุนเช่น การบริหารเวชภัณฑ์ การประเมินเทคโนโลยี การควบคุมกำกับ เป็นต้น และสุดท้ายคือ ชุดสิทธิประโยชน์ และเงื่อนไขการใช้บริการ ทั้งนี้โครงสร้างและองค์ประกอบเหล่านี้จะเป็นปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพในการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และระบบการคลังบริการสุขภาพ

2.2 วอร์รูม กับการนำโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคสู่การปฏิบัติระดับกระทรวง

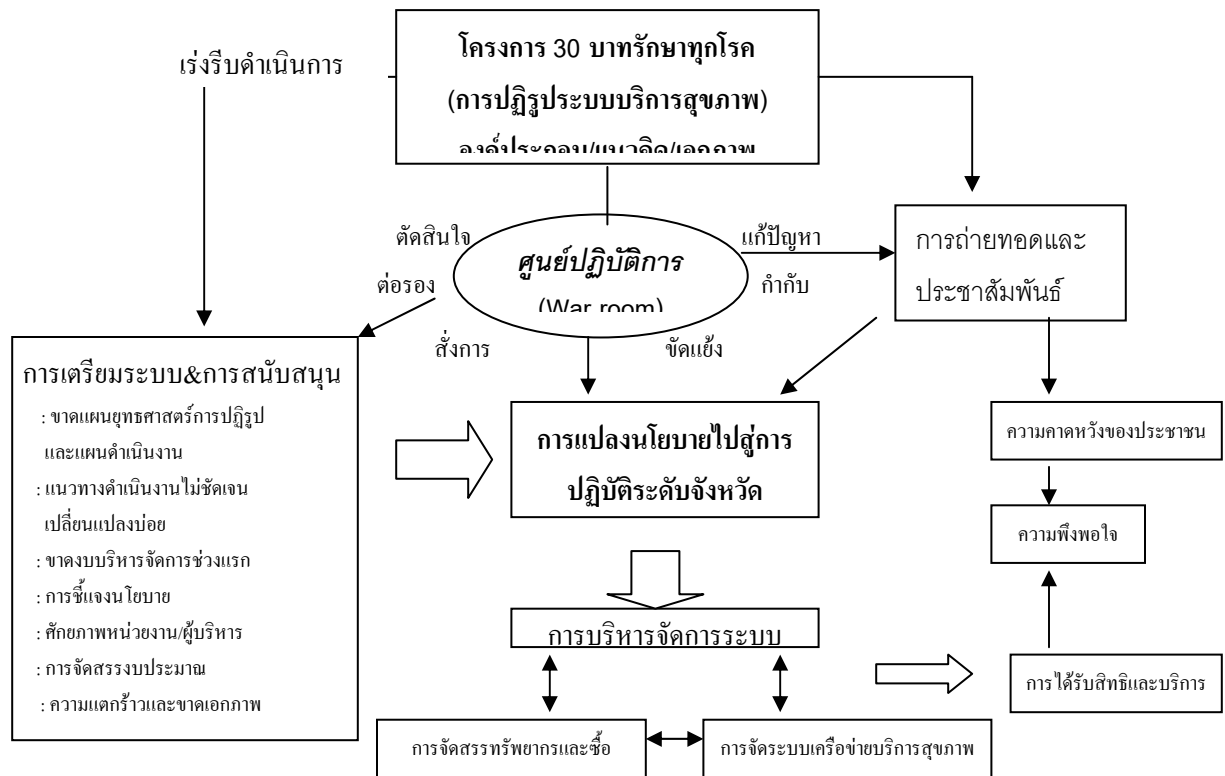
แท้จริงแล้ว โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือการปฏิรูประบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นโครงการใหญ่ที่ประกอบด้วยทั้งการปฏิรูประบบการคลัง ระบบบริการ รวมไปถึงโครงสร้างและระบบข้อมูลการประกันสุขภาพ แต่เนื่องจากต้องแปลงไปสู่การปฏิบัติในช่วงระยะเวลาอันสั้นจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ มากมายจากความไม่พร้อมของระบบ ความหลากหลายขององค์ประกอบ ประกอบกับขาดการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในประเด็นเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องมีการปฏิรูประบบการคลังและระบบบริการสุขภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่สับสนเข้าใจและรับรู้นโยบายแตกต่างกันซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากเวลาถามความคิดเห็นโดยรวมต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จะได้รับคำตอบในมิติที่ต่างกันไปตามระดับของการรับรู้ ความสับสนดังกล่าว อีกทั้งยังมองว่าองค์ประกอบเหล่านี้เป็นสิ่งที่ถูกสอดแทรกเข้ามาภายหลังองค์ประกอบที่หลากหลายภายใต้ระยะเวลาที่จำกัดจึงมีผลกระทบต่อการจัดเตรียมระบบและการถ่ายทอดนโยบาย (ภาพที่ 3)

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War room) ทำหน้าที่เป็นองค์กรตัดสินใจรวมถึงการสั่งการในเรื่องต่างๆ โดยมีการประชุมทุกสัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2544 หนึ่งเดือนก่อนขยายทั่วประเทศ องค์ประกอบของคณะกรรมการในศูนย์ดังกล่าวแท้จริงแล้วก็คือ กลุ่มผู้มีผลได้ผลเสียทั้งหมด ดังนั้นแทนที่ศูนย์ดังกล่าวจะเป็นที่พิจารณากลับกรองและตัดสินใจในเชิงกลยุทธ์ในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติก็

⁴ Kutzin, J. (1998). Enhancing the Insurance Function of Health System: a Proposed Conceptual Framework. A paper presented in the international seminar on health care reform. 15-17 March 1998 Bangkok Thailand.

กลายเป็นเวทีสำหรับการต่อรองผลประโยชน์และความขัดแย้งของกลุ่มต่างๆ แทน⁵ นอกจากนั้นก็ยังละเลยโครงสร้างของระบบบริหารปกติของกระทรวงที่มีอยู่ เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มผู้บริหารระดับสูงภายในกระทรวง ความแตกร้าวดังกล่าวย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อความเป็นเอกภาพของนโยบายและทิศทางการปฏิรูปของกระทรวง

ภาพที่ 3 การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ



ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีรังสรรค์ และคณะ (2545)

ด้วยข้อจำกัดของเวลา การถ่ายทอดนโยบายในช่วงแรกอาศัยเทคโนโลยีการสื่อสาร และสื่อสารมวลชนเป็นหลักซึ่งมีข้อดีที่มีความรวดเร็ว แต่ก็มีข้อจำกัดคือ เข้าถึงได้เฉพาะกลุ่มบุคคลที่สื่อดังกล่าวจะถึงเท่านั้น ประกอบกับนโยบายที่ยังไม่นิ่ง และระดับการรับรู้ที่ต่างกัน แม้แต่กลุ่มบริหารส่วนกลางเองก็

⁵ เช่น ประเด็นการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (capitation budget) ศูนย์ปฏิบัติการฯ 1) ไม่สามารถผ่านมติ การแยกบริหารจัดการงบประมาณเป็นงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือ Outpatient-Inpatient split ตามที่คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเสนอ แต่ปล่อยให้จังหวัดนาร่องเลือกเอง ซึ่งเป็นผลมาถึงการขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ 2) ไม่สามารถผ่านมติอัตราเหมาจ่ายปรับตามโครงสร้างอายุประชากร (age adjusted capitation)

เช่นกัน ทั้งไม่มีความเป็นเอกภาพอีกด้วย ก่อความสับสนให้แก่เจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาคอย่างมาก ดังการเปรียบเทียบการถ่ายทอดนโยบายของโครงการนี้ว่าเหมือน **เกมบอกต่อกัน** ซึ่งจะเพี้ยนไปเรื่อยๆ ในแต่ละคนที่บอกต่อกัน ผนวกกับ**ท่าทีในการเร่งรัดในเชิงลบ (ขู่)** ก็ได้รับการถ่ายทอดกันไปจนถึงส่วนปลายซึ่งมีผลให้เกิดเจตคติในเชิงลบต่อการดำเนินงาน ในส่วนของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชน มีความชัดเจนและไปในทิศทางเดียวคือ **30 บาทรักษาทุกโรค** ซึ่งก็มีปัญหาว่าอาจสร้างความคาดหวังที่สูงแก่ประชาชนและมีผลกระทบต่อความพึงพอใจที่จะได้รับเมื่อไม่ได้รับบริการดังที่คาดหวัง

ด้วยระยะเวลาอันจำกัดและดำเนินงานอย่างเร่งรีบทำให้มีข้อจำกัดในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการปรับเปลี่ยนไปในลักษณะลองผิดลองถูก ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานบ่อยครั้ง บางเรื่องแม้จะผ่านการพิจารณาจากศูนย์ปฏิบัติการฯ ไปแล้วก็อาจกลับมาทบทวนใหม่เมื่อพบว่ามีปัญหาในทางปฏิบัติเกิดขึ้น ขณะเดียวกันก็ไม่มีแผนแม่บทและแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนา ดังที่มีการพูดถึงโครงการนี้ว่า**มีแต่นโยบายและเป้าหมายแต่ไม่มีแผนดำเนินงาน**ที่กำหนดกลยุทธ์กลวิธีในการดำเนินงาน องค์กร งบประมาณ ระยะเวลา ฯลฯ การไม่มีแผนงานที่ชัดเจนให้ส่วนภูมิภาคยึดถือเป็นแนวปฏิบัติจึงอาจ**ทำให้ขาดความมั่นใจในนโยบายว่าจะมั่นคงหรือไม่** ประเด็นปัญหาอีกประการหนึ่งในการดำเนินงานโดยเฉพาะในช่วงแรกคือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนหมวดเงินงบประมาณมาเป็นแบบ UC และ Non-UC⁶ ทำให้บริหารจัดการของส่วนภูมิภาคหายไปจำนวนมาก ในขณะที่ส่วนกลางก็ยังไม่มีการสนับสนุนการดำเนินงานของจังหวัดหรืออำเภอ เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน นอกจากนั้นข้อจำกัดสำคัญซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินงานโครงการนี้คือ **ศักยภาพขององค์กรในการบริหารจัดการทั้งในส่วนกลางและ ภูมิภาคซึ่งเริ่มตั้งแต่ด้านระบบข้อมูล** เกิดปัญหาการเงินและระยะเวลาในการโอนเงินในระยะแรกของ โครงการ ทั้งหมดนี้มีผลต่อประสิทธิภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนภูมิภาค

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของศูนย์ปฏิบัติการฯ เนื่องจากยึดโครงสร้างแบบผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ เป็นปัญหาสำคัญในการบริหารโครงการฯ ช่วง 6 เดือนแรกของการนำร่อง (เมษายน – กันยายน 2544) มติของศูนย์ปฏิบัติการฯ เปลี่ยนแปลงเป็นรายสัปดาห์ เช่น มติของการรวมเงินเดือน หรือไม่รวมเงินเดือนในการบริหารจัดการโครงการในปีแรกกลับไปกลับมาหลายครั้ง⁷ จนที่สุดมีหนังสือสั่งการจาก

⁶ งบ UC (universal coverage) หมายถึงรายจ่ายจากงบประมาณที่คิดบนฐานของอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาท ซึ่งประมาณว่าในปี 2541 กระทรวงสาธารณสุขมีรายจ่าย 3.7 หมื่นล้านบาทเพื่อกิจกรรมรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล รายจ่ายส่วนที่เหลือของกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า งบ Non-UC เพื่อการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและโครงการต่างๆ

⁷ คือปีงบประมาณ 2545 เพราะปี 2544 งบที่ได้ในโครงการถือเป็นงบประมาณของแถม เนื่องจากเริ่มโครงการเมื่อผ่านปีงบประมาณไปแล้วครึ่งปี ส่วนปี 2545 การใช้อัตราเหมาจ่าย 1,202 บาทต่อคน (ซึ่งคิดรวมต้นทุนค่าดำเนินการทุกชนิด รวมเงินเดือนและรวมค่าลงทุน) ทำให้งบประมาณโครงการฯ โดยรวมไม่เพิ่มขึ้น เป็นการปฏิรูปที่ไม่ใช้เงินเพิ่ม (หรือ Zero sum game ตามข้อสังเกตของ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา) การเกลี้ย

กระทรวงสาธารณสุขว่า หากไม่รวมเงินเดือน ก็เท่ากับละเลยโอกาสที่จะเกลี้ยคน การเน้นมิติด้านการปฏิรูประบบการเงินการคลังมากเกินไป “การปฏิรูประบบการเงินการคลังเป็นหัวใจของโครงการ 30 บาทฯ” (รายงานการประชุมของศูนย์ปฏิบัติการฯ) ทำให้แพทย์สภาออกแถลงการณ์ว่า “30 บาททำให้จริยธรรมแพทย์เสื่อม” และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนตุลาคม 2544 สาส์นจากปลัดกระทรวงกล่าวถึง “คุณธรรมนำการเงิน” และการที่ปลัดกระทรวงฯ ไม่เข้าร่วมประชุมในศูนย์ปฏิบัติการฯ ถูกตีความว่าเป็นการชลอการปฏิรูประบบ

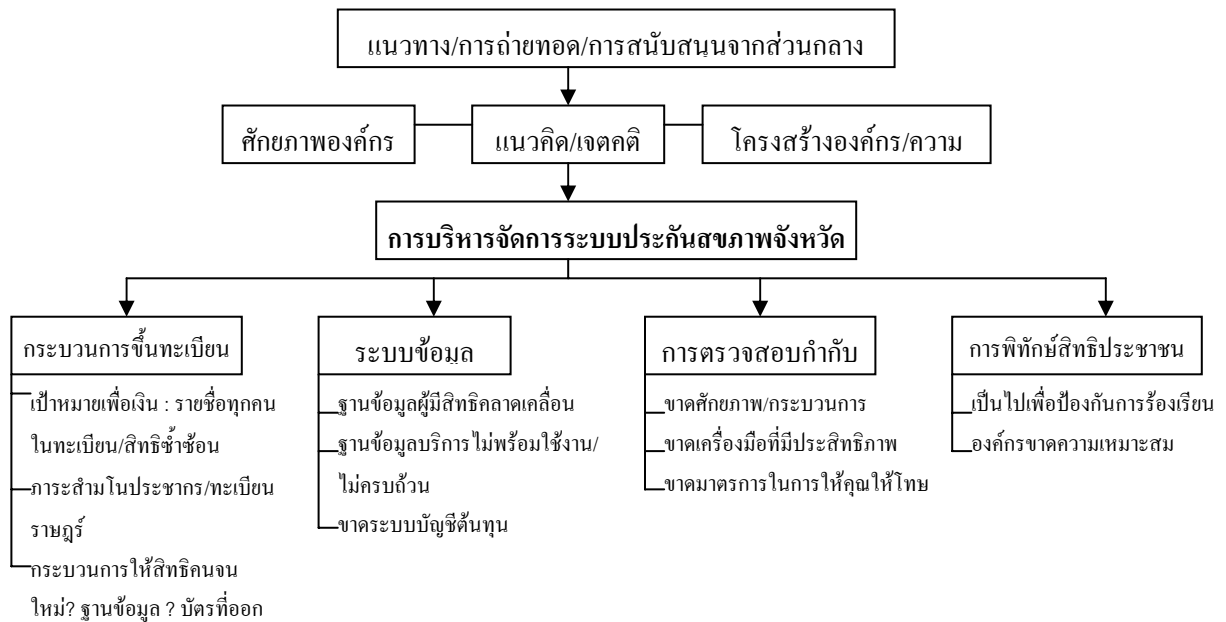
2.3 เมื่อ “30 บาทรักษาทุกโรค” ครอบคลุมทั่วประเทศ

การประเมินการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในส่วนภูมิภาค เป็นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารและประชุมกลุ่ม (focus group discussion) ผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านบริหารและให้บริการผู้ป่วยใน 4 จังหวัด (สมุทรฯ ศรีสะเกษ สุรินทร์ และคณะ 2545)

ในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนภูมินั้น จะพิจารณาในสี่ด้านตามองค์ประกอบของนโยบายคือ การบริหารระบบประกันสุขภาพ (ประกอบด้วย การให้หลักประกัน การขึ้นทะเบียน การจัดระบบข้อมูล การคุ้มครองสิทธิ และการกำกับเครือข่ายบริการ) การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ (รูปแบบการจัดสรร/จ่ายเงินภายในจังหวัดสำหรับบริการแต่ละประเภท) การจัดระบบเครือข่ายบริการ (ศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบส่งต่อ ระบบบริการ) และการสร้างเสริมสุขภาพ

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในที่นี้หมายถึงรวมถึงกระบวนการให้สิทธิและพิทักษ์สิทธิประชาชนให้ได้รับบริการตามที่กำหนดซึ่งเริ่มตั้งแต่ กระบวนการขึ้นทะเบียนออกบัตร การจัดระบบข้อมูล กระบวนการตรวจสอบกำกับ และกระบวนการพิทักษ์สิทธิประชาชน ซึ่งจากการประเมินพบว่าในการบริหารจัดการในจังหวัดที่ศึกษานั้นมีจุดอ่อนอยู่ในทุกด้าน (ภาพที่ 3) แม้ว่าจะระดับปฏิบัติจะมีเสียงสะท้อนมากเพียงเฉพาะการขึ้นทะเบียนและการออกบัตรก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงแรกภาระหนักอยู่ที่การขึ้นทะเบียนและออกบัตร แต่ในระยะต่อมาก็มีภาระงานในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบอีก เช่น การบริการ และการกำกับซึ่งยังไม่ได้มีการเตรียมการมากนัก

ภาพที่ 3 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพระดับจังหวัด



ที่มา: สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2545)

สำหรับข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นส่วนหนึ่งก็เป็นผลมาจากกระบวนการถ่ายทอดและสนับสนุนจากส่วนกลาง ดังที่กล่าวข้างต้นว่าด้วยข้อจำกัดของระยะเวลา การถ่ายทอดและระบบสนับสนุนที่ยังขาดความพร้อมและต้องเร่งรีบดำเนินการ ก็ย่อมหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะมี ปัญหาในทางปฏิบัติ และมีผลไปถึงการรับรู้ แนวคิด และเจตคติ ของทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ สำหรับ แนวคิดหลักประกันสุขภาพ พบว่าทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติส่วนหนึ่งยังคงมองเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าว่าควรเป็น สวัสดิการที่จัดให้เฉพาะกลุ่มคนที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ ส่วนคนที่ช่วยตนเองได้ควรให้ จ่ายเอง สะท้อนให้เห็นว่า แนวคิดหลักประกันสุขภาพในฐานะสิทธิของพลเมืองไทยยังไม่เป็นที่ ยอมรับของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติโดยทั่วไปและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข มิฉะนั้นจะเป็นอุปสรรคใน การดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่ามีข้อจำกัดในด้านโครงสร้างองค์กรและศักยภาพขององค์กรที่ทำ หน้าที่บริหารจัดการระบบประกัน สุขภาพไม่ว่าจะเป็นด้านระบบข้อมูล ระบบการตรวจสอบ และความ โปร่งใสขององค์กร

การบริหารจัดการในรูปแบบ“ผู้ซื้อ-ผู้ขาย”

ความเชื่อทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่า กลไกตลาดจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อผู้ซื้อและผู้ขายสินค้ามีข้อมูลเท่ากัน และไม่มีการผูกขาดในตลาด สมมติฐานเหล่านี้เป็นไปไม่ได้ในระบบบริการสุขภาพ รัฐจึงต้องแทรกแซงกลไกตลาด โดยรัฐทำหน้าที่เป็น“ผู้ซื้อ”บริการสุขภาพที่ค้ำค่าให้แก่ประชาชน ในประเทศที่รัฐมีส่วนแบ่งใหญ่ของการเป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพ เช่นประเทศอังกฤษ จึงต้องแยกบทบาทของรัฐออกเป็น 2 ฝ่ายของกลไกตลาด ฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่“ผู้ซื้อ”แทนประชาชน อีกฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่“ผู้ขาย”ที่แข่งขันกันผลิตบริการที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนต่ำเพื่อความคุ้มค่าของเงิน ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รัฐยังเป็นเจ้าของสถานบริการเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาล ความเชื่อนี้ เป็นหัวใจหลักอันหนึ่งของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรรคตจึงกำหนดให้กองทุนประกันสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการสุขภาพ ในปีแรก กระทรวงสาธารณสุข สมมติให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ

ศักยภาพการเป็นผู้ซื้อบริการจะสูงขึ้น เมื่อมีข้อมูลในการต่อรอง แต่ภายในปีแรก “ผู้ซื้อ”ไม่อาจมีข้อมูลที่ดีของสถานะสุขภาพ อุปสงค์บริการ และต้นทุนของสถานบริการเพื่อการต่อรองที่ดีได้

อาจมองได้ว่าจังหวัดที่เลือกรูปแบบการบริหารงบประมาณจ่ายรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน เป็นการผ่านงบประมาณโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคลงไปถึงสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (CUP) โดยที่จังหวัดไม่ต้องดำเนินการอะไรมาก มีจังหวัดที่เลือกบริหารรูปแบบนี้ประมาณร้อยละ 40 ของจังหวัดทั้งหมด⁸ ส่วนจังหวัดที่บริหารแบบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีมากกว่า จังหวัดเหล่านี้มีความต้องการใช้ข้อมูลในการจัดการระบบบริการสุขภาพมากกว่า อย่างน้อยที่สุดต้องมีข้อมูลผู้ป่วยในทุกรายของทุกสถานพยาบาลในจังหวัด เพื่อการจัดการงบผู้ป่วยในด้วยเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ทั้งจังหวัดบริหาร รวมงบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน กับจังหวัดบริหารแบบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ต้องใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการ“ซื้อบริการ”ผู้ป่วยใน โดยจังหวัดบริหารรวม จะใช้เฉพาะรายผู้ป่วยในที่ส่งข้ามระหว่างเครือข่าย (CUP)

⁸ วิโรจน์ ณ ระนองและอัญชนา ณ ระนอง (2545) อธิบายว่า สาเหตุที่สถานพยาบาลจำนวนมากถึงจะใช้การบริหารแบบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน เพราะ (1) สัดส่วนงบประมาณที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยในต่ำ ทำให้โรงพยาบาลใหญ่รู้สึกเสียดาย เพราะจะได้การชดเชยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่า 4,000 หรือ 10,000 บาท ตามที่ส่วนกลางกำหนด (เพราะเป็นงบปลายปิดของแต่ละจังหวัด) (2) ยังหวาดระแวงในการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพราะ โรงพยาบาลจะรายงานการวินิจฉัยเกินจริง เพื่อให้ได้รับจัดสรรงบมากขึ้น

3. การวิจัยเอกสารผลงานบริการ

ผลการดำเนินงานในตอนนี้ เน้นข้อมูลเชิงปริมาณของการดำเนินงาน ได้แก่ การออกบัตรให้หลักประกันแก่ประชาชน ผลงานบริการ การจัดสรรงบประมาณและกองทุนสำรอง และสถานการณ์การเงินของสถานพยาบาลต่างๆ

3.1 การออกบัตร ปัญหาความซ้ำซ้อน หรือการไม่ครอบคลุม

การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายประเทศ ไม่จำเป็นต้องออกบัตรรับรองสิทธิ เพราะเป็นการครอบคลุมทุกๆ คน สำหรับประเทศไทย ประสบการณ์การออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ปี 2531 จนถึงการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ปี 2541 พบปัญหาความไม่ครอบคลุมและความไม่ตรงประเด็นของการมีรายได้น้อยอย่างต่อเนื่อง⁹ การดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ยังคงใช้แนวเดิม คือการออกบัตรรับรองสิทธิ วัตถุประสงค์หลักมี 2 ประการ คือ การให้ได้ยอดจริงว่า ประชากรภายใต้หลักประกันนี้ เมื่อตัดสิทธิซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่น¹⁰ จะมีเท่าไร เพื่อได้รับจัดสรรงบประมาณจากสำนักงบประมาณ และจัดสรรต่อจากกระทรวงสาธารณสุข ไปจังหวัด อีกประการหนึ่งคือการให้ประชาชนที่ถือบัตร ใช้บริการตรงกับสถานพยาบาลที่ระบุในบัตร

การติดตามประเมินผลการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เดือนพฤษภาคม 2545 สรุปปัญหาความซ้ำซ้อนและความไม่ครอบคลุม

ในตอนเริ่มโครงการ กระทรวงสาธารณสุข คาดการณ์ว่าจะมีการออกบัตรทองครอบคลุมประชากร 50.3 ล้านคน (จากประชากรประเทศ 63.6 ล้าน คาดว่าเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม 6.7 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ 7.0 ล้านคน) ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545 สำนักงานประกันสุขภาพ ได้รับแจ้งว่ามี

⁹ ความครอบคลุมคือการออกบัตรสามารถเข้าถึงกลุ่มคนผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ได้เท่าไร และความตรงประเด็นคือ ผู้ได้รับบัตรเป็นผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์เท่าไร การประเมินประสิทธิภาพของการออกบัตรสปน.และสปร.เป็นดังนี้

	มทคต (2531)	นิต้า (2538)	สนพ.(2543)
ความครอบคลุม %	28	73	16
ตรงประเด็น %	80	54	28
ครัวเรือนที่สำรวจ	14,400	7,016	7,685

¹⁰ หลักประกันอื่นที่มีการออกบัตรรับรองสิทธิ คือประกันสังคม ซึ่งมีการปรับปรุงข้อมูลให้เลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักทุกปี ส่วนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ไม่มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธินี้ การรับรองสิทธิใช้การออกหนังสือราชการรับรองสิทธิ(กรณีผู้ป่วยใน)เป็นครั้งๆ ไป

จำนวนการออกบัตรฯ ทั้งสิ้น 47.2 ล้านบัตร แต่ผ่านการตรวจสอบสิทธิซ้ำซ้อน 46.6 ล้านบัตร (วิโรจน์ ณ ระนองและอัญญา ณ ระนอง 2545) หรือ ประมาณร้อยละ 1.3 ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ¹¹

การสำรวจครัวเรือนใน 8 จังหวัด (ปทุมธานี สระบุรี เชียงใหม่ แพร่ นครราชสีมาหนองบัวลำภู ยะลาและนราธิวาส) โดยสวรส. 4 ภาค (2545) ในเดือนธันวาคม 2544 จำนวน 10,472 ครัวเรือน ประชากร 50,174 คน พบว่า ประชากรร้อยละ 6.4 ยังอยู่ในข่ายไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่วนประชากรที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน (มากกว่า 1 สิทธิ) พบร้อยละ 2.7 ส่วนการสำรวจครัวเรือนใน 4 จังหวัด (สุโขทัย สมุทรสาคร อุบลราชธานี และภูเก็ต) โดยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ (2545) ในเดือนธันวาคม 2544 พบว่า ประชากรในเมืองร้อยละ 10.7 และในชนบท ร้อยละ 7.0 อยู่ในข่ายไม่มีหลักประกัน ส่วนประชากรที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน มีประมาณร้อยละ 1.3 ของประชากรในเมือง และร้อยละ 3.2 ของประชากรในชนบท

สรุปปัญหาของการออกบัตรรับรองสิทธิ เป็นปัญหาของการออกบัตรไม่ครอบคลุม มากกว่า การออกบัตรซ้ำซ้อน

3.2 ผลงานบริการผู้ป่วย

ผลงานบริการนำเสนอภาพรวมของประเทศ จากรายงานของสถานพยาบาล และภาพในบางจังหวัด เพื่อให้เห็นอัตราการให้บริการเปรียบเทียบระหว่างหลักประกันสุขภาพ และระหว่างปี

วิโรจน์ ณ ระนองและอัญญา ณ ระนอง (2545) วิเคราะห์อัตราการรับเป็นผู้ป่วยในเปรียบเทียบระหว่างประชาชนหลักประกันต่างๆ และจังหวัดที่บริหารแบบกระจายแบบรวมผู้ป่วยนอก-ใน หรือ บริหารแบบแยกผู้ป่วยนอก-ใน ข้อมูลไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2545 จากรายงาน 0110-รง5¹² ที่โรงพยาบาลส่งกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสังคมมีอัตรานอนโรงพยาบาลต่ำที่สุด และผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตรานอนโรงพยาบาลสูงที่สุด สำหรับกลุ่มโครงการ 30 บาท ผู้ถือบัตร

¹¹ สำนักงานประกันสุขภาพ ตรวจสอบ 3 รายการหลักคือ 1 สิทธิซ้ำซ้อนกับประกันสังคม และ สิทธิข้าราชการ(เฉพาะตัวข้าราชการ) 2 หลักฐานเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักไม่ตรง และ 3 ชื่อที่อยู่ไม่ตรงกับสำเนาทะเบียนบ้าน

¹² ผู้วิจัยใช้ รายงานกิจกรรมการบริการของสถานพยาบาล 0110 รง5 ฉบับปรับปรุง ซึ่งใช้ในกระทรวงสาธารณสุขมานาน และบังคับให้เอกชนที่อยู่ในโครงการรายงานด้วย การคิดอัตราการนอนโรงพยาบาลคิดจากไตรมาสแรก 3 เดือน ปรับให้เป็นปี จำนวนประชากรของแต่ละหลักประกันใช้จากรายงานอื่น

ทองมีอัตราการนอนโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ถือบัตรทอง ท.¹³ น่าสังเกตว่า ถ้าใช้อัตรานอนโรงพยาบาลของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม เป็นตัวเปรียบเทียบฐาน เพราะ สวัสดิการข้าราชการมีแรงจูงใจรับผู้ป่วยในมาก เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับค่ารักษาต่อราย ส่วนประกันสังคมไม่มีแรงจูงใจรับผู้ป่วยในเพิ่ม เพราะค่าชดเชยผู้ป่วยในอยู่ในงบเหมาจ่าย จังหวัดบริหารงบรวมผู้ป่วยนอก-ใน มีอัตรานอนโรงพยาบาลของ 2 หลักประกันนี้สูงกว่าจังหวัดบริหารงบแยก เล็กน้อย แต่กลับมีอัตราการนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มบัตรทอง ต่ำกว่าจังหวัดบริหารงบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน (ดูตารางที่ 1) แม้การตีความจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยโครงสร้างอายุที่แตกต่างกันของประชาชนในแต่ละหลักประกัน แต่ข้อมูลดังกล่าวอาจแสดงว่า การนอนโรงพยาบาลลดน้อยลงในกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 อัตราร้อยละการนอนโรงพยาบาลของประชาชนหลักประกันต่างๆ (อัตราปรับเป็นปี)

จังหวัด	ข้าราชการ	ประกันสังคม	บัตรทอง	บัตรทอง ท.
บริหารงบรวมนอก-ใน	17.8	5.0	5.0	7.8
บริหารงบแยกนอก-ใน	16.8	4.6	5.2	8.3

ที่มา: วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญญา ณ ระนอง (2545 หน้า 115) คำนวณจาก 0110 รง5 รายงานไตรมาสแรกปีงบประมาณ 2545
นำเสนอเฉพาะอัตรานอนโรงพยาบาลของประชากรที่มีภูมิลำเนาในเขตที่ตั้งของสถานพยาบาล

การสำรวจสถานพยาบาลโดยคณะผู้วิจัย สวรส.เครือข่าย 4 ภาค (2545) ข้อมูลจากสถานพยาบาลใน 8 จังหวัดที่ทดลองนำร่องตั้งแต่ปี 2544 เปรียบเทียบผลงานสิงหาคม-พฤศจิกายน ปี 2544 เทียบกับ 2543 พบว่า การให้บริการผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 กลุ่มผู้ป่วยประกันสังคมมีอัตราเพิ่มร้อยละ 17.8 ผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการมีอัตราเพิ่มร้อยละ 9.3 ผู้ป่วยบัตรทอง มีอัตราเพิ่มร้อยละ 45.4 ส่วนผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีอัตราลดลงร้อยละ 9 ปริมาณผลงานผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน อัตราเพิ่มร้อยละ 20.6 ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อัตราเพิ่มผู้ป่วยนอกเพียงร้อยละ 3.8 (ดูตารางที่ 2) การวิจัยนี้ไม่ได้แยกเปรียบเทียบระหว่างการบริหารงบประมาณที่ต่างกัน

การให้บริการผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกันโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.3 กลุ่มผู้ป่วยประกันสังคมมีอัตราเพิ่มร้อยละ 8.5 ผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการมีอัตราเพิ่มร้อยละ 11.2 ผู้ป่วยบัตรทอง มีอัตราเพิ่มร้อยละ

¹³ บัตรทอง สำหรับประชาชนทั่วไปทุกคนที่ไม่อยู่ในสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม ถ้าเป็นผู้ที่เคยได้บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าบริการมาก่อน จะได้รับบัตรทอง ท.

53.5 ส่วนผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีอัตราลดลงร้อยละ 33.6 ปริมาณผลงานผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน อัตราเพิ่มร้อยละ 33.9 ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อัตราลดลงร้อยละ 24.1

ตารางที่ 2 ผลงานบริการของโรงพยาบาลใน 8 จังหวัดนำร่อง สค.-พย. 2543 และ 2544

	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
	2543	2544	%เพิ่ม	2543	2544	%เพิ่ม
รพช.	507,651	612,150	20.6	24,030	32,181	33.9
รพท/รพศ	420,833	486,560	15.6	45,172	48,507	7.4
รพม	199,335	206,977	3.8	20,635	15,659	-24.1
รวม	1,127,819	1,305,687	15.8	89,837	96,347	7.2
ขรก.	150,856	164,897	9.3	18,501	20,577	11.2
ปกส.	62,362	73,454	17.8	2,730	2,961	8.5
บัตรทอง	378,642	550,378	45.4	31,805	48,833	53.5
จ่ายเอง	396,214	360,666	-9.0	27,888	18,514	-33.6
อื่นๆ	139,745	154,605	10.6	8,913	5,478	-38.5
รวม	1,127,819	1,304,000	15.6	89,837	96,363	7.3

ที่มา: สวรส.เครือข่าย 4 ภาค (2545)

การวิจัยอีกชิ้นหนึ่งเปรียบเทียบข้อมูลสถานพยาบาลของจังหวัดพิษณุโลกซึ่งเป็นจังหวัดบริหารบ รวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ผลงานบริการรวมระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชน ก่อนและหลัง โครงการ 30 บาท พบว่า ผลงานบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธชินราช ลดลงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับ ช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ขณะที่ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 การฝากครรภ์ ผลงานลดลงเกือบครึ่ง สำหรับโรงพยาบาลชุมชน นำเสนอเพียง 2 แห่ง พบว่า ผลงานผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทั้ง 2 แห่ง ผลงานผู้ป่วยนอก เพิ่มแห่งหนึ่งและอีกแห่งคงเดิม ส่วนการฝากครรภ์ก็ลดลงทุกแห่ง¹⁴ ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกเพิ่มขึ้น 2 แห่ง ลดลง 1 แห่ง (ดูตารางที่ 3)

¹⁴ การวิจัยของนิสิตแพทย์ปี 4 พ.ศ.2545 พบว่า การคลอดของจังหวัดพิษณุโลก ปี 6 เดือนแรกของ 2545 มีแบบแผนเปลี่ยนไปจาก 6 เดือนแรก ของปี 2544 คือ การคลอดที่โรงพยาบาลศูนย์ลดลงจากเดือนละ 400 เหลือเดือนละ 300 ราย ส่วนการคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่งไม่ เปลี่ยนแปลง คือเดือนละประมาณ 300 ราย การคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่งเพิ่มขึ้นจากเดือนละประมาณ 50 ราย เป็นเดือนละ 100 ราย

ตารางที่ 3 ผลงานบริการ ครึ่งปีงบประมาณ 2544 และ 2545 โรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก

ประเภทผู้มารับบริการ	โรงพยาบาลพุทธชินราช			โรงพยาบาลวังทอง			โรงพยาบาลเนินมะปราง		
	ปี 44	ปี 45	ผลการเปรียบเทียบ	ปี 44	ปี 45	เปรียบเทียบ	ปี 44	ปี 45	ผลการเปรียบเทียบ
1. ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	219,249	246,624	+12.5%	43,684	49,170	+12.6%	30,553	30,336	-0.7%
2. ผู้ป่วยใน (คน)	29,292	23,391	-20.2%	1,749	1,931	+10.4%	1,543	1,920	+24.4%
3. ผู้ป่วยทันตกรรม	7,812	7,918	+1.4%	6,598	7,887	+19.5%	3,725	4,106	+10.2%
4. การรับวัคซีน	11,715	12,023	+2.6%	2,646	2,254	-14.8%	1,257	1,043	-17.0%
5. ผ่ากครรภ์	2,403	1,261	-47.5%	1,825	1,654	-9.4%	1,009	806	-20.1%
6. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1,415	1,551	+9.6%	394	477	+21.1%	273	245	-10.3%

ที่มา: อรทัย เขียวเจริญ (2545)

อัตราการรับบริการของผู้ป่วยบัตรทอง ณ โรงเรียนแพทย์คือโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เฉพาะผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลมหาราช ซึ่งทำหน้าที่เป็นคู่สัญญาหลักมีประชากรขึ้นทะเบียน 25,681 คน โดยมีภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ และประชากรอีก 12,060 คนมีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครเป็นสถานบริการปฐมภูมิ จำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากเดือนมิถุนายน 2544 เพิ่มขึ้นทุกเดือน (ดูตารางที่ 4) ทั้งส่วนที่เป็นประชากรในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่ส่งต่อ อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปี เฉลี่ย 0.4 ครั้ง (ต่ำกว่า 2.8 ครั้งต่อคนต่อปีที่ใช้คำนวณอัตราเหมาจ่าย) ทั้งกลุ่มประชากรของเวชศาสตร์ครอบครัวและเทศบาล อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลต่ำ เฉลี่ยเพียง 2 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี (ต่ำกว่า 6.6 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีที่ใช้คำนวณอัตราเหมาจ่าย) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของประชากรในเขต คือ 295 บาทต่อครั้ง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยส่งต่อ เฉลี่ย 971 บาทต่อครั้ง ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของผู้ป่วยในเขต คือ 14,855 บาทต่อครั้ง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในที่ส่งต่อมา เฉลี่ย 21,644 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 4 อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขต และจำนวนการส่งต่อ ผู้ป่วยนอกและใน 2544

คู่สัญญา	ประชากร									อัตรา	ค่ารักษา	บาท/ครั้ง
	มีย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รวม				
ผู้ป่วยนอก										ครั้ง/คน/ปี	บาท	
มหาราชฯ	25,681	419	548	640	579	1,017	1,295	1,288	5,786	0.386	1,705,262	295
เทศบาลฯ	12,060	285	257	257	200	603	624	461	2,687	0.382		
ส่งต่อ		179	267	293	336	922	1,211	962	4,170		4,050,369	971
ผู้ป่วยใน										% ต่อปี		
มหาราชฯ	25,681	12	20	35	32	61	66	78	304	2.03	4,516,060	14,855
ส่งต่อ		63	104	105	126	587	915	1,075	2,975		64,391,639	21,644

ที่มา: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สรุปว่า ผลงานบริการของสถานพยาบาลรัฐในภาพรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 7-15 โรงพยาบาลชุมชนมีการให้บริการมาก ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนโรงเรียนแพทย์ให้บริการผู้ป่วยในลดลงถึงร้อยละ 24 การให้บริการของกลุ่มประกันต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มบัตรทองมีมากขึ้นเพราะประชากร กลุ่มนี้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว แต่การคำนวณอัตราการใช้บริการเทียบจำนวนประชากรจากรายงานของสถานพยาบาลพบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในยังไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับหลักประกันอื่น และคล้ายกับมีแนวโน้มว่า จังหวัดที่เลือกบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในมีอัตรารับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า การคำนวณอัตราการใช้บริการเทียบกับประชากรพบว่าอัตราการใช้บริการต่ำกว่าค่ากลางที่ใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว จุดอ่อนของข้อมูลสถานบริการคือ ขาดภาพสะท้อนว่า ประชาชนไปรับบริการนอกสิทธิของตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะนำเสนอต่อไปในตอนที่ว่าด้วยการสำรวจครัวเรือน

3.3 การจัดงบประมาณแบบใหม่ 45,000 ล้านบาท หรือ 3 ใน 4 งบประมาณสาธารณสุข

หลักวิธีคิดงบประมาณในปี 2545 เปลี่ยนแปลงจากเดิมมาก แหล่งที่มาของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพในประเทศไทย ปี 2541 เป็นการคลังภาครัฐร้อยละ 61 และเป็นการคลังเอกชนร้อยละ 39 (สถิติรพ. พงษ์พานิช และคณะ 2543) เมื่อรัฐประกาศนโยบายครอบคลุมโดยถ้วนหน้า และถ้าประชาชนทุกคน ใช้หลักประกันสุขภาพ 30 บาท รายได้ของสถานพยาบาลจากการเก็บค่าบริการจะลดลงมาก โรงพยาบาลจึงเท่ากับต้องพึ่งเงินงบประมาณของโครงการฯ เป็นหลัก การจัดสรรเงินให้แก่สถานพยาบาลในจังหวัดต่างๆ จากงบโครงการ 30 บาทฯ จึงเป็นหัวใจสำคัญของความอยู่รอดทางการเงิน

งบกระทรวงสาธารณสุขปี 2545 ได้รับ 6.5 หมื่นล้านบาท เพิ่มจากปีก่อน 7 พันล้านบาท จากการคาดการณ์งบประมาณรายหัวระดับประเทศ 1,202 บาทต่อคนต่อปี ถ้าคาดว่า ประชากรมี 50 ล้านคน งบประมาณโครงการจะเป็น 6 หมื่นล้านบาท แต่ในสภาพที่เป็นจริง งบประมาณโครงการนี้ ตัวเลขรวมเพียง 47,988 ล้านบาท¹⁵ (จากฐานประชากร 37 ล้านคน) เป็นถึงร้อยละ 73 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ก้าวกระโดดจากเดิมร้อยละ 20 การรวมหมวดงบประมาณอื่นๆ มาเป็นงบโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ทำให้วิธีบริหารจัดการงบประมาณในปี 2545 มีลักษณะเปลี่ยนไป งบประมาณที่จัดสรรลงสู่จังหวัด เป็นแบบปลายปิด ขึ้นกับฐานประชากร มากกว่าการต่อรอง การผูกเงินเดือนกับงบประมาณรายหัวที่จังหวัดได้รับ ทำให้สถานพยาบาลขนาดใหญ่จำนวนมาก (ร้อยละ 71 ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล

¹⁵ เป็นรายจ่ายเงินเดือนประมาณ 2.3 หมื่นล้านบาท ค่าใช้จ่ายอื่นๆ 2.2 หมื่นล้านบาท และงบกลาง 2 พันล้านบาท

ทั่วไป) ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวไม่เพียงพอที่จะชดเชยเป็นรายจ่ายเงินเดือน ความกดดันของการคิดรายจ่ายเงินเดือนไว้ด้วยทำให้ขวัญกำลังใจของผู้ให้บริการลดลงเพราะถูกขู่ว่าต้อง“เกลี้ย”คนเพื่อให้รายจ่ายด้านเงินเดือนลดลง และมีส่วนทำให้รายจ่ายในการรักษาผู้ป่วยลงเพื่อให้มียอดบัญชีเหลือสำหรับจ่ายเงินเดือน

การบริหารจัดการกองทุน“กันเจ้ง”

เมื่อการจัดสรรเงินสู่จังหวัดในปี 2545 ใช้จำนวนประชากรเป็นตัวแปรสำคัญของการจัดสรร แต่ละจังหวัดได้รับ 1,052 ต่อประชากร 1 คน (หัก 150 บาทไว้บริหารที่ส่วนกลาง) ความไม่เพียงพอของงบประมาณรายหัวที่ได้รับ เมื่อเทียบกับรายจ่ายเงินเดือนจนเจ้าหน้าที่“ขวัญกระเจิง” ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับจัดสรรงบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ หรือกองทุนฉุกเฉิน กองทุน“กันเจ้ง” (contingency fund) บนฐานของการคาดการณ์ปัญหาทางการเงิน¹⁶ ไม่ใช่บนหลักการที่ระบุในข้อสรุปสภาระการประชุมวันที่ 17 มีนาคม 2544 ที่ให้จัดสรรเงินบนภาระการเงินที่เป็นจริง (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2544)

ผลการจัดสรรเงินกองทุนสำรอง รอบแรกปลายปี 2544 จำนวน 2,755 ล้านบาทให้แก่โรงพยาบาลใน 37 จังหวัด และรอบที่สองต้นปี 2545 จำนวน 1,520 ล้านบาทให้แก่โรงพยาบาลใน 30 จังหวัด รวม 2 รอบ 4,275 ล้านบาท สู่ 47 จังหวัด มีแนวโน้มว่า จังหวัดที่เลือกหักเงินเดือนที่เครือข่าย และจังหวัดที่เลือกบริหารงบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในมีโอกาสดังรับงบนี้มากกว่าวิธีตรงกันข้าม เมื่อคำนวณงบรายหัวภายหลังได้รับงบสำรองเพิ่ม จะมีพิสัยระหว่าง 559-1,037 บาทสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ทำให้โรงพยาบาลชุมชน 9% ที่ประสบปัญหาทางการเงิน ลดเหลือ 5% หลัง CF) และ 1,037-3,252 บาทสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (สัดส่วนของ รพท./รพศ. ที่มีปัญหามาก (รายรับ/ค่าแรง <1.5) ลดลงจาก 34% (กรณีแยกเงินเดือนตามอำเภอ) เหลือ 24% (หลังรวมเงินเดือนที่จังหวัด) เหลือ 4% (หลัง CF) (วิโรจน์ ณะระนองและอัญญา ณ ระนอง 2545)

¹⁶ เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรเงินกองทุนฉุกเฉิน (contingency fund, CF) 5 พันล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขให้จังหวัดนำเสนอข้อมูลการคาดการณ์รายได้และผลงานผลิตภาพในแบบฟอร์ม 10 ตาราง แบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 4 กลุ่มคือกลุ่มไม่มีปัญหา/มีศักยภาพในการขยายบริการ กลุ่ม 2 ต้องปรับตัว เพราะรายรับที่เหลือไม่พอสำหรับบริการประชาชน กลุ่มที่ 3 ต้องปฏิรูป รายรับที่เหลือไม่เพียงพอบริการประชาชน กลุ่ม 4 วิกฤต รายได้ไม่พอจ่ายเงินเดือนเจ้าหน้าที่ สถานพยาบาลกลุ่มที่ 3 และ 4 ขอเงินช่วยเหลือ โดยทำหนังสือแสดงเจตจำนงและแผนปฏิรูปต่อกระทรวงสาธารณสุข คล้ายกับการขอความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ IMF

ตารางที่ 5 โอกาสได้รับงบประมาณกองทุนเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ

การบริหารงบประมาณจ่าย				
การหักเงินเดือน	รวมงบนอก-ใน	แยกงบนอก-ใน	ผลสม	รวม
ที่ระดับอำเภอ	23/27	12/13	2/2	37/42 (88%)
ผลสม	0/1	1/1		1/2 (50%)
ที่ระดับจังหวัด	3/7	6/24		9/31 (29%)
	26/35 (76%)	19/38 (50%)		

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข

การใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน

จากข้อเสนอแนะให้การจัดสรรเงินผู้ป่วยในวางบนเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) เพราะสะท้อนต้นทุนของผลผลิตตามความรุนแรงของโรคได้ดีกว่าการนับจำนวนผู้ป่วย หรือ การเหมาจ่ายแบบผู้ป่วยนอก แต่เมื่อเทียบกับฐานต้นทุนของแต่ละสถานพยาบาลยังต่างกันมาก เช่น ต้นทุนต่อคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงเรียนแพทย์เป็น 16,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปประมาณ 8,000 บาท และโรงพยาบาลชุมชน 4,000 บาท ทำให้โรงเรียนแพทย์ไม่ค่อยยอมรับการจ่ายด้วย DRG ถ้ากำหนดที่ หน่วยละต่ำกว่า 1 หมื่นบาท จากการประชุมกลุ่มย่อยของสำนักงานประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลตติยภูมิ โรงเรียนแพทย์และสถานพยาบาลตติยภูมิอื่นๆ จะได้รับการชดเชยด้วยอัตรา 16,000 บาทต่อคะแนน ถ้าเป็นผู้ป่วยส่งต่อ

อย่างไรก็ตาม ในปี 2545 จังหวัดต่างๆ มีการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่แตกต่างกัน เพราะรูปแบบการเลือกให้หักเงินเดือนที่จังหวัด หรือเครือข่ายอำเภอ การบริหารงบประมาณจ่ายแบบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน หรือบริหารแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน รวมทั้งความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานที่จังหวัด

ดูเหมือนว่า จังหวัดที่บริหารจัดการงบประมาณรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน สามารถจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาลด้วยอัตรา 4,000 บาทต่อคะแนนภายในจังหวัดที่หักเงินเดือนที่จังหวัด หรือ 10,000 บาทต่อคะแนนภายในจังหวัดที่หักเงินเดือนที่เครือข่าย การที่สามารถทำเช่นนี้ได้ น่าจะเป็นเพราะตามจ่ายเฉพาะรายที่มีการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลเท่านั้น

ส่วนจังหวัดที่บริหารแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน เมื่อหักเงินเดือนออกแล้ว จะเหลืองบประมาณในการจัดสรรตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมน้อยมาก เช่น จังหวัดภูเก็ต สามารถจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลด้วย

เกณฑ์ DRG เพียง 272 บาทต่อคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์เท่านั้น จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากมีฐานประชากรขนาดใหญ่ ค่าอัตราต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์สามารถจัดตามต้นทุนที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนได้ คือให้โรงพยาบาลศูนย์ 7,140 บาทต่อคะแนน และ โรงพยาบาลชุมชน 2,963 บาทต่อคะแนน ตามการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัยและสุกัลยา คงสวัสดิ์ (2544)

3.5 สถานการณ์การเงิน

สถานการณ์ทางการเงินโดยรวมตามรายงาน 0110ร.5 ณ เดือนมีนาคม 2545 เทียบกับเดือนตุลาคม 2544 พบว่ากระแสเงินสดสุทธิคือเงินบำรุงคงเหลือ รวมกับมูลค่าสินทรัพย์คงคลังหักหนี้สินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจากสุทธิรวม 6.5 พันล้านบาท เป็น 9.2 พันล้านบาท แม้แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่คือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ก็ไม่ลดลง (ดูตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 สินทรัพย์สุทธิของโรงพยาบาลต่างๆ จากตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 (ล้านบาท)

	ตค.44	พย.44	ธค.44	มค.45	กพ.45	มีค.45
รพช	6,528	6,927	6,826	7,683	7,892	9,174
รพท/รพศ	11,125	11,070	10,784	10,691	10,962	11,589
นอกสป.	289	303	304	286	296	317
นอกสร.	19	27	25	26	28	27
รวม	17,961	18,327	17,939	18,686	19,178	21,107

ที่มา: วิโรจน์ ณ ระนอง (2545)

อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดดังกล่าว ไม่ได้มาจากระบบบัญชีรับฟังจ่าย แต่เป็นการบันทึกบัญชีในระบบบัญชีกระแสเงินสด จึงไม่สะท้อนต้นทุนและรายได้ที่แท้จริงของการให้บริการ ตัวอย่างสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลพุทธชินราช จากบัญชีกระแสเงินสด แสดงว่าไม่สะท้อนต้นทุนและรายรับจริงในช่วงที่ประเมิน ในตารางที่ 7 แสดงรายรับ-รายจ่ายของโรงพยาบาลพุทธชินราช ช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า รายรับของโรงพยาบาลช่วง 6 เดือนเพิ่มร้อยละ 13 จาก 438 ล้านบาท เป็น 497 ล้านบาท รายจ่ายลดลงร้อยละ 15 จาก 522 ล้านบาท เหลือ 446 ล้านบาท แต่รายจ่ายค่าแรงเพิ่มร้อยละ 3 จาก 163 ล้านบาท เป็น 168 ล้านบาท ด้วยสภาพกระแสเงินสดดังกล่าว ดัชนีทางการเงินของโรงพยาบาลยังอยู่ในเกณฑ์ดี คือ อัตราส่วนสภาพคล่อง (quick ratio) มากกว่า 1 และ อัตราส่วนเงินหมุนเวียน (current ratio) มากกว่า 2

ตารางที่ 7 รายรับ-รายจ่ายและดัชนีสภาพคล่องทางการเงิน โรงพยาบาลพุทธชินราช

	2544	2545
รายรับ (ล้านบาท)	438.14	496.55
รายจ่าย (ล้านบาท)	521.56	445.93
ค่าแรง (ล้านบาท)	162.72	168.15
ค่าแรง/รายจ่าย	31.2%	37.7%
อัตราส่วนสภาพคล่อง	1.8	1.42
อัตราส่วนเงินหมุนเวียน	2.88	2.33

ที่มา: โรงพยาบาลพุทธชินราช

แต่เมื่อดูรายรับของโรงพยาบาล เป็นส่วนที่เก็บได้จากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจำนวนไม่มากนัก ประการแรกยังไม่มีการจัดสรรเงินภายในจังหวัดจากโครงการ 30 บาทฯ กรณีส่งต่อทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนการได้เงินจากการเรียกเก็บต่างจังหวัดได้เพียง 4.2 ล้านบาท ตามตารางที่ 8 เป็นรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลต่างจังหวัดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 กรณีอุบัติเหตุ ค่ารักษาราคาสูง 30 บาทรักษาทุกโรค และบัตรสุขภาพ

อัตราหนี้คงค้างกรณีบัตรสุขภาพต่ำที่สุด ซึ่งบัตรสุขภาพเป็นโครงการที่ยุบเลิกไปรวมกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สรุปว่าโรงพยาบาลพุทธชินราชได้รับชำระหนี้ทั้งหมดร้อยละ 13 ใช้เวลาชำระหนี้ยาวนานกว่า 6 เดือน

ตารางที่ 8 การเรียกเก็บหนี้ค่ารักษาพยาบาลจากต่างจังหวัดของโรงพยาบาลพุทธชินราช ครึ่งปี 2545

	ผ.ป.นอก	บาท	ผ.ป.ใน	บาท	รวมเงิน	คงค้าง	% คงค้าง
อุบัติเหตุ	27	8,043	231	2,470,971	2,479,014	2,474,974	100%
ราคาสูง	304	383,841	570	8,901,188	9,285,029	9,065,793	98%
30 บาทฯ	2,655	1,311,645	1,288	19,926,165	21,237,810	19,053,791	90%
บัตรสุขภาพ	606	357,403	897	4,140,235	4,497,638	2,197,736	49%
รวม	3,592	2,060,932	2,986	35,438,559	37,499,491	32,792,294	87%

อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของโรงพยาบาลเจ้าหนี้ การชำระหนี้ช้า ย่อมดีกว่าการปฏิเสธชำระหนี้ รายได้ที่เพิ่มในช่วง 6 เดือนแรกเกือบ 60 ล้านบาท เป็นการชำระหนี้เดิมและเป็นการเก็บค่ารักษาในกรณีไม่ใช้สิทธิซึ่งยังพบได้มากในกลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง (ดูต่อไปในตอนผลกระทบกับครัวเรือน)

4 ผลกระทบต่อครัวเรือน: ครัวเรือนได้อย่างไร

การนำเสนอผลกระทบต่อครัวเรือน เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญที่สุด เพราะวัดผลสัมฤทธิ์ของนโยบายที่ไปถึงประชาชนซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของโครงการ การสำรวจครัวเรือนทั้งนี้ กระทำใน 4 จังหวัด นำร่อง คือสุโขทัย สมุทรสาคร อุบลราชธานีและภูเก็ต จังหวัดละประมาณ 1,000 ครัวเรือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2544

4.1 การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์

การให้หลักประกันสุขภาพย่อมมุ่งหวังว่า ผู้มีสิทธิจะรับบริการตามสิทธิที่ตนมี การสอบถามประชาชนในครัวเรือนว่าเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ แต่ละคนสามารถตอบว่าเจ็บป่วยได้สูงสุด 3 ครั้ง และรายงานการรับบริการในช่วงที่เจ็บป่วยแต่ละครั้งได้ 2 ครั้ง คือ การใช้บริการครั้งแรกที่ป่วยด้วยโรคนั้นและครั้งสุดท้ายก่อนหายจากโรคนั้น ตารางที่ 9 แสดงผลว่า ประชาชนโดยเฉลี่ยรายงานว่าป่วย 4.39 ครั้ง/คน/ปี (ถ้านับการเจ็บป่วยครั้งแรกครั้งเดียว จะเป็น 4.23 ครั้ง/คน/ปี ส่วนการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย รวมตั้งแต่การให้บริการที่สถานีนอนามัย คลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน เช่นเดียวกับที่คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว มีการใช้บริการเฉลี่ย 2.51 ครั้ง/คน/ปี (ถ้าคิดการให้บริการครั้งเดียวต่อโรค จะเหลือ 2.42 ครั้ง/คน/ปี) กลุ่มประชากร 30 บาทรักษาทุกโรค รายงานว่าป่วยสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ และใช้บริการมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 9 การรายงานผู้ป่วยและการใช้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

	ประชากร	ป่วย	/คน/ปี	ใช้บริการ	/คน/ปี
UC	12,022	2,082	4.50	1,172	2.53
CSMBS	2,034	316	4.04	188	2.40
SSS	1,497	231	4.01	143	2.48
รวม	15,553	2,629	4.39	1,503	2.51

การคำนวณว่าป่วยต่อปี ใช้อัตราป่วยต่อ 2 สัปดาห์คูณ 26,

การใช้บริการรวมตั้งแต่สถานีนอนามัย คลินิก รพ.รัฐและรพ.เอกชน

การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อป่วยใน 2 สัปดาห์

ตารางที่ 10 แสดงว่า ประชากรในแต่ละหลักประกันสุขภาพใช้สิทธิของตนเองเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกันหรือไม่ พบว่าประชากรโครงการ 30 บาท ใช้สิทธิในกรณีป่วย 2 สัปดาห์ระหว่าง 59-60% สูงกว่าประชากรที่มีสิทธิเบิกได้ของสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งใช้สิทธิระหว่าง 46-47% ประชากรกลุ่มที่ใช้สิทธิของ

ตนเองมากที่สุดคือ ประกันสังคม ใช้สิทธิระหว่าง 81-83% น่าสังเกตว่าประกันสังคม เมื่อนับการใช้สิทธิของบริการครั้งหลังๆ อัตราการใช้สิทธิของตนลดลง แสดงว่าไม่หายจึงออกไปจ่ายเงินเอง

ตารางที่ 10 การใช้สิทธิประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและใช้บริการในช่วง 2 สัปดาห์

Scheme	นับป่วยโรคเดียว			นับป่วย 3 โรค		
	ใช้บริการ	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ	ใช้บริการ	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ
UC	1,127	664	58.9%	1,172	697	59.5%
CSMBS	181	83	45.9%	188	89	47.3%
SSS	139	115	82.7%	143	116	81.1%
รวม	1,447	862	59.6%	1,503	902	60.0%

การใช้บริการรวมตั้งแต่สถานีนอนามัย คลินิก รพ.รัฐและรพ.เอกชน

รายได้ครัวเรือนกับอัตราการใช้สิทธิเมื่อป่วยใน 2 สัปดาห์

ตารางที่ 11 แสดงอัตราการเจ็บป่วย การใช้บริการ และการใช้สิทธิของครัวเรือนในกลุ่ม 30 บาท รักษาทุกโรค ตามกลุ่มชั้นรายได้ เพื่อสังเกตอิทธิพลของรายได้ต่อการใช้สิทธิ พบว่า ครัวเรือนยากจน และ ครัวเรือนที่มีรายได้สูงจะมีการเจ็บป่วยที่ใกล้เคียงกัน คือ 4.4-4.4 ครั้ง/คน/ปี และการใช้บริการที่สถานีนอนามัย คลินิก โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ก็ใกล้เคียงกัน 2.3-2.6 ครั้ง/คน/ปี แต่เมื่อดูอัตราการใช้สิทธิจะแตกต่างกันมาก และเป็นขั้นบันไดผกผัน คือ ครัวเรือนที่มีฐานะยากจน รายได้/คน/เดือน ต่ำกว่า 2,500 บาทจะมีอัตราการใช้สิทธิสูงสุด คือ 74% ส่วนประชาชนบัตร 30 บาทที่มีรายได้ครัวเรือนสูง ในการวิจัยนี้ให้สูงกว่า 15,000 บาท/คน/เดือน จะมีอัตราการใช้สิทธิต่ำสุด เพียง 19% การตีความข้อมูลนี้คือนโยบายนี้เข้าถึงกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มคนที่มีรายได้ดี

ตารางที่ 11 อัตราป่วย การใช้บริการและการใช้สิทธิหลักประกัน 30 บาท ตามระดับรายได้

รายได้ครัวเรือน บาท/คน/เดือน	N	ป่วย	ใช้ บริการ	ใช้สิทธิ	ป่วย/ คน/ปี	ใช้/คน/ปี	%ใช้สิทธิ
ไม่ทราบ	275	53	34	18	5.01	3.21	52.9%
<2500	3,353	574	339	250	4.45	2.63	73.7%
2,500-4,999	4,411	714	384	230	4.21	2.26	59.9%
5,000-7,499	1,760	295	158	88	4.36	2.33	55.7%
7,500-9,999	1,110	180	108	42	4.22	2.53	38.9%
10,000-14,999	568	97	53	26	4.44	2.43	49.1%
15,000+	545	88	52	10	4.20	2.48	19.2%
Total	12,022	2,001	1,128	664	4.33	2.44	58.9%

ตารางที่ 12 แยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ที่เพิ่งได้รับบัตรทอง ไม่รวมบัตรทอง ท. ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พบว่า อัตราการใช้สิทธิไม่แตกต่างจากที่นำเสนอไว้ในตารางที่ 11 แม้กลุ่มนี้จะเพิ่งได้รับบัตรไม่นานนัก

ตารางที่ 12 การป่วย ใช้บริการ และใช้สิทธิของกลุ่มบัตรทอง (ใหม่) ตามรายได้ครัวเรือน

รายได้ครัวเรือน บาท/คน/เดือน	N	ป่วย	ใช้ บริการ	ใช้สิทธิ	ป่วย/ คน/ปี	ใช้/คน/ปี	%ใช้สิทธิ
ไม่ทราบ	101	14	8	2	3.60	2.06	25.0%
<2500	992	122	54	36	3.20	1.42	66.7%
2,500-4,999	2,067	271	121	63	3.41	1.52	52.1%
5,000-7,499	1,004	161	80	48	4.17	2.07	60.0%
7,500-9,999	640	90	46	17	3.66	1.87	37.0%
10,000-14,999	311	43	21	10	3.59	1.76	47.6%
15,000+	295	39	22	5	3.44	1.94	22.7%
Total	5,410	740	352	181	3.56	1.69	51.4%

4.2 การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิ

ประชากรใน 4 จังหวัดตอบว่านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณร้อยละ 8.9 (จากการถามการนอนโรงพยาบาลสูงสุดคนละ 3 ครั้ง) ผู้ที่อยู่ใน 30 บาทรักษาทุกโรคมีอัตรานอนโรงพยาบาลร้อยละ 8.6 ใกล้เคียงกับประกันสังคม ส่วนผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการมีอัตรานอนโรงพยาบาลร้อยละ 11

ตารางที่ 13 อัตราการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

	คน	นอนร.พ.	อัตรา/ปี
UC	12,022	1,038	0.086
CSMBS	2,034	224	0.110
SSS	1,497	126	0.084
รวม	15,553	1,388	0.089

อัตราการใช้สิทธิเมื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ของโครงการ 30 บาทคือ ร้อยละ 69-72 นั่นคือในการนอนครั้งหลังๆ จะใช้สิทธิของตนมากขึ้น ผู้ประกันตนในประกันสังคมมีอัตราการใช้สิทธิเมื่อนอน

โรงพยาบาลสูงที่สุด คือร้อยละ 81-82 ส่วนสวัสดิการข้าราชการมีอัตราการใช้สิทธิสูงกว่าโครงการ 30 บาทๆ คือมีการใช้สิทธิร้อยละ 74-79

ตารางที่ 14 การใช้สิทธิเมื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

	วิเคราะห์การนอนครั้งแรก			วิเคราะห์การนอน 3 ครั้ง		
	นอนร.พ.	ใช้สิทธิ	%	นอนร.พ.	ใช้สิทธิ	%
UC	955	657	68.8%	1,038	749	72.2%
CSMBS	202	163	80.7%	224	183	81.7%
SSS	121	89	73.6%	126	99	78.6%
รวม	1,278	909	71.1%	1,388	1,031	74.3%

รายได้ครัวเรือนกับการใช้สิทธิเมื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตารางที่ 15 แสดงการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของกลุ่ม 30 บาทรักษาทุกโรค ครัวเรือนที่ยากจนที่สุดจะใช้สิทธิ 30 บาทที่สุด คือใช้สิทธิร้อยละ 86.2 ส่วนกลุ่มที่มีรายได้มากที่สุด ใช้สิทธิ 30 บาทๆ ต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 40.5

ตาราง 16 แสดงเฉพาะกลุ่มผู้ได้รับบัตรทอง(ใหม่) ไม่รวมกลุ่มเดิมที่เคยได้บัตรสปร. พบว่า ประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลต่ำกว่าที่แสดงในตารางที่ 15 (ร้อยละ 5-7 เทียบกับ ร้อยละ 7-8 ในตารางที่ 15) อัตราการนอนโรงพยาบาลต่ำในกลุ่มรายได้ต่ำอาจเป็นเพราะการไม่"กล้า"เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงก่อนได้รับบัตรทอง (ซึ่งได้รับประมาณ 4-6 เดือนก่อนสัมภาษณ์) อัตราการใช้สิทธิของโครงการ 30 บาท สูงในกลุ่มรายได้ต่ำ และลดลงในกลุ่มรายได้สูง อัตราการใช้สิทธิของประชากรกลุ่มรับบัตรทอง(ใหม่) ต่ำกว่าอัตราการใช้สิทธิในตารางที่ 15 เล็กน้อย อาจเป็นเพราะการเพิกมีสิทธิในบัตรได้ไม่ครบปี

ตารางที่ 15 การนอนรักษาในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิของกลุ่ม 30 บาท ตามรายได้ครัวเรือน

บาท/คน/เดือน	คน	นอนร.พ.	ใช้สิทธิ	อัตรา/ปี	%ใช้สิทธิ
ไม่ทราบ	275	32	24	0.12	75.0%
<2500	3,353	283	244	0.08	86.2%
2,500-4,999	4,411	339	238	0.08	70.2%
5,000-7,499	1,760	135	74	0.08	54.8%
7,500-9,999	1,110	83	35	0.07	42.2%
10,000-14,999	568	41	26	0.07	63.4%
15,000+	545	42	17	0.08	40.5%
รวม	12,022	955	658	0.08	68.9%

ตารางที่ 16 การนอนรักษาในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิในกลุ่มบัตรทอง (ใหม่) ตามรายได้

บาท/คน/เดือน	คน	นอนร.พ.	ใช้สิทธิ	อัตรา/ปี	%ใช้สิทธิ
ไม่ทราบ	101	11	7	0.109	63.6%
<2500	992	50	39	0.050	78.0%
2,500-4,999	2,067	121	71	0.059	58.7%
5,000-7,499	1,004	75	40	0.075	53.3%
7,500-9,999	640	49	20	0.077	40.8%
10,000-14,999	311	22	14	0.071	63.6%
15,000+	295	21	8	0.071	38.1%
รวม	5,410	349	199	0.065	57.0%

4.3 โรคเรื้อรัง

การประเมินผลกระทบระดับครัวเรือนกับภาวะโรคเรื้อรัง มีความต่างออกไป ตอนแรกประเมินการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความห่างของการรักษาแต่ละครั้ง ก่อนและหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และอัตราการใช้สิทธิหลักประกันกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง

ประชากรสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ มีอัตราการเข้าถึงการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องกว่าประชากรกลุ่มอื่น (ร้อยละ 97 และ 95 ก่อนและหลังโครงการ 30 บาท) ระยะห่างของการรับการรักษาแต่ละครั้ง ห่างกันนานขึ้นเล็กน้อย (จาก 1.88 ถึง 1.99 เดือน) ถ้าประเมินว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือลดรายจ่ายส่วนที่เป็นของผู้ป่วยเอง ผู้สูงอายุมีภาวะการป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นและมีการใช้บริการมากกว่ากลุ่มวัยแรงงาน ระยะห่างของการรักษาแต่ละครั้ง ลดลงเล็กน้อย (ดูตารางที่ 17)

ประชากรภายใต้โครงการประกันสังคม มีอัตราการใช้บริการจากกรณีเรื้อรังในระดับสูง คือจากร้อยละ 85 เมื่อก่อนโครงการเป็นร้อยละ 88 เมื่อหลังโครงการ แต่ระยะห่างของการตรวจรักษา ลดลง จาก 2.43 เดือนเหลือ 1.92 เดือน.

ตารางที่ 17 การใช้บริการของกลุ่มประชากรที่มีโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังโครงการ 30 บาท

	ก่อนโครงการ				หลังโครงการ			
	เรื้อรัง	ใช้บริการ	% ใช้	เดือน/ ครั้ง	เรื้อรัง	ใช้บริการ	% ใช้	เดือน/ ครั้ง
CSMBS	385	372	96.6%	1.88	354	336	94.9%	1.99
0-12	4	4	100.0%	1.75	3	3	100.0%	1.67
13-59	156	149	95.5%	2.08	143	135	94.4%	2.18
60+	225	219	97.3%	1.74	208	198	95.2%	1.87
SSS	96	82	85.4%	2.43	83	73	88.0%	1.92
UC	1,482	1,346	90.8%	1.81	1,362	1,218	89.4%	1.82
0-12	72	70	97.2%	2.15	60	54	90.0%	2.31
13-59	875	786	89.8%	1.85	796	706	88.7%	1.81
60+	535	490	91.6%	1.69	506	458	90.5%	1.79
LICS	919	850	92.5%	1.76	840	761	90.6%	1.89
0-12	64	62	96.9%	2.11	54	48	88.9%	2.38
13-59	360	337	93.6%	1.81	321	295	91.9%	2.01
60+	495	451	91.1%	1.67	465	418	89.9%	1.76
New UC	427	371	86.9%	1.97	398	346	86.9%	1.75
0-12	8	8	100.0%	2.50	6	6	100.0%	1.67
13-59	386	330	85.5%	1.95	358	306	85.5%	1.69
60+	33	33	100.0%	2.12	34	34	100.0%	2.35
VHCS	136	125	91.9%	1.67	124	111	89.5%	1.57
13-59	129	119	92.2%	1.69	117	105	89.7%	1.58
60+	7	6	85.7%	1.29	7	6	85.7%	1.29

สำหรับประชากรกลุ่ม 30 บาท มีอัตราการเข้าถึงบริการโรคเรื้อรังดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยประกันสังคม ส่วนระยะเวลาการนัดแต่ละครั้งสั้นกว่ากลุ่มอื่นๆ คือห่างกันเพียง 1.8 เดือน เมื่อแยกกลุ่มประชากรบัตรทอง เป็น บัตรทอง ท.(สปร.เดิม) และบัตรสุขภาพ พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการโรคเรื้อรังดีกว่ากลุ่มอื่นทั้งหมด

แต่ระยะเวลาพบแพทย์ระหว่าง 2 ครั้งสั้นที่สุด กลุ่มบัตรทอง(ใหม่) มีอัตราการเข้าถึงบริการโรคเรื้อรังน้อยที่สุด

การใช้สิทธิกรณีโรคเรื้อรัง

การใช้สิทธิเมื่อใช้บริการกรณีโรคเรื้อรังแสดงในตารางที่ 18 พบว่าประชาชนในสวัสดิการข้าราชการ ใช้สิทธิข้าราชการเมื่อรับบริการโรคเรื้อรังสูงที่สุด จากร้อยละ 67.5 ก่อนโครงการ เป็นร้อยละ 75.1 หลังโครงการ กลุ่มวัยทำงานและสูงอายุใช้สิทธิที่ดินมีมากขึ้น

ประชาชนภายใต้ประกันสังคมมีอัตราการใช้สิทธิโรคเรื้อรังระดับปานกลาง จากร้อยละ 64.6 เพิ่มเป็น 67.5 ประชาชนบัตรทองมีการใช้สิทธิกรณีโรคเรื้อรัง ต่ำที่สุด คือร้อยละ 57.8 เพิ่มเป็นร้อยละ 63.9 เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นกลุ่มบัตรทอง (ใหม่) หรือบัตรทอง (ท.) และบัตรสุขภาพ พบว่า บัตรสุขภาพ มีอัตราการใช้สิทธิสูงสุดจากร้อยละ 75.2 ลดลงเหลือร้อยละ 69.2 ผู้ป่วยบัตรทอง(ใหม่) มีการใช้สิทธิเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.1 เป็นร้อยละ 52.0

ตารางที่ 18 การใช้สิทธิของกลุ่มโรคเรื้อรังตามประเภทของหลักประกันต่างๆ

	ก่อนโครงการ			หลังโครงการ		
	ใช้	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ	ใช้	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ
CSMBS	385	260	67.5	354	266	75.1
0-12	4	2	50.0	3	2	66.7
13-59	156	103	66.0	143	107	74.8
60+	225	155	68.9	208	157	75.5
SSS*	96	62	64.6	83	56	67.5
UC	1,482	857	57.8	1,362	870	63.9
0-12	72	46	63.9	60	37	61.7
13-59	875	474	54.2	796	486	61.1
60+	535	337	63.0	506	347	68.6
LICS	919	589	64.1	840	579	68.9
0-12	64	44	68.8	54	34	63.0
13-59	360	233	64.7	321	222	69.2
60+	495	312	63.0	465	323	69.5
New UC	427	167	39.1	398	207	52.0
0-12	8	2	25.0	6	3	50.0
13-59	386	144	37.3	358	183	51.1

	ก่อนโครงการ			หลังโครงการ		
	ใช้	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ	ใช้	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ
60+	33	21	63.6	34	21	61.8
บัตรสุขภาพ*	129	97	75.2	117	81	69.2

* อายุ 13-59 ปี

รายได้ครัวเรือนกับการใช้สิทธิโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 19 แสดงการใช้สิทธิของผู้ป่วยบัตรทองและสวัสดิการข้าราชการเมื่อใช้บริการโรคเรื้อรัง แยกตามชั้นของรายได้ครัวเรือน พบว่า รายได้มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิของผู้ป่วยบัตรทอง นั่นคือ เมื่อครัวเรือนยากจนรับบริการโรคเรื้อรัง จะใช้สิทธิ 30 บาท สูงถึงร้อยละ 79 ส่วนครัวเรือนที่มีรายได้สูงมีอัตราใช้สิทธิ นำสังเกตว่า อิทธิพลของรายได้ต่อการใช้สิทธิของข้าราชการไม่ชัดเจนเหมือนโครงการ 30 บาทฯ.

ตารางที่ 19 การใช้สิทธิเมื่อใช้บริการกรณีโรคเรื้อรัง ตามชั้นรายได้

รายได้	บัตรทอง			สวัสดิการข้าราชการ		
	ใช้	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ	ใช้	ใช้สิทธิ	% ใช้สิทธิ
ไม่ทราบ	55	40	72.7%	12	10	83.3%
<2,500	482	381	79.0%	37	28	75.7%
2,500-4,999	508	355	69.9%	82	62	75.6%
5,000-7,499	161	107	66.5%	49	33	67.3%
7,500-9,999	106	49	46.2%	63	48	76.2%
10,000-14,999	52	27	51.9%	64	48	75.0%
15,000+	54	25	46.3%	59	49	83.1%
Total	1,418	984	69.4%	366	278	76.0%

4.4 ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ: การจ่ายเงิน ณ จุดรับบริการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจุดมุ่งหมายลดภาระรายจ่าย ณ จุดรับบริการ เพื่อไม่ให้บริการสุขภาพเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล ดังนั้น เมื่อรัฐแทรกแซงกลไกตลาด ให้การคลังสาธารณะทำหน้าที่แทนการจ่ายเงินส่วนบุคคล ณ จุดรับบริการ เป้าหมายของทางการคลังของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค น่าจะเป็นเช่นเดียวกัน คือ อาศัยแหล่งเงินที่มีความเป็นธรรม ลดภาระ

รายจ่าย ณ จุดรับบริการที่มีลักษณะถดถอยต่อรายได้ (regressive to income) การวิเคราะห์ตอนนี้ จึงสนใจการะจ่ายจากครัวเรือนเทียบกับรายได้ครัวเรือน

ตารางที่ 20 สรุปการะจ่ายด้านสุขภาพที่จ่ายจากกระเป๋าเนื่องจากการเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ และรายจ่ายตอนนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กับรายจ่ายจากกรณีโรคเรื้อรัง เมื่อทำให้รายจ่ายทุกรายการเป็นรายจ่ายต่อปี และเทียบกับรายรับต่อปี ได้ผลลัพธ์ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีเทียบกับรายได้ครัวเรือนต่อคนต่อปี

ชั้นรายได้		รายได้/	รายจ่ายก่อนหักส่วนเบิกคืน			รายจ่ายสุทธิหลังหักส่วนเบิกคืน		
Quintile	N	คน/เดือน	ค่าเฉลี่ย	SD	%	ค่าเฉลี่ย	Sd	%
1	2,987	994	980	14,152	8.2%	878	14,064	7.4%
2	3,049	2,661	1,002	10,291	3.1%	783	8,913	2.5%
3	3,335	4,057	952	9,006	2.0%	786	7,172	1.6%
4	3,698	6,117	1,294	12,988	1.8%	830	6,188	1.1%
5	3,529	14,220	2,650	29,424	1.6%	2,164	27,931	1.3%
รวม	16,598	5,869	1,403	17,141	2.0%	1,105	15,336	1.6%

รายจ่ายด้านสุขภาพก่อนหักส่วนที่เบิกคืนได้เป็นตัวสะท้อนการบริโภคสินค้าสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคำถามด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พบว่ารายจ่ายจากครัวเรือน มีลักษณะถดถอยต่อรายได้ชัดเจน ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย จะมีสัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพสูงที่สุด แม้หักส่วนที่เบิกคืนได้ออกไปแล้ว ภาระการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยรวมยังสูงถึงร้อยละ 7.4 ของรายได้ครัวเรือนต่อปี.

ตารางที่ 21 นำเสนอในลักษณะเดียวกับตารางที่ 3.20 แต่คัดเลือกเฉพาะผู้ที่อยู่ในหลักประกัน บัตรทอง ท. หรือบัตร สปร.เดิม ภาระรายจ่าย ณ จุดรับบริการจากครัวเรือน ยังมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ครัวเรือนมากขึ้น นั่นคือ ครัวเรือนที่ยากจนที่สุดมีภาระหลังหักส่วนที่เบิกคืนได้ยังสูงถึงร้อยละ 8.4 ของรายได้ครัวเรือนต่อปี .

ตารางที่ 21 รាយจ่ายด้านสุขภาพต่อปี คิดเป็นสัดส่วนของรายได้ครัวเรือน กลุ่มบัตรทอง ท.

Quintile	N	รายได้/	รายนจ่ายก่อนหักส่วนเบิกคืน			รายนจ่ายสุทธิหลังหักส่วนเบิกคืน		
		คน/เดือน	ค่าเฉลี่ย	SD	%	ค่าเฉลี่ย	Sd	%
1	1,734	989	1,048	17,482	8.8%	999	17,456	8.4%
2	1,404	2,619	744	5,489	2.4%	628	4,631	2.0%
3	1,046	4,042	728	4,114	1.5%	656	3,803	1.4%
4	942	6,015	807	5,336	1.1%	756	5,239	1.0%
5	743	14,074	3,313	30,974	2.0%	3,237	30,959	1.9%
รวม	5,869	4,386	1,166	15,068	2.2%	1,093	14,966	2.1%

ตารางที่ 22 แสดงผลกระทบของโครงการ 30 บาทต่อประชากรกลุ่มบัตรทอง (ใหม่) ซึ่งจำนวนประชากรรวมของกลุ่มนี้ ใกล้เคียงกับสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม ภาระของรายนจ่ายจากกระเป๋า ณ จุดรับบริการ ยังมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ แต่สัดส่วนลดกว่า ภาระที่กลุ่ม สปร. หรือที่ประชาชนทั้งหมดได้รับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ครัวเรือนกลุ่มนี้มีรายได้สูงขึ้นและต้นทุนบริการในกลุ่มนี้น้อยกว่า

ตารางที่ 22 รายนจ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปี และสัดส่วนต่อรายได้ครัวเรือน กลุ่มบัตรทอง (ใหม่)

Quintile	N	รายได้/	รายนจ่ายก่อนหักส่วนเบิกคืน			รายนจ่ายสุทธิหลังหักส่วนเบิกคืน		
		คน/เดือน	ค่าเฉลี่ย	SD	%	ค่าเฉลี่ย	Sd	%
1	769	1,047	503	3,937	4.0%	421	3,625	3.4%
2	1,016	2,665	482	2,980	1.5%	470	2,868	1.5%
3	1,256	4,048	971	12,399	2.0%	881	9,902	1.8%
4	1,362	6,100	1,009	6,748	1.4%	816	5,874	1.1%
5	1,007	13,862	1,120	6,069	0.7%	1,018	5,870	0.6%
Total	5,410	5,705	850	7,610	1.2%	747	6,426	1.1%

ตารางที่ 23 สรุปเปรียบเทียบภาระการจ่ายเงินจากครัวเรือนระหว่างประชากรในหลักประกันใหญ่ 3 หลักประกัน เฉพาะส่วนที่เบิกคืนไม่ได้ จะพบว่า ภาระที่ถดถอยต่อรายได้ ยังพบมากในกลุ่มประชากรบัตรทอง และสวัสดิการข้าราชการ สำหรับการประกันสังคม ภาระรายนจ่ายสุทธิมีลักษณะก้าวหน้าต่อรายได้เล็กน้อย (จำนวนตัวอย่างประกันสังคมที่สำรวจจากครัวเรือนยังมีจำนวนน้อย)

ตารางที่ 23 รายจ่ายด้านสุขภาพสุทธิหลังหักส่วนเบี่ยงเบนเทียบกับรายได้ครัวเรือนตามหลักประกัน

Quintile	บัตรทอง (รวม)			สวัสดิการข้าราชการ			ประกันสังคม		
	ค่าเฉลี่ย	SD	%ภาระ	ค่าเฉลี่ย	SD	%ภาระ	ค่าเฉลี่ย	SD	%ภาระ
1	896	14,727	7.5%	405	1,233	3.7%	8	49	0.1%
2	584	4,332	1.8%	938	3,542	2.8%	387	2,259	1.1%
3	786	7,661	1.6%	375	1,693	0.8%	596	5,615	1.2%
4	772	5,512	1.1%	1,111	6,104	1.4%	603	6,065	0.8%
5	1,939	20,295	1.2%	1,740	15,428	1.0%	4,610	72,806	2.8%
รวม	940	11,572	1.6%	1,309	11,572	1.2%	1,438	34,286	1.8%

4.5 ความพึงพอใจ

ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลนี้มาจากการสำรวจที่ครัวเรือน โดยสุ่มอย่างเป็นระบบ จึงน่าจะเป็นตัวแทนของประชาชนได้ดี คะแนนความพึงพอใจได้จากการสำรวจเฉพาะผู้ที่ระบุว่าใช้บริการไม่ว่าจะเป็นกรณีโรคเฉียบพลัน การนอนโรงพยาบาล โรคเรื้อรัง

โดยทั่วไป ผู้ที่อยู่ในโครงการ 30 บาท มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานอนามัย คลินิก โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในระดับที่ดี

ตารางที่ 24 ความพึงพอใจ (%) ต่อบริการที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ตามการเจ็บป่วย

	เจ็บป่วย 2 สัปดาห์				ป่วยเรื้อรัง ก่อนโครงการ				ป่วยเรื้อรัง หลังโครงการ			
	N	น้อย	กลาง	มาก	N	น้อย	กลาง	มาก	N	น้อย	กลาง	มาก
บัตรทอง (30 บาท)												
สถานอนามัย	304	5.0	34.2	60.9	157	7.7	33.1	59.2	161	6.8	32.3	60.9
โรงพยาบาลชุมชน	201	5.5	31.3	63.1	417	4.6	31.2	64.3	438	3.9	29.7	66.4
โรงพยาบาลรัฐ	191	8.4	29.8	61.8	459	5.2	32.2	62.5	583	4.3	31.2	64.5
คลินิก	353	5.6	38.2	56.1	305	4.9	32.5	62.6	355	2.5	29.3	68.2
โรงพยาบาลเอกชน	54	5.6	33.3	61.1	79	6.3	27.8	65.8	122	3.3	21.3	75.4
CSMBS												
สถานอนามัย	6	16.7	16.7	66.6	14	7.1	28.6	64.3	12	16.6	16.7	66.6
โรงพยาบาลชุมชน	9	33.3	11.1	55.5	70	7.1	25.7	67.2	54	5.5	29.1	63.6
โรงพยาบาลรัฐ	20	10.0	15.0	75.0	189	4.2	24.3	71.4	172	4.1	26.7	69.2
คลินิก	25	4.0	48.0	48.0	63	1.6	28.6	69.8	58	1.7	32.8	65.5
โรงพยาบาลเอกชน	5	-	20.0	80.0	15	6.7	40.0	53.3	10	10.0	20.0	70.0
SSS												
สถานอนามัย	5	-	20.0	80.0	2	-	-	100	3	33.3	-	66.6

	เจ็บป่วย 2 สัปดาห์				ป่วยเรื้อรัง ก่อนโครงการ				ป่วยเรื้อรัง หลังโครงการ			
	N	น้อย	กลาง	มาก	N	น้อย	กลาง	มาก	N	น้อย	กลาง	มาก
โรงพยาบาลชุมชน	16	-	56.3	43.8	10	10.0	50.0	40.0	9	11.1	22.2	66.7
โรงพยาบาลรัฐ	26	3.8	30.8	65.4	30	6.7	33.3	60.0	25	4.0	28.0	68.0
คลินิก	35	5.7	37.1	57.1	28	3.6	17.9	78.6	21	4.8	19.0	76.2
โรงพยาบาลเอกชน	51	4.0	35.3	60.8	41	9.7	17.1	73.2	36	8.4	19.4	72.2
No card												
สถานีนอมา้ย	10	-	50.0	50.0	3	-	33.3	66.7	4	-	50.0	50.0
โรงพยาบาลชุมชน	8	12.5	25.0	62.5	12	8.3	8.3	83.3	5	-	-	100
โรงพยาบาลรัฐ	11	18.2	27.3	54.6	37	8.1	40.5	51.3	27	14.8	37.0	48.1
คลินิก	72	5.6	38.9	55.5	41	2.4	29.3	68.3	31	-	22.6	77.4
โรงพยาบาลเอกชน	7	14.3	42.9	42.9	17	5.9	23.5	70.6	14	-	7.1	92.9

สวัสดิการข้าราชการแสดงความไม่พอใจกับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนต่อการรักษาโรคที่เป็นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 33 พอใจระดับต่ำ แต่มีจำนวนตัวอย่างไม่มากนัก) ประชากรกลุ่มนี้พึงพอใจกับบริการที่ได้จากคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง

ประชากรประกันสังคม พึงพอใจกับบริการที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนมาก ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกัน คือยังไม่ได้บัตรใดๆ ไม่พอใจกับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ และพึงพอใจกับบริการที่คลินิกเอกชน

ตารางที่ 25 แสดงความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการผู้ป่วยใน ผู้ถือบัตรทองมีระดับความพอใจสูงโดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดอื่น ตามมาด้วยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดในจังหวัดตน

ตารางที่ 25 ระดับความพึงพอใจต่อบริการโรงพยาบาล

Scheme	โรงพยาบาลที่รักษา	N	น้อย	กลาง	มาก
UC	โรงพยาบาลชุมชน	336	3.9	27.4	68.8
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัด	399	5.1	27.1	67.9
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดอื่น	60	3.3	23.3	73.3
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด	96	9.4	18.8	71.9
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดอื่น	19	5.3	26.3	68.4
CSMBS	โรงพยาบาลชุมชน	49	2.0	22.4	75.5
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัด	84	2.4	19.0	78.5
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดอื่น	21	4.8	9.5	85.7
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด	34	2.9	23.5	73.6
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดอื่น	7	-	14.3	85.7

Scheme	โรงพยาบาลที่รักษา	N	น้อย	กลาง	มาก
SSS	โรงพยาบาลชุมชน	16	12.6	31.3	56.3
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัด	36	2.8	25.0	72.2
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดอื่น	12	8.3	8.3	83.3
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด	46	4.3	23.9	71.7
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดอื่น	8	25.0	12.5	62.5
No card	โรงพยาบาลชุมชน	19	5.3	47.4	47.4
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัด	26	15.3	30.8	53.8
	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดอื่น	8	12.5	25.0	62.5
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด	21	14.3	47.6	38.1
	โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดอื่น	7	-	28.6	71.4

ผู้อยู่ในสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม มีความพึงพอใจโรงพยาบาลรัฐต่างจังหวัดมากกว่าสถานพยาบาลอื่นๆ ผู้ไม่มีหลักประกัน พึงพอใจสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในระดับต่ำ

4.6 ความเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

คำถามชุดสุดท้ายที่ถามครัวเรือน คือความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยหัวหน้าครัวเรือน 1 คนเป็นคนตอบ ตารางที่ 26 แสดงว่า ประชาชนทั้งหมด เห็นด้วยกับการให้สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุด โดยระดับที่เห็นด้วยระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับคลินิกเอกชน ใกล้เคียงกัน ส่วนความเห็นที่อยู่ในระดับไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ การจำกัดให้ใช้บริการได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเท่านั้น

ตารางที่ 26 สำนวความความคิดเห็นต่อการปฏิบัติของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ความเห็นต่อโครงการ 30 บาท	CSMBS	SSS	UC	No	Total
N	680	360	2,927	338	4,141
1 ใช้ทะเบียนบ้านเพื่อออกบัตร	79.2	76.8	78.6	76.0	78.4
2 ให้ใช้สถานพยาบาลที่ระบุบนบัตรเท่านั้น	47.2	45.4	51.0	48.8	50.0
3 ไม่ต้องแสดงบัตร ก็สามารถใช้สิทธิได้	71.6	73.2	72.6	71.8	72.4
4 บริการของโครงการ 30 บาท มีคุณภาพดี	70.6	64.2	73.6	66.2	72.0
5 ยาที่ใช้รักษามีคุณภาพดี	67.2	62.2	71.6	62.8	69.6
6 ควรจ่ายเพิ่มขึ้นสำหรับยาที่มีราคาแพง	61.2	61.4	61.0	64.6	61.6
7 ควรจ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อต้องการอยู่ห้องพิเศษ	72.8	72.8	70.6	74.8	71.6
8 ต้องใช้บริการตามระบบส่งต่อ	71.4	71.2	73.2	70.8	72.6

ความเห็นต่อโครงการ 30 บาท	CSMBS	SSS	UC	No	Total
9 ควรให้สิทธิเลือกคลินิกเอกชน	84.0	89.4	87.2	87.8	87.0
10 ควรให้สิทธิเลือกโรงพยาบาลเอกชน	84.8	88.6	88.0	87.8	87.6
11 ควรให้บัตรทองแก่คนรวยได้ด้วย	61.0	61.8	65.2	63.0	64.2
12 โครงการ 30 บาทประสบผลสำเร็จอย่างดี	70.2	69.2	74.8	71.0	73.2

หมายเหตุ ระดับ 20% หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 60% คือเฉยๆ, 100% คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง

เมื่อเทียบระหว่างประชากรในหลักประกันต่างๆ พบว่า มีความเห็นค่อนข้างใกล้เคียงกัน ความเห็นที่แตกต่างกันมีเพียงบางประเด็นเช่น ประกันสังคม คิดว่าคุณภาพของบริการในโครงการ 30 บาทจะไม่ค่อยดีนัก (64% เทียบกับ 71-74%) สำหรับผู้ที่อยู่ในโครงการ 30 บาทฯ พึงพอใจกับคุณภาพของยาในโครงการมากกว่าบุคคลที่อยู่ในสิทธิอื่นๆ สำหรับคำถามท้ายสุดคือ โครงการ 30 บาทประสบผลสำเร็จอย่างดี ผู้ที่อยู่ในโครงการเห็นด้วยมากที่สุด ขณะที่ผู้ที่อยู่ในประกันสังคมเห็นด้วยน้อยกว่า (75% เทียบกับ 69%).

ตารางที่ 27 แสดงความคิดเห็นเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่อยู่ในโครงการ 30 บาท ระหว่างผู้เคยใช้สิทธิกับไม่เคยใช้สิทธิ เพื่อแยกความแตกต่างชัดเจนว่า เป็นการตอบสนองประสพการณ์จริง หรือตอบตามการคาดหมาย ความคิดเห็นที่ต่างกันมากระหว่าง 2 กลุ่มคือ บริการที่ให้และยาที่ใช้ในโครงการ 30 บาทมีคุณภาพดี โดยผู้ที่เคยใช้สนับสนุนความเห็นดังกล่าว (72-75%) แต่ผู้ไม่เคยใช้บริการอยู่ในระดับที่ไม่สนับสนุนหรือเห็นด้วยเล็กน้อย (66-69%) ดังนั้นเมื่อถามถึงการมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มเติม ประชาชนที่ไม่เคยใช้บริการมีความคิดเห็นจะเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อรับบริการมากกว่ากลุ่มที่เคยใช้บริการ

ตารางที่ 27 ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ของกลุ่มที่ได้สิทธินี้ ระหว่างผู้ที่ไม่เคยใช้กับผู้เคยใช้สิทธิ

ความเห็นต่อโครงการ 30 บาท	ไม่เคยใช้สิทธิ			เคยใช้สิทธิ			ความ
N	N	Mean	SD	N	Mean	SD	ต่าง
1 ใช้ทะเบียนบ้านเพื่อออกบัตร	2,231	77.60	16.60	667	78.40	15.00	0.80
2 ให้ใช้สถานพยาบาลที่ระบุบนบัตรเท่านั้น	2,228	49.40	25.00	668	51.80	24.80	2.40
3 ไม่ต้องแสดงบัตร ก็สามารถใช้สิทธิได้	2,214	70.80	22.60	671	73.00	20.80	2.20
4 บริการของโครงการ 30 บาท มีคุณภาพดี	2,180	69.20	18.80	654	74.60	18.00	5.40
5 ยาที่ใช้รักษามีคุณภาพดี	2,173	66.60	18.80	651	72.20	18.20	5.60
6 ควรจ่ายเพิ่มขึ้นสำหรับยาที่มีราคาแพง	2,231	60.60	24.60	664	58.20	25.00	-2.40
7 ควรจ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อต้องการอยู่ห้องพิเศษ	2,221	70.00	22.40	662	66.60	23.80	-3.40
8 ต้องใช้บริการตามระบบส่งต่อ	2,227	72.60	23.00	673	72.40	23.00	-0.20

ความเห็นต่อโครงการ 30 บาท	ไม่เคยใช้สิทธิ			เคยใช้สิทธิ			ความ
N	N	Mean	SD	N	Mean	SD	ต่าง
9 ควรให้สิทธิเลือกคลินิกเอกชน	2,237	87.20	15.40	671	86.00	16.80	-1.20
10 ควรให้สิทธิเลือกโรงพยาบาลเอกชน	2,234	87.80	14.60	672	86.40	16.20	-1.40
11 ควรให้บัตรทองแก่คนรวยได้ด้วย	2,234	65.00	24.20	673	63.80	24.40	-1.20
12 โครงการ 30 บาทประสบผลสำเร็จอย่างดี	2,212	72.80	18.00	666	74.20	18.60	1.40

5. สรุปและข้อเสนอแนะ

หนึ่งปีของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคยังไม่พิสูจน์ว่ารัฐมีกลไกการแทรกแซงกลไกตลาดที่ดีพอ และยังพบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการทั้งนโยบายและระบบการจัดบริการ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนเมื่อดำเนินการนำร่องไประยะหนึ่งพบว่า การประกันสังคมสามารถปกป้องภาระรายจ่ายด้านสุขภาพจากครัวเรือนได้ดีกว่าหลักประกันอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสำนักงานประกันสังคมให้ความสำคัญกับกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลและการตรวจสอบคุณภาพ มากกว่าหลักประกันอื่นๆ ในปีต่อไปของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จึงต้องพิสูจน์ว่า ความพร้อมของกลไกรัฐในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการแทรกแซงกลไกตลาด ต้องแยกการมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียกับการเป็นทั้งผู้ดูแลกองทุนประกันสุขภาพ กับ การอยู่รอดของสถานพยาบาลในสังกัด เพราะจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการที่อาจจะมีคุณภาพดีกว่าของสถานพยาบาลสังกัดอื่น โครงการ 30 บาทฯ ต้องศึกษาถึงอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง หรือที่ขัดแย้งกับความจำเป็นทางสุขภาพ และจัดระบบบริการให้สอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยต่อการบริหารจัดการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ให้สอดคล้องกับปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1. วางเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งด้านความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ และความเป็นธรรมของการรับบริการ ให้ชัดเจน เช่น กำหนดให้การจ่ายเงินจากกระเป๋า ณ จุดรับบริการ มีอัตราก้าวหน้า ไม่ใช่อัตราถดถอยต่อรายได้ และวางเป้าหมายให้การรับบริการสุขภาพสอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งด้านผู้ซื้อบริการ (area purchaser board) และด้านผู้จัดบริการ โดยผู้ซื้อบริการจะต้องสามารถแปลงเป้าหมายในข้อ 1 เป็นกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในกลุ่มประชากรต่างๆ รวมทั้งสามารถประเมินคุณภาพและต้นทุนของการจัดบริการของแต่ละสถานพยาบาลได้ สำหรับการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ เน้นที่การเลือกแบบแผนวิธีการรักษาที่คุ้มค่าที่สุด และการประเมินผลลัพธ์จากการลงทุนด้านสุขภาพ เพื่อเป็นฐานในการเลือกใช้วิธีสร้าง

สุขภาพที่มีประสิทธิภาพในอนาคต การที่ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีการพัฒนาศักยภาพที่สูงยิ่งขึ้น จะทำให้ประชาชนและประเทศชาติได้รับประโยชน์มากขึ้น

3. จัดการระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพให้ครบวงจร สามารถรู้ภาระเสี่ยงของแต่ละบุคคล ขณะเดียวกันรู้ว่าบุคคลเหล่านั้นมีแบบแผนการใช้บริการสุขภาพอย่างไร การให้บริการเหล่านั้นมีประสิทธิภาพสูงสุดหรือไม่ สถานพยาบาลแต่ละแห่งสมควรได้รับงบประมาณชดเชยตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างไร ผลลัพธ์ของการจัดบริการเหล่านั้นจะปรับให้ดีขึ้นได้อย่างไร กระบวนทัศน์การดูแลสุขภาพทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ของประชาชนในกลุ่มต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมมือกันในการให้บริการสุขภาพอย่างไร การจัดสรรเงินสู่สถานพยาบาลตติยภูมิ ให้ผลตอบแทนคุ้มค่าเพียงใด

4. การพัฒนาคุณภาพบริการ ระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนโฉมครั้งสำคัญในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือ เวชศาสตร์ครอบครัว หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรระบบบริการสุขภาพที่ระดับนี้ เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง