

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาการบริหารจัดการ การดำเนินการของสถานพยาบาล
ภายใต้นโยบายการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข
กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553



เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



โครงการศึกษาการบริหารจัดการ การดำเนินการของสถานพยาบาล
ภายใต้นโยบายการให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคล
ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553

ทีมวิจัย

นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์

ดร.ธัญธิตา วิสัยจร

นส.ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร

ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ดร.นพ.วิชช์ เกษมทรัพย์

สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.คนางค์ คันธมธูรพจน์

ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

กรกฎาคม 2556

คำนำ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปผลการวิจัย "โครงการศึกษาการบริหารจัดการ การดำเนินการของสถานพยาบาล ภายใต้นโยบายการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553" ซึ่งดำเนินการโดยคณะนักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเครือข่าย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำให้การศึกษาวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้ประสานงานโครงการที่ได้ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมถึงผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้

คณะผู้วิจัยยินดีอย่างยิ่งในการเผยแพร่รายงานผลการศึกษานี้แก่ผู้ที่สนใจเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ โดยผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับนี้ได้โดยผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (www.ihpp.thaigov.net)

ทั้งนี้ หากมีความบกพร่องประการใด คณะผู้วิจัยขออภัยในความผิดพลาดนั้น และขอขอบพระคุณในคำแนะนำสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงการการศึกษาวิจัยในอนาคต เพื่อให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันจะก่อประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

คำนำ.....	2
สารบัญ.....	3
สารบัญรูปภาพ.....	6
สารบัญตาราง.....	8
ดัชนีอักษรย่อ	11
บทสรุปผู้บริหาร.....	14
Executive summary.....	20
ความเป็นมา	27
คำถามการวิจัย.....	28
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	29
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	29
วัตถุประสงค์เฉพาะ	29
นิยามและความครอบคลุมของคำถามการวิจัย	29
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	31
พื้นที่ศึกษา.....	32
ระเบียบวิธีวิจัย	35
การเก็บข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	36

การระบุงการมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ.....	43
การประมวลข้อเสนอเชิงนโยบาย.....	44
การพิจารณาเชิงจริยธรรม.....	44
ผลการศึกษา: กระทรวงสาธารณสุข.....	45
ผู้ให้ข้อมูล.....	45
สรุปผลการสัมภาษณ์.....	45
ผลการศึกษา: จังหวัดระนอง.....	52
บริบทพื้นที่.....	52
ผู้ให้ข้อมูล.....	54
การให้บริการสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนมีระบบประกันสุขภาพ ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553.....	57
การจัดการระบบประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553.....	59
ข้อมูลสนับสนุนจากการวิเคราะห์ทางสถิติ.....	72
ผลการศึกษา: จังหวัดตาก.....	106
บริบทพื้นที่.....	106
ผู้ให้ข้อมูล.....	110
การให้บริการสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนมีระบบประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553.....	112
การจัดการระบบประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553.....	114
ข้อมูลสนับสนุนจากการวิเคราะห์ทางสถิติ.....	121
สรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ.....	159
อภิปรายผลการศึกษา.....	161
ภาพรวมของนโยบาย.....	161

การบริหารจัดการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่	162
การทำงานของส่วนกลาง	163
ข้อจำกัดในการทำงานเชิงรุก.....	165
ผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย	167
ข้อจำกัดของการศึกษา	168
บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	169
บทสรุป	169
ข้อเสนอเชิงนโยบาย	169
ภาคผนวก.....	172
รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และระบบประกันสุขภาพแรงงาน ต่างด้าว.....	172
การจัดสรรงบประมาณระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในระดับประเทศ.....	176
ประชากรที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553	178
ความหมายของเลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก	179
คนไทยพลัดถิ่นในประเทศไทย	181
เอกสารอ้างอิง	182

สารบัญรูปรภาพ

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	31
รูปที่ 2 แผนที่จังหวัดระนอง.....	52
รูปที่ 3 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ขึ้นทะเบียนในสิทธิประกัน สุขภาพในเขตจังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2555 แยกรายอำเภอ	53
รูปที่ 4 จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาและสิทธิในเขตจังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2553-2555.....	54
รูปที่ 5 บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น จังหวัดระนอง.....	58
รูปที่ 6 ภาพรวมการจัดสรรงบประมาณของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ในจังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2555	67
รูปที่ 7 สัดส่วนการใช้บริการ OP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	74
รูปที่ 8 อายุของผู้มาใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ.....	75
รูปที่ 9 สัดส่วนการใช้บริการIP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	86
รูปที่ 10 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	87
รูปที่ 11 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	98
รูปที่ 12 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	99
รูปที่ 13 แผนที่จังหวัดตาก	106
รูปที่ 14 จำนวนประชากรในค่ายผู้ลี้ภัยสามแห่งในจังหวัดตาก	108
รูปที่ 15 จำนวนประชากรในค่ายผู้พักพิงชั่วคราวสามแห่งในจังหวัดตาก	109
รูปที่ 16 ตัวอย่าง 'บัตรขาว' โรงพยาบาลอุ้มผาง.....	113
รูปที่ 17 จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ปี 2551-2553.....	120
รูปที่ 18 จำนวนวันนอนจากใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ปี 2551-2553	121
รูปที่ 19 สัดส่วนการใช้บริการ OP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	123
รูปที่ 20 อายุของผู้มาใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ.....	124
รูปที่ 21 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	135

รูปที่ 22 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	136
รูปที่ 23 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	147
รูปที่ 24 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ	148
รูปที่ 25 งบประมาณรายปีของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	177

สารบัญญัตราสาร

ตารางที่ 1 จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อจำนวนประชากรทั้งหมดมากที่สุด 5 อันดับแรก	32
ตารางที่ 2 สถานพยาบาลที่กำหนดเป็นพื้นที่ศึกษา	33
ตารางที่ 3 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่กระทรวงสาธารณสุข	45
ตารางที่ 4 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่จังหวัดระนอง.....	55
ตารางที่ 5 สรุปลักษณะระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับบัตรประกันสุขภาพคนไทย พลัดถิ่น	65
ตารางที่ 6 ค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิโรงพยาบาลระนอง	69
ตารางที่ 7 จำนวนการใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี.....	72
ตารางที่ 8 สัดส่วนการใช้บริการ OP ที่สถานพยาบาลระดับต่างๆแยกรายสิทธิ.....	76
ตารางที่ 9 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ OP ของผู้ป่วย แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ	77
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ OP ด้วย DID model	79
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ OP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ Two-part model (Part 1)	81
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ OP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น ด้วย DID model และ Two-part model) Part 2(.....	83
ตารางที่ 13 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี	85
ตารางที่ 14 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ IP ของผู้ป่วย แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ	88
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model	90
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model.....	91
ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง AdjRW ด้วย DID model.....	92

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ IP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ Two-part model (Part 1)	94
ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ IP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น ด้วย DID model และ Two-part model) Part 2).....	95
ตารางที่ 20 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี	97
ตารางที่ 21 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ IP ของผู้ป่วย แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ.....	100
ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model	102
ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model.....	103
ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง RW ด้วย DID model	104
ตารางที่ 25 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรและจำนวนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รายอำเภอ ของจังหวัดตาก	107
ตารางที่ 26 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่จังหวัดตาก	110
ตารางที่ 27 งบประมาณจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ผู้มีสถานะและสิทธิ ที่โรงพยาบาลแม่สอด ปีงบประมาณ 2554 และ 2555.....	117
ตารางที่ 28 จำนวนการใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี.....	122
ตารางที่ 29 สัดส่วนการใช้บริการ OP ที่สถานพยาบาลระดับต่างๆแยกรายสิทธิ.....	125
ตารางที่ 30 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ OP ของผู้ป่วย แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ.....	126
ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ OP ด้วย DID model	128
ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ OP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ Two-part model (Part 1)	130
ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ OP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น ด้วย DID model และ Two-part model) Part 2(.....	131
ตารางที่ 34 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี	134
ตารางที่ 35 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ IP ของผู้ป่วย แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ.....	137

ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model	138
ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model.....	140
ตารางที่ 38 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง AdjRW ด้วย DID model.....	141
ตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ IP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ Two-part model (Part 1)	143
ตารางที่ 40 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ IP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น ด้วย DID model และ Two-part model) Part 2).....	144
ตารางที่ 41 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี	145
ตารางที่ 42 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ IP ของผู้ป่วย แยกตามสิทธิประกันสุขภาพ	149
ตารางที่ 43 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model	151
ตารางที่ 44 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model.....	152
ตารางที่ 45 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง AdjRW ด้วย DID model.....	154
ตารางที่ 46 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ IP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ Two-part model (Part 1)	155
ตารางที่ 47 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ IP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น ด้วย DID model และ Two-part model) Part 2).....	157
ตารางที่ 48 ผลของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับการใช้บริการ OP.....	159
ตารางที่ 49 ผลของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับการใช้บริการ IP	160
ตารางที่ 50 รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการในระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และระบบประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว.....	172

ดัชนีอักษรย่อ

- คปสจ. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัด
- คปสอ. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ
- พสต. พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว
- รพช. โรงพยาบาลชุมชน
- รพท. โรงพยาบาลทั่วไป
- รพสต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- สธ. กระทรวงสาธารณสุข
- สน.บท. สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย
- สनย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- สป. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สปร. บัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงช่วยเหลือเกื้อกูล
- สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สวปก. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
- สสจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สสช. สำนักงานสาธารณสุขชุมชน
- อสต. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
- อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ACSC Ambulatory Care Sensitive Conditions
- AdjRW Adjusted Relative Weight (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว)
- AIC Akaike Information Criterion
- BIC Bayesian Information Criterion
- BPS Bureau of Policy and Strategy (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)
- CMHI Compulsory Migrant Health Insurance (ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว)

■ Coef.	Coefficient (สัมประสิทธิ์)
■ CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme (สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ)
■ CUP	Contracting Unit of Primary Care (หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ)
■ DID	Difference-in-Difference
■ DRGs	Diagnostic-Related Groups (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)
■ EPI	Expanded Programme on Immunisation (โครงการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)
■ HIG	Health Insurance Group (กลุ่มประกันสุขภาพ)
■ HIS-PCP	Health Insurance for People with Citizenship Problems (ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)
■ HN	Hospital number (เลขประจำตัวผู้ป่วยประจำสถานพยาบาล)
■ ICD-10	International Classification of Diseases-10
■ IP	Inpatient (การบริการผู้ป่วยใน โดยทั่วไปรวมถึงการบริการผู้ป่วยในแบบ IP AE, IP HC และ IP Refer อยู่ด้วย)
■ IP AE	Inpatient with accident and emergency conditions (การบริการผู้ป่วยในอุบัติเหตุฉุกเฉิน)
■ IP HC	Inpatient with high cost care (การบริการผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายสูง)
■ IP Normal	Normal inpatient (การบริการผู้ป่วยในทั่วไป)
■ IP Refer	Inpatient with referral (การบริการผู้ป่วยในแบบส่งต่อ)
■ MOI	Ministry of Interior (กระทรวงมหาดไทย)
■ MOPH	Ministry of Public Health (กระทรวงสาธารณสุข)
■ NHSO	National Health Security Office (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
■ OP	Outpatient (การบริการผู้ป่วยนอก โดยทั่วไปมักใช้ในความหมายเดียวกับ OP Normal)

- OP AE Outpatient with accident and emergency conditions (การบริการผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉิน)
- OP Normal Normal outpatient (การบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป)
- OP Refer Outpatient with referral (การบริการผู้ป่วยนอกแบบส่งต่อ)
- OPS Office of Permanent Secretary (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
- S.E. Standard error (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
- SSS Social Security Scheme (สิทธิประกันสังคม)
- UCS Universal Coverage Scheme (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
- 95% CI 95% Confidence Interval

บทสรุปผู้บริหาร

ความเป็นมา

แม้ประเทศไทยสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยได้ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา แต่การบริการสุขภาพแก่บุคคลที่มีชีวิตอยู่บนผืนแผ่นดินไทยไม่ได้จำกัดเพียง 'คนสัญชาติไทย' เท่านั้น หากยังรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ทั้งที่เข้าเมืองผิดกฎหมายและถูกกฎหมาย และกลุ่มคนที่มีปัญหาในการพิสูจน์สัญชาติและผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนราษฎร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายใต้ 'ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและ สิทธิของบุคคล 18 มกราคม 2548' ซึ่งต่อมามักถูกเรียกว่ากลุ่ม 'ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ'

ในอดีตก่อนปี 2545 บุคคลกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถได้รับ 'บัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล' (สปร.) เพื่อใช้สิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เมื่อมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นต่อการตีความของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาว่า พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมเฉพาะผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น ทำให้บุคคลกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ไม่สามารถได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ บุคคลเหล่านี้จึงไม่ได้รับการประกันตน อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐก็ให้การดูแลรักษาตามหลักมนุษยธรรมและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามแต่ที่ผู้ป่วยจะสามารถจ่ายได้

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ภาคประชาสังคมและภาควิชาการ รวมทั้งผู้ให้บริการในพื้นที่ จึงได้ร่วมกันขับเคลื่อนให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอ 'ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ' จนได้รับการอนุมัติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553

นโยบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น และ (2) เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข และลดรายจ่ายจากการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่กำหนดนโยบายมา ยังไม่มีการประเมินผลจากการดำเนินงานตามนโยบายนี้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในเรื่องการบริหารจัดการและผลกระทบของนโยบายต่อสถานพยาบาล

วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย

เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจการบริหารจัดการและการดำเนินการของสถานพยาบาลในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้เข้าถึงและได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายใต้ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553 ผ่านกรณีศึกษาจังหวัดระนองและจังหวัดตาก

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed method) ซึ่งประกอบด้วยวิธีวิจัยย่อย ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

ภาพรวมของนโยบาย

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิต่างจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ทั้งในแง่การพัฒนานโยบายและการบริหารระบบ ระบบประกันสุขภาพนี้เกิดขึ้นจากมติคณะรัฐมนตรี ไม่ได้เกิดขึ้นโดยมีพระราชบัญญัติรองรับ สถานะของระบบประกันสุขภาพนี้จึงมีลักษณะ 'เฉพาะกิจ' งบประมาณที่ได้ในแต่ละปีจึงขึ้นกับการเจรจาต่อรองระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานงบประมาณ ซึ่งเรื่องการประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมักได้รับการให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยเทียบกับภารกิจส่วนอื่นของรัฐบาล จึงมีผลทำให้งบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีจึงมีความไม่แน่นอน

การกำเนิดของระบบประกันสุขภาพในลักษณะดังกล่าว มีผลต่อเจตนารมณ์และการตีความของนโยบาย ว่าเป็นการ 'ให้สิทธิ' รักษาพยาบาลตามหลักมนุษยธรรม ต่างจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็น 'สิทธิ' อันพึงได้ของประชาชนทุกคน

การบริหารจัดการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

การบริหารจัดการในจังหวัดระนอง มีจุดเด่นที่ชัดเจน คือ (1) การกั้นงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2) การจ่ายสถานพยาบาลเพิ่มเติมตามจำนวนการใช้บริการผู้ป่วย นอก และ (3) การให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ

อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดและประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงต่อไป คือ (1) การขาดการประสานงานที่เพียงพอ ทำให้ใช้ประโยชน์จากงบประมาณได้ไม่เต็มที่ (2) แม้จะมีการตามจ่ายไปตาม

สถานพยาบาลตามจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก แต่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ไปใช้บริการมากขึ้นอย่างชัดเจน และ (3) การให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด ทำให้ภาระการบริการมีมากที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมือง ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เข้ามาทำงานในเขตอำเภอเมืองส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาระการบริการผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สถานพยาบาลนอกอำเภอเมืองระนอง

การบริหารจัดการในจังหวัดตาก มีลักษณะเด่น คือ (1) ใช้การบริหารจัดการผ่านกลไกที่มีอยู่เดิม ซึ่งใช้กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ (2) มีนวัตกรรมของแต่ละพื้นที่ เช่น การจัดตั้ง 'คลินิกกฎหมายเพื่อมนุษยธรรม' ที่โรงพยาบาลอุ้มผาง

ข้อจำกัดของการบริหารจัดการในลักษณะนี้ (1) การดำเนินงานขึ้นอยู่กับความเป็นผู้นำและการตัดสินใจของผู้บริหารสถานพยาบาลนั้นๆ เป็นหลัก จึงอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของนโยบาย และ (2) นวัตกรรมในพื้นที่เพิ่งเริ่มมาไม่นาน ยังต้องอาศัยการประเมินและติดตามผลสัมฤทธิ์ของการทำงานในระยะยาว

การทำงานของส่วนกลาง

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรรับผิดชอบหลัก แต่เนื่องจากองค์กรไม่ได้เกิดขึ้นเพื่อรองรับระบบประกันนี้ตั้งแต่แรก และต้องรับผิดชอบระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจึงค่อนข้างมากเกินกว่าขีดความสามารถขององค์กร (institutional capacity) ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การจัดเก็บข้อมูลและการส่งข้อมูลการบริการยังมีปัญหาในเชิงเทคนิคอยู่ เช่น รหัสที่ลงข้อมูลมีความหลากหลายและซับซ้อน การส่งข้อมูลต้องส่งให้หลายหน่วยงาน ทั้งกลุ่มประกันสุขภาพ ทั้งสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งนี้พื้นที่ยังไม่มีขีดความสามารถที่จะให้ประโยชน์จากข้อมูลในด้านอื่นๆ นอกจากเรื่องการเงิน

การทำให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การดำเนินงานสุขภาพเชิงรุกกับผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีความซับซ้อน เนื่องจาก (1) ข้อจำกัดเชิงกฎหมาย (2) ข้อจำกัดทางภาษาและวัฒนธรรม และ (3) ลักษณะการย้ายถิ่นของประชากร ทั้งนี้รวมถึงความสับสนในด้านการสื่อสารทั้งจากส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุขสู่พื้นที่ และระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ด้วยตนเอง

การทำงานผ่านพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวจึงเป็นกลไกที่สำคัญ ที่สามารถแก้ไขข้อจำกัดทางภาษาและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามยังไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการประเมินคุณภาพ และประสิทธิผลของการทำงานผ่านกลไกนี้

การพัฒนาสิทธิเพื่อแก้ปัญหาสถานะบุคคล

การทำงานของสถานพยาบาลยังขาดความรู้ที่จะประสานงานกับทางทะเบียนราษฎร ที่จะจัดการเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างไร สถานพยาบาลบางแห่งมีการตั้งคณะทำงานทางกฎหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ แต่ก็ยังอยู่ในระยะเริ่มแรก ยังไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจน

โดยหลักการแล้วหากการพิสูจน์และรับรองสถานะทางสัญชาติทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ผู้ประกันตนมีจำนวนลดลง อันเป็นภารกิจที่สำคัญตรงตามวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสถานะบุคคลทั่วประเทศ

ผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย

นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดรายจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และยังช่วยแบ่งเบาภาระทางการเงินของสถานพยาบาล แต่ในภาพรวมเรื่องจำนวนการใช้บริการ ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิยังเข้าถึงบริการในอัตราที่ต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนั้นความรุนแรงของโรค และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนจากช่วงก่อนมีนโยบาย

บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

การศึกษานี้พบว่าการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตลอดสามปีที่ผ่านมา แม้จะประสบความสำเร็จในการลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพ และเพิ่มรายได้ให้แก่สถานพยาบาล แต่ไม่ได้ส่งผลให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงภาระงานของสถานพยาบาล นอกจากนั้นยังมีข้อจำกัดและพบปัญหาในการบริหารจัดการระบบ ทั้งนี้ควรมีการทบทวนข้อดี ข้อเสีย ของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในปัจจุบันเปรียบเทียบกับระบบบริหารจัดการอื่นๆ ร่วมด้วย

คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเสนอทางเลือก 2 ประการ คือ

ทางเลือกที่ 1 ผลักดันให้การดำเนินงานระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผนวกรวมไปกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อดีของการจัดการด้วยวิธีการนี้ คือ (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีขีดความสามารถขององค์กรสูง ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน และเทคโนโลยี (2) สถานพยาบาลก็มีความคุ้นเคยกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว จึงลดความซ้ำซ้อนและความสับสนในการบริหารจัดการ และ (3) การรวมและกระจายความเสี่ยงมีมากขึ้น เนื่องจากการรวมความเสี่ยงในระดับประเทศ ซึ่งย่อมส่งผลทำให้ระบบประกันสุขภาพมีความมั่นคงมากขึ้น รวมถึงการจัดการงบประมาณสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ทำให้มีในการเจรจาต่อรองในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงร่วมกัน

ข้อเสียและข้อจำกัดของการจัดการด้วยวิธีนี้ คือ ต้องมีการทำความเข้าใจและการยอมรับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข และพิจารณาขอบเขตหน้าที่และเจตนารมณ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่ามีหน้าที่ให้การประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทย

ทางเลือกที่ 2 ให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังที่เป็นอยู่

ข้อดีของการจัดการด้วยวิธีการนี้ คือ (1) การบริหารจัดการระบบสามารถดำเนินการได้โดยท่ามกลางความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันในเรื่องขอบเขตของผู้ประกันตนที่ปรากฏในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ (2) งบประมาณที่จัดสรรสู่สถานพยาบาลมีความคล่องตัวสูง สถานพยาบาลสามารถนำงบประมาณดังกล่าวไปอุดหนุนในกิจกรรมของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถใช้งบประมาณจากส่วนอื่นได้

ข้อเสียและข้อจำกัดของการจัดการด้วยวิธีนี้ คือ (1) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิยังไม่มีที่แน่นอน เนื่องด้วยไม่มีกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติรองรับ (2) การกระจายและรวบรวมความเสี่ยงของระบบประกันสุขภาพนี้ค่อนข้างต่ำ เพราะมีผู้ประกันตนน้อย และ (3) การจะทำให้การดำเนินการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการใหม่ทั้งระบบ โดยควรวางแผนการดำเนินการทั้งระยะสั้นและระยะยาวดังนี้

แผนระยะสั้น

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดย ทั้งด้าน
ทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยี
2. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1) ควรปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ปรับปรุงการลงรหัสให้สอดคล้อง
กับสถานการณ์ปัจจุบัน และทำให้ระบบการจัดเก็บข้อมูลของสำนักงานนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ และกลุ่มประกันสุขภาพเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของ
การลงข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
 - 2) ควรสนับสนุนทางวิชาการกับทางพื้นที่ จากเดิมที่เป็นเพียงผู้จัดสรรเงินอย่าง
เดียว เพื่อให้หน่วยบริการตระหนักถึงความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูล และนำ
ข้อมูลที่ประมวลหรือผ่านการวิเคราะห์แล้วกลับไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
ระบบบริการในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
 - 3) พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณ โดยกำหนดสัดส่วนของ
งบประมาณส่วนหนึ่งให้ใช้สำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน ส่งเสริมการ
ลงทะเบียนและแก้ปัญหาสถานะและสิทธิของผู้ป่วย
 - 4) ควรขยายขอบเขตผู้ที่ยังตกหล่นจากนโยบายประกันสุขภาพนี้ เช่น เด็กที่มี
ปัญหาสถานะและสิทธิที่มีบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 แต่อยู่นอก
สถานศึกษา และปรับเปลี่ยนระเบียบการลงทะเบียนให้มีความยืดหยุ่นขึ้น เช่น
อนุญาตให้มีการลงทะเบียนตามที่อยู่จริงได้

แผนระยะยาว

ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิต้องเข้าสู่การพิสูจน์สัญชาติ และรับรองสถานะให้มากที่สุด โดย
กลุ่มประกันสุขภาพควรกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้สถานพยาบาลตระหนักในหน้าที่นี้
นอกเหนือจากการให้การรักษายาบาลซึ่งเป็นงานประจำอยู่แล้ว รวมถึงสนับสนุนองค์ความรู้ใน
ด้านกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ เมื่อผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับการ
รับรองในสัญชาติแล้ว ก็เปลี่ยนสิทธิการรักษาให้เป็นหนึ่งในสามสิทธิหลักของประเทศ

Executive summary

Background

Although Thailand has achieved universal health coverage since 2002, the Thai health care system provide health services not only to 'Thai nationalities', but also to both legal and illegal migrants as well as their dependants, and people with nationality and civil registering problems. Most of those without Thai nationality are population under 'the Thai State's Strategy on Managing People with Personal Legal Status Problems and Rights: 18th January 2005', and are commonly entitled 'People with Citizenship Problems'.

Before 2002, people with citizenship problems were able to obtain 'the Low Income Card' (LIC) in order to acquire health services without out-of-pocket payment. However, the National Health Security Board referred to the Judiciary Council's interpretation on the National Health Act 2002 that, the Universal Coverage Scheme (UCS) covered only Thai nationalities. Thus all those people with citizenship problems, who used to benefit from the LIC, became uninsured. They, however, received services from public health facilities based on fees for services according to their abilities to pay and humanitarian principle.

To solve the problem, a policy on 'Health Insurance for People with Citizenship Problems (HIS-PCP)' was proposed by the National Health Security Board and networks of civil societies and academicians. It was then approved by the Cabinet on 23rd March 2010.

The objectives of the policy are (1) to enable people with citizenship problems to access to essential health services, and (2) to relieve the financial burden of health facilities and reduce healthcare expenditure of the patients. Nevertheless, since the inception of the policy, there has not been a systematic evaluation on the insurance, in particular its managerial systems and service burdens incurred at health facilities.

Objectives and Methodology

This study aimed to better understand the management and the operation of health facilities under 'Health Insurance Policy for People with Citizenship Problems: the Cabinet Resolution on 23rd March 2010', which enabled the target population to access to essential health services, through a case study in Ranong and Tak province. A parallel mixed method consisting of both qualitative and quantitative approaches was applied.

Results

Overview of the policy

HIS-PCP differs from other health insurances either in its history or its operational management. The policy originated from the Cabinet Resolution, not a legal instrument. Therefore, its status seems like an 'ad hoc' insurance. As a consequence, the annual budget has varied greatly depending on the negotiation between the Ministry of Public Health (MOPH) and the Bureau of the Budget. Since HIS-PCP was not set as the government's priority, the budget received was unstable and varied by years.

The origin of this system has big influence on the purpose and interpretation of the policy. It is considered more as service 'provision' by the MOPH based on humanitarian purpose than as the 'right' to health for all citizens enshrined in the UCS. The expansion of the UCS to cover all people with citizenship problems is recommended in the long term.

Difference in operational management between study sites

The management of the systems in Ranong province has the following specific features: (1) allocating a fix proportion of budget for disease prevention and health promotion activities, (2) paying 'on-top' to the health facilities based on the number of outpatient services, and (3) allowing the insurers to visit any of health facilities in the province without gate-keeping mechanism.

However, there remain limitations and rooms for improvement: (1) inadequate communication led to an ineffective use of the budget, (2) despite having an 'on-top' payment, the utilization of the patients did not increase significantly, and (3) freedom of choice to visit any health facility in the province was one of factors contributing to a rise in workloads at the provincial hospital and health promotion hospitals in the provincial city. This left behind a large number of the elderly with chronic non-communicable diseases outside the provincial city and then caused a high service burdens to health facilities outside the provincial city in dealing with high prevalence of non-communicable diseases.

The management of the insurance in Tak province has two distinct features: (1) using the same mechanism which is routinely applied for the UCS, and (2) initiating area-specific innovations, e.g., building up health posts (Suk-Sala), setting up the 'Law Clinic for Humanity' at Umphang hospital. The limitations and risks of such innovative mechanisms are: (1) the systems depend much on the leadership of the director in each health facility, which may affect the programme's sustainability, and (2) the monitoring and evaluation systems on such innovations need to be established.

The operation at the central authorities

The Health Insurance Group (HIG), under the Office of Permanent Secretary (OPS) is the main responsible agency. The HIG was not established to manage the HIS-PCP and it is also responsible for other important works, especially the, 'Compulsory Migrant Workers' Health Insurance'. Thus the additional burden from HIS-PCP exceeds its present institutional capacity.

There remain unsolved problems concerning data collection and data transmission. For instances, a variety and complexity in data coding, a duplication in handing over the data to both the HIG and the Bureau of Policy and Strategy (BPS). In addition, local authorities did not have the capacity to make better use of the data that they collect and sent to the central authorities, apart from the financial incentives

Disease prevention and health promotion activities

Proactive works on disease prevention and health promotion activities for people with citizenship problems are complex due to (1) legal limitation, (2) geographical and language barriers, and (3) the frequent migration of the target population. These problems also mingle with the confusion in the communication both within the central authorities, and between the central authorities and the local authorities.

Working through 'Alien Health Officers' and 'Alien Health Volunteers' is an innovative mechanism to overcome language and cultural barriers. Yet there has not been a clear evaluation plan assessing on the quality and effectiveness of this innovation.

Solving the citizenship problems of the target population

The local health facilities have inadequate capacity in coordinating with the Office of Civil Registration to solve citizenship problems of the target population. Some health facilities initiated a working group to deal with legal issues and to help patients to get into the nationality verification process. However, such initiative has just been established and its success has yet to be evaluated.

In principle, should the nationality verification process functions effectively, the number of the insurers will decline. This is an important mission according to the national strategy on managing people with personal legal status problems.

Policy outcomes

HIS-PCP successfully reduced the expenditure from receiving healthcare services in the target population and also improved the financial situation in the health facilities. However, the utilization rates of people with citizenship problems were comparatively less than those of the UCS beneficiaries. Furthermore, disease severity and admission days did not change significantly as compared to those prior to the implementation of the policy.

Conclusions and policy recommendations

This study suggests that HIS-PCP successfully reduced the expenditure from receiving healthcare services in the target population and also made health facilities gain more revenue.

However, it did not significantly change the utilizations of the target population and the service burdens at health facilities. Furthermore, there remain unsolved problems in managing the system. A comprehensive review on advantages and disadvantages of the operation of HIS-PCP as status quo comparing with other alternatives in managing the system is recommended.

Therefore, two potential policy options are proposed as follows:

Option 1 Manage this policy through the National Health Security Office (NHSO) by incorporating it with the UCS

Advantages of this option are: (1) The NHSO has high institutional capacity either in term of infrastructure, human resources and technology. (2) Health facilities at the local level are more familiar with the current management system of the UCS. This will reduce the duplication and confusion in the operational management, and (3) the risk pooling and sharing will be expanded as the economy of scale is enlarged to the country level, and the budget will be able to be spent more effectively. For instance, the organisation will gain greater negotiating power in purchasing high-cost medical products.

Drawbacks and limitations of this option is; if the system is to be managed by the NHSO, a review on the purpose and scope of the NHSO based on the National Health Act 2002 is required. In order to be successful in this approach, a conducive political environment as well as the support from all stakeholders including the MOPH, the Ministry of Interior (MOI), and civil societies, is a prerequisite.

Option 2 Manage this policy through the HIG, OPS under as status quo

Advantages of this option are: (1) The current managerial system can be undertaken in the midst of disagreements on the scope of beneficiaries as stated in the National Health Act, 2002, and (2) the use of the budget allocated to the local health facilities is flexible and can be mobilised for activities which are uncovered by funding from other sources.

Drawbacks and limitatons of this option are: (1) the unsustainability of the insurance due to the lack of legal instrument, (2) low risk pooling and risk sharing due to a small economy

of scale, and (3) an overhaul of the present management system is needed as recommended below:

Short term plans

1. The MOPH should strengthen the institutional capacity of HIG, OPS in terms of human resources and technology.
2. It is recommended that the HIG as the main responsible agency:
 - 1) Should develop and adapt its data management systems, refine data coding to be more up-to-date, and harmonise its data management systems with those handled by the BPS. This will solve problems of data duplication and help local authorities to make the best use of the data.
 - 2) Should provide adequate support, not only the financial incentives but also the technical knowledge and managerial skills, to the local authorities. This will stimulate and enable local health facilities to recognise the importance of data collection. They will then benefit from the analysed data for further improvement of their health service systems.
 - 3) Cooperate with health facilities at the local level to develop budget monitoring and evaluation systems. A fix proportion of the budget should be earmarked for activities regarding disease prevention and health promotion, the registration of patients to the insurance, and coordinating with the MOI in solving citizenship problems of the target population.
 - 4) Coordinate with relevant authorities under the MOI in expanding the coverage to the uninsured, for instance, children with citizenship problems who held the national identity card starting with '0' but failed to attend school. The regulation of the insurance should be adapted to be more flexible, such as, allowing patients to register to health facilities in the same areas with their actual residence.

Long term plans

People with citizenship problems are required to enter the nationality verification process. The HIG should develop clear and practical guideline to make health facilities recognise this responsibility which is beyond the routine health service provision. Technical support on legal issues must be provided to health staff at the local level. Once the nationality verification is complete, these populations will change their insured status to either one of the main three schemes of the country.

ความเป็นมา

แม้กระทรวงสาธารณสุขไทยได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบสาธารณสุขและระบบการคลังเพื่อสุขภาพมาร่วมสี่ทศวรรษ จนสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการป้องกันภาวะล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพได้ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา [1-4] แต่การให้บริการสุขภาพแก่บุคคลที่มีชีวิตอยู่บนผืนแผ่นดินไทย 'ไม่ได้จำกัดเพียง 'คนสัญชาติไทย' เท่านั้น หากยังรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ทั้งที่เข้าเมืองผิดกฎหมายและถูกกฎหมาย กลุ่มคนที่มีปัญหาในสัญชาติและผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนราษฎร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล 18 มกราคม 2548 และต่อมามักถูกเรียกว่ากลุ่ม 'ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ' [5-7]

ในอดีตบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถซื้อ 'บัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล' (สปร.) เพื่อใช้สิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย [8, 9] แม้โดยข้อเท็จจริงแล้ว บุคคลกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่เกิดหรืออยู่อาศัยในประเทศไทยมายาวนานจนมีความคุ้นเคยกับวิถีชีวิตของชนชาติไทย ในขณะที่แรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย (work permit) ซึ่งได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวหรืออยู่ในขั้นตอนการพิสูจน์สัญชาติมีสิทธิที่จะได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐโดยระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวซึ่งบริหารจัดการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) [10]

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เสนอระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ผ่านทางการผลักดันโดยภาคประชาสังคมและภาควิชาการ เช่น โครงการเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) [5, 7, 9] จนได้รับการอนุมัติเป็นมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553

นโยบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรค และ (2) เพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวโดยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน

อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่กำหนดนโยบายมา ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในเรื่องการบริหารจัดการและผลกระทบของนโยบายต่อสถานพยาบาล

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการดำเนินการของสถานพยาบาลภายใต้นโยบายดังกล่าว ผ่านกรณีศึกษาในสองจังหวัด คือ จังหวัดระนอง และจังหวัดตาก และที่กลุ่มประกันสุขภาพ สป. โดยมุ่งหวังให้เกิดความเข้าใจต่อการบริหารจัดการของสถานพยาบาลและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลภายใต้นโยบายนี้ ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้รับนโยบายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในวงกว้าง นอกจากนี้ยังเป็นการเรียนรู้ พัฒนาและปรับปรุงนโยบายผ่านข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ให้ก่อประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สถานพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข มีการบริหารจัดการและดำเนินการอย่างไรภายใต้ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้เข้าถึงบริการ และได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็น
2. ปริมาณการเข้าถึงบริการและการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่จัดโดยสถานพยาบาลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจการบริหารจัดการและการดำเนินการของสถานพยาบาล รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้เข้าถึงและได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายใต้ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจการบริหารจัดการ และการดำเนินการของสถานพยาบาลและ สสจ. และกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการสุขภาพต่อบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
2. เพื่อประเมินปริมาณการเข้าถึงบริการ และการบริการสุขภาพของสถานพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

นิยามและความครอบคลุมของคำถามการวิจัย

1. คำถามวิจัยข้อที่ 1
 - ‘การบริหารจัดการ’ ครอบคลุมถึง การจัดกิจกรรมใดๆ ในระดับงานบริหารที่เกี่ยวข้องกับการใช้งบประมาณจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารงบประมาณ การจัดระบบแบ่งสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมสุขภาพเพื่อกลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ การจัดกิจกรรมประเมินผลการให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

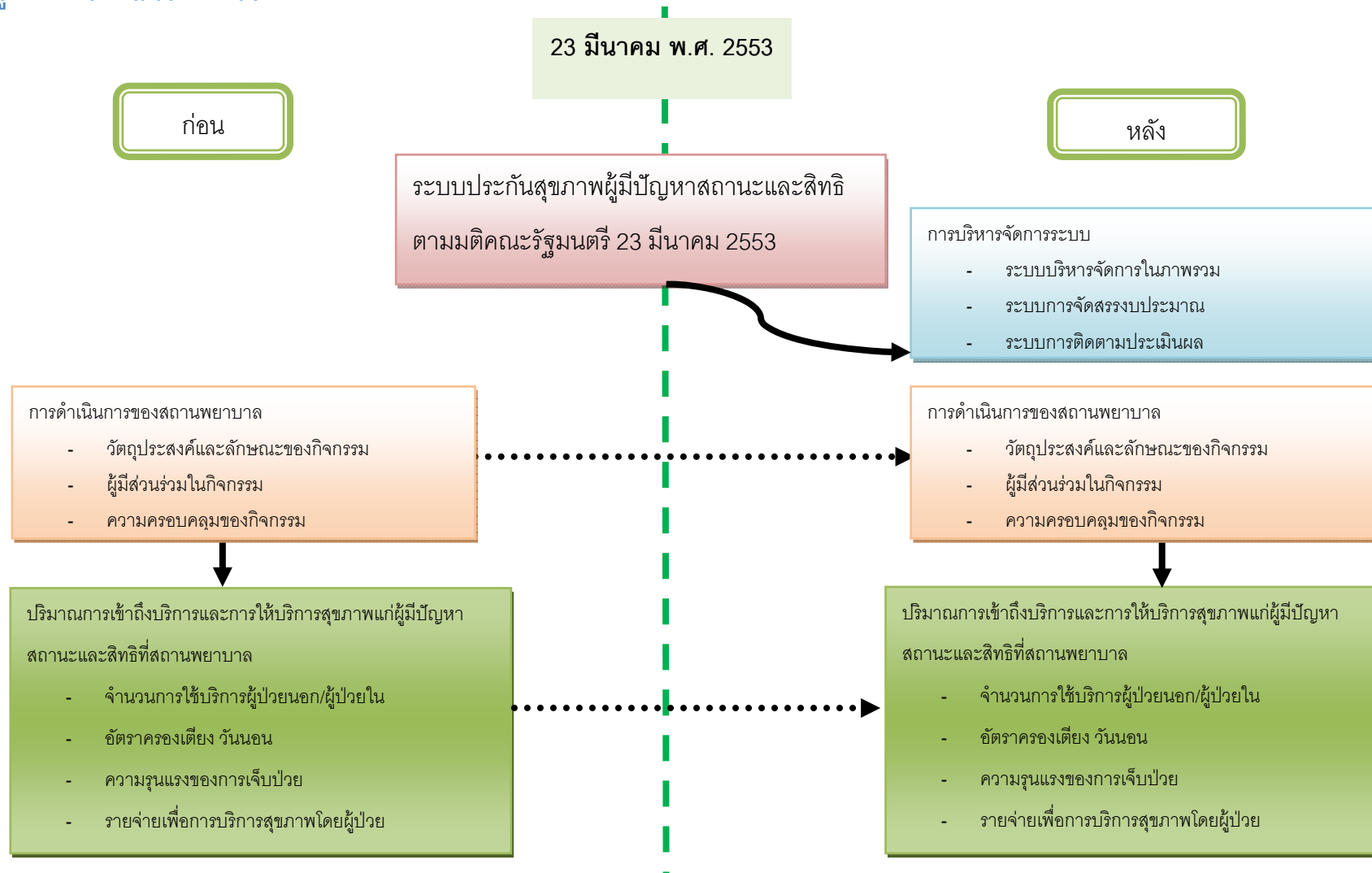
- ‘การดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้เข้าถึงบริการ และได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็น’ ครอบคลุมถึง การจัดกิจกรรมใดๆ ในระดับปฏิบัติการที่เป็นไปเพื่อลดข้อจำกัดทางการเงินของผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพื่อให้การเข้าถึงบริการ อย่างน้อยตามเงื่อนไขชุดสิทธิประโยชน์ที่ระบุไว้ในระบบประกันสุขภาพนี้ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ในสิทธิด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของนโยบายกิจกรรมอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง หรือข้อจำกัดทางกฎหมายและวัฒนธรรม สำหรับกลุ่มเป้าหมายของนโยบายนี้ เป็นต้น

2. คำถามวิจัยข้อที่ 2

- ‘การเข้าถึงบริการ และการบริการสุขภาพ’ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้ใช้บริการสุขภาพที่จัดสรรโดยสถานพยาบาล อันครอบคลุมถึงการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการส่งเสริมป้องกันโรค โดยการวิจัยครั้งนี้พิจารณาการเข้าถึงบริการ และการบริการสุขภาพผ่านตัวแปรที่สนใจศึกษาเท่านั้น (รายละเอียดตัวแปรที่สนใจศึกษาระบุในหัวข้อ ‘ระเบียบวิธีวิจัย’)

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



พื้นที่ศึกษา

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ (1) เลือกพื้นที่การบริหารจัดการส่วนกลาง ในที่นี้คือ กลุ่มประกันสุขภาพ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สป. และ (2) เลือกพื้นที่ในระดับปฏิบัติการ ซึ่งในขั้นแรก พิจารณาจากจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อประชากรทั้งหมดมากที่สุด 2 จังหวัด โดยอาศัยฐานข้อมูลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับกลุ่มประกันสุขภาพ สป. ปี 2554-2555 และข้อมูลประชากรจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยปี 2553

จังหวัดระนอง และจังหวัดตาก มีสัดส่วนของประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อประชากรทั้งหมดมากที่สุด在全国ของทั้งประเทศ (ดูตารางที่ 1) การคัดเลือกจังหวัดที่ทำการศึกษาดังวิธีนี้ ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นระบบที่เพิ่งจัดตั้งได้ไม่นาน จังหวัดที่รับภาระการจัดการระบบประกันสุขภาพนี้มากเทียบกับภาระงานก่อนวันที่ 23 มีนาคม 2553 น่าจะแสดงให้เห็นถึงวิธีบริหารจัดการและผลกระทบของนโยบายได้ชัดเจน

ตารางที่ 1 จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อจำนวนประชากรทั้งหมดมากที่สุด 5 อันดับแรก

จังหวัด	ประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ¹	ประชากรทั้งหมด ^{2,3}	สัดส่วนประชากร (%)
1. ระนอง	23,486	183,276	12.8
2. ตาก	48,588	525,684	9.2
3. แม่ฮ่องสอน	18,768	242,742	7.7
4. เชียงใหม่	122,340	1,640,479	7.5
5. กาญจนบุรี	54,101	839,776	6.4

แหล่งข้อมูล: 1. กลุ่มประกันสุขภาพ สป. 2554-2555
2. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2553
3. ข้อมูลทะเบียนราษฎรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 2555

หมายเหตุ: CUP = Contracting Unit of Primary Care

ในขั้นที่สอง ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาระดับอำเภอในจังหวัดระนองและจังหวัดตาก โดยเลือกอำเภอที่มีบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิลงทะเบียนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นจำนวน 2 อำเภอต่อหนึ่งจังหวัด ซึ่งในจังหวัดระนอง เลือกอำเภอเมืองระนองและอำเภอกะปूर ในขณะที่ยังจังหวัดตาก ได้เลือกอำเภอแม่สอดและอำเภออุ้มผาง ในแต่ละอำเภอที่คัดเลือกได้เลือกตัวอย่างสองตำบลเพื่อทำการศึกษา โดยอาศัยข้อมูลจากผู้ประสานงานในพื้นที่ให้เลือกพื้นที่ที่มีประชากรผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอยู่อย่างหนาแน่น ด้วยวิธีการเลือกดังกล่าวทำให้ได้ สถานพยาบาลและหน่วยงานที่ทำการศึกษามีความหลากหลาย และครอบคลุมหน่วยงานในทุกระดับ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (parallel mixed method) ซึ่งประกอบด้วยวิธีวิจัยย่อยทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (ดูรายละเอียดในหัวข้อ “ระเบียบวิธีวิจัย”) ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ได้กำหนดสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เข้าทำการศึกษาดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานพยาบาลที่กำหนดเป็นพื้นที่ศึกษา

สถานพยาบาล	ประเภทของ สถานพยาบาล	อำเภอ	จังหวัด
1. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	สป. กระทรวง สาธารณสุข	เมืองนนทบุรี	นนทบุรี
2. กลุ่มประกันสุขภาพ	สป. กระทรวง สาธารณสุข	เมืองนนทบุรี	นนทบุรี
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง	สสจ.	เมืองระนอง	ระนอง
4. โรงพยาบาลระนอง	รพท. 258 เตียง	เมืองระนอง	ระนอง
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย CUP ระนอง	รพสต.	เมืองระนอง	ระนอง
6. โรงพยาบาลกะปूर	รพช. 30 เตียง	กะปूर	ระนอง
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เครือข่าย CUP กะปूर	รพสต.	กะปूर	ระนอง

สถานพยาบาล	ประเภทของ สถานพยาบาล	อำเภอ	จังหวัด
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก	สสจ.	เมืองตาก	ตาก
9. โรงพยาบาลแม่สอด	รพท. 420 เตียง	แม่สอด	ตาก
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เครือข่าย CUP แม่สอด	รพสต.	แม่สอด	ตาก
11. โรงพยาบาลอุ้มผาง	รพช. 60 เตียง	อุ้มผาง	ตาก
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เครือข่าย CUP อุ้มผาง	รพสต.	อุ้มผาง	ตาก

หมายเหตุ: ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง ได้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลใกล้เคียง
 นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ข้างต้น ตามความเหมาะสมและความเอื้ออำนวย
 ของแต่ละพื้นที่ รายละเอียดได้ระบุไว้แล้วในหัวข้อผลการศึกษา

CUP = Contracting Unit of Primary Care

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed method) ซึ่งประกอบด้วยวิธีวิจัยย่อยทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ดังนี้

- สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ทรงคุณวุฒิของกระทรวงสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบาย เจ้าหน้าที่กลุ่มประกันสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ สนย. นายแพทย์ สสจ. ผู้อำนวยการ รพท. และผู้อำนวยการ รพช.
- สัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) กลุ่มละ 2-5 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่ สสจ. หรือที่สถานพยาบาลที่คัดเลือกเป็นสถานที่ศึกษา
- สัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) กลุ่มละ 2-3 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพสต. และเจ้าหน้าที่ประจำ รพสต. นั้นๆ

ข้อมูลที่ได้จะได้รับการตรวจสอบสามเส้า (methodological triangulation) โดยใช้วิธีการสังเกตและรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในที่นี้ได้กำหนดความน่าเชื่อถือของข้อมูล (level of evidence) จากระดับความสอดคล้องของข้อมูลอื่น 3 แหล่ง ได้แก่ (1) จากการสังเกต (2) จากเอกสารประกอบ เช่น รายงานการประชุม รายงานบัญชี และ (3) ข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์รายอื่น

การวิจัยนี้แบ่งความน่าเชื่อถือเป็น 4 ระดับ คือ 'A' หมายถึง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สอดคล้องหรือได้รับการสนับสนุนโดยข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่นๆ ทั้ง 3 แหล่ง ถ้าข้อมูลจากการสัมภาษณ์สอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่น 2 ใน 3 แหล่งดังที่ระบุไว้ จะกำหนดความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 'B' และถ้าสอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่น 1 ใน 3 แหล่ง จะกำหนดความน่าเชื่อถือเป็นระดับ 'C'

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ: ใช้ข้อมูลทุติยภูมิการบริการผู้ป่วยที่เก็บที่สถานพยาบาล ซึ่งเป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูล 12 แฟ้ม สำหรับผู้ป่วยในที่มาใช้บริการที่ รพท. และ รพช. และข้อมูล 21 แฟ้ม ที่

จัดเก็บที่ สสจ. สำหรับผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการที่ รพท. รพช. และ รพสต. เครือข่าย Contracting Unit of Primary Care (CUP) ที่อยู่ในพื้นที่ศึกษา ในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมาⁱ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้วิธีวิเคราะห์ที่เน้นสาระ (thematic analysis) โดยมีตัวอย่างประเด็นคำถาม (interview guide) ดังนี้

- ท่านมีความรู้ หรือเข้าใจ หรือรับรู้ วัตถุประสงค์ของนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอย่างไร
- การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในเขตพื้นที่นั้นๆ ทำอย่างไร
- ใครเป็นผู้มีอำนาจ และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพนี้บ้าง
- งบประมาณจากระบบประกันสุขภาพนี้ ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร ในกิจกรรมอะไรบ้าง
- งบประมาณที่ได้จากระบบประกันสุขภาพนี้ สอดคล้องกับภาระงานของสถานพยาบาลนั้นๆ หรือไม่อย่างไร
- กิจกรรมที่เกิดขึ้นจากงบประมาณนี้ มีความครอบคลุมประชากรกลุ่มใดบ้าง
- กิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและพัฒนาการบริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิอันสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้หรือไม่ อย่างไร
- กิจกรรมดังกล่าวมีความแตกต่างจากเดิมก่อนมีระบบประกันสุขภาพนี้หรือไม่ อย่างไร
- มีการทำกิจกรรมหรือการดำเนินการอย่างไรให้ประชากรตามเงื่อนไขของนโยบายได้รับรู้ถึงสิทธิการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของตนเอง
- ได้มีการเชื่อมโยงหรือประสานงานกับสถานพยาบาลเครือข่ายและสถานพยาบาลส่งต่ออย่างไร
- มีระบบติดตามประเมินผลผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมหรือไม่

i ไม่ใช้ฐานข้อมูลกลุ่มประกันสุขภาพ เนื่องจากอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการ และขาดข้อมูลการให้บริการที่เกิดขึ้นก่อนมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553

- เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติงาน รับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพนี้หรือไม่ อย่างไร
- ในการดำเนินการจริง การให้บริการ และภาระงานที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากก่อนที่มีระบบประกันสุขภาพนี้หรือไม่ อย่างไร
- ข้อดี และข้อเสียของนโยบาย อุปสรรคการดำเนินงาน รวมถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายต่อไปมีอะไรบ้าง

หลังการสัมภาษณ์ได้มีการประชุมในกลุ่มนักวิจัยเสมอ เพื่อปรับประเด็นคำถามให้เข้ากับข้อมูลที่ได้เมื่อมีประเด็นใหม่ที่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัยที่นักวิจัยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน (iterative process)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ: กำหนดตัวแปรที่สนใจ คือ จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก จำนวนการให้บริการผู้ป่วยใน วันนอน โรคที่พบบ่อยที่สุดห้าลำดับแรกเมื่อมารับการบริการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยปรับตาม Relative weight (RW) หรือ Adjusted Relative Weight (AdjRW) ที่กำหนดตาม Diagnostic-Related Groups (DRGs) และจำนวนเงินที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเมื่อมารับการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะแสดงใน 2 รูปแบบคือ (1) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อเป็นการอธิบายภาพรวมของข้อมูล และ (2) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โดยละเอียด และอ้างอิงกลับไปสู่ประชากรทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ (ตัวแปรต้น) เช่น ชนิดของสิทธิประกันสุขภาพ อายุ เพศ โรคที่เข้ารักษา กับ ผลลัพธ์ (ตัวแปรตาม) ซึ่งในที่นี้ ตัวแปรตามที่น่าสนใจ มีดังนี้

1. จำนวนการให้บริการ แบ่งเป็น
 - 1) จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก หรือ Outpatient (OP) ในภาพรวมทั้งจังหวัด
 - 2) จำนวนการให้บริการผู้ป่วยใน หรือ Inpatient (IP) แยกรายโรงพยาบาล
2. การเปลี่ยนแปลงของ AdjRW สำหรับการให้บริการ IP และการเปลี่ยนแปลงของวันนอน (length of stay) สำหรับการให้บริการ IP แยกรายโรงพยาบาล
3. การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ ณ จุดบริการ แยกเป็น
 - 1) ค่าใช้จ่ายจากการบริการ OP ในภาพรวมทั้งจังหวัด
 - 2) ค่าใช้จ่ายจากการบริการ IP แยกรายโรงพยาบาล

ในข้อ 1 และ 2 นี้วิเคราะห์ด้วย Difference-in-Difference (DID) model โดยใช้ multivariable regression analysis ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ จะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสุทธิของตัวแปรที่สนใจอันเนื่องมาจากนโยบายหลังจากปรับอิทธิพลจากปัจจัยร่วมอื่นแล้ว (absolute policy effect) [11]

ในข้อ 3 วิเคราะห์ด้วยเทคนิค Difference-in-Difference model ร่วมกับ Two-part model [12] ซึ่งการวิเคราะห์แบ่งย่อยเป็น

- 1) Part 1: โอกาสที่จะต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ
- 2) Part 2: จำนวนเงินที่ต้องจ่ายด้านสุขภาพเมื่อมีการจ่ายเกิดขึ้น

ใช้สมการ logistic regression with marginal effects ในการอธิบายโอกาสในการมีรายจ่ายด้านสุขภาพสำหรับ Part 1 และ ใช้ generalised linear model with log link for gamma distribution สำหรับ Part 2 ซึ่งเมื่อประมวลทั้ง Part 1 และ Part 2 เข้าด้วยกัน จะสามารถประเมินค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพที่แท้จริงได้

เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีสมมติฐานว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีปัญหาละเลยและสิทธิ ผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ อยู่ในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน ต่างจากกลุ่มที่อยู่ในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในขั้นตอนการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานจึงได้จำกัดเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีปัญหาละเลยและสิทธิ ผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ มาเปรียบเทียบกัน

สมการคณิตศาสตร์ที่ใช้มีลักษณะดังนี้

$$Y = A + B * Policy + C * Beneficiary + D * Time + G * Covariables + E$$

โดย Y เป็นตัวแปรตาม ได้แก่ จำนวนการให้บริการ OP ในหน่วยครั้ง/คนปี และจำนวนการให้บริการ IP ในหน่วยครั้ง/คนปี การเปลี่ยนแปลงของ AdjRW ต่อครั้ง การเปลี่ยนแปลงของวันนอนในหน่วยวัน/ครั้ง และการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในหน่วยบาท/ครั้ง

การกำหนดตัวแปรต้นมีรายละเอียดแตกต่างกันไป ดังนี้

1. การวิเคราะห์จำนวนการให้บริการ OP และ จำนวนการให้บริการ IP มีฐานคิดว่าข้อมูลของแต่ละสถานพยาบาลเป็นอิสระต่อกัน (adjusting variance-covariance estimation by health

facility cluster)ⁱⁱ โดยจัดการข้อมูลจากข้อมูลรายบุคคลรายครั้งการใช้บริการ ให้อยู่ในรูปคน-ปี (person-year)

การกำหนดตัวแปรมีรายละเอียด ดังนี้

- A คือค่าคงที่สมการ หรือ constant
- B, C, D และ G คือสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปร (G ประกอบด้วยสัมประสิทธิ์ย่อยหลายตัว ขึ้นกับจำนวนตัวแปร Covariables) ซึ่ง B จะบ่งบอกการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามอันเนื่องมาจากนโยบายนี้
- Policy คือ การมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ แทนค่า 1 ถ้าเป็นผู้มีเลขประจำตัวบุคคลเข้าได้กับเกณฑ์ของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และมาใช้บริการหลังวันที่ 23 มีนาคม 2553 และแทนค่า 0 ถ้าเป็นผู้มีเลขประจำตัวบุคคลเข้าไม่ได้กับเกณฑ์ของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือมาใช้บริการก่อนวันที่ 23 มีนาคม 2553ⁱⁱⁱ นั่นคือตัวแปรนี้จึงเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างสิทธิประกันสุขภาพและเวลา
- Beneficiary คือ สิทธิประกันสุขภาพ กำหนดเป็นตัวแปรหุ่นซึ่งประกอบด้วย สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (HIS-PCP) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (CMHI) และผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ (Uninsured) โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นฐานเปรียบเทียบ

ii ในขั้นต้น วางแผนวิเคราะห์โดยอาศัยฐานคติพิจารณาว่าข้อมูลแต่ละบุคคลเป็นอิสระต่อกัน แต่ข้อมูล OP ไม่ได้เลขประจำตัวบุคคล 13 หลักครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถใช้เลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก เป็น unique identifier ได้ จึงปรับ variance-covariance estimation by individual cluster ไม่ได้ แต่การวิเคราะห์ข้อมูล IP ข้อมูลเลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก ที่ความละเอียดเพียงพอที่จะปรับ ปรับ variance-covariance estimation by individual cluster ได้

iii เฉพาะข้อมูล IP ของโรงพยาบาลระนอง จะแทนค่า 1 ถ้าเป็นผู้มีเลขประจำตัวบุคคลเข้าได้กับเกณฑ์ของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิและมาใช้บริการหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ซึ่งเป็นการเริ่มตามปีงบประมาณแทน เนื่องจากการเปลี่ยนระบบคอมพิวเตอร์ที่เก็บข้อมูลของโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลบางส่วนก่อนปี 2553 ขาดหายไป และแทนค่า 0 ถ้าเป็นผู้มีเลขประจำตัวบุคคลเข้าไม่ได้กับเกณฑ์ของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือมาใช้บริการก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2553 การใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2553 เป็นจุดตัด ทำให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการเปรียบเทียบการให้บริการก่อนและหลังมีนโยบาย

- Time คือ ตัวแปรเวลา กำหนดเป็นตัวแปรหุ่น ประกอบด้วยปีงบประมาณ 2551-2555 ทั้งนี้ข้อมูลแต่ละสถานพยาบาลที่สามารถหาได้ มีปริมาณแตกต่างกัน ข้อมูลของการใช้บริการ OP ที่จังหวัดระนองได้มาเป็นปีปฏิทินและในบางสถานพยาบาลไม่มีครบทุกปีงบประมาณทั้งนี้ได้ใช้ปีแรกสุดเป็นฐานเปรียบเทียบ รายละเอียดเพิ่มเติมระบุไว้ในหัวข้อ 'ผลการศึกษา'
- Covariables คือ กลุ่มตัวแปรร่วม ซึ่งกำหนดจากการประชุมปรึกษาในกลุ่มนักวิจัย ในที่นี้ประกอบด้วย
 - Age คือ อายุ ในหน่วยปี
 - Male คือ เพศชาย แทนค่า 1 ถ้าเป็นชายและแทนค่า 0 ถ้าเป็นหญิง
 - Time_at_risk คือ ระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ เป็นหน่วยวัน คิดจาก ระยะเวลาระหว่างวันแรกและวันสุดท้ายที่มาที่แต่ละสถานพยาบาลในแต่ละปี
 - Near_facility คือ การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลนั้นๆ แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยคนนั้นๆอาศัยอยู่ในตำบลเดียวกันกับสถานพยาบาลนั้นๆ และแทนค่า 0 ถ้าไม่ได้อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกันกับสถานพยาบาลนั้น^{iv}
 - Hospital_type คือ ประเภทสถานพยาบาล กำหนดเป็นตัวแปรหุ่น ประกอบด้วย รพท. (Provincial_hosp) รพช. (District_hosp) รพสต. ในเขตอำเภอเมือง (Muang_HC) รพสต. นอกเขตอำเภอเมือง (Non_Muang_HC) โดยใช้ รพท. เป็นฐานเปรียบเทียบ ทั้งนี้ข้อมูลจังหวัดตาก ได้เปลี่ยนจากตัวแปร Muang_HC เป็น Maesot_HC ซึ่งหมายถึง รพสต. ในเขตอำเภอแม่สอด และเปลี่ยนตัวแปร Non_Muang_HC เป็น Non_Maesot_HC ซึ่งหมายถึง รพสต. นอกเขตอำเภอแม่สอด
 - MCH_ever คือ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป^v เป็น การวินิจฉัยหลัก แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยเคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น และแทนค่า 0 ถ้าไม่เคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น

iv เฉพาะโรงพยาบาลอุ้มผางและโรงพยาบาลแม่สอดที่ยังขาดข้อมูลระดับตำบล จึงกำหนดตัวแปร Near_facility เทียบที่ระดับอำเภอ แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยคนนั้นๆอาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกันกับสถานพยาบาลนั้นๆ และแทนค่า 0 ถ้าไม่ได้อาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกันกับสถานพยาบาลนั้น

- Severe_disease_ever คือ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูง^v เป็นการวินิจฉัยหลัก แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยเคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น และแทนค่า 0 ถ้าไม่เคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น
- ACSC_ever คือ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่ม ambulatory care sensitive conditions (ACSC)^{vii} เป็นการวินิจฉัยหลัก แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยเคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น และแทนค่า 0 ถ้าไม่เคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น
- ANC_ever^{viii} คือ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มการฝากครรภ์ทั่วไป^{ix} เป็นการวินิจฉัยหลัก แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยเคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น และแทนค่า 0 ถ้าไม่เคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น
- FP_ever^{viii} คือ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มการคุมกำเนิดทั่วไป^x เป็นการวินิจฉัยหลัก แทนค่า 1 ถ้าผู้ป่วยเคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น และแทนค่า 0 ถ้าไม่เคยมาสถานพยาบาลด้วยกลุ่มโรคนี้ในปีนั้น

v โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป ในที่นี้ กำหนดให้เป็นโรคที่มีการลงทะเบียนโรคตาม International Classification of Diseases-10 หรือ ICD-10 เป็น O800, O700, O701, Z380, Z390, Z391 และ Z392

vi โรคที่มีความรุนแรงสูง ในที่นี้ กำหนดให้เป็นโรคที่มีการลงทะเบียนโรคตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วย B20, B21, B22, B23, B24, N17, N18, N19 หรือ โรคที่ลงทะเบียนโรคตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วย C

vii โรคกลุ่ม ambulatory care sensitive conditions ในที่นี้ กำหนดให้เป็นโรคที่มีการลงทะเบียนโรคตาม ICD-10 เป็น G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408, G409, J440, J441, J442, J443, J444, J445, J446, J447, J448, J449, J450, J451, J452, J453, J454, J455, J456, J457, J458, J459, I500, I501, I502, I503, I504, I505, I506, I507, I508, I509, I110, I119 หรือ โรคที่ลงทะเบียนโรคตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วย G40, J44, J45, I50, I10, E10, E11, E12, E13 และ E14

viii ตัวแปรนี้กำหนดให้มีเฉพาะในสมการการให้บริการ OP เพราะ พบกลุ่มโรคนี้เป็นการวินิจฉัยหลักในการให้บริการ IP น้อยมาก พบแต่เฉพาะที่การให้บริการ OP เกือบทั้งหมด

ix โรคกลุ่มการฝากครรภ์ทั่วไป ในที่นี้ กำหนดให้เป็นโรคที่ลงทะเบียนโรคตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วย Z34, Z35 และ Z36

x โรคกลุ่มการคุมกำเนิดทั่วไป ในที่นี้ กำหนดให้เป็นโรคที่ลงทะเบียนโรคตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วย Z30

O เฉพาะการบริการ IP ได้เพิ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับการส่งต่อการรักษาคือ

- การวิเคราะห์ที่สถานพยาบาลระดับ รพช. จะเพิ่มตัวแปร Referout_ever คือ การที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติได้ถูกส่งต่อสู่โรงพยาบาลส่งต่อในปีนั้นๆ แทนค่า 1 ถ้ามีประวัติได้ถูกส่งต่อสู่โรงพยาบาลส่งต่อในปีนั้นๆ และแทนค่า 0 ถ้าไม่มีประวัติดังกล่าว
- การวิเคราะห์ที่สถานพยาบาลระดับ รพท. จะเพิ่มตัวแปร Referin_ever คือ การที่ผู้ป่วยเคยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต้นทาง แทนค่า 1 ถ้ามีประวัติ ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต้นทาง และแทนค่า 0 ถ้าไม่มีประวัติดังกล่าว

- E คือ error term

2. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของ RW^x หรือ AdjRW และการเปลี่ยนแปลงของวันนอน ใช้การจัดข้อมูลให้อยู่ในรูปข้อมูลรายบุคคลรายครั้งการใช้บริการ โดยมีฐานคติการพิจารณาว่าข้อมูลของแต่ละบุคคลเป็นอิสระต่อกัน การกำหนดตัวแปรเหมือนกับในข้อ 1. ยกเว้นตัวแปรบางตัว ได้แก่
- (1) Hospital_type จะไม่ปรากฏในสมการ เพราะเป็นการคำนวณแยกรายสถานพยาบาลอยู่แล้ว
 - (2) Time_at_risk เพราะข้อมูลเป็นข้อมูลการใช้บริการรายครั้ง
 - (3) ตัวแปรกลุ่มโรค ได้แก่ MCH_ever, Severe_disease_ever, ACSC_ever, ANC_ever และ FP_ever จะเปลี่ยนเป็นตัวแปรหุ่น ชื่อ Disease_group ซึ่งหมายถึงในการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้นๆ มีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคใด กำหนดให้ ตัวแปรหุ่นประกอบด้วย โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป (MCH) โรคกลุ่ม ACSC (ACSC) โรคที่มีความรุนแรงสูง (Severe_disease) โรคกลุ่มการฝากครรภ์ทั่วไป (ANC) และโรคกลุ่มการคุมกำเนิดทั่วไป (FP) ทั้งนี้การวินิจฉัยอื่นๆนอกจากโรคที่ระบุไว้ (Other_diseases) นับเป็นฐานเปรียบเทียบ และ (4) ตัวแปร Referout_ever และ Referin_ever เปลี่ยนเป็นตัวแปรชื่อ Referout และ Referin ตามลำดับ โดยแทน Referout ด้วย 1 ถ้าการใช้บริการครั้งนั้นๆได้ส่งต่อผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลส่งต่อ และแทนค่า 0 ถ้าไม่ได้ส่งต่อ และแทนค่า Referin ด้วย 1 ถ้าการใช้

xi เฉพาะโรงพยาบาลระนองที่ได้ข้อมูลมาเป็น RW ข้อมูล IP โรงพยาบาลอื่นๆได้มาเป็น AdjRW

บริการครั้งนั้นๆ ได้รับผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลต้นทาง และแทนค่า 0 ถ้าไม่ได้รับผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลต้นทาง

3. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพใช้การจัดข้อมูลให้อยู่ในรูปข้อมูลรายบุคคลรายครั้งการใช้บริการ โดยมีฐานคติการพิจารณาว่าข้อมูลของแต่ละบุคคลเป็นอิสระต่อกันการกำหนดตัวแปรเหมือนกับในข้อ 2.

การระบุการมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การระบุความเป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตามหลักการต้องอาศัยเลขประจำตัวบุคคล 13 หลักเปรียบเทียบกับเกณฑ์การเป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อรักษาความลับของผู้มาใช้บริการ ผู้วิจัยได้ขอข้อมูลเลขประจำตัวบุคคลเฉพาะบางหลักที่เกี่ยวข้องกับการระบุสิทธิในระบบประกันสุขภาพนี้ ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีเลขประจำตัวบุคคล ขึ้นต้นด้วย 3 หรือ 4 หรือ 5 หรือ 8 จะไม่นำมาพิจารณา^{xii} เพราะหากอาศัยข้อมูลทุติยภูมิโดยไม่ได้สัมภาษณ์หรือตรวจสอบกับผู้ป่วยโดยตรงจะไม่สามารถระบุได้ว่า ผู้ป่วยคนนั้นมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพใด แต่หากผู้ป่วยมีเลขประจำตัวบุคคล ขึ้นต้นด้วย 6 หรือ 7 หรือ 0 (ที่มีหลัก 6 และ 7 เป็น '89') จะสามารถระบุได้แน่ชัดว่าเป็นผู้ทรงสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เนื่องจากประมาณร้อยละ 95 ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิทั่วประเทศ มีเลขประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วย 6 หรือ 7 หรือ 0 การระบุผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในการศึกษานี้ จึงมีความแม่นยำน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 [13]

xii ยกเว้น โรงพยาบาลอุ้มผางจ.ตาก เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลสามารถยืนยันได้ว่าผู้ที่มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วย 8 ที่มีหลัก 6 และ 7 เป็น 00 ทั้งหมดในอำเภออุ้มผาง จ. ตาก คือผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การประมวลข้อเสนอเชิงนโยบาย

การศึกษานี้ได้ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิทางนิติศาสตร์ ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเป็นผู้จัดกระบวนการประชุมระดมความคิดเห็น ซึ่งมีสามครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2555 เพื่อพัฒนาโครงการ, ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2556 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโครงการ และครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2556 เพื่อสรุปผลโครงการ โดยได้นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาประมวลผลร่วมกับผลการศึกษา เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

การพิจารณาเชิงจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสือเลขที่ 2555/499 รหัสโครงการ ID 11-55-08ย

การสัมภาษณ์ทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และอธิบายความเป็นมาของโครงการก่อนเริ่มสัมภาษณ์ทุกครั้ง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง การสัมภาษณ์ทุกครั้งมีการบันทึกเสียง ถอดเทป และกระทำที่สถานพยาบาลหรือที่กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลปลีกละเอียดบางส่วนได้จากการสอบถามทางโทรศัพท์หรือทางจดหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับผู้ให้ข้อมูลหลังจากที่วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในวันที่ 16 พฤษภาคม 2556 ที่ สสจ.ระนอง และได้ส่งร่างรายงานผลการศึกษาไปที่สถานที่ทำการศึกษาทั้ง จ.ระนอง และ จ.ตาก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในเดือนมิถุนายน 2556 ก่อนเผยแพร่ผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษา: กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูล

มีผู้ให้ข้อสัมภาษณ์เชิงลึกจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข 3 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่กระทรวงสาธารณสุข

สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่งและ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ ทำงานใน สถานที่ทำงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ ทำงานในหน้าที่ รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
สป.	MOPH_1	51	ชาย	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวช กรรมป้องกัน	~ 10	2
กลุ่ม ประกัน สุขภาพ	MOPH_2	53	หญิง	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการ พิเศษ หัวหน้ากลุ่ม งานหลักประกัน สุขภาพ	18	18
สนย.	MOPH_3	44	หญิง	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการ	~ 10	~ 10

สรุปผลการสัมภาษณ์

ภาพรวมนโยบาย

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ไม่ได้ประกอบด้วย ‘คน
สัญชาติไทย’ อย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังประกอบด้วยบุคคลหลายเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติ
ทั้งที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย กลุ่มผู้อพยพเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่อดีต กลุ่มผู้หนีภัย

สงครามเข้ามาในพื้นที่พักพิงชั่วคราว กลุ่มคนไร้รากเหง้าหรือคนที่ไม่มีสถานะในทะเบียนราษฎร [8, 14, 15] ทั้งนี้โดยข้อเท็จจริงแล้ว บุคคลเหล่านี้หลายคนมีจุดเกาะเกี่ยวที่ชัดเจนกับสังคมไทย เกิดในประเทศไทย และอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานจนมีความกลมกลืนกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมไทย แต่เพราะเหตุผลบางประการ เช่น การตกสำรวจทางทะเบียนราษฎร การขาดเอกสารแสดงสถานะบุคคลที่ชัดเจน [7] ในเชิงกฎหมายแล้ว ตามมาตรา 57 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2552 บุคคลดังกล่าวจะถูกสันนิษฐานว่าเป็นคนต่างด้าวไว้ก่อนจนกว่าผู้นั้นจะพิสูจน์ได้ว่าตนมี 'สัญชาติไทย' [15] บุคคลเหล่านี้จึงอยู่ในสถานะที่เปราะบาง มีโอกาสสูงที่จะถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกแสวงหาผลประโยชน์ ถูกเลือกปฏิบัติ และขาดสิทธิพื้นฐานหลายอย่างในการดำรงชีวิต [7, 8, 15]

รัฐไทยได้เปิดกว้างและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสถานะและสิทธิของประชากรกลุ่มนี้มากขึ้นตามลำดับ ดังปรากฏได้จากการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะบุคคล 2548 พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2508 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนกลุ่มนี้จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ ตัวอย่างที่เด่นชัดคือสิทธิในการเข้าสู่กระบวนการศึกษาและพัฒนาความรู้ความสามารถ ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการรับรองโดยไม่ขึ้นกับว่าบุคคลเหล่านั้นจะอยู่ในสถานะหรือสถานะแห่งกฎหมายใด ดังปรากฏในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้เด็กทุกคนต้องได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงและได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ โดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ [15]

ด้านสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เมื่อพิจารณาในภาพรวม สิทธิดังกล่าวสามารถจำแนกได้สองประการ คือ (1) สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และ (2) สิทธิที่จะได้รับประกันสุขภาพจากรัฐ สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข หมายถึง การจะไม่ถูกปฏิเสธจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือการรักษาที่จำเป็น โดยเหตุแห่งความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงสถานะบุคคลในทางกฎหมาย จากรายงานของ ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุลและคณะ [9] พบว่ามีสถานพยาบาลเพียง 1 ใน 10 แห่งที่เป็นกรณีศึกษา ปฏิเสธการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ [10] ซึ่งพบว่าสถานพยาบาลจำนวนมากในจังหวัดกาญจนบุรี ตาก ระนองและสมุทรสาคร ที่เป็นจังหวัดที่ทำการศึกษา ให้การรักษาพยาบาลประชากรที่ยังมีปัญหาด้านสัญชาติตามหลักมนุษยธรรม แม้จะไม่ได้รับ

งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากภาครัฐก็ตาม แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลเต็มจำนวน หรือในกรณีที่ไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด สถานพยาบาลก็มีวิธีบริหารจัดการแตกต่างกันไป บางสถานพยาบาลให้ผู้เข้ารับบริการทำหนังสือรับสภาพหนี้ บางสถานพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินนี้ทั้งหมด โดยใช้เงินจากกองทุนของสถานพยาบาลเอง หรือขอความช่วยเหลือจากกองทุนอื่นๆ นอกกระบวนการทวงถามสาธารณสุข ซึ่งก่อให้เกิดภาระทางการเงินกับสถานพยาบาลอย่างมาก โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่บริเวณชายแดน [5, 9, 10]

ปัญหาหลักในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสิทธิที่จะได้รับประกันสุขภาพของรัฐ ทั้งนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นตามการตีความของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เกี่ยวกับ มาตรา 5 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้” ว่า ‘บุคคล’ ในที่นี้หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น [9, 16] การตีความดังกล่าวทำให้ประชากรกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล 18 มกราคม 2548 ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งที่ในอดีตบุคคลกลุ่มนี้มีสิทธิที่จะได้รับ ‘บัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล’ หรือบัตร สปร. เพื่อสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย [8, 9] ขณะที่แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในประเทศไทยและได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวมีสิทธิที่จะได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐโดยระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวซึ่งบริหารจัดการโดยกลุ่มประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข [10]

ต่อมาเมื่อมีการเคลื่อนไหวจากเครือข่ายหมอชายแดน ชมรมแพทย์ชนบท ร่วมกับสื่อมวลชน และองค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กร เรียกร้องให้รัฐบาลซึ่งมีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี และนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฎ์เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ดำเนินนโยบายประกันสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิโดยไม่จำเป็นต้องไปผูกติดกับการพิสูจน์สถานะบุคคล มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 จึงเห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณในการดูแลรักษาและจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยให้กลุ่มประกันสุขภาพ สป. เป็นผู้บริหารงบประมาณและกำหนดกรอบในการปฏิบัติงาน เริ่มในครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ 2553 และในปีงบประมาณ 2554 ได้มีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 918,137,900 บาท เพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ

ของผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิจำนวน 457,409 คน [17] (รายละเอียด ดูภาคผนวก 'การจัดสรรงบประมาณระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิในระดับประเทศ')

การผลักดันให้เกิดสิทธิประกันสุขภาพนี้ครอบคลุมเฉพาะผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิบางกลุ่มเท่านั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการตีความในเชิงกฎหมาย กลุ่มนักวิชาการมีความเห็นว่าควรให้สิทธิทางสุขภาพนี้พัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน จนกว่าจะสามารถผลักดันนโยบายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลในแผ่นดินไทยทุกคน สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย พ.ศ. 2555-2559 ที่ว่า “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” [18] การค่อยๆ ขยายขอบเขตผู้ประกันตนไปทีละขั้นน่าจะเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบาย ดังนั้นนโยบายนี้จึงถูกผลักดันผ่านทางกลุ่มประกันสุขภาพ สป. ซึ่งรับผิดชอบสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอยู่แล้ว แทนที่จะเป็น สปสช. ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยอยู่ก่อนแล้ว เพื่อหลีกเลี่ยงการตีความคำนิยามของ 'คนไทย' ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ในภาพรวมระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ มีรูปแบบการบริหารจัดการ ชุดสิทธิประโยชน์ และการจัดสรรงบประมาณ คล้ายกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ดูภาคผนวก 'รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว')

การนำนโยบายเข้าสู่การปฏิบัติในช่วงแรก ยังมีข้อติดขัดเรื่องการจัดการข้อมูล เพราะผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิบางส่วนมีการลงทะเบียนขึ้นในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว ข้อมูลผู้มีสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 ในเบื้องต้นจึงต้องตั้งต้นมาจากข้อมูลของ สปสช. และต่อมาอาศัยข้อมูลการลงทะเบียนจากพื้นที่มาประกอบ โดยสถานพยาบาลในพื้นที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้มาลงทะเบียนเป็นรายบุคคลเพื่อส่งข้อมูลต่อให้กลุ่มประกันสุขภาพ

กลุ่มประกันสุขภาพได้พัฒนาโปรแกรมการขึ้นทะเบียน โดยกำหนดว่าการจะลงทะเบียนได้นั้นบุคคลที่ขึ้นทะเบียนต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 (รายละเอียด ดูภาคผนวก 'ประชากรที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553')

หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพนี้ ได้แก่ (1) กลุ่มประกันสุขภาพ ซึ่งรับผิดชอบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอยู่แล้ว (2) สนย. และ (3) สำนักบริหารการสาธารณสุข (สบรส.) ทั้งสามหน่วยงานอยู่ภายใต้ สป. กระทรวงสาธารณสุข

สนย. มีหน้าที่นำเสนอนโยบาย จัดเก็บข้อมูลการให้บริการในรูปแบบ 21 แฟ้มสำหรับผู้ป่วยนอก และ 12 แฟ้มสำหรับผู้ป่วยใน เหมือนระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ส่วน สบรส. ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ กลุ่มประกันสุขภาพเป็นหน่วยงานดำเนินการ จัดทำเอกสาร ข้อมูลฐานทะเบียน มีกรรมการบริหาร ประกอบด้วยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ส่วนคณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนกลุ่มชาติพันธุ์ แต่ไม่มีระเบียบชัดเจนถึงสัดส่วนผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มาเป็นคณะกรรมการ หรือวาระของกรรมการ

งบประมาณที่กระจายสู่ CUP อยู่ในหมวดเงินอุดหนุน ใช้จ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย CUP ต้องเปิดบัญชี 2 ประเภท คือ ประเภทออมทรัพย์และประเภทกระแสรายวัน กับธนาคารกรุงไทย โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “เงินอุดหนุนด้านสาธารณสุขบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โรงพยาบาล...” ทั้งนี้การรับเงินให้ผ่านบัญชีออมทรัพย์และการจ่ายเงินให้จ่ายจากบัญชีกระแสรายวัน [17] ซึ่งต้องเบิกจ่ายโดยระเบียบเงินอุดหนุนมีอายุการใช้งานประมาณภายใน 2 ปี จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มประกันสุขภาพยังไม่มีกลไกติดตามตรวจสอบว่าในแต่ละ CUP ใช้เงินงบประมาณนี้อย่างไร หรือใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ การตรวจสอบยังคงอิงตามกลไกปกติของระบบราชการเท่านั้น

ปัญหาและอุปสรรค และแนวโน้มของนโยบาย

1. ปัญหาเรื่องข้อมูลและการสื่อสารภายใน

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานคือการจัดการข้อมูล เนื่องจากนโยบายนี้ยังค่อนข้างใหม่และมีผู้ประกันตนน้อยในบางพื้นที่ จึงทำให้การเก็บข้อมูลจากพื้นที่ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังไม่เห็นความสำคัญในการจัดเก็บข้อมูล ทำให้การของบประมาณเป็นรายปีโดยกระทรวงสาธารณสุขเกิดความยากลำบาก เพราะขาดข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการเจรจากับสำนักงบประมาณ

ปัญหาการติดต่อสื่อสารระหว่าง สนย. และกลุ่มประกันสุขภาพ ก็เป็นปัญหาที่สำคัญ ยังพบว่า มีขอบเขตงานที่ทับซ้อนกัน เช่น งานประชาสัมพันธ์กับพื้นที่ ยังไม่มีการประสานกันหรือตกลงชัดเจนว่าหน่วยงานใดจะประชาสัมพันธ์เรื่องอะไร ในรายละเอียดการจัดเก็บข้อมูล สนย. ได้กำหนดโครงสร้าง 21

แฟ้มหรือ 12 แฟ้มมาตรฐานแบบหนึ่ง ซึ่งต่างกับโครงสร้างการลงข้อมูลเพื่อขอเบิกค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจากกลุ่มประกันสุขภาพ ซึ่งมีระบบแยกต่างหากสำหรับผู้มีปัญหาลักษณะและสิทธิเท่านั้น

อย่างไรก็ตามในปีต่อมาได้มีมาตรการเพิ่มแรงจูงใจในการจัดเก็บข้อมูลขึ้น คือหากมีงบประมาณเหลือในแต่ละปี จะส่งคืนให้หน่วยบริการ จากเดิมคิดตามจำนวนผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนในแต่ละพื้นที่อย่างเดียว มาเป็นการพิจารณาร่วมกับจำนวนการใช้บริการที่รายงานกลับเข้ามา ทำให้มีข้อมูลกลับเข้ามาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก แต่โดยภาพรวมข้อมูลที่ได้กลับมายังไม่สมบูรณ์ และมีความผิดพลาดในการลงข้อมูลมาก ทำให้ สสย. และกลุ่มประกันสุขภาพ ไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ในเชิงลึกได้ หลักเกณฑ์การคืนงบประมาณคงเหลือในแต่ละปี ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพนี้

2. ปัญหาเรื่องการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาเรื่องข้อมูลนี้ยังเกี่ยวข้องกับ สำนักบริหารการทะเบียน (สน.บพ.) กระทรวงมหาดไทย เนื่องจาก กลุ่มประกันสุขภาพต้องประสานงานกับ สน.บพ. เรื่องกฎเกณฑ์ของการระบุว่าใครจะเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพนี้บ้าง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี เช่น ในปีแรกของการใช้นโยบายผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพนี้ คือผู้ที่มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วย 6 หรือ 7 ต่อมาในปีงบประมาณ 2556 มีการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ คือระบุว่าผู้มีปัญหาลักษณะและสิทธิต้องเป็นผู้ที่มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วย 6 หรือ 7 และหลักที่ 6 และ 7 เป็น '50' เพื่อจำกัดว่า ต้องเป็นบุคคลบนพื้นที่สูงโดยตรง [14] (รายละเอียด ดูภาคผนวก 'ความหมายของเลขประจำตัวบุคคล')

โดยหลักการจะต้องมีการปรับปรุงฐานข้อมูลเป็นระยะ และต้องมีการสื่อสารกับสถานบริการผ่านทางการสัมมนาหรือสื่อสิ่งพิมพ์ อย่างไรก็ตามในช่วงที่ทำการศึกษานี้ ยังไม่มีสรุปหรือประเมินผลการดำเนินงานในรูปแบบรายงานประจำปีออกมา แต่คาดการณ์ว่ารายงานสรุปฉบับแรกจะแล้วเสร็จในปี 2556

ปัญหาที่สำคัญอีกประการ คือเรื่องการของบประมาณกับสำนักงบประมาณ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาลักษณะและสิทธิไม่ใช่ 'กองทุน' โดยแท้จริง การของบประมาณจึงขึ้นกับการเจรจา และการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายเรื่องอื่นๆทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่แน่นอนในแต่ละปีและระบบประกันสุขภาพนี้มักได้รับการจัดลำดับความสำคัญน้อย เช่น ในปีงบประมาณ 2555 'ได้ถูก

ตั้งงบประมาณไปประมาณครึ่งหนึ่งเพราะสำนักงานงบประมาณจำเป็นต้องนำเงินไปเยียวยาวิกฤตน้ำท่วมปี 2554

ในทางทฤษฎี ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจะมีจำนวนผู้ประกันตนน้อยลงเรื่อยๆ เพราะส่วนหนึ่งย่อมพัฒนาสิทธิจนได้รับการรับรองในสัญชาติไทย หรือผ่านการพิสูจน์สัญชาติเป็นสัญชาติอื่นๆที่ไม่เข้ากับเงื่อนไขระบบประกันสุขภาพนี้ อย่างไรก็ตามด้วยความล่าช้าในทางปฏิบัติ ทำให้ผู้ประกันตนมีปริมาณค่อนข้างคงที่ ในทางการเมือง นโยบายนี้เน้นว่าประสบความสำเร็จพอสมควร แต่ก็ยังไม่สมบูรณ์ในแง่ 'สิทธิ' ในสุขภาพ เพราะรูปแบบการบริหารจัดการและที่มาของนโยบายคล้ายกับระบบ 'สงเคราะห์' ในอดีต และเมื่อเวลาผ่านไปหากจำนวนผู้ประกันตนลดลงจนไม่คุ้มกับการบริหารแบบระบบเดียว ก็มีความจำเป็นต้องรวมเข้ากับระบบประกันสุขภาพอื่น เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

"ทฤษฎีนะ ถ้าใครไม่กัก...แป๊บเดียวคนพวกนี้ควรจะหมดเกลี้ยงแล้ว แต่คุณก็ต้องเข้าใจว่าต้องผ่านการพิสูจน์บ้าง มีปลอมบ้าง อะไรอย่างนี้ ฉะนั้นในอนาคตนี้ ผมถึงบอกว่าถ้ามันลดลงเรื่อยๆ แล้วก็เหลือคนน้อยลงเรื่อยๆ นี่ ต้องทบทวนวิธีบริหารใหม่แล้วละว่ามันเอาไปฝากกับ สปสช. ได้หรือเปล่า...ตอนนี้เหมือนคนละอาณาจักรกันอยู่ ฉะนั้นผมว่าในอนาคตยาวๆ ...คือให้เป็นคนไทยไปซะ ที่มีอยู่ก็จะลดลงเรื่อยๆ นี่ก็จะเป็นเรื่องที่แก้ไขในระบบใหญ่ หรือถ้าประเทศไทยถึงจุดหนึ่งต้องคิดว่าถึงจุดไหน เราไม่ควรแบกรับความเสี่ยง (ในการประกันสุขภาพ) นี้แล้ว..." [MOPH_1: 3 เม.ย. 2556]—level of evidence: A

3. ปัญหาเรื่องขีดความสามารถขององค์กร

ปัญหาเรื่องบุคลากร ก็เป็นอุปสรรคประการหนึ่งในการตรวจสอบและพัฒนานโยบายให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โครงสร้างของกลุ่มประกันสุขภาพไม่ใช่รูปแบบองค์กรอิสระเหมือน สปสช. ที่มี สปสช. เขต ทำหน้าที่ดูแลและตรวจสอบการให้บริการแต่ละเขตพื้นที่ กลุ่มประกันสุขภาพทำงานภายใต้ระบบราชการตามปกติ มีเจ้าหน้าที่ 6 คนที่ทำหน้าที่ดูแลระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และยังต้องดูแลระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวด้วย

ดังนั้นการทำงานในเชิงรุกจึงมีข้อจำกัด และมีขีดความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกได้น้อย การตรวจสอบการดำเนินการนโยบายจึงมีลักษณะเป็นการขอความร่วมมือไปในแต่ละจังหวัด หรือใช้วิธีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการรายงานความก้าวหน้าไปในตัว ตั้งแต่เริ่มนโยบายนี้ได้มีการจัดประชุมใหญ่รายงานความก้าวหน้าหนึ่งครั้งในปี 2555 [19]

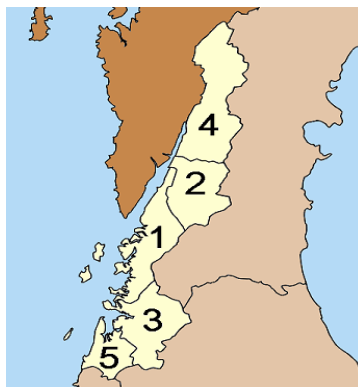
ผลการศึกษา: จังหวัดระนอง

บริบทพื้นที่

จังหวัดระนอง เป็นจังหวัดชายฝั่งทะเลตะวันตกของภาคใต้ ประกอบด้วย 5 อำเภอ มีพื้นที่ติดต่อทางตะวันออกติดต่อกับจังหวัดชุมพร ทางใต้ติดกับจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดพังงา ทางตะวันตกติดกับประเทศพม่าและทะเลอันดามัน มีลักษณะพื้นที่เรียวและแคบ มีความแคบที่สุดบริเวณอำเภอกะบุรีเพียง 9 กิโลเมตร (ดูรูปที่ 2)

รูปที่ 2 แผนที่จังหวัดระนอง

1. อำเภอเมืองระนอง*
2. อำเภอละอุ่น*
3. อำเภอกะเปอร์
4. อำเภอกะบุรี*
5. อำเภอสุขสำราญ



หมายเหตุ: *พื้นที่ศึกษา

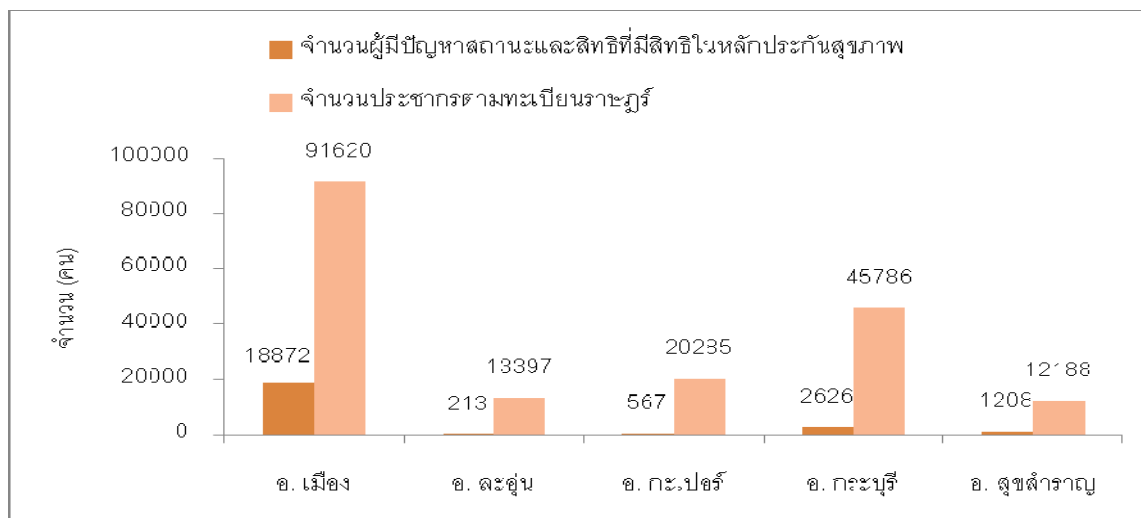
ประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดระนองส่วนหนึ่งเป็นคนไทยพลัดถิ่น ที่อพยพมาจากมะริด ทะวาย และตะนาวศรี ประเทศสหภาพพม่า หรือที่ทางราชการเรียกว่า ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย (รายละเอียดเพิ่มเติม ดูภาคผนวก 'คนไทยพลัดถิ่นในประเทศไทย') จากประวัติศาสตร์ มะริด ทะวาย และตะนาวศรี เคยเป็นของประเทศไทย แต่ดินแดนส่วนนี้กลายเป็นของประเทศพม่าหลังการยึดครองของอังกฤษในสงครามโลกครั้งที่ 1 ชาวไทยเหล่านี้จึงกลายเป็นสัญชาติพม่า แต่ก็ยังมีการไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องฝั่งไทยเป็นประจำ มีชาวไทยในเขตตะนาวศรีเข้ามาทำคลอดในฝั่งไทยและต้องการให้บุตรได้รับการรับรองในสัญชาติไทย บางส่วนอพยพกลับมาอยู่ฝั่งไทย แต่การขาดเอกสารแสดงตนจึงทำให้ประชากรกลุ่ม

นี้เป็นผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่ง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอกระบุรี ประมาณ 1,300 ครอบครัวต่ออำเภอ [20] ผู้ให้บริการสาธารณสุขในจังหวัดระนองจึงมักเรียกผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิว่า 'คนไทยพลัดถิ่น'

นิยาม 'คนไทยพลัดถิ่น' ไม่ได้มีการกำหนดอย่างตายตัว แต่เป็นคำเรียกทั่วไปในวงการสาธารณสุข จังหวัดระนอง บางครั้งมีการเรียกแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าที่เข้ามาทำงานในจังหวัดว่าคนไทยพลัดถิ่น เช่นกัน การไม่มีนิยามอย่างตายตัวนี้เป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความถูกต้องในการลงข้อมูลการใช้บริการที่สถานพยาบาลในพื้นที่ ทำให้การแยกประเภทบุคคลที่มาใช้บริการมีความคลาดเคลื่อน

จังหวัดระนองมีประชากรที่มีชื่อปรากฏในทะเบียนราษฎรทั้งหมดประมาณ 183,000 คน ข้อมูลล่าสุดในปีงบประมาณ 2555 พบว่าในจำนวนนี้มีผู้ขึ้นทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพกับกลุ่มประกันสุขภาพ สป. ประมาณ 23,000 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่อำเภอเมืองระนอง และอำเภอกระบุรี คิดเป็นร้อยละ 20 และ ร้อยละ 13 ของประชากรตามทะเบียนราษฎรตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายปี พบว่าผู้ขึ้นทะเบียนมีจำนวนมากขึ้นทุกปี จากประมาณ 17,000 คนในปีงบประมาณ 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 23,000 คนในปีงบประมาณ 2555 (ดูรูปที่ 3 และ 4)

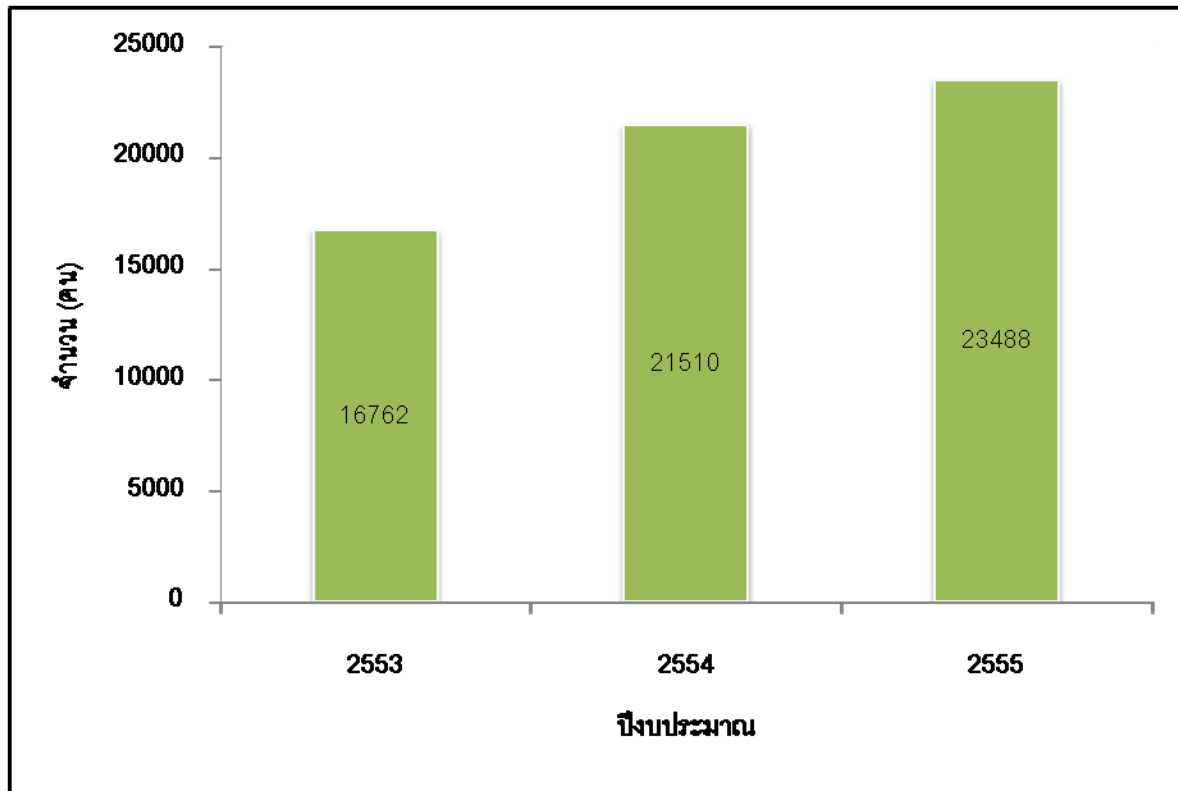
รูปที่ 3 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ขึ้นทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพในเขตจังหวัดระนองปีงบประมาณ 2555 แยกรายอำเภอ



แหล่งข้อมูล: 1. กลุ่มประกันสุขภาพ สป. 2555

2. สสจ.ระนอง 2555

รูปที่ 4 จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาและสิทธิในเขตจังหวัดระนอง
ปีงบประมาณ 2553-2555



แหล่งข้อมูล: กลุ่มประกันสุขภาพ สป. 2555

ผู้ให้ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน 15 คน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้ (ดูตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่จังหวัดระนอง

สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่งและ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน่วยงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน้าที่ รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
สสจ. ระนอง	RN_PHO_1	48	ชาย	นายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัด	6	6
สสจ. ระนอง	RN_PHO_2	43	ชาย	นักวิชาการ สาธารณสุข ชำนาญการ	1	1
รพ. ระนอง	RN_RN_1	59	ชาย	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ระนอง	3	3
รพ. ระนอง	RN_RN_2	37	หญิง	นักสังคม สงเคราะห์ ชำนาญการ	15	10
รพ. ระนอง	RN_RN_3	28	หญิง	นักวิชาการสถิติ ปฏิบัติการ	2	2
รพ. ระนอง	RN_RN_4	43	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	10	2
รพสต.บ้าน หินช้าง	RN_RNHC_1	44	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ ผอ. รพสต.บ้านหิน ช้าง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่งและ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน่วยงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน้าที่ รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
รพสต.ทราย แดง	RN_RNHC_2	43	ชาย	นักวิชาการ สาธารณสุข ชำนาญการ	5	5
รพสต.บาง แก้วนอก (อ. ละอุ่น)	RN_LUHC_1	31	ชาย	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ชำนาญงาน	11	11
รพ. กระบุรี	RN_KB_1	41	ชาย	ผู้อำนวยการ (ควบ) นายแพทย์เวช กรรมป้องกัน	3	2
รพ. กระบุรี	RN_KB_2	49	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ รับผิดชอบ หัวหน้างาน ศูนย์บริการ หลักประกัน สุขภาพ	15	11
รพสต. หาดจิก	RN_KBHC_1	45	ชาย	นักวิชาการ สาธารณสุข ชำนาญการ	4	4
รพสต.มะมู	RN_KBHC_2	40	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	12	2

สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่งและ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน่วยงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน้าที่ รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
ปฏิบัติหน้าที่ ผอ. รพสต.มะมุ						
รพสต.มะมุ	RN_KBHC_3	49	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	11	ไม่ระบุ
รพสต.มะมุ	RN_KBHC_4	27	หญิง	นักวิชาการ สาธารณสุข	2	1

การให้บริการสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนมีระบบประกันสุขภาพ ตามมติ คณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553

ในอดีตจังหวัดระนองมีการให้บริการสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิโดยครอบคลุมสิทธิในสุขภาพพื้นฐาน ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ การให้วัคซีนตาม EPI^{xiii} มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ชุดสิทธิประโยชน์จะน้อยกว่าคนสัญชาติไทยในสิทธิประกันสุขภาพ 3 สิทธิหลัก คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคมอยู่เล็กน้อย เช่น การรักษาทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การตรวจ Haemoglobin typing สำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงคลอดบุตรเป็น Thalassemia เป็นต้น

สำหรับผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประกันสุขภาพ 3 สิทธิหลักข้างต้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองได้ริเริ่มจัดทำ 'บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น' (ดูรูปที่ 5) ซึ่งให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ซื้อบัตรได้ในราคา 1,300 บาทต่อปี ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา โดยเงินที่ได้จะนำมาตั้ง

เป็นกองทุนสำหรับจ่ายเป็นค่ารักษาให้คนไทยพลัดถิ่นที่เข้ารักษาที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดระนอง สิทธิประโยชน์ใกล้เคียงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ผู้ที่มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นมิได้ครอบคลุมเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในปัจจุบันที่ได้รับการครอบคลุมตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 เท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 เช่น ผู้ที่บัตรประจำตัวบุคคลเลข 0 โดยมีหลักที่ 6 และ 7 ระบุเลข 89 ที่ไม่ได้อยู่ในสถานศึกษาหรือสถานสงเคราะห์ จากการสัมภาษณ์พบว่า ในทางปฏิบัติกระบวนการคัดเลือกผู้ที่มีสิทธิซื้อบัตรไม่ได้มีความเข้มงวดมากนัก ขอเพียงมีผู้รับรอง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน รับรองว่าบุคคลดังกล่าวเป็นคนไทยพลัดถิ่น มีใบแรงงานต่างชาติสัญญาชาติพม่าก็สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพนี้ได้

รูปที่ 5 บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น จังหวัดระนอง

บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นจังหวัดระนอง

รหัสนายงาน 09315

ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขประจำตัว ที่อยู่

..... อ. เมือง จ. ระนอง

สถานพยาบาล 1. สอ. จันทบุรี

2. รพ. ระนอง

วันออกบัตร 1 ก.ย. 2552

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง

ผู้ออกบัตร

7516-52

ถึงแม้ว่ากระบวนการตรวจสอบผู้มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นไม่มีความเข้มงวดมากนัก แต่จากการจำหน่ายระหว่างปี 2548-2552 พบว่า ชายบัตรได้เฉลี่ยปีละ 1,300-1,800 ใบเท่านั้น โรงพยาบาลจึงประสบภาวะขาดทุนจากการไม่สามารถรวมและกระจายความเสี่ยง (risk pooling and risk sharing) ของผู้ประกันตนได้ เนื่องด้วยผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพนี้มีจำนวนน้อยกว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในท้องถิ่นมาก แม้จะมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง แต่ลักษณะอาชีพและพฤติกรรมของคนไทย

พลัดถิ่นในพื้นที่ที่เคลื่อนย้ายไปมาระหว่างเขตพม่าและไทยมักไม่อาศัยอยู่ตรงตามทะเบียนราษฎร นอกจากนั้นผู้ที่ซื้อบัตรมักเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่แล้ว ขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพปกติไม่นิยมซื้อบัตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองจึงยุติการจำหน่ายบัตรอย่างถาวรตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา

"...เราขายได้เฉพาะคนป่วย คนที่ป่วยเท่านั้นที่เราขายได้...ลูกเขาจะมาซื้อเฉพาะให้แม่ที่ป่วย... มันก็จะได้กองทุนเล็กๆ...ของกระบี่ปีหนึ่งได้แค่ 50,000-60,000 บาท...มันไม่พอ...มีคนหนึ่งไปผ่าตัด... คนเดียวหมดไป 30,000 บาท..."[RN_KB_2: 21 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

กรณีที่ต้องให้การรักษายาบาลที่นอกเหนือจากการครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนไทยพลัดถิ่น แพทย์ที่ให้บริการจะพิจารณาเป็นรายๆไป การเรียกเก็บค่ารักษายาบาลจะเรียกเก็บเท่าที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ (ability to pay) หากเกินกำลังจ่ายจึงใช้วิธีการอนุเคราะห์เป็นรายๆไป

การจัดการระบบประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553

การถ่ายทอดและการรับนโยบาย

หลังจากคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553 มีมติให้กลุ่มประกันสุขภาพ สสจ.ระนอง เป็นผู้นำในการบริหารจัดการนโยบายนี้ในพื้นที่ งบประมาณและการจัดสรรในระดับประเทศที่กลุ่มประกันสุขภาพได้รับก็แตกต่างกันในแต่ละปีงบประมาณ [13] โดยได้รับมากที่สุดในปีงบประมาณ 2554 ที่ 918,137,900 บาท และน้อยที่สุดที่ 433,665,100 บาท ในปีงบประมาณ 2555 ขณะที่คนที่มีสิทธิในประกันสุขภาพนี้ก่อนมีจำนวนข้างคงที่คือ 457,409 คน, 452,553 คน และ 446,492 คน ในปีงบประมาณ 2553 ถึง 2555 ตามลำดับ ข้อมูลล่าสุดในปีงบประมาณ 2555 จังหวัดระนองมีผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 23,490 คน ซึ่งทำให้ได้รับงบประมาณที่จัดสรรมาที่จังหวัด (ร้อยละ 50 ของงบประมาณทั้งหมด) ประมาณ 11 ล้านบาท

นโยบายและคำสั่งจากส่วนกลางถูกถ่ายทอดไปสู่หน่วยบริการในพื้นที่ โดยการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัด (คปสจ.) ซึ่งเป็นกลไกปกติของการถ่ายทอดนโยบายของจังหวัดอยู่แล้ว ไม่ได้มีการกำหนดหรือแต่งตั้งคณะกรรมการในการติดตามกำกับดูแลงานขึ้นมาใหม่ เพื่อใช้กับนโยบายด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิแต่อย่างใด

ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลรับทราบว่าจะมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิแล้ว และมีการโอนงบประมาณส่วนนี้มาที่ CUP ให้สถานพยาบาลให้บริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตามคู่มือที่ทางกลุ่มประกันสุขภาพกำหนดและเร่งรัดให้ประสานงานนำ 'คนไทยพลัดถิ่น' มาเข้าสู่การลงทะเบียนให้มากที่สุด

บุคลากรในพื้นที่จังหวัดระนองจึงเรียกระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธินี้ว่า 'สิทธิ stateless' หรือ 'สิทธิไทยพลัดถิ่น' ซึ่งเปรียบเสมือนสิทธิที่เข้ามาประสานรอยต่อการยุติไปของบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น

"...ผมเปรียบเสมือนเค้าเป็น UC นะ...ถ้าเมื่อไรเราบอกว่าเค้าต้องพิเศษ เค้าจะรู้สึกแปลกแยก...อย่าบอกว่าต้องบริการคนนี้พิเศษ...เขาจะยังรู้สึกด้อย...ผมว่านโยบายนี้ดีมาก ทำให้เขารู้สึกเป็นคนไทยจริงๆ...load งานมันก็เท่าเดิม เพราะทุกวันนี้เราก็รับ load จากพม่าอยู่แล้ว..." [RN_PHO_1: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

เนื่องจากการถ่ายทอดนโยบายไม่ได้ลงรายละเอียดในเชิงปฏิบัติ ทำให้การบริหารจัดการในจังหวัดประสบปัญหา โดยเฉพาะในช่วงแรกของการดำเนินนโยบาย ปัญหาเหล่านี้มักเกิดกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกัน เจ้าหน้าที่การเงิน ในเรื่องภาระงานการบริการในพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับ รพสต. และการบริการผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่รู้สึกว่าปริมาณงานมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก เจ้าหน้าที่ส่วนมากรับรู้ว่ามีงบประมาณเข้ามาแต่ไม่ทราบรายละเอียดในเชิงปฏิบัติจนบางครั้งเกิดความไม่เข้าใจกันในพื้นที่ ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบว่าความเข้าใจนโยบายมีความคลาดเคลื่อน เช่น ผู้ให้บริการเข้าใจว่าสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพนี้เหมือนกับบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น เช่น ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสูงบางประการ อาทิ การรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แม้โดยข้อเท็จจริงแล้วสิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ขยายขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ด้านนี้มากขึ้น รวมถึงการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบสิทธิก็เข้าใจว่าทำในระบบเดิม จึงมีข้อผิดพลาดในการลงข้อมูล ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประมวลผลเพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

"...การ key ข้อมูลของแต่ละอนามัยนี้ยังนำมาวิเคราะห์ไม่ได้ครับ เพราะยัง key แบบเดิมว่า สัญชาติพม่าอะไรอย่างนี้หมดเลย เราเลยแยกคนไทยพลัดถิ่นไม่ได้ ข้อมูลเลยนำมาวิเคราะห์ไม่ได้เลย ต้องเริ่มรื้อใหม่หมด ..." [RN_PHO_2: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

"...ผมเคยการันตีคนไข้ว่า ต่อไป stateless เข้าสิทธินี้แน่ แต่โรงพยาบาลไปเช็คที่ web ของ สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ก็เลยไม่เจอและเรียกเก็บเงินคนไข้ คนไข้เลยมาลงที่ผมที่อนามัย... นี่ครับเกิดความไม่เข้าใจกัน...บางที่ไปประชุมมาแล้วไม่ได้แจ้งให้เครือข่าย... แต่หลังๆ ก็เริ่มดีขึ้น...(ถาม: 'เป็นเพราะเพิ่งเริ่มระบบหรือเปล่า')...ต้นปีก็เจอปัญหาครับ บางที่พยาบาลเปลี่ยนใหม่ (หัวเราะ)" [RN_LUHC_1: 20 พ.ย. 2555]— level of evidence: C

การจัดทำกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่ : งานลงทะเบียน งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ มีสองกิจกรรมหลัก คือ (1) การสนับสนุนให้กลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือคนไทยพลัดถิ่นมาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและตระหนักรู้ในสิทธิของตน และ (2) การทำงานด้านการส่งเสริมป้องกัน

ด้านการสนับสนุนให้กลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือคนไทยพลัดถิ่นมาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและตระหนักรู้ในสิทธิของตนมีการดำเนินการอย่างเป็นทางการปีละครั้ง โดยอาศัยการประชุมสัมพันธ์ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเครือข่ายกำนันผู้ใหญ่บ้าน ทั้งนี้การประชุมสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการมีการจัดเป็นระยะโดยลักษณะ'แทรกวาระ'ในกิจกรรมที่ต้องจัดอยู่แล้ว โดยหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย เช่น การประชุมผู้ใหญ่บ้าน

สำหรับการให้บริการส่งเสริมป้องกัน เช่น การคุมกำเนิด การให้วัคซีนขึ้นพื้นฐาน พบว่ามีการปฏิบัติตามปกติ ไม่ต่างจากก่อนมีนโยบาย เพราะในพื้นที่จริง คนไทย คนไทยพลัดถิ่น รวมถึงคนพม่าอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันและแยกจากกันไม่ได้ รพสต.สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากการให้บริการ เช่น วัคซีน หรือยาคุมกำเนิด โดยการลงข้อมูลในระบบ 21 แพ้ตามปกติ ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกับ สปสช.เขต 11 ที่แม้ว่าผู้รับบริการไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ก็สามารถลงข้อมูลได้ โดยในการลงข้อมูลได้ให้โปรแกรม 'กำหนด' เลขประจำตัวบุคคล 13 หลักขึ้นมา ด้วยการทำเช่นนี้ในแง่หนึ่งก็มีข้อดี คือ ทำให้ รพสต.สามารถเบิกยา หรือเวชภัณฑ์ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้เช่นเดียวกับการให้บริการคนไทย แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อเสีย คือการตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน เพราะเกณฑ์หรือ

วิธีการกำหนดเลขประจำตัวบุคคล 13 หลักนี้เปลี่ยนไปทุกปี บางปีกำหนดให้ขึ้นต้นด้วยเลขประจำสถานพยาบาล แล้วตามด้วย 0 จนครบ 13 หลัก บางปีกำหนดให้ลงข้อมูลด้วยเลข 0 ทั้งหมดแล้วตามด้วยเลขประจำตัวบุคคลของแต่ละสถานพยาบาล (Hospital number หรือ HN) ใน 5 หลักสุดท้าย การกำหนดตัวระบุจำเพาะของแต่ละบุคคล (unique identifier) จึงขาดความแม่นยำ

"...ถ้าคนไหนไม่มีเลข...แล้วทำไงให้เราได้คะแนนตรงนี้มา ก็จะใช้วิธีกำหนด 00000000 รวม 8 ตัว แล้วตามด้วย HN 4-5 ตัวสุดท้าย...อย่างนี้ให้เราก็ได้แต้ม ทั้ง CUP บริษัษกันแล้ว..." [RN_KBHC_2: 21 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

การทำงานในพื้นที่ชายแดน มีลักษณะจำเพาะคือต้องอาศัยบุคลากรที่เข้าใจพื้นที่ รวมถึงพูดภาษาท้องถิ่นได้ ได้แก่ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ที่ผ่านการอบรมแล้ว มีเงินเดือนให้ประมาณ 4,000 บาทต่อเดือน ประมาณ 1-2 คนต่อรพสต. โดยอาศัยงบประมาณที่ รพสต. และบางส่วนได้การสนับสนุนจากองค์การพัฒนาเอกชนในจังหวัด ทำหน้าที่เป็นล่าม และประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ซึ่งจะเรียกอบรมเป็นครั้งคราวเมื่อมีโครงการ โดยมีบทบาทหลักในการให้สุขศึกษาพื้นฐานแก่ประชาชน คล้ายบทบาท อสม.

อย่างไรก็ตาม การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ไม่ได้มีระบบติดตามประเมินผลที่จำเพาะ หรือเปลี่ยนแปลงไปจากระบบการติดตามประเมินผลการให้บริการสุขภาพปกติ นอกจากนั้นบุคลากรในพื้นที่ยังพบปัญหาที่สำคัญ คือ (1) การเคลื่อนย้ายถิ่นของกลุ่มคนไทยพลัดถิ่น (2) การประสานงานกับหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย เช่น สำนักงานทะเบียนราษฎร หรือเทศบาล และ (3) ในบางพื้นที่ พบว่ามีประชากรที่ลงทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 น้อยลงกว่าผู้ที่เคยลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น

เนื่องจากลักษณะอาชีพของคนไทยพลัดถิ่นในจังหวัดระนอง มีการเคลื่อนย้ายเข้าและออกนอกพื้นที่เสมอ เช่น ไปประกอบอาชีพประมงในจังหวัดอื่น ไปรับจ้างกรีดยางนอกพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถตามตัวได้ แม้จะมีชื่อในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดระนอง คนกลุ่มนี้จึงมักพบปัญหาในการส่งต่อและการประสานงานข้ามจังหวัดด้วย แม้จะลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ถึงระดับหมู่บ้าน ก็ไม่พบการอาศัยอยู่จริง

"... ยังไม่ครบถ้วนตามที่มหาดไทยออกมาให้ เพราะว่ายังมีบางส่วนที่เราติดตามไม่ได้ เหมือนว่าบางคนได้บัตรแล้ว ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ออกไปอยู่ที่อื่น แล้ววันก่อนเราก็ไปเสนอเขาแล้วว่าให้ขึ้นทะเบียนตามที่อยู่จริงได้ แต่สืบถามแล้วยังไม่เห็น....เพราะว่าเขาไม่กลับมาแล้วไงคะ คือเขาไปอยู่ชุมพรกับลูกอะไรแบบนี้ บางทีไปอยู่กรุงเทพฯ..." [RN_KBHC_2: 21 พ.ย. 2555]—level of evidence: C

จากการสัมภาษณ์ พบปัญหาในการทำงานร่วมกับหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย เช่น สำนักงานทะเบียนราษฎรของจังหวัด เพราะขาดองค์ความรู้ด้านกฎหมายและบุคลากรที่จะเข้าไปช่วยเหลือว่าจะรับรองสิทธิทางสัญชาติของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอย่างไร

ลักษณะการช่วยเหลือในเรื่องนี้จึงยังเป็นเชิงตั้งรับ รวมถึงพบเด็กเกิดใหม่ซึ่งบางครั้งถูก 'สวมสิทธิ' โดยประชากรกลุ่มอื่น ทั้งที่โดยทั่วไปแล้ว บุคลากรในพื้นที่มักทราบกันโดยทั่วไปว่า ใครเป็นคนไทยพลัดถิ่น ใครเป็นแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า แต่ไม่มีกลไกในการช่วยเหลือกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิให้เข้าสู่การรับรองสัญชาติ หรือหากพบผู้ที่ตกหล่นทางทะเบียนราษฎร โดยหลักการแล้วสถานพยาบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยไปสำนักงานทะเบียนราษฎรเพื่อการขึ้นชื่อในทะเบียนราษฎร เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และรับรองสัญชาติต่อไป แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีกลไกที่เป็นรูปธรรม การจัดการปัญหานี้จึงขึ้นกับผู้ป่วยที่ต้องไปติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง

"...เราพิจารณาดูแล้วเบื้องต้นว่าเขาเป็น stateless นะ เราก็บอกให้เขาเดินทางไปทางมหาดไทย ให้เขาออกเลข แต่ปัญหาตรงออกเลขนี้ เราไม่รู้ว่าเขาจะได้หรือไม่ อย่างไร มันจะติดไหม ...บางทีคนไข้ก็ไม่ว่าจะไปถึงอำเภอต้องไปไต่ไหน อย่างไร กลับมาก็เหมือนเดิม ก็วนกลับมามีปัญหาเหมือนเดิม" [RN_RN_2: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: C

"...เขาไม่มีใครทำเชิงรุกเลยนะ เหมือนลงทะเบียนการเกิดก็เหมือนกัน ผมเคยค้านเลยว่าอย่าให้สาธารณสุขต้องไปตามอีกหลังจากที่เรารับรองการเกิดแล้ว ตอนนั้นมหาดไทยมาพูดว่า ต้องการให้กระทรวงสาธารณสุข... โอ้ย มีคนเยอะว่าอย่างนั้น ช่วยตามคนที่ไม่ลงทะเบียนให้ไปลงทะเบียน แต่มหาดไทยนั่งที่รอคนมาแล้วยี้ระเบียบะเลยนะ" [RN_PHO_2: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: C

ในบางพื้นที่ที่มีผู้ที่ข้ามไปมาระหว่างชายแดนพม่าและไทยมาก ซึ่งแต่เดิมบุคคลกลุ่มนี้เคยได้บัตรประกันสุขภาพสำหรับคนไทยพลัดถิ่น ด้วยกระบวนการขายบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นไม่ได้อิงระเบียบตามมหาดไทยที่เข้มงวดนัก มีการอนุโลมให้ซื้อบัตรได้ถ้ามีผู้รับรองว่าเป็นคนไทยพลัดถิ่น แต่เมื่อเปลี่ยนมาใช้นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งมีระเบียบการขึ้นทะเบียนที่อิงกับเลขประจำตัวบุคคล 13 หลักชัดเจน ทำให้ในบางพื้นที่มีผู้ที่ไม่เข้ากับเกณฑ์การลงทะเบียนนี้ขาดสิทธิไปแม้จะเคยได้รับสิทธิประกันสุขภาพจากการซื้อบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นมาก่อน เช่น พื้นที่ตำบลบางแก้วนอก อำเภอละอุ่น เป็นต้น

"...ผมมองว่า เป้าของคนกลุ่มนี้หายไปเกือบครึ่งหนึ่ง จากที่เขาเคยขายบัตร 1,300 บาท เป็นนโยบายของจังหวัด ซึ่งผมว่ามันก็โอเคนะ แล้วเราได้เงินก้อนหนึ่งมาก็ทำไว้ แล้วบางครั้งเขามาใช้ เราก็ให้บริการไปโดยไม่ต้องเก็บ เพราะเราได้เงินเขามาแล้ว แต่พอมาขึ้น stateless บ๊วย มีคนซื้อบัตร 1,300 บาทที่หายไป พอเขามาซื้อบัตรที่เรา เราต้องแบกภาระ..." [RN_LUHC_1: 20 พ.ย. 2555]—Level of evidence: B

เปรียบเทียบระหว่างระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น พบว่าแต่ละระบบมีข้อดีข้อเสียต่างกัน การศึกษาข้อดี ข้อเสียของระบบประกันสุขภาพทั้งสองแบบ และปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ จึงมีความสำคัญและน่าจะทำให้การดูแลสุขภาพของประชากรทั้งจังหวัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ดูตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 สรุปลักษณะระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น

	ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น
ความยืดหยุ่นในการลงทะเบียนเงื่อนไขการเป็นผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพ	ค่อนข้างน้อย เพราะต้องยึดตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 ถ้ามีเลขประจำตัวบุคคลเข้าได้กับที่กลุ่มประกันสุขภาพ สป. กำหนด ก็สามารถลงทะเบียนเข้าสู่สิทธิประกันสุขภาพได้	ค่อนข้างมาก ครอบคลุมมากกว่ามติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 อาศัยการยืนยันจากผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และต้องซื้อบัตรในราคา 1,300 บาทต่อปี จึงจะมีสิทธิในประกันสุขภาพ
ความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์	ครอบคลุมมาก ระบุไว้ชัดเจน คล้ายกับระบบประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า	ไม่ระบุชัดเจน โดยทั่วไปครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐาน แต่การรักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายสูงบางอย่าง ขึ้นกับการพิจารณาตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นรายๆ ไป
ระดับการรวบรวมและกระจายความเสี่ยง	มากกว่า เพราะเป็นระบบประกันในภาพรวมทั้งประเทศ	น้อยกว่า เพราะเป็นระบบประกันในจังหวัดระนองเท่านั้น

การเงินบริหารจัดการการเงิน

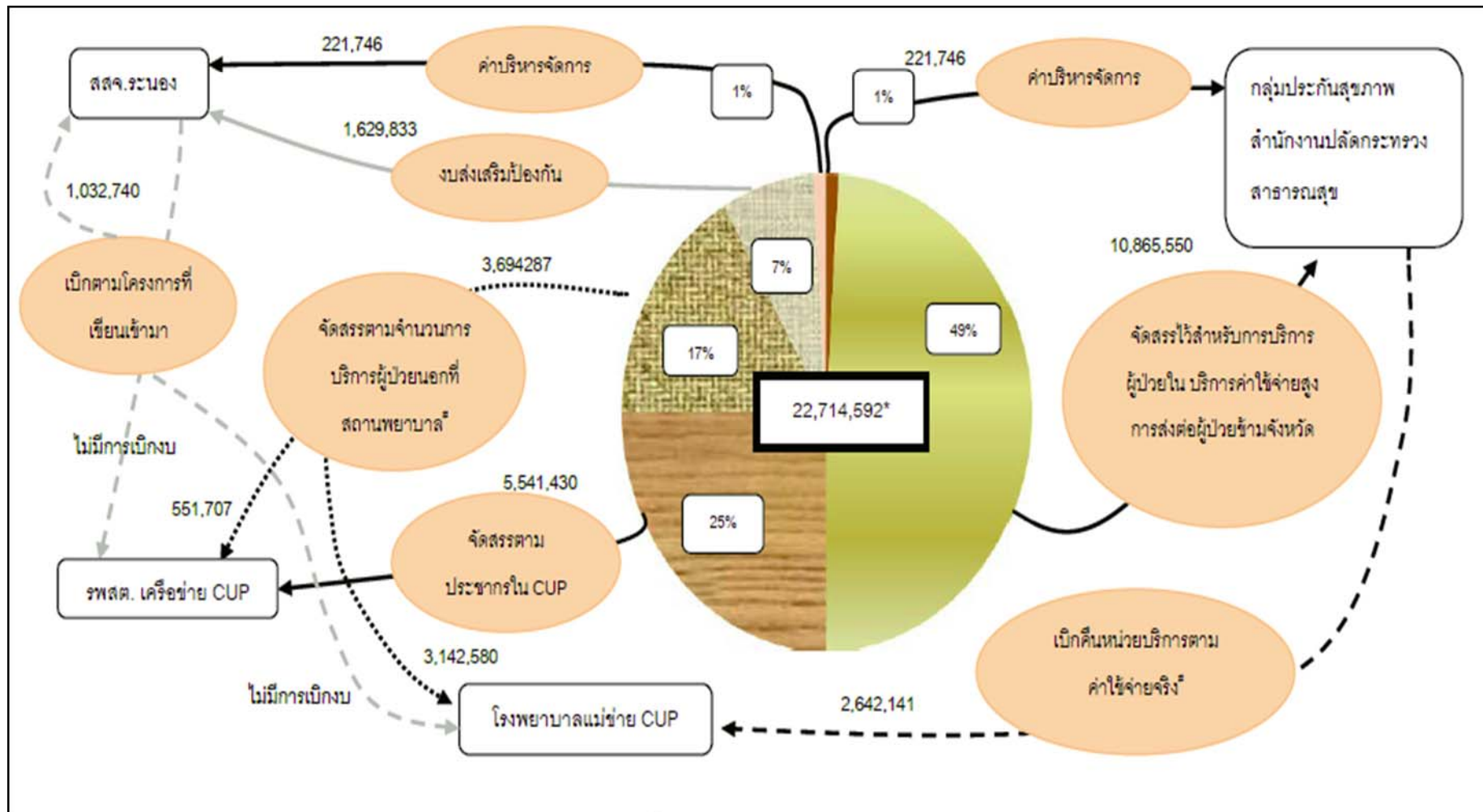
จังหวัดระนองมีวิธีการจัดการการเงินการคลังที่ทางจังหวัดจัดระบบขึ้นเอง โดยริเริ่มขึ้นใช้สำหรับงบประมาณ 2555 เป็นการตกลงของ คปสจ. ดังนี้ (รายละเอียดการจัดสรรงบประมาณในภาพรวมทั้งประเทศ โปรดดูภาคผนวก ‘การจัดสรรงบประมาณระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในระดับประเทศ’)

งบประมาณที่จัดสรรสู่พื้นที่ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 ของงบประมาณทั้งหมด ได้มีการจัดสรรตามรายละเอียดดังนี้ (1) ร้อยละ 1 ของงบประมาณทั้งหมดเป็นค่าบริหารจัดการ จัดสรรที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ (2) ร้อยละ 49 ของงบประมาณทั้งหมด จัดสรรโดยโอนเงินล่วงหน้าตามฐานประชากรที่ลงทะเบียนไว้กับแต่ละสถานพยาบาล หลักเกณฑ์การกระจายงบประมาณนี้เป็นไปตามที่กลุ่มประกันสุขภาพ สป. กำหนด

สสจ.ระนอง ได้กำหนดกลไกเฉพาะพื้นที่ คือ งบประมาณในข้อ (2) ได้แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนแรก ร้อยละ 15 จัดสรรไว้ที่สสจ. สำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน โดยให้สถานพยาบาลหรือสสจ. เขียนโครงการขึ้นมาเบิกงบประมาณ งบประมาณส่วนนี้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจากงบประมาณทั้งหมดจากการเหมาจ่ายรายหัวประชากร คิดเป็นร้อยละ 7.3 ($0.15 \times 0.49 = 0.073$) ส่วนที่สองคิดเป็น ร้อยละ 85 จัดสรรสู่หน่วยบริการ โดยร้อยละ 60 ของงบประมาณส่วนที่สองนี้ จัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนของแต่ละ CUP โดยงบประมาณลงไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายของ CUP นั้นๆ และโอนเข้าบัญชีเงินอุดหนุนของโรงพยาบาล ให้ใช้จ่ายได้ตามระเบียบเงินอุดหนุน เช่น ใช้สำหรับจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ รพสต. ในเครือข่าย CUP งบประมาณส่วนนี้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจากงบประมาณทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 25.0 ($0.85 \times 0.60 \times 0.49 = 0.25$) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 40 ของงบประมาณส่วนที่สองนี้ จัดสรรตามจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันที่สถานพยาบาล โดยถ่วงน้ำหนักตามขนาดสถานบริการ คือ รพสต. 150 หน่วย, รพช. 400 หน่วย และรพท. 600 หน่วย ต่อครั้งการใช้บริการ งบประมาณส่วนนี้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจากงบประมาณทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 16.7 ($0.85 \times 0.40 \times 0.49 = 0.17$)

ภาพรวมการจัดสรรงบประมาณของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในจังหวัดระนอง ได้สรุปไว้ในรูปที่ 6 (ดูรูปที่ 6)

รูปที่ 6 ภาพรวมการจัดสรรงบประมาณของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในจังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2555



- หมายเหตุ:**
- * งบประมาณ 22,714,592 เป็นงบรวมที่คำนวณตามรายหัวประชากร ปีงบประมาณ 2555
 - + เส้นประ หมายถึง งบประมาณที่จะเบิกได้เมื่อมีกิจกรรมเกิดขึ้น เช่น การเขียนโครงการ หรือให้บริการผู้ป่วยแล้ว
 - ± เส้นทึบ หมายถึง งบประมาณที่จัดสรรสู่หน่วยงานที่รับผิดชอบตั้งแต่เริ่มต้น โดยไม่ระบุ กิจกรรมเฉพาะ
 - # คำนวณจากการให้บริการผู้ป่วยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2554

- แหล่งข้อมูล:**
1. กลุ่มประกันสุขภาพ สป. 2555
 2. สสจ.ระนอง 2555

การจัดการงบประมาณโดยแยกเป็นกิจกรรมต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อจูงใจให้หน่วยบริการมีความกระตือรือร้นในการให้บริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ งบประมาณที่จัดสรรตามจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นที่รับทราบโดยทั่วไปว่า 'เงิน on-top' ซึ่งใช้การถ่วงน้ำหนักเช่นเดียวกับการถ่วงน้ำหนักในการคำนวณ 'เงิน on-top' ของ สปสช.แต่ในรายละเอียดมีความยืดหยุ่นมากกว่า กล่าวคือ เงิน on-top ของ สปสช.ที่รพสต.จะได้นั้น ทางรพสต.ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น มีเกณฑ์ว่าปริมาณการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่รพสต.ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88 ของปริมาณการใช้บริการของผู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาล [21]

งบประมาณที่มาสู่สถานบริการมีปริมาณค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องแบกรับสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอย่างเดียว เช่น ค่าใช้จ่ายจากการบริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่โรงพยาบาลระนอง (ดูตารางที่ 6) รวมแล้วประมาณ 5-7 ล้านบาท ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณที่คำนวณจากรายหัวประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งมากกว่า 20 ล้านบาทต่อปี สถานพยาบาลจึงเสมือนมี 'รายได้พิเศษ' ที่สามารถใช้ไปทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายส่วนอื่นได้ เช่น ค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 6 ค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิโรงพยาบาลระนอง

ปีงบประมาณ	การบริการผู้ป่วยนอก (บาท)	การบริการผู้ป่วยใน (บาท)	รวม (บาท)
2554	1,639,280	3,186,606	4,825,886
2555	2,440,493	4,840,817	7,281,310

แหล่งข้อมูล : โรงพยาบาลระนอง 2555

อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานจริงยังมีปัญหาในการสื่อสารและติดตามการใช้งบประมาณ ข้อค้นพบหนึ่งที่สำคัญคือ เจ้าหน้าที่ รพสต. ให้ข้อมูลว่างบประมาณส่วนนี้ 'นำไปใช้ยาก' เพราะ ไม่ทราบข้อกำหนดการใช้งบประมาณ แม้จุดมุ่งหมายของการที่กลุ่มประกันสุขภาพไม่ระบุกิจกรรมที่ทำอันเนื่องจากการให้สถานพยาบาลมีความอิสระและคล่องตัวในการใช้งบประมาณ ผู้ให้บริการมักสงสัยว่า การจัดกิจกรรมเพื่อผู้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทยทั้งหมด จะสอดคล้องตามหลักเกณฑ์หรือระเบียบการใช้งบประมาณหรือไม่ การทำโครงการส่งเสริมป้องกันก็ของบจากส่วนอื่นตามปกติและในการทำงานจริงก็ครอบคลุมกลุ่มคนไทยพลัดถิ่นหรือผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอยู่แล้ว

ปัญหานี้สะท้อนผ่านงบประมาณส่วนหนึ่งที่กันไว้ที่สสจ. สำหรับโครงการส่งเสริมป้องกัน ซึ่งกำหนดให้เบิกตามงบที่ทางสถานบริการเขียนโครงการเข้ามา พบว่าในปีงบประมาณ 2555 ไม่มีโรงพยาบาลหรือ รพสต.ใดเขียนเบิกงบประมาณส่วนนี้ โดยให้เหตุผลกับทางสสจ. ว่าทำโครงการส่งเสริมป้องกันในพื้นที่ซึ่งรวมกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในงานบริการปกติอยู่แล้ว สสจ.ระนองจึงใช้งบประมาณนี้ จัดโครงการด้วยตนเองขึ้นมา 2 โครงการ ได้แก่ (1) 'โครงการเฝ้าระวังและควบคุมอหิวาตกโรค' และ (2) 'โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดน' ใช้งบประมาณไปรวม 1,032,740 บาท ทาง สสจ. ให้ข้อมูลว่ามีแผนการที่จะปรับวิธีการจัดสรรเงินแบบใหม่ เพื่อแก้ปัญหาให้งบประมาณส่วนนี้ได้ถูกนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ แต่ขณะนี้ยังไม่มีมติที่ชัดเจนจากที่ประชุม สสจ. ในปีงบประมาณ 2556 จึงใช้กลไกการจัดสรรงบประมาณเช่นนี้ไปก่อน

"...ยี่งตอนนี้งาน metabolic อย่าง strip ตรวจ เราก็อธิบายและใช้ร่วมกัน แยกไม่ได้...ตอนทำ PR ในพื้นที่ เราก็อธิบายร่วมกัน... เวลารายงาน สปสช. เราก็อธิบายเฉพาะ UC เช่น กลุ่มเป้าหมาย 100 คน เราก็อธิบายเกิน แล้วเฉลี่ยให้เขา แต่รายงานแค่ 100 คน เก็บหลักฐานให้เขาตรวจสอบน้องที่เขาทำเขาจะให้พวก

UC เชื้อก่อน ไม่ค่อยให้คนไทยพลัดถิ่นเชื้อก่อน..." [RN_RNHC_1: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

"...ถ้าเขาบอก เขาโอนเข้า... แล้วก็เข้าไปเลย แล้วเราไม่รู้ว่าจะขอขเขตการให้ใช้ เขาให้ผมใช้ อะไรบ้าง ใช้ในเรื่องสิทธิ stateless หรือบริการทั่วไป จังหวัดเคยแจ้งว่าถ้าทำสิทธิ stateless จะมีค่ารายหัวให้ แต่เราไม่รู้ว่าจะขอขเขตการใช้จ่ายจะใช้อะไร..." [RN_LUHC_1, RN_RNHC_2: 20 พ.ย. 2555]—
Level of evidence: B

การส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วยในช่วงปีแรกของการนำใช้นโยบาย ยังมีความสับสน โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยไปในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการระบุไว้ว่า "กรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในเขตกรุงเทพมหานครต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ทำการรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง ดังนี้ 1) โรงพยาบาลเลิดสิน 2) โรงพยาบาลราชวิถี 3) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ยกเว้นกรณีที่โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ไม่สามารถรับการส่งต่อได้ สามารถทำใบส่งตัวไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นได้ตามความเหมาะสม" [17] ซึ่งมีกรณีการส่งต่อผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาว่าต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่าและมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ก็พบปัญหาขัดแย้งกับโรงพยาบาลรับส่งต่อ

"...ก็มีเรื่อง refer นี้อีลื้อไว้ ต้อง refer ไปโรงพยาบาลกรมการแพทย์ โรงเรียนแพทย์ไม่เกี่ยว ก็นำปลดลื้อใหม่ น่าจะให้ลงไป มอ. (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) ได้ มันไม่ใกล้กว่าหรือ ไม่ต้องไปอที่กรมการแพทย์..." [RN_RN_1: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: C

"...(ถาม: ถึงแม้ในระเบียบเขียนว่าสามารถ refer ไปที่อื่นได้ ตามความเหมาะสม)...ในความเป็นจริงมันไม่ได้เลยละ ต้องมีเงื่อนไข 1,2,3,4 ถ้าไม่ได้ตามนี้ก็ไม่ใช่สิทธิเลย ไม่ได้เลย ถึงแม้เราจะรับรองไป เช่นโรงพยาบาล XX นี้เลยละ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร) เป็น case emergency ไปถึงโทรมาเลยนะ...ที่เขียนว่ามีข้อบ่งชี้อะไรต่ออะไรไม่ใช่เลยละ ต้องวงเล็บว่า 'ตัวใครตัวมัน' [RN_RN_2: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

การส่งต่อข้ามจังหวัดก็พบปัญหาในอีกลักษณะหนึ่ง คือพฤติกรรมของการเคลื่อนย้ายของประชากร ซึ่งไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตามพื้นที่ที่ลงทะเบียนไว้ การจะเบิกค่ารักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันสำหรับการบริการผู้ป่วยนอกจึงมักมีปัญหา เพราะโรงพยาบาลที่รับรักษาเมื่อทำเรื่องไปที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ต้องอาศัยเอกสารขออนุญาตออกนอกพื้นที่ของผู้ป่วยมาประกอบด้วย แต่ผู้ป่วยมักไปรับบริการไปแล้วก่อนได้รับเอกสารขออนุญาตออกนอกพื้นที่ ในขณะที่การบริการผู้ป่วยในไม่มีปัญหามากนัก เพราะเป็นการเบิกค่าบริการจากส่วนกลางโดยตรง

"..ชุมพรเป็นผู้ขึ้นทะเบียน แต่เขาอยู่กับลูกที่ทำแซะ (ระนอง) เขามารักษา ก็รักษาหาย แล้วเขาก็กลับไป พอเราจะเบิก เขาก็ขอเอกสารแนบ แต่คนไข้กลับไปแล้ว แล้วเราจะหาได้ที่ไหน...คนไข้ก็ไม่สามารถไปหามาให้ได้" [RN_KB_2: 21 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

การตระหนักว่า คนไทยพลัดถิ่นหรือผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวนมากไม่ได้อาศัยตามพื้นที่ลงทะเบียนทำให้มีข้อตกลงในจังหวัดให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถไปใช้บริการที่สถานบริการได้ก็ได้ในจังหวัดระนอง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการจัดสรรงบประมาณของจังหวัด นั่นคือ สสจ.ระนองจะโอนงบประมาณตามการใช้บริการผู้ป่วยนอกไปที่สถานบริการในลักษณะ on-top payment หรือหากเป็นการบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลก็สามารถเบิกค่าบริการจากกลุ่มประกันสุขภาพได้ตามปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยสัญชาติไทย ที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพปกติ ไม่สามารถไปใช้บริการข้ามสถานพยาบาลที่ไปลงทะเบียนได้ หากไม่มีหนังสือส่งต่อและต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ผู้ให้บริการจึงรู้สึกว่าการนี้คือ 'ความเหลื่อมล้ำ' และบางครั้งก่อความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

"...ผมอธิบายกับคนไข้ว่า คุณขึ้นสิทธิกับผม แล้วเช็คใน web stateless คุณไปโรงพยาบาลไหน ถ้าเขาเช็ค web stateless ขึ้นคุณไปใช้บริการได้...ที่นี้ผมได้รับการตอบกลับจากชาวบ้านว่า 'ทำไมไทยกับอันนั้นมันไม่เหมือนกัน'...(หัวเราะ) ผมก็ตอบไม่ถูกครับ นุ่นพม่า (หมายถึงคนไทยพลัดถิ่น) ไปได้ทั่ว... ถ้าคุณเป็น stateless คุณไปได้เลย คนไข้ก็เลยงงว่า เฮ้ย! จะเป็นไทยหรือเป็น stateless ดี (หัวเราะ)" [RN_LUHC_1: 20 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

ข้อมูลสนับสนุนจากการวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลการใช้บริการ OP จังหวัดระนอง ที่มีความสมบูรณ์และสามารถวิเคราะห์ต่อได้^{xiv} มีทั้งหมด 1,442,707 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2555^{xv} ซึ่งพบว่าการจัดเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้นในช่วงหนึ่งถึงสองปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนการใช้บริการทั้งหมดต่อปี แยกเป็นรายสิทธิ พบว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้บริการมากที่สุด ประมาณร้อยละ 67.0 ถึง 76.3 ของการมาใช้บริการทั้งหมด ผู้มีปัญหสถานะและสิทธิมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 1.7 ถึง 2.5 ซึ่งน้อยที่สุดในทุกสิทธิประกันสุขภาพ และน้อยกว่าผู้ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดๆ (ดูตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนการใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี

จำนวนการครั้งของการใช้บริการ OP (%)					
สิทธิประกันสุขภาพ	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	2,070 (1.7)	2,251 (1.5)	6,471 (2.2)	7,301 (2.4)	14,216 (2.5)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	91,797 (73.9)	102,904 (71.0)	224,087 (76.3)	227,854 (74.1)	383,573 (67.0)
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	4,334 (3.4)	13,466 (9.3)	13,035 (4.4)	13,946 (4.5)	41,440 (7.2)
ไม่มีสิทธิใดๆ	7,981 (6.4)	7,809 (5.4)	20,273 (6.9)	23,709 (7.7)	37,465 (6.6)
สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ	10,693 (8.6)	10,977 (7.6)	15,217 (5.2)	16,037 (5.2)	49,693 (8.7)

xiv หมายถึง มีความสมบูรณ์ทั้งข้อมูลรายบุคคล ข้อมูลการวินิจฉัย ข้อมูลการให้บริการ

xv การวิเคราะห์การใช้บริการ OP จังหวัดระนอง ที่นำเสนอในที่นี้ จึงนำเสนอในรูปแบบปีปฏิทิน

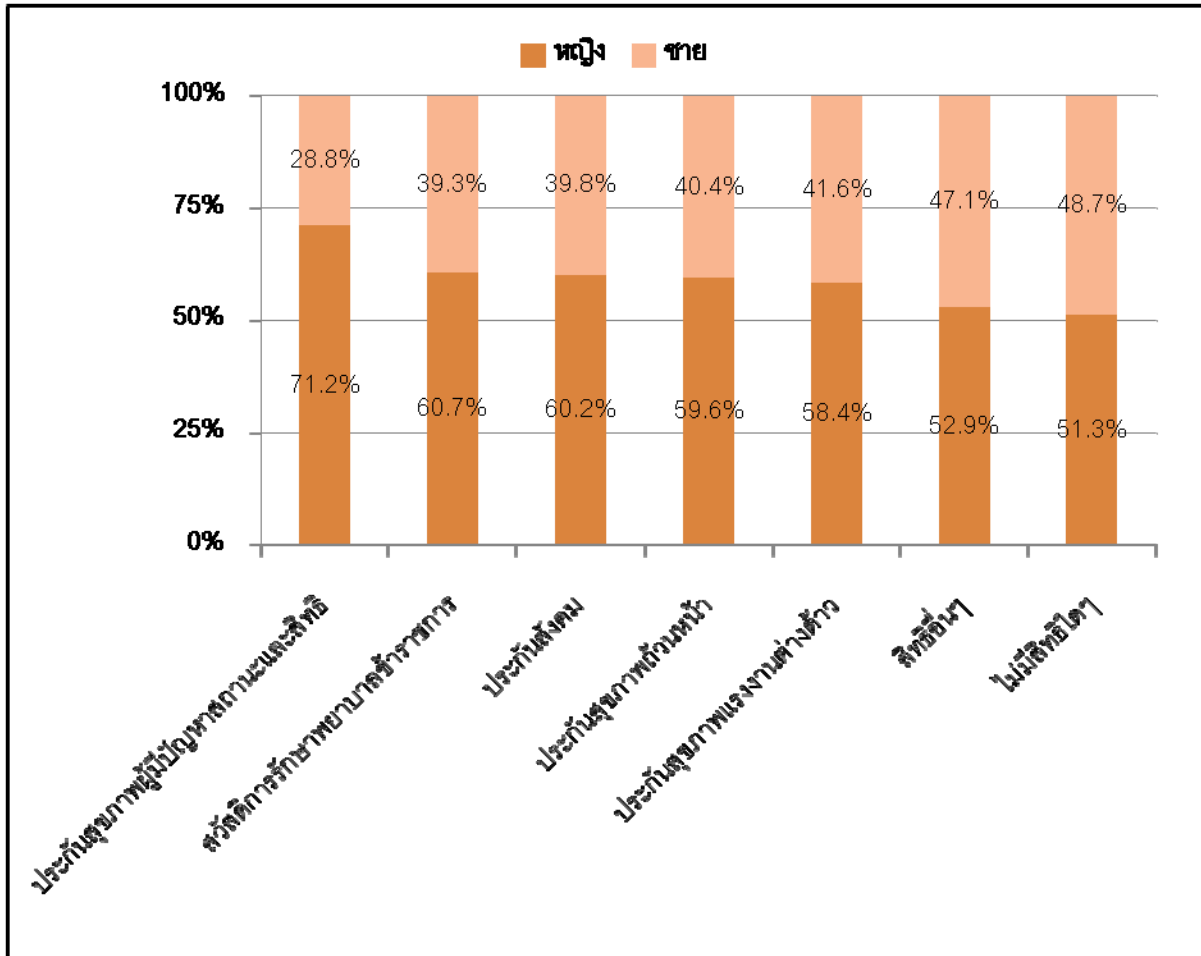
จำนวนการครั้งของใช้บริการ OP (%)

สิทธิประกันสุขภาพ	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
ประกันสังคม	4,230 (3.4)	4,229 (2.9)	8,427 (2.9)	9,303 (3.0)	30,903 (5.4)
อื่นๆ	3,192 (2.6)	3,365 (2.3)	6,340 (2.1)	9,306 (3.0)	14,813 (2.6)
รวม	124,297 (100.0)	145,001 (100.0)	293,850 (100.0)	307,456 (100.0)	572,103 (100.0)

จากตัวเลขการให้บริการข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งจังหวัด พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมาใช้บริการ 0.6 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งน้อยกว่าอัตราการให้บริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ที่ 3.2 ครั้ง [22] อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้อาจคาดประมาณต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะข้อมูลการให้บริการที่ไม่ได้ลงใน 21 แฟ้มมาตรฐาน (ในที่นี้คำนวณจากแฟ้ม service) หรือข้อมูลที่ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยจะไม่ได้นำมาคิดคำนวณด้วย

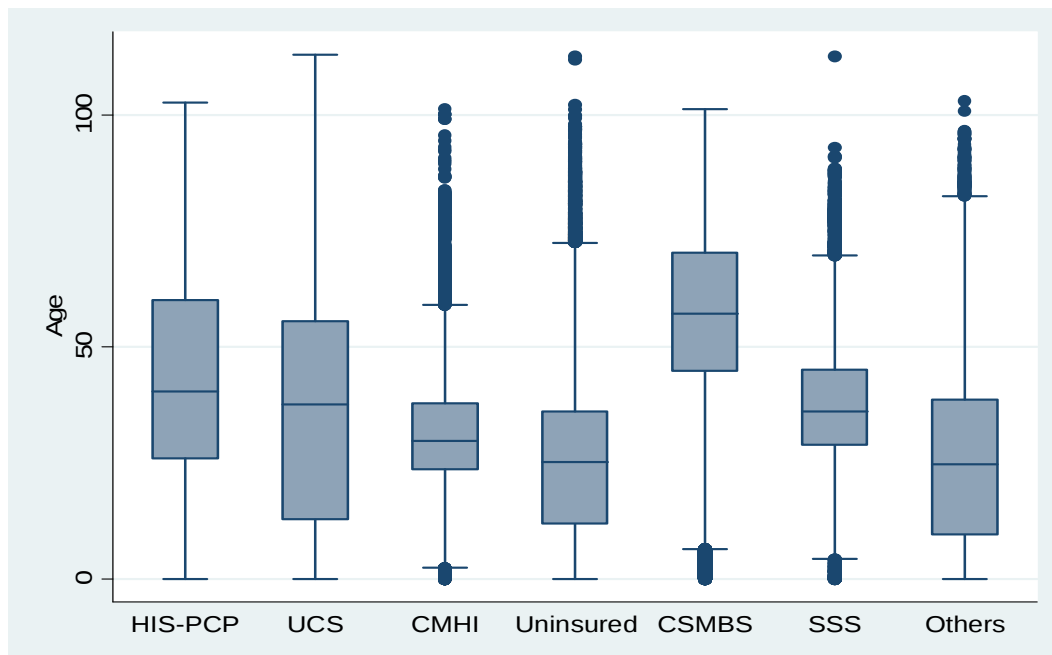
เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดระหว่างเพศแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในทุกสิทธิประกันสุขภาพ โดยเฉพาะผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีสัดส่วนการให้บริการโดยเพศหญิงมากที่สุดที่ร้อยละ 71.2 (ดูรูปที่ 7)

รูปที่ 7 สัดส่วนการใช้บริการ OP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



อายุของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ มีความแตกต่างกัน สิทธิรักษายาบาลสวัสดิการข้าราชการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่ 55 ปี และค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 57 ปี ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีสิทธิในประกันสุขภาพใดๆ มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของอายุต่ำที่สุดที่ 25 ปี ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของอายุที่ 43 และ 40 ปี ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในสิทธิประกันสุขภาพทั้งหมด อายุเฉลี่ยของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสูงเป็นลำดับที่สอง รองจากสิทธิรักษายาบาลสวัสดิการข้าราชการ (ดูรูปที่ 8)

รูปที่ 8 อายุของผู้มาใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



หมายเหตุ: HIS-PCP = ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ
 UCS = หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 CMHI = ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
 None = ไม่มีสิทธิใดๆ
 CSMBS = สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ
 SSS = ประกันสังคม
 Others = อื่นๆ เช่น ประกันสุขภาพเอกชน สิทธิพระราชบัญญัติคุ้มครอง

ผู้ประสบภัย

จากถรยนต์

ภาพรวมการให้บริการแยกรายสถานพยาบาล วิเคราะห์จากข้อมูล ปี 2555 ซึ่งมีการลงข้อมูลที่ครบถ้วนที่สุด พบว่าผู้ประกันตนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนของการใช้บริการมากที่สุดทุกสถานพยาบาล ตั้งแต่ ร้อยละ 46.7 ของการให้บริการที่ รพท. ถึงร้อยละ 84.1 ของการให้บริการที่ รพสต. ของ CUP ในเขตอำเภอเมืองระนอง ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของการให้บริการทั้งหมดที่ รพสต. ในเขตอำเภอเมืองระนอง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ ที่พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดในเขตอำเภอเมืองระนอง และผู้ป่วย

บางส่วนที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองระนอง ก็เข้ามาใช้บริการที่สถานพยาบาลในเขตอำเภอเมืองระนอง
 เนื่องจากนโยบายในจังหวัดที่ให้ผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด (ดูตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 สัดส่วนการใช้บริการ OP ที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ แยกรายสิทธิ

สิทธิประกันสุขภาพ	รพท. (%)	รพช. (%)	รพสต. ใน CUP อ.เมือง (%)	รพสต. ใน CUP อื่นๆ (%)
ประกันสุขภาพผู้มี	3,248	2,194	5,046	3,728
ปัญหาด้านสถานะและสิทธิ	(2.7)	(1.8)	(3.7)	(1.9)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	56,433	74,751	89,807	162,582
	(46.7)	(61.9)	(65.5)	(84.1)
ประกันสุขภาพแรงงาน	9,522	15,289	10,872	5,757
ต่างด้าว	(7.9)	(12.7)	(7.9)	(3.0)
ไม่มีสิทธิใดๆ	12,760	12,439	6,456	5,810
	(10.6)	(10.3)	(4.7)	(3.0)
สิทธิรักษาพยาบาล	25,274	11,151	7,989	5,279
สวัสดิการข้าราชการ	(20.9)	(9.2)	(5.8)	(2.7)
ประกันสังคม	11,476	3,258	11,643	4,526
	(9.5)	(2.7)	(8.5)	(2.3)
อื่นๆ	2,078	1,702	5,311	5,722
	(1.7)	(1.4)	(3.9)	(3.0)
รวม	120,791	120,784	137,124	193,404
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

เมื่อลงรายละเอียดเฉพาะกลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ พบว่า 'I10-Essential hypertension' เป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่กลุ่มสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ได้รับการลงรหัสวินิจฉัยเป็น 'Z00-General medical examination' มากที่สุด รองลงมาเป็น 'Z027-Issue of medical certificate' ซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ที่ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ต้องขอใบรับรองแพทย์และรับการตรวจสุขภาพก่อนจะขึ้นทะเบียน ในกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ก็ได้รับการลงรหัสวินิจฉัยคล้ายกัน (ดูตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการใช้บริการ OP ของผู้ป่วยแยกรายสิทธิประกันสุขภาพ

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. I10-Essential hypertension	90,968 (9.6)
2. Z138-Special screening examination for other specified diseases and disorders	50,954 (5.4)
3. J00-Acute nasopharyngitis	47,095 (5.0)
4. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	30,827 (3.3)
5. J029-Acute pharyngitis, unspecified	21,474 (2.3)
สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	
1. I10-Essential hypertension	3,722

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
	(11.9)
2. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	1,462 (4.7)
3. J00-Acute nasopharyngitis	1,138 (3.6)
4. Z138-Special screening examination for other specified diseases and disorders	1,008 (3.2)
5. Z348-Supervision of other normal pregnancy	762 (2.4)
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	
1. Z000-General medical examination	9,632 (11.6)
2. Z027-Issue of medical certificate	8,806 (9.7)
3. Z348-Supervision of other normal pregnancy	3,994 (4.4)
4. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	3,162 (3.5)
5. Z340-Supervision of normal first pregnancy	2,424 (2.7)
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ	
1. Z000-General medical examination	13,155 (12.7)
2. Z719-Counselling, unspecified	9,250

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
	(8.9)
3. Z027-Issue of medical certificate	6,159 (5.9)
4. J00-Acute nasopharyngitis	4,174 (4.0)
5. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	2,774 (2.7)

การวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ OP พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ OP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.004 ครั้งต่อปี อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ OP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล และการใช้บริการที่ รพท. การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป โรคที่มีความรุนแรงสูง โรคกลุ่ม ACSC และโรคกลุ่มการฝากครรภ์ทั่วไป (ดูตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ OP ด้วย DID model

Variables	Coef. [§]	S.E. [@]	P-value	95% CI ⁺
Policy	0.004	0.184	0.983	-0.366 0.374
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.058	0.202	0.775	-0.463 0.347
● CMHI	-0.091	0.179	0.614	-0.450 0.268
● Uninsured	-0.286	0.257	0.271	-0.801 0.230

Variables	Coef. ^{\$}	S.E. [@]	P-value	95% CI ⁺
Time				
(VS 2008)				
• 2009	-0.002	0.039	0.951	-0.080 0.075
• 2010	-0.116	0.095	0.230	-0.307 0.076
• 2011	-0.130	0.185	0.485	-0.501 0.241
• 2012	-0.241	0.212	0.261	-0.665 0.184
Age	0.003	0.002	0.053	-0.000 0.006
Male	0.062	0.029	0.036*	0.004 0.120
Time_at_risk	0.018	0.001	<0.001*	0.017 0.020
Near_facility	0.275	0.133	0.044*	0.008 0.542
Hospital_type				
(VS Provincial_hosp)				
• District_hosp	-0.529	0.204	0.012*	-0.937 -0.120
• Muang_HC	-0.587	0.094	<0.001*	-0.777 -0.398
• Non_Muang_HC	-0.520	0.113	<0.001*	-0.746 -0.294
MCH_ever	1.760	0.357	<0.001*	1.043 2.477
Severe_disease_ever	4.096	0.475	<0.001*	3.143 5.049
ACSC_ever	2.201	0.390	<0.001*	1.418 2.985
ANC_ever	1.333	0.352	<0.001*	0.626 2.040
FP_ever	0.250	0.125	0.050	-0.000 0.500
Constant	1.593	0.136	<0.001*	1.321 1.865

R2 = 0.40

หมายเหตุ: ^{\$} Coef. = Coefficient หรือค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปร

[@] S.E. = Standard error

⁺ 95%CI = 95% Confidence interval

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ ณ จุดบริการ (Part 1) พบว่าโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพลดลงประมาณร้อยละ 11.7 เมื่อมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มการคุมกำเนิดทั่วไป และโรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง

ขณะที่ปัจจัยที่มีผลเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่ว่าผู้ประกันตนในสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าธรรมเนียม ณ จุดบริการ 30 บาท (ดูตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ OP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ

Two-part model (Part 1)

Variables	dy/dx. ^{\$}	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.117	0.045	0.009*	-0.205 -0.029
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.132	0.041	0.001*	-0.212 -0.053
● CMHI	0.162	0.049	0.001*	0.065 0.258
● Uninsured	0.517	0.934	<0.001*	0.334 0.701
Time (VS 2008)				
● 2009	0.006	0.023	0.782	-0.039 0.052
● 2010	-0.098	0.158	0.536	-0.408 0.212
● 2011	-0.237	0.198	0.230	-0.624 0.150
● 2012	-0.243	0.192	0.205	-0.619 0.133
Age	0.000	0.000	0.078	-0.000 0.001

Variables	dy/dx. [§]	S.E.	P-value	95% CI
Male	-0.001	0.003	0.823	-0.007 0.006
Near_facility	-0.053	0.039	0.167	-0.129 0.022
Hospital_type (VS Provincial_hosp)				
● District_hosp	-0.116	0.079	0.139	-0.271 0.038
● Muang_HC	0.056	0.072	0.436	-0.085 0.198
● Non_Muang_HC	-0.041	0.043	0.337	-0.125 0.043
Disease_group (VS other diseases)				
● MCH	0.039	0.058	0.502	-0.075 0.153
● FP	-0.071	0.018	<0.001*	-0.106 -0.036
● ANC	-0.044	0.032	0.168	-0.106 0.019
● ACSC	0.001	0.022	0.981	-0.042 0.043
● Severe_disease	-0.065	0.023	0.004*	-0.109 -0.021

Pseudo-R² = 0.24

หมายเหตุ: [§]dy/dx = marginal change ในที่นี้คือผลการเปลี่ยนแปลงของโอกาสที่จะต้องจ่ายเพื่อ
 การบริการสุขภาพ ณ จุดบริการ

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการที่มีการจ่ายค่าบริการเกิดขึ้น พบว่า
 นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ไม่ได้ลดค่าใช้จ่ายเมื่อต้องจ่ายค่าบริการ แต่เพิ่ม
 ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยประมาณ 16.9 บาทเมื่อต้องจ่ายค่าบริการ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่คำนวณได้นั้นไม่มี
 นัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นที่มีผลลดปริมาณค่าใช้จ่ายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีการวินิจฉัยหลัก
 เป็นโรคกลุ่มการคุมกำเนิดทั่วไป

ปัจจัยที่มีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายเมื่อต้องจ่ายค่าบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ทุกปีที่เพิ่มขึ้นเทียบกับ 2551 การมีรหัสวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่ม ACSC อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและการมาใช้บริการที่ รพช. (ดูตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ OP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น

ด้วย DID model และ Two-part model (Part 2)

Variables	dy/dx. ^{\$}	S.E.	P-value	95% CI	
Policy	16.868	92.131	0.855	-163.706	197.442
Beneficiary (VS HIS-PCP)					
● UCS	-65.897	61.973	0.288	-187.362	55.568
● CMHI	-128.094	72.547	0.077	-270.284	14.096
● Uninsured	379.908	115.532	0.001*	153.470	606.346
Time (VS 2008)					
● 2009	25.603	10.734	0.017*	4.566	46.641
● 2010	111.173	32.780	0.001*	46.926	175.420
● 2011	116.895	44.900	0.009*	28.892	204.897
● 2012	117.934	56.322	0.036*	7.545	228.323
Age	1.461	0.209	<0.001*	1.051	1.871
Male	22.760	5.461	<0.001*	12.057	33.462
Near_facility	-49.071	88.095	0.578	-221.733	123.591
Hospital_type (VS Provincial_hosp)					
● District_hosp	347.355	79.858	<0.001*	190.837	503.874
● Muang_HC	116.678	70.964	0.100	-22.409	255.765
● Non_Muang_HC	30.845	34.926	0.377	-37.608	99.298
Disease_group (VS Other_diseases)					

Variables	dy/dx. ^{\$}	S.E.	P-value	95% CI	
● MCH	178.615	96.397	0.064	-10.319	367.549
● FP	-53.806	26.258	0.040*	-105.270	-2.342
● ANC	16.515	48.624	0.734	-78.786	111.816
● ACSC	126.696	63.604	0.046*	2.033	251.358
● Severe_disease	494.589	283.761	0.081	-61.573	1,050.751

AIC = 12.272 BIC = -2540779

หมายเหตุ: ^{\$}dy/dx = marginal change ในที่นี้คือผลการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการรับบริการ OP โดยเฉลี่ย เฉพาะรายครั้งที่มีการจ่ายเกิดขึ้น

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์จากตารางที่ 11 และ 12 เข้าด้วยกัน นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดค่าใช้จ่ายการให้บริการ OP ได้ประมาณ 3.2 ถึง 131.2 บาทต่อครั้ง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 23.1 บาทต่อครั้ง

ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลกระบี่

ข้อมูลการให้บริการ IP โรงพยาบาลกระบี่ มีทั้งหมด 13,342 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถึง 29 กันยายน 2555 (4 ปีงบประมาณ) ข้อมูลการให้บริการปีงบประมาณ 2553 จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มที่เก็บที่สถานพยาบาลไม่สมบูรณ์ จึงนำข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลส่งให้ สปสช. เพื่อการเบิกค่าใช้จ่ายมาเสริมเฉพาะปีงบประมาณนี้ ข้อมูลการให้บริการในปีงบประมาณ 2553 จึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตามการคำนวณด้วยสถิติเชิงอนุมานยังใช้ฐานข้อมูลที่สถานพยาบาล ด้วยฐานคติที่ว่า การขาดหายไปของข้อมูลเป็นแบบสุ่ม (random missing) ซึ่งเกิดกับทุกสิทธิประกันสุขภาพ จึงไม่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์มากนัก

เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดต่อปี แยกเป็นรายสิทธิ พบว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้บริการมากที่สุดประมาณร้อยละ 68.2 ถึง ร้อยละ 71.6 ของการให้บริการทั้งหมด

รองลงมาคือ ผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 14.1 ถึง 17.4 ในขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 1.5 ถึง 3.8 โดยใช้บริการมากที่สุดในปีงบประมาณ 2554 และใช้บริการน้อยที่สุดในปีงบประมาณ 2553 (ดูตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี

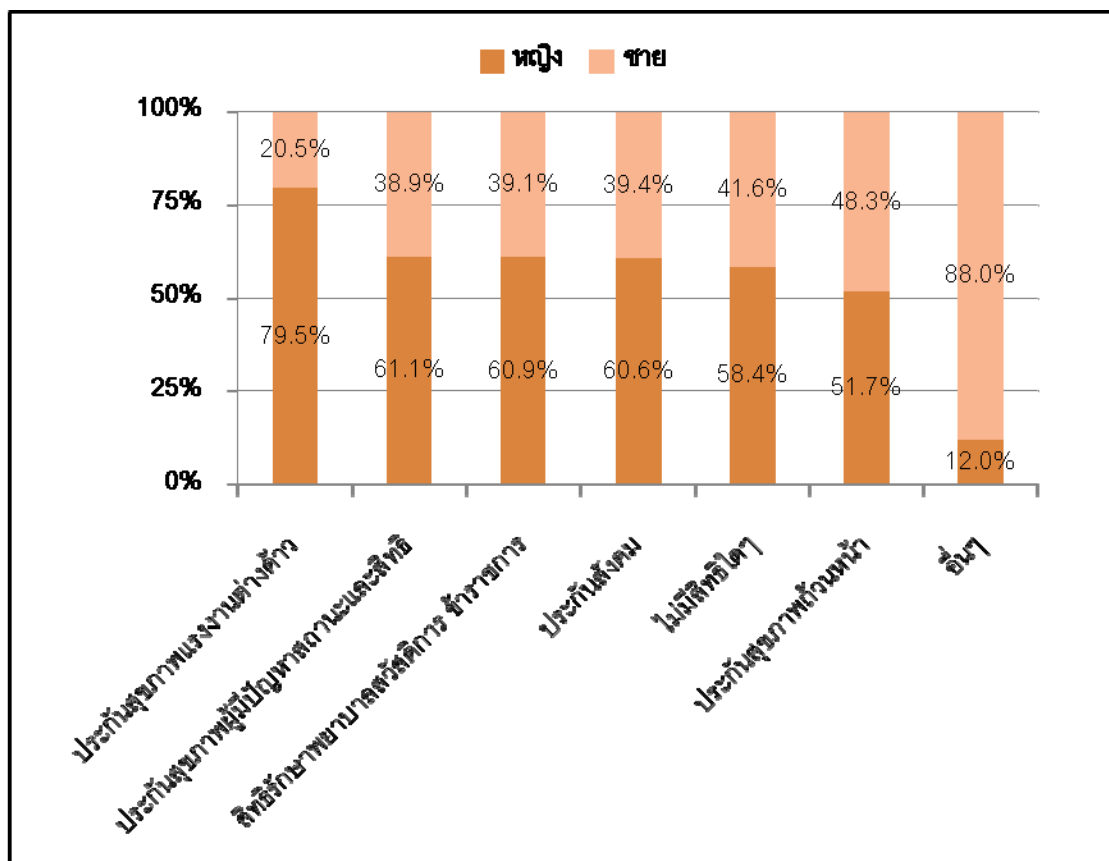
จำนวนการครั้งของการใช้บริการ IP (%)				
สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ 2552	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554	ปีงบประมาณ 2555
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	90 (2.8)	49 (1.5)	119 (3.8)	128 (3.3)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2,154 (68.2)	2,293 (71.6)	1,985 (63.1)	2,387 (62.3)
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	152 (4.8)	310 (9.7)	289 (9.2)	491 (12.8)
ไม่มีสิทธิใดๆ	550 (17.4)	450 (14.1)	491 (15.6)	577 (15.1)
สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ	121 (3.8)	57 (1.8)	155 (4.9)	140 (3.7)
ประกันสังคม	40 (1.3)	15 (0.5)	45 (1.4)	60 (1.6)
อื่นๆ	53 (1.7)	28 (0.9)	64 (2.0)	49 (1.3)
รวม	3,160 (100.0)	3,202 (100.0)	3,148 (100.0)	3,832 (100.0)

จากตัวเลขการใช้บริการข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งอำเภอกระบุรี พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมาใช้บริการ 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งน้อยกว่าอัตราการให้บริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ที่ 0.12 ครั้ง [22]

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดระหว่างเพศแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในเกือบทุกสิทธิ โดยเฉพาะผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และสิทธิประกัน

สุขภาพแรงงานต่างด้าวมีส่วนการใช้บริการโดยเพศหญิงค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 79.5 ตามลำดับ (ดูรูปที่ 9)

รูปที่ 9 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ

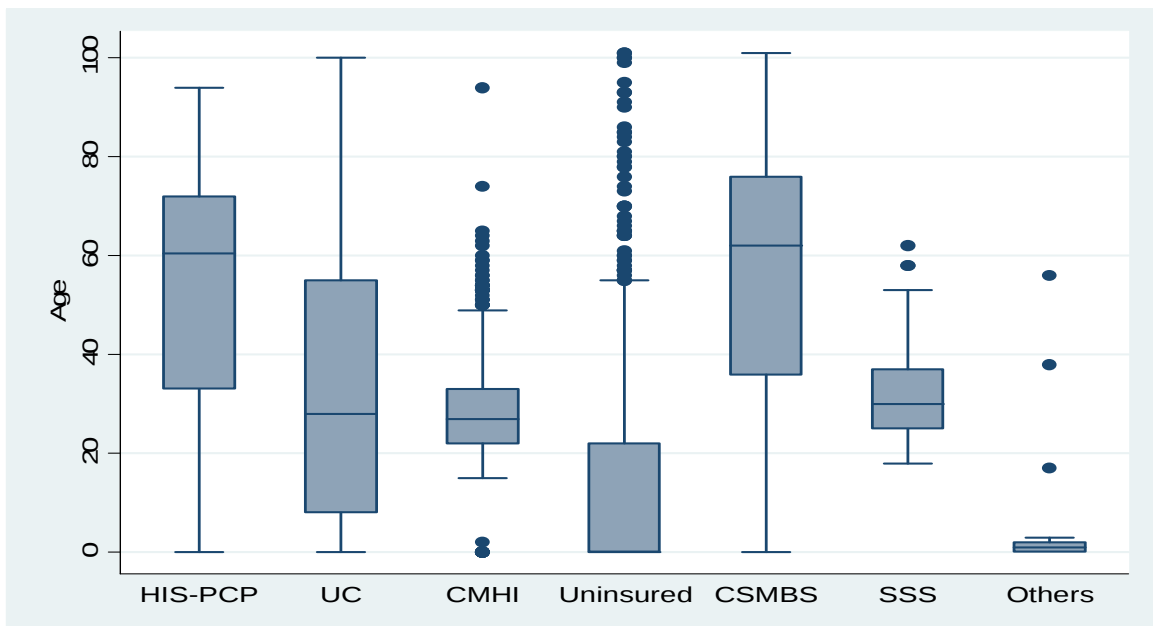


สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีค่าเฉลี่ยและมัธยฐานของอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (ค่าเฉลี่ยของอายุประมาณ 54 ปี และค่ามัธยฐานของอายุประมาณ 60 ปีของทั้งสองกลุ่ม) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจากการสัมภาษณ์ที่ว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในวัยทำงานย้ายเข้าสู่อำเภอเมืองจำนวนมาก หรือไปรับจ้างทำงานที่อำเภออื่น ผู้สูงอายุจึงอาศัยในพื้นที่อำเภอกระบุรีหนาแน่น เช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการ ซึ่งมักมาอาศัยอยู่ในพื้นที่หลังเกษียณอายุราชการ

ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้สิทธิในประกันสุขภาพใดๆ มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของอายุต่ำที่สุด สอดคล้องกับลักษณะการให้บริการของผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งจะมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องภาวะคลอดบุตรเป็นหลัก บุตรที่เกิดขึ้นจะยังไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ (ก่อนลงทะเบียนการเกิด) โดยจะสามารถใช้สิทธิของมารดาได้หนึ่งเดือน หลังจากนั้นขึ้นอยู่กับว่าเด็กที่คลอดมาจะมีสิทธิในการใช้สิทธิประกันสุขภาพใด

ตามกฎหมาย บุตรที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายหรือผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จึงมีโอกาสอยู่ในสถานะที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆได้ (ดูรูปที่ 10)

รูปที่ 10 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ พบว่า 'J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified' เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดมากกว่าร้อยละ 21.5 ของโรคที่พบในกลุ่มนี้ทั้งหมด สอดคล้องกับข้อมูลอายุของผู้ป่วย ซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ โรคที่พบในกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความหลากหลาย ทั้งโรคติดเชื้อ โรคกลุ่มแม่และเด็ก ในกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ สามในห้าโรคที่พบบ่อยที่สุด ล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องการคลอดบุตร เช่น 'Z380-Singleton born in hospital' หรือ 'O800-Spontaneous vertex delivery'(ดูตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบบ่อยที่สุดห้าอันดับแรกในการให้บริการ IP ของผู้ป่วยแยกกาย
 สิทธิประกันสุขภาพ

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	720 (9.4)
2. Z380-Singleton born in hospital	543 (7.1)
3. A279-Leptospirosis, unspecified	403 (5.2)
4. J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	357 (4.6)
5. O800-Spontaneous vertex delivery	337 (4.4)
สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	
1. J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	83 (21.5)
2. O800-Spontaneous vertex delivery	29 (7.5)
3. J46-Status asthmaticus	15 (3.4)
4. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	13 (3.4)
5. A279-Leptospirosis, unspecified	13 (3.4)
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	
1. O800-Spontaneous vertex delivery	429 (34.5)

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
2. O700-First degree perineal laceration during delivery	101 (8.1)
3. A279-Leptospirosis, unspecified	57 (4.6)
4. O701-Second degree perineal laceration during delivery	48 (3.9)
5. B509-Plasmodium falciparum malaria, unspecified	46 (3.7)
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ	
1. Z380-Singleton born in hospital	953 (46.1)
2. O800-Spontaneous vertex delivery	238 (11.5)
3. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	63 (3.1)
4. O700-First degree perineal laceration during delivery	51 (2.5)
5. R560-Febrile convulsions	45 (2.2)

การวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ IP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.1 ครั้งต่อปี อย่างไรก็ตาม นโยบายที่สำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป โรคที่มีความรุนแรงสูง โรคกลุ่ม ACSC การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติได้รับการส่งต่อสู่โรงพยาบาลส่งต่อ

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้บริการในปี
 งบประมาณ 2555 (ดูตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.144	0.074	0.052	-0.001 0.289
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
• UCS	0.034	0.064	0.599	-0.092 0.160
• CMHI	0.024	0.061	0.694	-0.096 0.144
• Uninsured	0.020	0.063	0.744	-0.103 0.144
Time (VS 2009)				
• 2010	0.002	0.010	0.827	-0.018 0.022
• 2011	0.004	0.012	0.736	-0.020 0.029
• 2012	-0.024	0.011	0.027*	-0.045 -0.003
Age	0.001	0.000	<0.001*	0.000 0.001
Male	0.011	0.011	0.320	-0.010 0.032
Time_at_risk	0.010	0.001	<0.001*	0.009 0.011
Near_facility	0.031	0.018	0.079	-0.004 0.065
MCH_ever	0.024	0.008	0.004*	0.008 0.040
Severe_disease_ever	0.274	0.100	0.006*	0.079 0.469
ACSC_ever	0.366	0.062	<0.001*	0.245 0.487
Referout_ever	0.144	0.025	<0.001*	0.095 0.193
Constant	0.945	0.065	<0.001*	0.818 1.071

$R^2 = 0.45$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ระยะเวลาการนอน พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มลดวันนอนของผู้ป่วยได้ 0.4 วัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มวันนอน ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ การใช้บริการในปีงบประมาณ 2555 การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และการถูกส่งต่อสู่โรงพยาบาลรับส่งต่อ (ดูตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.372	0.262	0.156	-0.885 0.142
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.315	0.221	0.153	-0.748 0.118
● CMHI	-0.284	0.307	0.356	-0.886 0.319
● Uninsured	-0.668	0.220	0.002*	-1.099 -0.237
Time (VS 2009)				
● 2010	0.048	0.060	0.426	-0.070 0.166
● 2011	-0.015	0.095	0.875	-0.202 0.172
● 2012	-0.099	0.049	0.044*	-0.196 -0.003
Age	0.009	0.002	<0.001*	0.006 0.012
Male	0.137	0.058	0.017*	0.024 0.250
Near_facility	-0.106	0.064	0.096	-0.230 0.019
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.406	0.741	<0.001*	-0.551 -0.261
● ACSC	0.051	0.145	0.724	-0.233 0.335
● Severe_disease	1.169	0.366	0.001*	0.452 1.886

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Referout	-0.546	0.072	<0.001*	-0.687 -0.406
Constant	2.478	0.236	<0.001*	2.015 2.940

$R^2 = 0.03$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคต่อครั้งการนอนโรงพยาบาลพบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มี
 ปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นได้เข้ามานอนโรงพยาบาล ดังปรากฏ
 จาก AdjRw เพิ่มขึ้น 0.02 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม AdjRw ที่มีนัยสำคัญทาง
 สถิติ ได้แก่ การมีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 และ 2555
 อายุที่เพิ่มขึ้น การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่ม ACSC และโรคที่มีความรุนแรงสูง และการถูกส่ง
 ต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ

ปัจจัยที่มีผลต่อการลด AdjRW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในที่นี้ คือ การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็น
 โรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป (ดูตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง AdjRW ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.023	0.039	0.554	-0.053 0.099
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	0.008	0.025	0.757	-0.041 0.057
● CMHI	0.084	0.026	0.001*	0.034 0.135
● Uninsured	-0.047	0.026	0.065	-0.097 0.003
Time (VS 2009)				
● 2010	-0.004	0.007	0.611	-0.018 0.010

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
● 2011	0.022	0.008	0.005*	0.007 0.038
● 2012	0.031	0.008	<0.001*	0.016 0.047
Age	0.004	0.000	<0.001*	0.004 0.005
Male	0.002	0.007	0.777	-0.012 0.016
Near_facility	0.007	0.010	0.503	-0.013 0.026
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.108	0.006	<0.001*	-0.119 -0.097
● ACSC	0.063	0.018	0.001*	0.027 0.098
● Severe_disease	0.691	0.132	<0.001*	0.431 0.950
Referout	0.040	0.014	0.004*	0.013 0.066
Constant	0.237	0.026	<0.001*	0.185 0.289

$R^2 = 0.30$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

จากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการ IP ณ จุดบริการ พบว่าโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ประมาณร้อยละ 14.9 เมื่อนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ส่วนปัจจัยอื่นๆที่มีผลลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการ IP อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเป็นเพศชาย การมีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และโรคกลุ่ม ACSC และการถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ

ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ การใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 และการมีถิ่นที่อยู่ใกล้จุดบริการ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวมีผลเปลี่ยนแปลงโอกาสการจ่ายค่าบริการน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 7.5) เว้นแต่ปัจจัยเรื่องสิทธิประกันสุขภาพซึ่งพบว่า กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีโอกาสจ่ายค่าบริการน้อยกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสถานะและ

สิทธิประมาณร้อยละ 21.2 ขณะที่กลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ
 ใดๆมีโอกาสจ่ายค่าบริการมากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิประมาณร้อยละ 60.1 และ 52.4
 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ IP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ
 Two-part model (Part 1)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.149	0.033	<0.001*	-0.214 -0.085
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
• UCS	-0.212	0.049	<0.001*	-0.308 -0.115
• CMHI	0.601	0.050	<0.001*	0.503 0.699
• Uninsured	0.524	0.051	<0.001*	0.424 0.624
Time (VS 2009)				
• 2010	-0.002	0.010	0.838	-0.022 0.018
• 2011	0.040	0.009	<0.001*	0.022 0.058
• 2012	0.075	0.009	<0.001*	0.057 0.094
Age	-0.000	0.000	0.950	-0.000 0.000
Male	-0.038	0.008	<0.001*	-0.053 -0.023
Near_facility	0.034	0.009	<0.001*	0.015 0.052
Disease_group (VS Other_diseases)				
• MCH	-0.034	0.009	<0.001*	-0.051 -0.016
• ACSC	-0.074	0.018	<0.001*	-0.110 -0.038
• Severe_disease	-0.004	0.044	0.927	-0.090 0.082
Referout	-0.051	0.012	<0.001*	-0.074 -0.027

Pseudo-R² = 0.40

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการที่มีการจ่ายค่าบริการเกิดขึ้น พบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ลดค่าใช้จ่ายเมื่อใดก็ตามที่ต้องจ่ายค่าบริการ IP โดยเฉลี่ยประมาณ 5.9 บาทต่อครั้งแต่เป็นการลดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นที่มีผลลดปริมาณค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใดก็ตามที่มีการจ่ายค่าบริการ IP คือ การมีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2553 เพศชาย การมีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไปและ ACSC และการถูกส่งต่อไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรับส่งต่อ

ปัจจัยที่มีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายเมื่อใดก็ตามที่ต้องจ่ายค่าบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 และอายุที่เพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ IP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น
 ด้วย DID model และ Two-part model (Part 2)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI	
Policy	-5.876	257.229	0.982	-510.035	498.283
Beneficiary (VS HIS-PCP)					
● UCS	-397.193	212.125	0.061	-812.951	18.565
● CMHI	-1273.759	207.682	<0.001*	-1680.808	-866.711
● Uninsured	226.469	216.213	0.295	-197.300	650.239
Time (VS 2009)					
● 2010	-378.208	63.721	<0.001*	-503.099	-253.317
● 2011	202.423	101.154	0.045*	4.164	400.681
● 2012	44.028	87.747	0.616	-127.954	216.010
Age	11.018	1.260	<0.001*	8.549	13.486
Male	-437.023	52.840	<0.001*	-540.588	-333.458
Near_facility	-44.364	78.919	0.574	-199.042	110.313
Disease_group (VS Other_diseases)					

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI	
● MCH	-472.531	68.353	<0.001*	-606.501	-338.562
● ACSC	-505.708	132.702	<0.001*	-765.799	-245.616
● Severe_disease	448.446	415.449	0.280	-365.818	1,262.71
Referout	-200.699	94.762	0.034*	-386.428	-14.970

AIC = 15.389 BIC = -24927.7

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์จากตารางที่ 18 และ 19 ร่วมกัน พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดค่าใช้จ่ายการให้บริการ IP ของโรงพยาบาลกระบี่ได้ประมาณ 74.7 ถึง 1,595.6 บาทต่อครั้ง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 552.0 บาทต่อครั้ง

โรงพยาบาลระนอง

ข้อมูลการให้บริการ IP โรงพยาบาลระนอง มีทั้งหมด 47,785 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2555 ข้อมูลการให้บริการก่อนวันที่ 1 มกราคม 2553 จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มที่เก็บที่สถานพยาบาลไม่สมบูรณ์ เนื่องด้วยสถานพยาบาลปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์ใหม่ จึงนำข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลส่งให้ สปสช. เพื่อการเบิกค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2553 มาเสริม แต่เนื่องจาก สปสช. จัดเก็บเฉพาะข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การแปลผลข้อมูลเชิงพรรณนาจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะการให้บริการของสิทธิอื่นนอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจต่ำกว่าความเป็นจริง การคำนวณด้วยสถิติเชิงอนุมานยังใช้ฐานข้อมูลที่สถานพยาบาล ด้วยฐานคติที่ว่า การขาดหายไปของข้อมูลเป็นแบบสุ่ม (random missing) ซึ่งเกิดกับทุกสิทธิประกันสุขภาพ จึงไม่น่าส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์มากนัก นอกจากนี้ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจากการให้บริการได้ รวมถึงตัวแปรบางตัว เช่น ตัวแปรที่เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยมารักษาโรงพยาบาลระนอง (Referin_ever และ Referin) จะไม่ถูกรวมในสมการคำนวณ การศึกษาครั้งนี้กำหนดจุดตัดของนโยบายเป็นวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ซึ่งเป็นจุดเริ่มของปีงบประมาณ ซึ่งนโยบายนำไปปฏิบัติเต็มที่ เพื่อให้มีข้อมูลช่วงก่อนและหลังนโยบายที่สมดุลกัน

เมื่ออ้างอิงจากปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนที่สุดพบว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้บริการ IP มากที่สุดคือร้อยละ 48.5 ในปี 2554 และร้อยละ 45.6 ในปี 2555 รองลงมาคือผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 19.8 ในขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 2.7 ในปีงบประมาณ 2554 และเพิ่มเป็นร้อยละ 3.0 ในปีงบประมาณ 2555 จากตัวเลขการให้บริการข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งอำเภอเมืองระนอง พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมาใช้บริการ 0.03 ครั้งต่อคนต่อปี (ดูตารางที่ 20)

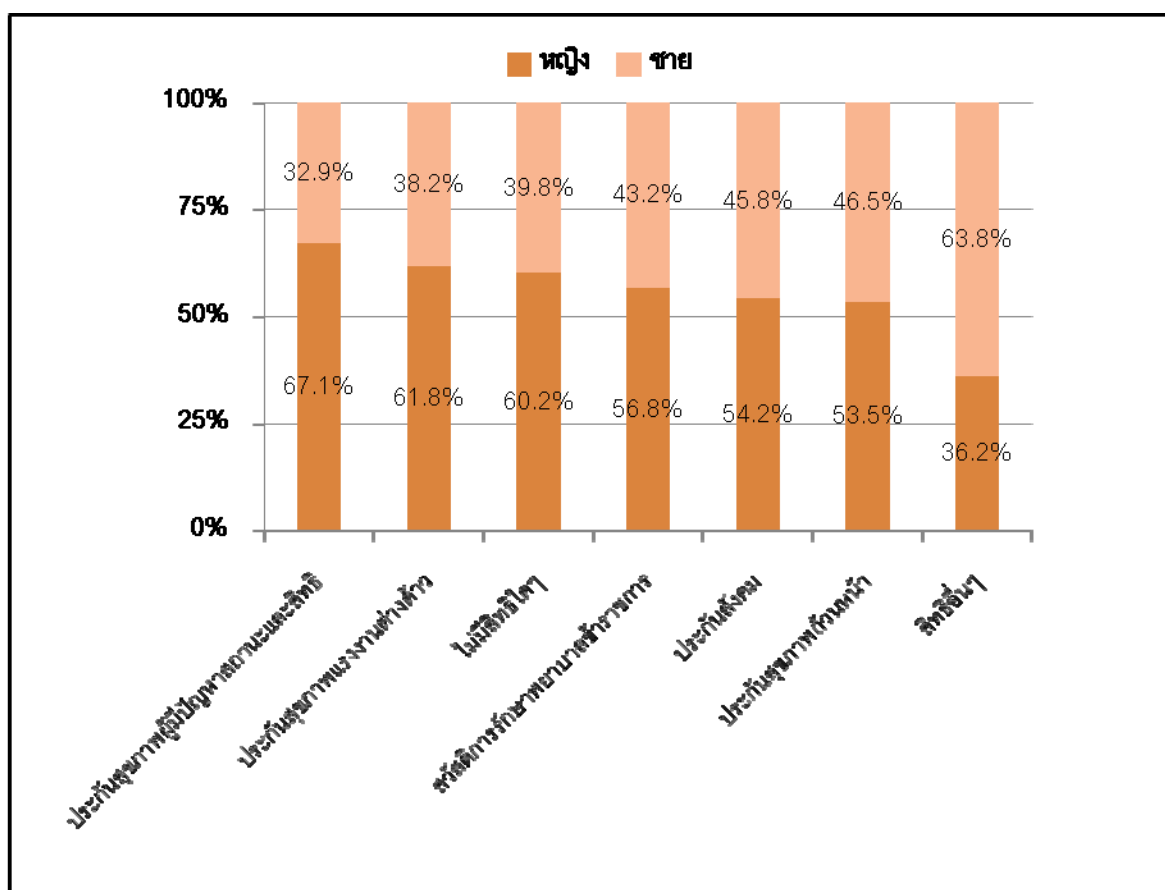
ตารางที่ 20 จำนวนการให้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี

จำนวนการครั้งของให้บริการ IP (%)			
สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554	ปีงบประมาณ 2555
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะ และสิทธิ	134 (1.3)	451 (2.7)	596 (3.0)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9,276 (86.4)	8,263 (48.5)	9,116 (45.6)
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	281 (2.6)	2,407 (14.1)	3,500 (17.5)
ไม่มีสิทธิใดๆ	207 (1.9)	3,367 (19.8)	3,970 (19.8)
สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการ ข้าราชการ	542 (5.0)	1,410 (8.3)	1,615 (8.1)
ประกันสังคม	226 (2.1)	739 (4.3)	748 (3.7)
อื่นๆ	75 (0.7)	400 (2.3)	462 (2.3)
รวม	10,741 (100.0)	17,037 (100.0)	20,007 (100.0)

หมายเหตุ : ข้อมูลในปีงบประมาณ 2553 ของสิทธิอื่นๆนอกจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นช่วงที่สถานพยาบาลปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลใหม่

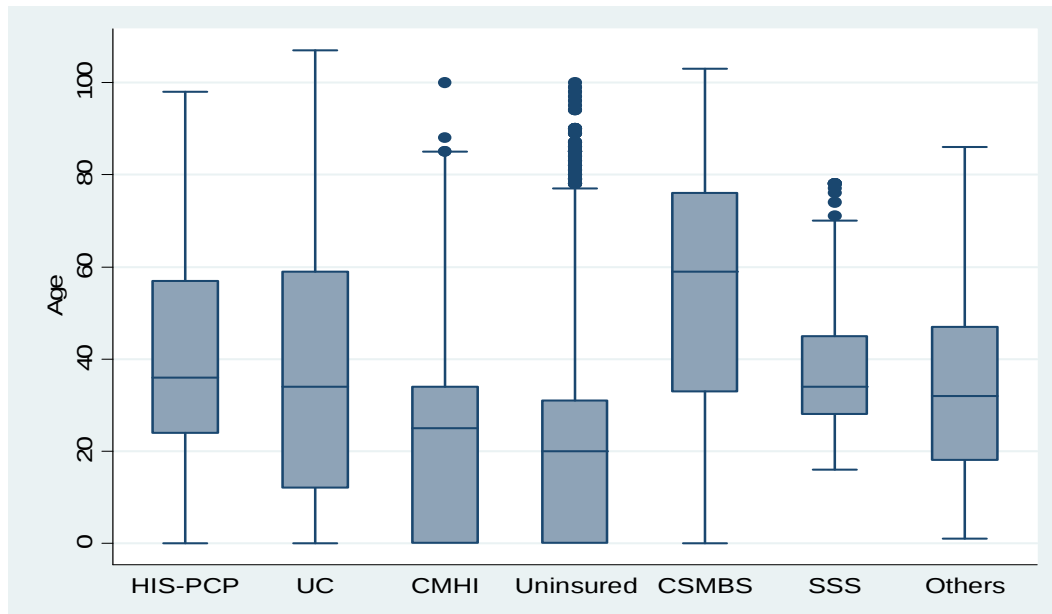
เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการทั้งหมดระหว่างเพศแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในเกือบทุกสิทธิ โดยเฉพาะผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีส่วนร่วมการใช้บริการโดยเพศหญิงมากที่สุด ที่ร้อยละ 67.1 (ดูรูปที่ 11)

รูปที่ 11 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการมีค่าเฉลี่ยและมัธยฐานของอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คือมีค่าเฉลี่ยของอายุประมาณ 52 ปี และค่ามัธยฐานของอายุประมาณ 59 ปี กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน ต่างจากข้อค้นพบที่โรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งค่าเฉลี่ยอายุของผู้มีปัญหามาและสิทธิอยู่ที่ 36 ปีและค่ามัธยฐานที่ 34 ปี ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆมีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของอายุต่ำที่สุดที่ 19 ปี และ 20 ปีตามลำดับ (ดูรูปที่ 12)

รูปที่ 12 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ พบว่าโรคที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่ม คือ ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร เช่น 'Z380-Singleton born in hospital' หรือ 'O800-Spontaneous vertex delivery' ที่เด่นชัดคือกลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ มากกว่าหนึ่งในห้าของการใช้บริการทั้งหมดเป็นเรื่องการคลอดบุตร

กลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธินอกจากพบเรื่องการคลอด (O800) มาเป็นลำดับแรกแล้ว ยังพบปัญหาโรคถุงลมโป่งพองค่อนข้างมาก แต่ด้วยสัดส่วนที่น้อยกว่าข้อค้นพบที่พบโรงพยาบาลกระบี่ (ดูตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบบ่อยที่สุดห้าอันดับแรกในการให้บริการ IP ของผู้ป่วยแยกกาย สิทธิประกันสุขภาพ

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. Z380-Singleton born in hospital	1,101 (5.6)
2. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,037 (5.5)
3. O800-Spontaneous vertex delivery	669 (3.6)
4. J209-Acute bronchitis, unspecified	443 (2.4)
5. I500-Congestive heart failure	407 (2.2)
สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	
1. O800-Spontaneous vertex delivery	119 (10.2)
2. J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	60 (5.1)
3. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	37 (3.2)
4. O342-Maternal care from uterine scar due to previous surgery	25 (2.1)
5. O758-Other specified complications of labour and delivery	25 (2.1)
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
1. Z380-Singleton born in hospital	1,318 (21.7)
2. O800-Spontaneous vertex delivery	837 (13.8)
3. O758-Other specified complications of labour and delivery	218 (3.6)
4. P599-Neonatal jaundice, unspecified	171 (2.8)
5. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	163 (2.7)
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ	
1. Z380-Singleton born in hospital	1,596 (21.6)
2. O800-Spontaneous vertex delivery	640 (8.7)
3. O758-Other specified complications of labour and delivery	325 (4.4)
4. P599-Neonatal jaundice, unspecified	311 (4.2)
5. O820-Delivery by elective caesarean section	307 (4.2)

การวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP พบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ IP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.02 ครั้งต่อปี แต่เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

อายุที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรค
 กลุ่มแม่และเด็กทั่วไป โรคที่มีความรุนแรงสูงและโรคกลุ่ม ACSC

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการลดการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้บริการใน
 ปีงบประมาณ 2554 และ 2555 (ดูตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.017	0.067	0.799	-0.114 0.148
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
• UCS	0.031	0.070	0.663	-0.107 0.168
• CMHI	0.007	0.070	0.926	-0.131 0.144
• Uninsured	0.026	0.070	0.716	-0.112 0.163
Time (VS 2010)				
• 2011	-0.062	0.019	0.001*	-0.099 -0.026
• 2012	-0.068	0.018	<0.001*	-0.105 -0.032
Age	0.001	0.000	<0.001*	0.000 0.001
Male	-0.002	0.007	0.798	-0.015 0.012
Time_at_risk	0.011	0.000	<0.001*	0.011 0.012
Near_facility	0.025	0.016	0.105	-0.005 0.056
MCH_ever	0.019	0.006	0.001*	0.007 0.031
Severe_disease_ever	0.483	0.051	<0.001*	0.384 0.582
ACSC_ever	0.364	0.042	<0.001*	0.281 0.446
Constant	1.062	0.068	<0.001*	0.929 1.196

$R^2 = 0.51$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ระยะเวลาการนอน พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มเพิ่มวันนอนของผู้ป่วยได้ 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเพิ่มวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเป็นผู้ไม่มีสิทธิใดๆ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้บริการในปีงบประมาณ 2555 การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และโรคกลุ่ม ACSC (ดูตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	1.005	0.593	0.046*	0.019 1.99
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	1.130	0.509	0.026*	0.132 2.128
● CMHI	0.803	0.532	0.131	-0.240 1.846
● Uninsured	1.066	0.518	0.040*	0.051 2.080
Time (VS 2010)				
● 2011	-0.549	0.290	0.058	-1.118 0.019
● 2012	-0.726	0.289	0.012*	-1.293 -0.159
Age	0.024	0.002	<0.001*	0.020 0.029
Male	0.588	0.106	<0.001*	0.379 0.797
Near_facility	0.022	0.149	0.884	-0.271 0.315
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-1.280	0.074	<0.001*	-1.425 -1.134
● ACSC	-0.546	0.208	0.009*	-0.954 -0.138
● Severe_disease	1.463	0.311	<0.001*	0.854 2.072
Constant	2.440	0.436	<0.001*	1.585 3.295

$R^2 = 0.03$ หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ความรุนแรงของโรค หรือ RW ต่อครั้งการนอนโรงพยาบาลพบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเข้ามานอนโรงพยาบาล ดังปรากฏจาก RW เพิ่มขึ้น 0.08 แต่เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม RW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการลด RW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป อนึ่งค่าคงที่ (constant) ของสมการอยู่ที่ 0.28 มากกว่าค่า constant ที่พบในการวิเคราะห์ AdjRW ที่โรงพยาบาลกระบี่ บ่งบอกความรุนแรงของโรคที่สูงกว่า เนื่องจากโรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยโดยทั่วไปจึงมีความรุนแรงมากกว่า ขณะที่โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลอำเภอ (ดูตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง RW ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.084	0.119	0.484	-0.150 0.317
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	0.104	0.115	0.363	-0.121 0.328
● CMHI	0.161	0.114	0.158	-0.062 0.386
● Uninsured	0.184	0.016	0.112	-0.043 0.411
Time (VS 2010)				
● 2011	0.238	0.104	0.022*	0.034 0.442
● 2012	0.188	0.100	0.062	-0.009 0.384
Age	0.008	0.001	<0.001*	0.007 0.009
Male	0.072	0.017	<0.001*	0.038 0.106
Near_facility	-0.037	0.031	0.226	-0.098 0.023

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.420	0.018	<0.001*	-0.455 -0.384
● ACSC	-0.038	0.041	0.347	-0.119 0.042
● Severe_disease	0.534	0.053	<0.001*	0.430 0.639
Constant	0.276	0.058	<0.001*	0.163 0.390

$R^2 = 0.08$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เนื่องจากข้อมูลการจัดเก็บค่าบริการ IP รายบุคคลไม่สมบูรณ์ จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย Two-part model ในที่นี้

โดยสรุปแล้ว นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทำให้ภาระการบริการที่โรงพยาบาลระนองเปลี่ยนแปลงไปไม่มากนัก ยกเว้นเรื่องวันนอนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมารักษาเข้าถึงโรงพยาบาลได้มากขึ้น และการที่มีข้อตกลงในจังหวัดว่า ผู้มีปัญหาลักษณะและสิทธิสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้ในจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ผ่านการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลต้นทางก่อน อย่างไรก็ตามค่า goodness of fit ของการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรค และวันนอนของทั้งโรงพยาบาลระนองและโรงพยาบาลกระบี่ค่อนข้างต่ำบ่งบอกว่ามีปัจจัยที่ยังไม่ได้นำมาวิเคราะห์อีกมาก

ผลการศึกษา: จังหวัดตาก

บริบทพื้นที่

จังหวัดตากเป็นจังหวัดในภาคภาคตะวันตกของประเทศไทย มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของประเทศ แต่มีประชากรเบาบางที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ นับเป็นจังหวัดชายแดนที่สำคัญ

การปกครองแบ่งออกเป็น 9 อำเภอ 63 ตำบล 493 หมู่บ้าน จังหวัดตากมีอาณาเขตติดต่อจังหวัดอื่นมากที่สุดในประเทศไทย โดยมีอาณาเขตติดต่อถึง 9 จังหวัด เช่น เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี ที่สำคัญคือฝั่งตะวันตกของจังหวัดตาก ติดต่อกับรัฐกะเหรี่ยง สหภาพพม่า โดยมีแม่น้ำเมยแบ่งเขตแดนระหว่างไทยกับพม่า พื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดเป็นป่าไม้และภูเขาสูง โดยเฉพาะพื้นที่ทางด้านตะวันตกของจังหวัด มีประชากรโดยประมาณ 510,000 คน ประชากรกว่าร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ดูรูปที่ 13)

รูปที่ 13 แผนที่จังหวัดตาก

1. อำเภอเมืองตาก
2. อำเภอบ้านตาก
3. อำเภอสามเงา
4. อำเภอแม่ระมาด
5. อำเภอท่าสองยาง
6. อำเภอแม่สอด*
7. อำเภอพบพระ
8. อำเภออุ้มผาง*
9. อำเภอวังเจ้า



หมายเหตุ: * พื้นที่ที่คณะผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูล

อำเภออุ้มผาง เป็นอำเภอบนพื้นที่สูง ประชากรในเขตอำเภออุ้มผางประกอบด้วย 4 ชชาติพันธุ์ คือ ไทย ม้ง ปกาเกอญอ (กะเหรี่ยงดอย) และโพลั่ว (กะเหรี่ยงน้ำ) อุ้มผางมีประชากรที่มีชื่อตามทะเบียนราษฎรประมาณ 28,000 คน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 15 เป็นผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมประชากรที่ตกการสำรวจอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีตัวเลขทางสถิติแน่ชัด

อำเภอแม่สอดเป็นอำเภอเศรษฐกิจที่กำลังพัฒนาขึ้นเป็นเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด ทางด้านตะวันตกติดต่อกับจังหวัดเมียวดีของพม่า และมีด่านร้านค้าชายแดน ซึ่งมีแรงงานข้ามชาติและนักท่องเที่ยวเข้าออกในแต่ละวันจำนวนมาก ผู้ที่อาศัยในอำเภอแม่สอดตามทะเบียนราษฎรโดยประมาณมี 120,000 คนซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมากกว่าร้อยละ 13 ทั้งนี้ตามข้อเท็จจริงในพื้นที่ประชากรที่อาศัยในอำเภอแม่สอดมีจำนวนมากกว่าที่ระบุไว้ข้างต้น เพราะยังมีแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า รวมถึงผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ตกหล่นจากการสำรวจบางส่วนด้วย [23]

การเลือกพื้นที่ศึกษาในจังหวัดตาก ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงโดยพิจารณาความหลากหลายของขนาดสถานพยาบาล การตั้งอยู่ของค่ายผู้พักพิงชั่วคราว (temporary sheltered area) และสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อประชากรตามทะเบียนราษฎรทั้งหมด จึงได้เลือกอำเภออุ้มผางและอำเภอแม่สอดเป็นพื้นที่ศึกษา (ดูตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรและจำนวนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
 รายอำเภอ ของจังหวัดตาก

อำเภอ	ประชากรตามทะเบียนราษฎร ¹	ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ²	ร้อยละ
อุ้มผาง	27,896	5,117	15.5
สามเงา	32,344	30	0.1
บ้านตาก	45,710	12	น้อยกว่า 0.1
แม่ระมาด	48,216	5,163	9.7
พบพระ	60,304	6,518	9.8
ท่าสองยาง	61,082	4,654	7.1
แม่สอด	120,023	17,972	13.0
เมืองตาก*	130,109	1,071	0.8

อำเภอ	ประชากรตามทะเบียนราษฎร ¹	ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ²	ร้อยละ
รวม	525,684	40,537	7.2

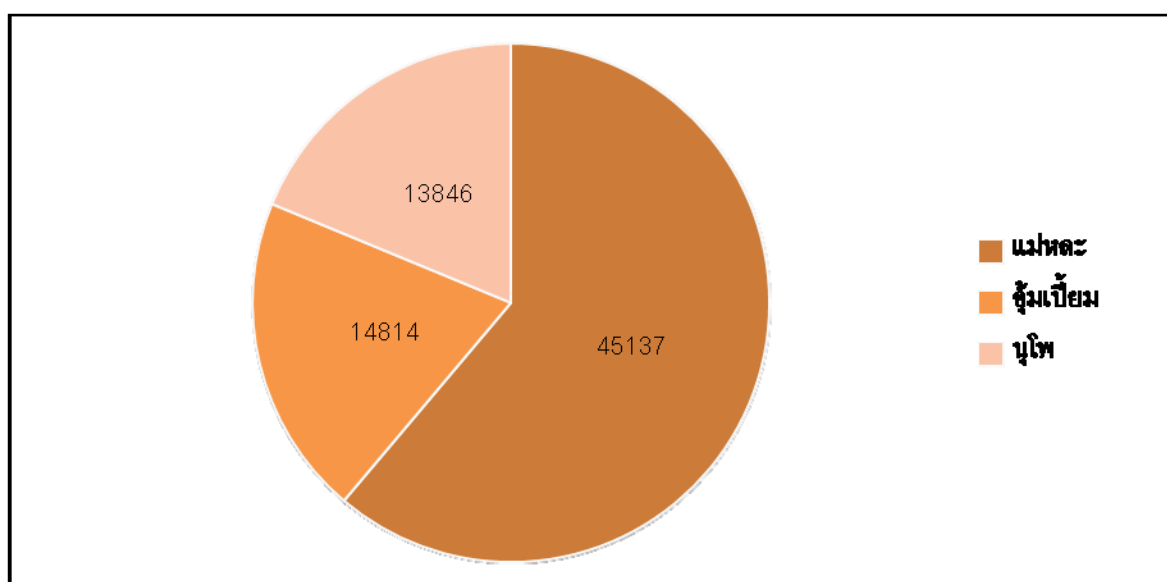
แหล่งข้อมูล: 1. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2553

2. กลุ่มประกันสุขภาพ สป. 2553

หมายเหตุ: * ในปี 2553 อำเภอวังเจ้ายังเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอเมืองตาก

จังหวัดตาก นอกจากจะมีคนสัญชาติไทย แรงงานข้ามชาติ ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และชนเผ่าต่างๆอาศัยร่วมกันแล้ว ยังประกอบด้วยค่ายผู้พักพิงชั่วคราว (ในทางปฏิบัติมักเรียกค่ายผู้ลี้ภัย) ซึ่งมี 3 ค่ายหลักคือ (1) ค่ายแม่หละ ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง (2) ค่ายอู๋เมียม ตำบลคีรีราษฎร์ อำเภอพบพระ ซึ่งเป็นเขตรอยต่ออำเภอพบพระและอำเภออุ้มผาง และ (3) ค่ายนุโพ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง ซึ่งข้อมูลเมื่อ มกราคม 2556 พบว่า ประชากรของสามค่ายนี้รวมกัน มีทั้งหมด 73,797 คน จากทั้งหมด 128,784 คน (ประมาณร้อยละ 60) ของประชากรทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในค่ายผู้พักพิงชั่วคราวทั้ง 9 แห่งที่ตั้งอยู่ในประเทศไทย (ดูรูปที่ 14)

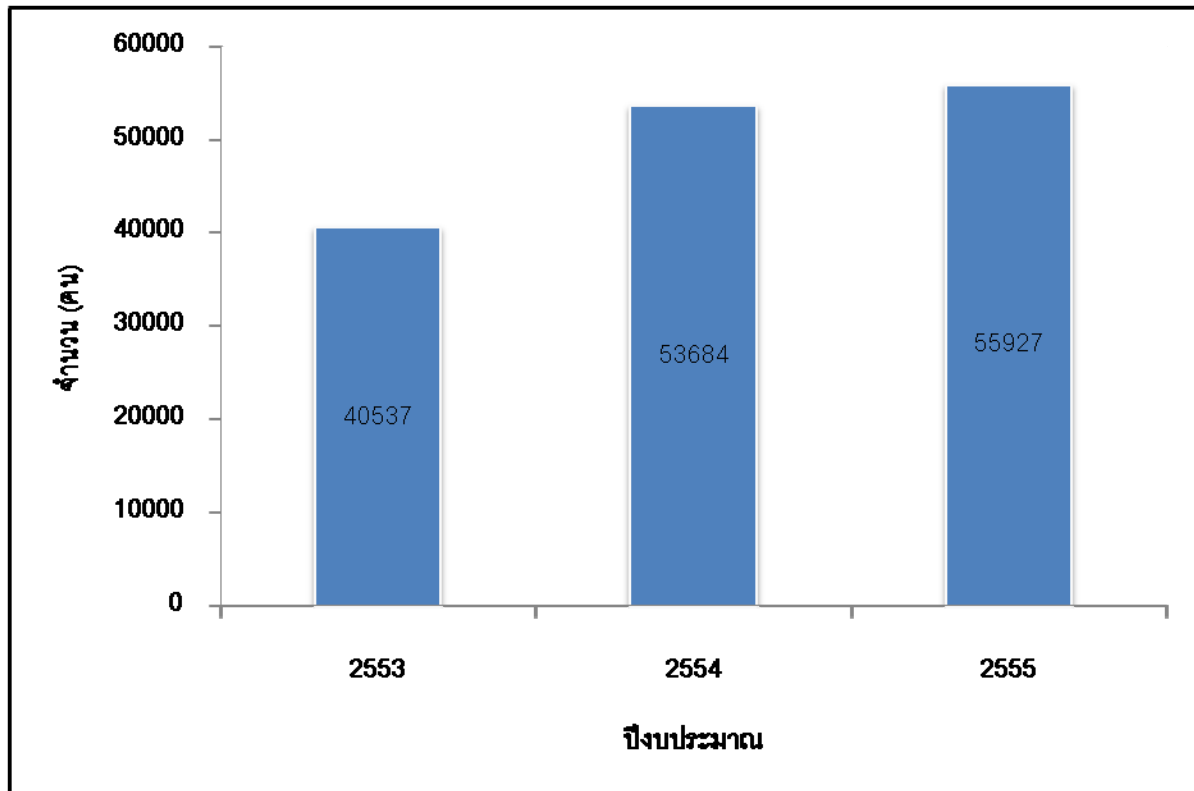
รูปที่ 14 จำนวนประชากรในค่ายผู้ลี้ภัยสามแห่งในจังหวัดตาก



แหล่งข้อมูล: Thailand Burma Border Consortium 2013

เมื่อพิจารณารายปีงบประมาณ พบว่าจังหวัดตากมีผู้ที่ลงทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพผู้มี
ปัญหาสถานะและสิทธิมากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจาก 40,537 คน เป็น 55,927 คนในช่วงปีงบประมาณ
2553 ถึง 2555 (ดูรูปที่ 15)

รูปที่ 15 จำนวนประชากรในค่ายผู้พักพิงชั่วคราวสามแห่งในจังหวัดตาก



แหล่งข้อมูล: Thailand Burma Border Consortium 2013

ผู้ให้ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน 15 คน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้ (ดูตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่จังหวัดตาก

สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่งและ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ ทำงานใน สถานที่ทำงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน้าที่ รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
สสจ. ตาก	TK_PHO_1*	~50	ชาย	นายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัด	9	9
สสจ. ตาก	TK_PHO_2	46	หญิง	นักวิชาการ สาธารณสุขงาน สารสนเทศ	23	5
สสจ. ตาก	TK_PHO_3	29	ชาย	นักวิชาการ สาธารณสุขงาน สารสนเทศ	4	4
สสจ. ตาก	TK_PHO_4	54	หญิง	นักวิชาการ สาธารณสุขงาน ยุทธศาสตร์	30	9
สสจ. ตาก	TK_PHO_5	46	หญิง	นักวิชาการ สาธารณสุขงาน ประกัน	17	11
สสจ. ตาก	TK_PHO_6	49	หญิง	นักวิชาการ	23	12

สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่งและ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ ทำงานใน สถานที่ทำงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ ทำงานใน หน้าที่ รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
				สาธารณสุข งานประกัน		
รพ. แม่สอด	TK_MS_1	59	ชาย	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	35	3
รพ. แม่สอด	TK_MS_2	42	หญิง	นักสังคม สงเคราะห์ ชำนาญการ	15	15
รพ. แม่สอด	TK_MS_3	31	หญิง	เจ้าหน้าที่เวช สถิติชำนาญการ	7 เดือน	7 เดือน
รพสต.มหาวัน	TK_MHHC_1	42	ชาย	ผู้อำนวยการ	21	19
รพสต.มหาวัน	TK_MHHC_2	23	หญิง	นักวิชาการ สาธารณสุข	1	1
รพสต.มหาวัน	TK_MHHC_3	40	ชาย	พนักงาน สาธารณสุข ชุมชน	1	1
รพ. อุ้มผาง	TK_UP_1	45	ชาย	ผู้อำนวยการ	22	22
รพ. อุ้มผาง	TK_UP_2	41	หญิง	นักสังคม สงเคราะห์	3	3
สสช นุโพ ภายใต้ รพสต. นุโพ	TK_NPHC_1	26	หญิง	เจ้าพนักงาน สาธารณสุข	4	5

หมายเหตุ: *ให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

การให้บริการสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนมีระบบประกันสุขภาพตามมติ คณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553

จังหวัดตากให้บริการสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิโดยครอบคลุมสิทธิในสุขภาพพื้นฐาน ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การฝากครรภ์ การให้วัคซีนตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้รับสิทธิประโยชน์น้อยกว่าคนสัญชาติไทยในสิทธิประกันสุขภาพ 3 สิทธิหลัก เช่น การรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเรื้อรัง หรือการรักษาค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ ข้อค้นพบนี้คล้ายกับข้อค้นพบในจังหวัดระนอง

ประเด็นที่น่าสนใจของจังหวัดตาก คือการมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชน ในการดูแลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าในพื้นที่เขตอำเภอแม่สอด มีแม่ตาวคลินิกซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน ที่เปิดดำเนินการตั้งแต่ปี 2538 รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีขนาดประมาณ 200 เตียงและสามารถทำหัตถการเบื้องต้นได้ โดยแม่ตาวคลินิกซื้อยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลแม่สอดก็เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากแม่ตาวคลินิกได้ หากมีการส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสิทธิประกันสุขภาพใดๆและไม่ได้รับการส่งต่อมาจากแม่ตาวคลินิกหรือแม่ตาวคลินิกไม่สามารถดูแลค่าใช้จ่ายได้ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความสามารถที่จะจ่ายได้ (ability to pay) หากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ โรงพยาบาลจะให้การอนุเคราะห์ ซึ่งเรียกว่า 'สิทธิ ोन.' โดยขึ้นอยู่กับการเจรจาตกลงระหว่างแพทย์ผู้รักษา เจ้าหน้าที่การเงินและผู้ป่วยเป็นรายๆไป

ในขณะที่พื้นที่อุ้มผาง มีค่ายผู้พักพิงชั่วคราวนุโพ รวมถึงค่ายผู้พักพิงชั่วคราวอุ้มเปี้ยม ในเขตรอยต่ออำเภอพบพระ ช่วยดูแลผู้ที่อาศัยในค่าย ในค่ายผู้พักพิงชั่วคราวมีโรงพยาบาลขนาดประมาณโรงพยาบาล 30 เตียง ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ เช่น Aide Medicale Internationale รักษาโรคพื้นฐาน ให้บริการส่งเสริมป้องกัน ทำหัตถการเบื้องต้น แต่ไม่สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ แม้โดยหลักการจะรับดูแลเฉพาะผู้พักพิงภายในค่าย แต่ในทางปฏิบัติได้ให้การดูแลรักษาผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่อาศัยอยู่นอกค่ายด้วย ในอดีตก่อนปี 2548 โรงพยาบาลอุ้มผางได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่าย 500 บาทต่อรายสำหรับผู้ป่วยในที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในค่าย แต่ต่อมามีผู้บริหารโรงพยาบาลตัดสินใจยกเลิกนโยบายนี้ เพราะเห็นว่าเป็นการสร้างกำแพงทางการเงินไม่ให้โรงพยาบาลในค่ายส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ซึ่งย่อมเกิดผลเสียกับผู้ป่วยมากกว่า

ช่วงประมาณห้าปีที่ผ่านมา ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงยกเลิกระบบการเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ป่วยทั้งหมด ยกเว้นบริการพิเศษบางอย่าง เช่น บริการแพทย์แผนไทย บริการทันตกรรมนอกเวลา เป็นต้น

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จึงแยกกันไม่ได้ชัดเจน และรายละเอียดหน้าที่รับผิดชอบก็ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ไม่มีนโยบายกลางของจังหวัดอย่างเป็นทางการ แต่เป็นลักษณะการรับรู้และพฤติกรรมทำให้บริการตามปกติ (routine practice) โดยมีรายละเอียดปลีกย่อยตามแต่ละโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลอุ้มผางมีการออกบัตรประจำตัวบุคคลที่เรียกว่า 'บัตรขาว' ให้ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งลักษณะคล้ายบัตรโรงพยาบาล แต่จะออกให้ทั้งผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และผู้ที่ไม่ได้รับการครอบคลุมด้วยสิทธิประกันสุขภาพใดๆ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ถือบัตรขาวรับรู้ว่าการถือบัตรขาวทำให้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับการถือ 'บัตรทอง' ของผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ดูรูปที่ 16)

"...การบริการของจังหวัดตากนั้นเราให้บริการทุกคนไม่ได้แยกบริการ ในลักษณะของผู้ป่วยเราไม่แยกส่วนการส่งเสริมสุขภาพนั้นเราก็บริการคนในพื้นที่ทั้งหมดเหมือนกัน...ก็ไม่สนใจว่าจะเป็นไทยหรือไม่ไทย ก็ถ้าเขามาในพื้นที่เราก็ให้บริการทั้งหมด..." [TK_MHHC_1: 27 ธ.ค. 2555]—level of evidence: C

รูปที่ 16 ตัวอย่าง 'บัตรขาว' โรงพยาบาลอุ้มผาง

บัตรขาวเพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

เลขที่บัตร(รหัสสถานบริการ).....

ชื่อ-สกุล.....

ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่ 1 หมู่บ้าน.....

ตำบล/ประเทศ.....

วันเดือนปีเกิด..... ปัจจุบันอายุ 4 ปี

วันที่ออกบัตร..... 27 ธ.ค. 47

ลงชื่อ..... หัวหน้าสถานบริการ

(.....).....

ประเภทบัตร

☒ ไม่เก็บค่าบริการ

☐ ค่าบริการ 30 บาท/ครั้ง

☐ ค่าระเงินเอง

☐ อื่นๆ.....

ประเภทบุคคล

☐ ไทย-กะเหรี่ยง

☒ ต่างชาติ

☐ ศูนย์อพยพ

☐ อื่นๆ.....

การจัดการระบบประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553

การถ่ายทอดและการรับรู้นโยบาย

โดยหลักการแล้วนโยบายได้แจ้งลงมาสู่สสจ.ตาก แล้วทางสสจ.ได้แจ้งสู่โรงพยาบาลและ รพสต. ตามลำดับ ทั้งนี้ในทางปฏิบัติไม่ปรากฏหลักฐานว่ามีการสร้างกลไกจำเพาะสำหรับนโยบายนี้ เช่น การตั้งกรรมการ การจัดทำกลไกติดตามประเมินผล

การรับรู้นโยบายนี้มีค่อนข้างน้อยแม้ที่ สสจ.เอง เนื่องจากงบประมาณที่ได้จากนโยบายนี้มีน้อยกว่างบประมาณจากแหล่งอื่นมาก ด้วยเหตุว่าแม้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยอยู่มากในจังหวัดตาก แต่ก็เป็นส่วนที่น้อย เมื่อเทียบกับผู้ประกันตนในกองทุนแรงงานต่างด้าวและผู้ไม่มีสิทธิในประกันสุขภาพใดๆ อย่างไรก็ตามการรับรู้นโยบายที่แม่ข่าย CUP ของพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลแม่สอด และโรงพยาบาลอุ้มผาง มีค่อนข้างมาก ด้วยเหตุผลส่วนหนึ่งคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลแม่สอดและอุ้มผาง มีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีช่วงที่นายจรินทร์ วัชชีภรณ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น และเป็นตัวแทนของจังหวัดในการเข้าประชุมกับกลุ่มประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่เจ้าหน้าที่ รพสต.รับรู้ว่ ในเวลานี้นโยบายเพื่อให้การบริการครอบคลุมผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ แต่ไม่ทราบรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณหรือกิจกรรมเพิ่มเติมที่ต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบาย

"...แล้วของคนไร้สิทธินี้ละคะ... คณะกรรมการที่ไปประชุมของทุกกระทรวงส่วนมากจะมีแต่ละพื้นที่ อย่างตากจะเป็นอำเภอแม่สอด...อย่างพี่ xxx (ชื่อคน) ใครไปอย่างนี้ ก็คือได้ถามว่าเขามีอะไร เขา ก็รู้ว่าประชุมอะไร แต่จังหวัดไม่รู้...เขาลือคต่อกัน..." [TK_PHO_2: 21 ธ.ค. 2555]—level of evidence: B

"...(ถาม: พี่รับทราบนโยบายนี้อย่างไรครับ)...ไม่มีเอกสารแจ้งมาครับ ผมดูจากอินเทอร์เน็ตเอง ครับ...(ถาม: แล้วที่พี่สำรวจกับทางมหาดไทยแล้วให้คนมาขึ้นทะเบียนทางโรงพยาบาลบอกให้ทำหรือคะ)...ไม่ครับ นี่ผมไปเองครับ..." [TK_PHO_1: 29 พ.ย. 2555]—level of evidence: B

การจัดทำกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่: งานลงทะเบียน งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมป้องกัน ภายหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีความแตกต่างจากกิจกรรมก่อนมีนโยบายนี้มากนัก กิจกรรมที่เพิ่มเติมขึ้นมาคือ การสนับสนุนให้กลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและตระหนักในสิทธิของตน แต่ไม่ปรากฏเป็นระเบียบ หรือข้อชี้แนะจากทางจังหวัดถึงแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ตำบลมหาวน ในเขตรับผิดชอบ รพสต.มหาวน ได้ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ปีละครั้งโดยแทรกการประชุมประจำปีของผู้นำชุมชน ส่วนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแม่สอดได้ขอความร่วมมือจากเทศบาลแม่สอด ช่วยคัดรายชื่อและเลขบัตรประจำตัวบุคคลของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพนี้ให้แก่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์พบว่ากิจกรรมเชิงรุกของอำเภอแม่สอดในการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตระหนักในสิทธิของตนยังมีจำกัด ทำให้การใช้บริการของผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพนี้ยังคงค่อนข้างน้อยงบประมาณจึงเหลือสำหรับสนับสนุนกิจกรรมอื่นของโรงพยาบาล

"ตั้งแต่รับนโยบายปี 53 มาแล้วนะ...ยังไม่มี idea ที่จะไปทำงานเชิงรุก...พีคิดว่าจะต้องทำนั้นละ ปีนีพีจะทำงานเชิงรุกให้กลุ่มนี้รู้สึกภาคภูมิใจ...ให้เขามีสิทธิหรือทำให้เขารู้ว่าเขามีสิทธินะ... (ถาม: มีข้อจำกัดอย่างไรมันถึงยังทำไม่ได้ครับ)...ภาระงานมั่ง ภาระงานคือเฟสแรกนี้เราขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุมก็ประสบความสำเร็จละ พอขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุมอันนี้ก็ผ่านเฟสแรกแล้วนะ ก็เป็นจุดที่พีจะพัฒนาระบบ ให้เขาเข้ามาใช้บริการ ให้เข้าถึงบริการ แต่พีตั้งเป้าว่าพีขึ้นทะเบียนได้นี้ก็หรูละ เพราะว่ามันยุ่งยาก มันมีฐานข้อมูลมันต้องคีย์ทั้งหมดอย่างนี้..." [TK_MS_2: 27 ธ.ค. 2555]—level of evidence: C

สำหรับในพื้นที่อุ้มผาง พบว่ามีกิจกรรมเชิงรุกที่ต่างจากพื้นที่อื่นที่ชัดเจนคือ (1) การจัดตั้งคลินิกกฎหมาย และ (2) การจัดตั้งศาลาสำหรับดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

คลินิกกฎหมายมีชื่อเต็มว่า 'คลินิกกฎหมายอุ้มผางเพื่อมนุษยธรรม' โดยความร่วมมือกับคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นทางกฎหมาย รวมถึงช่วยเหลือเรื่องการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และรับรองสัญชาติ เจ้าหน้าที่ รพสต.จะมีหน้าที่เก็บหลักฐานผู้ป่วย โดยส่งไปให้ที่โรงพยาบาล และมีการสื่อสารกันทุกเดือนผ่านทางการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.)

"...ทุกเดือน ทางโรงพยาบาลเขาแจ้มาแจ้ผ่าน คปสอ. คือจะมีหลายหน่วยงาน มีเทศบาล มีอะไร มาประชุมกันเดือนละครั้ง...คือจะแจ้กับ อสม.ค่ะ ประชุมทุกเดือน คือจะแจ้ว่าเขตไหนรับผิดชอบของตนเอง ถ้าใครมีเลขขึ้นต้นด้วยศูนย์ก็มาทำบัตรก็ให้ไปเช็คมาว่าใครมีไม่มีค่ะ แล้วก็ไปเอาหลักฐานเขา มา..." [TK_NPHC_1: 22 ธ.ค. 2555]—level of evidence:B

อย่างไรก็ตามทางคลินิกกฎหมายอุ้มผางเพื่อมนุษยธรรมจัดตั้งขึ้นได้ไม่นาน ไม่นาน 1 ปี ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก โดยเฉพาะเรื่องการสื่อสารยังเป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียว รายชื่อที่ รพสต. รวบรวมส่งให้ทางโรงพยาบาลเพื่อขึ้นทะเบียน ไม่ได้มีการสะท้อนกลับมาที่ รพสต. รวมถึงมีประเด็นเรื่องความยั่งยืนของกิจกรรมนี้ เพราะปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่สองคน โดยเป็นเจ้าหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลหนึ่งคน ขณะที่เจ้าหน้าที่อีกคนเป็นลูกจ้างที่ทำสัญญากับโรงพยาบาลซึ่งไม่มีตำแหน่งประจำรองรับ

ด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากเป็นพื้นที่ป่าเขา และประชาชนในพื้นที่กระจายอยู่ตามหมู่บ้านที่เข้าถึงได้ยาก เจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมป้องกันจึงไม่ได้จำกัดที่ รพสต. 7 แห่งในอำเภออุ้มผางเท่านั้น แต่กระจายไปสู่สสช. ซึ่งมีอยู่ 6 แห่ง และ 'สุขศาลา' ซึ่งมีอยู่ 2 แห่ง และกำลังจัดตั้งเพิ่มขึ้น ('สุขศาลา' เป็นโครงการตามแนวพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ให้มีเจ้าหน้าที่ประจำสุขศาลา 1-2 คน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่เอง โดยโรงพยาบาลอบรมความรู้พื้นฐานทางการแพทย์เบื้องต้น เช่นการให้ยาสามัญประจำบ้าน การตรวจหาเชื้อมาลาเรีย สุขศาลาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ สสช. หรือ รพสต. ที่อยู่ใกล้เคียง) ตัวอย่างเช่น สสช.นุโพ รับผิดชอบประมาณ 200 ครัวเรือน รวม 1,397 คน โดยมีการลงข้อมูลในระบบ 21 แฟ้มตามปกติ ซึ่งการลงพื้นที่ทำกิจกรรมเชิงรุก รวมถึงอนามัยโรงเรียน ทั้งนี้ได้ทำตั้งแต่ก่อนมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอยู่แล้ว การลงข้อมูลใช้หลักการคล้ายกับจังหวัดระนอง คือแม้ผู้รับบริการจะไม่มีเลขประจำตัวบุคคล 13 หลักก็ได้รับบริการ และได้รับการบันทึกข้อมูลโดยกำหนดเลขบัตรประจำตัวบุคคล 13 หลักให้ด้วยวิธีคล้ายกับวิธีของจังหวัดระนอง

การเงินบริหารจัดการการเงิน

จังหวัดตาก ไม่ได้จัดกลไกหรือรูปแบบการแบ่งสรรงบประมาณเหมือนจังหวัดระนอง งบประมาณที่คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิ จึงได้รับการจัดสรรตามระเบียบที่กระทรวงกำหนด (โปรดดู ภาคผนวก 'การจัดสรรงบประมาณระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในระดับประเทศ')

งบประมาณที่ได้จากการจัดสรรตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ จึงรวมไปกับงบประมาณส่วนอื่น เข้าไปในบัญชีเงินอุดหนุนของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงขึ้นกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ว่ามีผู้มาใช้บริการมากเพียงใด ถ้างบประมาณเหลือก็จะโอนไปใช้ในกิจกรรมอื่นๆ เช่น การไปใช้ลดภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนอื่น การใช้ซื้อยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลแม่สอดมียอดค่าใช้จ่ายจากการให้บริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นจำนวน 3,915,005 บาท และ 6,749,676 บาท ในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ตามลำดับ ในขณะที่ได้รับงบประมาณจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นจำนวน 35,972,851 บาท และ 29,953,229 บาท ในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 งบประมาณจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่โรงพยาบาลแม่สอด ปีงบประมาณ 2554 และ 2555

ปีงบประมาณ	รวมงบประมาณที่ได้รับ (บาท)	ค่าใช้จ่าย (บาท)
		- จากการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) - จากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD)
2554	35,972,851	3,915,005
		1,089,567 (OPD) 2,825,438 (IPD)
2555	29,953,229	6,749,676
		2,356,292 (OPD) 4,393,384 (IPD)

แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลแม่สอด 2555

"เงินที่มალงนี้ คือเราพูดตรงๆ เลยนะ เราต้องไปจ่ายค่ายาที่ติดหนี้เขาไว้ให้ดูตัวเลขอันนี้แบบ ไม่ได้อายเลยนะ...ปี 54 เรามีคนที่ขึ้นทะเบียนสองหมื่นห้า เราได้รับค่าใช้จ่ายสูงมาจากกระทรวง รับโอนมาจาก สสจ. ตอนที่เขาจัดสรรนั้นรวมทั้งสิ้น 35 ล้าน เราใช้จ่าย...รวมกันแล้วประมาณ 3-4 ล้าน แล้วที่เหลือเราไปจ่ายยา ค่า ोन. ซึ่งเราจะใช้เงินตัวอื่นจ่ายไม่ได้เพราะว่าไม่มีสตางค์จ่าย...เงินตัวนี้มาช่วยสถานะการเงินโรงพยาบาลจากเดิมที่เป็นหนี้สินค่ายา เราก็เอาตัวนี้ไปจ่ายคือได้รับอานิสงส์จากกองทุนนี้เยอะ" [TK_MS_2: 27 ธ.ค. 2555]—level of evidence: B

"...ช่วงแรกเราก็ได้ประโยชน์ที่คนไข้มาใช้สิทธิน้อย เราก็ได้ประโยชน์เหลือส่วนต่างมาจ่ายกับผู้ป่วยอื่น ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนน้อยลง ตอนนีก็มาใช้บริการมากขึ้น ปริมาณพอดี..." [TK_MS_1: 12 มี.ค. 2556]—level of evidence: B

โรงพยาบาลอุ้มผางได้รับงบประมาณจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นจำนวน 7,053,001 บาท ในปีงบประมาณ 2554 และ 5,198,247 บาท ในปีงบประมาณ 2555 แต่ไม่ได้มีการแยกค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแยกสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิต่างหาก

งบประมาณส่วนนี้ได้ถูกนำไปใช้ในกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น เป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปของโรงพยาบาลหรือ ใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการอนุเคราะห์ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งมีประมาณ 25,864,630 บาทในปีงบประมาณ 2554 และ 22,095,272 บาท ในปีงบประมาณ 2555

ในทัศนคติผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งที่สัมภาษณ์พบว่างบประมาณส่วนนี้มีความคล่องตัวสูงที่สถานพยาบาลจะนำไปอุดหนุนกิจกรรมอื่นที่จำเป็นของตนได้อย่างดี แต่อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะว่าในอนาคตควรกำหนดกรอบการใช้งบประมาณขั้นต่ำที่ต้องทำสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อไม่ให้ใช้งบประมาณส่วนนี้ไปใช้กับงานอื่นที่ไม่จำเป็น

"...เพราะว่าเงินส่วนนี้ได้ย้ายออกมานอกระบบของสปสช. จึงค่อนข้าง flexible หมายความว่าเราไปใช้อะไรก็ได้ เราไปเติมในส่วนที่เราขาดได้ แต่งบประมาณที่ได้จาก สปสช. มามันถูกล็อคด้วย vertical program อะไรอย่างนี้ ซึ่งมันมีความยากลำบากมากกว่า...แต่ข้อเสียตรงนี้คือ ถ้าองค์กรนี้เอาเงินไปใช้ให้เป็นประโยชน์มันก็ดี แต่ถ้าองค์กรนั้นเอาไปใช้ไม่เป็นประโยชน์อย่างเช่น เอาไปสร้างอะไรที่มันสวยงามแต่ไม่ function มันก็ไร้สาระ ถ้าเอาไปซื้อเครื่องมือแพทย์เอาไปซื้อยา อะไรก็ว่าไป เอาไปจ่ายเงินเดือน

พยาบาลก็ว่าไปซะใหม่ ...ควรจะมีกรอบระเบียบอะไรกว้างๆ สักอย่างหนึ่ง คือควรจะใช้ประโยชน์อะไรให้กับชาวบ้านพวกนี้บ้าง หรือ มีกรอบการใช้เงินที่คล้ายๆกับบอกได้ว่าไม่ควรจะไปใช้ทำอะไรทำนองนี้ ไม่ควรจะไปใช้เรื่องนี้ มันควรจะเป็นเงินที่ควรจะไปใช้ให้สิทธิคนกลุ่มนี้ ให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ หรือไปช่วยองค์กรในจุดที่ขาดตามระดับความสำคัญ...ถ้ามีกฎระเบียบตรงนี้ขึ้นมา ก็น่าจะเป็นการใช้เงินอย่างสมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น..." [TK_UP_1: 25 ธ.ค. 2555]—level of evidence: C

การส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นไปตามระเบียบการส่งต่อที่กำหนด หากความเจ็บป่วยเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลแม่สอดผู้ป่วยมักถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อตามการแบ่งเขตของสปสช. เขต 2

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมະเรင်္ဂาลำปางขึ้นกับการพิจารณาตามความเหมาะสมทางการแพทย์เป็นรายๆไป

การส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัดตากไม่มีข้อตกลงร่วมกันเหมือนจังหวัดระนองที่ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด เนื่องด้วยอาชีพของประชากรกลุ่มนี้มักอยู่ประจำถิ่น ทำเกษตรกรรมในพื้นที่ของตน ยกเว้นบางพื้นที่ที่มีการค้าขายมาก เช่นแม่สอด พบว่ามีประชากรกลุ่มหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมาเป็นระยะเวลานานแล้ว แต่ขึ้นทะเบียนที่แม่สอด แม้ตามระเบียบจะต้องขออนุญาตออกนอกพื้นที่ก็ตาม

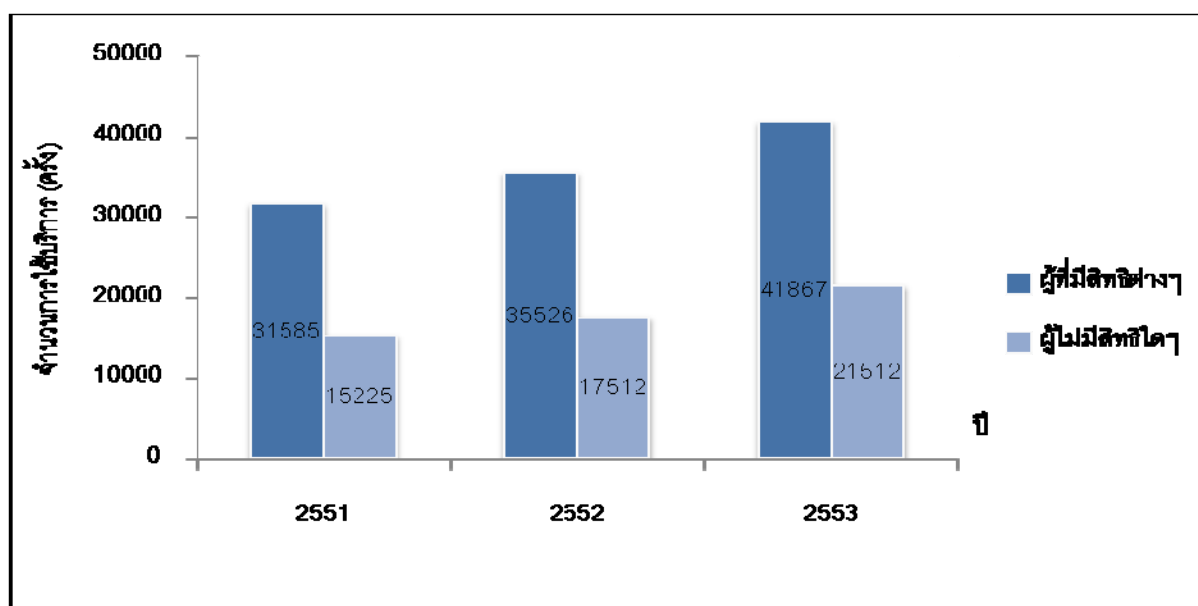
การส่งต่อภายใต้ระบบประกันสุขภาพนี้จึงคล้ายคลึงกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่คล้าย สปสช. ในการตามจ่ายกรณีเป็นผู้ป่วยใน ความขัดแย้งระหว่างการส่งต่อจึงไม่มีปัญหามากนัก

อย่างไรก็ตามปัญหาการดูแลผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ไม่เข้าเงื่อนไขของมติคณะรัฐมนตรีและผู้ที่ไม่สิทธิประกันสุขภาพใดๆยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลอุ้มผางซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่เป็นสิทธิ 'บัตรขาว' หรืออีกนัยหนึ่งคือผู้ที่ไม่สิทธิในระบบประกันสุขภาพใดๆ มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอุ้มผาง มากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด และมากกว่าร้อยละ 50 ของวันนอนของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงปี 2551-2553 ที่ผ่านมา

(ดูรูปที่ 17 และ 18) การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังเป็นปัญหามาก และขึ้นกับการเจรจากับโรงพยาบาล ปลายทางเป็นรายๆไป ว่าปลายทางว่ายินดีรับอนุเคราะห์ต่อไปหรือไม่

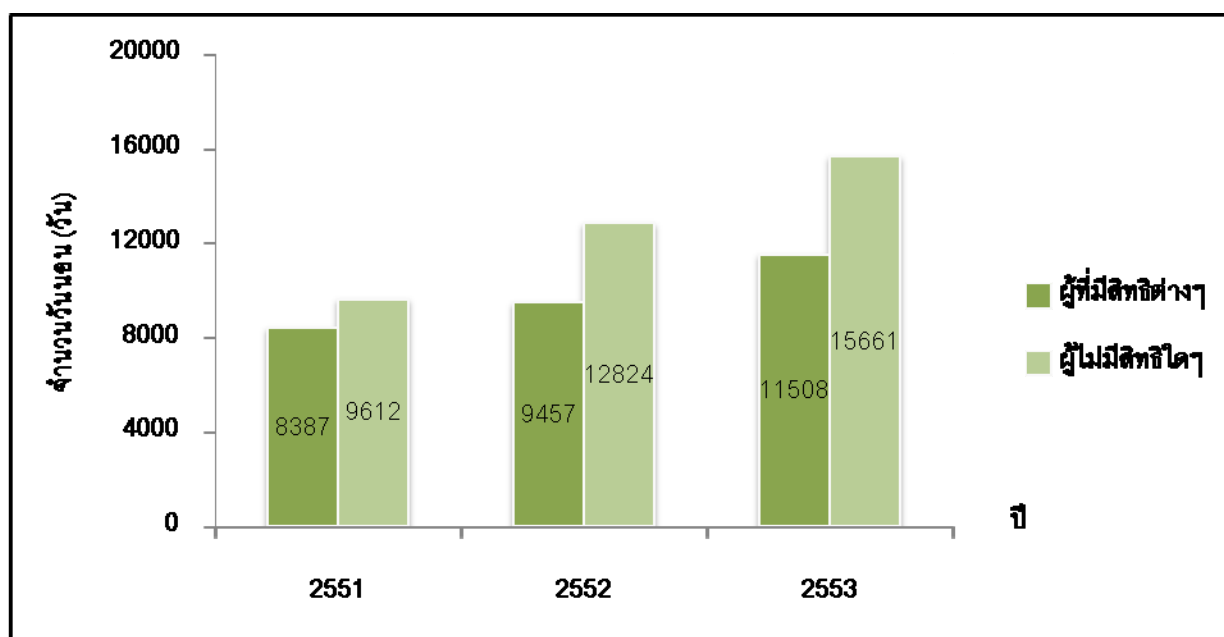
"...ถ้าไปด้วยกองทุนนี้ (ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ) เรามีกฎเกณฑ์ว่าถ้า refer แล้วเราจะไปเรียกเก็บที่กระทรวง โรงพยาบาลที่รับไปก็ไม่ค่อยมีปัญหา อย่างนี้ แต่ถ้าอันอื่นมันมีปัญหา อย่างนี้คือโรงพยาบาลอื่นก็ไม่ค่อยอยากจะรักษาคนไข้เขตอำเภออื่นที่ไม่ใช่คนไข้ของตัวเอง...ซึ่งตรงนี้มัน ก็อาจจะหลายๆ องค์กรในประเทศไทยโดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ๆ...บางที่ส่งคนไข้ไปคนไข้ต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์นี้ แต่ว่าเขาปฏิเสธการรับคนไข้จากอำเภออื่น..." [TK_UP_1: 25 ธ.ค. 2555]—level of evidence: C

รูปที่ 17 จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ปี 2551-2553



แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลอุ้มผาง 2554

รูปที่ 18 จำนวนวันนอนจากใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ปี 2551-2553



แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลอุ้มผาง 2554

หมายเหตุ: ผู้มีสิทธิต่างๆ รวมสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และในปี 2553 ได้รวมถึงสิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิด้วย

ข้อมูลสนับสนุนจากการวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลการใช้บริการ OP อำเภอแม่สอด อำเภอแม่ระมาด อำเภออุ้มผาง อำเภอพบพระและอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตากที่มีความสมบูรณ์และสามารถวิเคราะห์ต่อไปได้^{xiv} มีทั้งหมด 5,288,473 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2555

เมื่อเปรียบเทียบเป็นสัดส่วนการใช้บริการทั้งหมดต่อปี แยกเป็นรายสิทธิ พบว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาใช้บริการมากที่สุด ประมาณร้อยละ 75.2 ถึง 80.5 ของการมาใช้บริการทั้งหมดรองลงมาคือกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 7.1 ถึง 9.0 ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 2.5 ถึง 2.9 ซึ่งในภาพรวมคิดเป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับกลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ดูตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 จำนวนการใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี

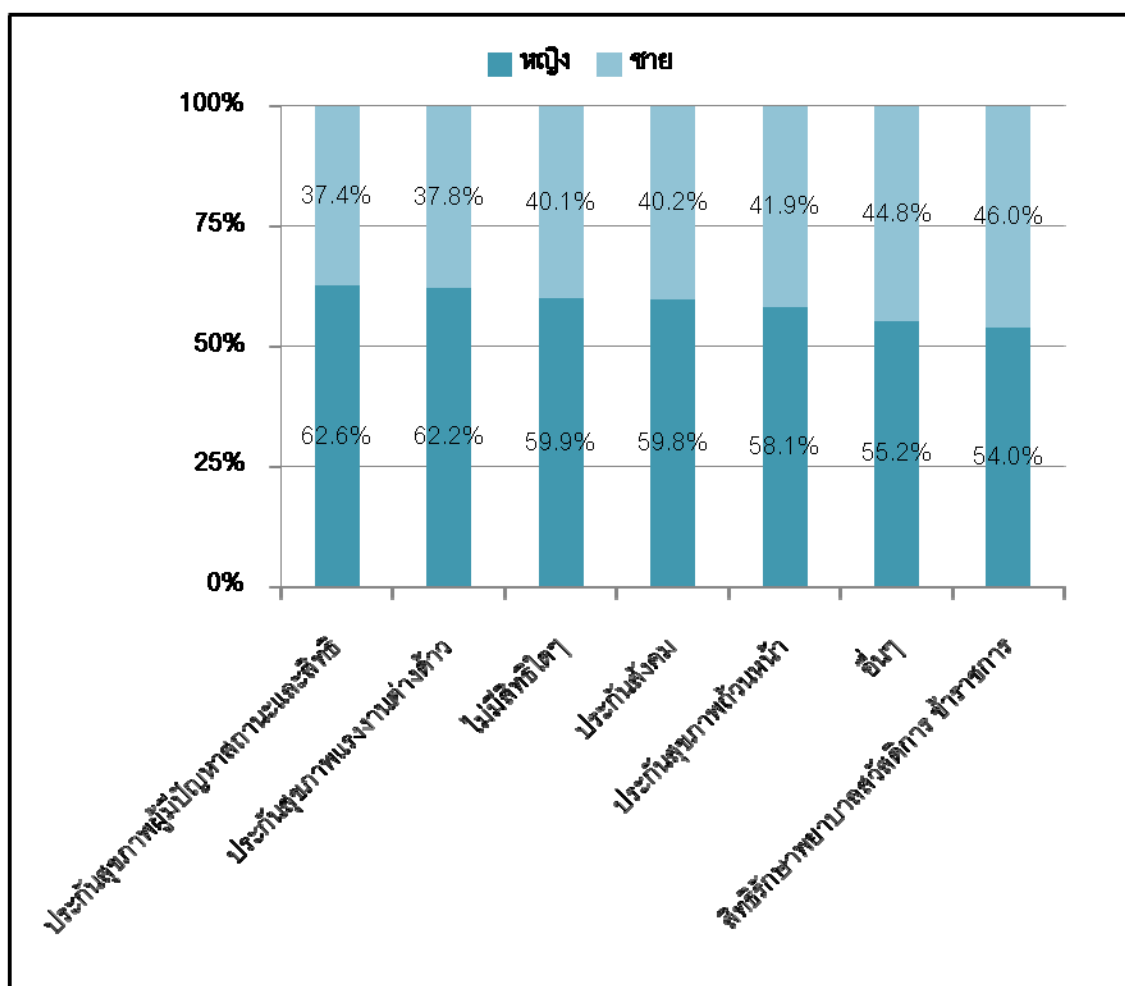
จำนวนการครั้งของการให้บริการ OP (%)					
สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบ ประมาณ 2551	ปีงบ ประมาณ 2552	ปีงบ ประมาณ 2553	ปีงบ ประมาณ 2554	ปีงบ ประมาณ 2555
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหา สถานะและสิทธิ	19,111 (2.9)	20,599 (2.5)	22,620 (2.5)	28,997 (2.9)	32,720 (2.8)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	532,887 (79.5)	660,243 (79.9)	718,225 (80.5)	792,345 (78.9)	879,954 (75.2)
ประกันสุขภาพแรงงาน ต่างด้าว	16,807 (2.5)	20,810 (2.5)	21,859 (2.5)	18,643 (1.9)	34,463 (2.9)
ไม่มีสิทธิใดๆ	51,192 (7.7)	65,990 (8.0)	70,118 (7.9)	71,282 (7.1)	105,195 (9.0)
สิทธิรักษาพยาบาล สวัสดิการข้าราชการ	28,317 (4.2)	31,792 (3.9)	32,659 (3.7)	33,379 (3.3)	45,608 (3.9)
ประกันสังคม	11,562 (1.7)	13,491 (1.6)	14,451 (1.6)	15,507 (1.6)	25,931 (2.2)
อื่นๆ	10,333 (1.5)	13,195 (1.6)	11,971 (1.3)	43,642 (4.3)	46,641 (4.0)
รวม	670,263 (100.0)	826,120 (100.0)	891,903 (100.0)	1,003,795 (100.0)	1,170,512 (100.0)

จากตัวเลขการใช้บริการข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งจังหวัดพบว่าในปีงบประมาณ 2555 ผู้มีปัญหามาใช้บริการ 0.8 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งน้อยกว่าอัตราการให้บริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศ ซึ่งอยู่ที่ 3.2 ครั้ง [22] ข้อค้นพบนี้คล้ายกับข้อมูลที่พบที่จังหวัดระนอง อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้อาจคาดประมาณต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะข้อมูลการให้บริการที่ไม่ได้

ลงใน 21 แฟ้มมาตรฐาน (ในที่นี้คำนวณจากแฟ้ม service) เช่น การใช้บริการในสถานพยาบาลที่เล็กกว่า
 รพสต. หรือข้อมูลที่ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยจะไม่ได้นำมาคิดคำนวณด้วย

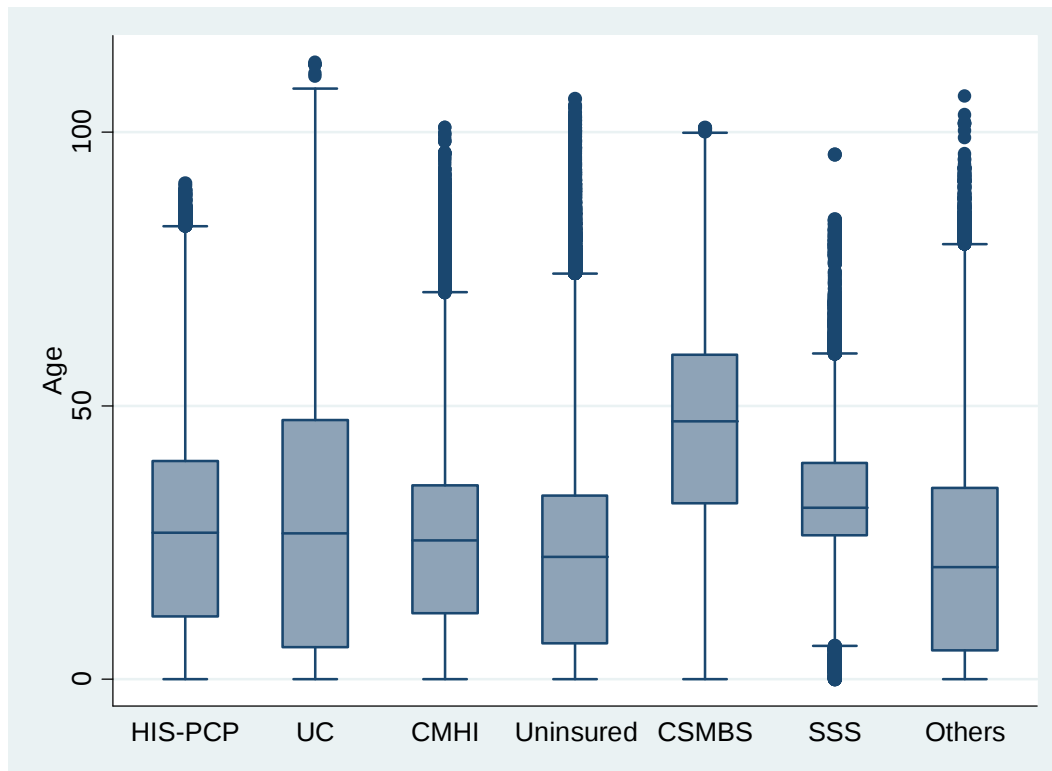
เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการทั้งหมดระหว่างเพศแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าเพศ
 หญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในทุกสิทธิประกันสุขภาพ โดยเฉพาะผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมี
 สัดส่วนการใช้บริการโดยเพศหญิงมากที่สุดที่ร้อยละ 62.6 (ดูรูปที่ 19)

รูปที่ 19 สัดส่วนการใช้บริการ OP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



อายุเฉลี่ยของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ เว้นแต่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการล้วน
 ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าระหว่าง 23 ถึง 29 ปี สิทธิรักษายาบาลสวัสดิการข้าราชการมีค่าเฉลี่ยของอายุสูง
 ที่สุดที่ 44 ปี และมีฐานของอายุที่ 47 ปี ขณะที่กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีค่าเฉลี่ยและค่ามัธย
 ฐานของอายุที่ 27 ปี (ดูรูปที่ 20)

รูปที่ 20 อายุของผู้มาใช้บริการ OP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



การใช้บริการแยกรายสถานพยาบาล โดยในที่นี้วิเคราะห์เฉพาะปีงบประมาณ 2555 ซึ่งมีการลงข้อมูลครบถ้วนที่สุด พบว่าผู้ประกันตนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนของการใช้บริการมากที่สุดทุกสถานพยาบาล โดยมีสัดส่วนตั้งแต่ ร้อยละ 40.6 ของการใช้บริการที่ รพท. ถึงร้อยละ 86.5 ของการใช้บริการที่ รพสต. ของ CUP ในเขตอำเภอแม่สอด รองลงมาคือ การใช้บริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 24.8 ของการใช้บริการที่ รพท. และร้อยละ 10.6 ของการใช้บริการที่ รพท. ตามลำดับ

ขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการเป็นสัดส่วนมากที่สุดที่ รพท. คิดเป็นร้อยละ 5.9 รองลงมาที่ รพท. คิดเป็นร้อยละ 4.4 ข้อค้นพบนี้ต่างจากที่จังหวัดระนอง ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้มาใช้บริการที่เป็นผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิค่อนข้างสูงที่ รพสต. ในเขตอำเภอเมืองระนอง คิดเป็นร้อยละ 3.7 ในขณะที่ รพสต. CUP แม่สอดรองรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในสัดส่วนที่น้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 1.3 ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลในระดับอื่นๆ ในจังหวัดตาก โดยผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในจังหวัดตากไปใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (รพท.) และตติยภูมิ (รพท.) ในสัดส่วนที่มากกว่าที่พบที่จังหวัดระนอง (ดูตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 สัดส่วนการใช้บริการ OP ที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ แยกรายสิทธิ

สิทธิประกันสุขภาพ	รพท (%)	รพช (%)	รพสต ใน CUP อ.แม่ สอด (%)	รพสต ใน CUP อื่นๆ (%)
ประกันสุขภาพผู้มี	5,803	15,847	3,629	7,441
ปัญหาสถานะและสิทธิ	(4.4)	(5.9)	(1.3)	(1.5)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	53,933	175,601	241,559	408,861 (83.3)
	(40.6)	(65.5)	(86.5)	
ประกันสุขภาพแรงงาน	14,170	12,823	1,745	5,725
ต่างด้าว	(10.7)	(4.8)	(0.6)	(1.2)
ไม่มีสิทธิใดๆ	32,902	28,278	11,200	32,815
	(24.8)	(10.6)	(4.0)	(6.7)
สิทธิรักษาพยาบาล	10,433	23,923	6,391	4,861
สวัสดิการข้าราชการ	(7.8)	(8.9)	(2.3)	(1.0)
ประกันสังคม	5,804	10,411	6,051	3,665
	(4.4)	(3.9)	(2.2)	(0.8)
อื่นๆ	9,691	1,203	8,545	27,202
	(7.3)	(0.4)	(3.1)	(5.5)
รวม	132,736	268,086	279,120	490,570
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

การวินิจฉัยหลักที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ คือ 'J00-Acute nasopharyngitis' ในภาพรวมพบว่า กลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ มักได้รับการวินิจฉัยหลักคล้ายกัน คือ ได้รหัส 'Z304-Surveillance of contraceptive drugs', 'Z348-Supervision of other normal pregnancy' และ 'Z480-Attention to surgical dressings and sutures' (ดูตารางที่ 30)

ตารางที่ 30 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบมากที่สุดห้าอันดับแรกในการให้บริการ OP ของผู้ป่วยแยกกาย
 สิทธิประกันสุขภาพ

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. J00-Acute nasopharyngitis	181,292 (7.4)
2. I10-Essential hypertension	129,381 (5.3)
3. J029-Acute pharyngitis, unspecified	77,057 (3.1)
4. Z138-Special screening examination for other specified diseases and disorders	66,125 (2.7)
5. K30-Dyspepsia	64,333 (2.6)
สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	
1. J00-Acute nasopharyngitis	4,436 (5.0)
2. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	3,985 (4.5)
3. Z348-Supervision of other normal pregnancy	2,742 (3.1)
4. I10-Essential hypertension	2,693 (3.1)
5. Z304-Surveillance of contraceptive drugs	2,668 (3.0)

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	
1. Z304-Surveillance of contraceptive drugs	7,102 (7.2)
2. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	6,343 (6.4)
3. J00-Acute nasopharyngitis	4,207 (4.3)
4. Z348-Supervision of other normal pregnancy	3,418 (3.5)
5. K30-Dyspepsia	3,097 (3.1)
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ	
1. J00-Acute nasopharyngitis	16,046 (5.9)
2. Z480-Attention to surgical dressings and sutures	11,726 (4.3)
3. Z348-Supervision of other normal pregnancy	8,467 (3.1)
4. J069--Acute upper respiratory infection, unspecified	6,782 (2.5)
5. Z304-Surveillance of contraceptive drugs	6,114 (2.2)

การวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ OP พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ OP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.3 ครั้งต่อปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ OP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2555 การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป โรคที่มีความรุนแรงสูงโรคกลุ่ม ACSC โรคกลุ่มการฝากครรภ์และการบริการคุมกำเนิด

ปัจจัยอื่นที่มีผลลดการเพิ่มการใช้บริการ OP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 (ดูตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ OP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.310	0.078	<0.001*	0.155 0.466
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	0.340	0.076	<0.001*	0.189 0.491
● CMHI	0.055	0.101	0.588	-0.145 0.255
● Uninsured	0.010	0.080	0.901	-0.148 0.168
Time (VS 2008)				
● 2009	-0.096	0.074	0.198	-0.242 0.051
● 2010	-0.095	0.090	0.290	-0.273 0.082
● 2011	-0.249	0.104	0.019*	-0.456 -0.043
● 2012	0.445	0.082	<0.001*	0.282 0.608
Age	-0.000	0.002	0.788	-0.003 0.003
Male	-0.007	0.024	0.773	-0.055 0.041

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Time_at_risk	0.019	0.000	<0.001*	0.018 0.019
Near_facility	0.111	0.078	0.157	-0.043 0.265
Hospital_type (VS Provincial_hosp)				
● District_hosp	0.035	0.105	0.740	-0.173 0.242
● Maesot_HC	-0.111	0.077	0.151	-0.263 0.041
● Non_Maesot_HC	0.037	0.061	0.547	-0.084 0.157
MCH_ever	1.841	0.264	<0.001*	1.316 2.365
Severe_disease_ever	3.658	0.240	<0.001*	3.182 4.133
ACSC_ever	1.741	0.198	<0.001*	1.347 2.135
ANC_ever	1.029	0.172	<0.001*	0.687 1.370
FP_ever	0.470	0.076	<0.001*	0.319 0.621
Constant	1.004	0.140	<0.001*	0.726 1.281

R2 = 0.35

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ ณ จุดบริการ พบว่าเมื่อนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ โอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกร้อยละ 0.2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่นๆที่มีผลเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ การมีอายุมากขึ้นและการอยู่ใกล้สถานบริการ

ขณะที่ปัจจัยที่มีผลลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้ประกันตนในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2552, 2554 และ 2555 การมาใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับ รพช. รพสต. ทั้งในเขตอำเภอแม่สอด และนอกเขตอำเภอแม่สอด การมาใช้บริการคุมกำเนิดและฝากครรภ์ (ดูตารางที่ 32)

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ OP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ
 Two-part model (Part 1)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.002	0.046	0.966	-0.088 -0.092
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.228	0.109	0.036*	-0.441 -0.015
● CMHI	0.384	0.117	0.001*	0.155 0.612
● Uninsured	0.207	0.081	0.011*	0.048 0.366
Time (VS 2008)				
● 2009	-0.061	0.027	0.025*	-0.115 -0.008
● 2010	-0.035	0.043	0.412	-0.120 0.049
● 2011	-0.306	0.087	<0.001*	-0.476 -0.136
● 2012	-0.350	0.085	<0.001*	-0.516 -0.183
Age	0.000	0.000	0.008*	0.000 0.001
Male	-0.004	0.003	0.199	-0.011 0.002
Near_facility	0.106	0.018	<0.001*	0.071 0.142
Hospital_type (VS Provincial_hosp)				
● District_hosp	-0.298	0.066	<0.001*	-0.427 -0.170
● Maesot_HC	-0.245	0.085	0.004*	-0.411 -0.078
● Non_Maesot_HC	-0.163	0.069	0.018*	-0.299 -0.027
Disease_group (VS other diseases)				
● MCH	-0.007	0.033	0.842	-0.071 0.058
● FP	-0.083	0.028	0.004*	-0.138 -0.027
● ANC	-0.054	0.022	0.015*	-0.097 -0.010

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
● ACSC	-0.001	0.019	0.976	-0.039 0.038
● Severe_disease	-0.002	0.011	0.888	-0.022 0.019

Pseudo-R² = 0.25

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการที่มีการจ่ายค่าบริการเกิดขึ้น พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิลดค่าใช้จ่ายเมื่อใดก็ตามที่ต้องจ่ายค่าบริการ โดยเฉลี่ยประมาณ 21.1 บาทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นที่มีผลลดปริมาณค่าใช้จ่ายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การใช้บริการที่รพสต.ทั้งนอกเขตอำเภอแม่สอดและในเขตอำเภอแม่สอดและการมารับบริการคุมกำเนิด

ปัจจัยที่มีผลเพิ่มปริมาณค่าใช้จ่ายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คืออายุที่มากขึ้น เพศชาย การใช้บริการที่ รพช. และการมารับบริการด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป การคุมกำเนิด โรคกลุ่ม ACSC และโรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง(ดูตารางที่ 33)

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ OP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น
 ด้วย DID model และ Two-part model (Part 2)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-21.094	28.676	0.462	-77.297 35.110
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-67.378	101.182	0.505	-265.690 130.934
● CMHI	55.228	82.530	0.503	-106.527 216.983
● Uninsured	96.690	53.013	0.068	-7.214 200.594
Time (VS 2008)				

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI	
● 2009	-25.145	22.126	0.256	-68.511	18.222
● 2010	-52.779	29.284	0.071	-110.175	4.617
● 2011	24.683	49.634	0.619	-72.599	121.964
● 2012	-18.772	42.357	0.658	-101.790	64.246
Age	1.847	0.349	<0.001*	1.162	2.532
Male	16.690	7.794	0.032*	1.414	31.965
Near_facility	-23.920	38.254	0.532	-98.897	51.057
Hospital_type (VS Provincial_hosp)					
● District_hosp	520.671	219.415	0.018*	90.626	950.716
● Maesot_HC	-118.194	25.032	<0.001*	-167.256	-69.133
● Non_Maesot_HC	-197.363	16.125	<0.001*	-228.966	-165.759
Disease_group (VS Other_diseases)					
● MCH	566.755	111.552	<0.001*	348.138	785.412
● FP	-216.682	26.070	<0.001*	-267.778	-165.585
● ANC	-86.670	53.093	0.103	-190.730	17.390
● ACSC	286.292	97.196	0.003*	95.790	476.793
● Severe_disease	867.075	159.357	<0.001*	554.741	1,179.409

AIC = 12.281 BIC = -8587174

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์จากตารางที่ 32 และ 33 เข้าด้วยกัน (รวม Part 1 และ Part 2) นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดค่าใช้จ่ายการใช้บริการ OP ได้ประมาณ 0.1 ถึง 98.6 บาทต่อครั้ง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 5.3 บาทต่อครั้ง

ข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลอุ้มผาง

ข้อมูลการใช้บริการ IP โรงพยาบาลอุ้มผาง มีทั้งหมด 20,169 ครั้งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552^{xvi} ถึง 29 กันยายน 2555 (4 ปีงบประมาณ) การใช้บริการมีมากที่สุดในปีงบประมาณ 2553 เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนการใช้บริการทั้งหมดต่อปี แยกเป็นรายสิทธิ พบว่าผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ มาใช้บริการมากที่สุด ประมาณร้อยละ 44.9 ถึง ร้อยละ 46.3 ของการใช้บริการทั้งหมด รองลงมาคือผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 43.1 ถึง 44.3 ในขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใช้บริการมากเป็นลำดับที่สาม คิดเป็นร้อยละ 5.2 ถึง 7.4 ในขณะที่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและสิทธิอื่นๆ มีปริมาณน้อยมากหรือไม่มีเลยในบางปีงบประมาณ

ดังนั้นการวิเคราะห์การใช้บริการในโรงพยาบาลอุ้มผางในลำดับถัดไปจึงไม่ได้รวมผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวร่วมด้วยเหมือนกับการวิเคราะห์ที่สถานพยาบาลอื่นๆ (ดูตารางที่ 34)

ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า โรงพยาบาลอุ้มผางมีปัญหาทางสถานะการเงินมาก จากการที่ต้องรองรับผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลซึ่งมาใช้บริการมากที่สุด เมื่อเทียบกับสัดส่วนที่พบที่โรงพยาบาลอื่นๆ ที่คัดเลือกมาเป็นสถานที่ศึกษาในการวิจัยนี้

xvi ข้อมูลจำนวนการใช้บริการโรงพยาบาลอุ้มผางปีงบประมาณ 2552 อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะระบบจัดเก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์พัฒนาจนใช้การได้สมบูรณ์หลัง 1 ม.ค. 2552

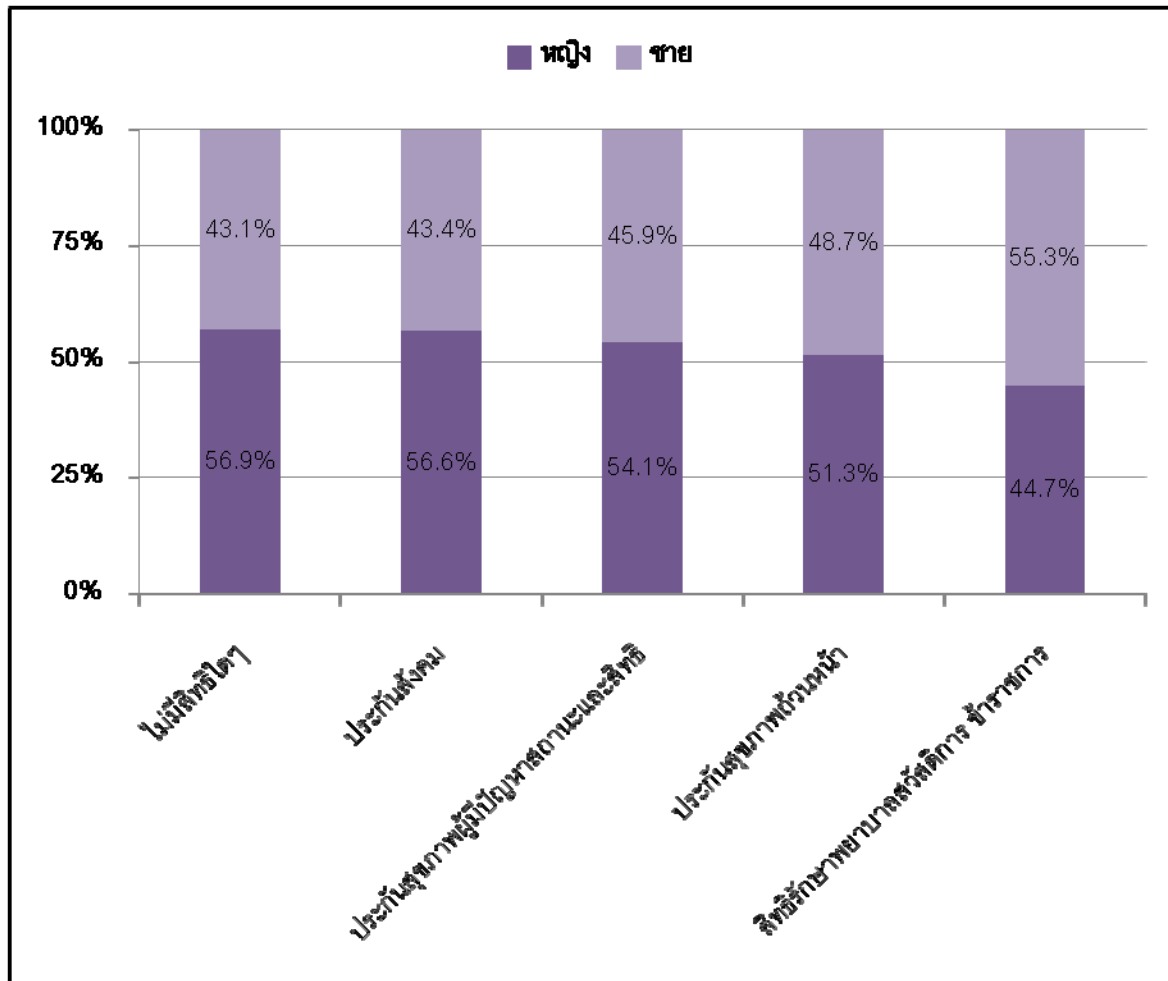
ตารางที่ 34 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวนการครั้งของการใช้บริการ IP (%)			
	ปีงบประมาณ 2552	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554	ปีงบประมาณ 2555
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	216 (5.4)	315 (5.2)	280 (5.4)	358 (7.4)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,718 (43.1)	2,667 (43.8)	2,295 (44.3)	2,089 (43.3)
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	3 (0.1)	1 (0.0)	4 (0.1)	6 (0.1)
ไม่มีสิทธิใดๆ	1,826 (45.9)	2,817 (46.3)	2,391 (46.2)	2,165 (44.9)
สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ	142 (3.6)	194 (3.2)	153 (2.9)	137 (2.9)
ประกันสังคม	77 (1.9)	95 (1.5)	55 (1.1)	63 (1.3)
อื่นๆ	1 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	6 (0.1)
รวม	3,983 (100.0)	6,090 (100.0)	5,178 (100.0)	4,824 (100.0)

จากตัวเลขการใช้บริการข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งอำเภออุ้มผาง พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมาใช้บริการ 0.07 ครั้งต่อคนต่อปี

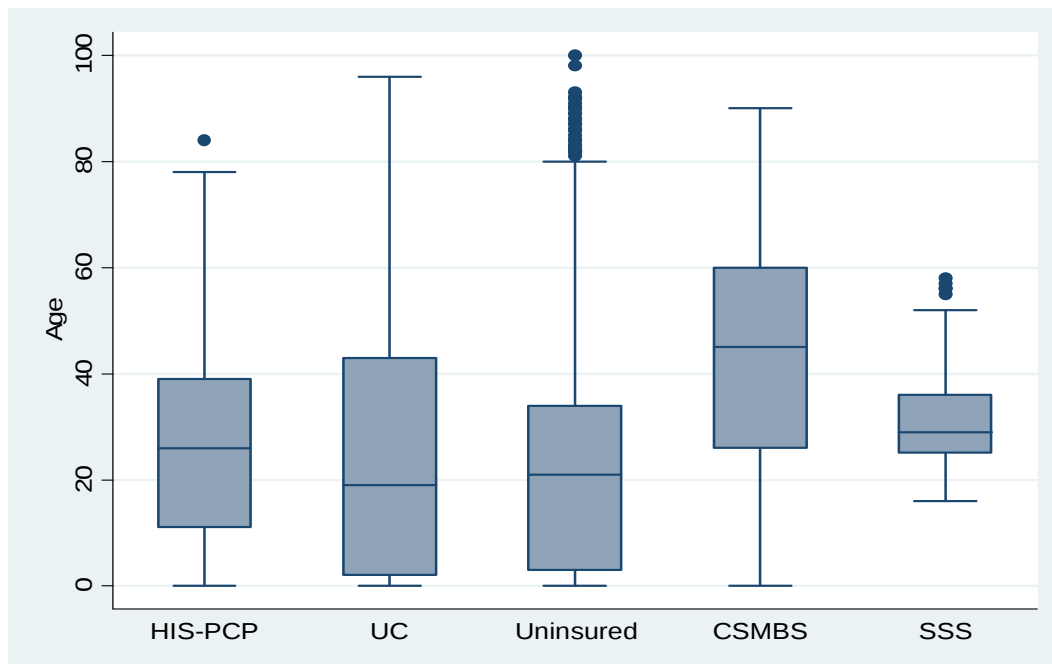
เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการทั้งหมดระหว่างเพศแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าเพศชายและเพศหญิงมาใช้บริการด้วยสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายเล็กน้อยในเกือบทุกสิทธิ (ดูรูปที่ 21)

รูปที่ 21 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการอายุเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยของอายุที่ 42 ปี และค่ามัธยฐานของอายุที่ 45 ปี) กลุ่มอื่นๆรวมถึงผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมักอยู่ในวัยแรงงาน มีค่าเฉลี่ยของอายุใกล้เคียงกัน ไม่เกิน 30 ปี (ดูรูปที่ 22)

รูปที่ 22 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มาใช้บริการมากที่สุดสามกลุ่มหลักที่โรงพยาบาลอุ้มผาง คือ กลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ พบว่าการวินิจฉัยหลักที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ คือ 'O800-Spontaneous vertex delivery' ประมาณร้อยละ 9.0

ทั้งนี้โรคมากที่พบในโรงพยาบาลอุ้มผางและไม่ค่อยพบในสถานพยาบาลอื่นคือ 'B509-Plasmodium falciparum malaria, unspecified' และ 'A753-Typhus fever due to Rickettsia tsutsugamushi' ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะภูมิประเทศที่เป็นป่าเขาและเป็นแหล่งที่พบโรคติดต่อไข้มาลาเรียและไข้รากสาดค่อนข้างมาก จากการศึกษาของ โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ในปี 2552 พบว่าจังหวัดตาก มีความชุกโรคไข้มาลาเรีย ไข้ไทฟอยด์ และไข้เอนเทอริก สูงที่สุดในประเทศ [24] (ดูตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบบ่อยที่สุดห้าอันดับแรกในการให้บริการ IP ของผู้ป่วยแยกกาย สิทธิประกันสุขภาพ

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. Z380-Singleton born in hospital	615 (7.0)
2.A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	583 (6.7)
3. O800-Spontaneous vertex delivery	397 (4.5)
4. A753-Typhus fever due to Rickettsia tsutsugamushi	337 (3.8)
5. P599-Neonatal jaundice, unspecified	312 (3.6)
สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	
1. O800-Spontaneous vertex delivery	105 (9.0)
2. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	63 (5.4)
3. B509-Plasmodium falciparum malaria, unspecified	50 (4.3)
4. A753-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	36 (3.1)
5. Z380-Singleton born in hospital	32 (2.7)
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ	

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
1. O800-Spontaneous vertex delivery	489 (5.3)
2. Z380-Singleton born in hospital	461 (5.0)
3. B509-Plasmodium falciparum malaria, unspecified	439 (4.8)
4. P599-Neonatal jaundice, unspecified	299 (3.3)
5. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	288 (3.1)

การวิเคราะห์จำนวนการให้บริการ IP พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มลดการให้บริการ IP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่โรงพยาบาลอุ้มผาง 0.04 ครั้งต่อปี แต่ข้อค้นพบนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการให้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2555 การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูง โรคกลุ่ม ACSC และการที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติได้รับการส่งต่อสู่โรงพยาบาลส่งต่อ ปัจจัยที่มีผลต่อการลดการให้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเป็นเพศชาย (ดูตารางที่ 36)

ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์จำนวนการให้บริการ IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.044	0.032	0.174	-0.107 0.019
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.038	0.030	0.211	-0.098 0.022
● Uninsured	-0.028	0.030	0.353	-0.086 0.031

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Time				
(VS 2009)				
• 2010	0.006	0.009	0.526	-0.012 0.023
• 2011	-0.004	0.008	0.669	-0.020 0.013
• 2012	0.021	0.009	0.022*	0.003 0.039
Age	0.000	0.000	0.675	-0.000 0.000
Male	-0.018	0.008	0.028*	-0.034 -0.002
Time_at_risk	0.009	0.000	<0.001*	0.009 0.010
Near_facility	-0.007	0.011	0.520	-0.028 0.014
MCH_ever	0.016	0.009	0.067	-0.001 0.033
Severe_disease_ever	0.488	0.075	<0.001*	0.341 0.636
ACSC_ever	0.421	0.058	<0.001*	0.307 0.535
Referout_ever	0.333	0.036	<0.001*	0.262 0.404
Constant	1.089	0.034	<0.001*	1.023 1.155

$R^2 = 0.56$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ระยะเวลาการนอน พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มลดวันนอนของผู้ป่วย 0.3 วัน โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มวันนอน ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ เพศชาย และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่ม ACSC และโรคที่มีความรุนแรงสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดวันนอน ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป ข้อสังเกตหนึ่งที่สำคัญ คือ ค่า constant ที่ระบุถึงวันนอนเฉลี่ยของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิค่อนข้างสูง คือประมาณ 4.3 วันต่อการใช้บริการแต่ละครั้ง มากกว่าที่จังหวัดระนองซึ่งโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2.4 ครั้งต่อวัน (ดูตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์ห้วงนอน IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.339	0.359	0.345	-0.364 1.043
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.031	0.281	0.911	-0.583 0.520
● Uninsured	1.068	0.310	0.001*	0.461 1.676
Time (VS 2009)				
● 2010	-0.381	0.218	0.081	-0.808 0.047
● 2011	-0.383	0.215	0.075	-0.804 0.038
● 2012	-0.221	0.219	0.313	-0.650 0.208
Age	-0.000	0.003	0.977	-0.006 0.006
Male	0.594	0.118	<0.001*	0.362 0.826
Near_facility	-0.243	0.259	0.348	-0.750 0.264
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-1.675	0.084	<0.001*	-1.841 -1.510
● ACSC	0.790	0.292	0.007*	0.2181.363
● Severe_disease	4.108	0.917	<0.001*	2.3105.906
Referout	0.376	0.303	0.215	-0.2180.971
Constant	4.255	0.400	<0.001*	3.471 5.038

$R^2 = 0.02$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ความรุนแรงของโรค หรือ AdjRW ต่อครั้งการนอนโรงพยาบาลพบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มลดความเจ็บป่วยรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล ดังปรากฏจาก AdjRW ลดลง 0.04 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม AdjRW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่ม ACSC และโรคที่มีความรุนแรงสูงและการถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อ

ปัจจัยที่มีผลต่อการลด AdjRW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในที่นี้ คือ การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล

ข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งคือ ค่า constant ที่สะท้อนความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสำหรับโรคกลุ่มผู้ป่วยในทั่วไปมีค่าค่อนข้างสูง คือ มีค่า AdjRW อยู่ที่ 0.65 ซึ่งสูงประมาณสามเท่าของความรุนแรงของโรคที่พบที่โรงพยาบาลกระบี่ สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าวันนอนโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอู่เมียงมากกว่าที่โรงพยาบาลระนองและกระบี่ (ดูตารางที่ 38)

ตารางที่ 38 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง AdjRW ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.035	0.112	0.752	-0.254 0.184
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.050	0.098	0.608	-0.243 0.142
● Uninsured	0.078	0.098	0.430	-0.115 0.271
Time (VS 2009)				
● 2010	0.019	0.023	0.405	-0.026 0.063
● 2011	0.060	0.024	0.014*	0.012 0.107
● 2012	0.070	0.026	0.008*	0.019 0.120
Age	0.006	0.000	<0.001*	0.005 0.007
Male	0.047	0.016	0.004*	0.015 0.079
Near_facility	-0.137	0.036	<0.001*	-0.207 -0.067

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.345	0.010	<0.001*	-0.366 -0.325
● ACSC	0.185	0.077	0.017*	0.033 0.336
● Severe_disease	1.108	0.095	<0.001*	0.922 1.295
Referout	0.263	0.061	<0.001*	0.144 0.382
Constant	0.646	0.108	<0.001*	0.435 0.858

$R^2 = 0.06$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการ IP ณ จุดบริการ พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพลดลงประมาณร้อยละ 0.3 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่นๆที่มีผลลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการ IP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล การมีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และโรคกลุ่ม ACSC และการถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ

ขณะที่ปัจจัยที่มีผลเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งคือไม่ว่าจะพิจารณาจากตัวแปรใด ล้วนส่งผลต่อโอกาสการจ่ายเพื่อการบริการโดยผู้ป่วยค่อนข้างน้อยทั้งสิ้น ดังแสดงได้จากค่า dy/dx ล้วนน้อยกว่าร้อยละ 6 ในทุกๆ ตัวแปร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่โรงพยาบาลอุ้มผางไม่ได้มีระบบจัดเก็บค่าบริการในผู้ป่วยทุกสิทธิอยู่แล้วตามปกติ (ดูตารางที่ 39)

ตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ IP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ
 Two-part model (Part 1)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.003	0.020	0.879	-0.041 0.036
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	0.059	0.008	<0.001*	0.042 0.075
● Uninsured	-0.008	0.006	0.299	-0.020 0.005
Time (VS 2009)				
● 2010	-0.001	0.004	0.827	-0.008 0.007
● 2011	0.008	0.004	0.072	-0.001 0.016
● 2012	0.007	0.004	0.116	-0.002 0.015
Age	0.000	0.000	<0.001*	0.000 0.000
Male	-0.002	0.003	0.482	-0.008 0.004
Near_facility	-0.017	0.006	0.007*	-0.029 -0.005
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.018	0.004	<0.001*	-0.025 -0.011
● ACSC	-0.011	0.006	0.048*	-0.022 -0.000
● Severe_disease	-0.000	0.014	0.982	-0.027 0.026
Referout	-0.024	0.009	0.007*	-0.042 -0.007

Pseudo-R² = 0.12

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ลดค่าใช้จ่ายเมื่อใดก็ตามที่ต้องจ่ายค่าบริการ IP โดยเฉลี่ยประมาณ 186.2 บาทต่อครั้ง อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายของการบริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ การมาใช้บริการด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และการถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลรับส่งต่อ (ดูตารางที่ 40)

ตารางที่ 40 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ IP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น
 ด้วย DID model และ Two-part model (Part 2)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI	
Policy	186.215	411.964	0.651	-621.220	993.650
Beneficiary (VS HIS-PCP)					
● UCS	207.930	261.395	0.426	-304.395	720.254
● Uninsured	1,223.551	586.671	0.037*	73.698	2373.404
Time (VS 2009)					
● 2010	-54.581	145.312	0.707	-339.393	230.220
● 2011	-97.993	157.139	0.533	-405.979	209.993
● 2012	-88.450	148.678	0.552	-379.854	202.955
Age	0.570	1.864	0.760	-3.083	4.223
Male	-114.835	95.913	0.231	-302.820	73.150
Near_facility	241.884	144.987	0.095	-42.286	526.053
Disease_group (VS Other_diseases)					
● MCH	291.462	140.133	0.038*	16.806	566.118
● ACSC	-76.479	171.459	0.656	-412.531	259.574
● Severe_disease	579.490	823.530	0.482	-1,034.600	2,193.579
Referout	879.486	312.135	0.005*	267.732	1491.260

AIC = 16.198 BIC = -3951.2

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเฉพาะเมื่อมีการจ่ายเกิดขึ้นอาจไม่สะท้อนภาพรวมการบริการของโรงพยาบาล เพราะตลอดการใช้บริการของผู้ป่วยทุกสิทธิ ตลอด 4 ปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมการใช้บริการกว่า 20,000 ครั้ง มีเพียง 681 ครั้ง que ผู้ป่วยต้องจ่ายจากการใช้บริการ และในจำนวนนี้ มีการจ่ายโดยผู้ปัญหาสถานะและสิทธิเพียง 14 ครั้ง

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์จากตารางที่ 39 และ 40 เข้าด้วยกัน (รวม Part 1 และ Part 2) พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดค่าใช้จ่ายการใช้บริการ IP ของผู้มีสถานะและสิทธิที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ได้ประมาณ 0.3 ถึง 1.8 บาทต่อครั้ง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.8 บาทต่อครั้ง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่าโรงพยาบาลไม่ได้มีนโยบายจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิอยู่แล้ว ไม่ว่าก่อนหรือหลังมีนโยบาย

โรงพยาบาลแม่สอด

ข้อมูลการใช้บริการ IP โรงพยาบาลแม่สอด มีทั้งหมด 121,946 ครั้งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 29 กันยายน 2555 (5 ปีงบประมาณ) จำนวนการใช้บริการในแต่ละปีงบประมาณมีค่าระหว่าง 24,201 ถึง 25,073 ครั้ง เมื่อแยกเป็นรายสิทธิ พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มาใช้บริการในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 1.5 ในปีงบประมาณ 2551 เป็นร้อยละ 3.7 ในปีงบประมาณ 2555 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการเป็นสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.7 ถึง 54.2 ผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ใช้บริการมาเป็นสัดส่วนรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 30.7 ในปีงบประมาณ 2551 โดยสัดส่วนการใช้บริการนี้ค่อยๆ ลดลงต่อเนื่องจนถึงร้อยละ 20.7 ในปีงบประมาณ 2555 (ดูตารางที่ 41)

ตารางที่ 41 จำนวนการใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพรายปี

จำนวนการครั้งของการใช้บริการ IP (%)					
สิทธิประกันสุขภาพ	ปี	ปี	ปี	ปี	ปี
	งบประมาณ	งบประมาณ	งบประมาณ	งบประมาณ	งบประมาณ
	2551	2552	2553	2554	2555
ประกันสุขภาพผู้มีปัญหา	373	528	427	704	920
สถานะและสิทธิ	(1.5)	(2.2)	(1.7)	(3.0)	(3.7)

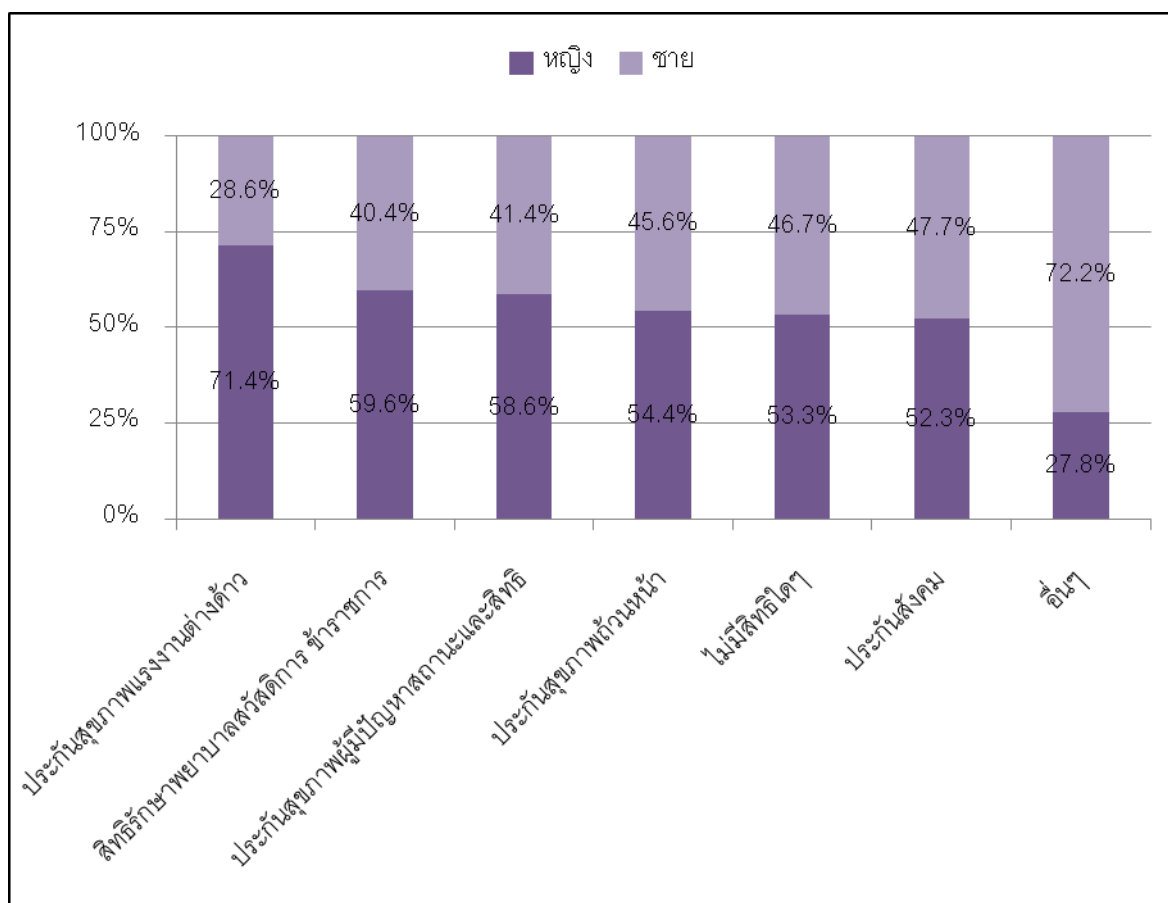
จำนวนการครั้งของใช้บริการ IP (%)

สิทธิประกันสุขภาพ	ปี งบประมาณ 2551	ปี งบประมาณ 2552	ปี งบประมาณ 2553	ปี งบประมาณ 2554	ปี งบประมาณ 2555
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12,341 (50.7)	12,569 (51.9)	13,600 (54.2)	12,634 (53.6)	12,624 (51.0)
ประกันสุขภาพแรงงาน ต่างด้าว	980 (4.0)	1,182 (4.9)	1,488 (5.9)	1,144 (4.9)	1,303 (5.3)
ไม่มีสิทธิใดๆ	7,455 (30.7)	6,802 (28.1)	6,581 (26.2)	5,113 (21.7)	5,131 (20.7)
สิทธิรักษาพยาบาล สวัสดิการข้าราชการ	1,772 (7.3)	1,748 (7.2)	1,618 (6.5)	2,697 (11.4)	3,415 (13.8)
ประกันสังคม	688 (2.8)	662 (2.8)	679 (2.7)	585 (2.5)	685 (2.8)
อื่นๆ	726 (3.0)	710 (2.9)	680 (2.7)	690 (2.9)	674 (2.7)
รวม	24,335 (100.0)	24,201 (100.0)	25,073 (100.0)	23,567 (100.0)	24,752 (100.0)

เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งอำเภอแม่สอด พบว่าผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมาใช้บริการ 0.0 ครั้งต่อคนต่อปี

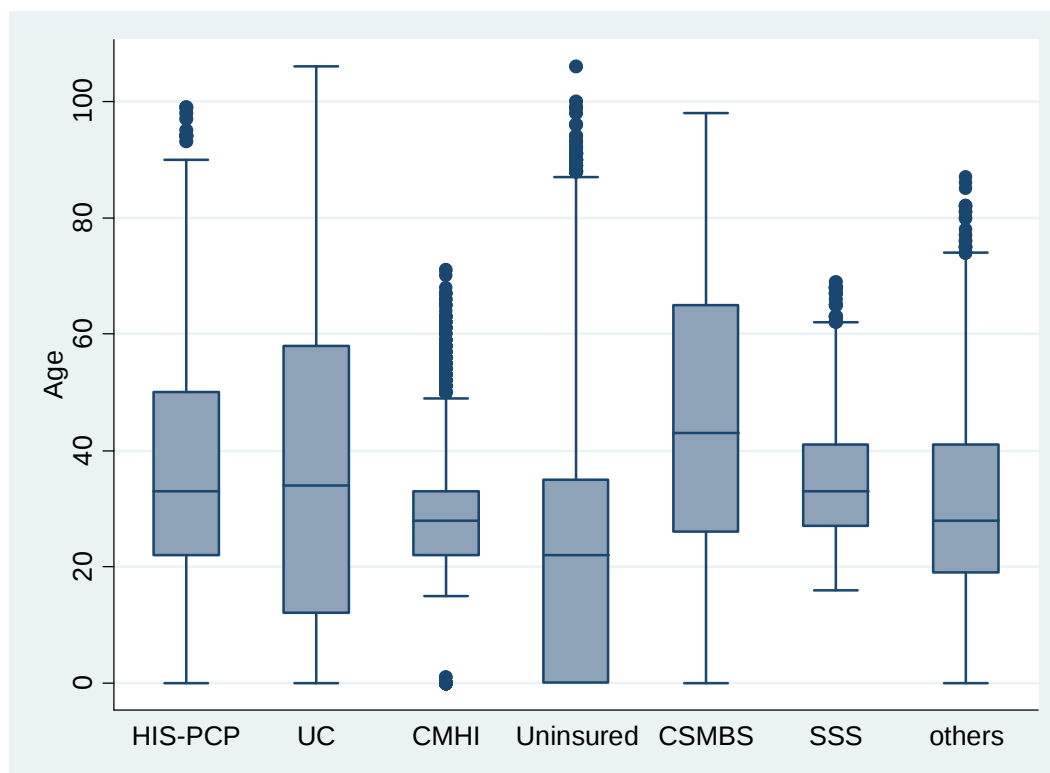
เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดระหว่างเพศแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าเพศ เพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในทุกสิทธิ ยกเว้นสิทธิอื่นๆ โดยเพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศ ชายมากที่สุดในกลุ่มประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกคิดเป็นร้อยละ 71.4 สำหรับกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะ และสิทธิ เพศหญิงมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 58.6 (ดูรูปที่ 23)

รูปที่ 23 สัดส่วนการใช้บริการ IP ระหว่างเพศ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการอายุเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยของอายุและค่ามัธยฐานที่ 43 ปี) กลุ่มอื่น ๆ รวมถึงผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมักอยู่ในวัยแรงงาน มีค่าเฉลี่ยของอายุระหว่าง 30 ถึง 35 ปี ใกล้เคียงกับข้อค้นพบที่โรงพยาบาลอุ้มผาง (ดูรูปที่ 24)

รูปที่ 24 อายุของผู้มาใช้บริการ IP จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ



เมื่อลงรายละเอียดเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในการทำงานอย่างไม่เป็นทางการ คือ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีปัญหาลาถาณะและสิทธิ ผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ พบว่า 'O800-Spontaneous vertex delivery' และ 'Z380-Singleton born in hospital' เป็นการวินิจฉัยที่พบมากที่สุดโรคที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่มประกันสุขภาพ ข้อสังเกตหนึ่งคือ กลุ่มประกันสุขภาพผู้มีปัญหาลาถาณะและสิทธิ นอกจากการวินิจฉัยกลุ่มแม่และเด็ก คือ 'O800' และ 'Z380' แล้ว การวินิจฉัยอื่นที่พบรองลงมามีความหลากหลาย ได้แก่กลุ่มโรคติดเชื้อ เช่น 'A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin' กลุ่มโรค ACSC เช่น 'J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified' และกลุ่มโรคศัลยกรรม เช่น 'K359-Acute appendicitis, unspecified' (ดูตารางที่ 42)

ตารางที่ 42 การวินิจฉัยหลักของโรคที่พบบ่อยที่สุดห้าอันดับแรกในการให้บริการ IP ของผู้ป่วยแยก
 รายสิทธิประกันสุขภาพ

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. O800-Spontaneous vertex delivery	3,774 (6.3)
2. Z380-Singleton born in hospital	3,399 (5.7)
3. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	2,762 (4.6)
4. J189-Pneumonia, unspecified	1,490 (2.5)
5. J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	1,407 (2.4)
สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	
1. O800-Spontaneous vertex delivery	428 (14.5)
2. Z380-Singleton born in hospital	72 (2.4)
3. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	63 (2.1)
4. J441-Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	49 (1.7)
5. K359-Acute appendicitis, unspecified	41 (1.4)
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	
1. O800-Spontaneous vertex delivery	1,237 (20.3)
2. Z380-Singleton born in hospital	645 (10.6)

รหัสโรคตาม ICD-10	จำนวน (%)
3. O064-Unspecified abortion, incomplete, without complication	175 (2.9)
4. K359-Acute appendicitis, unspecified	98 (1.6)
5. P599-Neonatal jaundice, unspecified	96 (1.6)
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ	
1. Z380-Singleton born in hospital	5,520 (17.9)
2. O800-Spontaneous vertex delivery	1,770 (5.7)
3. A09-Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	606 (2.0)
4. J189-Pneumonia, unspecified	603 (2.0)
5. P071-Other low birth weight	545 (1.8)

การวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการ IP ของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ประมาณ 0.02 ครั้งต่อปีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2553 อายุที่มากขึ้น การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ การที่เคยมาสถานพยาบาลด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูงและโรคกลุ่ม ACSC

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดการใช้บริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเป็นเพศชาย (ดูตารางที่ 43)

ตารางที่ 43 ผลการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการ IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	0.022	0.018	0.214	-0.013 0.056
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
• UCS	0.006	0.015	0.686	-0.023 0.035
• CMHI	-0.017	0.015	0.268	-0.047 0.013
• Uninsured	-0.018	0.015	0.223	-0.047 0.011
Time (VS 2008)				
• 2009	-0.002	0.005	0.645	-0.011 0.007
• 2010	0.011	0.005	0.041*	0.000 0.021
• 2011	-0.003	0.005	0.520	-0.012 0.006
• 2012	-0.007	0.005	0.126	-0.017 0.002
Age	0.000	0.000	<0.001*	0.000 0.001
Male	-0.015	0.004	<0.001*	-0.022 -0.008
Time_at_risk	0.010	0.000	<0.001*	0.010 0.010
Near_facility	0.025	0.003	<0.001*	0.018 0.031
MCH_ever	0.006	0.003	0.089	-0.001 0.012
Severe_disease_ever	0.396	0.021	<0.001*	0.354 0.438
ACSC_ever	0.381	0.023	<0.001*	0.336 0.426
Referin_ever	0.009	0.006	0.136	-0.003 0.022
Constant	1.033	0.015	<0.001*	1.003 1.063

$R^2 = 0.54$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ระยะเวลาการนอน พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มลดวันนอนของผู้ป่วย 0.1 วัน โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชาย การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง และการได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต้นทาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการลดวันนอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล และการได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป ข้อสังเกตหนึ่งที่สำคัญ คือ ค่า constant ที่ระบุถึงวันนอนเฉลี่ยของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกับที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ที่ประมาณ 4.2 วันต่อการใช้บริการแต่ละครั้ง (ดูตารางที่ 44)

ตารางที่ 44 ผลการวิเคราะห์วันนอน IP ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.076	0.336	0.822	-0.733 0.582
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.431	0.262	0.100	-0.945 0.083
● CMHI	-0.525	0.266	0.048*	-1.046 -0.004
● Uninsured	0.136	0.261	0.604	-0.376 0.647
Time (VS 2008)				
● 2009	0.061	0.070	0.381	-0.076 0.198
● 2010	-0.024	0.069	0.733	-0.160 0.112
● 2011	-0.001	0.076	0.993	-0.149 0.148
● 2012	0.084	0.072	0.241	-0.057 0.225
Age	0.025	0.001	<0.001*	0.022 0.027
Male	0.461	0.062	<0.001*	0.341 0.582
Near_facility	-0.546	0.056	<0.001*	-0.656 -0.435
Disease_group (VS Other_diseases)				

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
● MCH	-1.352	0.042	<0.001*	-1.434 -1.270
● ACSC	0.269	0.144	0.062	-0.014 0.552
● Severe_disease	2.363	0.142	<0.001*	2.085 2.641
Referin	1.193	0.115	<0.001*	0.968 1.417
Constant	4.166	0.266	<0.001*	3.645 4.687

$R^2 = 0.03$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์ความรุนแรงของโรค หรือ AdjRW ต่อครั้งการนอนโรงพยาบาลพบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีแนวโน้มลดความเจ็บป่วยรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล ดังปรากฏจาก AdjRW ลดลง 0.12 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการลด AdjRW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในที่นี้ คือ การมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไป และโรคกลุ่ม ACSC และการมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม AdjRW ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านเวลา นั่นคือการมาใช้บริการในแต่ละปีงบประมาณ นับตั้งแต่ 2552 เรื่อยมา อายุที่มากขึ้น การเป็นเพศชาย การมารับบริการด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูงและการถูกส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด

ข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งคือ ค่า constant ที่สะท้อนความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสำหรับโรคกลุ่มผู้ป่วยในทั่วไปมีค่าค่อนข้างสูง คือ มีค่า AdjRW อยู่ที่ 0.98 ซึ่งสูงประมาณสี่เท่าของความรุนแรงของโรคที่พบที่โรงพยาบาลระนอง (ดูตารางที่ 45)

ตารางที่ 45 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคผ่านทาง AdjRW ด้วย DID model

Variables	Coef.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.115	0.119	0.333	-0.347 0.118
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
● UCS	-0.225	0.112	0.044*	-0.444 -0.006
● CMHI	-0.164	0.112	0.145	-0.384 0.057
● Uninsured	-0.054	0.111	0.629	-0.272 0.165
Time (VS 2008)				
● 2009	0.053	0.019	0.005*	0.016 0.090
● 2010	0.164	0.019	<0.001*	0.127 0.201
● 2011	0.188	0.020	<0.001*	0.149 0.228
● 2012	0.126	0.018	<0.001*	0.090 0.162
Age	0.012	0.000	<0.001*	0.011 0.013
Male	0.163	0.013	<0.001*	0.137 0.188
Near_facility	-0.288	0.013	<0.001*	-0.314 -0.263
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.665	0.010	<0.001*	-0.685 -0.646
● ACSC	-0.166	0.044	<0.001*	-0.252-0.079
● Severe_disease	0.781	0.032	<0.001*	0.7180.844
Referin	0.729	0.041	<0.001*	0.648 0.810
Constant	0.976	0.110	<0.001*	0.759 1.192

$R^2 = 0.09$

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการ IP ณ จุดบริการ พบว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อให้บริการสุขภาพลดลงประมาณร้อยละ 36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อให้บริการ IP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หรือแม้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ส่วนหนึ่งทางแม่ตาวคลินิกตามจ่ายให้ หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แม่ตาวคลินิกก่อนถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลแม่สอด การเป็นเพศชาย การมารับบริการด้วยโรคกลุ่ม ACSC และโรคที่มีความรุนแรงสูง และการได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต้นทาง

ปัจจัยที่มีผลเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อให้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมารับบริการในแต่ละปีงบประมาณ นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 อายุที่เพิ่มขึ้นและการมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ว่าโรงพยาบาลมีความเข้มงวดเรื่องการเงินการคลังมากขึ้นทุกปี โดยจะพยายามเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยตามกำลังจ่ายของผู้ป่วยก่อน หากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ จึงพิจารณาอนุเคราะห์เป็นกรณีไป (ดูตารางที่ 46)

ตารางที่ 46 ผลการวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องจ่ายค่าบริการ IP ณ จุดบริการ ด้วย DID model และ

Two-part model (Part 1)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
Policy	-0.361	0.019	<0.001*	-0.399 -0.323
Beneficiary (VS HIS-PCP)				
• UCS	-0.512	0.016	<0.001*	-0.543-0.480
• CMHI	-0.100	0.018	<0.001*	-0.134-0.066
• Uninsured	-0.046	0.017	0.006*	-0.078 -0.013
Time (VS 2008)				
• 2009	0.011	0.005	0.015*	0.002 0.020
• 2010	0.031	0.005	<0.001*	0.021 0.040

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI
● 2011	0.078	0.005	<0.001*	0.069 0.087
● 2012	0.088	0.005	<0.001*	0.079 0.097
Age	0.001	0.000	<0.001*	0.001 0.001
Male	-0.094	0.003	<0.001*	-0.100 -0.087
Near_facility	0.031	0.003	<0.001*	0.024 0.038
Disease_group (VS Other_diseases)				
● MCH	-0.004	0.004	0.318	-0.013 0.004
● ACSC	-0.127	0.008	<0.001*	-0.144 -0.111
● Severe_disease	-0.027	0.008	0.001*	-0.043-0.011
Referin	-0.130	0.007	<0.001*	-0.142 -0.117

Pseudo-R² = 0.17

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ลดค่าใช้จ่ายเมื่อใดก็ตามที่ต้องจ่ายค่าบริการ IP โดยเฉลี่ยประมาณ 773 บาทต่อครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายของการบริการ IP ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 อายุที่เพิ่มขึ้น และการมาใช้บริการด้วยโรคที่มีความรุนแรงสูง

ปัจจัยที่มีผลลดค่าใช้จ่ายของการบริการ IP ที่มีนัยสำคัญ คือ การเป็นผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2552 การเป็นเพศชาย การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล และการมาใช้บริการด้วยโรคกลุ่มแม่และเด็กทั่วไปและโรคกลุ่ม ACSC (ดูตารางที่ 47)

ตารางที่ 47 ผลการวิเคราะห์ปริมาณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเฉพาะรายครั้งบริการ IP ที่มีการจ่ายเกิดขึ้น
 ด้วย DID model และ Two-part model (Part 2)

Variables	dy/dx.	S.E.	P-value	95% CI	
Policy	-772.970	317.000	0.015*	-1,394.280	-151.661
Beneficiary (VS HIS-PCP)					
● UCS	-4,432.030	302.501	<0.001*	-5,024.920	-3839.140
● CMHI	-6,302.080	300.152	<0.001*	-6,890.370	-5,713.800
● Uninsured	-222.304	305.210	0.466	-820.505	375.896
Time (VS 2008)					
● 2009	-473.032	96.538	<0.001*	-662.242	-283.822
● 2010	-111.365	107.066	0.298	-321.211	98.481
● 2011	1,996.030	153.481	<0.001*	1,695.211	2,296.848
● 2012	3,189.783	164.901	<0.001*	2,866.584	3,512.983
Age	71.372	3.158	<0.001*	65.183	77.562
Male	-486.934	113.167	<0.001*	-708.737	-265.132
Near_facility	-1,063.140	93.834	<0.001*	-1,247.050	-879.225
Disease_group (VS Other_diseases)					
● MCH					
● ACSC	-2,922.380	78.865	<0.001*	-3,076.950	-2767.800
● Severe_diseas	-1,607.280	197.172	<0.001*	-1,993.720	-1,220.830
e	761.999	259.525	0.003*	253.340	1,270.659
Referin	-61.186	279.895	0.827	-609.769	487.398

AIC = 17.871 BIC = -368989

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นมากกว่า 95% (p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์จากตารางที่ 46 และ 47 เข้าด้วยกัน (รวม Part 1 และ Part 2) พบว่า นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดค่าใช้จ่ายการใช้บริการ IP ของผู้มีสถานะและสิทธิที่โรงพยาบาลแม่สอดได้ประมาณ 523.7 ถึง 14,324.3 บาทต่อครั้ง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,627.6 บาทต่อครั้ง

ข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ การลดค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากนโยบายเห็นผลค่อนข้างชัดเจนที่โรงพยาบาลแม่สอดเนื่องจาก เดิมโรงพยาบาลมีนโยบายจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามความสามารถการจ่ายของผู้ป่วยเป็นปกติอยู่แล้ว ต่างจากโรงพยาบาลอุมผางที่ไม่มีนโยบายเก็บค่าใช้จ่าย และ การที่โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ โรคที่รับการรักษาพยาบาลจึงมีความซับซ้อนมากกว่า ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า

สรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ

โดยสรุป ผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิมีอัตราการใช้บริการทั้ง OP และ IP ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ ทำให้อัตราการใช้บริการมากขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรุนแรงของโรคและวันนอน มีความเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน แปรผันตามแต่ละสถานพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการส่วนใหญ่เป็นปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยเรื่องที่อยู่อาศัย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากนโยบายที่มีนัยสำคัญทางสถิติในสถานพยาบาลหลายๆ แห่ง คือ การลดลงของปริมาณเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อค่าบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการ IP

อนึ่งแม้มีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิระบุชัดเจนว่าผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่จากการศึกษาว่ายังมีผู้ป่วยบางส่วนที่เสียค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าเหตุที่ยังมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมาใช้บริการไม่ตรงกับสถานที่ลงทะเบียน หรือ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ให้บริการ ที่เข้าใจว่านโยบายนี้ยังไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ค่าใช้จ่ายสูง จึงอาจมีการเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้

ผลสรุปของนโยบายหลังปรับอธิปทผลจากปัจจัยร่วมอื่นๆ แล้ว ได้สรุปในตารางที่ 48 และ 49 ดังนี้

ตารางที่ 48 ผลของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิกับการใช้บริการ OP

	จังหวัด ระนอง	จังหวัด ตาก
จำนวนการใช้บริการในภาพรวม (ครั้ง/คนปี)	0.6	0.8
การเปลี่ยนแปลงของจำนวนการใช้บริการ (ครั้ง/คนปี)	+0.004	+0.3*
โอกาสการจ่ายค่าบริการก่อนมีนโยบาย (%)	49.1	46.1
การเปลี่ยนแปลงของโอกาสการจ่ายเพื่อค่าบริการ (%)	-11.7*	+0.2
การเปลี่ยนแปลงของจำนวนเงินที่จ่ายต่อครั้งเมื่อมีการจ่ายเพื่อค่าบริการสุขภาพ (บาท)	+16.9	-21.1
สรุป การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อครั้ง (บาท)	-23.1*	-5.3

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่น 95% (p-value<0.05)

ตารางที่ 49 ผลของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับการใช้บริการ IP

	โรงพยาบาล กระบี่	โรงพยาบาล ระนอง	โรงพยาบาล อุ้มผาง	โรงพยาบาล แม่สอด
จำนวนการให้บริการในภาพรวม (ครั้ง/คน/ปี)	0.05	0.03	0.07	0.05
การเปลี่ยนแปลงของจำนวนการ ใช้บริการ (ครั้ง/คน/ปี)	+0.14	+0.02	-0.04	+0.02
การเปลี่ยนแปลงวันนอน (วัน/ครั้ง)	-0.4	+1.0*	+0.3	-0.1
การเปลี่ยนแปลงของค่า AdjRW ต่อครั้ง	+0.02	+0.1	-0.04	-0.1
โอกาสการจ่ายค่าบริการก่อนมี นโยบาย (%)	28.0	-	1.2	72.3
การเปลี่ยนแปลงของโอกาสการ จ่ายเพื่อค่าบริการ (%)	-14.9*	-	-0.3	-36.1*
การเปลี่ยนแปลงของจำนวนเงิน ที่จ่ายต่อครั้งเมื่อมีการจ่ายเพื่อการ บริการ (บาท)	-5.9	-	+186.2	-773.0*
สรุป การเปลี่ยนแปลงของ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย ต่อครั้ง (บาท)	-552.0*	-	-0.8	-4,627.6*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่น 95% (p-value<0.05)

อภิปรายผลการศึกษา

ภาพรวมของนโยบาย

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ทั้งในแง่การพัฒนานโยบายและการบริหารระบบ ระบบประกันสุขภาพนี้ไม่ได้เกิดขึ้นโดยมีพระราชบัญญัติรองรับ แต่เกิดจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายโรงพยาบาลชายแดน แพทย์ชนบท ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ที่มุ่งแก้ปัญหาทางการเงินในภาวะวิกฤตของสถานพยาบาลชายแดนหลายแห่ง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางการเมืองในช่วงเวลานั้น

สถานะของระบบประกันสุขภาพนี้จึงมีลักษณะ 'เฉพาะกิจ' งบประมาณในแต่ละปีจึงไม่มีความแน่นอน ขึ้นกับการเจรจาต่อรองระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงบประมาณ ว่าในปีนั้นๆ จะให้ความสำคัญกับนโยบายนี้เพียงไร ซึ่งโดยทั่วไประบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่ได้ถือว่าเป็นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ได้งบประมาณมาน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละปี

นอกจากนั้นความรู้ของสถานพยาบาลจึงรับรู้ว่างบประมาณส่วนนี้มาช่วยเสริมและเติมเต็มการบริการที่มีอยู่แล้ว รวมถึงช่วยนำไปสนับสนุนฐานะการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งหลายแห่งประสบปัญหาด้านการเงินจากการให้บริการผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ

การกำเนิดของระบบประกันสุขภาพในลักษณะดังกล่าว มีผลต่อเจตนารมณ์และการตีความของนโยบาย ว่าเป็นการ 'ให้สิทธิ' รักษาพยาบาล นโยบายจึงเป็นลักษณะสงเคราะห์ คล้ายกับบัตรสปร.ในอดีต ต่างจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็น 'สิทธิ' อันพึงได้ของประชาชนทุกคน การขยายความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นในระยะยาว สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายของการวิจัยในอดีต เช่น การวิจัยของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ ในปี 2552 [10]

นโยบายประกันสุขภาพนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ไม่มีสัญชาติไทย ทั้งระบบเท่านั้น ยังมีผู้ที่ไม่ถูกครอบคลุมโดยนโยบายนี้จำนวนหนึ่ง เช่น บุคคลที่ตกหล่นทางทะเบียนราษฎร บุคคลที่เลขประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 0 แต่ไม่อยู่ในสถานศึกษา หรือ สถานสงเคราะห์

บุคคลที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพนี้ โดยหลักการต้องมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เพราะต้องเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และรับรองสัญชาติ ดังนั้นในระยะยาวจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ต้องขยายขอบเขตการประกันสุขภาพไปสู่ผู้ที่ยังตกหล่นอยู่ และให้ผู้ที่ผ่านการพิสูจน์และรับรองสัญชาติแล้ว ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหลักที่มีอยู่ นั่นคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ

การบริหารจัดการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ความไม่แน่นอนของงบประมาณและการไม่ได้กำหนดรายละเอียดการใช้งบประมาณ ทำให้กิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่มีความหลากหลาย และขึ้นกับความเป็นผู้นำ (leadership) ของผู้บริหารแต่ละสถานพยาบาล เช่น จังหวัดระนองมีการกำหนดมาตรการการใช้งบประมาณและการส่งต่อในพื้นที่ของตนขึ้นมาเอง ซึ่งเสมือนเป็นการต่อยอดมาจากระบบประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นที่มีอยู่เดิมก่อนมีนโยบายนี้ ต่างจากพื้นที่จังหวัดตาก ซึ่งใช้การบริหารจัดการในลักษณะเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ได้มีการบริหารจัดการแยกต่างหาก ทำให้โรงพยาบาลเองมีบทบาทมากกว่า สสจ. ส่วนหนึ่งเนื่องด้วยผู้บริหารโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายตั้งแต่เริ่มต้น

เมื่อวิเคราะห์จุดเด่น ข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ พบว่า

จังหวัดระนอง มีจุดเด่นที่ชัดเจน คือ (1) การกั้นงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน (2) การตามจ่ายสถานพยาบาลตามจำนวนการใช้บริการ OP ของผู้ป่วย และ (3) การให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด

อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัด และประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงต่อไป คือ (1) แม้จะมีการกั้นงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน แต่เมื่อขาดการประสานงานที่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้นำงบประมาณดังกล่าวมาใช้ประโยชน์เต็มที่ (2) แม้จะมีการตามจ่ายไปตามสถานพยาบาล แต่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ไปใช้บริการมากขึ้นอย่างชัดเจน เพราะปัจจัยการเข้าถึงสถานพยาบาล มีความหลากหลาย เช่น ปัจจัยทางคลินิก การมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล และ (3) การให้ผู้ป่วยไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัดส่วนหนึ่งทำให้ภาระการบริการมีมากที่โรงพยาบาลทั่วไป และรพสต.ในเขตเมือง และทำให้ความชุกของ

ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นผู้สูงอายุและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีมากในอำเภออื่นๆนอกเขต
อำเภอเมือง ซึ่งเป็นปัญหามากที่โรงพยาบาลชุมชน

จังหวัดตาก มีลักษณะเด่น คือ (1) ใช้การบริหารจัดการผ่านกลไกที่มีอยู่เดิมเป็นหลัก และ (2) มี
นวัตกรรมของแต่ละพื้นที่ เช่น การสร้างสุขศาลา หรือการจัดตั้งคลินิกกฎหมาย ที่โรงพยาบาลอุ้มผาง

ข้อจำกัดของการบริหารจัดการในลักษณะนี้ พบว่า (1) ขึ้นอยู่กับความเป็นผู้นำและการตัดสินใจ
ของผู้บริหารสถานพยาบาลนั้นๆ เป็นหลัก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของนโยบาย และ (2) นวัตกรรมใน
พื้นที่ เพิ่งเริ่มมาไม่นาน ยังต้องอาศัยการประเมินผลและติดตามผลสัมฤทธิ์ของการทำงานในระยะยาว

การทำงานของส่วนกลาง

ภาพรวมการทำงาน

ในส่วนกลาง คือกระทรวงสาธารณสุขเอง แม้ที่ผ่านมาจะสามารถจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มี
ปัญหาสถานะและสิทธิมาได้ตลอดสามปี แต่ยังมีช่องโหว่บางประการที่น่าจะพัฒนาต่อยอดได้

งานของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก คือ กลุ่ม
ประกันสุขภาพ สป. ซึ่งตัวองค์กรเองไม่ได้เกิดขึ้นเพื่อรองรับระบบประกันนี้ตั้งแต่แรก นอกจากนั้นตัว
องค์กรก็ต้องรับผิดชอบระบบประกันสุขภาพอื่นๆด้วย เช่น ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจึงค่อนข้างมากสำหรับขีดความสามารถขององค์กร (institutional capacity)
ในปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันการส่งข้อมูลการใช้บริการซึ่งสถานบริการส่งเข้ามายังเป็นการ
สื่อสารทางเดียว ยังไม่มีการประมวลผลหรือการวิเคราะห์เชิงลึกในข้อมูลที่ได้มาและสะท้อนกลับสู่พื้นที่
การสื่อสารจึงเป็นลักษณะเฉพาะกิจ ตามวาระการประชุมของกรรมการที่กำกับควบคุมนโยบาย

ดังนั้น จึงควรพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรให้มีมากขึ้น ทั้งด้านจำนวนบุคลากร ด้านงาน
สารสนเทศและเทคโนโลยี และการประเมินผล อันจะทำให้การดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพนี้มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อนึ่งในระยะยาว การทำงานของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิต้องพิจารณา
ทางเลือกอื่นๆในการบริหารจัดการ เทียบกับสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น ให้นำหน่วยงานที่มีขีด
ความสามารถองค์กรมากกว่า เช่น สปสช.เป็นผู้บริหารจัดการ ทั้งนี้ สปสช.ก็อาจดำเนินการได้หากมีมติ

คณะรัฐมนตรีรองรับดังที่ระบุในมาตรา 18 (14) หรือ มาตรา 26 (14) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 [25, 26] จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลดี ผลเสีย และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของระบบประกันนี้ในหลายรูปแบบ เช่น

ทางเลือกที่ 1 ผลักดันให้การดำเนินงานในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผนวกรวมไปกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อดีของการจัดการด้วยวิธีการนี้ คือ (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีขีดความสามารถขององค์กรสูง ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน และเทคโนโลยี (2) สถานพยาบาลก็มีความคุ้นเคยกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว จึงลดความซ้ำซ้อนและความสับสนในการบริหารจัดการ และ (3) การรวมและกระจายความเสี่ยงมีมากขึ้น เนื่องจากการรวมความเสี่ยงในระดับประเทศ ซึ่งย่อมส่งผลทำให้ระบบประกันสุขภาพมีความมั่นคงมากขึ้น รวมถึงการจัดการงบประมาณสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ทำให้มีในการเจรจาต่อรองในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงร่วมกัน

ข้อเสียและข้อจำกัดของการจัดการด้วยวิธีนี้ คือ ต้องมีการทำความเข้าใจและการยอมรับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข และพิจารณาขอบเขตหน้าที่และเจตนาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่าการสปสช. มีหน้าที่ให้ประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทย

ทางเลือกที่ 2 ให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังที่เป็นอยู่

ข้อดีของการจัดการด้วยวิธีการนี้ คือ (1) การบริหารจัดการระบบสามารถดำเนินการได้โดยท่ามกลางความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันในเรื่องขอบเขตของผู้ประกันตนที่ปรากฏในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ (2) งบประมาณที่จัดสรรสู่สถานพยาบาลมีความคล่องตัวสูง สถานพยาบาลสามารถนำงบประมาณดังกล่าวไปอุดหนุนในกิจกรรมของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถใช้งบประมาณจากส่วนอื่นได้

ข้อเสียและข้อจำกัดของการจัดการด้วยวิธีนี้ คือ (1) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิยังไม่มีที่แน่นอน เนื่องด้วยไม่มีกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติรองรับ

(2) การกระจายและรวบรวมความเสี่ยงของระบบประกันสุขภาพนี้ค่อนข้างต่ำ เพราะมีผู้ประกันตนน้อย และ (3) การจะทำให้การดำเนินการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการใหม่ทั้งระบบ

การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็นเรื่องการจัดเก็บข้อมูลก็เป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ ในเรื่องข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในพบปัญหาค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยนอก เพราะสถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยในไปเบิกค่าใช้จ่ายจากกลุ่มประกันสุขภาพ ขณะที่ข้อมูลผู้ป่วยนอกไม่จำเป็นต้องส่งให้กลุ่มประกันสุขภาพโดยตรง แม้กลุ่มประกันสุขภาพได้กำหนดมาตรการทางการเงินในการสนับสนุนการลงข้อมูลผู้ป่วยนอก โดยแบ่งสรรเงินที่เหลือที่ส่วนกลางกลับคืนสู่หน่วยบริการตามจำนวนการใช้บริการแล้วก็ตาม แต่มาตรการดังกล่าวอาจไม่เพียงพอและไม่ได้ลงลึกถึงคุณภาพของข้อมูล

ในมุมมองของสถานพยาบาลการส่งข้อมูลการบริการมีปัญหาในเชิงเทคนิคอยู่ เช่น รหัสที่ลงข้อมูลมีความหลากหลายและซับซ้อน การส่งข้อมูลต้องส่งให้หลายหน่วยงาน ทั้งกลุ่มประกันสุขภาพ ทั้งสนย. ผ่านข้อมูล 21 แฟ้มหรือ 12 แฟ้มมาตรฐาน เมื่อส่งไปแล้วก็ไม่เกิดความชัดเจนว่าพื้นที่จะได้ประโยชน์ในด้านอื่นๆนอกจากเรื่องประโยชน์ทางการเงินอย่างไร เช่น ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงการบริการ

ข้อจำกัดในการทำงานเชิงรุก

การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แม้นโยบายนี้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนที่ชัดเจน แต่รายละเอียดเกือบทั้งหมดยังเป็นเรื่องการให้บริการเชิงตั้งรับ ไม่ได้เน้นเรื่องการทำงานเชิงรุก เช่น งานด้านการส่งเสริมป้องกัน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบแม้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในด้านการทำงานเชิงรุกในพื้นที่มีรูปแบบที่หลากหลายและไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

อีกหนึ่งการดำเนินงานเชิงรุกกับผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือคนไทยพลัดถิ่น มีความซับซ้อนมากกว่าการดำเนินงานเชิงรุกในผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปกติ เพราะ (1) ข้อจำกัดเชิงกฎหมาย (2) ข้อจำกัดทางภาษาและวัฒนธรรม และ (3) ลักษณะการย้ายถิ่นของประชากร นอกจากนั้น

ยังมีความสับสนในด้านการสื่อสารทั้งจากส่วนกลางคือ กระทรวงสาธารณสุขสู่พื้นที่ และระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ด้วยตนเอง

ดังปรากฏจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการยังมีความไม่แน่ใจว่างบประมาณที่ได้จากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำเป็นต้องใช้กับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเท่านั้นหรือไม่ ถ้าต้องใช้กับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเท่านั้น ในทางปฏิบัติต้องแยกผู้มาใช้บริการสิทธิอื่นๆออกหรือไม่ หรือการเขียนโครงการส่งเสริมป้องกันต้องกำหนดกิจกรรมเฉพาะผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือไม่ ข้อมูลเหล่านี้ผู้ที่ทราบรายละเอียดมักเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลักดันนโยบายแต่ยังไม่ลงไปถึงผู้ที่ทำงานในระดับปฏิบัติการ ในขณะเดียวกันหากมีการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางอย่างเดียวที่มีลักษณะตายตัว ก็เสี่ยงที่จะไม่สามารถจัดการปัญหาในพื้นที่ได้ครอบคลุมทั้งหมด รวมถึงอาจขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการได้ เพราะปัญหาของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในแต่ละพื้นที่มีความหลากหลาย เช่น ที่พื้นที่อำเภอกระบุรี ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีอายุเฉลี่ยมาก และมักป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะที่พื้นที่อำเภอแม่สอด อำเภอระนอง หรืออำเภออุ้มผาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการด้วยปัญหาแม่และเด็ก

การทำงานผ่าน พสต. หรือ อสต. นับเป็นกลไกหนึ่งที่น่าสนใจ ที่สามารถแก้ไขข้อจำกัดทางภาษา และวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามยังไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการประเมินคุณภาพ และความยั่งยืนของการทำงานผ่านกลไกนี้ เนื่องด้วยในปัจจุบัน ยังต้องอาศัยเงินบำรุงของสถานพยาบาลในการจ้างบุคลากรกลุ่มนี้

การพัฒนาสิทธิเพื่อแก้ปัญหาสถานะบุคคล

ประเด็นเรื่องการลงทะเบียนผู้มีสิทธิกับกลุ่มประกันสุขภาพสัมพันธ์กับเรื่องฐานข้อมูล สิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีความแตกต่างจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.มีข้อมูลผู้ประกันตนชัดเจน ขณะที่กลุ่มประกันสุขภาพไม่ได้มีข้อมูลผู้ประกันตนโดยตรง ต้องอาศัยข้อมูลจากพื้นที่ส่งเข้ามา ดังนั้นจึงขึ้นกับกลไกการทำงานและความกระตือรือร้นของแต่ละพื้นที่

ประเด็นเรื่องการลงทะเบียนยังเกี่ยวกับหน่วยงานทางทะเบียนราษฎร ซึ่งหลายครั้งการทำงานของสถานพยาบาลยังขาดความรู้ที่จะประสานงานกับทางทะเบียนราษฎรว่าจะพิสูจน์และรับรองสิทธิใน

สัญชาติของผู้ป่วยได้อย่างไร ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างขั้นตอนการพิสูจน์สัญชาติและพัฒนาสิทธิ หลายคนสามารถพัฒนาเป็นคนสัญชาติไทยได้หากมีกระบวนการช่วยเหลือที่เพียงพอหน่วยงานในระดับพื้นที่เองก็มักขาดความรู้ทางกฎหมายเช่น ที่จังหวัดระนอง

สถานพยาบาลบางแห่ง เช่น ที่โรงพยาบาลอุ้มผางมีการตั้งคลินิกกฎหมายฯ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการพิสูจน์และรับรองสถานะในสัญชาติ แต่ก็ยังอยู่ในระยะเริ่มแรก การช่วยเหลือยังเป็นลักษณะเฉพาะกิจ และยังไม่มีกระบวนการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจน

โดยหลักการแล้วหากการพิสูจน์และรับรองสถานะและสิทธิทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ แม้จะทำให้ผู้ประกันตนมีจำนวนลดลง ก็เป็นภารกิจที่สำคัญ ตรงตามวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสถานะบุคคลทั้งประเทศ

ผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตทั้งด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรค ได้อย่างต่อเนื่อง และ (2) เพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเดิมให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวโดยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน

แม้ผลการศึกษาเป็นที่แน่ชัดว่านโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยลดรายจ่ายของผู้ป่วยที่จ่ายเพื่อค่าบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และยังช่วยแบ่งเบาภาระทางการเงินของสถานพยาบาลหลายๆ แห่ง ซึ่งนับว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อที่ (2) ของนโยบาย แต่ในภาพรวมเรื่องจำนวนการใช้บริการ ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิยังเข้าถึงบริการในอัตราที่ต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอนไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนจากช่วงก่อนมีนโยบาย

นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่ได้เพิ่มจำนวนการใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญในแง่หนึ่งก็สะท้อนถึงการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ตระหนักในสิทธิของตนยังไม่เพียงพอ ในอีกแง่หนึ่งแม้การประชาสัมพันธ์จะได้ทำไปบ้างแล้ว ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากกว่าเรื่องการประชาสัมพันธ์ จากผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการ

เข้าถึงบริการที่มีนัยสำคัญในหลายสถานพยาบาล มักเป็นปัจจัยทางคลินิก หรือการมีถิ่นที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล

การพัฒนากลไกอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการจึงมีความสำคัญ เช่น การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยหรือการติดตามผู้ป่วยจากพื้นที่ห่างไกล จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเชื่อมโยงระบบส่งต่อในจังหวัดและจังหวัดที่ใกล้เคียงกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถลงทะเบียนในสถานพยาบาลตามที่อยู่จริง โดยอาจจะใช้แนวทางการบริหารจัดการในลักษณะเขตบริการแบบ สปสช.มาดำเนินการ เช่น มีข้อตกลงภายในเขต ให้ผู้ป่วยสามารถลงทะเบียนตามที่อยู่จริงภายในภาพรวมของเขตได้ ต่างจากระบบปัจจุบัน ซึ่งกำหนดพื้นที่การอยู่อาศัยของผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิในจังหวัดที่ลงทะเบียนเท่านั้น แม้ในข้อเท็จจริง ผู้ป่วยบางส่วนออกนอกพื้นที่ไปแล้วโดยไม่ได้ขออนุญาต

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการใช้วิธีการศึกษาผ่านมุมมองของผู้ให้บริการ providers' perspectives เป็นหลัก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลจากสถานพยาบาลและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ดังนั้นผลของนโยบายที่ประเมินได้ จึงจำกัดอยู่เพียงผู้ที่มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาพยาบาล แต่ไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิที่ยังไม่ได้เข้าถึงบริการในสถานพยาบาลและแม้มีผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จำนวนมากถึง 33 คน แต่ก็ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งการประเมินให้ครอบคลุมมุมมองทั้งสองด้านต้องอาศัยการสำรวจครัวเรือน (household survey)
2. การศึกษานี้ยังไม่ได้ประเมินผลสุดท้ายของนโยบายในเรื่องการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ประกันตน เช่น อัตราตาย อัตราการเกิดโรค เป็นต้น
3. การศึกษานี้มุ่งเน้นการจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิเท่านั้น ซึ่งในพื้นที่จริง ปัญหาผู้มีสถานะและสิทธิเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาการให้บริการผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทยทั้งระบบ การขยายผลการศึกษาสู่ผู้ไม่มีสัญชาติไทยกลุ่มอื่นๆ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและการพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุขทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพ อันจะก่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทยต่อไป

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทสรุป

นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2553 โดยสนับสนุนงบประมาณในการให้บริการผู้ป่วยที่มีสถานะและสิทธิกับสถานพยาบาลตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน จากการศึกษารูปได้ว่า

1. สถานพยาบาลในพื้นที่มีระบบบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพนี้แตกต่างกันไป โดยภาพรวมกิจกรรมที่สถานพยาบาลดำเนินงานภายใต้นโยบายนี้ไม่มีความแตกต่างจากในอดีต การรับรู้นโยบายส่วนใหญ่ยังเกี่ยวเนื่องกับเรื่องทางการเงิน แต่ยังไม่มีการกลไกในทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะทางเทคนิคจากส่วนกลางที่ชัดเจน และยังพบปัญหาเรื่องระบบการจัดการฐานข้อมูล การประสานงานกับทะเบียนราษฎรเพื่อพิสูจน์และรับรองสถานะของผู้ป่วย รวมถึงยังพบความสับสนในการใช้งบประมาณ
2. ในการดำเนินงานที่ผ่านมา นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิประสบผลสัมฤทธิ์ด้านการลดรายจ่ายของผู้ป่วยและเพิ่มรายได้ให้แก่สถานพยาบาล แต่ไม่ส่งผลเพิ่มการใช้บริการและไม่มีผลเปลี่ยนแปลงจำนวนวันนอนและความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเสนอทางเลือก 2 ประการ คือ

ทางเลือกที่ 1 ผลักดันให้การดำเนินงานในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผนวกรวมไปกับระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

ข้อดีของการจัดการด้วยวิธีการนี้ คือ (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีขีดความสามารถขององค์กรสูง ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน และเทคโนโลยี (2) สถานพยาบาลก็มีความคุ้นเคยกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว จึงลดความซ้ำซ้อนและความสับสน

ในการบริหารจัดการ และ (3) การรวมและกระจายความเสี่ยงมีมากขึ้น เนื่องจากการรวมความเสี่ยงในระดับประเทศ ซึ่งย่อมส่งผลทำให้ระบบประกันสุขภาพมีความมั่นคงมากขึ้น รวมถึงการจัดการงบประมาณสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสียและข้อจำกัดของการจัดการด้วยวิธีนี้ คือ ต้องมีการทำความเข้าใจและการยอมรับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข และพิจารณาขอบเขตหน้าที่และเจตนารมณ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่ามีหน้าที่ให้การประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทย

ทางเลือกที่ 2 ให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังที่เป็นอยู่

ข้อดีของการจัดการด้วยวิธีการนี้ คือ (1) การบริหารจัดการระบบสามารถดำเนินการได้โดยท่ามกลางความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันในเรื่องขอบเขตของผู้ประกันตนที่ปรากฏในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ (2) งบประมาณที่จัดสรรสู่สถานพยาบาลมีความคล่องตัวสูง สถานพยาบาลสามารถนำงบประมาณดังกล่าวไปอุดหนุนในกิจกรรมของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถใช้งบประมาณจากส่วนอื่นได้

ข้อเสียและข้อจำกัดของการจัดการด้วยวิธีนี้ คือ (1) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิยังไม่มีความแน่นอน เนื่องด้วยไม่มีกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติรองรับ (2) การกระจายและรวบรวมความเสี่ยงของระบบประกันสุขภาพนี้ค่อนข้างต่ำ เพราะมีผู้ประกันตนน้อย และ (3) การจะทำให้การดำเนินการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการใหม่ทั้งระบบ โดยควรวางแผนการดำเนินการทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

แผนระยะสั้น

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาขีดความสามารถ กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยี
2. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1) ควรปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล เปลี่ยนแปลงระบบการจัดเก็บข้อมูลจากพื้นที่สู่ส่วนกลางให้มีความรวดเร็ว แม่นยำ โดยปรับปรุงการลงรหัสให้

สอดคล้องกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน และทำให้ระบบการจัดเก็บข้อมูลผ่าน สนย. และกลุ่มประกันสุขภาพเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดความซับซ้อนของการลงข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- 2) ควรสนับสนุนทางวิชาการกับทางพื้นที่ จากเดิมที่เป็นเพียงผู้จัดสรรเงินอย่างเดียว เพื่อให้หน่วยบริการตระหนักถึงความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูล และนำข้อมูลที่ประมวลหรือผ่านการวิเคราะห์แล้วกลับไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
- 3) ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ พัฒนาระบบติดตามประเมินผลการใช้งบประมาณให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยกำหนดสัดส่วนของงบประมาณส่วนหนึ่งให้ใช้สำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน กิจกรรมส่งเสริมการลงทะเบียนและงานด้านการพิสูจน์และรับรองสิทธิในสัญชาติของผู้ป่วย และพัฒนาคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจน ว่างบประมาณควรนำไปใช้ในกิจกรรมใดบ้าง
- 4) ควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ในการขยายขอบเขตผู้ที่ยังตกหล่นจากนโยบายประกันสุขภาพนี้ เช่น เด็กที่เลขประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 0 แต่ไม่ได้อยู่ในสถานศึกษา หรือ ออกจากสถานศึกษาแล้ว และปรับเปลี่ยนระเบียบให้มีความยืดหยุ่นขึ้น เช่น อนุญาตให้มีการลงทะเบียนตามที่อยู่จริงได้ หรือ อนุญาตให้บุคคลที่มีหลักฐานประจำตัวชัดเจน หรือ อยู่ระหว่างการรับรองสถานะออกนอกพื้นที่ลงทะเบียนได้

แผนระยะยาว

ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิต้องเข้าสู่การพิสูจน์สัญชาติและรับรองสถานะให้มากที่สุด โดยกลุ่มประกันสุขภาพควรกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ให้สถานพยาบาลตระหนักในหน้าที่นี้ นอกเหนือจากการให้การรักษายาบาลเท่านั้น รวมถึงสนับสนุนองค์ความรู้ในด้านกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ เมื่อผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับการรับรองในสัญชาติแล้ว ก็เปลี่ยนสิทธิการรักษา เป็นหนึ่งในสามสิทธิหลักของประเทศ

ภาคผนวก

รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ได้แสดงไว้ในตารางที่ 50 ดังนี้

ตารางที่ 50 รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ระบบประกันสุขภาพ	สิทธิประโยชน์	งบประมาณ	สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ครอบคลุมการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและ ส่งเสริมป้องกัน รวมถึงการบริการทาง การแพทย์ค่าใช้จ่ายสูง ยกเว้นการบริการที่ เกินความจำเป็นพื้นฐาน เช่น การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ	เหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 2,547 บาท* 1. บริการผู้ป่วยนอก 951 บาท (37%) 2. บริการส่งเสริมป้องกัน 280 บาท (11%) 3. บริการผู้ป่วยใน การบริการค่าใช้จ่าย สูงและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1,149 บาท	สถานพยาบาลในภาครัฐและเอกชนที่ ลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

ระบบประกันสุขภาพ	สิทธิประโยชน์	งบประมาณ	สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ
		(45%) เบิกค่าชุดเซตตาม Adj.RW โดยใช้ DRGs Version 4 ด้วยอัตรา 9,000 บาท/ Adj. RW 4. อื่นๆ 177 บาท (7%)	
ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	คล้ายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ครอบคลุมยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และการรักษาค่าใช้จ่ายสูง แต่มีความแตกต่างเล็กน้อยในบางรายการ เช่น ไม่ครอบคลุมการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเรื้อรัง	เหมาจ่ายรายหัวในอัตราประมาณ 2,007 บาท แบ่งเป็น [#] 1. บริการผู้ป่วยนอกและป้องกันโรค 1,184 บาท (59%) โดยจัดสรรสู่หน่วยบริการ, เบิกจ่ายตามจริงไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง 2. บริการผู้ป่วยใน, อุบัติเหตุฉุกเฉินและบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง 783 บาท (39%) จัดสรรผ่านกลุ่มประกันสุขภาพ, เบิกค่าชุดเซตตาม Adj. RW โดยใช้ DRGs Version 4 ด้วยอัตรา 9,000 บาท/ Adj. RW	สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้ป่วยลงทะเบียนอยู่ ยกเว้นในกรุงเทพมหานคร ให้ลงทะเบียนที่สังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง คือ 1. โรงพยาบาลเลิดสิน 2. โรงพยาบาลราชวิถี 3. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ระบบประกันสุขภาพ	สิทธิประโยชน์	งบประมาณ	สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ
		3. ค่าบริหารจัดการ 40 บาท (2%) จัดสรร อย่างละครึ่งไปที่หน่วยบริการและกลุ่ม ประกันสุขภาพ	
ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	ครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน การบริการผู้ป่วยนอก การบริการผู้ป่วยใน คล้ายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการค่าใช้จ่ายสูงน้อยกว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ไม่ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วย HIV/AIDS ยกเว้นกรณีเพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก, การรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเรื้อรัง, การรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น	นายจ้างร่วมจ่ายในอัตรา 1,900 บาท/ปี ต่อลูกจ้างหนึ่งคน โดยแบ่งเป็น ^๖ 1. 600 บาท สำหรับค่าตรวจสุขภาพ 2. 1,300 บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริหารจัดการ O ค่าบริหารจัดการ 130 บาท O บริการผู้ป่วยนอก 499 บาท O บริการผู้ป่วยใน 415 บาท (เบิกค่าชดเชยตาม Adj. RW โดยใช้ DRGs Version 4 ด้วยอัตรา 10,300 บาท/ Adj. RW (เฉพาะการรักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายสูง)	สำนักงานในสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ และสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ระบบประกัน สุขภาพ	สิทธิประโยชน์	งบประมาณ	สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ
		O บริการส่งเสริมป้องกัน 206 บาท O บริการค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท	

แหล่งข้อมูล: * สำนักงานหลักประกันสุขภาพชาติถ้วนหน้า 2554 ตัวเลขค่าเหมาจ่ายรายหัวประชากรนี้ รวมเงินเดือนของบุคลากรด้วยแล้ว

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2555

\$ Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroenkhajorn S. 2009

การจัดสรรงบประมาณระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในระดับประเทศ

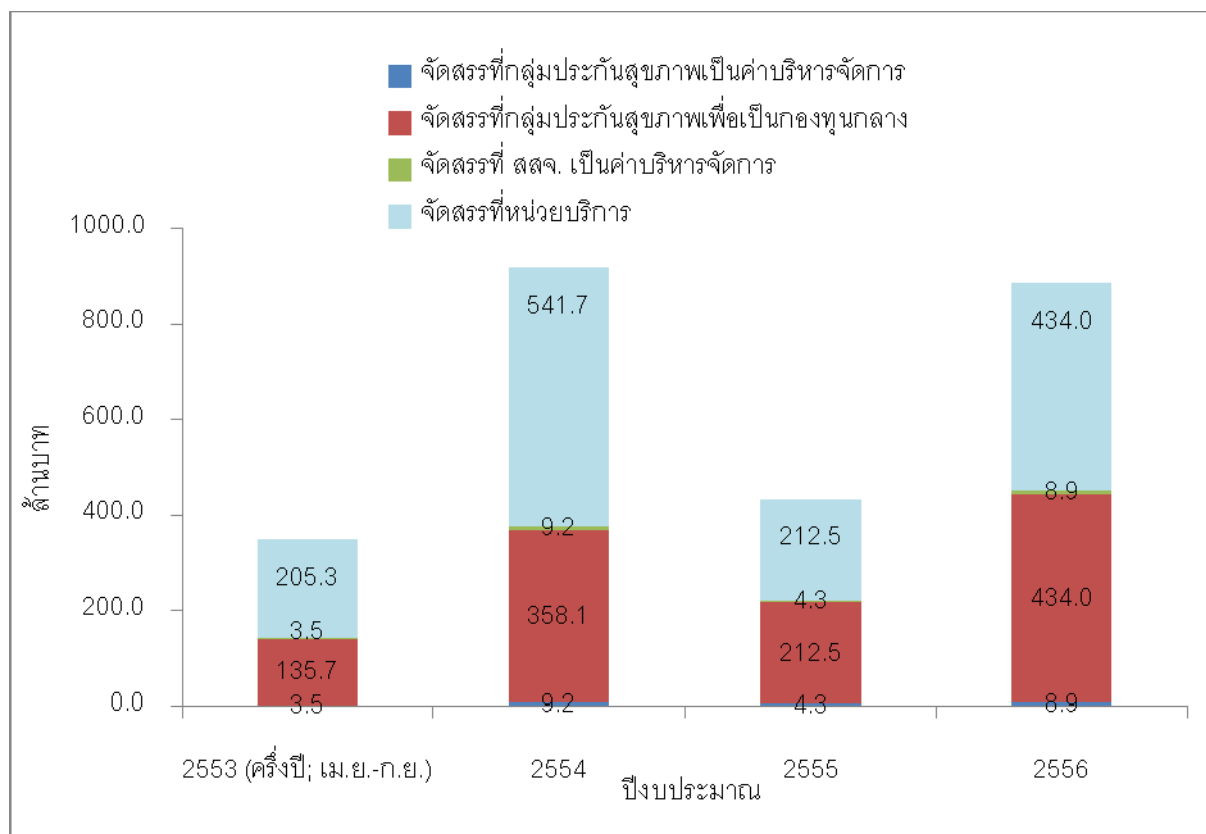
งบประมาณของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในแต่ละปีงบประมาณมีดังนี้ [17]

- ปีงบประมาณ 2553 (เม.ย.-ก.ย. 2553) = 348,044,795 บาท
- ปีงบประมาณ 2554 = 918,137,900 บาท
- ปีงบประมาณ 2555 = 433,665,100 บาท
- ปีงบประมาณ 2556 = 885,785,100 บาท

การจัดสรรงบประมาณในภาพรวม มีรายละเอียดดังนี้ (ดูรูปที่ 25)

1. งบประมาณที่จัดสรรที่ กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น
 - ร้อยละ 1 ของงบประมาณทั้งหมด เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการส่วนกลาง
 - ร้อยละ 39 ของงบประมาณทั้งหมดในปีงบประมาณ 2553 และ 2554 และร้อยละ 49 ของงบประมาณทั้งหมดในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 เพื่อเป็นกองทุนกลางสำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (OP AE) นอกเขตพื้นที่, บริการผู้ป่วยนอกค่าใช้จ่ายสูง (OP HC), บริการผู้ป่วยในปกติ (IP Normal), บริการผู้ป่วยในฉุกเฉิน (IP AE), บริการผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายสูง (IP HC), บริการผู้ป่วยในส่งต่อ (IP Refer) และอุปกรณ์การแพทย์ (Inst)
2. งบประมาณที่จัดสรรในพื้นที่แบ่งเป็น
 - ร้อยละ 1 ของงบประมาณทั้งหมด จัดสรรสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อเป็นค่าบริหารจัดการในพื้นที่
 - ร้อยละ 59 ของงบประมาณทั้งหมดในปีงบประมาณ 2553 และ 2554 และ ร้อยละ 49 ของงบประมาณทั้งหมดในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 จัดสรรที่หน่วยบริการ โดยโอนเงินล่วงหน้าตามฐานประชากรที่ลงทะเบียนไว้กับแต่ละสถานพยาบาล สำหรับการเป็นค่าบริการการส่งเสริมป้องกัน (PP) บริการผู้ป่วยนอกปกติ (OP Normal) บริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (OP AE) ในเขตพื้นที่ และบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อ (OP Refer) ทั้งในและนอกเขตพื้นที่

รูปที่ 25 งบประมาณรายปีของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ



แหล่งข้อมูล: กลุ่มประกันสุขภาพ สป. 2555

ประชากรที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติ คณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553

1. บุคคลที่เลขขึ้นต้นบัตรประจำตัวบุคคล เลข 3 หรือ 4 ที่เข้าเมืองโดยชอบตาม พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ประเภททะเบียนราษฎร ทร. 14 หรือบุคคลที่เลขขึ้นต้นบัตรประจำตัวบุคคล เลข 5 หรือ 8 ซึ่งเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายที่มีสิทธิอาศัยถาวรประเภททะเบียนราษฎร ทร. 14 (3-xxxx-xxxxx-xx-x หรือ 4-xxxx-xxxxx-xx-x หรือ 5-xxxx-xxxxx-xx-x หรือ 8-xxxx-00xxx-xx-x)
2. บุคคลที่เลขขึ้นต้นบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 6 โดยมีหลักที่ 6 และ 7 เป็นเลข 50 ซึ่งเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายลักษณะชั่วคราว (ม. 12, ม. 13, ม. 34, ม. 35 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522) และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย (ม. 17 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522) ประเภททะเบียนราษฎร ทร. 13 หรือ บุคคลที่เลขขึ้นต้นบัตรประจำตัวบุคคลเป็น 7 โดยมีหลักที่ 6 และ 7 เป็นเลข 50 ซึ่งเป็นบุตรของคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายลักษณะชั่วคราว (ม. 12, ม. 13, ม. 34, ม. 35 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง 2522) และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย (ม. 17 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง 2522) ประเภททะเบียนราษฎร ทร. 13 (6-xxxx-50xxx-xx-x หรือ 7-xxxx-50xxx-xx-x)
3. บุคคลที่เลขขึ้นต้นบัตรประจำตัวบุคคล เลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ทร. 38 ก โดยเลขประจำตัวบุคคลหลักที่ 6 และ 7 ต้องเป็นเลข 89 (0-xxxx-89xxx-xx-x) และต้องเป็นกลุ่มนักเรียนในสถานศึกษา หรือกลุ่มไร้รากเหง้าในสถานสงเคราะห์ หรือกลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้กับประเทศเท่านั้น

ความหมายของเลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก

เลขประจำตัว 13 หลัก หมายถึง เลขชุดหนึ่งที่ระบบคอมพิวเตอร์ของฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กำหนดให้กับประชาชนทุกคน เรียกว่า “เลขประจำตัวประชาชน” (Personal Individual Digit หรือ PID) โดยความหมายของเลข 13 หลัก นั้นประกอบไปด้วย 5 ส่วน คือ

x (ส่วนที่ 1)-xxxx (ส่วนที่ 2)-xxxxx (ส่วนที่ 3)-xx (ส่วนที่ 4)-x (ส่วนที่ 5)

ส่วนที่ 1 มี 1-2 หลัก หมายถึง ประเภทบุคคลซึ่งมี 11 กลุ่ม

ส่วนที่ 2 มี 4 หลัก หมายถึง สำนักทะเบียนที่ออกเลขบัตรประจำตัว

ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 รวมกันมี 7 หลัก หมายถึง ลำดับที่ของบุคคลในแต่ละประเภทของแต่ละสำนักทะเบียน

ส่วนที่ 5 มี 1 หลัก หมายถึงเลขตรวจสอบความถูกต้องของเลขประจำตัวประชาชนทั้งหมด

ความหมายโดยสังเขปของตัวเลขในแต่ละส่วน (รายละเอียดเพิ่มเติมโปรดดู ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล และคณะ [9]) เป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 มี 1-2 หลัก หมายถึง ประเภทบุคคลซึ่งมี 11 กลุ่ม

- กลุ่มเลข 1 คือ บุคคลที่เกิดโดยมีสัญชาติไทยและได้แจ้งการเกิดภายในกำหนดเวลาที่กฎหมายกำหนด
- กลุ่มเลข 2 คือ บุคคลที่เกิดโดยมีสัญชาติไทยแต่แจ้งเกิดเกินกำหนดเวลาที่กฎหมายกำหนด
- กลุ่มเลข 3 คือ บุคคลสัญชาติไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวซึ่งมีชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนบ้านก่อนวันที่ 31 พฤษภาคม 2527
- กลุ่มเลข 4 คือ บุคคลสัญชาติไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว และได้มีการย้ายเข้ามาในทะเบียนบ้าน ขณะยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชน (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2527)
- กลุ่มเลข 5 คือ บุคคลสัญชาติไทยได้รับอนุมัติให้เพิ่มชื่อและรายการเข้าในทะเบียนบ้านจากนายอำเภอ/ ผู้อำนวยการเขต (ในกทม.)
- กลุ่มเลข 6 คือ คนต่างด้าวเข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว
- กลุ่มเลข 7 คือ บุตรของคนต่างด้าวกลุ่มเลข 6 ซึ่งเกิดในไทยที่แจ้งเกิดและมีสูติบัตร

- กลุ่มเลข 8 คือ คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ถาวรในไทยหรือบุคคลที่ได้รับสัญชาติไทยตามกฎหมาย
- กลุ่มเลข 0 คือ คนไร้สถานะทางทะเบียน ตามระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ. 2548 ทางปฏิบัติ ได้แก่ บุคคลที่ไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล หรือ คนไร้สัญชาติ ที่ต่อมาได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวภายใต้ระเบียบฯ ดังกล่าว
- กลุ่ม 00 ได้แก่คนต่างด้าวที่มากขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงาน และได้รับการจัดทำบัตรอนุญาตทำงาน

ส่วนที่ 2 ประกอบไปด้วยเลข 4 หลัก โดยเลข 2 ตัวแรก เป็นเลขจังหวัด ส่วนเลข 2 ตัวหลัง เป็นเลขของสำนักทะเบียนอำเภอ เขต หรือเทศบาล

ส่วนที่ 3 หมายถึง ลำดับที่ของบุคคลในแต่ละประเภทของแต่ละสำนักทะเบียน เลขส่วนที่ 3 มี 5 หลัก เป็นกลุ่มเลขกำกับลำดับกลุ่มที่ของประชาชนแต่ละประเภท แต่ถ้าเป็นคนประเภทที่ 6 (คนต่างด้าว) เลข 2 หลักแรกของกลุ่มจะเป็นตัวกำหนดกลุ่มให้กับกลุ่มชาติพันธุ์หรือประเภทของผู้ทำบัตร เช่น 50xxx หมายถึง กลุ่มบุคคลบนพื้นที่สูง

ส่วนที่ 4 มี 2 หลัก เริ่มที่ 00-99 เป็นเลขกำกับลำดับของประชาชนในแต่ละประเภทที่ระบุไว้ในส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5 มี 1 หลัก หมายถึงเลขที่ใช้ตรวจสอบความถูกต้องของเลขประจำตัวประชาชนทั้งหมดที่ระบบคอมพิวเตอร์ออกให้

คนไทยพลัดถิ่นในประเทศไทย

ลักษณะของคนไทยพลัดถิ่นซึ่งจะได้รับการรับรองความเป็นคนไทยพลัดถิ่น ตามพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2555 [27] กำหนดว่า

“คนไทยพลัดถิ่น หมายความว่า ผู้ซึ่งมีเชื้อสายไทยที่ต้องกลายเป็นคนในบังคับของประเทศอื่น โดยเหตุอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอาณาเขตของราชอาณาจักรไทยในอดีต ซึ่งปัจจุบันผู้นั้นมิได้ถือสัญชาติของประเทศอื่น และได้อพยพเข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยเป็นระยะเวลาหนึ่งและมีวิถีชีวิตเป็นคนไทย โดยได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด หรือเป็นผู้ซึ่งมีลักษณะอื่นทำนองเดียวกันตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

มีการจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม [28] คือ

1. กลุ่มผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย หมายถึง กลุ่มคนไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ทะวาย มะริด ตะนาวศรี ซึ่งเคยเป็นดินแดนของไทย ต่อมาราวปี 2411 ได้มีการตกลงแบ่งเขตแดนระหว่างไทยกับอังกฤษ ดินแดนส่วนนี้ตกเป็นของอังกฤษและพม่าในเวลาต่อมา คนไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นี้จึงกลายเป็นคนของอังกฤษและพม่าโดยหลักการเปลี่ยนแปลงอาณาเขตของรัฐ ต่อมาเมื่อมีปัญหาเศรษฐกิจ การปราบปรามชนกลุ่มน้อย คนไทยเหล่านี้อพยพเข้ามาอยู่ที่ตาก ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ระนอง โดยรัฐไทยถือเอาวันที่ 9 มี.ค. 2519 เป็นวันสุดท้ายของการรับผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทยเข้ามาอยู่ในไทย

2. กลุ่มผู้อพยพเชื้อสายไทยจากจังหวัดเกาะกง กัมพูชา คือ กลุ่มคนไทยที่อยู่ในเขตจังหวัดเกาะกง ซึ่งเดิมเป็นดินแดนไทย ต่อมาราวปี 2447 ดินแดนส่วนนี้ตกเป็นของฝรั่งเศส และกัมพูชา ทำให้คนไทยเหล่านี้กลายเป็นคนของกัมพูชา จนปี 2517 กัมพูชาได้เปลี่ยนการปกครองคนไทยเกาะกง ฐานหนีภัย คนไทยเหล่านี้จึงเข้ามาอาศัยอยู่ที่ตราด โดยรัฐไทยถือเอาวันที่ 15 พ.ย. 2520 เป็นวันสุดท้ายที่จะรับเข้ามาอยู่ในไทย

เอกสารอ้างอิง

1. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย. การลดความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ: ผลลัพธ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554; 1: 25-31.
2. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, Gilson L, Mills A: Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In 'Good health at low cost' 25 years on What makes a successful health system? 1st edition. Edited by Balabanova D, McKee M, Mills A. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011:193-223.
3. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V: The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Adv Health Econ Health Serv Res* 2009, 21:57-81.
4. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Boonyapaisarncharoen T, Prakongsai P: Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? *BMC Public Health* 2012, 12 Suppl 1:S6.
5. Suphanchaimat R. Service and financial burdens from providing free health care to "Stateless People": the situation of Umphang Hospital, Thailand. Proceedings of the 5th National Health Research Forum; 2011 September 29-30; Vientiane, Laos PDR.
6. Thailand Burma Border Consortium. Burmese Border Displaced Persons: January 2013. [cited 2013 March 14]; Available from: <http://theborderconsortium.org/camps/2013-01-jan-map-tbc-unhcr.pdf>
7. Hasuwannakit S: Including stateless people in universal health coverage: policy recommendation for Thailand. Institute of Tropical Medicine, Orientation Health Systems Management and Policy; 2012.
8. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในบริบทประเทศไทย. ใน: สุริย์พร พันพื้ง, มาลีสันุวรรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคมฉบับจุลเปลี่ยนประชากรจุลเปลี่ยนสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร; 2554. หน้า 103-26.
9. ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประสานวิชาการเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการ

- เฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ (Stateless Watch)/ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย/
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.
10. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroengkajorn S. Financing Healthcare for Migrants: A case study from Thailand. Bangkok: Health Insurance System Research Office/ Health System Research Institute 2009.
 11. Khandker SR, Koolwal GB, Samad HA: *Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices*: World Bank Publications; 2010.
 12. Mihaylova B, Briggs A, O'Hagan A, Thompson SG: Review of statistical methods for analysing healthcare resources and costs. *Health Econ* 2011, 20(8):897-916.
 13. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อกำหนด/หลักเกณฑ์ การดำเนินงาน กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2555.
 14. วีนัส สีสุข, บงกช นภาอัมพร (บรรณาธิการ). รักษาคนไร้รัฐด้วยกฎหมายทะเบียนราษฎร (ฉบับ อเนกประสงค์) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2552. 258.
 15. ชูติ งามอรุณเลิศ, ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, สรินยา กิจประยูร, อภิชาติ ลายสนิทเสรีกุล. คลังสมอง เพื่อคนไร้สัญชาติ: รวมองค์ความรู้สำหรับการจัดการปัญหาด้านสถานะและสิทธิของบุคคล (คู่มือ สถานะและสิทธิของบุคคลผู้ประสบปัญหาด้านสถานะบุคคล). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2552. 319.
 16. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. หมวด 1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข. (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2545).
 17. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติ คณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553: การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคล ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
 18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.slideshare.net/nhso03/55-59>
 19. กลุ่มประกันสุขภาพ. การประชุมเพื่อจัดทำรายงานการดำเนินงานประกันสุขภาพในกลุ่มบุคคลที่มี ปัญหาสถานะและสิทธิและรูปแบบการส่งรายงาน. [สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://state.cfo.in.th/Portals/0/Download/จัดประชุมทำรายงานState.pdf>

20. วรธนที รุ่งเรืองสมากุล. คนไทยพลัดถิ่นที่จังหวัดระนอง : คนไร้รัฐในภาคใต้ของประเทศไทย. โพสต์ทูเดย์เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ.2548 [สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=159&d_id=159
21. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข: การจัดสรรเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2554 และ 2555. ใน รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (คปสจ. ระนอง) ครั้งที่ 9 ประจำเดือนมิถุนายน 2554 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง; 2544:3-7.
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย. ใน รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ:21.
23. เทศบาลนครแม่สอด. ข้อมูลการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.nakhonmaesotcity.go.th/th/special_economy.php
24. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. ปัญหาโรคติดต่อชายแดน. [สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.wasi.or.th/wasi/userfiles/file/ปัญหาโรคติดต่อชายแดน-นพ_โสภณ%201-2-2010.pdf
25. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. หมวด 2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2545).
26. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. หมวด 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2545).
27. พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2555. ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง คำขอพิสูจน์ความเป็นคนไทยพลัดถิ่น ใบรับ และหนังสือรับรองความเป็นคนไทยพลัดถิ่น, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 129, ตอนพิเศษ 115ง. (ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2555).
28. เส้นทางคืนสัญชาติ (1) ไทยพลัดถิ่น เรื่องราวแสนยาวไกล! ใน เดลินิวส์. [สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.dailynews.co.th/article/223/104298>.