

**จากนโยบายสู่การปฏิบัติ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2547**

*From Policy to Implementation: Historical  
events during 2001-2004 of Universal Coverage  
in Thailand*

**โดย**

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ**

ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
และบริหารงบประมาณโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## สารบัญ

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| บทที่ 1 กระบวนการการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า                                          | 1  |
| บทที่ 2 กระบวนการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<br>และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 13 |
| บทที่ 3 การจัดการและองค์กรบริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า                                   | 27 |
| บทที่ 4 การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ                                         | 39 |
| บทที่ 5 การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย               | 53 |
| บทที่ 6 ผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อครัวเรือนไทย                                 | 69 |
| บทที่ 7 อนาคตและทิศทางต่อไปของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า                                     | 89 |

# บทที่ 1 กระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ \*

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

## 1 บทนำ

การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่นำไปสู่การปฏิบัติ จนคนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย มีปัจจัยมากมายทั้งภายในระบบบริการสุขภาพและนอกระบบบริการสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

บทความนี้จะวิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Agenda setting process) ข้อมูลที่ศึกษาได้มาจากการทำวิทยานิพนธ์ในปี พ.ศ. 2544-2545 [1] ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) บทความนี้จะวิเคราะห์องค์ประกอบสี่ด้านเพื่อมาอธิบายการเกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สารนโยบาย บริบทที่สำคัญ คุณสมบัติของผู้มีบทบาทเกี่ยวข้อง และ กระบวนการ [2]

## 2 นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล

พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทยได้รับพระบรมราชโองการฯ ให้ขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นนายกรัฐมนตรีคนที่ 21 ของประเทศไทยเมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ.2544 โดยเป็นผู้นำรัฐบาลผสมที่มาจากการเลือกตั้ง และได้จัดตั้งคณะรัฐบาลด้วยเสียงข้างมากในสภาฯ ที่มีจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในพรรคร่วมรัฐบาลถึง 340 คนจากทั้งหมด 500 คน<sup>1</sup> และคณะรัฐมนตรีได้รับการแต่งตั้งตามประกาศพระบรมราชโองการเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 พรรคไทยรักไทยที่เป็นแกนนำของรัฐบาลชุดนี้ ได้รับคะแนนเสียงอย่างท่วมท้นในการเลือกตั้งเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2544 เนื่องจากได้นำเสนอนโยบายที่จะแก้ปัญหาใกล้ตัวของประชาชนที่กำลังประสบอยู่คือ ปัญหาความยากจน และเมื่อได้จัดตั้งเป็นรัฐบาลก็ยังได้เน้นย้ำเป้าหมายของรัฐบาล ดังความตอนหนึ่งของคำแถลงนโยบายของรัฐบาล ซึ่งระบุว่า

“ประชาชนทุกระดับได้รับความเดือดร้อน อันเกิดจากมีรายได้ไม่เพียงพอรายจ่าย ซึ่งเป็นผลมาจากการตกงาน ราคาสินค้าเกษตรตกต่ำ กำลังซื้อของคนในประเทศตก รัฐบาลจึงตั้งเป้าหมายที่จะดำเนินนโยบายเพื่อลดความยากจนและนำไปสู่การสร้างงานสร้างรายได้ ลดค่าใช้จ่ายให้แก่ประชาชน...”<sup>2</sup>

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ดังที่แถลงต่อรัฐสภาไว้ว่า

---

<sup>1</sup> หนังสือพิมพ์มติชน หน้า 6 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2545

<sup>2</sup> คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา, 26 กุมภาพันธ์ 2544

“ นโยบายเร่งด่วน สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ” และ

“ นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพ โดยจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการตรากฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพแห่งชาติ ”

กล่าวได้ว่า นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการรักษาสัญญาที่พรรคไทยรักไทยได้ให้ไว้ในช่วงการหาเสียง ซึ่งสาระของนโยบายด้านสาธารณสุขของพรรคไทยรักไทยในช่วงหาเสียง (ดูกล่องข้อความที่1) ระบุถึงหลักการสำคัญของรูปแบบของโครงการ 5 ข้อคือ

- การประกันสุขภาพสำหรับคนไทย 62 ล้านคน
- ให้ทุกคนมีส่วนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและของครอบครัวตามศักยภาพของทุกครัวเรือน
- ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน
- จัดสรรเงินงบประมาณจากกองทุนให้กับสถานพยาบาลเหล่านั้นอย่างเพียงพอ ตามสัดส่วนของประชาชนที่ลงทะเบียน
- ให้ประชาชนได้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน

กล่องข้อความที่ 1 นโยบายพรรคไทยรักไทยด้านบริการสาธารณสุข ในช่วงการหาเสียง

1. จัดให้มีการประกันสุขภาพสำหรับคนไทยทั้ง 62 ล้านคน โดยให้ทุกคนมีส่วนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและของครอบครัวตามศักยภาพของทุกครัวเรือน
2. ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนได้ตามที่ตนเองพอใจ โดยระบบประกันสุขภาพที่สร้างขึ้นจะจัดสรรเงินงบประมาณจากกองทุนให้กับสถานพยาบาลเหล่านั้นอย่างเพียงพอ ตามสัดส่วนของประชาชนที่ลงทะเบียน ซึ่งหมายถึงการคืนอำนาจในการจัดการบริการสุขภาพกลับคืนสู่ประชาชน
3. ให้ประชาชนได้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน
4. ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็ก เยาวชน ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
5. จัดระบบป้องกันโรค โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอย่างทั่วถึง
6. เสริมมาตรการทางการแพทย์ มาตรการทางสังคม และมาตรการทางศีลธรรม เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์
7. จัดให้มีแผนอุบัติเหตุและอุบัติภัยแห่งชาติ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน เสริมความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ในการป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ
8. ระดมเครื่องมือทางสื่อสารมวลชนทุกรูปแบบ เพื่อให้ความรู้และทักษะแก่ประชาชน ด้านสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ

ที่มา: พรรคไทยรักไทย

สำหรับ คำชี้แจงนโยบายของรัฐมนตรีนโยบายกระทรวงสาธารณสุข นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ ในการแถลงการณ์นโยบายของรัฐบาล ชี้ให้เห็นถึงรายละเอียดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีชื่อที่เรียกติดปากว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” ว่า โครงการนี้จะครอบคลุมประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆอีกประมาณ 20 ล้านคน และในการดำเนินงานจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาเรื่องที่สำคัญคือ ระบบการบริหาร

งบประมาณ ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการและหลักประกันคุณภาพ และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยกำหนดให้ผู้ให้บริการเสียค่าธรรมเนียมคนละ 30 บาทต่อครั้ง เปลี่ยนวิธีจัดสรรเงินตามประเภทรายจ่าย เป็นการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรที่มีการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล และถือที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็นหลัก ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลในการดำเนินงานระยะที่สอง และโรงพยาบาลเอกชนจะเข้าร่วมได้ในการดำเนินงานระยะที่สาม ส่วนระยะเวลาดำเนินการก็จะเริ่มทดลองใน 6 จังหวัดก่อน แล้วดำเนินการในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 และจะขยายให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดในปีถัดไป และจะเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพหลายระบบเป็นระบบเดียวกันเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานขั้นพื้นฐานเท่ากัน ซึ่งประชาชนที่มีรายได้มากอาจต้องการบริการพิเศษเพิ่ม ก็สามารถใช้บริการได้ แต่ต้องรับภาระที่เพิ่มนี้เอง<sup>3</sup>

หลังจากแถลงนโยบาย ในเดือนมีนาคม 2544 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และสรุปสาระที่สำคัญได้ว่า

“นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งที่จะจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยโดยสร้างดุลอำนาจในการควบคุมคุณภาพบริการที่แยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) รัฐมีหน้าที่เกี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน ใช้เงินอุดหนุนจากงบประมาณ นอกจากนี้โครงการนี้มีกลไกในการควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้วิธีการจ่าย เงินสถานพยาบาลแบบตกลงล่วงหน้าและเป็นปลายปิด กองทุนหลักประกันสุขภาพจะแบ่งเป็น 2 กองทุน คือ (1) สำหรับภาคการจ้างงาน โดยขยายกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว และ (2) นอกภาคการจ้างงาน ได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 2 กองทุน จะมีสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน และในที่สุดจะพัฒนาไปสู่ระบบการจ่ายเงิน และชุดสิทธิประโยชน์เดียวกันหรือรวมเป็นกองทุนเดียว ”

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30บาท รักษาทุกโรค” ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 46.6 ล้านคน ใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชนกว่า 56,000 ล้านบาทต่อปี และเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการใช้บริการจากผู้ป่วยครั้งละ 30 บาท ยกเว้นการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค นอกจากนี้ยังยกเว้นค่าธรรมเนียมให้กับผู้ที่อยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เช่น คนจน เด็ก คนชรา พระ และทหารผ่านศึก เป็นต้น ประชาชนต้องมารับบริการที่สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้เป็นอันดับแรก จากนั้นหากมีความจำเป็น สถานบริการขั้นต้นจะส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานบริการระดับสูงต่อไป การบริหารจัดการงบประมาณในช่วงต้นยังอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพเป็นผู้จัดสรรเงินให้กับจังหวัด ในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ให้คำปรึกษา ในโครงการนี้สถานบริการเอกชนสามารถเข้าร่วมจัดบริการสุขภาพได้ด้วย

<sup>3</sup> คำชี้แจงนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการแถลงนโยบายของรัฐบาล, 26-28 กุมภาพันธ์ 2544)

การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลลงมือปฏิบัติไปพร้อมกับกระบวนการ พัฒนานโยบาย โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกในการพัฒนานโยบาย ลงมือดำเนินการ ก่อนที่จะมีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื่องจากรัฐบาลได้กำหนดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นประเด็นนโยบาย (Policy agenda) แล้วมีการดำเนินงานในขั้นตอนการจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (Policy formulation) ที่หลัง ทั้งที่ยังไม่มีความชัดเจนในการที่จะนำไปการดำเนินงานตามนโยบาย การรวมหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานยังไม่เกิดขึ้นจริง ทำให้ ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 แบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ 1 แสดงลำดับเหตุการณ์ของกระบวนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

| ช่วงเวลา                          | เหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| มกราคม 2544                       | รัฐบาลทักษิณ ชนะการเลือกตั้งทั่วไป                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| กุมภาพันธ์ 2544                   | รัฐบาลแถลงนโยบาย เมื่อวันที่ 26-27 กุมภาพันธ์ 2544                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| มีนาคม 2544                       | ประชุมปรึกษาหารือเพื่อกำหนดรายละเอียดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| เมษายน 2544                       | เริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ นโยบายรัฐบาลที่ชื่อว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด ประกอบด้วย ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา และยะลา ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำนวน 1.39 ล้านคน คิดเป็น 37.37% ของประชากรใน 6 จังหวัด โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น                                          |
| มิถุนายน 2544                     | ขยายพื้นที่ดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปอีก 15 จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ครอบคลุมประชากร 4.9 ล้านคน หรือ 35% ของประชากรทั้งหมดใน 15 จังหวัด                                                                                                                                          |
| ตุลาคม 2544                       | โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศและบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต) การทยอยดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ เนื่องจากระบบมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่น จึงต้องการประสบการณ์และต้องมีการเตรียมความพร้อมมากกว่า                                                                                                                                                                                     |
| เมษายน 2545                       | การดำเนินงานในเขตกรุงเทพฯ มีการขยายพื้นที่ดำเนินการอีกเป็นระยะๆ จนครอบคลุมทั้งพื้นที่กรุงเทพฯ ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นมา                                                                                                                                                                                                                       |
| พฤศจิกายน 2544-<br>พฤศจิกายน 2545 | กระบวนการเสนอ(ร่าง) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 และตามกฎหมายนี้มีการจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นองค์กรกำหนดนโยบาย |

### 3 สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ได้มีการเสนอแนวคิดมาเป็นเวลานาน

จากกลุ่มนักวิชาการ นักวิจัยที่มีความรู้ความสามารถภายในกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้มีการกล่าวถึงในการประชุมเกี่ยวกับการเงินทางสุขภาพ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับธนาคารโลก เมื่อปี พ.ศ. 2536 ในขณะนั้นมีประชากรไทยเพียง 50 % เท่านั้น ที่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสุขภาพ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทีละน้อย ทำให้โครงการคุ้มครองสุขภาพต่างๆ ถูกจัดทำขึ้นมาและทำการขยายความคุ้มครองมาตลอด

ปี 2543 ที่ระบบสุขภาพของประเทศไทย เริ่มมีปัญหาจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แม้ว่าคนไทยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และการขยายความคุ้มครองเพื่อให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ เป็นเป้าหมายหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 กล่าวคือ 1) การไม่ใช้บริการสุขภาพที่จำเป็น เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ [3] 2) การประสบกับค่าใช้จ่ายสูงด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเวลาที่เจ็บป่วยหนัก 3) ความไม่เป็นธรรมจากค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล และ 4) ประชาชนบางส่วนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ [4]

ก่อนที่จะมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นถึง 4 แบบครอบคลุมประชากรหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนรักษาพยาบาล หรือ สปร.

โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ, โครงการบัตรสุขภาพ และโครงการประกันสังคม ซึ่งเกิดขึ้นในปี 2518, 2521, 2526 และ 2534 ตามลำดับ โดยเริ่มจากพร.ประกันสังคมที่ถูกประกาศใช้ในปี 2497 แต่ไม่มีการนำไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจากได้รับการคัดค้านจากบริษัท

ประกันภัย, เจ้าของกิจการส่วนตัวและภาคเอกชน

ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถึง 4 โครงการ แต่ไม่สามารถที่จะดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ใน 2543 พบว่า มีประชากร 69% เท่านั้นที่ได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ 37% ได้รับการคุ้มครองจากโครงการสปร. ที่คุ้มครองผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้พิการ, 11% ได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว, 9% ได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคม, และ 12% จากโครงการบัตรสุขภาพที่คุ้มครองประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะในเขตชนบท และมีประชากรถึง 31 % ที่ไม่ได้รับสิทธิการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพใดๆ

ดังนั้น จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับผู้จัดทำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

### 4 วิเคราะห์ปัจจัย ด้านสาระนโยบาย บริบท ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกระบวนการ

#### 4.1 ความสำคัญของสาระนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศว่า สามารถคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากภาระค่ารักษาพยาบาล และสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ [5, 6]

ในประเทศไทย แนวคิดการคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษาพยาบาลมีมานานแล้ว ตั้งแต่ปี 2497 การขยายความครอบคลุมให้กับประชากรภายใต้โครงการประกันสุขภาพต่างๆ มีเพิ่มมากขึ้น มีทั้งการเพิ่มจำนวนโครงการและการขยายความครอบคลุม แต่การเพิ่มดังกล่าวไม่สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนได้ จึงเกิดแนวคิดในหมู่นักวิชาการที่ต้องการจะผลักดันให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ จนกระทั่งรัฐบาลที่จัดตั้งขึ้นใหม่ในปี พ.ศ. 2544 ได้ตัดสินใจเลือกมาเป็นนโยบายในการหาเสียงเลือกตั้งและนำไปปฏิบัติเป็นนโยบายเร่งด่วนเมื่อเข้ามาเป็นรัฐบาล จนเพิ่มจำนวนผู้มีประกันสุขภาพจากร้อยละ 69 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 92 ในปี พ.ศ.2545

สาระของนโยบายมีส่วนสำคัญ 3 ประการที่ทำให้เรื่องนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกเลือกเข้าไปอยู่ในนโยบายของพรรคการเมือง

ประการที่ 1 คือ **นโยบายนี้มีความชอบธรรม** สามารถแก้ปัญหาประชาชนได้จริง และเป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยที่ระบบบริการสาธารณสุขไทยยังประสบปัญหา อาทิเช่น ภาระด้านการเงินของประชาชนอันมาจากค่ารักษาพยาบาล, ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลของประชาชน, ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น [4]

ประการที่ 2 คือ **นโยบายนี้มีหลักการที่สอดคล้องกับค่านิยมของคนไทย และของพรรคการเมือง** นโยบายนี้ตรงกับแนวคิดเรื่องเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข สอดคล้องกับค่านิยมของคนในสังคมไทย นอกจากนั้นนโยบายนี้ยังผนวกเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีทิศทางสอดคล้องกับสังคมโลกในแง่การเพิ่มประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับพรรคการเมืองในแง่การเพิ่มความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ

ประการที่ 3 คือ **นโยบายนี้มีความเป็นไปได้ทั้งด้านการคลัง และทางการจัดการ** คือมีการศึกษาของนักวิจัยหลายกลุ่ม ในเรื่องรูปแบบวิธีแก้ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทำให้พรรคการเมืองเล็งเห็นความเป็นไปได้ทั้งด้านการเงิน ว่านโยบายนี้สามารถปฏิบัติได้จริงภายใต้เงินอุดหนุนจากระบบภาษีของรัฐ (แต่ทั้งนี้ต้องมีการปฏิรูประบบการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งมีข้อถกเถียงภายหลังว่าเมื่อการปฏิรูประบบการคลังด้านสุขภาพ ไม่สามารถทำได้ในเวลาอันรวดเร็ว โครงการดังกล่าวอาจประสบภาวะงบประมาณไม่เพียงพอที่จะคงคุณภาพบริการไว้) นอกจากนั้นงานวิจัยในพื้นที่และประสบการณ์การดำเนินโครงการประกันสุขภาพหลายๆโครงการในประเทศไทย ยังทำให้โครงการนี้ได้รับความเชื่อมั่นว่ามีความเป็นไปได้ในทางที่จะทำให้การปฏิบัติเกิดขึ้นจริง

## 4.2 บริบทที่สำคัญ

บริบทที่สำคัญ 4 ประการที่ส่งเสริมนโยบายนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมการเมือง สภาวะเศรษฐกิจ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ และกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ

### 4.2.1 การเปลี่ยนแปลงของสังคมประชาธิปไตยกับการตอบสนองความต้องการของประชาชน

การประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีขึ้นในประเทศต่างๆกว่า 15 ประเทศ<sup>4</sup> โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2463 (ค.ศ. 1920) เป็นต้นมา ในหลายๆประเทศ รัฐจัดให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อตอบสนองเสียงเรียกร้องของชน

<sup>4</sup> Hungary (1920), New Zealand (1938), Soviet Union (1938), Britain (1948), Japan (1960s), Scandinavian countries (1960s), Canada (1970s), Italy (1980s), Portugal (1980s), Brazil (1980s), Spain (1980s) South Korea (1989), Taiwan (1995), Thailand (2001)



ชั้นกลางที่อยู่ในภาคการจ้างงาน โดยมีผลกระทบสืบมาจากการเปลี่ยนแปลงสถานะเศรษฐกิจ และการเติบโตของชนชั้นกลางในสังคมนั้นๆ

ในประเทศไทย การปฏิรูปการเมืองหลังจากเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ.2535 ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของรัฐได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในรัฐธรรมนูญฉบับพ.ศ. 2540 เปิดโอกาสให้ประชาชนเสนอร่างกฎหมายได้ โดยการรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนไม่น้อยกว่า 50,000 คน ซึ่งทำให้เกิดปรากฏการณ์ การเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชน ในปีพ.ศ.2544 ซึ่งเป็นสัญญาณแสดงการสนับสนุนจากภาคประชาชน

ข้อรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับการเลือกตั้ง ทำให้เกิดพรรคการเมืองใหม่ที่ใช้นโยบายประชานิยมมาใช้ในการหาเสียง และพรรคดังกล่าวได้รับคะแนนเสียงอย่างท่วมท้น จนได้เป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาล และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการที่ได้รับความนิยมขึ้นจากประชาชนส่วนใหญ่ จึงทำให้รัฐบาลจัดทำเป็นโครงการเร่งด่วน เพื่อรักษาคำมั่นสัญญา และรัฐบาลก็ได้รับคะแนนนิยมอย่างต่อเนื่องในเวลาต่อมา

#### 4.2.2 สภาพเศรษฐกิจตกต่ำหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540

วิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับประเทศไทย ปี 2540 ส่งผลต่อสถานะเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ตกต่ำอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการค่าใช้จ่ายของครัวเรือน และหนี้สินของประชาชนทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นแรงผลักดันให้ประชาชนต้องการเปลี่ยนแปลงผู้นำรัฐบาล ดังนั้นพรรคการเมืองที่นำเสนอนโยบายการแก้ปัญหาอันเป็นผลมาจากวิกฤติเศรษฐกิจ จึงได้รับการคัดเลือกให้มาบริหารประเทศ

#### 4.2.3 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ และทรัพยากรด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการเงินทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานต่างๆภายในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งงบลงทุนและงบเงินเดือน ได้ดำเนินการวางรากฐานโครงสร้างสถานบริการสาธารณสุขและกระจายบุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ โดยทำการระดมสร้างโรงพยาบาลและสถานอนามัย ในปี 2524 – 2534 และจัดโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (2529-2539) เพื่อที่จะสร้างสถานอนามัยขึ้นในทุกพื้นที่ นับว่ามีความสำคัญที่ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพทางกายภาพเป็นไปได้อย่างถ้วนหน้า ผลก็คือ ในปี 2543 มีสถานอนามัยเกิดขึ้นทุกตำบลของประเทศ จนดูเหมือนว่า ประชาชนต่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากจะพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานแล้ว ยังได้ดำเนินการในเรื่องการเงินการคลังไปพร้อมๆกัน ซึ่งการเพิ่มขึ้นของงบประมาณด้านพัฒนาสังคมในช่วงที่ผ่านมา เป็นปัจจัยเสริมให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นได้จริง

#### 4.2.4 กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นทั่วโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรลุความเสมอภาคด้านสุขภาพ และควมมีประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีการกล่าวถึงการปฏิรูปสุขภาพอย่างกระจัดกระจายในหมู่นักวิชาการก่อน จนกระทั่งปี พ.ศ.2542-43 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้รัฐบาลสมัยนั้นจัดตั้งกลไก “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” จึงทำ

ให้มีการทำงานทางวิชาการรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบ และนำออกสู่เวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง จนเป็นที่ต้นตอถึงกระแสการปฏิรูปฯ [7] แม้ว่านโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จะไม่ได้ใช้แผนแม่บทดังกล่าว แต่กระแสการปฏิรูปฯ ได้ปลุกกระแสของประชาชนให้มาสนใจโครงการด้านสุขภาพของรัฐมากขึ้น

#### 4.3 คุณสมบัติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญในการนำนโยบายนี้ไปสู่วาระของนโยบายทางการเมือง (Political agenda) มี 3 ส่วนหลักคือ พรรคไทยรักไทย, ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มนักวิชาการ, และประชาสังคมด้านสุขภาพ หากแต่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคล และองค์กร ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง คือทั้งนักวิชาการ และผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

**หัวหน้าพรรคไทยรักไทย**มีแนวคิดในเรื่องการปฏิรูประบบการจัดบริการสุขภาพโดยใช้ทรัพยากรทั้งรัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพและมอหวนนโยบายที่สอดคล้อง ท่านนี้มีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

**ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข**ผู้เห็นความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีความอิสระในทางวิชาการ ได้พยายามผลักดันนโยบายนี้มาโดยตลอดทั้งผ่านระบบราชการปกติ, ระบบสภาผู้แทนราษฎร, และประชาสังคม จนกระทั่งพรรคไทยรักไทยสนใจแนวคิดนี้จึงปรากฏเป็นนโยบายพรรคการเมืองโดยมีกรรมการบริหารพรรคเป็นตัวเชื่อม ข้าราชการท่านนี้ มีบทบาทเป็นทั้งนักวิชาการ นักบริหาร และนักปฏิรูป ที่เกาะติดประเด็นที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และรอโอกาสที่เหมาะสมในการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลง

#### ประชาสังคม

ในประเทศไทย เมืองค์กรเอกชนเกิดขึ้นมากมาย โดยเริ่มดำเนินการในปี 2513 จนถึงปัจจุบัน มีเครือข่ายต่างๆประมาณ 300 เครือข่าย ให้ความสนใจในเรื่องต่างๆ อาทิ สุขภาพ สิทธิมนุษยชนการเมือง การพัฒนาทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

ปี 2540 ภายใต้แกนนำขององค์กรเอกชนต่างๆที่ได้เคลื่อนไหวให้การสนับสนุนเกี่ยวกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากสอดคล้องกับบทบาท ภารกิจ และสิทธิมนุษยชน ได้มีกระบวนการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้งประชาคมสังคมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าไปมีบทบาทในการจัดทำนโยบายในการปฏิรูประบบสาธารณสุข จนได้ร่างพระราชบัญญัติเสนอต่อประธานสภา เป็นภาพลักษณ์ที่ชัดเจนว่าประชาชนสนับสนุนทิศทางการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาสังคมกลุ่มดังกล่าวผลักดันการเปลี่ยนแปลง โดยมีฐานความรู้ทางวิชาการเป็นองค์ ประกอบ เป็นการผลักดันด้วยปัญญา

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้เพิ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคล และองค์กร ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีกลุ่มบุคคลเกี่ยวข้องที่สำคัญอยู่ 2 กลุ่ม คือ นักวิชาการ (ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข) และ ข้าราชการผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

**กลุ่มนักวิชาการ** เป็นกลุ่มที่มีบทบาทตั้งแต่แรก ก่อนที่นโยบายจะได้รับการคัดเลือกจากพรรคการเมือง โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยอิสระภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนในการจัดประชุม สัมมนาในระหว่างปี 2542-2543 ต่อมาในกระบวนการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มอบหมายให้

คณะทำงานของ สวรส. ซึ่งมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ไปจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ในปี 2544 มีการศึกษาถึงสภาพปัญหาและทางเลือก เมื่อรัฐบาลตัดสินใจและประกาศใช้เป็นนโยบายนี้ นักวิชาการบางส่วนก็ได้รับเชิญให้นำเสนอข้อศึกษาทางวิชาการ และมีการตั้งคณะทำงานขึ้นหลายชุดเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอของนักวิชาการ

นักวิชาการเหล่านี้มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาเป็นเวลานาน แต่นักวิชาการกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยและจำกัดตัวอยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ภาระงานมากเกินไป

**ข้าราชการผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ** มีอำนาจในการตัดสินใจระดับหนึ่ง เนื่องจากงานด้านสุขภาพเป็นงานที่ซับซ้อน อาศัยความรู้ทางวิชาการและต้องอาศัยการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติระดับหนึ่ง ผู้ปฏิบัติในโครงการนี้จึงเป็นผู้มีทักษะในการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบของตนเองและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี หากแต่การปฏิบัติจะขึ้นกับการรับรู้และผลกระทบต่อนโยบายที่มีต่อผู้ปฏิบัติโดยตรง จึงมีแรงต้านได้ การทำความเข้าใจ และหาทางแก้ไขอย่างมีส่วนร่วมน่าจะเป็นทางออกที่ดี

#### 4.4 กระบวนการ

ทฤษฎี Multiple streams ของ Kingdon (1995) [8] สามารถนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางนโยบายสุขภาพครั้งนี้ได้ดี โดยนโยบายนี้เกิดขึ้นจากประเด็นที่ต้องการจะพัฒนา 3 ด้าน คือ ด้านตัวนโยบายที่ใช้แก้ปัญหา (policy stream), ด้านการจุดประกายประเด็นปัญหา (problem stream), และด้านการสนับสนุนทางเมือง (political stream) ทำให้นโยบายถูกหยิบยกมาเป็นวาระ (Policy agenda) และเมื่อความต้องการที่จะพัฒนาทั้งสามด้านมาบรรจบกัน หน้าต่างของโอกาสจึงเกิดขึ้น ซึ่งในปรากฏการณ์นี้ การเลือกตั้งถือว่าเป็นการเปิดหน้าต่างของโอกาสครั้งสำคัญ ทำให้นโยบายใหม่เกิดขึ้นได้

กระบวนการกำหนดนโยบายนั้น ในการดำเนินการจะใช้ปัญญาในการตัดสินใจในประเด็นต่างๆหลายประเด็น หากว่าข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการมีไม่เพียงพอหรือไม่มีความชัดเจนพอ มักจะมีปัจจัยด้านการเมืองเข้ามามีส่วนประกอบในการตัดสินใจอยู่ด้วย

## 5 บทสรุป

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นที่การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ มีการนำเสนอแนวคิดจากนักวิชาการมาเป็นเวลานาน แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือถูกนำมาเป็นนโยบายทางการเมือง จนกระทั่งพรรคไทยรักไทย มองเห็นว่าเป็นโอกาสที่ดีในการที่จะนำแนวคิดนี้ มาเป็นนโยบายในการหาเสียงทางการเมือง ได้รับการผลักดันอย่างเต็มที่จากนายกรัฐมนตรีและข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข จนเกิดเป็นกลไกดำเนินการที่สำคัญไปสู่การกำหนดประเด็นทางนโยบาย โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆเข้ามาเป็นกลไกในการดำเนินการ ดังนั้นการกำหนดนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค อยู่บนความเป็นไปได้ทางวิชาการ, บริบท และความเป็นไปได้ทางการเมือง

นโยบายนี้ได้รับความสนใจจากสาธารณะและได้รับการเรียกร้องจากประชาชน เนื่องมาจากลักษณะและความเป็นผู้นำของผู้นำทางการเมือง ซึ่งมีปัจจัยทางสถานการณ์ที่สำคัญและมีส่วนผลักดันให้มีการนำเอานโยบายนี้มาใช้ นั่นคือ สถานะวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้พรรคการเมืองได้พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส รวมทั้งปัญหาที่เกิดกับการบริการสุขภาพและต้องการให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ทิศทางสำคัญของนโยบายสอดคล้อง

กับการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งนำไปสู่ความเสมอภาค และความมีประสิทธิภาพ จึงได้รับการสนับสนุนจากทั้ง นักวิชาการ นักการเมือง และประชาชน

การดำเนินงานตามนโยบาย แม้ว่าจะมีข้อเสนอแนะจากนักวิชาการเป็นจำนวนมาก แต่การตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้นำ การตัดสินใจนำเอานโยบายมาปฏิบัติ มาจากเหตุผล 3 ประการ คือ นโยบายนี้มีความชอบธรรม ,มีหลักการที่สอดคล้องกับค่านิยมของคนไทยและของพรรคการเมือง,และมีความเป็นไปได้ทางการเงินและการจัดการ ทำให้หน้าต่างของโอกาสจึงเปิดขึ้น เพื่อให้มีการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งหน้าต่างของโอกาส มีความสำคัญและอาจเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก อย่างไรก็ตาม,แม้ว่านโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะถูกมองว่าเป็นนโยบายที่ดี ข้าราชการผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่า คุณลักษณะของตัวนโยบายบางอย่างมีความยากที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ และนโยบายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก สร้างความลำบากให้กับผู้ปฏิบัติ จึงมีแรงต้าน ซึ่งต้องพยายามหาทางคลี่คลายต่อไป

ดังนั้น นักวิชาการที่ต้องการผลักดันนโยบายที่สำคัญ ต้องมีการศึกษาข้อมูลสภาพปัญหา และทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจได้ทันทั่วทั้ง

ความสามารถของนักวิชาการในการวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อการตัดสินใจมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายที่สำคัญของบ้านเมือง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพนักวิจัย และเพิ่มจำนวนให้มากขึ้นกับความจำเป็นดังกล่าว ความเชื่อมโยงระหว่างนักวิชาการที่ต้องการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ กับผู้บริหารระดับสูงที่จะให้การสนับสนุนในการนำไปปฏิบัติ และ องค์กรเอกชนที่ให้การสนับสนุน มีความสำคัญที่จะทำให้ นโยบายเกิดขึ้นจริงได้

ข้อคิดสำหรับผู้บริหารคือการมีภาวะผู้นำอย่างเฉียวอาจไม่พอที่จะทำให้ นโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างราบรื่น การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่มักจะพบอุปสรรคที่ว่าทางเลือกทางเลือกที่ถูกต้องในเชิงวิชาการเป็นสิ่งที่ยากและเป็นที่ยกเถียงมาก ว่าใครถูก ทั้งหลายทั้งปวงยังขึ้นกับการเจรจาต่อรองกับกลุ่มที่เสียประโยชน์ การเปลี่ยนแปลงจึงจำเป็นต้องเป็นพลวัต และให้มีการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติในการให้ความเห็นและตัดสินใจเลือกทางเลือก

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากองค์กรต่างๆ ในการอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก สำหรับเงินทุนที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการเขียนฉบับภาษาอังกฤษ ขอขอบคุณศาสตราจารย์ Gill Walt สำหรับข้อเสนอแนะที่ใช้ในการศึกษา และขอขอบคุณนายแพทย์สวณ นิตยารัมภ์พงษ์ และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เป็นอย่างสูง ที่ให้ความอนุเคราะห์ผู้ศึกษาในการเข้าไปศึกษาในกระบวนการการจัดทำนโยบายอย่างใกล้ชิด

## เอกสารอ้างอิง

1. Pitayarangsarit, S., *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses*. 2004. Thesis. Department of Public Health and Policy., London School of Hygiene and Tropical Medicine: London. p. 253.
2. Walt, G. and Gilson, L., *Reforming the Health Sector in Developing-Countries - the Central Role of Policy Analysis*. Health Policy and Planning, 1994. 9(4): p. 353-370.
3. สุทธิรักษ์ พรธรรมา โนทัย. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ. 2543, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
4. อัมมาร สยามวาลา และ คณะ. ข้อเสนอเพื่อหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2544, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. Mills, A., *The route to Universal Coverage*, in *Achieving Universal Coverage of Health Care*, Nitayarumphong, S. and Mills, A., Editors. 1998, Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand: Nonthaburi. p. 283-299.
6. Veugelers, P. and Yip, A., *Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?* Journal of Epidemiology and Community Health, 2003. 57(6): p. 424-428.
7. อ่ำพล จินดาวัฒนะ และ สรณี พิพัฒน์โรจนกมล. พัฒนาการทางนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. ใน เอกสารทางวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". 2547: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
8. Kingdon, J., *Agendas, alternatives, and public policies*. 2 ed. 1995, Boston: Little, Brown & Co. 232.



## บทที่ 2 กระบวนการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพระราชบัญญัติ

### หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศิริวรรณ พิชัยรังษณ์ \*

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข \*\*

ถาวร สกุลพานิชย์ \*\*

สลินลา สิงห์พันธุ์ \*\*

พรหมมินทร์ หอมหวล \*\*

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

\*\* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 1 บทนำ

กระบวนการพัฒนาสารนโยบาย (Policy formulation) เป็นกลไกในการบริหารให้นโยบายสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ องค์ประกอบในกระบวนการพัฒนาสารนโยบายซึ่งประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้อง กับนโยบาย และการออกแบบส่วนประกอบของนโยบาย มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการนโยบายไปสู่การปฏิบัติจนบรรลุเป้าหมาย

ในบทนี้ จะวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาสารนโยบาย ตั้งแต่เริ่มต้นจนนำไปสู่การปฏิบัติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การออกแบบระบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”[1] 2) กระบวนการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ประกอบด้วยการวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) การร่วมสังเกตการณ์ (Observation) โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสัมภาษณ์ (Interview) ผู้เกี่ยวข้อง

### 2 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน[2]

เป้าประสงค์หลัก 3 ประการคือ 1) ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) 2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3) มีการจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในทางนโยบาย, ทางการเงิน, และทางสถาบันหรือองค์กร

**ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability)** จะเป็นหลักประกันว่า นโยบายดังกล่าวจะมีการดำเนินการและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลงตามผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหาร ความยั่งยืนทางนโยบายจะเกิดขึ้นได้ ก็โดยการผลักดันให้มีกฎหมาย “พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น

**ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability)** ความยั่งยืนทางการเงินจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ 1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักประกันว่าจะมีงบประมาณในการดำเนินการอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรายละเอียดที่จะต้องกำหนดใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดระบบให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

**ความยั่งยืนทางสถาบัน/องค์กร (institutional sustainability)** สถาบัน และองค์กรที่รับผิดชอบหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีความยั่งยืนได้ ต้องมีการเตรียมความ

พร้อมขององค์กร ผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนในเรื่องของบทบาท และ มีการพัฒนาความสามารถขององค์กร ให้สอดคล้องกับบทบาทดังกล่าว ซึ่งองค์กรดังกล่าวครอบคลุมประชาสังคมและองค์กรเอกชนในชุมชนด้วย

ข้อตกลงในระดับผู้บริหารจากการประชุมในเดือนมีนาคม 2544 ของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสาระสำคัญดังนี้

- ประชาชนที่มีสิทธิ เมื่อใช้บริการตามระบบจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง โดยงบประมาณสนับสนุนการรักษาพยาบาลมาจากระบบภาษี ยกเว้นผู้มีสิทธิตามกฎหมายกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม
- ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้าน เป็นจุดบริการด่านแรก (front line service) และสามารถ เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (main contractor) และรับขึ้นทะเบียนประชาชน (unit for registration)
- ระบบการเงินการคลัง จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)
- จัดให้มีระบบที่จะสนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ “สิทธิ” ปกป้อง และคุ้มครอง “สิทธิ” ของประชาชน คือสิทธิรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น/สถานพยาบาลปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน ที่ตนเองพึงพอใจ
- ใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ มากำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
- การบริหารนโยบาย ให้มีการกระจายอำนาจ (decentralization) ในการบริหารจัดการแก่จังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ และแยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (purchaser provider split) ออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 3 กระบวนการจัดทำนโยบายที่ส่วนกลาง

#### 3.1 ผู้ที่มีบทบาทต่อการพัฒนานโยบายในระดับชาติ

สาระของตัวนโยบายเป็นผลมาจากกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชนผู้จัดทำนโยบาย กลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาธารณะนโยบาย ประกอบด้วย 1) กลุ่มนักการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ และ 2) กลุ่มข้าราชการประจำระดับสูง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข , เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, อธิบดีกรมบัญชีกลาง, เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และเจ้าหน้าที่จากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนในการดำเนินงาน

ในระยะแรก รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการจัดทำรายละเอียดนโยบาย โดยที่นายกรัฐมนตรีนั้น หลังจากตัดสินใจแนบนโยบายนี้มาเป็นวาระแล้ว ก็เข้ามาเกี่ยวข้องกับนโยบายนี้น้อยมาก ขณะที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จะดูแลในเรื่องการประชาสัมพันธ์นโยบาย สั่งการแทนนายกรัฐมนตรี ส่วนข้าราชการประจำระดับสูงกระทรวงสาธารณสุขก็



สามารถตอบสนองนโยบายโดยการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะจนครอบคลุมทั่วประเทศภายใน 1 ปี

### 3.2 การมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็น

ในการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ๗ เลือกใช้วิธีลงมือปฏิบัติไปพร้อมกับการพัฒนาสาระนโยบาย โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกในการดำเนินการ การดำเนินนโยบายอย่างเร่งรีบ ความไม่ชัดเจนในประเด็นนโยบายของผู้ปฏิบัติ ก่อให้เกิดความขัดแย้งและแรงต้านในการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขมองเห็นว่า การดำเนินนโยบายนี้จะบรรลุเป้าหมายได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย จึงเปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ ขึ้นมา อาทิเช่น คณะ กรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะทำงานต่างๆ ที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษ นอกจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินนโยบายแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังต้องการข้อเสนอแนะและการให้คำปรึกษาจากกลุ่มนักวิชาการ องค์กรเอกชนและประชาคมต่างๆ เกี่ยวกับ

- ชุดสิทธิประโยชน์และรูปแบบการจ่ายเงิน
- คุณภาพของระบบบริการ
- ระบบสารสนเทศและระบบการขึ้นทะเบียนประชาชน
- ระบบการร้องเรียนและการจัดการกับความไม่พึงพอใจของประชาชน
- การจัดความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและข้อคิดเห็นของสาธารณะ
- การจัดโครงสร้างพื้นฐานสถานบริการและการปฏิรูปองค์กร
- การพัฒนาหลักเกณฑ์ในการซื้อบริการ
- การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบ และ
- รูปแบบของการประกันสุขภาพและการรับฟังความคิดเห็นของสาธารณะ

### เครือข่ายประสานงานนโยบายและรูปแบบการสั่งการ

หลังจากที่รัฐบาลให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการพัฒนาสาระนโยบาย โดยได้ลงมือดำเนินการทันทีในพื้นที่นำร่อง 6 จังหวัด และได้ขยายโครงการต่อในระยะที่ 2 โดยหวังผลที่จะนำบทเรียนจากการทดลองในพื้นที่นำร่องมาเป็นตัวพัฒนาสาระนโยบายของการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศ แต่ช่วงเวลาในการทดลองนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 6 เดือนเท่านั้น ซึ่งสั้นเกินกว่าจะได้สรุปบทเรียน เมื่อรัฐบาลตัดสินใจขยายนโยบายให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศ อันเนื่องมาจากแรงกดดันของประชาชน ประกอบกับรัฐบาลอยู่ในช่วงที่คะแนนนิยมสูง ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย จึงเลือกที่จะ “คิดไป – ทำไป” และเมื่อพบปัญหาจะมีการจัดการปัญหาแบบ “ทำไป-แก้ไป” [3] การตัดสินใจที่ขยายการดำเนินนโยบาย จึงเป็นไปตามเหตุผลทางการเมืองมากกว่าการใช้หลักวิชาการ ทั้งที่ยังไม่มีความชัดเจนในประเด็นนโยบายและประเด็นการบริหารจัดการ ทำให้กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นแกนกลางในการดำเนินงาน จึงได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( War room ) ขึ้น มีรัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุขเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ปัญหา วางแนวทางดำเนินการแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน และเป็นกลไกสำคัญในการติดตามดูแลการดำเนินงานตามนโยบายอย่างใกล้ชิด สามารถติดตามแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วกว่าระบบบริหารจัดการปกติ ประสานความขัดแย้งกับผู้ให้บริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ให้บริการสุขภาพจากสถาบันอื่น รวมทั้งภาคเอกชน

#### 4 กระบวนการทางนิติบัญญัติ

ความพยายามที่เป็นรูปธรรมครั้งแรก คือ การร่างพรบ. ประกันสุขภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข พ.ศ. .... จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร ในปี พ.ศ. 2538 - 2539 มีทั้งสิ้น 51 มาตรา หลักการที่สำคัญคือ กำหนดให้มีการประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยประชาชนและรัฐบาลร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ ยกเว้นผู้ที่ยากไร้และผู้ที่ยากจนเกินไปจะได้รับ การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า สถานพยาบาลต้องให้บริการที่มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด แต่มีข้อยกเว้นสำหรับบุคคลที่มีการประกันสุขภาพตามกฎหมายอื่น หรือมีการประกันสุขภาพกับนิติบุคคลอื่นที่ให้สิทธิประโยชน์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในกฎหมายนี้ ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ แต่ไม่ได้มีผลบังคับให้มีการดำเนินการต่อให้ร่างกฎหมายฉบับนี้ออกมาเป็นกฎหมายอย่างสมบูรณ์

ความพยายามครั้งใหม่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิรูปทางการเมืองและเกิดรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2540) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของการกิจของรัฐในเรื่องบริการสาธารณสุขจากเดิมที่กำหนดเป็นเพียงเรื่องที่รัฐควรดำเนินการเป็นสิทธิของประชาชนไทยที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐาน(มาตราที่ 52) รวมทั้งรัฐมีหน้าที่ในการจัดหาและสนับสนุนให้เกิดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ (มาตราที่ 82) นักวิชาการ, องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนที่สนใจได้ร่วมกันจัดทำ ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2543 โดยปรับปรุงจากร่าง “พรบ. ประกันสุขภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข พ.ศ. ....” เดิม แล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2544 โดยยังยึดหลักการให้คนไทยทุกคนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุข และจัดบริการโดยมีสถานบริการประจำตัวและระบบส่งต่อเช่นเดิม แต่ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากร่างเดิมหลายประการ ที่สำคัญได้แก่ เปลี่ยนจากการร่วมจ่ายโดยประชาชนและรัฐบาลร่วมเข้ากองทุนประกันสุขภาพเป็นการใช้เงินงบประมาณจากรัฐบาลเป็นหลัก กำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมาตรการในการกำหนดให้เกิดกองทุนเดี่ยว(one single fund management) โดยให้ทุกส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินการบริหารหลักประกันสุขภาพทำความเข้าใจกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อ และ no-fault liability measurement.

ภายหลังจากได้ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการรณรงค์ขอชื่อสนับสนุนเพื่อส่งร่าง พรบ. ฉบับนี้เข้าสู่สภาโดยตรง โดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญมาตรา 170 ซึ่งระบุว่า ประชาชนผู้มีสิทธิลงคะแนนซึ่งเข้าชื่อรวมกันไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคนสามารถยื่นร่างกฎหมายให้ประธานสภาพิจารณาบรรจุเข้าเป็นร่างกฎหมายหมายเพื่อพิจารณาในสภาได้โดยตรง More than sixty thousand people voted for it.

พรรคการเมืองหลายพรรคแสดงความสนใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนำไปใช้เป็นนโยบายในการรณรงค์เพื่อการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในปี พ.ศ. 2544 พรรคไทยรักไทยเป็นพรรคหนึ่งที่กำหนดนโยบายของพรรคว่าจะสนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพกับคนไทยทุกคน โดยกำหนดเป็นนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” เมื่อ พตท. ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทยได้ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรีได้เริ่มผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่เดือนเมษายน 2547 โดยใช้ระเบียบ และองค์กรเดิมของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมกันนั้นได้จัดทำร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีมีมติ

เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2544 อนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอและให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมจัดทำร่างกฎหมายกับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาในรายละเอียด แล้วเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเพื่อเสนอต่อรัฐสภา

สภาผู้แทนราษฎรได้ประชุมเพื่อพิจารณาร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... วาระที่ 1 ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2544 โดยมีผู้เสนอร่าง พรบ. รวมทั้งสิ้น 6 ร่าง จากรัฐบาล 1 ฉบับ จากพรรคการเมือง 4 ฉบับ และ ร่างจากภาคประชาชนซึ่งเดิมตั้งใจจะเสนอเองโดยตรงต่อรัฐสภาตามรัฐธรรมนูญมาตรา 170 แต่กระบวนการตรวจสอบรายชื่อผู้ร่วมลงนาม 60,000 ชื่อ ยังไม่แล้วเสร็จ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจึงตัดสินใจเสนอร่างนี้แทนภาคประชาชน สภาผู้แทนราษฎรลงมติในวาระที่ 1 ผ่านร่าง พรบ. ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2544 และแต่งตั้งคณะกรรมการการวิสามัญจำนวน 35 คน เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่าง พรบ. นี้ คณะกรรมการการวิสามัญเริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2544 ในระหว่างการพิจารณาคณะกรรมการการวิสามัญและกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดประชาพิจารณ์ขึ้น 4 ครั้ง คือ ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2545 จัดที่จังหวัดขอนแก่น วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2545 จัดที่จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 1 มีนาคม 2545 จัดที่กรุงเทพมหานคร และครั้งสุดท้ายจัดที่จังหวัดสงขลาในวันที่ 5 มีนาคม 2545 คณะกรรมการการวิสามัญประชุมรวมทั้งสิ้น 23 ครั้ง และรายงานผลการพิจารณาร่าง พรบ. ให้สภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 4 เมษายน 2545 สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาวาระที่ 2 และ 3 ผ่านร่าง พรบ. นี้ด้วยเสียงส่วนใหญ่ (เห็นด้วย 376 เสียง) ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2545 และส่งร่าง พรบ. ฉบับแก้ไขให้วุฒิสภาในวันที่ 17 พฤษภาคม 2545 ทั้งนี้โดยรัฐธรรมนูญกำหนดให้วุฒิสภาต้องพิจารณาร่างกฎหมายทางการเงินให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นสามารถขยายระยะเวลาเพิ่มเป็น 60 วันได้

วุฒิสภาพิจารณาร่าง พรบ. ที่แก้ไขโดยสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 30 พฤษภาคม 2545 และลงมติผ่านวาระที่ 1 ด้วยคะแนนเสียงส่วนใหญ่ 111 คะแนน และมีมติกำหนดระยะเวลาพิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน เนื่องจากมีเนื้อหาที่ต้องพิจารณามาก และตั้งกรรมการวิสามัญจำนวน 34 คนเพื่อพิจารณาร่าง พรบ. คณะกรรมการการวิสามัญเริ่มพิจารณาในวันที่ 21 มิถุนายน 2545 ในช่วงนี้มีบทความหนังสือพิมพ์ การประชุม วิจัยร่าง พรบ. นี้ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการ และ ผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยเรียกร้องขอให้มีการแก้ไข พรบ. ตามแนวทางที่แต่ละกลุ่มเห็นสมควร. กลุ่มผู้ใช้แรงงานต้องการให้ตัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับกองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม ตัวแทนวิชาชีพสาธารณสุขแม้ว่าจะแสดงจุดยืนสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ แต่ต้องการลดบทบาทของกฎหมายฉบับนี้ในการควบคุมบุคลากร และการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งคณะกรรมการได้มีการแก้ไขบางประเด็นตามข้อเรียกร้องดังกล่าว วุฒิสภาได้ลงมติผ่านร่าง พรบ. วาระที่ 2 และ 3 ในวันที่ 31 สิงหาคม 2545 ด้วยเสียงข้างมาก 88 เสียง แล้วส่งกลับให้สภาผู้แทนราษฎรให้ความเห็นชอบอีกครั้ง สุดท้าย นายกรัฐมนตรีได้ทูลเกล้าถวายพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวลงพระปรมาภิไธยในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2545 และประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 อันทำให้ พรบ. นี้มีผลบังคับใช้ในวันรุ่งขึ้น คือ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545

**ตารางที่ 3.1 ประเด็นสำคัญใน ร่าง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการแก้ไขในขั้นตอนการพิจารณาในสภา**

|                                                                | ร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ร่าง พรบ. ที่ผ่านสภา<br>ผู้แทนราษฎร                                                      | ร่าง พรบ. ที่ผ่านวุฒิสภา                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คำจำกัดความของบริการ<br>สาธารณสุข                              | บริการด้านการแพทย์และ<br>สาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล<br>เพื่อการป้องกันโรค การตรวจ<br>วินิจฉัย การรักษาพยาบาล การ<br>สร้างสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ<br>ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการ<br>ดำรงชีวิต                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | เพิ่มเติม คำจำกัดความให้<br>รวมถึงการบริการการแพทย์<br>แผนไทยและการแพทย์<br>ทางเลือกอื่น | เพิ่มเติม คำจำกัดความให้<br>รวมถึงการบริการการแพทย์<br>แผนไทยและการแพทย์<br>ทางเลือกอื่น ตามกฎหมายว่า<br>ด้วยการประกอบโรคศิลปะ |
| สิทธิในการรับบริการ<br>สาธารณสุข                               | บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการ<br>สาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมี<br>ประสิทธิภาพตาม <u>มาตรฐานการคลัง</u><br><u>ของประเทศตามที่กำหนดโดย</u><br><u>พระราชบัญญัตินี้</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ตัดข้อความ “ตามฐานะการ<br>คลังของประเทศ”                                                 | เหมือนร่าง พรบ. ของสภา<br>ผู้แทนราษฎร                                                                                          |
| หน่วยบริการประจำ                                               | ใช้สถานบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ใน<br>บริเวณภูมิลำเนาหรือที่ทำงานของ<br>คนเป็นหน่วยบริการประจำเพื่อ<br>ให้บริการสาธารณสุข เว้นแต่กรณี<br>ที่มีเหตุอันสมควรหรือกรณี<br>อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน<br>รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                | เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                      |
| แนวทางการบริหาร<br>จัดการหลักประกัน<br>สุขภาพภาครัฐที่มีมาก่อน | ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข<br>ตามกฎหมายโดยอยู่แล้ว ให้คงมี<br>สิทธิตามกฎหมายนั้นต่อไป โดย<br>ให้คณะกรรมการหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติจัดเตรียมความ<br>พร้อม การกำหนดการจัดบริการ<br>สาธารณสุขตามกฎหมายนี้ให้<br>เป็นไปตามที่กำหนดในพระราช<br>กฤษฎีกา ดังนี้<br>มาตรา 9 วิธีปฏิบัติกับข้าราชการ<br>ลูกจ้างของส่วนราชการ องค์การ<br>ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น<br>ของรัฐ (เฉพาะเรื่องรักษาพยาบาล)<br>มาตรา 10 วิธีปฏิบัติกับ<br>ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วย<br>การประกันสังคม (เฉพาะเรื่อง<br>รักษาพยาบาล)<br>มาตรา 11 วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับลูกจ้าง<br>ภายใต้กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน | เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                | ตัดความครอบคลุม<br>กรณีเป็นผู้มีสิทธิรับค่าบริการ<br>รักษาพยาบาลจากการ<br>ประกันภัย                                            |

|                                                                    | ร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ร่าง พรบ. ที่ผ่านสภา<br>ผู้แทนราษฎร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ร่าง พรบ. ที่ผ่านวุฒิสภา                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                    | (เฉพาะเรื่องสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล)<br>มาตรา 12 วิธีปฏิบัติกรณี<br>ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่า<br>ด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ<br>(เฉพาะเรื่องรักษาพยาบาล)<br>มาตรา 13 วิธีปฏิบัติกรณีเป็นผู้มี<br>สิทธิรับค่าบริการรักษาพยาบาล<br>จากการประกันภัย                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |
| กรรมการหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ<br>ประธาน                      | รัฐมนตรีสาธารณสุข                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | รัฐมนตรีสาธารณสุข                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | รัฐมนตรีสาธารณสุข                                                                                                                                                                                                                       |
| องค์ประกอบ<br>คณะกรรมการ                                           | ข้าราชการ: 8<br>ส่วนท้องถิ่น: 4<br>ภาคประชาชน: 4<br>บุคลากรสาธารณสุข: 1<br>ผู้ทรงคุณวุฒิ: 5                                                                                                                                                                                                                                                                 | ข้าราชการ: 8<br>ส่วนท้องถิ่น: 4<br>ภาคประชาชน: 5<br>บุคลากรสาธารณสุข: 1<br>ผู้ทรงคุณวุฒิ: 6                                                                                                                                                                                                                                                                            | ข้าราชการ: 8<br>ส่วนท้องถิ่น: 4<br>ภาคประชาชน: 5<br>บุคลากรสาธารณสุข: 5<br>ผู้ทรงคุณวุฒิ: 7                                                                                                                                             |
| สำนักงานหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ                               | เป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็น<br>นิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแล<br>ของรัฐมนตรี<br>คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ<br>แห่งชาติเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้ง<br>และถอดถอนเลขาธิการสำนักงาน<br>หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                                                                                                                            | เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                                                               |
| กองทุนหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ<br>แหล่งเงินสำหรับ<br>จัดบริการ | 1.เงินที่ได้รับจากงบประมาณ<br>รายจ่ายประจำปี<br>2.เงินที่ได้รับจากการดำเนินการ<br>ให้บริการสาธารณสุขตาม พรบ. นี้<br>3.เงินค่าปรับทางปกครอง<br>4.เงินบริจาค<br>5.ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิด<br>จากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน<br>6.เงินหรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับ<br>มาในกิจการของกองทุน<br><br>-ไม่ได้ระบุนัดเงิน<br><br>- ให้งบเงินไม่เกินร้อยละ 1 ของที่ | เพิ่มเติมแหล่งเงินสำหรับ<br>จัดบริการอีก 2 แหล่ง คือ<br>1.เงินที่ได้รับจากองค์กร<br>ปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่<br>กฎหมายบัญญัติ<br>2.รัฐบาลอาจเสนอร่าง<br>พระราชบัญญัติ<br>ต่อรัฐสภาเพื่อให้กองทุนมี<br>อำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุน<br>จากบุคคลธรรมดาหรือนิติ<br>บุคคลในอัตราที่เหมาะสมก็ได้<br>ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงหลักความ<br>เป็นธรรมและภาระทางการ<br>เงินของบุคคลนั้น | เปลี่ยนข้อความในส่วนแหล่ง<br>เงินสำหรับจัดบริการอีก 2<br>แหล่ง เป็น:<br>1.เงินที่ได้รับจากองค์กร<br>ปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่<br>กฎหมายบัญญัติ<br>2.เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมาย<br>บัญญัติ<br><br>ให้คณะกรรมการ<br>หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| แหล่งเงินสำหรับการ<br>บริหารจัดการ                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                        | ร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                 | ร่าง พรบ. ที่ผ่านสภา<br>ผู้แทนราษฎร                                                                                                                                                             | ร่าง พรบ. ที่ผ่านวุฒิสภา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่<br>ผู้รับบริการ ในกรณีที่<br>ผู้รับบริการได้รับความ<br>เสียหายที่เกิดจากการ<br>รักษาพยาบาลของหน่วย<br>บริการ | จะจ่ายให้หน่วยบริการเป็นเงิน<br>ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ<br>ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความ<br>เสียหายที่เกิดจากการ<br>รักษาพยาบาลของหน่วยบริการ           | ในแต่ละปี ให้คณะกรรมการ<br>จัดสรรเงินไม่เกินร้อยละห้า<br>ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ<br>สาธารณสุขรายปีของกองทุน<br>เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ<br>บริหารงานของสำนักงาน<br>- เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล | เสนอขอรับงบประมาณ<br>รายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมา<br>ตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ<br>บริหารงานของสำนักงาน<br><br>- เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| คณะกรรมการควบคุม<br>คุณภาพและมาตรฐาน<br>ประชาชน<br><br>องค์ประกอบของ<br>คณะกรรมการ                                                     | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข<br><br>ข้าราชการ : 2<br>ส่วนท้องถิ่น: 2<br>องค์กรวิชาชีพทางสาธารณสุข: 4<br>บุคลากรสาธารณสุข: 2<br>ภาคประชาชน: 5<br>ผู้เชี่ยวชาญ: 4<br>อื่นๆ: 3 | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข<br><br>ข้าราชการ: 2<br>ส่วนท้องถิ่น: 2<br>องค์กรวิชาชีพสาธารณสุข: 4<br>บุคลากรสาธารณสุข: 2<br>ภาคประชาชน: 5<br>ผู้ทรงคุณวุฒิ: 4<br>อื่นๆ: 3                                | เลือกตั้งจากคณะกรรมการ<br><br>ข้าราชการ: 3<br>ส่วนท้องถิ่น: 4<br>องค์กรวิชาชีพสาธารณสุข: 4<br>บุคลากรสาธารณสุข: 11<br>ภาคประชาชน: 5<br>ผู้ทรงคุณวุฒิ: 6<br>อื่นๆ: 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| สถานพยาบาลและ<br>มาตรฐานการรักษา<br>- การขึ้นทะเบียน<br><br>- กลไกการจ่ายเงิน                                                          | มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและ<br>เครือข่ายหน่วยบริการและโฆษณา<br>ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ                                                                       | - เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                     | - เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล<br><br>หลักเกณฑ์การกำหนด<br>ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ<br>สาธารณสุขต้องผ่านการรับฟัง<br>ความคิดเห็น และอย่างน้อย<br>ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข;<br>(1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริง<br>ของทุกโรคมาเป็นฐานตาม<br>(2) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของ<br>หน่วยบริการในส่วนเงินเดือน<br>และค่าตอบแทนบุคลากร;<br>(3) คำนึงถึงความแตกต่างใน<br>ภารกิจของหน่วยบริการ<br>(4) คำนึงถึงความแตกต่างใน<br>กลุ่มผู้รับบริการและในขนาด<br>ของพื้นที่บริการที่หน่วย<br>บริการรับผิดชอบ |

|                               | ร่าง พรบ. ของรัฐบาล                                                                                                                                                                                                                                                      | ร่าง พรบ. ที่ผ่านสภา<br>ผู้แทนราษฎร | ร่าง พรบ. ที่ผ่านวุฒิสภา                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การกำกับมาตรฐาน<br>สถานพยาบาล | คณะกรรมการสอบสวนทำหน้าที่<br>สอบสวนและเสนอความเห็นต่อ<br>เลขาธิการเพื่อคัดเตือน, ปรับ, สั่ง<br>ให้คืนเงิน หรือ ฟ้องร้อง และ<br>รายงานต่อคณะกรรมการควบคุม<br>คุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณา<br>เพิกถอนทะเบียน หรือแจ้งองค์กร<br>วิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการ<br>ต่อไป | เหมือนร่างของรัฐบาล                 | คณะกรรมการสอบสวนทำ<br>หน้าที่สอบสวนและเสนอ<br>ความเห็น และรายงานต่อ<br>คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ<br>และมาตรฐานเพื่อคัดเตือน,<br>ปรับ, สั่งให้คืนเงิน หรือ<br>ฟ้องร้อง รวมทั้งพิจารณาเพิก<br>ถอนทะเบียน หรือแจ้งองค์กร<br>วิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อ<br>ดำเนินการต่อไป |
| บทเฉพาะกาล                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ<br>สาธารณสุขสำหรับหน่วย<br>บริการที่อยู่ในความ<br>รับผิดชอบของกระทรวง<br>สาธารณสุข ให้สำนักงาน<br>หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>จ่ายให้กระทรวงสาธารณสุข<br>ก่อนเป็นเวลา 3 ปีนับแต่วันที่<br>เริ่มให้บริการสาธารณสุขตาม<br>กฎหมายนี้    |

แหล่งข้อมูล:

1. บันทึกการประชุมคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....  
สภาผู้แทนราษฎร
2. รายงานพิจารณาร่างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... สภาผู้แทนราษฎร
3. บันทึกการประชุมคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....  
วุฒิสภา
4. รายงานพิจารณาร่างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... วุฒิสภา

## 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีต่อการจัดทำนโยบาย

### ค่านิยม และแนวคิดในกระบวนการตัดสินใจ

โดยปกติ ผู้ที่มีบทบาทต่อนโยบาย พยายามที่จะให้มีการดำเนินนโยบายไปตามแนวทางของตน ซึ่ง  
แนวทางนั้นจะขึ้นกับบทบาทที่ผู้นั้นเป็น และ ตำแหน่งหน้าที่ของผู้นั้นที่จะสามารถมีอิทธิพลต่อ  
กระบวนการพัฒนาสาระนโยบาย หากแต่ความเห็นของเขาเหล่านั้นอาจถูกปรับไปตามข้อมูลที่ได้มาในระหว่าง  
กระบวนการ ซึ่งมาได้หลายทาง อาทิเช่น การให้คำปรึกษาจากนักวิชาการ (ภายใต้ข้อมูลทางตรง /หรือข้อมูล  
ทางอ้อม ) หรือ เสียงสะท้อนจากข้าราชการที่ได้รับผลกระทบ เสียงสนับสนุนของประชาชน หรือผู้สนับสนุนที่มี  
ผลต่อเสถียรภาพการเมือง หรือ แรงกดดันจากองค์กรระหว่างประเทศ[4] ( Grindle & Thomas, 1989 p 223 )

การใช้ความรู้ หรืออ้างอิงความรู้ในกระบวนการตัดสินใจมีให้เห็นได้มากขึ้นในขั้นตอนของการพัฒนา  
สารนโยบายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่ประเทศไทยมีองค์กรวิจัยและนักวิจัยอยู่  
จำนวนหนึ่ง ที่มีความพร้อมในการพัฒนาทางเลือกเชิงนโยบาย หากแต่ยังต้องการการสนับสนุนให้มีความเข้มแข็ง  
ต่อไป ดังตัวอย่างต่อไปนี้ที่แสดงถึงการวิจัยและนักวิจัยที่มีส่วนช่วยในกระบวนการพัฒนาสารนโยบาย :

- การวิจัยและพัฒนาด้านรูปแบบการจ่ายเงินในระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ)
- ความเป็นธรรมทางสุขภาพและดัชนีความเป็นธรรมทางสุขภาพ (ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
- การพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยในเรื่องเศรษฐกิจและการเงินทางสุขภาพ (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
- ชุมชนนักวิจัย หรือ ชมรมต่างๆ (สถาบันทางการศึกษา, กลุ่มข้าราชการประจำ, หรือนักเคลื่อนไหวอย่างชมรมแพทย์ชนบท เป็นต้น)

### ปัจจัยด้านโครงสร้างระบบสุขภาพ

นอกจากนี้ ปัจจัยโครงสร้างทางระบบสุขภาพ ที่มีส่วนในการกำหนดเนื้อหาสาระของนโยบายอย่างมาก  
องค์ประกอบของระบบสุขภาพที่มีอิทธิพลในการกำหนดสารนโยบายมาก ได้แก่ โครงสร้างการกระจายสถาน  
บริการของรัฐ, การขยาย หลักประกันสุขภาพในอดีตจนทำให้ครอบคลุมประชากร 69% ก่อนมีโครงการ 30  
บาท, มีการพัฒนากำลังคน ทั้ง พยาบาล และ เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และแพทย์ประจำโรงพยาบาลอำเภอ ปัจจัย  
ดังกล่าวเอื้อให้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีความเป็นไปได้สูงทั้งทางการเงินและทางเทคนิค

### ปัจจัยโครงสร้างทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของไทยอยู่ในระยะเบ่งบานเต็มที่ก่อนที่จะเกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี 2540 เศรษฐกิจส่งผล  
กระทบต่อความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และสะท้อนให้ภาคเอกชนหันมาสนใจลงทุนในธุรกิจด้านบริการ  
สุขภาพ มีการขยายการลงทุนเพิ่มในส่วน of โรงพยาบาลเอกชนเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วง 2531-2540 ส่วน  
หนึ่งเป็นผลมาจากการกระตุ้นเศรษฐกิจของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) หากแต่ถ้า  
อุปทานเริ่มมีมากกว่าอุปสงค์ ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีความจำเป็นที่  
จะต้องมีการปฏิรูป เหตุนี้จึงเป็นที่มาของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่เปิดให้ภาคเอกชนเข้ามา  
จัดบริการได้ด้วย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ด้านสุขภาพ

### ปรัชญาแนวคิดระหว่าง การบริหารรัฐ และการบริหารธุรกิจ

หลักการและแนวคิดที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ หลักความเสมอ  
ภาค “egalitarianism” ให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพ ตลอดจนความเท่า  
เทียมในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีความจำเป็น การส่งเสริมให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้  
ประชาชนมีทางเลือกสำหรับบริการที่มีคุณภาพ โดยถือว่าเป็น “สิทธิ ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน ตามเจตนารมณ์  
ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52



ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น รัฐบาลเลือกใช้แหล่งเงินจากภาษีทั่วไป โดยใช้งบประมาณจัดบริการสาธารณสุขที่อยู่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเดิมเป็นหลัก ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนที่พร้อมและสนใจ เข้าร่วมนโยบายได้ตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการดำเนินงาน เป็นการยอมรับและเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันการให้บริการด้านสุขภาพ ภายใต้การบริหารจัดการแบบใหม่ (New public management) ที่จัดให้มีหน่วยบริการคู่สัญญาได้ทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้นโยบายเปิดเสรีทางการค้าของประเทศไทย จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชนขึ้นมาเพื่อการค้า ทำกำไรได้ ซึ่งดูเหมือนการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ กับการให้เอกชนทำกำไรจากบริการสุขภาพ มีความขัดแย้งกันในเชิงแนวคิด แต่เป็นที่ยอมรับให้เดินไปด้วยกันภายใต้การบริหารของรัฐบาลชุดปัจจุบัน

### การบัญญัติกฎหมาย

กระบวนการทางนิติบัญญัติ เป็นการสร้างความชอบธรรมให้กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านกระบวนการของรัฐสภา มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภาให้ความเห็นชอบ และกลั่นกรองแล้ว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHSO) ถูกจัดตั้งขึ้นมา หลังจากที่ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรด้วยมติเอกฉันท์ และเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณาในเดือนพฤษภาคม 2545 และมีผลบังคับใช้ในเดือนพฤศจิกายน 2545 ตามกฎหมายนี้มีการจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แยกสำนักงานออกจากกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถที่จะเลือกลงทะเบียนกับหน่วยงานผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยกระบวนการทางนิติบัญญัติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาระของนโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเดิม กระทรวงสาธารณสุขเคยเป็นผู้ดำเนินการ

### การสนับสนุนของภาครัฐบาล

สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาสูงได้ผ่านความเห็นชอบ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาล ซึ่งตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการมีกฎหมายรองรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ในการดำเนินนโยบายนั้น นายกรัฐมนตรีเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกและนำมาเป็นวาระ โดยผู้ที่ตอบสนองอย่างเต็มที่ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คุณสุชาติ ตัน เกษราพันธ์ สมาชิกคนสำคัญของคณะกรรมการบริหารพรรคไทยรักไทย แม้จะไม่ได้ศึกษาด้านการแพทย์ก็ตาม ส่วนอีกท่านหนึ่งมีความรู้ในเรื่องสุขภาพ มีความรู้ความชำนาญทางแพทย์ เนื่องจากเป็นแพทย์ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสาระนโยบายมาตั้งแต่ต้น ซึ่งต่อมาได้เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุข ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่าน หากแต่ว่าการเปลี่ยนแปลง ท่านรัฐมนตรีช่วยว่าการฯ ส่งผลกระทบต่อการปฏิรูปการจัดสรรเงินมาเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวตามการลงทะเบียน ที่สามารถรวมเงินเดือนในงบดำเนินการในปี 2545 ได้ กลายเป็นแบบแยกเงินเดือน

ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้น ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2544 ที่เป็นกลไกหลักในการดำเนินนโยบาย เป็นผู้เคยประสบความสำเร็จในการรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาคให้เป็นสำนักงานสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพ ตอบรับการปฏิรูป และนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำงานอยู่ในชุมชน สนับสนุนการปฏิรูประบบ แต่แพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป กลับรู้สึกไม่พร้อมที่จะปฏิรูประบบ และบางส่วนต่อต้านนโยบาย

## 6 บทสรุป

จากการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า กลุ่มผู้ที่มีบทบาทนั้นมีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาระนั้นนโยบาย การพิจารณาตัดสินใจที่จะสนับสนุนหรือคัดค้านนโยบายของพวกเขาขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เขาเป็น และผลกระทบของนโยบายต่อเขา และเห็นได้ชัดว่าบริบททางการเมืองมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้เกิดโอกาสในการปฏิรูประบบสุขภาพ

รัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนนโยบายมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสาระนั้นนโยบาย และผู้ที่มีบทบาทที่เข้ามามีอิทธิพลในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนานโยบายมีลักษณะแตกต่างกันออกไป และมาจากเครือข่ายที่ต่างกัน บทบาทของผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสาระนั้นนโยบาย และ วิธีการสั่งการ (หรือจัดทำ) นโยบาย ซึ่งมีผลกระทบต่อการคิดและตัดสินใจ วิธีการสั่งการ (หรือจัดทำ) สาระนั้นนโยบาย จะปรับเปลี่ยนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ เช่น เมื่อมีเวลาเตรียมการมาก ก็อาจขอคำปรึกษาอย่างกว้าง แต่เมื่อมีปัญหาเฉพาะหน้า หรือมีผลกระทบทางการเมือง วิธีการตัดสินใจก็อาจจะเปลี่ยนไป

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนใกล้ชิดในกระบวนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักจะแสดงบทบาทในการเจรจาต่อรองและตกลงกันในขณะที่มีการพัฒนานโยบาย ซึ่งอาจแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ ผู้บริหารระบบสุขภาพ (ผู้ซื้อบริการ) ผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ(ผู้ให้บริการ) และผู้รับบริการ / ประชาชน

นอกจากนี้คณะทำงานวิจัยนโยบายสุขภาพมีความสำคัญต่อการให้คำแนะนำตามหลักวิชาการ ซึ่งคณะวิจัยดังกล่าวมีการทำงานที่เข้มแข็งมากในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2535-2545 ) และมีบทบาทสำคัญเสมือนเป็นผู้ผลักดันนโยบาย (policy entrepreneurs) ในปฏิรูปครั้งนี้ งานวิจัยและพัฒนาขององค์กรอิสระหลายหน่วยงาน ก่อให้เกิดการผลักดันและนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นการสร้างองค์ความรู้ให้สำหรับผู้จัดทำนโยบาย และก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมากมาย อย่างไรก็ตามการตัดสินใจบนข้อเท็จจริงเป็นเรื่องยาก เพราะองค์ความรู้ไม่อยู่นิ่ง มีประเด็นถกเถียงตลอดเวลาตัวหลักฐานที่มาสนับสนุนการตัดสินใจ ดังนั้นผู้มีอำนาจตัดสินใจ มักจะเลือกใช้หลักฐานทางวิชาการขึ้นใด หรือไม่ จะขึ้นอยู่กับคุณภาพของงาน ความชัดเจน ความทันเวลา และความตอบสนองต่อความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจ

ปัจจัยทางบริบท มีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อทิศทางในการตัดสินใจ บริบทเหล่านี้ประกอบไปด้วย โครงสร้างพื้นฐานทั้งภายนอกและภายในของระบบสุขภาพ การวิจัยเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ, ปัจจัยพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ, อุดมการณ์ แนวคิด ปรัชญาเรื่องนโยบายสาธารณะ, และปัจจัยภายนอกต่างๆ

แม้ว่าการตัดสินใจดำเนินนโยบายอาศัยแหล่งเงินจากเงินภาษี และตั้งอยู่บนการคาดคะเนถึงความเป็นไปได้การเงิน แต่อาจมีความไม่ยั่งยืน ซึ่งสะท้อนจากภาพของโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่ง ที่มีปัญหาทางการเงิน ส่งผลให้โรงพยาบาลไม่พัฒนาคุณภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการไม่มาใช้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิ และไม่ได้ช่วยให้ประสิทธิภาพของระบบบริการดีขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ กระทรวงสาธารณสุข และคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนในการจัดทำนโยบาย ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษา และการเขียน และขอบคุณศาสตราจารย์ Gill Walt ที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำทางวิชาการ

## เอกสารอ้างอิง

1. Pitayarangsarit, S., *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses*, in *Public Health and Policy*. 2004, London School of Hygiene and Tropical Medicine: London. p. 253.
2. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. 2544.
3. Siamwalla, A., Personal interview by a journalist cited in Bangkok Post: 1 April 2002 "No-one knows if providers can cope on 1,202 baht a head", Assavanonda, A., Editor. 2002, Bangkok Post: Bangkok. p. 2.
4. Grindle, M. and Thomas, J., Policy makers, policy choices, and policy outcomes: The political economy of reform in developing countries. *Policy Sciences*, 1989. **22**: p. 213-248.



## บทที่ 3 การจัดการและองค์กรบริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เจี๊ยะ ธรรมธัชอารี\*

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข\*

\* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

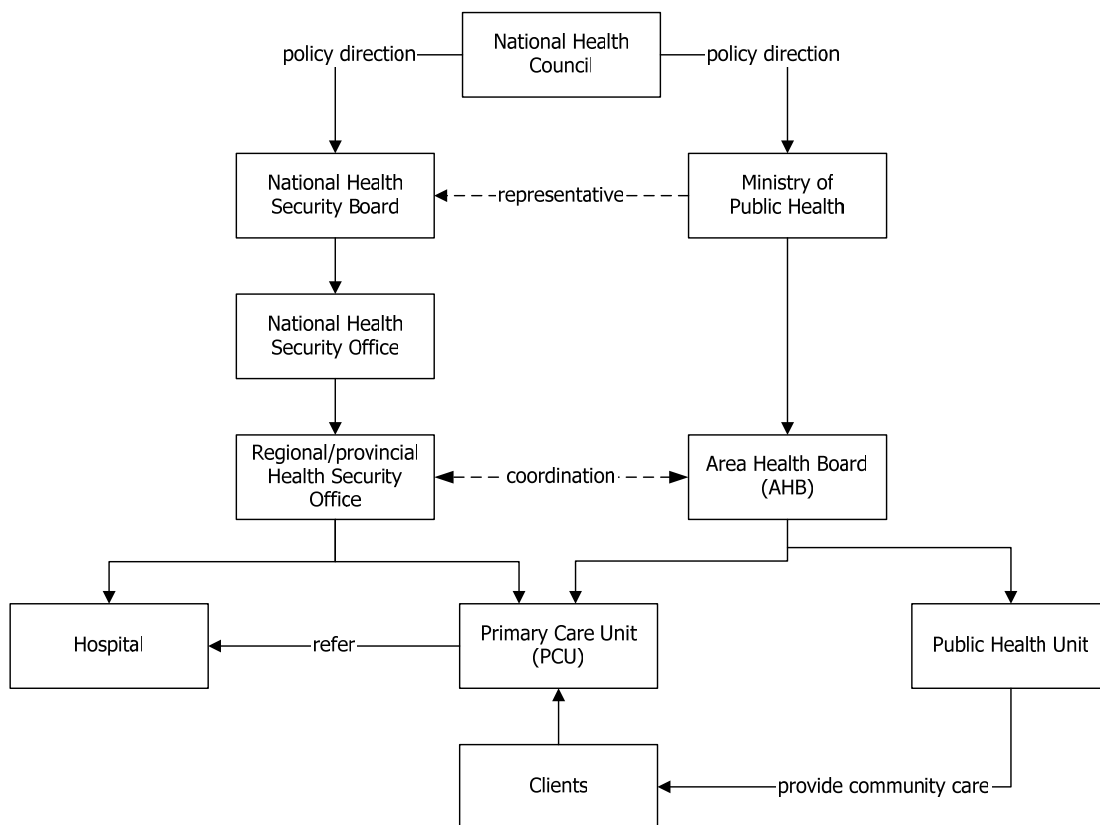
### 1. บทนำ

ในระหว่างการค้าเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของระบบสุขภาพในประเทศไทย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง 3 ปัจจัยสำคัญคือ พระราชบัญญัติการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีผลทำให้ การแบ่งกระทรวงเปลี่ยนแปลงจาก 14 กระทรวง เป็น 21 กระทรวง โดยที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับโครงสร้างภายในเป็น 3 กลุ่มภารกิจหลัก พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 35 ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะมีผลโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2546 และ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 ซึ่งเมื่อภายหลังการจัดตั้งรัฐบาลโดยพรรคไทยรักไทย โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายหลัก 9 ข้อของพรรค ได้ดำเนินการด้วยความรวดเร็ว ซึ่งทำให้กระบวนการดำเนินการเป็นกระบวนการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบางส่วนเพื่อให้ทันกับความรวดเร็วของการดำเนินการด้วย

### 2. ข้อเสนอโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนการค้าเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก่อนการค้าเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อการวางแผนการค้าเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเห็นว่าควรมีกระบวนการทำเอกสารทางวิชาการเพื่อใช้เป็นข้อเสนอในการการค้าเนินโครงการดังกล่าว โดยได้เริ่มการค้าเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2543 โดยคณะทำงานดังกล่าวได้การค้าเนินการทำข้อเสนอเสร็จในเดือน มีนาคม พ.ศ.2544 ซึ่งเป็นเวลาเดียวกับที่ รัฐบาลภายใต้การนำของพรรค ไทยรักไทย กำลังการค้าเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพอดิ ในชื่อโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” คณะทำงานได้เสนอประเด็นที่สำคัญของการการค้าเนินการคือ การแบ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการกับหน่วยงานที่ซื้อบริการแทนประชาชน (purchaser-provider split) และการแยกงบประมาณของระบบสุขภาพของบุคคลกับการสาธารณสุขออกจากกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขถูกคาดหวังว่าจะมีบทบาทในการเป็นผู้กำหนดนโยบายการสาธารณสุขระดับชาติ และ เป็นผู้คุมกฎ งานด้านการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะการค้าเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และควรมีการค้าเนินการตั้งหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งจะมีหน้าทีในการบริหารงานสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีความล่าช้าในการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 งบประมาณส่วนใหญ่ของระบบสาธารณสุขยังคงบริหารโดยกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ข้อเสนอของคณะทำงานเสนอให้มีหน่วยงานระดับชาติ เพื่อบริหารและระบบสุขภาพของประเทศโดยแยกบทบาทของผู้ซื้อบริการออกมาเป็นหน่วยงานอีกหน่วยงานหนึ่ง โดยมีหน่วยงานในพื้นที่ทำงานลือกับหน่วยงานระดับชาติ ตามแผนภาพที่ 1

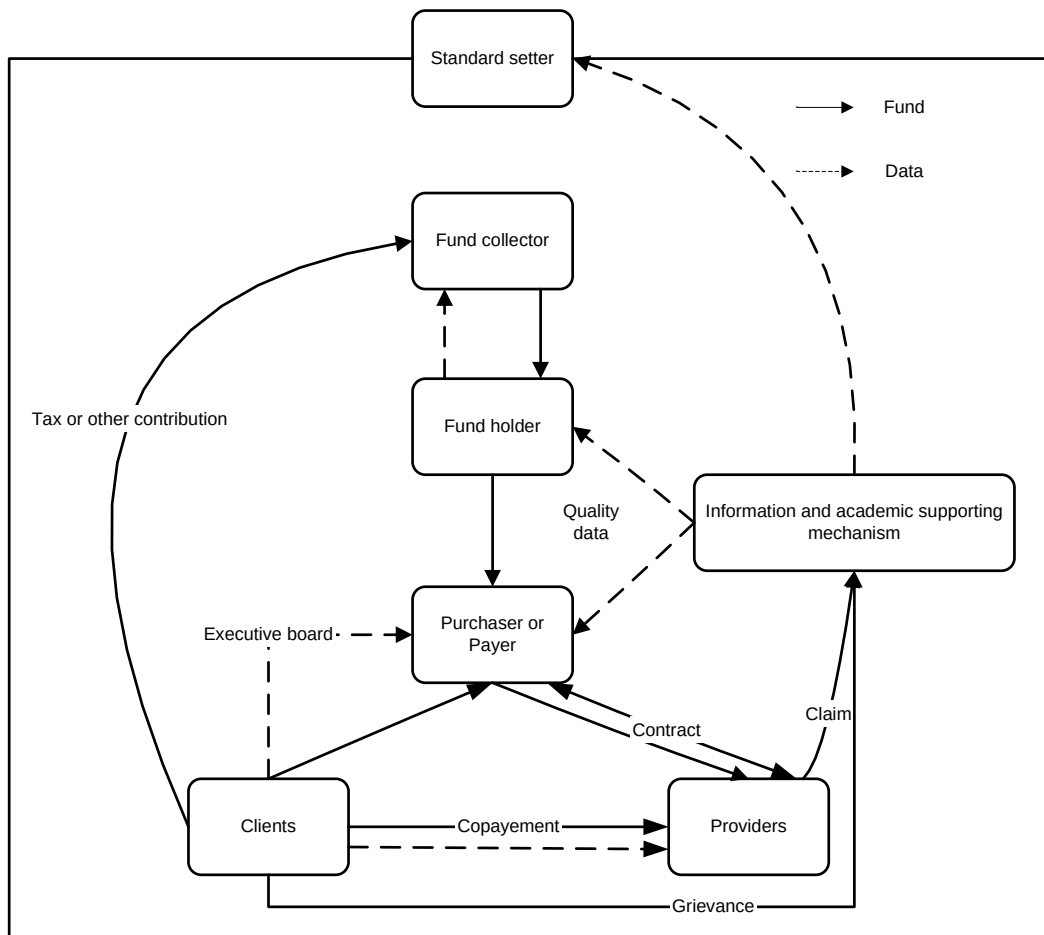
แผนภาพที่ 1 ข้อเสนอความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ในข้อเสนอดังกล่าวยังเสนอถึงระบบการไหลเวียนของข้อมูลและการไหลเวียนของงบประมาณ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบที่จะเกิดขึ้น โดยมีผู้มีส่วนได้เสีย แยกกันตามบทบาทความรับผิดชอบ โดยมีหน่วยงานที่สำคัญที่จะเกิดขึ้น และหน้าที่ที่จะต้องทำ คือ

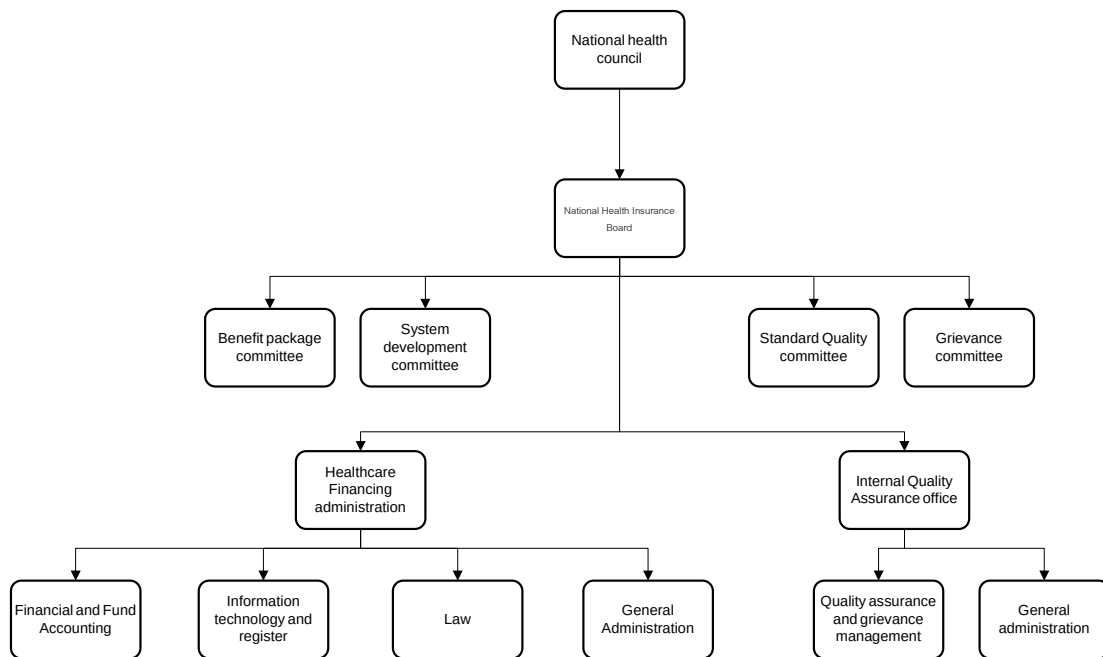
1. ผู้กำหนดมาตรฐาน (The standard setter or unifier) เป็นผู้ที่กำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเป็นผู้กำหนด ถึงสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จะให้รวมถึงการประมาณการงบประมาณตามสิทธิประโยชน์นั้น และเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ในเรื่องการให้บริการและเป็นผู้คุ้มครองด้วย
2. ผู้ถือเงิน (The fund holder) เป็นผู้จัดการด้านการเงินโดยรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ผู้ซื้อบริการ (The purchaser or payer) เป็นหน่วยงานบริการกองทุนในการถือเงินกองทุนเพื่อจัดการซื้อบริการ ให้ได้ประสิทธิภาพของระบบตามความจำเป็นและเป็นประโยชน์กับประชาชนผู้รับบริการ โดยบทบาทที่สำคัญจะเป็นการทำข้อตกลงกับหน่วยบริการในการซื้อบริการให้กับประชาชนผู้รับบริการ
4. ผู้เก็บเงิน (Fund collector) เป็นผู้เก็บเงินเพื่อเข้ามาใช้ในระบบ ซึ่งอาจจะเป็นการใช้ภาษีในการดำเนินงานหรือแหล่งเงินอื่นๆ
5. ผู้สนับสนุนข้อมูล (The information and academic supporting mechanism) เป็นส่วนสนับสนุนของระบบซึ่ง เป็นส่วนที่ให้ข้อมูลทางวิชาการ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการประมาณการงบประมาณ การพัฒนาระบบกลไก การจ่ายเงิน และข้อเสนอทางวิชาการอื่นๆ ต่อไป ตามแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 ข้อเสนอองค์ประกอบของระบบและกลไกการจัดการระบบ



ข้อเสนอโครงสร้างของระบบการบริหารคณะทำงานเสนอให้มีการออกกฎหมายเพื่อรองรับโครงสร้างดังกล่าว ตามแผนภาพที่ 3 โดยมีโครงสร้างที่สำคัญคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance board (NHIB)) โดยควรเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้กฎหมายที่กำหนดขึ้น โดยจะมีบทบาทในการเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของบริการ, มาตรฐานบริการและการจัดสรรงบประมาณให้กับผู้ให้บริการโดยกิจกรรมดังกล่าวอาจจะตั้งเป็นอนุกรรมการเพื่อดูแลแต่ละเรื่องตามความชำนาญขององค์ประกอบของคนที่เข้ามาเป็นอนุกรรมการได้ โดยภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าวจะมีหน่วยงานภายใต้ชื่อ 2 หน่วยงานคือ หน่วยงานบริหาร (Health care financing administration) และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพบริการให้เป็นไปตามที่กำหนด (Internal quality assurance office) และรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับระบบคุณภาพการบริการ การบริหารระบบในพื้นที่ จะมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริการกองทุนในพื้นที่ (Area purchaser board) ซึ่งผลของข้อเสนอคณะทำงานดังกล่าวได้รับการนำมาเป็นแม่บทในการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### แผนภาพที่ 3 ข้อเสนอโครงสร้างองค์กรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



### 3. โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้การบริหารงานของกระทรวง

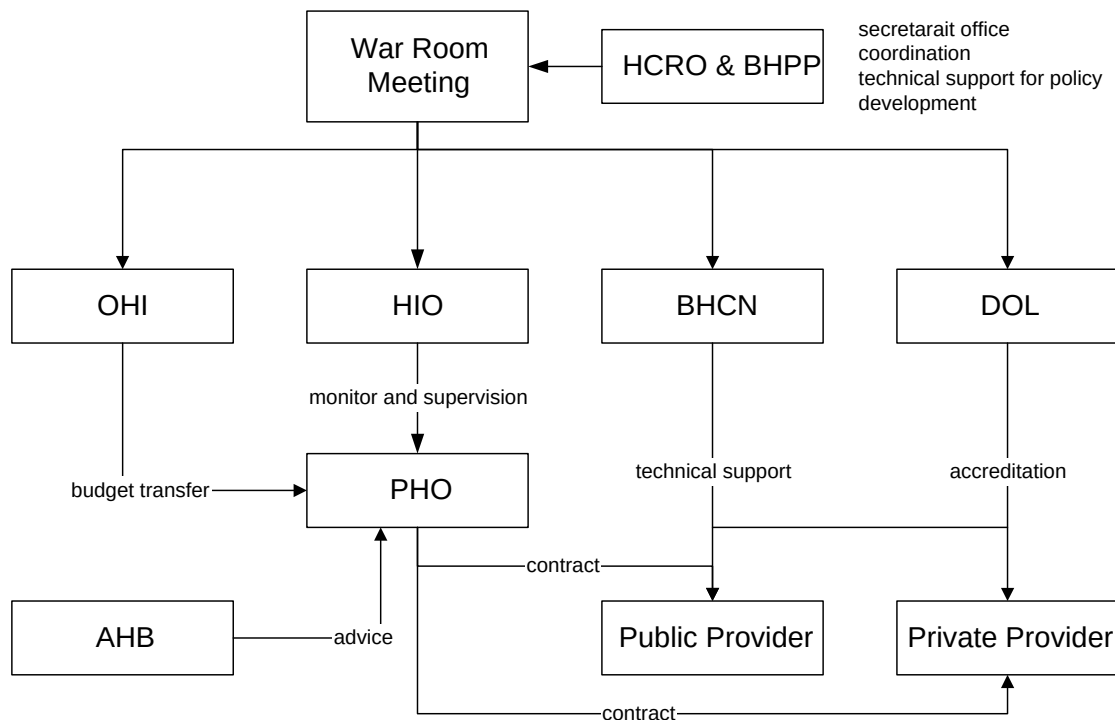
#### สาธารณสุข

ภายหลังจากการเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือน มกราคม 2544 กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารโครงการเป็นหลัก โดยได้เริ่มดำเนินการในเดือน เมษายน พ.ศ.2544 ใน 6 จังหวัด ซึ่งมีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานของการจัดการ ซึ่งได้มีการเริ่มวิจัยในพื้นที่ของจังหวัดเหล่านี้มาก่อนแล้ว

โครงสร้างของการจัดการภายในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงดังกล่าวได้มีการจัดตั้งหน่วยงานในการทำงาน โดยใช้หน่วยงานสองหน่วยคือ สำนักงานปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health care reform project) และ สำนักนโยบายและแผน โดยการทำงานจะมีการประชุมซึ่งเรียกว่า war room ในการทำหน้าที่ตัดสินใจปัญหาของการจัดการในช่วงเริ่มต้น และได้มีการเสนอข้อเสนอในการทำงานให้กับรัฐบาลในวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2544 โดยมีการจัดตั้งคณะทำงาน 10 คณะเพื่อทำข้อเสนอในเรื่องต่างๆ ของการดำเนินงานโดยองค์ประกอบของคณะทำงานได้จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ของการทำงาน นอกจากกลไกดังกล่าวแล้วในกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดูแลเรื่องระบบประกันคือ สำนักงานประกันสุขภาพ ส่วนที่ดูแลหน่วยบริการภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคือ กองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาล ซึ่งทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการได้ในช่วงต้น



แผนภาพที่ 4 แสดงโครงสร้างการบริหารงานภายใต้กลไกของกระทรวงสาธารณสุข



ในการดำเนินโครงการในช่วงทดลอง 6 จังหวัดแรกนั้นทำภายใต้หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้นยังไม่มีขยายไปในหน่วยบริการสังกัดอื่น และได้มีการขยายจังหวัดที่ดำเนินการเพิ่มเติมอีก 15 จังหวัดในเดือน มิถุนายน พ.ศ.2544 และในช่วงนี้ได้มีการเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการนอกสังกัดสาธารณสุขด้วย เช่น รพ.เอกชน และในเดือนตุลาคม ปีเดียวกันได้ขยายความครอบคลุมของโครงการไปในจังหวัดทั่วประเทศยกเว้นในกรุงเทพมหานคร ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากต้องมีการเตรียมความพร้อมของระบบภายในจังหวัดซึ่งมีความซับซ้อนกว่าจังหวัดอื่นๆ และได้เริ่มดำเนินการในเดือน เมษายน พ.ศ.2545

และเพราะว่าการดำเนินการภายใต้ระบบบริหารของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีข้อจำกัดในเรื่องขององค์ประกอบซึ่ง ไม่ได้รวมผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ จึงได้มีการเสนอโครงการชั่วคราวของหน่วยงานขึ้นเพื่อ ดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรองนายกรัฐมนตรี ผู้รับผิดชอบเป็นประธานคณะกรรมการนั้น โดยหน้าที่ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้นคือ การเตรียมความพร้อมในการวางระบบของการบริหารโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีการตั้งอนุกรรมการขึ้นมา 6 คณะเพื่อช่วยในการทำข้อเสนอเพื่อการดำเนินการให้ทัน กับกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งอยู่ในขั้นตอนของการเสนอกฎหมายในขณะนั้น คณะกรรมการทั้ง 6 ชุดดังกล่าวประกอบด้วยสาระสำคัญของเรื่องต่างๆที่ดำเนินการ คือ

- ◆ ระบบข้อมูลข่าวสาร
- ◆ ระบบการเงินการคลัง
- ◆ ระบบรับเรื่องร้องเรียน

- ◆ ระบบกำหนดคุณสิทธิประโยชน์
- ◆ ระบบการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพบริการ
- ◆ ระบบโครงสร้างของระบบ

#### 4. ผลการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาโครงสร้าง

จากผลการทำงานของคณะกรรมการดังกล่าวได้เสนอให้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารระบบ โดยที่คณะกรรมการดังกล่าวจะมีบทบาทในการประสานการทำงานกับ กองทุนประกันสังคม และ หน่วยงานที่รับผิดชอบกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ในด้านระนาบคือ การทำให้สิทธิประโยชน์ต่างๆ สอดคล้องกัน การประสานเรื่องข้อมูลข่าวสาร และการประสานเรื่องคุณภาพบริการต่างๆ โดยคณะทำงานได้เสนอหลักการในการบริหารระบบไว้ประกอบด้วย

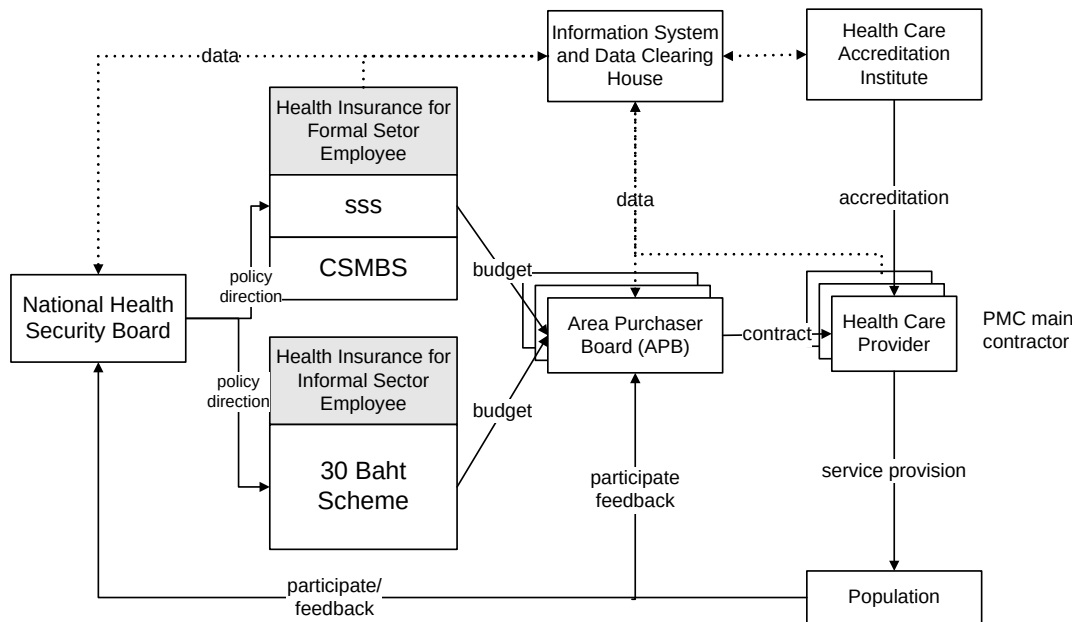
- ◆ purchaser provider split
- ◆ linking funding agency
- ◆ good governance
- ◆ stakeholder participation
- ◆ clear line of authority and flexibility

ในการทำงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเป็นผู้กำหนดทิศทางนโยบายด้านการเงินของระบบโดยทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่ดูแลงบประมาณในการซื้อบริการด้วย

อย่างไรก็ตามประเด็นที่ยังมีข้อถกเถียงในการบริหารระบบคือ เรื่องประชาชนที่จะรับผิดชอบของแต่ละพื้นที่ว่า ควรจะเป็นระดับไหนและขนาดเท่าไร ซึ่งจากข้อมูลเชิงวิชาการพบว่าในพื้นที่ที่จะทำให้การบริหารระบบหลักประกันมีความเป็นไปได้ พื้นที่แต่ละพื้นที่ต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 3 ล้านคน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการบริหารต่อขนาดข้อเสนอได้เสนอให้ทั้งประเทศมีสาขาที่จะบริหารกองทุนประมาณ 20 แห่งทั่วประเทศ โดยในช่วงเปลี่ยนผ่านได้มีการกำหนดให้ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้พื้นที่รับผิดชอบในการทำหน้าเป็นผู้ซื้อบริการระดับพื้นที่

ในการทำงานช่วงแรกได้มีการกำหนดให้ สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 แสดงโครงสร้างการทำงานในระยะก่อนการดำเนินการภายใต้กฎหมาย พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ในการเสนอข้อเสนอดังกล่าวมีข้อถกเถียงเรื่องบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมากว่าจะมีบทบาทอย่างไร ในอนาคต แต่เนื่องจาก ณ.ขณะนั้นกฎหมาย พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่มีผล และหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมีความคุ้นเคยในการบริหารงานระบบอยู่ก่อนจึงใช้หน่วยงานดังกล่าวทำหน้าที่ในการเป็นสำนักงานสาขา ก่อน

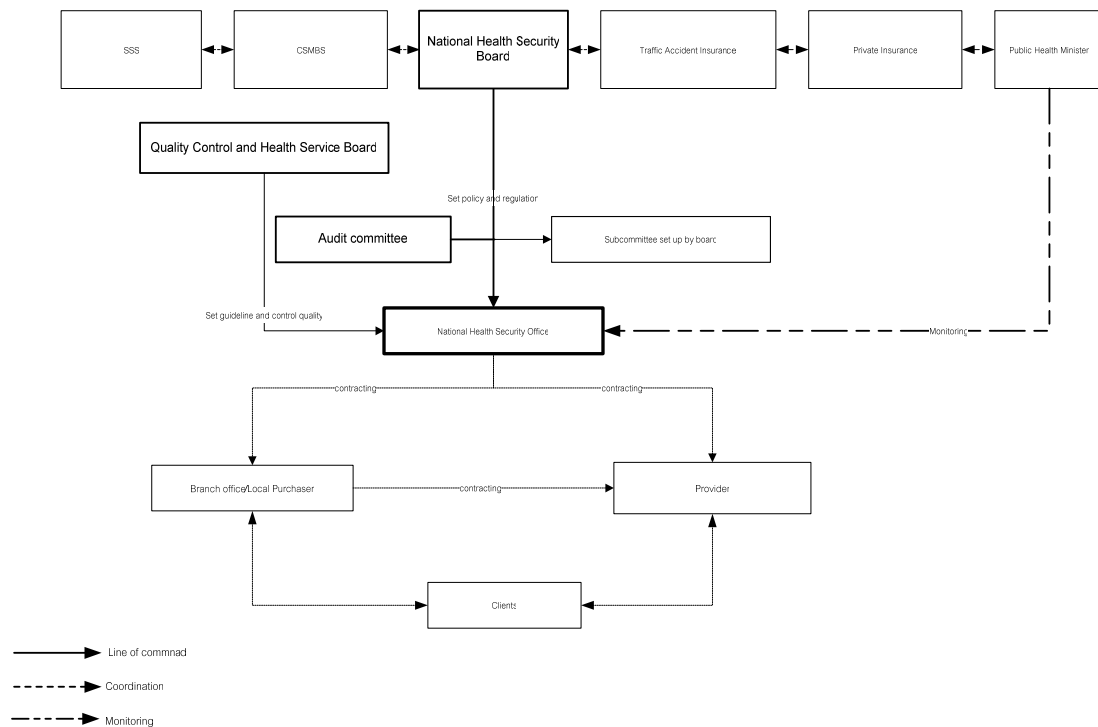
## 5. การบริหารโครงสร้างภายหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้

### 1. โครงสร้างตามกฎหมาย พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกฎหมายได้กำหนดให้มีหน่วยงานในการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ 3 หน่วยงานที่สำคัญคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหน้าที่ในการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ดังแผนภาพที่ 6

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ.2546 โดยมีองค์ประกอบของกรรมการ 31 คน โดยครึ่งหนึ่งได้จากการเลือกตั้ง และอีกประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการ

## แผนภาพที่ 6 โครงสร้างบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บทบาทตามกฎหมายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐานชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐานการให้บริการ เงื่อนไขการจ่ายเงินตามขีดความสามารถของบริการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ กำหนดหลักเกณฑ์ในการทำสัญญากับหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยคณะกรรมการ 36 คนซึ่งสัดส่วนที่มาของกรรมการจะคล้ายกับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีบทบาทในการควบคุม กำกับ สนับสนุน หน่วยบริการในด้านคุณภาพบริการที่ต้องเป็นมาตรฐาน นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการเสนอราคากลางของโรค กระบวนการรับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการของหน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการทั้งสองคณะ โดยเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทำหน้าที่เชิงโครงสร้างในการบริหารระบบหลักประกันให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนั้นยังมีหน้าที่ในการขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ ลงทะเบียน ผู้รับบริการ บริหารกองทุน สร้างระบบการชดเชยค่าบริการ ติดตามผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ ด้านคุณภาพบริการ และ รับเรื่องร้องเรียนของผู้รับบริการ

### 2. โครงสร้างภายใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

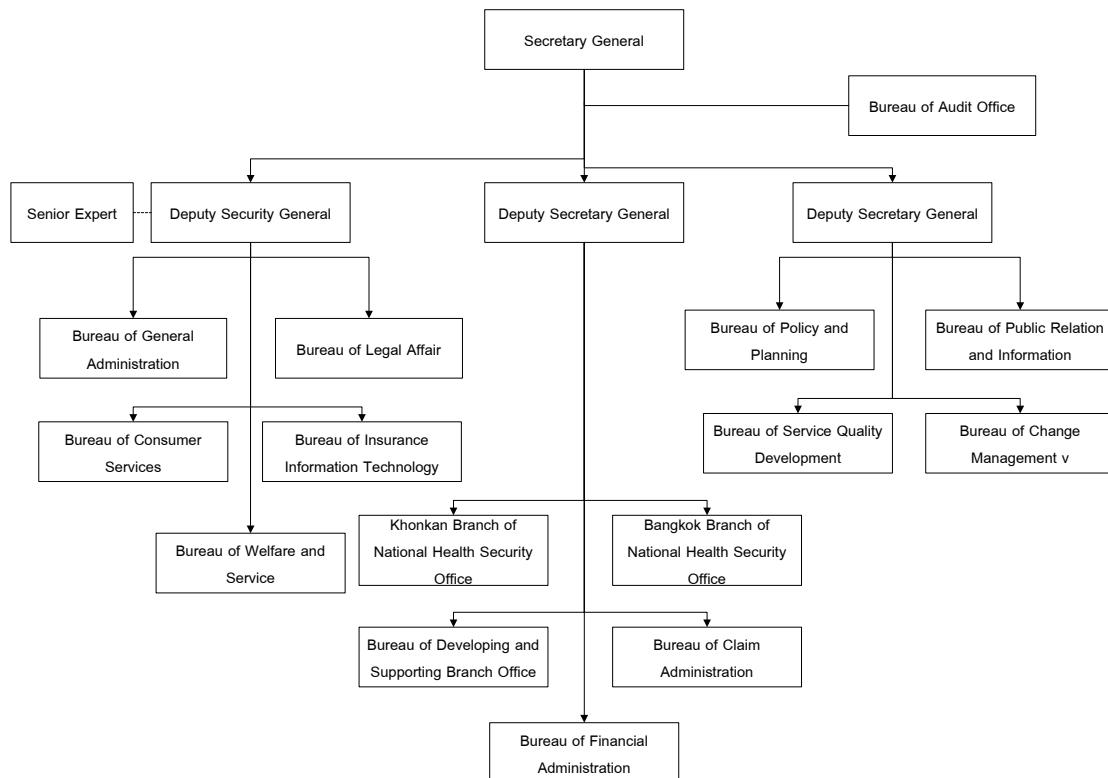
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี เลขานุการ เป็นผู้บริหารสูงสุด โดยมีโครงสร้างภายใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 15 สำนักตามหน้าที่ของแต่ละงานโดยแบ่งส่วนเป็นส่วนสนับสนุน และส่วนที่ทำหน้าที่รองรับผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้ซื้อบริการในพื้นที่

โครงสร้างภายในดังกล่าวมีสำนักงานสาขา สองแห่งคือที่จังหวัด ขอนแก่น และในกรุงเทพมหานครทำหน้าที่ในการเป็นผู้ซื้อบริการในพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนภาพที่7

ในการแบ่งโครงสร้างภายในดังกล่าวยังเป็นเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มตามภารกิจที่คล้ายกัน และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานภายในองค์กร โดยแต่ละกลุ่มรายงานตรงต่อ รองเลขาธิการ นอกจากนี้ในโครงสร้างดังกล่าวยังมี ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ และ ที่ปรึกษาพิเศษ ทำหน้าที่ในการช่วยงานด้านวิชาการและด้านการบริหารแก่เลขาธิการ

ในการกำหนดโครงสร้างภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมาย จะต้องกำหนดกระบวนการทำงานให้เกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ให้มากที่สุด เนื่องจากต้องมีการรายงานผลการปฏิบัติงานต่อคณะรัฐมนตรีอย่างสม่ำเสมอ และต้องรายงานต่อ รัฐสภาทุกปี

แผนภาพที่ 7 แสดงโครงสร้างองค์กรภายใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



## 6. ข้อสรุป

ในบทนี้ได้แสดงถึงหลักการ การปฏิบัติ เพื่อกำหนดโครงสร้างของระบบ และโครงสร้างขององค์กรที่เกี่ยวข้องในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามข้อเสนอโครงสร้างไม่ว่าจะเป็นอย่างไร ในการนำไปสู่การปฏิบัติจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และความต้องการในขณะนั้นอยู่ด้วยเสมอ ประสพการณ์ในการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แสดงถึงการพัฒนากระบวนการดำเนินการในด้านโครงสร้างและการดำเนินการเพื่อให้บรรลุผล การพัฒนาดังกล่าวส่วนสำคัญขึ้นกับโครงสร้างพื้นฐานที่รองรับ ผู้เกี่ยวข้อง และ นักวิชาการต่างๆ ที่เป็นแหล่งข้อมูลในการเสนอข้อเสนอในการดำเนินการ โดยที่ข้อมูลด้านวิชาการจะเป็นส่วนที่ช่วยผลักดันให้โครงการมีการพัฒนาอยู่เสมอ หลักการหลายอย่างได้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบโครงสร้างระบบและโครงสร้างองค์กร ซึ่งได้แก่ หลักการแยกผู้ซื้อ ผู้ขายบริการออกจากกัน การกระจายอำนาจ ความโปร่งใสในการทำงาน และการทำงานที่ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมของทุกส่วน จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

## Reference

1. Pitayarangsarit S. The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy responses (For the Degree of Doctor of Philosophy). London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2004.
2. Universal Coverage development team of Health Systems Research Institute. The proposal of Universal Coverage System. 1st edition. Nonthaburi: Design; 2001
3. Siamwalla, A. Implementing Universal Health Insurance. In: Phromporn Pramualratana, Suwit Wibulpolprasert, editors. Health Insurance System in Thailand. 1st ed. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2002.p. 224-228
4. National Health Security Act. B.E. 2545.





## บทที่ 4 การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ \*

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

### 1 บทนำ

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) ของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่นำโดย พรรคไทยรักไทย เป็นกระบวนการที่ไม่สามารถแยกออกจากกระบวนการพัฒนาด้านนโยบาย (Policy formulation) แม้ว่ารัฐบาลจะได้กำหนดหลักการสำคัญของรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ในคำแถลงนโยบายของรัฐบาล<sup>1</sup> เมื่อวันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 แต่รายละเอียดของระบบยังต้องอาศัยเวลาในการออกแบบ (system design) อย่างรอบด้านเพื่อนำไปปฏิบัติ การดำเนินโครงการนำร่องในระยะที่ 1 ในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 และระยะที่ 2 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 หวังผลที่จะได้บทเรียนเพื่อนำไปปรับให้การดำเนินงานมีอุปสรรคน้อยที่สุด แต่ช่วงเวลาของการทดลองสั้นเกินกว่าที่จะสรุปบทเรียน จนถึงวันที่การขยายการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศ เสี่ยงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติก็เห็นว่า “นโยบายไม่นิ่ง”

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกลไกในการบริหารจัดการให้เกิดการปฏิบัติงานที่บรรลุตามนโยบายที่ตั้งไว้ สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมักจะปรับเปลี่ยนให้การดำเนินการแตกต่างจากแนวคิดแรกเริ่ม [1] คุณลักษณะของตัวนโยบาย (policy characteristics) บางเรื่องอาจจะก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ดังนั้นการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันปัญหา หรือแก้ปัญหาย่างทันการให้กับผู้ปฏิบัติก็จะช่วยให้นโยบายมีโอกาสสัมฤทธิ์ผล และยั่งยืนต่อไปได้

ในบทนี้จะวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นจนนำไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาในจังหวัดสระบุรี เพื่อสร้างความเข้าใจตลอดกระบวนการ ข้อมูลที่ศึกษาได้มาจากการทำวิทยานิพนธ์ในปีพ.ศ. 2544 -45 [2] ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร การเข้าสังเกตการณ์ในการประชุมต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และสนทนากลุ่มกับประชาชน (Focus group discussion) บทนี้จะพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติที่เกิดจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 ประเด็นคือ 1) การจัดให้มีหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ 2) การจัดเงินให้สถานบริการตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน 3) การขยายบริการของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย และ 4) การปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย

### 2 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงเปลี่ยนผ่าน

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคดำเนินการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเป็น 4 ระยะในช่วงปี พ.ศ.2544 -2545 ระยะเริ่มต้นในเดือนเมษายน 2544 ดำเนินการทดลองใน 6 จังหวัดโดยใช้พื้นที่และรูปแบบของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชน

<sup>1</sup> คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา, 26 กุมภาพันธ์ 2544

- ผู้บริหารโครงการต้องการให้มีส่วนร่วมมากที่สุด ในช่วงเริ่มต้นต้องการจัดตั้งองค์กรที่มีความคล่องตัว ภายใต้ องค์กรอิสระ โดยมีความพยายามที่จะดึงให้ส่วนที่อยู่นอก กระทรวงสาธารณสุข มามีส่วนร่วม ได้อย่างกว้างขวางมาก ยิ่งขึ้น แต่ไม่สำเร็จเพราะไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- การดำเนินงานมีการตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานเฉพาะกิจหลายชุด ในที่สุดได้จัดตั้ง ศูนย์ปฏิบัติการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ในเดือนกันยายน 2544 คณะกรรมการที่เกิดขึ้นตามลำดับมีดังนี้

คณะทำงาน 10 คณะที่แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อศึกษารายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ และ องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการดำเนินงาน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและ มาตรฐานการดำเนินงาน ในการดำเนินการนำร่องใน 6 จังหวัด

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ใน การพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ

คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาแก่ คณะรัฐมนตรีในด้านนโยบายแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่างๆ

คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทำ หน้าที่ดูแลการดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการจัดกลไกและหาความร่วมมือ เพื่อขยายการดำเนินการ

### 3 กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation)

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น เป็นกลไกที่ใช้ในการบริหารจัดการเพื่อให้ นโยบายบรรลุตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้

เมื่อพรรคไทยรักไทยได้เป็นรัฐบาล นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนที่ รัฐบาลตัดสินใจดำเนินการทันที โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) ดำเนินการนำร่องระยะที่ 1 ในพื้นที่ 6 จังหวัด ในเดือนเมษายน 2544 และขยายพื้นที่นำร่องระยะที่ 2 อีก 15 จังหวัด ในเดือนมิถุนายน 2544 ซึ่งต่อมา รัฐบาลได้ตัดสินใจขยายโครงการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และในพื้นที่ บางเขตของกรุงเทพฯ ในเดือนตุลาคม 2544

จากการศึกษา พบว่า กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นั้นเป็นเพียงกลไกในการบริหารจัดการให้เกิด การปฏิบัติงานที่บรรลุตามนโยบายที่ตั้งไว้ ซึ่งนโยบายนั้นมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มาก-น้อยเพียงใด ขึ้นอยู่ กับคุณลักษณะของตัวนโยบาย ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของตัวนโยบาย ปัจจัยทรัพยากร และบริบท ที่เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของโครงการ

|                                           | โอกาสประสบความสำเร็จต่ำ                                | โอกาสประสบความสำเร็จสูง                                   |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. คุณลักษณะของตัวนโยบาย                  |                                                        |                                                           |
| เทคโนโลยีที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ             | ซับซ้อน                                                | ง่าย                                                      |
| ต้องการการเปลี่ยนแปลง                     | มาก                                                    | เล็กน้อย                                                  |
| ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง                   | มาก                                                    | จำกัด ยิ่งน้อยยิ่งดี                                      |
| การแสดงเป้าประสงค์ของนโยบาย               | ไม่ชัดเจน ขัดแย้งกันเอง                                | ชัดเจน เข้าใจง่าย                                         |
| จำนวนวัตถุประสงค์หลัก                     | หลายวัตถุประสงค์                                       | วัตถุประสงค์เดียว                                         |
| ช่วงเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง            | ใช้เวลานาน ยืดเยื้อ                                    | ใช้เวลาสั้น รวดเร็ว                                       |
| ความชอบธรรมของโครงการ                     | ไม่ชอบธรรมและไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนและผู้ปฏิบัติ | ชอบธรรมและได้รับการยอมรับจากประชาชนและผู้ปฏิบัติ          |
| ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติ           | มีน้อย                                                 | มีมาก                                                     |
| แรงสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ                  | แรงดันสูง                                              | แรงสนับสนุนมาก                                            |
| การสื่อสารและการประสานงาน                 | บกพร่องและมีน้อย                                       | ดี และเข้าใจตรงกัน                                        |
| 2. ทรัพยากร                               |                                                        |                                                           |
| จำนวนเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาล              | มีน้อย                                                 | มีมาก                                                     |
| จำนวนเตียง และทรัพยากร                    | มีน้อย                                                 | มีมาก                                                     |
| 3. บริบทที่เกี่ยวข้อง                     |                                                        |                                                           |
| ความมั่นคงของรัฐบาล และการเมือง           | ไม่มั่นคง                                              | มั่นคง                                                    |
| สภาพเศรษฐกิจ                              | เศรษฐกิจซบเซา                                          | เศรษฐกิจเฟื่องฟู                                          |
| การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ | ไม่สมบูรณ์ สถานพยาบาลกระจายตัวไม่ดี                    | สมบูรณ์ โครงสร้างครอบคลุม เครือข่ายทุกพื้นที่ กระจายตัวดี |
| ข้อจำกัดด้านข้อมูลข่าวสาร                 | ระบบไม่ดี สื่อสารในวงแคบ คลาดเคลื่อน                   | ระบบดี สื่อสารได้จับใจ ถูกต้อง มีระบบข้อมูลย้อนกลับ       |
| การปฏิรูปอื่นๆ                            | ทิศทางขัดแย้งกับนโยบาย หรือ ก่อให้เกิดแรงต้านนโยบาย    | ทิศทางสอดคล้องกับนโยบาย หรือ ก่อให้เกิดแรงเสริมกับนโยบาย  |

ที่มา: ทบทวนจากหลายการศึกษา [1, 3, 4]

ถึงแม้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่มีประเด็นที่ซับซ้อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก มีจำนวนผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ในการสร้างความร่วมมือและสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทำได้ไม่ดีและมีเวลาน้อย และการตัดสินใจขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศอย่างรวดเร็วของรัฐบาล ทำให้ขาดการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ อาศัยความพร้อมของระบบเดิมและองค์ความรู้เดิมในการดำเนินงานตามนโยบายทันที

การดำเนินงานที่เร่งรีบและความไม่ชัดเจนในประเด็นต่างๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติได้ รัฐบาลใช้วิธีการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Learning by doing) ดำเนินการในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติพร้อมๆกันกับกระบวนการพัฒนานโยบาย

ซึ่งในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น พบว่าคุณลักษณะของตัวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางเรื่อง ก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน การป้องกันหรือการแก้ปัญหาอย่างทันการจะช่วยให้ นโยบายสามารถดำเนินการได้ ง่าย มีโอกาสสัมฤทธิ์ผล รัฐบาลมีการดำเนินกลยุทธ์ในนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในอันที่จะแก้ไขปัญหาที่อาจจะเป็น อุปสรรคต่อการดำเนินงาน ซึ่งเป็นข้อสังเกตของผู้วิจัยดังนี้

- ‘Learning by testing’ – to fit the policy to the local context: เรียนรู้โดยการปฏิบัติ แล้วปรับให้ นโยบาย สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และการทำงานของจังหวัดต่างๆ
- Creating space for bargaining and negotiation: เปิดเวทีให้มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ ตัวอย่างเช่นการจัดให้มี War Room และการจัดตั้งคณะทำงานต่างๆ เป็นต้น
- Prompt problem solving and inviting participation: มีกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเร่งด่วนอย่าง มีส่วนร่วม
- Maintaining leadership: คงภาวะความเป็นผู้นำไว้ที่ตัวรัฐมนตรีกระทรวง ซึ่งจะทำให้ทิศทางของนโยบายไป ในทางเดียว ไม่แกว่ง
- Legitimising a stable policy by law: สร้างความยั่งยืนและความชอบธรรมให้โครงการโดยผ่านกระบวนการ ออกเป็นพระราชบัญญัติ
- Introducing a grievance process: การจัดระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งจะช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย.

#### 4 กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี

เพื่อวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงการนำไปปฏิบัติจริง และสร้างความเข้าใจในกระบวนการที่เกิดขึ้นว่า กระบวนการในการนำนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติเป็นอย่างไร มีผลกระทบอย่างไร ผู้ศึกษาจึงยกตัวอย่างกรณีศึกษา โดยใช้จังหวัดสระบุรีเป็นพื้นที่ในการศึกษา

- ลักษณะข้อมูลทั่วไป ที่ตั้งอยู่ห่างจากกรุงเทพฯประมาณ 107 กิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น 13 อำเภอ มี จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 168,979 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 607,600 คน และรายได้รวมของประชากรใน จังหวัดเมื่อปี 2543 เท่ากับ 115,539 ล้านบาท

- ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางรับการส่งต่อผู้ป่วย มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งที่อำเภอพระพุทธ บาท โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ 2 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก 3 แห่ง รวมทั้งมี วิทยาลัยพยาบาล และจากข้อมูลปี 2542 ที่แสดงให้เห็นว่า สระบุรีมีอัตราของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อประชากรสูงกว่าสัดส่วนโดยรวมของประเทศ ยกเว้น ทันตแพทย์

- ข้อมูลการเจ็บป่วยของจังหวัดสระบุรี เมื่อนำไปเทียบกับจังหวัดอื่น พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยเฉลี่ยของ ประชากรที่ใกล้เคียงกัน ขณะที่อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย พบว่าสระบุรีมีอัตราค่อนข้างต่ำกว่าจังหวัดอื่น และการเข้ารับบริการของประชาชนในจังหวัดเมื่อเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ร่วมกับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล เอกชน และโรงพยาบาลชุมชน มีอัตราส่วนเป็น 46%, 38% และ 17% ตามลำดับ

- การเข้าร่วมโครงการของจังหวัดสระบุรี มีทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่สมัครเข้าร่วม

- งบประมาณที่ได้รับจัดสรรภายใต้โครงการแบบเหมาจ่ายรายหัวและรวมเงินเดือนไว้ในงบ ไม่สอดคล้องกับความต้องการของสถานพยาบาลในจังหวัด ทำให้มีการขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกองทุนเพื่อความมั่นคงของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund)

### การดำเนินการของจังหวัดสระบุรี

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะแรก ตัวนโยบายเป็นเพียงหลักการกว้างๆ เพื่อให้จังหวัดง่ายต่อการนำไปบริหารจัดการ ระยะที่สองเช่นกัน ความเร่งรีบที่จะดำเนินการ โดยที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้กำหนดระเบียบหรือแนวทางปฏิบัติที่แน่นอน ทำให้แต่ละจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการต้องหารูปแบบในการบริหารจัดการ โดยเรียนรู้จากระยะแรก ในช่วงเวลาสั้นๆ

สระบุรีเป็น 1 ใน 15 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในระยะที่ 2 รูปแบบของการบริหารจัดการในระดับจังหวัด จึงมีลักษณะและโครงสร้างทางการบริหารคล้ายกับจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในระยะแรก

ในการดำเนินงาน ผู้ที่รับผิดชอบโครงการในระดับจังหวัดคือ งานประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่กำกับดูแลการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ บริหารจัดการงบประมาณ พัฒนาระบบข้อมูล และเทคโนโลยี จัดเครือข่ายบริการ กำกับดูแลมาตรฐานของหน่วยบริการ และประสานงานโครงการ โดยมีหัวหน้างานที่เคยมีประสบการณ์ในการบริหารกองทุนประกันสังคมทำหน้าที่บริหารจัดการ และผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการเงิน ภายใต้การให้คำปรึกษาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ที่จัดตั้งตามแนวทางของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

มีการตั้งคณะทำงานต่างๆขึ้น เพื่อที่จะช่วยให้โครงการบรรลุเป้าหมาย และมีคณะ กรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด ที่ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธาน หัวหน้าฝ่ายต่างๆในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสาธารณสุขอำเภอคอยกำกับดูแลและประเมินผลการดำเนินงานโครงการภายในจังหวัด

จะเห็นว่า ในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ ซึ่งความสำเร็จในการบริหารโครงการต้องอาศัยความสามารถของผู้บริหารเป็นอย่างสูง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีภาวะผู้นำ รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ นโยบายจะถูกนำไปสู่การปฏิบัติภายใต้การบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ ซึ่งจะต้องมีแนวทางในการปฏิบัติเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

### การสื่อสารนโยบาย

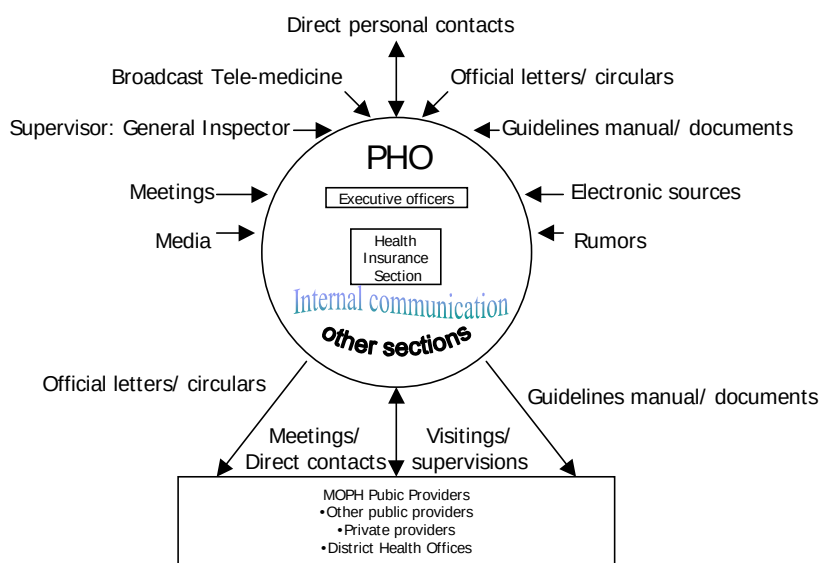
การสื่อสารสาระสำคัญของนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ จำแนกได้ 3 ส่วนใหญ่ๆคือ การสื่อสารนโยบายจากส่วนกลางสู่จังหวัด, การสื่อสารภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, และการสื่อสารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสู่ผู้ปฏิบัติระดับอำเภอและตำบล ทั้งสามส่วนมีผลให้การรับรู้ของผู้ปฏิบัติแตกต่างไปจากนโยบายตั้งต้น

การสื่อสารในภาพที่ 1 การสื่อสารจากส่วนกลางสู่จังหวัด มักจะเป็นการสื่อสารทางเดียว และมักรับรู้ว่าเป็นนโยบาย ต้องทำตามนั้น” ส่วนการสื่อสารภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระหว่างฝ่ายต่างๆ เป็นสื่อสาร 2 ทาง และเป็นไปเพื่อการประสานและมอบหมายงาน มากกว่าการวิเคราะห์ข่าวสารแล้วทำการตัดสินใจ ส่วนการสื่อสารระหว่างจังหวัดสู่ผู้ปฏิบัติระดับอำเภอ มีลักษณะเป็น 2 ทาง และมีอาจการต่อรอง เกิดขึ้นที่ระดับนี้ด้วย

จะเห็นได้ว่าการสื่อสารทางเดียวจากระดับส่วนกลางสู่ระดับจังหวัด ยังมีช่องว่างให้มีการพัฒนาไปสู่การสื่อสาร 2 ทาง เพื่อความเข้าใจในหลักการ และเพิ่มโอกาสให้จังหวัดได้พิจารณา วิเคราะห์ข่าวสาร เพื่อการตัดสินใจ ให้เหมาะสมกับจังหวัด ได้อีกระดับหนึ่ง

การเปิดโอกาสให้ระดับปฏิบัติได้มีโอกาสต่อรอง หรือปรับการปฏิบัติให้สอดคล้องกับศักยภาพ และบริบทของตนเอง สามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ แต่ต้องยอมรับผลของความแตกต่างในแต่ละพื้นที่

ภาพที่ 1 การสื่อสารนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างจากจังหวัดสระบุรี



การดำเนินงานตามโครงการ สระบุรีมีกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

### ก. การจัดให้มีหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ

จากแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นการสร้างหลักประกันการเข้าถึง บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็นสำหรับทุกคน โดยประชาชนต้องมีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการปฐมภูมิที่ตนพอใจ สนับสนุนให้สถานบริการระดับปฐมภูมิทำงานกันเป็นแบบเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชน การเลือกขึ้นทะเบียน ระยะแรก จะกำหนดโดยอาศัยเขตพื้นที่ปกครอง ระยะต่อไปจึงจะเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วย บริการระดับปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง ดังนั้น ประชาชนทุกคนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสระบุรี สามารถที่จะไปขึ้น ทะเบียนกับสถานพยาบาลภายในจังหวัด

เมื่อเริ่มดำเนินการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดได้เลือกสถานพยาบาล และตั้งขึ้นเป็นแม่ข่ายหลัก 2 แห่ง ตามแบบประกันสังคม แต่เนื่องจากแนวทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความสำคัญกับการมี และใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดจึงสนับสนุนให้สถานบริการทุกแห่ง หรือสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนเข้า

ร่วมให้ บริการในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งจากการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ ทำให้ภายหลังได้มีการขยาย เครือข่ายบริการออกเป็น 12 เครือข่าย

นโยบายนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามและพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น มีการเสนอให้สระบุรีเป็นจังหวัดทดลองนำร่องในปี 2546 ให้ประชาชนสามารถเลือกสถานหน่วยบริการได้ด้วยตนเองถ้า มีสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่งในเขตพื้นที่การปกครองนั้น ส่วนประชาชนที่อาศัยอยู่ระหว่างรอยต่อสองอำเภอ สามารถ จะเลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านได้

หน่วยบริการคู่สัญญาจะมีบริการระดับปฐมภูมิโดยผ่านเครือข่าย ซึ่งจะมีแพทย์ 1 คนต่อจำนวนประชากร 10,000 คน ในปี 2545 สระบุรีได้พัฒนาหน่วยคู่สัญญาภายในจังหวัดถึง 20 แห่ง และวางแผนพัฒนาสถานีอนามัยทุก แห่งในจังหวัด ให้เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใน 5 ปี โดยที่การเพิ่มจำนวนของหน่วยบริการคู่สัญญาจะขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่และความ สามารถของโรงพยาบาลต่าง ๆ มากกว่าจำนวนประชากร ซึ่งหน่วยบริการคู่สัญญาจะทำหน้าที่ ดูแลสุขภาพของประชาชนและชุมชน ควบคุมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า “สร้างนำซ่อม”

#### ข. การจัดเงินให้สถานบริการตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน

ระยะเปลี่ยนผ่าน ในปีงบประมาณ 2545 งบประมาณที่โครงการ 30 บาทจัดสรรเงินให้จังหวัดใช้งบประมาณ แบบใหม่ที่กำหนดให้รวมเงินเดือนในงบประมาณสุขภาพ สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานบริการ จะแยกงบประมาณหมวดเงินเดือนที่จะจ่ายให้กับสถานบริการของรัฐไว้เป็นการเฉพาะ โดยสถานบริการของรัฐจะได้รับ จัดสรรเงินงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว คุณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน หักด้วย งบประมาณหมวด เงินเดือน

ถ้าคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คุณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน (1,052 บาท × จำนวน ประชากร 403,000 คน) ปี 2545 สระบุรีจะได้รับการจัดสรรงบประมาณ 424 ล้านบาท แต่เมื่อคำนวณหมวดเงินเดือน พบว่าเป็นเงินถึง 463.4 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าประมาณการที่จะได้รับจากเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ไม่สามารถที่จะดำเนินงาน ภายใต้นโยบาย 30 บาทได้ เพื่อแก้ไขปัญหাসระบุรีจึงต้องขอรับการช่วยเหลือจากงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของ ระบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund) 215.3 ล้านบาท ให้กับสถานพยาบาล 6 แห่ง มีการทำแผนปฏิรูปเพื่อขอรับ การจัดสรรภายใต้หลักเกณฑ์ของคณะกรรมการบริหารกองทุนที่กำหนดไว้ว่า “สถานพยาบาลที่จะขอรับการสนับสนุน ส่วนนี้ รายรับทุกประเภทของสถาน พยาบาลต้องไม่เกิน 1.5 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร ” <sup>3</sup> ซึ่งสถานพยาบาลใน สระบุรีมีค่าเฉลี่ยเพียง 1.4 ต่ำกว่าเงื่อนไขที่กำหนดไว้ โดยที่คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบอนุมัติเงินช่วยเหลือเพียง 85.5 ล้านบาท แบ่ง 60 % เพื่อใช้ในหมวดเงินเดือน และ 40 % สำหรับจัดสรรให้กับโรงพยาบาลชุมชน การตัดสินใจ ดังกล่าวส่งผลต่อการหักเงินเดือนของหน่วยบริการคู่สัญญา ทำให้มีการเปลี่ยนรูปแบบในการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ คู่สัญญา

สำหรับการจัดเงินให้กับสถานบริการภาคเอกชน จะได้รับงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คุณ จำนวน ประชากรที่ขึ้นทะเบียน โดยรวมงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน เบิกจ่ายโดยตรงผ่านงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ในการจัดเงินให้สถานบริการ สระบุรีมีรูปแบบที่เกิดขึ้นถึง 4 รูปแบบใน 4 ระยะ คือ

<sup>3</sup> แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ,กันยายน 2544

รูปแบบที่ 1 (มิ.ช.-ก.ช. 2544) คือ แบบเหมาจ่ายรายหัวรวมงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับสถานพยาบาล 2 เครื่องมือ ที่มี แม่ข่ายหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จากนั้นเหมาจ่ายรายหัวแบบแยกงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยในให้นำมาจัดสรรเป็นให้กับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายของตน แล้วงบผู้ป่วยในจัดสรรตาม workload (DRG weight)

รูปแบบที่ 2 (ปลายปีงบประมาณ 2544 และปีงบประมาณ 2545) เป็นการจัดสรรแบบรวมงบค่ารักษาผู้ป่วยนอกและงบค่ารักษาผู้ป่วยใน โดยหักเงินเดือนไว้ที่สถานบริการ (Inclusive capitation)

รูปแบบที่ 3 (ปลายปีงบประมาณ 2545) เปลี่ยนกลับมาเป็น 2 เครื่องมือ ตามแม่ข่ายหลักทั้ง 2 แห่ง จากนั้นเหมาจ่ายรายหัวแบบแยกงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยในให้นำมาจัดสรรเป็นให้กับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายของตน แล้วงบผู้ป่วยในจัดสรรตาม workload (DRG weight) (exclusive capitation)

การเปลี่ยนแปลงไปมาที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยของทิศทางของผู้บริหารส่วนกลาง หรือเกิดจากข้อบ่งชี้ที่ว่า “ใช้การปฏิบัติเป็นบทเรียนและประเมิน แล้วปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม”

### ผลกระทบของนโยบายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ

#### ● การเงินของโรงพยาบาล

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลกระทบต่อรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาล จากที่คาดว่าจะได้รับจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวของประชากรที่ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลใดๆ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดกลุ่มสถานพยาบาลที่ขอรับเงินช่วยเหลือ พิเศษจากงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ คิดจากสัดส่วนของรายรับทั้งหมดของสถานพยาบาลต่อรายจ่ายด้านบุคลากร ซึ่งสถานการณ์ทางการเงินของเครือข่ายบริการสระบุรี แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายคู่สัญญา (CUPs) 10 ใน 12 แห่ง ต้องการงบประมาณมากกว่า 1,052 บาทต่อหัวประชากร แต่มีเพียง 6 แห่งเท่านั้นที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุน โดยเครือข่ายบริการของสระบุรีได้ถูกจัดเป็นกลุ่มไว้ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** เป็นเครือข่ายที่มีจำนวนประชากรในพื้นที่น้อยกว่า 20,000 คน โรงพยาบาลใน กลุ่มนี้มีต้นทุนคงที่เฉลี่ย 7.4 ล้านบาท และงบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 843.3 บาทต่อประชากร การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ไม่สามารถที่จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโรงพยาบาลที่มีสภาวะวิกฤติทางการเงินจะไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง

ปี 2545 คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มข้อเสนอในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร และมีจำนวนประชากรน้อยกว่า 25,000 คน โรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กและตั้งอยู่ใกล้กันหลายๆ แห่ง สามารถรวมเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ทำให้โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง หรือ ไม่สามารถรวมตัวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ ต้องหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่น เช่น โรงพยาบาลเสาไห้ มีข้าราชการและลูกจ้างภาคเอกชนในพื้นที่จำนวนมาก จึงหารายได้เพิ่มขึ้นจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลและกองทุนประกันสังคม



**กลุ่มที่ 2** เป็นเครือข่ายที่มีจำนวนประชากรพอเพียง ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะใช้ต้นทุนคงที่ร่วมกันได้ ตัวอย่างเช่น เครือข่ายของโรงพยาบาลแก่งคอยได้รับงบจากโครงการ UC เป็นจำนวนมาก จากการที่มีจำนวนประชากรที่ต้องดูแลถึง 500,000 คน จึงไม่จำเป็นต้องขอรับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง

ต่อมาเกิดปัญหา ทำให้เครือข่ายของโรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากกรณีที่โรงพยาบาลบ้านหม้อเกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ แพทย์จาก โรงพยาบาลพระพุทธบาทต้องหมุนเวียนมาช่วย โรงพยาบาลมีการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่นๆ จนเกิดผลกระทบต่อการทำงานของเครือข่าย จนต้องขอรับการช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง สักยภาพที่ลดลงมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่ 3

**กลุ่มที่ 3** เป็นเครือข่ายที่มีการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นในอัตราที่สูง จะบ่งบอกถึงศักยภาพของเครือข่ายว่ามีศักยภาพน้อยและการดำเนินงานไม่ดี จากข้อมูลของเครือข่ายโรงพยาบาลวิหารแดงและโรงพยาบาลหนองแค มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วย เทียบกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล คิดเป็น 53% และ 31% ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลวิหารแดง มีแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 9.5 คน โรงพยาบาลหนองแคมีแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 9.3 คน ค่าเฉลี่ยของจังหวัดคือแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 5.7 คน ในขณะที่โรงพยาบาลสระบุรีจะมีอัตรา 1: 4.6

**กลุ่มที่ 4** เป็นกลุ่มที่อาจถูกมองว่า ไม่มีประสิทธิภาพจากการที่มีศักยภาพสูงกว่าความต้องการ ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาทที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาด 400 เตียง แต่มีจำนวนประชากรลงทะเบียนเพียง 46,000 คน จึงดูเหมือนว่าความต้องการในการใช้บริการในพื้นที่มีน้อยเมื่อเทียบกับขนาดของโรงพยาบาล และคาดการณ์ว่าจะมีรายได้ทดแทนมาจากการรับผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย แต่พบว่าผู้ป่วยต้องการที่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี หรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า เมื่อไม่มีผู้ใช้บริการ รายได้จึงไม่เพิ่มขึ้น และไม่เข้าหลักเกณฑ์ที่จะขอรับเงินสนับสนุนได้ ซึ่งโรงพยาบาลพระพุทธบาทไม่ใช่โรงพยาบาลเดียวที่เกิดปัญหานี้ โรงพยาบาลอื่นก็ประสบปัญหาเช่นกัน

**กลุ่มที่ 5** เป็นกลุ่มที่ถูกมองว่า ถ้าโรงพยาบาลมีทรัพยากรมากและศักยภาพสูงจะทำให้มีผู้มาใช้บริการมาก และสามารถที่จะทำให้ดีขึ้นภายใต้นโยบาย UC โรงพยาบาลสระบุรีอาจเข้าข่ายนี้ แต่จากการพิจารณาข้อมูลการเงิน ทำให้พบว่ามีการขาดดุลในเรื่องงบประมาณ โดยโรงพยาบาลสระบุรีได้รับงบประมาณ UC เพียง 1.4 เท่าของเงินเดือน และต้องการเงินสนับสนุน 117.6 ล้านบาทตามการดำเนินงานตามนโยบาย แต่กองทุนสำรองอนุมัติเงินช่วยเหลือเพียง 56.4 ล้านบาท และโรงพยาบาลต้องได้รับเงินจากการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างปี 2544 ถึง 2545 จำนวน 105 ล้านบาท แต่ได้รับการจ่ายชดเชยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

หากพิจารณาประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้น จากทั้ง 5 กลุ่มเครือข่ายบริการ พอสรุปได้ว่า เครือข่ายบริการประสบปัญหาในการดำเนินงาน จากการจัดสรรงบประมาณในจังหวัดและปัญหาที่ตามมา แม้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากงบประมาณเพื่อความมั่นคงที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรขึ้นมา เพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงินในช่วงสองปีแรกของโครงการเท่านั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการขาดการกระจายตัวที่ดีของทรัพยากรด้านบุคคล โดยเฉพาะแพทย์ เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก ในปี 2545 โครงการมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มใช้งบประมาณแบบใหม่ซึ่งกำหนดให้รวมเงินเดือนในงบประมาณสุขภาพ และในปี 2546 การเปลี่ยนแปลงภายใต้โครงการ UC เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ซึ่งบางที่กระทรวงสาธารณสุข อาจจะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เช่น ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครือข่ายบริการ หรือระบบการส่งต่อในจังหวัด

### ● เครือข่ายบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในระยะแรกที่เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในจังหวัด ทำหน้าที่เป็นคู่สัญญาบริการ (Contracted Units for Primary Care : CUPs ) บริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากการเหมาจ่ายรายหัวด้วยตนเอง เมื่อประสบปัญหาในการดำเนินงานและปัญหาทางการเงิน ทำให้โรงพยาบาลชุมชน ต้องขอความช่วยเหลือจากจังหวัดในแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ระบบการส่งต่อถูกนำมาใช้อย่างชัดเจนขึ้น

ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลบ้านหมอ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่มีอัตราการลาออกของแพทย์สูง และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นที่ใหญ่กว่า ทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้โรงพยาบาลบ้านหมอ ต้องรับดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบริการอย่างเร่งด่วน เพื่อเรียกความน่าเชื่อถือจากผู้รับบริการ นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลรับส่งต่อเช่น โรงพยาบาลพระพุทธบาทจะปรับปรุงระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพจะช่วยผู้ป่วยได้มาก

### ● ผลกระทบต่อการบริหารจัดการ PCUs ทรัพยากรบุคคล และ ระบบการเงิน

ในปี 2545 สรรบุรี ได้กำหนดการบริหารในระดับเครือข่าย โดยให้โรงพยาบาลชุมชนต่างๆในจังหวัด ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายบริการ ( Contracted Units for Primary Care : CUPs ) บริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับด้วยตนเอง โดยให้โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 1 แห่งและสถานอนามัย 1 แห่ง

ในอำเภอแต่ละแห่งจะมีโรงพยาบาลชุมชน จัดบริการแยกส่วนเป็นศูนย์สาธารณสุขชุมชน (Primary Care Unit- PCU) 1 แห่ง และมีสถานอนามัยอย่างน้อย 1 แห่ง

งานบริการที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชนประกอบด้วย การดูแลแม่และเด็ก การดูแลก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การให้สุศึกษา การตรวจสุขภาพ การจ่ายยาและการเยี่ยมบ้าน แต่ละ PCU มีทีม 5 คนโดยประมาณ และเสริมด้วยทีมของโรงพยาบาล 5 คนซึ่งรวมทั้งแพทย์และเภสัชกร มาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การนัดหมายผู้ป่วยที่ PCUs เพื่อพบแพทย์ อาจมีมากถึง 80 รายต่อวัน ในขณะที่ปกติสถานอนามัยมีคนไข้ไม่ถึง 30 คนต่อวัน บางแห่งได้พัฒนาโครงการอื่นๆที่ได้รับงบประมาณส่งเสริมป้องกันเพิ่มเติมมาจากแม่ข่าย เช่นการตรวจมะเร็งเต้านม การให้สุศึกษาในชุมชนและโรงเรียน การป้องกันไข้เลือดออกด้วยการกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

เนื่องด้วยการขาดการวางแผนในการจ้างทรัพยากรบุคคล การโยกย้าย การกำหนดตำแหน่ง และบรรจุข้าราชการใหม่ไม่สอดคล้องกับปัญหาโดยมีสาเหตุหลักคือ

1. ไม่ได้มีการเขียนนโยบายเรื่องกำลังคนไว้ชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดผู้นำในการตัดสินใจเรื่องนี้
2. บทบาทหน้าที่และอำนาจการตัดสินใจไม่ชัดเจน ว่าหน่วยงานใดรับผิดชอบเรื่องกำลังคน ที่เชื่อมโยงทั้งการบรรจุ และการกำหนดค่าตอบแทน
3. ความขัดแย้งภายใน เรื่องการรวมเงินเดือนข้าราชการในสถานพยาบาล ซึ่งดูเหมือนยุ่งเหยิง

## การประเมินผลโดยประชาชนในโครงการ UC

นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติและประชาชนในระบุนี้อย่างน้อย 4 ด้าน

1. เพิ่มความเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการของสถานบริการ
2. เพิ่มความเป็นธรรมและเกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ
3. ขยายการบริการ โดยผ่านเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
4. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบเครือข่ายและระบบการส่งต่อ

จากการสนทนากลุ่มกับประชาชน เมื่อเดือนเมษายน 2545 ประชาชนเชื่อว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนยากจน ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสับสนระหว่างระเบียบปฏิบัติของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับกองทุนผู้ประสบภัยจากโรค และผู้มีรายได้น้อย โดยที่ประชาชนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย หรือบุคคลที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งไม่สามารถที่จะลงทะเบียนได้

ชาวบ้านผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกประทับใจในการเยี่ยมบ้านโดยทีมของสถานีอนามัย และการที่มีแพทย์มาให้บริการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการ พบว่า มีประชากรเพียง 20% จากจำนวนประชากรทั้งหมดที่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม และไม่ได้รับประโยชน์จากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากผู้สูงอายุ, เด็ก และผู้มีรายได้น้อยแล้ว ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ เกษตรกร คนงาน ร้านค้า ผู้ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีเพียงส่วนน้อยที่ได้ประโยชน์จากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม ประเด็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับบริการยังคงเป็นปัญหา และเงินช่วยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ 300 บาทต่อเดือนไม่เพียงพอที่จะทำให้ชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

## บทสรุป

ในสังคมที่มีองค์กรที่มีช่วงชั้นเช่นในประเทศไทย การตัดสินใจมักมาจากกระด้นบนสั่งการมาสู่ระดับล่างเพื่อให้ปฏิบัติ การจัดทำนโยบายและการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็วของกระทรวงสาธารณสุข บางทีอาจจะเป็นเพราะมีเจตนาที่ต้องการไม่ให้มีการคัดค้าน หรือไม่ให้มีเวลาพอที่จะปฏิเสธที่จะดำเนินการตามนโยบาย ทำให้ต้องแก้ไขปัญหามาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นมากมาย อันเนื่องมาจากท้าวางแผนปฏิบัติงานไม่ครอบคลุมประเด็นต่างๆให้กว้างขวางพอ

ข้าราชการ นักการเมือง ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับนโยบาย บ่อยครั้งที่ไม่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับนโยบาย อาจเพราะยึดติดกับความสนใจของตนเองมากกว่าประโยชน์ส่วนรวม อย่างไรก็ตามการตัดสินใจบนเรื่องที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนดูเหมือนจะออกมาในรูปของการประนีประนอม ซึ่งต้องมีความสอดคล้องยอมรับได้ที่เป็นไปตามเป้าหมายของนโยบาย ดังนั้นการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ จึงมีความยืดหยุ่นสูง

แรงผลักดันสำคัญที่ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบ เกิดมาจากกลุ่มคนภายนอกกระทรวงสาธารณสุข (นักการเมือง) ที่ได้รับการแนะนำหรือข้อเสนอแนะจากนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขเอง ปัจจัยหลักในการดำเนินนโยบาย คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ที่แสดงอย่างชัดเจนของผู้นำทางการเมือง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็งของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้น การดำเนินการอย่างมีทักษะและเต็มไปด้วยความยืดหยุ่น ผลักดันและตอบโต้กับ

แรงต่อต้านที่เกิดจากการไม่เห็นด้วยของข้าราชการบางกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผลมาจากผลกระทบด้านงบประมาณ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ใช้กลไกทางการเงินมาผลักดันให้เกิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้น โดยเริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2544 มีการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณจากระบบเดิม มาเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว โดยรวมเงินเดือนของบุคลากรไว้ในงบประมาณ สุขภาพ การเปลี่ยนระบบงบประมาณ ย่อมส่งผลกระทบต่อการเงินของโรงพยาบาลและความเชื่อมั่นของบุคลากร แม้ว่าบุคลากรจะมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายและมีความรับผิดชอบที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

อย่างไรก็ตาม ความไม่เชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อนโยบายได้คลี่คลาย เนื่องจากมีกองทุนสำรองเข้ามาสมทบให้มีงบประมาณที่จะจ่ายเงินเดือนของบุคลากรในจังหวัด และยังจัดบริการต่อไปได้ อีกทั้งผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีมีความสามารถ มีทักษะในการบริหารจัดการ พร้อมทั้งรับมือกับความเปลี่ยนแปลง มีการเตรียมระบบข้อมูลข่าวสารในการที่จะพัฒนาระบบสุขภาพของจังหวัด จึงทำให้สระบุรีประสบความสำเร็จในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ สำนักงานประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือเพื่อข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ Gill Walt ที่ให้คำแนะนำในการศึกษา พร้อมทั้งขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษา และขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำภาคภาษาอังกฤษ

## Reference

1. Grindle, M. and Thomas, J., *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*. 1991, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
2. Pitayarangsarit, S., *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses*, in *Public Health and Policy*. 2004, London School of Hygiene and Tropical Medicine: London. p. 253.
3. Cleaves, P., *Implementation amidst scarcity and apathy: political power and policy design*, in *Politics and Policy Implementation in the Third World*, Grindle, M., Editor. 1980, Princeton University Press: New Jersey.
4. Leighton, C. and Wouters, A., *Strategies for Achieving Health Financing Reform of Africa: Synthesis of HFS Project Experience*. Health Financing and Sustainability (HFS) Project. 1995, Bethesda, MD: Abt Associates Inc.



# บทที่ 5 การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย

สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์

สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล

## 1. บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญสองประการคือ การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข โครงการนี้มีการตั้งงบประมาณของโครงการและจัดสรรเงินให้กับจังหวัดต่างๆตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน (per capita budget) และกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญา (contracted primary care units) แบบปลายปิด คือเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณขอยุทธ (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยใน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจากแบบเดิมที่เป็นการจัดสรรตามที่ตั้งของสถานพยาบาลเป็นการจัดสรรตามรายหัวประชากรอย่างจับปล้นของโครงการ มีผลกระทบอย่างมากต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย ทั้งนี้เนื่องจากการกระจายของสถานพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นไม่ได้สอดคล้องกับการกระจายของประชากรตามภูมิภาคต่างๆ ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่และสถานพยาบาลที่ตั้งในเขตที่มีประชากรเบาบางได้รับงบประมาณลดลงในขณะที่สถานพยาบาลในเขตที่มีจำนวนสถานพยาบาลและบุคลากรเบาบางเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร (ซึ่งมีขีดจำกัดในการเพิ่มการจัดบริการ) ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาก สถานการณ์ดังกล่าวแย้งขึ้นไปอีกเมื่อโครงการนี้ได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการจัดบริการ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการในโครงการนี้คือการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยกำหนดให้สถานพยาบาลคู่สัญญาทุกแห่งต้องมีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit; PCU) ตามมาตรฐานที่โครงการกำหนด 1 แห่งต่อประชากรที่ขึ้นทะเบียน 10,000 – 15,000 คน ทั้งนี้แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

การให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานนั้นเป็นที่ยอมรับการทั่วไปว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยทุกคน อย่างไรก็ตามโครงการนี้ก็มีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยเป็นอย่างมากทั้งในด้านบวกและลบ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการดังกล่าวต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย โดยในการวิเคราะห์จะพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคเป็นหลัก ด้วยเหตุผลหลักสองประการคือ สถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขดูแลประชากรภายใต้โครงการนี้ประมาณร้อยละ 90 และด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่มี โดยทำการวิเคราะห์จากรายงานของสถานพยาบาลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การทำโพลของสำนักโพลต่างๆ ในบทนี้จะแบ่งการนำเสนอเป็นสามส่วนหลักด้วยกัน โดยในส่วนแรกจะเป็นการสรุปสาระสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลด้านการเงินและการจัดบริการ และส่วนที่สามเป็นการสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล

## 2. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การขยายหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนนั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการและให้มีงบประมาณที่เพียงพอในการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน และเพื่อความยั่งยืนของโครงการระยะยาว ในโครงการนี้ก็ได้ผนวกการปฏิรูปที่สำคัญสองประการคือ การปฏิรูประบบการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข

การคำนวณและกำหนดงบประมาณต่อหัวของโครงการในปีแรก (2544-2545) ในอัตรา 1,202 บาท นั้นทำโดยนักวิชาการและได้รับการยอมรับจากรัฐบาลโดยไม่มีการต่อรอง ในการคำนวณนั้นอาศัยข้อมูลการให้บริการ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2539 โดยไม่มีการปรับใดๆและกำหนดให้การใช้บริการของกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท และผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ) ในสถานพยาบาลทุกแห่งเป็นอัตราการใช้บริการที่ควรจะเป็นของโครงการ และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของการจัดบริการของสถานพยาบาลในระดับต่างๆในปี 2543 (1) การได้มาซึ่งงบประมาณต่อหัวดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องรวบรวมหมวดงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการส่วนบุคคลทั้งหมดที่เคยได้รับ เช่น งบประมาณของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล งบสมทบโครงการบัตรประกันสุขภาพ และงบของโครงการสาธารณสุขบางอย่าง<sup>1</sup> รวมกับงบประมาณในส่วนที่จะได้รับเพิ่มเติม ในปี 2546 ได้มีการเสนองบประมาณต่อหัวใหม่ในอัตรา 1,414 บาท โดยอาศัยข้อมูลการให้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ปี 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยสถานพยาบาลในปีเดียวกัน (2) อย่างไรก็ตามอัตรานี้ไม่ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลด้วยเหตุผลหลักคือ การใช้บริการของผู้ถือบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นส่วนหนึ่งไม่ได้ใช้สิทธิในโครงการดังกล่าว เช่นไปใช้บริการที่อื่นและจ่ายเงินเอง โดยอัตราการใช้สิทธิที่ได้รับการยอมรับในการตั้งงบประมาณคือ 80% สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ 100% สำหรับบริการผู้ป่วยใน ดังนั้นงบประมาณต่อหัวในปี 2546 ที่ได้รับก็ยังคงเท่าเดิม แต่ได้รับเพิ่มขึ้นในปีต่อมา คือ 1,308 ในปี 2547 และ 1,396 บาทในปี 2548 ทั้งนี้งบประมาณต่อหัวดังกล่าวได้มีการแบ่งเป็นส่วนๆดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 งบประมาณต่อหัว โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 – 2548

| ประเภท                                         | 2545 | 2546 | 2547  | 2548   |
|------------------------------------------------|------|------|-------|--------|
| 1. บริการผู้ป่วยนอก (OP) <sup>1/</sup>         | 574  | 574  | 488.2 | 533.01 |
| 2. บริการผู้ป่วยใน (IP) <sup>1/</sup>          | 303  | 303  | 418.3 | 435.01 |
| 3. บริการส่งเสริมป้องกัน (P&P) <sup>1/</sup>   | 175  | 175  | 206   | 210    |
| 4. บริการอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (AE) <sup>2/</sup> | 25   | 25   | 19.7  | 24.73  |
| 5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง <sup>2/</sup>      | 32   | 32   | 66.3  | 99.48  |

<sup>1</sup> เช่น โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรค เช่น วัคซีนโรคเรื้อรัง มาลาเรีย กามโรค โรคเอดส์ โครงการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษา เป็นต้น



| ประเภท                                                    | 2545    | 2546    | 2547    | 2548    |
|-----------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| 6. ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย <sup>3/</sup>                | -       | 10      | 10      | 10      |
| 7. งบประมาณการลงทุน <sup>4/</sup>                         | 93.4    | 83.4    | 85      | 76.8    |
| 8. พื้นที่ทุรกันดาร <sup>5/</sup>                         | -       | -       | 10      | 7       |
| 9. การชดเชยค่าเสียหายจากการรักษาตามมาตรา 41 <sup>6/</sup> | -       | -       | 5       | 0.2     |
| รวม                                                       | 1,202.4 | 1,202.4 | 1,308.5 | 1,396.3 |

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ:

<sup>1/</sup> จัดสรรให้กับจังหวัดต่างตามจำนวนหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน

<sup>2/</sup> บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการตามจ่าย กรณีการให้บริการอุบัติเหตุ อุบัติกรรม  
นอกจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน และกรณีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด

<sup>3/</sup> จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

<sup>4/</sup> จัดสรรให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน

<sup>5/</sup> จัดสรรให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดาร

<sup>6/</sup> กันไว้บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการ  
รักษาพยาบาลภายใต้โครงการ ตามมาตรา 41 ใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจัดสรรงบประมาณในปีแรก (2545) นั้น กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้กับจังหวัดต่างๆในลักษณะ  
เหมาจ่ายรายหัวในอัตราเฉลี่ยรวมเงินเดือน และได้มีการตั้งงบประมาณมั่นคงจำนวน 5,000 ล้านบาทขึ้นเพื่อช่วยเหลือ  
โรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากรูปแบบการจัดสรรดังกล่าว แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องเสนอแผนการเพิ่มประสิทธิภาพ  
ในการจัดบริการให้แก่คณะกรรมการพิจารณา ก่อนจะได้รับงบดังกล่าวเพิ่มเติม รูปแบบการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวได้รับการ  
ต่อต้านจากโรงพยาบาลและจังหวัดที่ได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก เป็นเหตุให้กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาเอา  
เงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรในปีต่อมา (2546) แต่ยังคงจัดสรรให้จังหวัดต่างๆในลักษณะตาม  
หัวประชากรในอัตราเฉลี่ยที่ไม่รวมเงินเดือน สำหรับในปี 2547 นั้น ได้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนตาม  
ความสามารถของโรงพยาบาลในการหาเงินจากแหล่งอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวใน  
การจัดสรรเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลใหญ่มากกว่าโรงพยาบาลเล็กเนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีส่วนของเงินเดือนมาก  
เมื่อเทียบกับงบต่อหัวทั้งหมดที่ได้รับ ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลใหญ่ก็มีความสามารถในการหาเงินจากแหล่งอื่น เช่น  
สวัสดิการข้าราชการและครอบครัว และประกันสังคมมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจาก มีศักยภาพในการให้บริการมากกว่า  
ทั้งในด้านชื่อเสียง เครื่องไม้เครื่องมือ และบุคลากร เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบประกันสังคม ทำให้มีคนไปใช้บริการ  
มากและมีรายได้จากแหล่งอื่นมากไปด้วย โดยอัตราเหมาจ่ายที่จัดสรรให้ โรงพยาบาลศูนย์เท่ากับ 300 บาท/หัว, 410 บาท/หัว  
สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป และ 490 บาท/หัว สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลนั้น ในช่วงสามปีแรก (2546 – 2548) หลังการประกาศใช้ พรบ.  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดสรรเงินงบประมาณรายหัวในส่วนของ  
สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้กับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อทำการจัดสรรให้กับจังหวัดและสถานพยาบาล

ต่างๆต่อไป ในปี 2545 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ให้จังหวัดต่างๆพิจารณาเลือกรูปแบบการตัดเงินเดือนได้ว่าจะตัดที่ระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ และรูปแบบการจ่ายเงินว่าจะจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับทุกประเภทบริการ (inclusive capitation) หรือจะแยกจ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว และบริการผู้ป่วยในแบบน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรค รวมภายใต้งบประมาณยอดรวม (exclusive capitation) อย่างไรก็ตามในปีถัดมา (2546) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกจังหวัดใช้รูปแบบในการจัดสรรเป็นแบบเดียวกัน คือ exclusive capitation เนื่องจากเกรงผลกระทบด้านลบของ inclusive capitation กล่าวคือจากการศึกษา พบว่าอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation นั้นสูงกว่าในโรงพยาบาลที่มีการจ่ายเงินแบบ exclusive capitation นอกจากนี้อัตราการส่งต่อในโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบ exclusive capitation ก็สูงกว่าในโรงพยาบาลที่ใช้ inclusive capitation (3) สำหรับอัตราการจ่ายทั้งในบริการผู้ป่วยนอกและในนั้น จังหวัดส่วนใหญ่กำหนดอัตราจ่ายเป็นอัตราเดียวไม่มีการปรับตามอัตราการป่วยและต้นทุน สำหรับการจัดบริการให้กับประชาชนแต่ละกลุ่มหรือแต่ละระดับของสถานพยาบาล สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละเครือข่ายนั้น แต่ละเครือข่ายมีอิสระในการกำหนดรูปแบบและอัตราการจ่าย อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกเครือข่ายต้องจัดสรรเงินให้กับสถานอนามัยอย่างเพียงพอในการจัดบริการทั้งในลักษณะบ่งพื้นฐาน และตามปริมาณบริการ

## 2.2 การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้สถานพยาบาลระดับต้นเป็นคู่สัญญาหลักในการจัดบริการ ด้วยเหตุผลหลักสองประการ (4) คือ สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการในลักษณะผสมผสาน เบ็ดเสร็จและรอบด้าน และต่อเนื่อง นอกจากนั้นการมีสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกในการให้บริการนั้นจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข เนื่องจากปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่สามารถแก้ไขและดูแลได้ในระดับปฐมภูมิ โครงการนี้ต้องการปรับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย จากระบบการให้บริการในโรงพยาบาลที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบบริการในระดับปฐมภูมิในชุมชนที่เน้น การดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งในด้านกาย จิตใจ สังคมและชุมชน

อย่างไรก็ดีเนื่องจากการขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้โครงการนี้ต้องเลือกโรงพยาบาลเป็นคู่สัญญาหลักในการให้บริการ แต่ก็มีกำหนดให้โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรฐานที่กำหนด หนึ่งแห่งต่อจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน 10,000 – 15,000 คน โดยในปีแรกของโครงการนั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นอย่างน้อยสองแห่ง คือหนึ่งแห่งในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลและอีกหนึ่งแห่งในเขตนอกตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล ในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่เลือกที่จะตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยแยกจากแผนกผู้ป่วยนอก แต่ตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาล แต่มีบางแห่งเลือกที่จะตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนหนาแน่นนอกโรงพยาบาล เช่นในเขตแหล่งเศรษฐกิจหรือตลาด (กรณีนี้โรงพยาบาลตั้งนอกเขตชุมชนหนาแน่น) ในการจัดบริการ โรงพยาบาลชุมชนนั้นส่วนใหญ่จะให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน (เนื่องจากขาดแคลนแพทย์) ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่ใช้แพทย์เฉพาะทางเวียนออกไปให้บริการ (เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลจังหวัดเป็นแพทย์เฉพาะทาง)

สำหรับในตำบลนอกเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยกระดับสถานอนามัยที่มีอยู่ขึ้นเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีพยาบาลหรือแพทย์เวียนออกไปให้บริการ โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่จัดบริการในลักษณะให้มีทีมแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลหมุนเวียนออกไปให้บริการในวันราชการหรือเป็นบางวัน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลหมุนเวียนกันออกไปให้บริการภายใต้การนิเทศของแพทย์ นอกจากนั้นในบางศูนย์สุขภาพชุมชนมีพยาบาลประจำเป็นผู้ให้บริการ จากการที่มีแพทย์และพยาบาลออกไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ก็มีการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมได้ดีเช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น จากโรงพยาบาลมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย

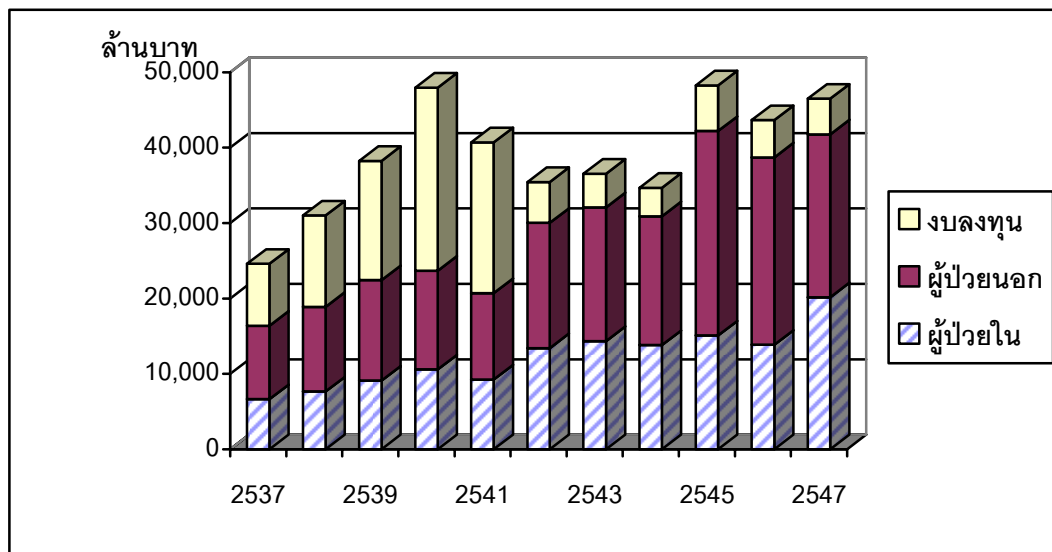
## **2.3 ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ**

### **2.3.1 ผลกระทบด้านการเงิน**

ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานการณ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลเกิดจากปัจจัยหลักสองประการคือ การได้รับงบประมาณต่อหัวที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยใน และปัญหาจากการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร

โครงการนี้ถูกวิพากษ์ว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยใน (5) ทั้งนี้เนื่องจากใช้อัตราการให้บริการในปี 2539 โดยไม่มีการปรับตามโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปและการเพิ่มของอัตราคนนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นระหว่างปี 2539 – 2544 จากการคำนวณใหม่โดยใช้ข้อมูลการให้บริการในปี 2544 และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆพบว่า ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยภายใต้โครงการดังกล่าวต่อหัวในปี 2544-5 นั้นสูงกว่างบประมาณต่อหัวที่ได้รับจริงประมาณ 212 บาท (2) จากข้อมูลแนวโน้มการรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการลงทุน ระหว่างปี 2537 – 2547 ดังแสดงในภาพที่ 1 พบว่าในปี 2545 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการที่ดำเนินงานเต็มพื้นที่ รายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 59 ของปีที่ผ่านมา จาก 17,077 ล้านบาท เป็น 27,111 ล้านบาท รายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเพียง 9% จาก 13,814 ล้านบาท เป็น 15,090 ล้านบาท นอกจากนั้นในปี 2546 พบว่ารายจ่ายรวมของกระทรวงสาธารณสุขลดลง ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณเพื่อความมั่นคงลดลงเป็นอย่างมากจาก 5,000 ล้านบาทในปีแรกเหลือเพียง 500 ล้านบาทในปีที่สองของโครงการ ในปี 2547 รายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีการปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในและลดลงสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ดังแสดงในตารางที่ 1 ชื่อน่าสังเกตอีกประการคือรายจ่ายด้านการลงทุนที่ลดลงอย่างมากตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและยังคงระดับที่ต่ำมาตลอด

ภาพที่ 1 รายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและงบลงทุน 2537 - 2547



แหล่งข้อมูล: รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537- 2544 (6) เฉพาะในส่วนกระทรวงสาธารณสุข

รายจ่ายปี 2545 – 2547 คำนวณจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับและงบประมาณที่ได้รับในส่วนที่นอกเหนือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

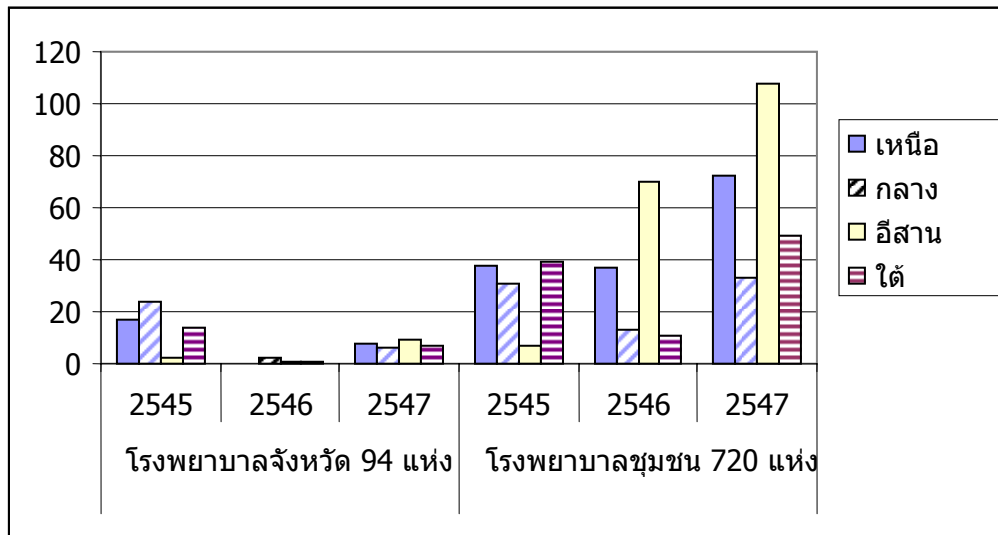
การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินอย่างเฉียบพลันจากการจัดสรรให้ตามการกระจายของสถานพยาบาลเป็นการจัดสรรให้ตามการกระจายของประชากรทำให้ขาดความสมดุลระหว่างเงินกับคน กล่าวคือ จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรมากกว่าเมื่อเทียบกับสัดส่วนกับจำนวนประชากรจะได้รับงบประมาณดำเนินการที่ลดลง เช่นจังหวัดในภาคกลางและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรจะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น เช่นในภาคอีสานและโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อมีการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณรายหัวก่อนที่จะทำการจัดสรรให้กับจังหวัดพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับการรวมเงินเดือนดังแสดงในภาพที่ 2

โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่คือร้อยละ 60 โดยเฉลี่ย ประสบกับปัญหาด้านการเงินในปีแรกของโครงการยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลจังหวัดในภาคนี้ที่ประสบปัญหาด้านการเงิน ในขณะที่ร้อยละ 16 ของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยประสบกับปัญหาดังกล่าวยกเว้นในภาคอีสานมีเพียงร้อยละ 3 ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้ที่มีปัญหาดังกล่าว

ในปีที่สองนั้นเมื่อมีการแยกเงินเดือนออกไปจากงบเหมาจ่ายรายหัวและจัดสรรงบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือนให้กับจังหวัดต่างๆในอัตราเท่ากันพบว่า โรงพยาบาลจังหวัดเกือบทุกแห่งในทุกภาคไม่มีปัญหาด้านการเงิน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนพบว่าจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินเพิ่มขึ้นในภาคอีสาน (จาก 3% เป็น 27%) ในขณะที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินในภาคกลางและภาคใต้ลดลงและคงที่ในภาคเหนือ สาเหตุที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการเงินเพิ่มขึ้นในปีที่สองสันนิษฐานว่าอาจจะเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนมากในปีแรกและเมื่อได้รับงบประมาณลดลงในปีที่สองทำให้มีปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการปรับอัตราการจัดสรรรายหัวตามความสามารถหารายได้จากแหล่งอื่นของโรงพยาบาลในปีที่สามดูเหมือนยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้

เนื่องจากพบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินเพิ่มขึ้นในปีที่สามทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 2)

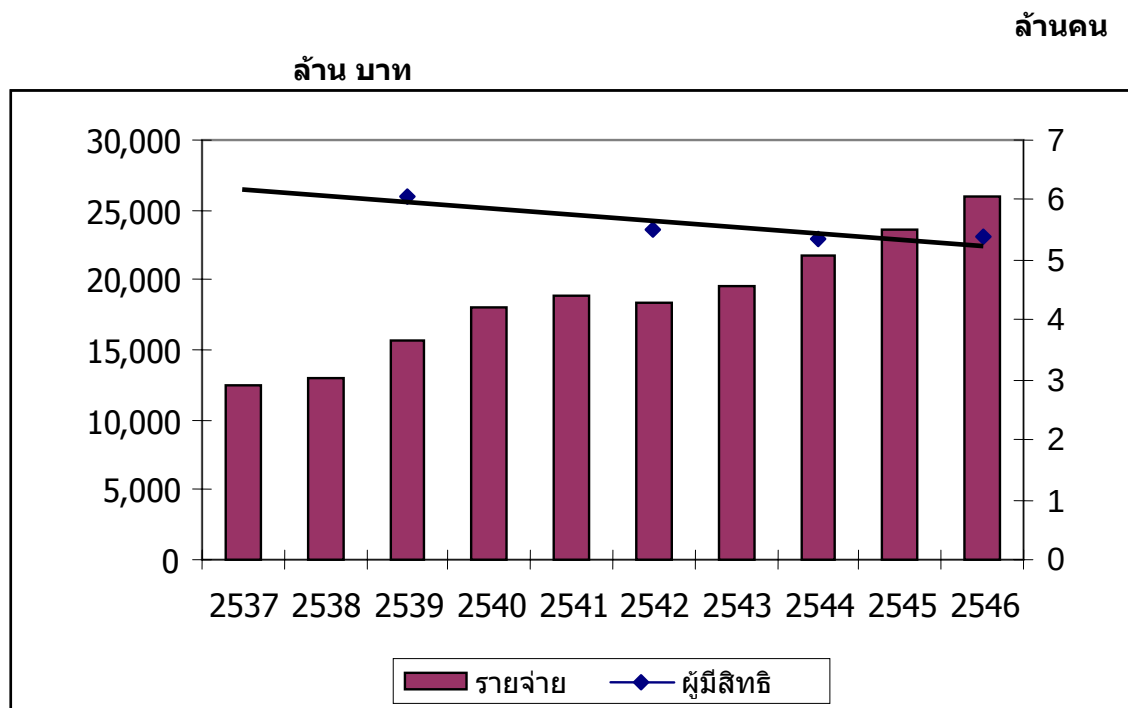
ภาพที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อความมั่นคง ระหว่างปี 2545 – 2547 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและภาค



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

การหารายได้จากแหล่งอื่นเพิ่มเติมเป็นมาตรการสำคัญหนึ่งในการผ่อนคลายปัญหาโดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด เช่น สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม การเพิ่มรายได้จากสวัสดิการข้าราชการสามารถทำได้ง่ายขึ้นเนื่องจากรูปแบบการจ่ายเงินตามปริมาณบริการที่ไม่มีการควบคุม ทำให้โรงพยาบาลสามารถเพิ่มรายได้ทั้งจากการขึ้นราคาและปริมาณบริการที่ให้กับคนไข้ภายใต้โครงการดังกล่าว รายจ่ายของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังแสดงในภาพที่ 3 รายจ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 13 ต่อปีระหว่างปี 2537- 2541 และร้อยละ 10 ต่อปีระหว่างปี 2542 – 2546 ในขณะที่จำนวนผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ลดลงในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 1.6 ต่อปีในระหว่างปี 2539 – 2546 อันเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดกำลังคนภาครัฐ

ภาพที่ 3 รายจ่ายโครงการสวัสดิการข้าราชการ ระหว่างปี 2537 – 2546 (ล้านบาท ราคาปีปัจจุบัน) และจำนวนผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ (ล้านคน)



แหล่งข้อมูล: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537-2544 และ ILO and IHPP (7)

จำนวนผู้มีสิทธิ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539, 2544, 2546 และการสำรวจด้านสังคม ปี 2542

การเพิ่มรายได้จากโครงการประกันสังคมเป็นอีกหนทางหนึ่ง แต่ทำได้จำกัดกว่าโครงการสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากโครงการนี้มีรูปแบบการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการเพิ่มรายได้ทำได้โดยเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวของประกันสังคมก็สร้างแรงจูงใจได้ดีกว่าเนื่องจากมีอัตราค่าบริการค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นรายได้อีกแหล่งหนึ่งคล้ายคลึงกับประกันสังคมแต่เฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมากเท่านั้นถึงจะมีรายได้จากแหล่งนี้ โดยทั่วไปโรงพยาบาลใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยจะดึงดูดให้คนที่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ไปใช้บริการมาก ทำให้มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นมากกว่าโรงพยาบาลเล็กเช่นโรงพยาบาลชุมชน นี่เป็นเหตุผลหลักที่กระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนตามระดับของโรงพยาบาลในปี 2547

มาตรการอื่นๆที่โรงพยาบาลใช้ในการแก้ปัญหา คือ การชะลอการจ่ายหนี้ค่ายาและค่ารักษาออกไป การลดรายจ่าย เช่น ควบคุมและจำกัดการส่งจ่ายยาเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยภายใต้โครงการนี้ การขายเชื้อสามัญและยาที่ผลิตภายในประเทศแทนยาที่นำเข้า การปรับลดจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณงาน การตัดลดรายจ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางการแพทย์โดยตรง รวมไปถึงการชะลอการลงทุนระยะยาวออกไป ทั้งในด้านเครื่องมือแพทย์ สิ่งก่อสร้าง และการฝึกอบรม (8-10)

### 2.3.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขหลายประการด้วยกัน เช่นการเพิ่มปริมาณและภาระงานจากการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทำให้ระบบการจัดบริการและคุณภาพบริการดีขึ้น มีการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้นภาระงานที่เพิ่มขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการลาออกของแพทย์เพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ความแตกต่างของรูปแบบและอัตราการจัดจ่ายของระบบประกันสุขภาพต่างๆที่มีก็อาจทำให้มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการกับประชาชนที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ

#### การเพิ่มภาระงาน

การให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนทำให้ความต้องการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่เดิมไม่มีหลักประกันเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการใช้บริการลดลงจากการมีหลักประกัน ความต้องการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น กว่าร้อยละ 70 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่าภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว (11) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี 2544 (ก่อนมีโครงการ) และ 2546 (หลังมีโครงการ) จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในขณะที่การซื้อยากินเองและการใช้บริการนอกสถานพยาบาลสาธารณสุขลดลงร้อยละ 8 ส่วนการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้บริการของประชาชนในโรงพยาบาลเอกชนลดลง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและในดังแสดงในตารางที่ 2

#### ระบบบริการและคุณภาพบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น

การยกระดับสถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพลงไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้น รูปแบบการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้มีงบประมาณไปยังสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น การมีงบประมาณที่เพิ่มขึ้นทำให้สามารถจัดหา ยา และเครื่องมือแพทย์ต่างๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้มีความพร้อมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถขยายเวลาในการให้บริการไปนอกเวลาราชการและวันหยุด ดังนั้นนโยบายนี้จึงทำให้ระบบการให้บริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับต้นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนดีขึ้น (10, 12)

#### ตารางที่ 2 การใช้บริการของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

|                                 | บริการผู้ป่วยนอก |       |       | บริการผู้ป่วยใน |       |       |
|---------------------------------|------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
|                                 | 2544             | 2546  | % +/- | 2544            | 2546  | % +/- |
| อัตราการให้บริการ (ครั้ง/คน/ปี) | 2.846            | 3.547 | 24.6  | 0.076           | 0.083 | 8.8   |
| % การใช้สิทธิบัตรทอง            |                  | 56.6  |       |                 | 80.9  |       |
| % การใช้บริการ                  |                  |       |       |                 |       |       |
| บริการนอกสถานพยาบาล             | 30.6             | 28.0  | -8.5  |                 |       |       |
| สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน     | 22.2             | 26.2  | 18.0  |                 |       |       |

|                             | บริการผู้ป่วยนอก |      |              | บริการผู้ป่วยใน |      |             |
|-----------------------------|------------------|------|--------------|-----------------|------|-------------|
|                             | 2544             | 2546 | % +/-        | 2544            | 2546 | % +/-       |
| โรงพยาบาลชุมชน              | 14.2             | 22.0 | <b>54.9</b>  | 30.0            | 54.4 | <b>81.0</b> |
| โรงพยาบาลจังหวัดและตติยภูมิ | 18.3             | 8.9  | <b>-51.6</b> | 59.0            | 35.9 | -39.1       |
| คลินิกเอกชน                 | 12.0             | 12.3 | 2.8          |                 |      |             |
| โรงพยาบาลเอกชน              | 2.6              | 2.5  | -3.0         | 11.0            | 9.7  | -11.9       |

แหล่งข้อมูล: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2544 และ 2546 (13, 14)

หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2544 รวมกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันใดๆ

### การใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น

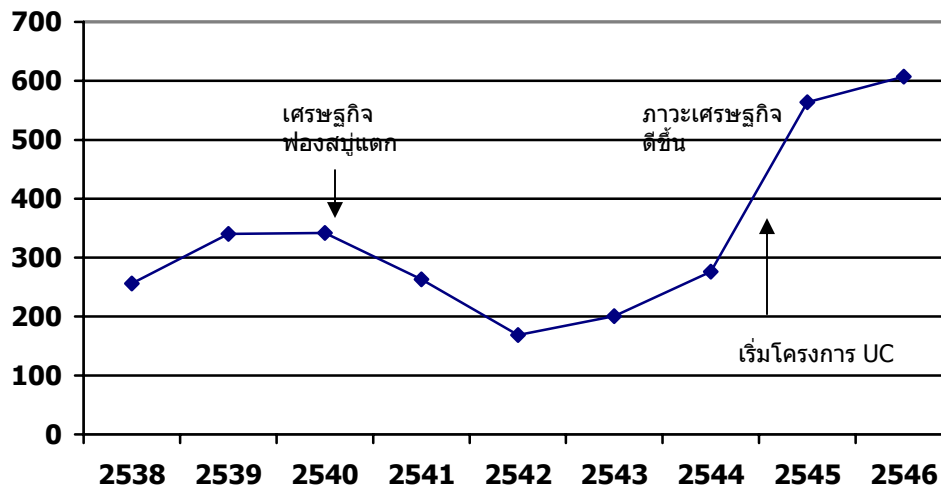
ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลตติยภูมิลดลงในขณะที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ตารางที่ 2) การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการที่สถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนน่าจะเกิดจากระบบบริการและคุณภาพบริการที่ดีขึ้นของสถานพยาบาลดังกล่าว ส่วนการเพิ่มขึ้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งน่าจะอธิบายได้จากรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทำให้ผู้มีสิทธิต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนก่อนเป็นด่านแรกและต้องผ่านระบบการส่งต่อในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้น สำหรับบริการผู้ป่วยในก็พบว่ามียาจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในขณะที่ลดลงในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ตติยภูมิ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนนั้นน่าจะอธิบายได้จากแรงจูงใจในการให้บริการที่เพิ่มขึ้นจากอัตราการจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่เป็นอัตราเดียวกับโรงพยาบาลใหญ่ในขณะที่ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่า (15, 16)

### การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

การขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและในภาคอีสานเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะเมื่อความต้องการในบริการของประชาชนและการใช้บริการเพิ่มขึ้นและมีผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวยังแย่ไปอีกเมื่อมีแพทย์จำนวนมากลาออกจากราชการ พบว่าจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการในปี 2545 นั้นสูงเป็นสองเท่าของปี 2544 สำหรับเหตุผลในการลาออกของแพทย์นั้นจากการสำรวจของ สำนักเอดแบคโพลล์ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์ลาออกคือ การมีภาระงานที่หนักและการได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำ (11, 17) อย่างไรก็ตามชัดเจนว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนในการทำให้แพทย์ลาออกมาน้อยเท่าใด ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวเศรษฐกิจของประเทศเริ่มดีขึ้น ทำให้อุปทานต่อแพทย์ในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นทำให้มีแพทย์ไหลจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับค่าตอบแทนที่ดีกว่าในขณะที่ภาระงานน้อยกว่า



ภาพที่ 4 จำนวนแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกจากราชการระหว่างปี 2538 - 2546



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะในการให้บริการปฐมภูมิเป็นอุปสรรคอีกประการในการจัดบริการปฐมภูมิ ปัญหานี้เกิดจากการขาดแคลนแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไปโดยเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลที่ไม่คุ้มค่าขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดแรงต่อต้านจากแพทย์เหล่านี้ (8, 18) นอกจากนั้นพยาบาลวิชาชีพที่เวียนไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่อยู่ปฏิบัติงานประจำนั้นถูกฝึกอบรมมาให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน

#### คุณภาพบริการและการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ

เนื่องจากในปัจจุบันมีหลักประกันสุขภาพหลายระบบด้วยกัน และมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกัน ดังนั้นหลักเสี่ยงไม่พ้นที่จะทำให้พฤติกรรมบริการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและอัตราการจ่ายเงิน จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อบริการที่จัดให้สำหรับประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพต่างๆกัน ของเอแบคโพลล์ (11) และสวนดุสิตโพลล์ (17) พบว่า โดยรวมผู้ให้บริการเห็นว่าคุณภาพของบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก และโดยรวมคุณภาพบริการดีขึ้นระหว่างปี 2546 - 2547 อย่างไรก็ดีเมื่อเปรียบเทียบบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพต่างๆพบว่า คุณภาพบริการที่จัดให้กับกลุ่มผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นถูกจัดอยู่อันดับท้ายสุดในขณะที่บริการที่จัดสำหรับกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการถูกจัดอยู่ในอันดับดีที่สุด

**ตารางที่ 3** ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อคุณภาพบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในปี 2546 และ 2547

| ระบบประกัน               | 2546 (N = 3,006) |             | 2547 (N = 4,417) |             |
|--------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
|                          | ดีมาก/ ดี        | แย่/ แย่มาก | ดีมาก/ ดี        | แย่/ แย่มาก |
| สวัสดิการข้าราชการ       | 79.6             | 2.3         | 81.4             | 1.2         |
| จ่ายเงินเอง              | 75.9             | 3.3         | 80.0             | 2.1         |
| ประกันสังคม              | 73.1             | 2.8         | 77.7             | 3.1         |
| หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 62.8             | 4.9         | 73.5             | 4.0         |

แหล่งที่มา: เอแบคโพลล์ (11) และ สวนดุสิตโพลล์ (17)

### 3. สรุป

การไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ การจัดสรรที่เอื้อประโยชน์ต่อจังหวัดและโรงพยาบาลที่มีการกระจุกตัวของบุคลากรมาก เช่น จังหวัดที่มีเศรษฐกิจดีและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่มีภาระงานที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดต่อ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และคุณภาพบริการ ของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ในประเด็นด้านความเป็นธรรมนั้น การขาดความเท่าเทียมของการกระจายบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนับเป็นอุปสรรคหลักในการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมของโครงการนี้

การที่โครงการนี้ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอทำให้ต้องการการสนับสนุนข้ามจากระบบประกันสุขภาพอื่น เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม เงินสะสมของโรงพยาบาล และอื่นๆ อย่างไรก็ตามการสนับสนุนข้ามจากแหล่งเงินอื่นจะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหาเงินจากแหล่งเงินอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทต้องอาศัยเงินจากโครงการนี้เป็นหลักและไม่มีเงินสะสมมาก การได้รับงบประมาณไม่เพียงพออาจมีผลกระทบด้านลบต่อการจัดบริการ การลดลงอย่างมากของงบลงทุนตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่ากังวลว่าอาจมีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของโครงการ รัฐบาลควรจัดงบประมาณโครงการนี้ให้เพียงพอ รวมทั้งต้องมีการลงทุนด้านเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอย่างเพียงพอเพื่อรักษาและพัฒนาระดับคุณภาพบริการ

การคาดหวังว่าจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจะสามารถจัดหาบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ได้เพิ่มขึ้นนั้น ในทางปฏิบัติไม่เกิดขึ้นได้จริงเพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายจ้างหรือหน่วยงานหลักในการจัดสรรกำลังคน การกระจายกำลังคนให้เป็นธรรมไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากนโยบายการกระจายกำลังคนที่ชัดเจนของกระทรวงฯ อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลอาจสามารถจัดหากำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพทางการแพทย์โดยตรงมาเป็นลูกจ้างภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้บริการ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่มีความเป็นไปได้ทางการเมืองในการปิดโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีอยู่แม้ในพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลหนาแน่น ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหานี้คือ การมีนโยบายการกระจายกำลังคนที่เป็นธรรมโดยเฉพาะบุคลากรบรรจุใหม่ และควรมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช่ว่าเงิน

ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานพยาบาลอาจสร้างแรงจูงใจกับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากเกินไปและอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือคนที่มีโรคเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบของการจ่ายเงินแบบนี้ การปรับอัตราเหมาจ่ายตามภาวะความเสี่ยง เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ การมีโรคเรื้อรัง ฯลฯ จะช่วยป้องกันการคัดเลือกผู้ป่วยในการขึ้นทะเบียน (กรณีที่มีการให้เลือกโรงพยาบาลในการขึ้นทะเบียนได้) และการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ นอกจากนี้ก็ควรต้องมีระบบการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการให้บริการและคุณภาพบริการที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

การพัฒนากระบวนการปฏิรูปเป็นการนำบริการที่มีคุณภาพไปใกล้บ้านประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดภาระต้นทุนที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะกับประชาชนในชนบท คนที่มีโรคเรื้อรัง คนจน และผู้สูงอายุ การจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการในสถานอนามัยสามารถทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการปรับหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการให้บริการที่สถานพยาบาลปฏิรูปมากขึ้น การฝึกอบรมทักษะแก่นักวิชาการที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข

## เอกสารอ้างอิง

1. Tangcharoensathien V, Tirawattananon Y, Prakongsai P. Budget for Universal Health Care Coverage: How was the 1,202 Baht Capitation Rate Derived? *Journal of Health Science* 2001;10(3):381-390.
2. Prakongsai P, Pacharanarumol W, Tisayaticom K, Tangcharoensathien V. Capitation Rate of the Universal Health Care Coverage for the Fiscal Year 2546BE. *Journal of Health Science* 2002;11(599-613).
3. Pannarunothai S. Evaluation of the Universal Coverage Scheme in 21 Provinces: Analysis of hospital admissions within provinces and cross-boundary cases. Bangkok: Thailand Development and Research Institute; 2002.
4. Jongudomsuk P. Achieving Universal Coverage of Health Care in Thailand Through 30 Baht Scheme. Nonthaburi: Health Care Reform Office, Ministry of Public Health; 2002.
5. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Letter to Editor, Budget for implementing the Universal Coverage Policy: Weakness of the 1,202 Baht Per Capita. *Journal of Health Science* 2002;11(1):123-128.
6. Tangcharoensathien V, Vasavid C, Makkrajang C, Tatiyanonpong S. National Health Accounts in Thailand 1994-2001. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2003.
7. ILO, IHPP. Financing Universal Health Care in Thailand. Geneva/Bangkok: International Financial and Actuarial Service, Social Protection Sector, Geneva; Regional Office for Asia and Pacific, Bangkok ;International Health Policy Programme, Bangkok; 2004.
8. Srithamrongsawat S, Lapying P. Evaluation of the Universal Health Coverage Policy Implementation: A case study in Samut Sakorn, Phuket, Sukhothai, and Ubon Ratchathani province. Pitsanulok (in Thai): Center for Health Equity Monitoring (CHEM), Naresuan University; 2002.
9. Srithamrongsawat S, Lapying P. Financial Management of the Universal Health Care Coverage Project in the First-year Implementation: A Case Study in Four Provinces. *Journal of Health Science* 2003;12(6):889-906.
10. Srithamrongsawat S. Financial protection and enabling access to care for Thai elderly: the role of public insurance. London: University of London (PhD thesis); 2004.
11. ABAC Poll. Providers' Opinion towards the Universal Coverage Policy: A Case Study in Contract Health Facilities in 13 Provinces. Bangkok: ABAC-KSC Internet Technology and Training Institute, Assumption University; 2003.
12. Lapying P, Srithamrongsawat S. The First-year Implementation of Primary care Unit of the Universal health Care Coverage Project : A Case Study in Four Provinces. *Journal of Health Science* 2003;12(6):923-936.
13. NSO. The 2001 Health and Welfare Survey. Bangkok: National Statistics Office, The Office of Prime Minister, Thailand; 2001.
14. NSO. The 2003 Health and Welfare Survey. Bangkok: National Statistic Office, The Office of Prime Minister; 2003.
15. Pannarunothai S, Kongsawat S. Cost per DRG Relative Weight for Regional, General, and Community Hospitals. *Journal of Health Science* 2001;3(3):391-399.

16. Upakdee N, Mahaboonpachai V, Pannarunothai S. Cost per Relative Weight by Diagnosis Related Group of Public and Private Hospitals under Contract with the National Health Security Office. *Journal of Health Science* 2003;13(4):619-631.
17. Suan Dusit Poll. Medical and Health Personnel's Opinion towards the Universal Coverage Policy. Bangkok: Rachapat Suan Dusit University; 2004.
18. HSRI. The First Evaluation of the Universal Health Coverage Policy. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2003.



## บทที่ 6 ผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อครัวเรือนไทย

จิตปราณี วาศวิท\*

กัญจนา ดิษยาธิคม\*

วลัยพร พัทธนกุล\*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร\*

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### 1. บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการเต็มพื้นที่ ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณในการจัดให้มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลแก่ประชาชนทุกคนที่ไม่มีสวัสดิการใดๆเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากแม้ว่ารัฐบาลหลายรัฐบาลที่ผ่านมาจะมีความพยายามจัดสวัสดิการต่างๆเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ เช่น โครงการ สปร. โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ตลอดจนการขยายความคุ้มครองของการประกันสังคมให้ครอบคลุมผู้ประกันตนมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนมากที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จากการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ พบว่า ก่อนตุลาคม 2544 ประชากรร้อยละ 30 หรือราว 18 ล้านคน ยังไม่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลใดๆ<sup>1</sup> (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัดส่วนประชากรจำแนกตามประเภทหลักประกันสุขภาพ ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ ตุลาคม 2544

| หลักประกันสุขภาพ                                             | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------|--------|
| โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล | 38%    |
| โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ                            | 12%    |
| สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐสาหกิจ           | 11%    |
| สวัสดิการประกันสังคม                                         | 9%     |
| ประกันสุขภาพเอกชน                                            | ~ 10%  |
| ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ                                  | ~ 30%  |
| ประชากรทั้งสิ้น                                              | 61.46  |

ที่มา: A Challenge from targeting to Universality, Tangcharoensathien V. et al (2003)<sup>1</sup>

ดังนั้นภายหลังจากดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปหนึ่งปีแล้ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการว่ามีผลต่อประชากรไทยในด้านการรักษายาพยาบาลเพียงใด

วัตถุประสงค์ของบทนี้เพื่อเสนอผลการวิจัยการประเมินภาพรวมสัมฤทธิ์ผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อครัวเรือนไทย โดยเสนอเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่มีต่อครัวเรือนไทยในด้านการครอบคลุมประชากร อัตราป่วย การใช้บริการรักษายาพยาบาลและการใช้สิทธิของผู้ถือบัตรทอง ด้านความเป็น

ธรรม และผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไทย ในส่วนนี้วิเคราะห์โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการพ.ศ. 2546 และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนพ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการประเมินผลสัมฤทธิ์ ของโครงการในระดับครัวเรือน การสำรวจทั้ง สองนี้เป็นตัวแทนของครัวเรือนไทยทั่วประเทศ (national representative sampling households)

ตอนที่ 2 เป็นการนำเสนอผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ถือบัตรทองที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า ซึ่งดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ต โพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ดำเนินการสำรวจในปี 2546

ตอนที่ 1: ผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญ

ความครอบคลุมประชากร

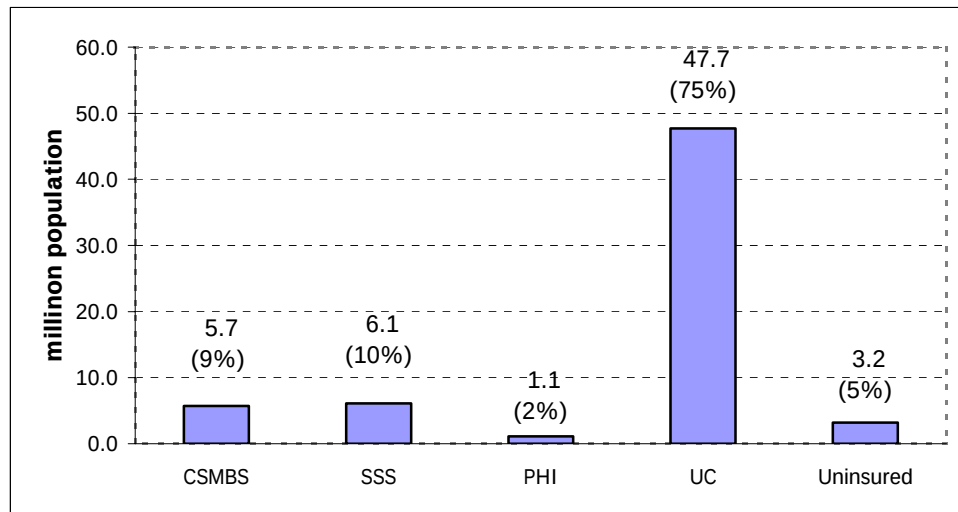
จากการวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถครอบคลุมประชากร 47.7 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 63.9 ล้าน คนคิดเป็นร้อยละ 75 ของประชากรไทย ร้อยละ 76 ของกลุ่มผู้ถือบัตรทองอยู่ในเขตชนบท ผู้มีสวัสดิการ ข้าราชการและประกันสังคมมีร้อยละ 9.6 และ 9.0 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ อย่างไรก็ตามก็ยังมีประชากรอีก 3.25 ล้านคน (ร้อยละ 5.1 ของคนไทยทั้งหมด) ยังไม่มีหลักประกันใดๆ (แผนภาพที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและ ร้อยละของประชากรที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. 2546จำแนกตาม ประเภทสวัสดิการและเขตการปกครอง

| สวัสดิการ                        | จำนวน (คน) |            |            | ร้อยละ     |       |        |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------|--------|
|                                  | ทั่วประเทศ | ในเขต      | นอกเขต     | ทั่วประเทศ | ในเขต | นอกเขต |
| รวม                              | 63,884,553 | 20,925,797 | 42,958,756 | 100.0      | 32.8  | 67.2   |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ            | 5,721,048  | 3,052,284  | 2,668,764  | 9.0        | 14.6  | 6.2    |
| ประกันสังคม/สวัสดิการจาก นายจ้าง | 6,109,735  | 3,713,873  | 2,395,862  | 9.6        | 17.7  | 5.6    |
| หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า         | 47,751,864 | 11,633,746 | 36,118,118 | 74.7       | 55.6  | 84.1   |
| ประกันสุขภาพเอกชน                | 1,055,021  | 614,637    | 440,384    | 1.7        | 2.9   | 1.0    |
| ไม่มีสวัสดิการ                   | 3,246,885  | 1,911,257  | 1,335,628  | 5.1        | 9.1   | 3.1    |
| รวม                              | 63,884,553 | 20,925,797 | 42,958,756 | 100.0      | 100.0 | 100.0  |



แผนภาพที่ 1 ประชากรที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. 2546 จำแนกตามประเภทสวัสดิการ



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของประชากรที่ได้รับบัตรทองสูงที่สุดถึงร้อยละ 86.5 ภาคเหนือและภาคใต้มีร้อยละ 80.2 และ 79.4 ตามลำดับ ส่วนภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีผู้ได้รับบัตรทองร้อยละ 65.7 และ 47.1 ตามลำดับ แต่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนผู้มีประกันสังคมสูงกว่าภาคอื่นๆคือมีร้อยละ 25.5 (ตารางที่ 3)

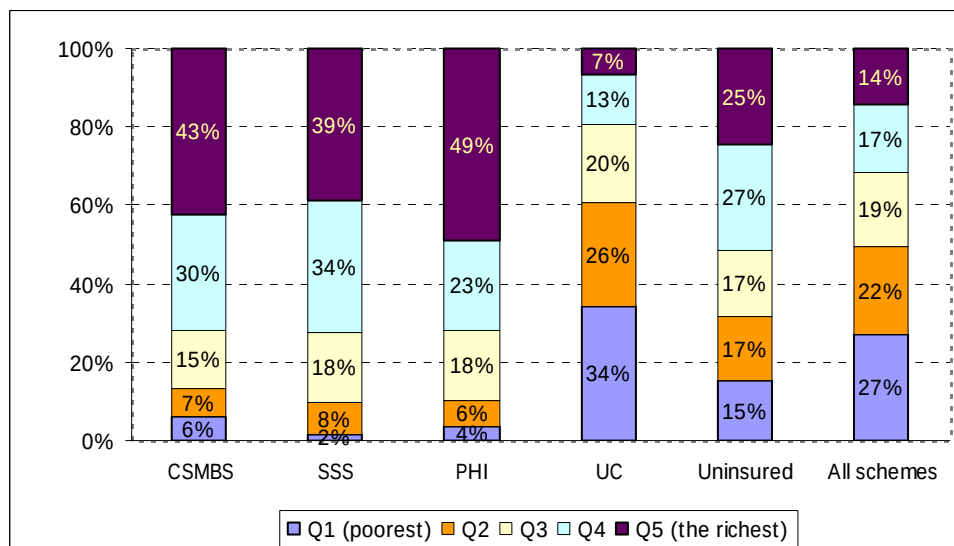
ประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3.2 ล้านคน อยู่ในกรุงเทพมหานครมากที่สุด ประมาณ 1.1 ล้านคน (ร้อยละ 34) และ 0.9 ล้านคนเป็นผู้อาศัยอยู่ในภาคกลาง

ร้อยละ 34 ของผู้ถือบัตรทอง เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยที่สุดกลุ่มแรกจาก 5 กลุ่ม (แต่ละกลุ่มมีจำนวนครัวเรือนเท่ากัน) และร้อยละ 26 ของผู้ถือบัตรทอง เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยรองลงมา โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรร้อยละ 60 ที่อยู่ในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้ระดับล่าง (แผนภาพที่ 2)

ตารางที่ 3 จำนวนและ ร้อยละของประชากรที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2546 จำแนกตามภาค

| สวัสดิการ           | กรุงเทพฯ  | กลาง       | เหนือ      | ตะวันออกเฉียงเหนือ | ใต้       |
|---------------------|-----------|------------|------------|--------------------|-----------|
| ข้าราชการ           | 810,242   | 1,348,315  | 1,015,344  | 1,634,753          | 912,394   |
| และรัฐวิสาหกิจ      | (10.1)    | (9.3)      | (9.0)      | (7.6)              | (10.6)    |
| ประกันสังคมและ      | 2,047,728 | 2,400,697  | 540,810    | 670,364            | 450,135   |
| สวัสดิการจากนายจ้าง | (25.5)    | (16.5)     | (4.8)      | (3.1)              | (5.3)     |
| หลักประกัน          | 3,782,442 | 9,541,640  | 9,090,172  | 18,534,831         | 6,802,779 |
| สุขภาพถ้วนหน้า      | (47.1)    | (65.7)     | (80.2)     | (86.5)             | (79.4)    |
| ประกันสุขภาพ        | 284,715   | 346,316    | 212,754    | 144,279            | 66,958    |
| เอกชน               | (3.5)     | (2.4)      | (1.9)      | (0.7)              | (0.8)     |
| ไม่มีสวัสดิการ      | 1,104,363 | 891,128    | 471,880    | 441,064            | 338,450   |
|                     | (13.8)    | (6.1)      | (4.2)      | (2.1)              | (3.9)     |
| รวม                 | 8,029,490 | 14,528,096 | 11,330,960 | 21,425,291         | 8,570,716 |

แผนภาพที่ 2 สัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามชั้นรายได้ เรียงลำดับจากกลุ่มที่ 1 (Quintile 1 รายได้ต่ำสุด) ถึงกลุ่มที่ 5 (Quintile 5 รายได้สูงสุด)



ในกลุ่มผู้ไม่มีสวัสดิการใดๆ จำนวน 3.2 ล้านคนนี้ เมื่อพิจารณาว่าอยู่ในกลุ่มระดับรายได้กลุ่มใดใน 5 กลุ่ม พบว่า ในปี 2546 ผู้ไม่มีสวัสดิการใดๆ จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มรายได้ในระดับสูง (ร้อยละ 54.1) ผู้ที่อยู่ใน กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด (ร้อยละ 46.9) ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่ม

ที่ร่ำรวย ในทางกลับกัน ผู้ไม่มีสวัสดิการใดๆในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มที่ยากจนที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาที่ควรจะต้องทำการวิเคราะห์ต่อไปว่าเหตุใดประชากรกลุ่มนี้จึงยังไม่ได้รับบัตรทอง (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ร้อยละของประชากรที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล จำแนกตามภาคและกลุ่มรายได้ 5 กลุ่ม พ.ศ. 2546

| ระดับรายได้   | ทั่วประเทศ | กรุงเทพมหานคร | กลาง  | เหนือ | ตะวันออกเฉียงเหนือ | ใต้   |
|---------------|------------|---------------|-------|-------|--------------------|-------|
| รายได้ต่ำสุด  | 13.0       | 1.0           | 6.4   | 40.1  | 30.8               | 11.4  |
| รายได้ต่ำ     | 15.1       | 3.3           | 12.1  | 30.7  | 29.3               | 22.3  |
| รายได้ปานกลาง | 17.9       | 12.8          | 23.2  | 17.4  | 15.3               | 23.8  |
| รายได้สูง     | 27.2       | 36.0          | 31.2  | 7.7   | 13.2               | 30.7  |
| รายได้สูงสุด  | 26.9       | 46.9          | 27.0  | 4.1   | 11.3               | 11.9  |
| รวม           | 100.0      | 100.0         | 100.0 | 100.0 | 100.0              | 100.0 |

#### การใช้บริการในการรักษาพยาบาลและการใช้สิทธิ์บัตรทอง

กรณีผู้ป่วยนอก สมาชิกในโครงการหลักประกันสุขภาพ รายงานว่าป่วยมากขึ้น จาก 4.101 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 4.926 ครั้งต่อคนต่อปีในปี 2546 (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20) และใช้บริการในสถานพยาบาล (institutional care) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69 เป็น 72 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.7) ใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐ จากร้อยละ 54.8 เป็น 57.2 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4)

กรณีผู้ป่วยใน สมาชิกในโครงการหลักประกันสุขภาพ รายงานการใช้บริการที่ต้องนอนโรงพยาบาลมากขึ้น จาก 0.076 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 0.083 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8) สมาชิกในโครงการฯ ใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 89 เป็น 90.3 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5) ส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชนลดลง จากร้อยละ 11.0 เป็น 9.7 (ลดลงร้อยละ 11.8) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบอัตราการเจ็บป่วย และการเลือกใช้สถานพยาบาล ของผู้ที่ควรได้รับสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 และ 2546

|                         | ผู้ป่วยนอก |       |               | ผู้ป่วยใน |       |               |
|-------------------------|------------|-------|---------------|-----------|-------|---------------|
|                         | 2544       | 2546  | % เปลี่ยนแปลง | 2544      | 2546  | % เปลี่ยนแปลง |
| อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี) | 4.101      | 4.926 | 20.1%         | 0.076     | 0.083 | 8.8%          |
| การเลือกใช้บริการ       |            |       |               |           |       |               |
| นอกสถานพยาบาล           | 30.6       | 28.0  | -8.5%         |           |       |               |
| ในสถานพยาบาล            | 69.4       | 72.0  | 3.7%          | 100.0     | 100.0 |               |
| ภาครัฐ                  | 54.8       | 57.2  | 4.4%          | 89.0      | 90.3  | 1.5%          |
| ภาคเอกชน                | 14.6       | 14.8  | 1.4%          | 11.0      | 9.7   | -11.8%        |

ข้อมูลจากการสำรวจแสดงให้เห็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้บริการจากสถานพยาบาลระดับจังหวัดไปยังสถานพยาบาลระดับอำเภอ กล่าวคือ การให้บริการผู้ป่วยนอกในระดับอำเภอ ที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และ 54.9 ตามลำดับ แต่บริการในโรงพยาบาลระดับจังหวัดคือ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ลดลงถึงร้อยละ 51.6 การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังในการวางนโยบาย

การให้บริการผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นอย่างมากถึงร้อยละ 81 ในสถานพยาบาลระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) ก่อให้เกิดภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน ในขณะที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีการะงานลดลงร้อยละ 39.1 (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบแบบแผนการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2544 กับปี 2546

|                                 | 2544   | 2546   | % เปลี่ยนแปลง |
|---------------------------------|--------|--------|---------------|
| <b>ผู้ป่วยนอก</b>               | 100.0  | 100.0  | 100.0         |
| การรักษานอกสถานพยาบาล           | 30.6   | 28.0   | -8.5          |
| การรักษาในสถานพยาบาล            | 69.4   | 72.0   | 3.8           |
| สถานีนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข | 22.2   | 26.2   | <b>18.0</b>   |
| โรงพยาบาลชุมชน                  | 14.2   | 22.0   | <b>54.9</b>   |
| โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์           | 18.3   | 8.9    | <b>-51.6</b>  |
| คลินิกเอกชน                     | 12.0   | 12.3   | 2.8           |
| โรงพยาบาลเอกชน                  | 2.6    | 2.5    | -3.0          |
| <b>ผู้ป่วยใน</b>                | 100.00 | 100.00 | 100.00        |
| โรงพยาบาลชุมชน                  | 30.0   | 54.4   | <b>81.0</b>   |
| โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์           | 59.0   | 35.9   | - 39.1        |
| โรงพยาบาลเอกชน                  | 11.0   | 9.7    | - 11.9        |

ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก มีเพียงร้อยละ 56.6 ที่ใช้สิทธิในบัตร (ในเขตเทศบาล ใช้สิทธิ ร้อยละ 41.2 นอกเขตเทศบาลใช้สิทธิร้อยละ 60.5) เมื่อเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยใน มีร้อยละ 80.9 ที่ใช้สิทธิในบัตร (ในเขตเทศบาลใช้สิทธิ ร้อยละ 65.3 นอกเขตเทศบาลใช้สิทธิร้อยละ 85.1) การใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยในเป็นการลดภาระรายจ่ายของครัวเรือนเหล่านี้อย่างมาก เนื่องจากจ่ายสูงกว่าบริการผู้ป่วยนอก

การใช้สิทธิในบัตรของกลุ่มที่ถือบัตรทองชนิด มี ท. สูงกว่ากลุ่มที่ถือบัตรทองชนิดไม่มี ท. ไม่ว่าจะเป็นการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในทุกพื้นที่ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2546

|                                  | ผู้ป่วยนอก |       |        | ผู้ป่วยใน  |       |        |
|----------------------------------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|
|                                  | ทั่วประเทศ | ในเขต | นอกเขต | ทั่วประเทศ | ในเขต | นอกเขต |
| ไม่ใช้สิทธิ                      | 43.4       | 58.8  | 39.5   | 19.1       | 34.7  | 14.9   |
| ใช้สิทธิ                         | 56.6       | 41.2  | 60.5   | 80.9       | 65.3  | 85.1   |
| รวม                              | 100        | 100   | 100    | 100        | 100   | 100    |
| ● กลุ่มบัตรทอง มี ท. ใช้สิทธิ    | 62.6       | 50    | 65.1   | 84.8       | 72.7  | 87     |
| ● กลุ่มบัตรทอง ไม่มี ท. ใช้สิทธิ | 49.2       | 34.3  | 54.3   | 77.3       | 60.8  | 83.1   |

หมายเหตุ: กลุ่มบัตรทอง มี ท. เป็นกลุ่มที่ใช้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องจ่ายเงิน

กลุ่มบัตรทอง ไม่มี ท. ต้องจ่าย 30 บาทต่อครั้งของการใช้บริการ

#### ความเป็นธรรมของการใช้งบประมาณภาครัฐ (Benefit incidence analysis)

ในการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาวิเคราะห์ว่า ใครได้รับประโยชน์จากการคลังภาครัฐ คนจนหรือคนรวย โดยจำแนกครัวเรือนไทยทั้งหมดเป็น 10 กลุ่มจากจนที่สุด (Decile 1) ไปยังรวยที่สุด (Decile 10) ในการวิเคราะห์ใช้อัตราการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสถานพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้งต้นทุนต่อหน่วยในระดับต่างๆ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ มาทำการคำนวณ

ข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์เป็นข้อมูลในไตรมาสที่ 4 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2545) ทั้งนี้เพื่อให้สะท้อนผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2544 อย่างแท้จริง เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยในเป็นข้อมูลที่เก็บย้อนหลังไป 1 ปี ก็คือตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2544 ถึงเดือนกันยายน 2545 หากนำข้อมูลไตรมาส 1 ถึง 3 มาใช้จะเป็นข้อมูลในช่วงก่อนมีโครงการฯ

ผลการวิเคราะห์ ชี้ให้เห็นว่า ระบบการคลังภาครัฐของไทย ค่อนข้างให้ความสำคัญเป็นธรรมกับคนยากจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการในระดับอำเภอ เนื่องจากผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่า แม้ว่าคนจนเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจังหวัดได้น้อยกว่าคนรวย แต่คนจนได้รับประโยชน์จากบริการผู้ป่วยในในภาครัฐดีพอสมควร (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงสัดส่วนที่ครัวเรือน 10 กลุ่มเคไลส์ ได้รับประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ ในปี 2545

(Benefit of incidence analysis)

| กลุ่มเคไลส์ ตาม<br>ระดับ รายจ่ายต่อคน<br>ต่อเดือน | กรณีบริการผู้ป่วยนอก |           |                      | กรณีบริการผู้ป่วยใน |                      |                    | รวม    |
|---------------------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|--------------------|--------|
|                                                   | สถานีอนามัย          | ร.พ.ชุมชน | ร.พ.ทั่วไป/<br>ศูนย์ | ร.พ.ชุมชน           | ร.พ.ทั่วไป/<br>ศูนย์ | ร.พ.นอก<br>จังหวัด |        |
| 10%จนที่สุด                                       | 12.2%                | 11.5%     | 3.5%                 | 11.7%               | 6.7%                 | 21.1%              | 8.90%  |
| 2                                                 | 13.1%                | 13.6%     | 6.5%                 | 10.5%               | 7.0%                 | 4.3%               | 9.29%  |
| 3                                                 | 10.8%                | 14.1%     | 8.7%                 | 8.6%                | 9.2%                 | 3.2%               | 9.98%  |
| 4                                                 | 15.4%                | 11.5%     | 10.7%                | 14.2%               | 9.8%                 | 10.1%              | 11.53% |
| 5                                                 | 13.7%                | 13.2%     | 8.5%                 | 10.4%               | 10.8%                | 13.7%              | 11.03% |
| 6                                                 | 11.7%                | 11.8%     | 15.6%                | 7.4%                | 14.2%                | 4.7%               | 12.12% |
| 7                                                 | 13.9%                | 10.2%     | 10.6%                | 24.9%               | 6.7%                 | 6.6%               | 12.38% |
| 8                                                 | 5.6%                 | 8.2%      | 17.0%                | 6.5%                | 13.8%                | 26.4%              | 11.77% |
| 9                                                 | 2.9%                 | 3.3%      | 7.8%                 | 2.8%                | 14.0%                | 5.3%               | 7.13%  |
| 10%รวยที่สุด                                      | 0.7%                 | 2.5%      | 11.1%                | 3.0%                | 7.8%                 | 4.6%               | 5.87%  |
| รวม                                               | 100%                 | 100%      | 100%                 | 100%                | 100%                 | 100%               | 100%   |
| CI                                                | -0.272               | -0.247    | 0.052                | -0.189              | -0.008               | -0.154             | -0.110 |
| Robust SE of CI                                   | 0.043                | 0.038     | 0.043                | 0.054               | 0.042                | 0.186              | 0.023  |
| Kakwani Index; KI                                 | -0.689               | -0.663    | -0.334               | -0.599              | -0.399               | -0.560             | -0.511 |
| Robust SE of KI                                   | 0.048                | 0.044     | 0.048                | 0.060               | 0.047                | 0.205              | 0.027  |

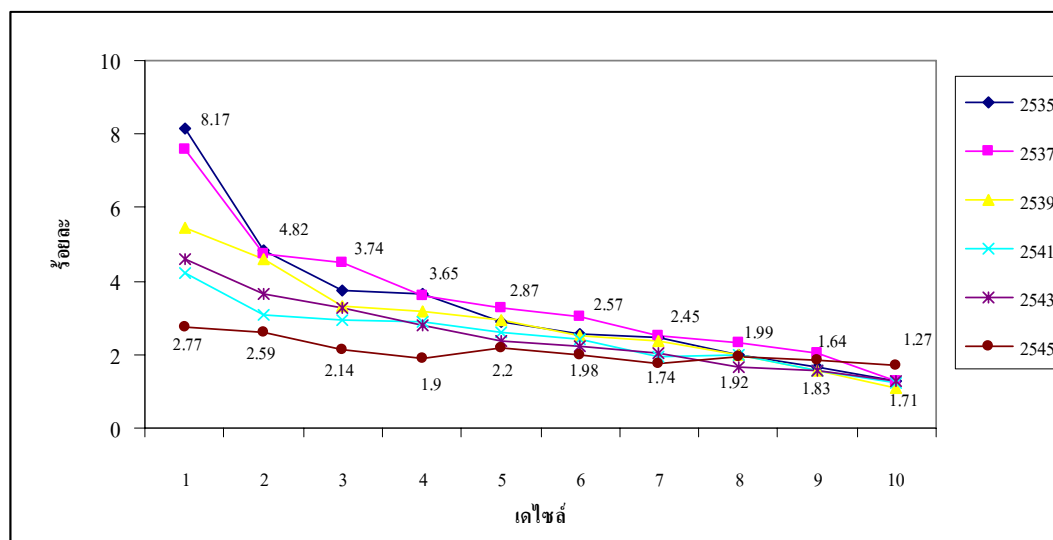
ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545<sup>2</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ  
(ใช้เฉพาะข้อมูลเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2545)

รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ช่องว่างระหว่างครัวเรือนยากจนกับร่ำรวย

จากการศึกษาของ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์ ในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543<sup>3</sup> ทำการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติอ ตั้งแต่ปี 2535 ถึง ปี 2543 พบว่าครัวเรือนยากจนที่สุด 10% แรก (Decile 1) มีรายจ่ายสุขภาพเป็นร้อยละ 8.17 ของรายได้ต่อเดือนของครัวเรือนในปี 2535 ในขณะที่คนรวยที่สุด 10% แรก (Decile 10) ของประเทศ มีรายจ่ายสุขภาพเป็นร้อยละ 1.27 ของรายได้ ช่องว่างระหว่างกลุ่มที่ 10 และกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 6.4 เท่าในปี 2535 ช่องว่างนี้แคบลงตามลำดับ เนื่องจากการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับประชาชนที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล (social safety net) เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โครงการหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (บัตรสุขภาพ) การประกันสังคมเป็นต้น เมื่อดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) แล้วพบว่า ช่องว่างนี้แคบลงเหลือ 1.6 เท่าในปี 2545 (แผนภาพที่ 3)

แผนภาพที่ 3 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน 10 กลุ่มเรียงตามรายได้ประจำของครัวเรือน พ.ศ. 2535-2545



ที่มา: ข้อมูล พ.ศ. 2535-2543 อ้างอิงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543<sup>3</sup>

ข้อมูล พ.ศ. 2545 วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนพ.ศ. 2545

### รายจ่ายสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ผู้วิจัยวิเคราะห์สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงที่อาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางการเงินของครอบครัว (Catastrophic health expenditure) เช่น ต้องขายทรัพย์สินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือต้องกู้หนี้ยืมสินมาเพื่อการนี้ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพ กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน (Household capacity to pay) ซึ่งเป็นรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมดหักลบด้วยรายจ่ายด้านอาหาร ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการดำรงชีวิต<sup>4</sup>

หากกำหนดให้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ 25 ของความสามารถในการจ่าย เป็นระดับที่ทำให้ครัวเรือนถึงกับต้องล้มละลาย ขายทรัพย์สิน หรือเป็นหนี้สิน พบว่า ในปี พ.ศ. 2535 มีครัวเรือนที่ประสบภาวะดังกล่าว ร้อยละ 4.9 และลดลงเป็น ร้อยละ 4.4 , 3.8 และ 3 ในปี พ.ศ. 2541, 2543 และ 2545 ตามลำดับ จะเห็นว่า เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม ปี 2544 มีครัวเรือนที่ประสบภาวะดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ตารางที่ 9)

ข้อค้นพบนี้เสริมกับข้อสรุปที่แสดงถึงความสำเร็จของรัฐบาลหลายรัฐบาลที่ผ่านมาในความพยายามที่จะจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับประชาชน

**ตารางที่ 9** ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตาม สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ต่อความสามารถในการจ่าย

| % non food expenditure on health | 2539 | 2541 | 2543 | 2545 |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| 0-0.5%                           | 31.9 | 33.2 | 34.5 | 41.2 |
| 0.5-10%                          | 51.3 | 51.5 | 50.8 | 48.1 |
| 10-25%                           | 11.9 | 10.9 | 11   | 7.6  |
| 25-50%                           | 3.5  | 3.6  | 3.1  | 2.5  |
| >50%                             | 1.4  | 0.8  | 0.7  | 0.5  |
| total                            | 100  | 100  | 100  | 100  |

ที่มา: A Challenge from targeting to Universality, Tangcharoensathien V. et al (2003) <sup>1</sup>

### ผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทย

เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการเมื่อ เดือนตุลาคม 2544 ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะในช่วงไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545 คือ ระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2543 กับ ช่วงเวลาเดียวกัน ในพ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่สะท้อนถึงข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินโครงการอย่างเต็มพื้นที่ทั่วประเทศ เนื่องจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนกรณีผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 12 เดือน ดังนั้นข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2545 จะครอบคลุมรายจ่ายกรณีผู้ป่วยใน ย้อนหลังไปถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนรายจ่ายสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอก ถามเหตุการณ์ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

การศึกษารายจ่ายสุขภาพครัวเรือนในไตรมาสสุดท้ายนี้ พบว่า รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลงในทุกระดับเศรษฐกิจ กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายลดลงมากที่สุดคือกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 9 ลดลงถึงร้อยละ 45 และ 46 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่อยู่ในระดับเศรษฐกิจปานกลาง มีค่าใช้จ่ายลดลง ตั้งแต่ ร้อยละ 26 ถึง ร้อยละ 38 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่รวยที่สุดก็ยังคงมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลือกใช้บริการสุขภาพที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ หรือ ไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 10)



ตารางที่ 10 รายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดซิล์ (decile) เรียงตามค่าใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภคต่อคนต่อเดือน ช่วงก่อนและหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หน่วย: บาท)

| ครัวเรือน<br>เดซิล์ที่ | พ.ศ. 2543 ก่อนมีหลักประกันฯ |                        |                   |        | พ.ศ. 2545 หลังมีหลักประกันฯ |                        |                   |          | % การ<br>เปลี่ยนแปลง |
|------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------|--------|-----------------------------|------------------------|-------------------|----------|----------------------|
|                        | ซื้อยา<br>กินเอง            | กรณี<br>ผู้ป่วย<br>นอก | กรณี<br>ผู้ป่วยใน | รวม    | ซื้อยา<br>เอง               | กรณี<br>ผู้ป่วย<br>นอก | กรณี<br>ผู้ป่วยใน | รวม      |                      |
| 1                      | 22.03                       | 46.48                  | 18.45             | 86.96  | 14.63                       | 24.22                  | 8.61              | 47.46    | -45%                 |
| 2                      | 25.32                       | 50.52                  | 14.92             | 90.76  | 18.96                       | 29.98                  | 15.82             | 64.75    | -29%                 |
| 3                      | 30.89                       | 75.27                  | 12.39             | 118.55 | 22.99                       | 44.37                  | 18.74             | 86.10    | -27%                 |
| 4                      | 34.18                       | 110.41                 | 25.36             | 169.94 | 28.12                       | 50.40                  | 27.37             | 105.89   | -38%                 |
| 5                      | 39.22                       | 126.60                 | 39.94             | 205.76 | 33.83                       | 73.05                  | 24.31             | 131.18   | -36%                 |
| 6                      | 53.07                       | 163.53                 | 60.63             | 277.23 | 31.46                       | 103.58                 | 36.64             | 171.68   | -38%                 |
| 7                      | 57.14                       | 173.51                 | 64.61             | 295.26 | 42.74                       | 119.26                 | 56.32             | 218.33   | -26%                 |
| 8                      | 50.71                       | 179.85                 | 60.11             | 290.67 | 50.33                       | 177.63                 | 88.78             | 316.75   | 9%                   |
| 9                      | 98.43                       | 404.85                 | 89.54             | 592.82 | 38.80                       | 201.51                 | 78.76             | 319.07   | -46%                 |
| 10                     | 76.94                       | 570.96                 | 188.40            | 836.30 | 111.24                      | 727.81                 | 350.43            | 1,189.48 | 42%                  |

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543<sup>3</sup> และ 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ  
วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม (ไตรมาสที่ 4)

ในภาพรวมทั่วประเทศ รายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนทั่วประเทศจ่ายทั้งปี ในพ.ศ. 2545 ประมาณ 49,594 ล้านบาท ลดลงจาก 59,243 ล้านบาท ในพ.ศ. 2543 ลดลง 9,649.3 ล้านบาท หรือลดลงร้อยละ 16.3 (ตารางที่ 11) รายจ่ายของครัวเรือนที่ลดลงนี้เป็นการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพ ทำให้ครัวเรือนมีกำลังซื้อมากขึ้นในด้านอื่นๆที่จะเป็นประโยชน์กับครัวเรือน เช่นด้านการศึกษา หรือทำให้มีเงินออมมากขึ้นเพื่อไว้ใช้จ่ายในสิ่งจำเป็นอื่นๆในการดำรงชีวิต

ตารางที่ 11 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนทั้งประเทศ ในปี 2543 และ 2545 (หน่วย: ล้านบาท)

| ครัวเรือนเดซิล์ที่ | ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ต่อเดือน ของครัวเรือน<br>ทั่วประเทศ |           | ค่าใช้จ่ายที่เพิ่ม / ลด<br>(คำนวณตามจำนวนครัวเรือน<br>พ.ศ. 2545) |
|--------------------|----------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|
|                    | พ.ศ. 2543                                                | พ.ศ. 2545 |                                                                  |
| 1                  | 149.8                                                    | 88.1      | - 61.7                                                           |
| 2                  | 170.1                                                    | 108.1     | - 62.0                                                           |
| 3                  | 168.2                                                    | 144.2     | - 24.1                                                           |
| 4                  | 250.2                                                    | 156.2     | - 94.0                                                           |
| 5                  | 403.7                                                    | 224.9     | - 178.7                                                          |
| 6                  | 366.3                                                    | 258.3     | - 108.0                                                          |

| ครัวเรือนเคหะสิทธิ์ | ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ต่อเดือน ของครัวเรือน<br>ทั่วประเทศ |           | ค่าใช้จ่ายที่เพิ่ม / ลด<br>(คำนวณตามจำนวนครัวเรือน<br>พ.ศ. 2545) |
|---------------------|----------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|
|                     | พ.ศ. 2543                                                | พ.ศ. 2545 |                                                                  |
| 7                   | 555.2                                                    | 292.8     | - 262.4                                                          |
| 8                   | 498.8                                                    | 559.4     | 60.6                                                             |
| 9                   | 770.7                                                    | 549.8     | - 220.9                                                          |
| 10                  | 1,603.9                                                  | 1,751.1   | 147.1                                                            |
| รวม ต่อเดือน        | 4,936.9                                                  | 4,132.8   | - 804.1                                                          |
| รวม ต่อปี           | 59,243.1                                                 | 49,593.8  | - 9,649.3                                                        |

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543 และ 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ  
วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม (ไตรมาสที่ 4)

จากการวิเคราะห์โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่มีรายละเอียดข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ มาทำการวิเคราะห์ผลกระทบต่อรายจ่ายสุขภาพของประชาชนกลุ่มที่ในอดีตก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีหลักประกันใดๆ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนประมาณ 18 ล้านคน<sup>6</sup> ใน พ.ศ. 2544 ในที่นี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์เฉพาะการใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยทำการวิเคราะห์รายจ่ายสุขภาพที่จ่ายจากครัวเรือน ต่อคนต่อปี ในพ.ศ. 2546 เปรียบเทียบเป็น 3 กลุ่มได้แก่

**กลุ่ม 1** เป็นประชากรที่ไม่เคยมีหลักประกันใดๆก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเมื่อมีโครงการฯแล้ว ก็ยังไม่มีหลักประกันใดๆ (uninsured) มีประชากรในกลุ่มนี้ประมาณ 3.25 ล้านคน

**กลุ่ม 2** เป็นประชากรที่ไม่เคยมีหลักประกันใดๆก่อนมีโครงการฯ และเมื่อมีโครงการฯแล้ว อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (insured) มีประชากรในกลุ่มนี้ประมาณ 15 ล้านคน ทำการวิเคราะห์ประชากรในกลุ่มนี้ทั้งหมด ทั้งที่ใช้สิทธิและไม่ใช้สิทธิในบัตรฯ เมื่อเจ็บป่วย เมื่อไม่ใช้สิทธิครัวเรือนเหล่านี้ก็มีรายจ่ายสุขภาพ เช่น ข้ามชั้นตอนไปใช้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ไม่ได้มีบัตรส่งต่อผู้ป่วย

**กลุ่ม 3** เป็นประชากรที่ไม่เคยมีหลักประกันใดๆก่อนมีโครงการฯ และเมื่อมีโครงการฯแล้ว อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (insured) แต่เป็นผู้ที่ใช้สิทธิในบัตรฯเมื่อเจ็บป่วยทุกครั้ง (กลุ่ม 3 เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 2) กลุ่มนี้ จะมีรายจ่ายน้อยมากเท่ากับ 30 บาท ในกรณีบัตร ไม่มี ท. (บัตรที่ออกให้กับประชาชนทั่วไปที่ไม่เคยมีหลักประกันใดๆ) หรือไม่เสียเลย ในกรณีบัตรที่มี ท. (บัตรที่ออกให้ทดแทนผู้ที่เคยมีสวัสดิการรักษายาบาล เช่น ผู้ถือบัตร สปร. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี เป็นต้น)

การวิเคราะห์เช่นนี้อาศัยฐานความคิดใครได้ใครเสีย (gainer and loser analysis) กลุ่ม 1 เป็นผู้เสียจากการมีโครงการหลักประกันฯ เนื่องจากไม่ได้อยู่ในโครงการ เทียบกับกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ได้จากโครงการหลักประกันฯ

และกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง (subset) ของกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ที่ได้มากที่สุดจากโครงการหลักประกันฯ ส่วนกลุ่มที่อดีตเป็นผู้ที่อยู่ในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นกลุ่มที่ไม่มีส่วนได้ และไม่มีส่วนเสีย เนื่องจากสิทธิประโยชน์ไม่เปลี่ยนแปลง สำหรับผู้มีบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจนั้น ผู้วิจัยจัดเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย

**แผนภาพที่ 4** รายจ่ายด้านสุขภาพที่ประชากรสามารถประหยัดได้จากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

|                                      | กลุ่มที่ 1<br>ไม่มีหลักประกันใดๆ<br>ทั้งก่อนและหลังมี<br>โครงการหลักประกัน<br>สุขภาพถ้วนหน้า | กลุ่มที่ 2<br>เดิมไม่มีหลักประกัน ปัจจุบัน<br>มีบัตรทอง<br>(ทั้งใช้สิทธิ และไม่ใช่สิทธิ) | กลุ่มที่ 3<br>เดิมไม่มีหลักประกัน<br>ปัจจุบันมีบัตรทอง<br>และใช้สิทธิ |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| รายจ่ายที่ต้องจ่ายเอง<br>(บาท/คน/ปี) | 916.72                                                                                       | 206.26                                                                                   | 66.48                                                                 |
|                                      |                                                                                              |                                                                                          |                                                                       |
| ประหยัดได้<br>(บาท/คน/ปี)            | 710.46                                                                                       |                                                                                          | 850.24                                                                |
| จำนวนประชากร (ล้านคน)                | 15                                                                                           |                                                                                          | 15*                                                                   |
| ประหยัดได้ทั้งหมด<br>(ล้านบาท/ปี)    | 10,633.9                                                                                     |                                                                                          | 12,726.1*                                                             |

\* คำนวณโดยใช้สมมติฐานว่าประชากรในกลุ่มที่ 2 ใช้สิทธิทุกคนและทุกครั้ง

การศึกษาพบว่า ในพ.ศ. 2546 ประชากร

กลุ่ม 1 มีรายจ่ายสุขภาพเฉลี่ย 916.7 บาทต่อคนต่อปี

กลุ่ม 2 มีรายจ่ายสุขภาพเฉลี่ย 206.3 บาทต่อคนต่อปี

กลุ่ม 3 มีรายจ่ายสุขภาพเฉลี่ย 66.5 บาทต่อคนต่อปี

เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพของประชากรในกลุ่ม 1 และ 2 พบว่า กลุ่ม 2 มีรายจ่ายน้อยกว่า 710.5 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของประชากรกลุ่มที่ไม่เคยมีหลักประกันฯ มาก่อน ลงเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพของประชากรในกลุ่ม 1 และ 3 พบว่า กลุ่ม 3 มีรายจ่ายน้อยกว่า 850.2 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของประชากรกลุ่มที่ไม่เคยมีหลักประกันฯ มาก่อน ลงเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเมื่อใช้บริการรักษาพยาบาลใช้สิทธิในบัตรทุกครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพของประชากรในกลุ่ม 2 และ 3 พบว่า กลุ่ม 3 มีรายจ่ายน้อยกว่า 139.7 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ลงหากใช้สิทธิในบัตรทุกครั้ง

เมื่อวิเคราะห์การลดภาระรายจ่ายสุขภาพของประชากรลงเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับประเทศ พบว่า โครงการฯ สามารถประหยัดรายจ่ายประชากรกลุ่มที่ไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพมาก่อน แต่วันนี้มีหลักประกันฯ ลงได้ 10,634 ล้านบาทในพ.ศ. 2546 (เท่ากับ 710.5 บาทต่อคนต่อปี x 15 ล้านคนที่ไม่มีหลักประกันฯมาก่อนแต่วันนี้มีหลักประกันฯ) และหากสมาชิกทุกคนใช้สิทธิในบัตรทุกครั้งที่ใช้บริการ จะสามารถประหยัดได้มากขึ้นถึง 12,726 ล้านบาท (เท่ากับ 850.2 บาทต่อคนต่อปี x 15 ล้านคน)

การวิเคราะห์นี้ มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้มีการคำนึงถึงโครงสร้างอายุของประชากร ความแตกต่างของภาระโรค หรือพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของประชากรในแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันฯ ใดนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผู้มีฐานะดี ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนอยู่แล้ว นอกจากนั้นยังไม่ได้คำนึงถึงการให้บริการในสถานพยาบาลของภาคเอกชน

### สรุปผลสัมฤทธิ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมประชากร 47.7 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ชนบท และเป็นคนจนในระดับพื้นฐาน แต่ยังมีประชากรร้อยละ 5 ของคนไทยทั้งหมดที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุม
2. เมื่อเทียบกับปี 2544 อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐของผู้ถือบัตรฯ ในปี 2546 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในบริการผู้ป่วยนอกและร้อยละ 11 ในบริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการในระดับโรงพยาบาลอำเภอ การใช้สิทธิของผู้ถือบัตรทองยังไม่เต็มที่แต่มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นในเขตชนบททั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผลการวิเคราะห์ชี้ว่าระบบการคลังสุขภาพของโครงการฯ มีความสำคัญกับการให้บริการกับคนยากจนโดยเฉพาะที่อยู่ในระดับอำเภอ
3. คราวเรือนไทยมีการะรายจ่ายสุขภาพลดลงหลังจากมีโครงการฯ โดยในปี 2545 คราวเรือนทั่วประเทศมีรายจ่ายสุขภาพลดลงประมาณ 9,649.3 ล้านบาท เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มีหลักประกันใดๆ ในปี 2546 ลดภาระรายจ่ายลงถึง 10,634 ล้านบาท หากผู้ถือบัตรแสดงสิทธิและใช้สิทธิในบัตรทั้งหมดแล้วจะลดภาระรายจ่ายครัวเรือนลงได้เป็น 12,726 ล้านบาท

### ข้อเสนอแนะ

1. จากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้รายรับของสถานพยาบาลลดลงจากที่เคยได้รับจากการให้บริการผู้ที่ไม่เคยมีสวัสดิการใดๆ ที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง แต่เมื่อมีหลักประกันฯ จ่ายเพียง 30 บาทต่อครั้งหรือไม่ต้องจ่ายเลย และหากในอนาคตการใช้สิทธิของผู้ถือบัตรทองเพิ่มมากขึ้น ยังจะมีผลให้รายรับของสถานพยาบาลในโครงการลดลงมากขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อการบริหารการคลังสุขภาพของสถานพยาบาล ดังนั้นจึงควรที่จะต้องวางแผนและจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับการะงานเพื่อให้การให้บริการที่มีคุณภาพสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

2. มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ควรจะต้องทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำมาประกอบการกำหนดนโยบายด้านการสนับสนุนการบริการต่อไป และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจัดทำมาตรการและความพยายามที่จะดำเนินการให้ประชาชนที่ยังไม่ได้รับสิทธิได้มีหลักประกันสุขภาพ

## ตอนที่ 2: ความคิดเห็นของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้ทำการสำรวจ “ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาตัวอย่างผู้ใช้บัตรทองอายุ 15 ปีขึ้นไปจาก 13 จังหวัดทั่วประเทศ” โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 13 จังหวัดทั่วประเทศได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี กาญจนบุรี ชัยนาท ฉะเชิงเทรา เชียงราย ลำปาง พิชญ์โลก ขอนแก่น มหาสารคาม นครราชสีมา นครศรีธรรมราช และจังหวัดตรัง จำนวน 6,087 ตัวอย่าง ดำเนินการภายในช่วงระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2546<sup>7</sup>

### ผลการสำรวจประเด็นสำคัญสรุปได้ดังนี้

#### 1. การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิและการใช้สิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค)

ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.8) สามารถระบุชื่อสถานพยาบาลได้ถูกต้องตรงตามรายชื่อสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทอง ส่วนที่ระบุสถานพยาบาลไม่ตรงกับสถานพยาบาลในบัตร (ไม่ถูก) มีเพียงร้อยละ 8.2 โดยแหล่งข้อมูลที่ช่วยให้ทราบข่าวสารเรื่องขั้นตอนและวิธีการใช้บริการบัตรทอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./อสส.) มากที่สุด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน/กำนันผู้ใหญ่บ้าน

ความตั้งใจที่จะร้องเรียนหน่วยงานหรือบุคคลต่างๆ ถ้าหากเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่ามีตัวอย่างที่ระบุว่าจะร้องเรียนร้อยละ 28.6 โดยระบุหน่วยงานที่จะร้องเรียนเรียงตามลำดับได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล ผู้นำชุมชน (เช่นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ตามลำดับ ส่วนที่ไม่คิดจะร้องเรียนมีร้อยละ 22.0 โดยระบุเหตุผลสำคัญได้แก่ “ไม่แน่ใจว่าจะร้องเรียนใครเพื่ออะไร (จะได้อะไร) อดทนได้ / ไม่ลำบากใจกับปัญหาที่เจอ / แก้ปัญหาด้วยตัวเองได้ และไม่อยากมีเรื่องกับใคร และไม่แน่ใจร้อยละ 49.4

#### 2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกสถานพยาบาล

ตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดให้มีสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งทำหน้าที่ติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ที่ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 35.6 เห็นด้วยร้อยละ 50.6 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 9.0 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 2.3 และไม่มีความเห็นร้อยละ 2.5

สำหรับปัจจัยในการเลือกสถานพยาบาลประจำตัวในการรักษาพยาบาลตามสิทธิบัตรทอง พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาลที่จะเลือก/สถานพยาบาลเครือข่ายมากที่สุด รองลงมาคือความสะดวกในการเดินทาง การมีเครือข่ายกว้างขวางง่ายต่อการใช้บริการ ความเป็นสถานพยาบาลของรัฐ ช่วงเวลาในการเปิดให้บริการ และความเป็นสถานพยาบาลเอกชน ตามลำดับ

ความต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ หากเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลประจำตัวใหม่ได้ในปีนี้ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปลี่ยนร้อยละ 55.8 เพราะสถานพยาบาลเดิมอยู่ใกล้และเดินทางสะดวกอยู่แล้ว การรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเดิมคืออยู่แล้ว ที่ต้องการเปลี่ยนมีร้อยละ 34.4 เพราะต้องการเลือกสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้และสะดวกในการเดินทางมากกว่า สถานพยาบาลเดิมบริการไม่ดี และต้องการสถานพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ทันสมัยมากกว่า ที่เหลือไม่แน่ใจร้อยละ 9.8

ความต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลรองไปใช้ "คลินิก" พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการเปลี่ยนไปใช้คลินิกร้อยละ 51.8 เพราะเชื่อว่าบริการดีกว่า สะดวกรวดเร็ว และคุณภาพการรักษาดีกว่า ไม่ต้องการเปลี่ยนร้อยละ 37.0 เพราะสถานพยาบาลเดิมอยู่ใกล้ เดินทางสะดวก มีขนาดใหญ่ มีความทันสมัยอยู่แล้ว และไม่แน่ใจร้อยละ 11.2

แนวทางการเลือกสถานพยาบาลประจำตัวของแต่ละครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ต้องการให้ทุกคนในครอบครัวเลือกสถานพยาบาลเดียวกันร้อยละ 63.6 ต้องการให้แต่ละคนเลือกตามความต้องการของตนเองร้อยละ 35.8 และอื่น ๆ เช่นตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีความเห็นมีร้อยละ 0.6

### 3. ความคิดเห็นเรื่องการมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินค่าบริการ

ตัวอย่างส่วนใหญ่พร้อมที่จะจ่ายค่าธรรมเนียมเกินกว่า 30 บาทร้อยละ 60.7 ที่ไม่พร้อมมีร้อยละ 39.3 โดยระบุเหตุผลเพราะ ฐานะยากจน/รายได้น้อย เห็นว่าค่าธรรมเนียม 30 บาทเหมาะสมอยู่แล้ว และเห็นว่าเป็นนโยบายที่รัฐบาลได้ให้ไว้ค่อนข้างเสี่ยงเลือกตั้ง ตามลำดับ โดยค่าธรรมเนียมที่ตัวอย่างพร้อมที่จะจ่าย (กรณีคนที่ระบุว่าพร้อมที่จะจ่ายค่าธรรมเนียมเกินกว่า 30 บาท) ระบุค่าเฉลี่ย 77.8 บาท

### 4. ความคิดเห็นต่อโครงการและการให้บริการ

ผลการจำแนกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ที่เคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 91.9 ที่ไม่เคยมีเพียงร้อยละ 8.1

ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาในการได้รับการบริการ (เฉพาะคนที่เคยใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) ส่วนใหญ่ระบุว่าการใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษาระยะเวลาในการรอรับการบริการพอๆ กันกับผู้ที่ใช้สิทธิอื่นๆ ร้อยละ 75.5 ที่เห็นว่าช้ากว่ามีร้อยละ 19.7 และที่เห็นว่าเร็วกว่าร้อยละ 4.8

สำหรับความพึงพอใจต่อการบริการของสถานพยาบาลของผู้ที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคพบว่า

- 1) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ แบ่งเป็น
  - ความพึงพอใจต่อแพทย์ ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 69.7 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 23.2 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 4.3 ไม่พอใจร้อยละ 1.5 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1.3
  - ความพึงพอใจต่อพยาบาล ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 62.7 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 26.7 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 7.5 ไม่พอใจร้อยละ 1.8 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1.3
  - ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่อื่นๆ ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 62.0 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 27.5 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 7.4 ไม่พอใจร้อยละ 1.5 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1.6
  - ความพึงพอใจต่อยา ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 55.0 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 28.3 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 10.9 ไม่พอใจร้อยละ 4.5 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1.3
  - ความพึงพอใจต่อเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 60.1 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 25.7 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 6.3 ไม่พอใจร้อยละ 1.9 และไม่มีความเห็นร้อยละ 6.0
- 2) ค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาล ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 79.3 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 17.2 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 1.9 ไม่พอใจร้อยละ 0.7 และไม่มีความเห็นร้อยละ 0.9
- 3) ความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการ ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 59.5 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 26.6 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 9.4 ไม่พอใจร้อยละ 3.9 และไม่มีความเห็นร้อยละ 0.6
- 4) ความสะดวกในการเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาล ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 71.3 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 20.7 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 5.8 ไม่พอใจร้อยละ 1.6 และไม่มีความเห็นร้อยละ 0.6
- 5) ความยุติธรรมในการรักษาพยาบาล /การได้รับความเป็นธรรมในการบริการ ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 63.8 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 25.2 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 6.9 ไม่พอใจร้อยละ 2.9 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1.2
- 6) ผลการรักษา ตัวอย่างระบุว่าพอใจร้อยละ 62.3 ก่อนข้างพอใจร้อยละ 27.9 ไม่ค่อยพอใจร้อยละ 6.5 ไม่พอใจร้อยละ 2.3 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1.0

#### 4. ความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (โดยรวม)

จากการให้ตัวอย่างระบุคะแนนเต็ม 10 คะแนน พบว่าตัวอย่างให้คะแนนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่ำกว่า 5 คะแนนร้อยละ 3.3 ให้ 5-7 คะแนนร้อยละ 29.9 และให้ 8-10 คะแนนร้อยละ 66.8 สรุปคะแนนเฉลี่ยที่ให้เท่ากับ 8.01 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 คะแนน

สำหรับ "ข้อดี" ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ตัวอย่างระบุเรียงตามลำดับสำคัญดังนี้ 1) ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2) เป็นการช่วยเหลือคนยากจน 3) เจ้าหน้าที่บริการดี 4) การเดินทางไปสถานพยาบาลสะดวก/ใกล้บ้าน และ 5) เปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสเข้ารับการรักษาทั่วถึง/เสมอภาค

สำหรับ "ข้อควรปรับปรุง" ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ตัวอย่างระบุเรียงตามลำดับสำคัญดังนี้ 1) ปรับปรุงการบริการ/รักษามารยาทของเจ้าหน้าที่ 2) ปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล/คุณภาพยา 3) เปิด

โอกาสให้เลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองได้ 4) ปรับปรุงสถานที่บริการไม่ให้แออัดคับแคบ และ 5) เพิ่มจำนวน  
สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ



## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์สำเนาข้อมูลดิบมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนทุนการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

---

1. Tangcharoensathien V, Teokul W, and Chantrawongpaisal L. Social Welfare System in Thailand: A Challenge from targeting to Universality. Paper presented at the UNRISD Workshop on Social Policy in a Development Context; Transforming the Development Welfare State in East Asia, Novotel Hotel on Siam Square, Bangkok, 30 June-1 July 2003.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพมหานคร 2546
3. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. นนทบุรี; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2545
4. Wagstaff, A. Measuring equity in health care financing: Reflections on and alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index. Development Research Group and Human Development Network, World Bank. 2001.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพมหานคร 2544
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร 2545
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพล. ความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2546. นนทบุรี 2547



## บทที่ 7 อนาคตและทิศทางต่อไปของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร\*

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข\*\*

\* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

\*\* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทนี้ได้วิเคราะห์ถึงโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมต่อไป

### 1. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: วิสัยทัศน์และพันธกิจ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและบริหารการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรรมการมีจำนวน 30 คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ผู้แทนจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรจำนวน 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวน 7 คนซึ่งแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี กรรมการที่มาจากการเลือกหรือแต่งตั้งจะมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี แต่อาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

กลุ่มและองค์กรต่างๆ พยายามเข้ามามีส่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยส่งผู้แทนสมัครเพื่อให้ได้รับเลือกเป็นกรรมการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร อย่างไรก็ตาม ในกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคณะแรก ผู้แทนจากเครือข่ายบรรณรักษ์เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับเลือกเข้ามาเป็นส่วนใหญ่ของผู้แทนเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร

บทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะครอบคลุมการดูแลระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบ ซึ่งมีหลักๆ 3 โครงการคือ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โครงการประกันสังคม และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือ “30 บาทรักษาทุกโรค”) อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่เริ่มมีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บทบาทของกรรมการถูกจำกัดให้บริหารเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความเพียงพอของงบประมาณ ปัจจัยอื่นที่เป็นผลต่อความจำกัดในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่

#### 1.1 ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกทางนโยบาย ทำหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิ มาตรฐานบริการ และวิธีบริหารงบประมาณ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ รวมทั้งคุ้มครองสิทธิกรณีที่มีการละเมิดสิทธิดังกล่าว การบริหารงบประมาณภายใต้ระบบนี้เป็นมากกว่าการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการตามใบเสร็จที่เรียกเก็บ เพราะจะต้องมีมาตรการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ประชาชนผู้มีสิทธิจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากบริการสุขภาพ

ภายใต้งบประมาณที่จำกัด (3) การบริหารงบประมาณตามแนวคิดดังกล่าวเรียกได้ว่าเป็น “การซื้อบริการสุขภาพ” แม้ว่าแนวคิด “การซื้อบริการสุขภาพ” จะไม่ได้เป็นแนวคิดใหม่ในระบบสุขภาพ แต่เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างใหม่ในสังคมไทย ทำให้ผู้เข้าใจแนวคิดดังกล่าวไม่มากนัก รวมถึงกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย

นอกจากความไม่ชัดเจนในการทำหน้าที่เป็น “ผู้ซื้อบริการสุขภาพ (health care purchaser)” แล้ว บทบาทการซื้อบริการดังกล่าวยังได้รับผลกระทบของบทเฉพาะกาลตามมาตรา 65 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้การจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องจ่ายผ่านกระทรวงสาธารณสุขเป็นระยะเวลา 3 ปี และกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เงื่อนไขดังกล่าว ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงบประมาณที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เป็นรูปแบบที่ลดผลกระทบต่อสถานพยาบาลของตนเอง และในหลายกรณีเป็นการลดแรงกดดันให้เกิดการปฏิรูปสถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ในขั้นตอนแรกของการพัฒนาเป็น “ผู้ซื้อบริการทางสุขภาพ” ที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

ความคาดหวังให้คณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ นำมาซึ่งคำถามถึงความเหมาะสมของบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการและสถานพยาบาล ในช่วงสองปีแรก (พ.ศ. 2545-2546) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากในการปรับปรุงคุณภาพบริการและสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลปฐมภูมิของรัฐ ซึ่งกรรมการบางส่วนเห็นด้วยว่าเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขณะที่กรรมการส่วนใหญ่ เห็นว่าบทบาทหน้าที่ดังกล่าวควรจะเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลเหล่านั้น ผู้ซื้อบริการสุขภาพมีหน้าที่เพียงกำหนดมาตรฐาน และเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อบริการเท่านั้น ไม่ควรมีหน้าที่ต้องไปพัฒนาสถานพยาบาลเพื่อให้สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน

## 1.2 วิสัยทัศน์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาจกล่าวได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในระยะเพิ่งก่อร่างสร้างตัว จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนระบบให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มแลกเปลี่ยนเรื่องวิสัยทัศน์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งแรกในการประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2546 ซึ่งได้พัฒนาต่อมาเป็นการสร้างเส้นทางเดิน (Roadmap) การสร้างหลักประกันสุขภาพในการประชุมเชิงปฏิบัติการในเดือนมีนาคม พ.ศ.2547 โดยเส้นทางเดินดังกล่าวกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแต่ละปีในระยะเวลา 5 ปี อย่างไรก็ตาม วิสัยทัศน์และเส้นทางเดินดังกล่าวยังจำกัดเพียงแค่การพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาทรักษาทุกโรค” เท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ของรัฐ ตามเจตนารมณ์ที่กำหนดโดยกฎหมาย

จุดเด่นของวิสัยทัศน์และเส้นทางเดินดังกล่าวคือ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แต่การที่ต้องประสานผลประโยชน์ของทุกฝ่าย และฝ่ายที่มีบทบาทค่อนข้างมาก คือ ผู้แทนผู้ให้บริการของรัฐ ทำให้วิสัยทัศน์และเส้นทางเดินที่พัฒนามีขึ้นขาดความพยายามที่จะปฏิรูปสถานพยาบาลของรัฐ

### 1.3 การมีส่วนร่วมและผลประโยชน์ทับซ้อน

องค์ประกอบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้แทนจากทุกภาคส่วนทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและประชาชน ทำให้กลไกนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย แต่กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวบางครั้งก็ทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจ เพราะผู้แทนแต่ละฝ่ายต่างพยายามปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง การตัดสินใจที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการ มักจะได้รับการคัดค้านหรือทักท้วงจากกรรมการที่เป็นผู้แทนผู้ให้บริการ แม้กระทั่งผู้แทนผู้ให้บริการภาครัฐ

หากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ กลไกนโยบายของ “ผู้ซื้อบริการสุขภาพ” โดยทำหน้าที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สถานพยาบาลคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการกำหนดนโยบายดังกล่าว การมีผู้แทนสถานพยาบาล (ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน) อยู่เป็นส่วนหนึ่งของกลไกทางนโยบายจึงจะไม่เหมาะสม แม้ว่ามาตรา 17 วรรค 4 จะกำหนดให้การพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้ส่วนเสีย ให้กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริง แต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง แต่มาตรการดังกล่าวยังไม่ได้รับการปฏิบัติเท่าที่ควร

## 2. การประสานการพัฒนากระบวนประกันสุขภาพของรัฐ

หลังพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศใช้บังคับ ประชาชนคนไทยจะได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐ 3 โครงการสำคัญ คือ โครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัว โครงการประกันสังคมสำหรับลูกจ้างภาคเอกชน และโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนที่เหลือ เจตนารมณ์ของกฎหมายยังต้องการให้เกิดบูรณาการของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้เกิดความเป็นเอกภาพและความเท่าเทียมกันที่สุดในที่สุด ทั้งนี้ได้กำหนดไว้ในมาตรา 9, 10 และ 11 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สาระสำคัญคือ การกำหนดให้ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพอื่นมาใช้บริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อมีความพร้อมหรือความตกลงร่วมกัน)

อย่างไรก็ตาม เจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าวได้รับการคัดค้านจากผู้นำสหภาพแรงงานและกลุ่มข้าราชการ เนื่องจากเกรงว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะกระทบต่อสิทธิประโยชน์ที่ตนเองเคยได้รับ (4) รัฐบาลพยายามหยุดการเคลื่อนไหวดังกล่าวโดยรับปากว่าจะแก้ไขกฎหมายให้มีการยกเลิกมาตราดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็หลีกเลี่ยงการอภิปรายหรือการตัดสินใจประเด็นนี้ เพียงแต่ให้ความเห็นชอบในการเลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 9, 10 และ 11 ไปก่อนระหว่างที่รอแก้ไขกฎหมาย

แทนที่จะใช้อำนาจตามกฎหมายดำเนินการให้เกิดบูรณาการของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามที่จะสร้างบรรยากาศความร่วมมือระหว่างกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ โดยประสานความร่วมมือในการพัฒนาด้านต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูล มาตรฐานการให้บริการ การตรวจสอบทางการแพทย์ ฯลฯ จนนำมาสู่การจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงานคือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ.2547 หลังการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือดังกล่าว มีการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างผู้บริหารทั้ง 3 หน่วยงานเป็นระยะทุก 4-6 เดือน โดยมีการติดตามความคืบหน้าความร่วมมือในด้านต่างๆ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งล่าสุดในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2547 ผู้แทน

กรมบัญชีกลางได้เสนอให้มีการพัฒนาแผนชาติเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น (5) เพื่อประสานยุทธศาสตร์การพัฒนาของทั้ง 3 กองทุนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ยังเป็นอีกก้าวกระโดดของการพัฒนาจากเดิมที่มีเพียงแค่การพัฒนาเส้นทางเดิน (Roadmap) ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

ความร่วมมือระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนที่ชัดเจนอีกกรณีหนึ่งคือ การบริหารงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน ความร่วมมือดังกล่าวอาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ เนื่องจากงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมาได้ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการแล้ว โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้แทนของสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง (7) และแนวทางการบริหารงบประมาณดังกล่าวได้เป็นประเด็นหนึ่งในการหารือของคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสามกองทุนประกันสุขภาพด้วย

### 3. ระบบการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการ: เจตนารมณ์และการปฏิบัติ

ก่อนหน้าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศใช้บังคับ ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเกิดความผิดพลาดของผู้ให้บริการหรือจากเหตุสุดวิสัยก็ตาม มักได้รับความช่วยเหลือจากกลไกที่ไม่เป็นทางการ เช่น การช่วยเหลือจากแพทย์ผู้ให้การรักษา โรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดตั้งกองทุนขึ้นเป็นการภายในและใช้เงินกองทุนนี้ช่วยเหลือผู้ป่วย มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่ฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายจากแพทย์หรือสถานพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2539 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสุขภาพโดยบุคลากรของสถานพยาบาลรัฐ ไม่สามารถฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากบุคลากรเหล่านั้นได้โดยตรง แต่จะต้องฟ้องร้องกับหน่วยงานราชการนั้นแทน เช่น กระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่กฎหมายมีผลใช้บังคับ ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายแต่อย่างใด (8)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้มีการจัดตั้งระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสุขภาพขึ้นใหม่ (ตามมาตรา 41) โดยใช้เงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้สถานพยาบาล) เจตนารมณ์ของกฎหมายต้องการให้เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น (ไม่ได้เป็นการชดเชยความเสียหายทั้งหมด) และเป็นการช่วยเหลือโดยไม่ต้องพิสูจน์ความถูกผิด อย่างไรก็ตาม เมื่อจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลขึ้น โดยกำหนดให้ความเสียหายที่เป็นเหตุให้ร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ จะต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติหรือรักษาโรคตามมาตรฐาน และด้วยนัยของข้อบังคับดังกล่าว การพิสูจน์ถูกผิด (เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้เป็นเหตุแทรกซ้อนจากการรักษาโรคตามมาตรฐาน) กลายเป็นกระบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้เจตนารมณ์ของกฎหมายถูกบิดเบือนไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดอบรมคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ซึ่งมีหน้าที่พิจารณาคำร้องขอตามมาตรา 41 เพื่อให้เข้าใจตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและเน้นให้เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งช่วยลดผลกระทบดังกล่าวได้มาก

ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นปีแรกที่ได้มีดำเนินการตามมาตรา 41 มีผู้ป่วย 85 ราย ร้องขอความช่วยเหลือทางการเงิน เนื่องจากได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ผู้ป่วย 62 ราย ได้รับความช่วยเหลือ คิดเป็นจำนวนเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น 4.53 ล้านบาท (9) ผลของกระบวนการพิจารณาความช่วยเหลือ ได้ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมต่อผู้ให้บริการจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่ให้การรักษามีรายงานว่าแพทย์จำนวนหนึ่งลาออกจากราชการหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา

ควรมีการทบทวนข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้ระบบการช่วยเหลือดังกล่าวข้างต้นเป็นการช่วยเหลือโดยปราศจากการพิสูจน์ถูกผิดอย่างแท้จริง ในอนาคตมีแนวโน้มที่จะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าวเปลี่ยนเป็นการชดเชยความเสียหายเพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองอย่างแท้จริง

#### 4. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: แรงกดดันต่อกระทรวงสาธารณสุข

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่จัดตั้งใหม่เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” กสพ. ถูกคาดหวังให้เป็น “ผู้ซื้อบริการ” ในระดับจังหวัด ทำหน้าที่บริหารงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (11) นอกจากนี้งบประมาณที่จะจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ.2542 เป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาลในปี พ.ศ. 2549 (12) อย่างไรก็ตาม แผนการกระจายอำนาจดังกล่าวได้ถูกเลื่อนออกไป เมื่อพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศ ในปี พ.ศ.2544

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ระบุในมาตรา 47 ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียกร้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการดำเนินการตามมาตราดังกล่าว เป็นผลให้มีการศึกษาวิจัยนำร่องในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรพิจารณาในกรณีนี้คือ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะเป็นเช่นไร เป็นผู้ให้บริการหรือผู้ซื้อบริการ หากจะให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการก็จะซ้ำซ้อนกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพยายามต่อสู้เพื่อขยายบทบาทของตนเองในระบบหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด เมื่อจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อเป็นกลไกทางนโยบายในระดับจังหวัด มีการถกเถียงกันค่อนข้างมากว่า องค์กรประกอบของคณะกรรมการควรจะเป็นเช่นไร ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในคณะกรรมการเสนอให้ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการฯ และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นผู้อำนวยการสำนักงานสาขาทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการ โดยเลียนแบบโครงสร้างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ข้อเสนอดังกล่าวถูกหักท้วงโดยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข โดยเห็นว่าผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นน่าจะไม่มีความพร้อมเพียงพอ ในที่สุดคณะกรรมการได้มีมติให้นายแพทย์สาธารณสุข

จังหวัดทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการฯ ชั่วคราวเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจึงจะมีการประเมินผลและตัดสินใจอีกครั้งหนึ่ง

ในระยะแรกที่งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพยังไม่เพียงพอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการช่วยสนับสนุนทางการเงินด้วย แต่การสนับสนุนดังกล่าวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้เพื่อช่วยสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ของตนเองเป็นหลัก (13) มากกว่าจะใช้เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนงบประมาณของระบบโดยรวม ยังไม่มีความชัดเจนว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะช่วยสนับสนุนทางการเงินแก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร และเงินดังกล่าวควรจะถูกใช้จ่ายอย่างไร เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

## 5. ความยั่งยืนทางการเงินระยะยาว

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นโดยปัญหาทางการเงินไม่เป็นอุปสรรคอีกต่อไป เพราะรัฐบาลเป็นผู้บริหารจัดการเงินสำหรับการจัดบริการดังกล่าวเองโดยใช้เงินจากภาษี การใช้ระบบจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบในระยะยาว ทั้งนี้ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้มีการใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพต่ำ สามารถไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวกกว่าการใช้บริการที่ระดับอื่นด้วย

อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนทางการเงินของระบบในระยะยาวยังมีความไม่แน่นอนอยู่มาก เนื่องจากเป็นระบบที่อิงกับระบบงบประมาณประจำปีเป็นหลัก นอกจากนั้น รัฐบาลพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (อัตราการใช้บริการและต้นทุนต่อหน่วยบริการ) เฉพาะในปี พ.ศ.2545 เท่านั้น หลังจากนั้น (พ.ศ.2546-2548) เป็นการพิจารณาบนพื้นฐานของงบประมาณที่มีอยู่และการต่อรองเป็นหลัก ทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับการจัดสรรต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการจริง ทำให้ระบบมีการขาดทุนสะสมอย่างต่อเนื่องและเป็นอันตรายต่อระบบอย่างยิ่ง และตราบไคที่งบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังขึ้นกับพระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีเป็นหลัก และสำนักงานงบประมาณซึ่งมีบทบาทหลักในการจัดทำพระราชบัญญัติงบประมาณประจำปียังไม่ได้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอในการจัดสรรงบประมาณ โอกาสที่งบประมาณสำหรับโครงการจะได้รับการพิจารณาจัดสรรตามข้อมูลการใช้บริการและต้นทุนการจัดบริการจึงมีน้อย

มาตรา 39 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดแหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้หลายแหล่ง ซึ่งน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นในการพิจารณาหาทางเลือกแหล่งเงินอื่นนอกเหนือจากเงินภาษี เพื่อให้กองทุนเกิดความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาวได้

คณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงบประมาณ องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ศึกษามาตรการทางการเงินระยะยาว (14) โดยคาดคะเนงบประมาณที่โครงการสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอีก 20 ปีข้างหน้า ทั้งนี้มีข้อเสนอทางเลือกเพื่อให้กองทุนเกิดความยั่งยืนในอนาคตดังนี้



### ข้อเสนอทางเลือกที่ 1

รายได้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากภาษีเหมาจ่ายและบุหรี่ โดยเก็บจาก 2 ใน 3 ของภาษีบุหรี่ที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 และครึ่งหนึ่งของภาษีแอลกอฮอล์และเบียร์ที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 50

มีข้อโต้แย้งว่าระบบนี้อาจทำให้การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ และเบียร์ลดลงเนื่องจากราคาที่สูงขึ้น หรือมีการลักลอบนำเข้า ซึ่งจะมีผลทำให้เงินรายได้ของกองทุนลดลง และรัฐบาลอาจสูญเสียรายได้ไปมากกว่าที่จะจัดสรรให้กับโครงการหลักประกันสุขภาพ ข้อเสนอสนับสนุนทางเลือกนี้คือ การเก็บภาษีดังกล่าวมีผลกระทบต่อคนจนค่อนข้างน้อย และยังมีผลช่วยลดการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วย

### ข้อเสนอทางเลือกที่ 2

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศได้เสนอให้มีการขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคม โดยผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่ม ทั้งนี้ประมาณว่ามีผู้มีสิทธิตามโครงการประกันสังคมเพิ่มขึ้นจำนวน 6 ล้านคน และช่วยลดภาระงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 9 พันล้านบาท

### ข้อเสนอทางเลือกที่ 3

การปฏิรูปพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ให้สามารถคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากพบว่า ระบบดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูงถึงร้อยละ 41 ของเบี้ยประกันที่จัดเก็บได้ในปี พ.ศ.2545 ข้อเสนอในการปฏิรูปคือ การให้กรมการขนส่งทางบกทำหน้าที่เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันจากเจ้าของเมื่อมีการเสียภาษีและต่อทะเบียนรถประจำปี ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการลง ขณะเดียวกันก็ป้องกันการหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามกฎหมายได้มากขึ้น รายได้จากเบี้ยประกันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ ให้โอนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าว การปฏิรูปดังกล่าวแม้มีความจำเป็นแต่เกิดขึ้นได้ยาก เนื่องจากจะได้รับการคัดค้านจากบริษัทประกันเอกชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของระบบในปัจจุบัน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพิจารณาทางเลือกทั้งสามอย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในแง่ความยั่งยืนทางการเงินของกองทุน ทั้งนี้ควรกำหนดกรอบเวลาในการดำเนินการอย่างชัดเจน การเริ่มต้นพิจารณาความเป็นไปได้ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลในแง่ความเป็นไปในการใช้ภาษีจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ นับเป็นจุดเปลี่ยนของระบบที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

## **6. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ: คุ้มครองใคร?**

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ประกาศใช้บังคับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 โดยเป็นการประกันภาคบังคับที่ขอมให้บริษัทประกันเอกชนที่มุ่งกำไรเป็นผู้บริหารโครงการนี้ทั้งหมด พระราชบัญญัตินี้ให้ความคุ้มครองกับผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถ โดยจ่ายสินไหมชดเชยกรณีรักษาพยาบาลไม่เกินเพดานที่กำหนด จ่ายสินไหมชดเชยกรณีทุพพลภาพและเสียชีวิต ข้อมูลรายงานในปี 2545 พบว่า บริษัทประกันสามารถเก็บเบี้ยประกันได้ 7,003 ล้านบาท โดยมีรายจ่ายเพื่อการบริหารสูงถึงร้อยละ 41 รายจ่ายสินไหมทดแทนร้อยละ 52 พระราชบัญญัติไม่สามารถคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคนได้

เมื่อประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนความเหมาะสมและความจำเป็นที่จะคงพระราชบัญญัติฯ นี้ไว้ เพราะมีการให้บริการที่ทับซ้อนกับโครงการอื่น ปัจจุบันพบว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการประกันสังคม และโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการได้จ่ายชดเชยให้แก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถแท็กซี่ประกันของเอกชน

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้ศึกษา พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (12) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความต้องการงบประมาณเพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน (เพื่อการดูแล รักษา, เสียชีวิต และการชดเชยแก่ผู้ทุพพลภาพ) และประมาณการว่าหากจะเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น จะต้องเก็บอีกกี่สตางค์ต่อลิตร เพื่อให้ได้เงินเพียงพอในการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน และนำเสนอแนวทางการปฏิรูป

การศึกษาพบว่า ในปี 2545 ต้องการงบประมาณจำนวน 7,158 ล้านบาท เพื่อให้การคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน โดยเป็นการรักษายาบาลกรณีผู้ป่วยในร้อยละ 63 การรักษาเบื้องต้นถึงโรงพยาบาลร้อยละ 16 กรณีตายร้อยละ 15 กรณีรักษายาบาลผู้ป่วยนอกร้อยละ 5 และกรณีทุพพลภาพร้อยละ 1

ผู้วิจัยประมาณรายจ่ายบริโภคน้ำมันของครัวเรือน และปรับรายจ่ายเป็นปริมาณการบริโภค (ลิตร) จำแนกตามเชื้อเพลิงของรายได้ครัวเรือน เพื่อวิเคราะห์การกระจายรายจ่ายครัวเรือนหากจะต้องจ่ายภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น โดยฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จะต้องเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้นลิตรละ 32 สตางค์ เพื่อให้ได้เงินทั้งสิ้น 7,158 ล้านบาท หากไม่มีความยืดหยุ่นของราคาต่อปริมาณและแบบแผนของอุปสงค์ ผู้วิจัยเสนอว่าให้เก็บภาษีเบนซิน 95 สูงกว่า น้ำมันประเภทอื่น ทางเลือกที่เก็บเพิ่มอีกลิตรละ 26 สตางค์สำหรับน้ำมันประเภทอื่นๆ และ 55 สตางค์สำหรับเบนซิน 95 เป็นทางเลือกที่มีความลดหย่อนน้อยที่สุดและมีความเป็นไปได้และการยอมรับมากกว่า

การปฏิรูปควรจะบรรลุเป้าหมายหลัก 2 ประการคือ ให้การคุ้มครองทุกคนและต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ผู้วิจัยเสนอ 3 ทางเลือกจำแนกตามที่มาของเงิน ทางเลือกที่ 1 อาศัยเบี่ยประกันตาม พ.ร.บ. ทางเลือกที่ 2 อาศัยภาษีทั่วไป และทางเลือกที่ 3 อาศัยภาษีน้ำมันเฉพาะ ผลการวิเคราะห์พบว่า ทางเลือกที่ 2 และ 3 มีความเป็นไปได้น้อย เนื่องจากมีเบี่ยประกันอยู่แล้ว ไม่น่าจะเป็นการระบประมาณ และในภาวะวิกฤตน้ำมัน ทางเลือกที่ 3 ไม่น่าจะเป็นที่ยอมรับได้

ภายใต้ทางเลือกที่ 1 ผู้วิจัยเสนอให้มีการปฏิรูปใหญ่ (major reform) โดยให้กรมขนส่งทางบกเก็บเบี่ยประกันพร้อมๆ กับการชำระภาษีรถยนต์ประจำปี โดยหักเบี่ยประกันจำนวนหนึ่งไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บเบี่ยประกัน เบี่ยประกันส่วนที่เหลือส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปป.) เป็นผู้บริหารการจ่ายเงินชดเชยกรณีเจ็บป่วย ดาย และทุพพลภาพ ทางเลือกการปฏิรูปเล็กน้อย (minor reform) ก็อาจจะเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจากสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ด้านคือต้นทุนบริหารจัดการต่ำ และให้การคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน

ไม่ว่าจะใช้หลักการใดที่ยากที่จะหลีกเลี่ยงแรงเสียดทานจากธุรกิจประกันได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาและความเห็นพ้องต้องกันของของภาครัฐในการเพิ่มการสนับสนุนการปฏิรูปครั้งนี้