

# แนวคิด กระบวนการพัฒนา สัมฤทธิ์ผลและผลกระทบ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค)

สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์  
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เอกสารนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวน กระบวนการเกิดของนโยบาย โครงสร้างและระบบการจัดการ และให้บริการ สัมฤทธิ์ผลของโครงการและผลกระทบ ตลอดจนมาตรการรองรับที่มีและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาของมาตรการนั้นๆ โดยอาศัยกรอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในการวิเคราะห์

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนภายใต้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ตั้งแต่ปี 2544 ภายหลังจากการเลือกตั้ง และเริ่มทดลองดำเนินการใน 6 จังหวัดในเดือนเมษายน ต่อมาขยายไปอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน และขยายไปยังจังหวัดอื่นๆ ที่เหลือในเดือนตุลาคม 2544 และครบทุกจังหวัดในเดือนเมษายนของปีถัดมา โครงการนี้ได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญสองประการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข คือ การปฏิรูประบบการจัดการการคลังระบบบริการสาธารณสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ โครงการนี้ตั้งงบประมาณและจัดสรรเงินให้กับจังหวัดต่างๆ ตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน (per capita budget) และกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคู่สัญญา (contracted primary care units) แบบปลายปิด คือเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วม ภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยใน

ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โครงการนี้ส่งผลดีต่อประชาชนในหลายมิติ การมีหลักประกันสุขภาพทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มคนชั้นกลางและคนจนได้รับประโยชน์จากโครงการนี้มากกว่าคนรวยเมื่อพิจารณาการใช้บริการและการใช้สิทธิ โครงการนี้ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมด้านการคลังในระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดอุบัติเหตุการฉ้อโกงและจำนวนคนที่อาจล้มละลายและกลายเป็นคนจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ โครงการนี้ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคเอกชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการ ให้ข้อมูลและคุ้มครองสิทธิของประชาชน ตลอดจนมีระบบการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ผิด

ในด้านระบบบริการและผู้ให้บริการนั้น การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณจากที่เคยจัดสรรตามการกระจายของสถานพยาบาล เปลี่ยนเป็นการจัดสรรให้ตามรายหัวประชากรอย่างฉับพลันของโครงการ มีผลกระทบอย่างมากต่อสถานพยาบาล เนื่องจากการกระจายของสถานพยาบาลที่เป็นอยู่ไม่สอดคล้องกับการกระจายของประชากรตามภูมิภาคต่างๆ ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่และสถานพยาบาลที่ตั้งในเขตที่มีประชากรเบาบางได้รับงบประมาณลดลง ในขณะที่พื้นที่ที่มีสถานพยาบาลและบุคลากรเบาบางเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาก สถานการณ์ดังกล่าวแย้งขึ้นไปอีกเมื่อโครงการนี้ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดบริการ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการในโครงการนี้คือการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้สถานพยาบาลคู่สัญญาทุกแห่งต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit; PCU) ตามมาตรฐานที่กำหนด 1 แห่งต่อประชากรที่ขึ้นทะเบียน 10,000 – 15,000 คน ทั้งนี้แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

การให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกนั้น เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยทุกคน อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายภายใต้ข้อจำกัดทั้งด้านโครงสร้างระบบบริการที่เป็นอยู่และข้อจำกัดของงบประมาณจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทย ทั้งในด้านบวกและลบ

ปรัชญา/แนวคิด	สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ > การสงเคราะห์แนวคิดแบบถ้วนหน้า > เฉพาะกลุ่ม
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน (equity in access)</li> <li>○ ให้มีความเป็นธรรมในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Fairness of financial contributions) และปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลาย (Protection households from catastrophic expenditures)</li> </ul>
กระบวนการเกิดนโยบาย	มีความพยายามในการผลักดันนโยบายนี้มานานับทศวรรษโดยในช่วงแรกเป็นการเคลื่อนไหวในหมู่นักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้มีการขยายวงไปยังภาคประชาชน ภาคการเมือง นักวิชาการและนักสาธารณสุขอื่นๆ
องค์ประกอบนโยบาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ การให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนไทยทุกคน</li> <li>○ การแยกบทบาทระหว่างการซื้อบริการและการให้บริการ</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ การปฏิรูปการบริหารจัดการการคลังระบบบริการสุขภาพ</li> <li>○ สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ</li> <li>○ การมีส่วนร่วมและคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชน</li> <li>○ การพัฒนาคุณภาพบริการ</li> </ul>
โครงสร้างระบบบริการ	อาศัยโครงสร้างระบบบริการ สธ. ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งกระจายอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ เป็นคู่สัญญาหลักในการให้บริการ ร่วมกับสถานพยาบาลรัฐอื่นและเอกชน
สัมฤทธิ์ผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ร้อยละ 95 ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ</li> <li>○ อุปสงค์ของประชาชนต่อบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น อัตราการใช้บริการ OP ของผู้มีสิทธิบัตรทองเพิ่มจาก 2.8 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544 เป็น 3.55, 3.75, 3.61 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546, 47, 48 ตามลำดับ และอัตราการใช้บริการ IP เพิ่มจาก 0.76 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.83, 0.95, 0.95 ครั้ง/คน/ปี ในช่วงเดียวกัน</li> <li>○ อัตราการใช้สิทธิบัตรทองบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มจากร้อยละ 57 ในปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 72, 76 ในปี 2547-8 ตามลำดับ ส่วนอัตราการใช้สิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยในค่อนข้างคงที่ระหว่าง 80-83%</li> <li>○ การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุมีความเป็นธรรมชาติเนื่องจากขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลักคือ การมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่การใช้บริการผู้ป่วยในพบว่าผู้สูงอายุในเมืองและผู้ี่สะดวกในการไปรับบริการที่รพ.ที่ขึ้นทะเบียนมีอัตราการนอนโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้สูงอายุในชนบท และผู้ที่รายงานว่าจะสะดวกในการไปรับบริการที่รพ.ที่ขึ้นทะเบียน</li> <li>○ กลุ่มคนที่ได้ประโยชน์จากโครงการนี้คือชนชั้นกลางและคนจนเป็นหลัก โดยคนจนใช้ประโยชน์จากสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก คนชั้นกลางใช้ประโยชน์จากโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้น ส่วนคนรวยใช้ประโยชน์จากโครงการนี้น้อย</li> <li>○ ภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการสุขภาพลดลงประมาณ 1 - 1.2 หมื่นล้านบาท</li> <li>○ ความเป็นธรรมในภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ ภาระค่าใช้จ่ายของกลุ่มคนจนลดลงเป็นลำดับจากร้อยละ 8.17 ในปี</li> </ul>

	<p>2535 เหลือร้อยละ 2.77 ของรายจ่ายรวมครัวเรือนในปี 2545 มีผลให้ความแตกต่างระหว่างภาระค่าใช้จ่ายคนจนและรวยลดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ สัดส่วนครัวเรือนที่อาจล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงเป็นลำดับ ปี 2535 มีครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพเกินกว่าร้อยละ 25 ของรายจ่ายรวมครัวเรือนคิดเป็น ร้อยละ 4.9 และลดลงเป็น ร้อยละ 4.4 , 3.8 และ 3 ในปี พ.ศ. 2541, 2543 และ 2545 ตามลำดับ</li> <li>○ โครงการนี้ช่วยลดจำนวนคนจนที่อาจตกภายใต้เส้นความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ประมาณ 300,000 คนหรือร้อยละ 6 ของคนจนในปี 2545</li> </ul>
<p>ผลกระทบต่อระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ด้านการเงิน</li> <li>○ ด้านระบบบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ งบประมาณไม่เพียงพอ งบดำเนินการต่อหัวที่ได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายประมาณ 2-300 บาท/หัว/ปี งบลงทุนสำหรับบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ</li> <li>○ หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณที่ปรับเปลี่ยนไปทุกปีในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>○ การขาดความสมดุลระหว่างคนและเงิน</li> <li>○ ภาระงานเพิ่มขึ้น จากอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทั้งบริการผู้ป่วยนอกและใน</li> <li>○ มีสัดส่วนการใช้บริการที่ สอ.และรพช. เพิ่มขึ้น</li> <li>○ การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการปฐมภูมิ</li> <li>○ คุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิและการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ</li> </ul>

## 1. ปรัชญาแนวคิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค)

ปรัชญาแนวคิดหลักของการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน คือ ความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ทั้งในมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (Equitable access to needed care) และการจ่ายสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ (Fairness of financial contributions)

สุขภาพเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานสำคัญในการสนับสนุนโอกาสในการเข้าถึงบริการต่างๆ ในสังคมแก่ประชาชนได้อย่างเท่าเทียมกันเฉกเช่นเดียวกับการศึกษา การมีภาวะสุขภาพไม่ดีเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการเข้าถึงโอกาสต่างในสังคม เช่น โอกาสในการศึกษา การประกอบอาชีพ ผลกระทบต่อรายได้ รวมถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสังคมอื่นๆ การให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า (ความเป็นธรรมในภาวะสุขภาพ) จึงเป็นสิ่งที่นานาชาติเรียกร้อง ดังจะเห็นได้จากนโยบาย Health For All ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งต่อมาประเทศต่างๆรวมทั้งไทยก็ได้นำมากำหนดเป็นนโยบายและปฏิบัติ (แม้ว่าอาจตีความนโยบายดังกล่าวและมีแนวทางที่ปฏิบัติแตกต่างกันไป) อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพอยู่นอกกระบวนการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น ภาวะโภชนาการ การศึกษา รายได้ พฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้นปัจจัยบางอย่างก็ถูกกำหนดมาตั้งแต่คลอด เช่น การป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมทั้งหลาย ดังนั้นการสร้างความเป็นธรรมในภาวะสุขภาพอาจเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือความสามารถของระบบบริการสุขภาพไปมาก แต่สิ่งที่ระบบบริการสุขภาพจัดการได้คือการให้ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกคน และมาตรการสำคัญของการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ คือการให้มีโครงสร้างบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงเชิงกายภาพได้สะดวกซึ่งก็คือ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary health care) นั่นเอง ประเทศไทยเองก็ได้เร่งขยายโครงสร้างบริการพื้นฐานให้ครอบคลุมทั้งในระดับอำเภอและตำบลทั่วประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520- พ.ศ. 2524) และฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – พ.ศ. 2529) โดยตอนปลายแผนฯ 3 นั้นพบว่าประเทศไทยมีสถานีนอมนามัยครอบคลุมเพียงร้อยละ 51 และขยายเป็นร้อยละ 82 และ 100 เมื่อสิ้นแผนฯ 4 และ 5 ตามลำดับ และโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มจากร้อยละ 39 ของอำเภอเป็นร้อยละ 51 และ 92 ของอำเภอตามลำดับ นอกจากโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขก็ยังส่งเสริมให้มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นในทุกหมู่บ้านรวมทั้งการจัดตั้งกองทุนยาในหมู่บ้าน

ความเป็นธรรมในการกระจายสนับสนุนระบบบริการสุขภาพถือเป็นเป้าหมายสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้การจ่าย ณ จุดให้บริการถือเป็นสิ่งที่กีดกันการเข้าถึงบริการสำคัญประการหนึ่ง โดยเฉพาะกับคนจน ภาวะค่าใช้จ่ายในบางกรณีก็อาจก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยและครัวเรือน เช่น ต้องหมดเนื้อหมดตัว มีหนี้มีสิน และยากจนจากการจ่ายค่าบริการ สภาพดังกล่าวได้รับการยอมรับทั่วไปว่าเป็นสิ่งไม่พึง

ประสงค์ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยแยกการจ่ายจากการใช้บริการให้เป็นระบบการจ่ายล่วงหน้า (Prepayment schemes) เพื่อให้เกิดการกระจายความเสี่ยงระหว่างคนป่วยไปยังคนที่แข็งแรงกว่า (เบี้ยประกันของคนสุขภาพดีที่จ่ายมากกว่าที่ตนเองต้องจ่ายจึงมีเหลือไปช่วยคนที่สุขภาพแย่กว่า) การจ่ายล่วงหน้าทุกระบบจะมีความเป็นธรรมมากกว่าการจ่าย ณ จุดใช้บริการ และหากจะให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนจำเป็นต้องเป็นแบบบังคับเท่านั้น โดยอาจเป็นระบบประกันสังคม หรือระบบสุขภาพแห่งชาติจากภาษี ทั้งนี้ความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายจะขึ้นกับอัตราค่าตัวของเบี้ยประกันและขนาดของกองทุนเป็นหลัก ระบบภาษีถูกเลือกใช้ในโครงการสามสิบบาทด้วยเหตุผลด้านความเป็นไปได้ด้านการคลังและการดำเนินการเป็นหลัก

แนวคิดของโครงการดังกล่าวสอดคล้องกับสิทธิของประชาชนที่กำหนดภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” นับเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และรับรองสิทธิของผู้ยากไร้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า อันเป็นการสะท้อนแนวคิดและปรัชญาที่ว่าด้วยความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดจาก การให้การช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มมาเป็นสิทธิที่เท่าเทียมกันของประชาชน

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพมักเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเสมอ เพื่อให้ทรัพยากรที่มีเพียงพอในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขณะเดียวกันก็เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรและป้องกันภาระเพิ่มของค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากทั้งปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทาน โครงการนี้มีองค์ประกอบของการปฏิรูปที่สำคัญคือ เรื่องการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ การปฏิรูปกลไกการจัดการโดยการแยกบทบาทการซื้อและให้บริการจากกัน การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณและจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและการคุ้มครองผู้บริโภค

## 2. กระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการทบทวนวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ก่อนเกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นพอสรุปได้ดังนี้ โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยอย่างเป็นทางการเกิดขึ้นครั้งแรกภายหลังการเลือกตั้งในปี 2518 เมื่อพรรคกิจสังคมภายใต้การนำของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมทย์ ได้เข้ามาเป็นรัฐบาล และการจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในชนบทภายใต้โครงการบัตรสุขภาพชุมชนเกิดขึ้นตามนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นในช่วงปลายแผน 5 การจัดหลักประกันสุขภาพกับประชาชนภาคการจ้างงานเอกชนเริ่มในปี 2533 โดยช่วงแรกจำกัดอยู่เฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและต่อมาได้ขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน 5 คน และ 1 คนตามลำดับ การขยายหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นมากในช่วงแผนฯ 7 (2535-2539) เมื่อโครงการบัตรสุขภาพเปลี่ยนจากกองทุนในหมู่บ้านเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลบริหารในลักษณะกองทุนระดับจังหวัดและประเทศ และการขยายสวัสดิการของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ไปยังกลุ่มคนที่สังคมควรช่วยเหลือก็ถูก

สำหรับการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเริ่มมีการพูดคุยกันครั้งแรกก็ในช่วงแผนฯ 7 ในปี พ.ศ. 2536 โดยเป็นเวทีระดมความเห็นของนักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และต่อมาเป็นการระดมความเห็นจากนักวิชาการนานาชาติเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปี 2539 ขณะเดียวกันก็ได้มีความพยายามในการเสนอร่าง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สภาผู้แทนราษฎรได้ถูกยุบไปเสียก่อน การเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ได้มีความเข้มข้นขึ้นในช่วงแผนฯ 8 โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ 100% มีการรณรงค์ให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ 100% โดยอาศัยโครงการบัตรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท ขณะเดียวกันหน่วยงานวิจัยโดยเฉพาะสำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) โดย สวรส. มีการตั้งกลุ่มนักวิชาการเพื่อทำการศึกษารายละเอียดเพื่อพัฒนาข้อเสนอที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพก็มีการให้ทุนนักวิชาการเพื่อทำการศึกษาความเป็นไปได้และทางเลือกในการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย สปรส. ก็มีการทำประชาพิจารณ์กับประชาชนกลุ่มต่างๆเพื่อร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ขณะเดียวกันมีขับเคลื่อนนโยบายโดยเสนอข้อเสนอดังกล่าวไปยังพรรคการเมืองต่างๆ และมีการรวมตัวของภาคประชาชนเสนอ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาคประชาชนโดยการนำขององค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และเมื่อมีการเลือกตั้ง พรรคไทยรักไทยก็ได้หยิบยกเรื่องนี้เป็นนโยบายในการหาเสียงและเมื่อได้รับการเลือกตั้งเป็นรัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายดังกล่าว

จะเห็นได้ว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวนั้นได้มีความพยายามมาอย่างต่อเนื่องนับสิบปี ก่อนจะสามารถประกาศนโยบายดังกล่าว โดยในช่วงแรกนั้นเป็นการเคลื่อนไหวในกลุ่มนักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายภาคราชการในส่วนกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โดยมีการศึกษา อภิปราย และถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง และการศึกษาเพื่อเตรียมข้อเสนอที่เป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนไหวในภาคประชาชนเพื่อให้สนับสนุนนโยบายดังกล่าว และเมื่อประตูแห่งโอกาสเกิดเมื่อมีการเลือกตั้งนโยบายนี้จึงได้ถูกหยิบยกไปเป็นนโยบายของรัฐบาล

ตารางที่ 1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญของวิวัฒนาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

2518	โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย
2523	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
2528	กองทุนบัตรสุขภาพชุมชน
2533	โครงการประกันสังคมเริ่มดำเนินการในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป
2535	เริ่มโครงการรักษายาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ
2536	กองทุนบัตรสุขภาพชุมชนเปลี่ยนเป็นประกันสุขภาพสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ครั้งหนึ่งของราคาบัตรและบริหารจัดการระดับจังหวัดและประเทศ
	พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถมีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย
	กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและธนาคารโลกได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “Health Financing in Thailand” ที่จังหวัดเพชรบุรี ประเด็นเรื่องการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกหยิบยกขึ้นมาอภิปรายแต่ไม่สามารถหาข้อสรุปร่วมกันได้ <sup>1</sup>
2537	โครงการสวัสดิการรักษายาบาลฟรีได้ขยายไปให้กลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลืออื่นๆ เช่น เด็กต่ำกว่า 12 ปี นักเรียนมัธยมต้น ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก ภิกษุสามเณร ผู้นำชุมชนและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว และได้เปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.)
2539	กระทรวงสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนจากสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมนานาชาติ เรื่อง “Health Care Reform: At the Frontier of Research And Policy

<sup>1</sup> Nitayarumphong S, Pannarunothai, S., Kanchanachitra, C., and Pakpean, W. ed. Health financing in Thailand. In: Workshop on Health financing in Thailand, 11-13 November 1993; 1993; Dusit Resort and Polo Club Hotel, Petchaburi Province; 1993



	<p><i>Decisions</i>" ที่จังหวัดนครราชสีมา และมีเอกสารวิชาการเรื่อง "Thailand at the Crossroad: Challenges for Healthcare Reform" ได้ยกประเด็นคำถามว่าทำไมต้องปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย จะปฏิรูปอย่างไร และใครควรต้องมีส่วนร่วม<sup>2</sup></p> <p>ร่าง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกได้ผ่านความเห็นชอบของกรรมาธิการสาธารณสุขของรัฐสภา แต่ปรากฏว่ามีได้ถูกนำเข้าพิจารณาในสภาเนื่องจากสภาถูกยุบไปก่อน ร่างดังกล่าวมิได้รับการสนับสนุนจากรัฐสภาในหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องอย่างมาก</p>
2540	<p>รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2540 กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น แผนพัฒนาสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) กำหนดเป้าหมายในการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ 100%</p>
2541	<p>โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนของ EU ได้ร่วมมือกับ the Institute of Tropical Medicine (Entwerp), the London School of Hygiene and Tropical Medicine, and Edinburgh University ได้จัดประชุมนานาชาติเรื่อง <i>Achieving Universal Coverage of Healthcare: Experiences from the Middle and Upper Income Countries</i> อีกครั้งที่มีปัญหาว่าหาข้อสรุปไม่ได้<sup>3</sup></p> <p>เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และกระทรวงสาธารณสุขได้รับเงินกู้จากธนาคารโลกภายใต้โครงการลงทุนด้านสังคมเพื่อดำเนินการใน 6 จังหวัด</p>
2543	<p>รายงานการศึกษาซึ่งสนับสนุนโดยโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ สหภาพยุโรป เรื่อง "ความเป็นไปได้และทางเลือกระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย"<sup>4</sup></p>
2544	<p>สวรรส. มีรายงานการศึกษาพัฒนาข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>5</sup> โดยกำหนด</p>

<sup>2</sup> Nitayarumphong S (editor) Health Care Reform At the Frontier of Research and Policy Decisions. Nonthaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand 1997

<sup>3</sup> Nitayarumphong S and Mills A (editors). Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries. Nonthaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand; 1998

<sup>4</sup> ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย ดิเรก บัณฑิตวิวัฒน์ และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ความเป็นไปได้และทางเลือกระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2543

	<p>วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีทางเลือก และมีคุณภาพบริการที่ดี พร้อมทั้งได้เสนอรูปแบบทางเลือกของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คงหลายระบบไว้. ยุบรวมเหลือระบบเดียว. คงสองระบบสำหรับประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานและที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงาน) ตลอดจนแนวทางและแผนการดำเนินงานของแต่ละทางเลือก</p>
	<p>เมษายน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการนำร่องใน 6 จังหวัดทำดำเนินการโครงการลงทุนด้านสังคมอยู่ ต่อมาขยายไปอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายนปีเดียวกัน และขยายไปอีก 15 จังหวัด และจังหวัดอื่นๆที่เหลือยกเว้นกรุงเทพฯในเดือนตุลาคมปีเดียวกัน และขยายเต็มพื้นที่ทั่วประเทศในเดือนเมษายน 2545</p>

---

<sup>5</sup> คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage)

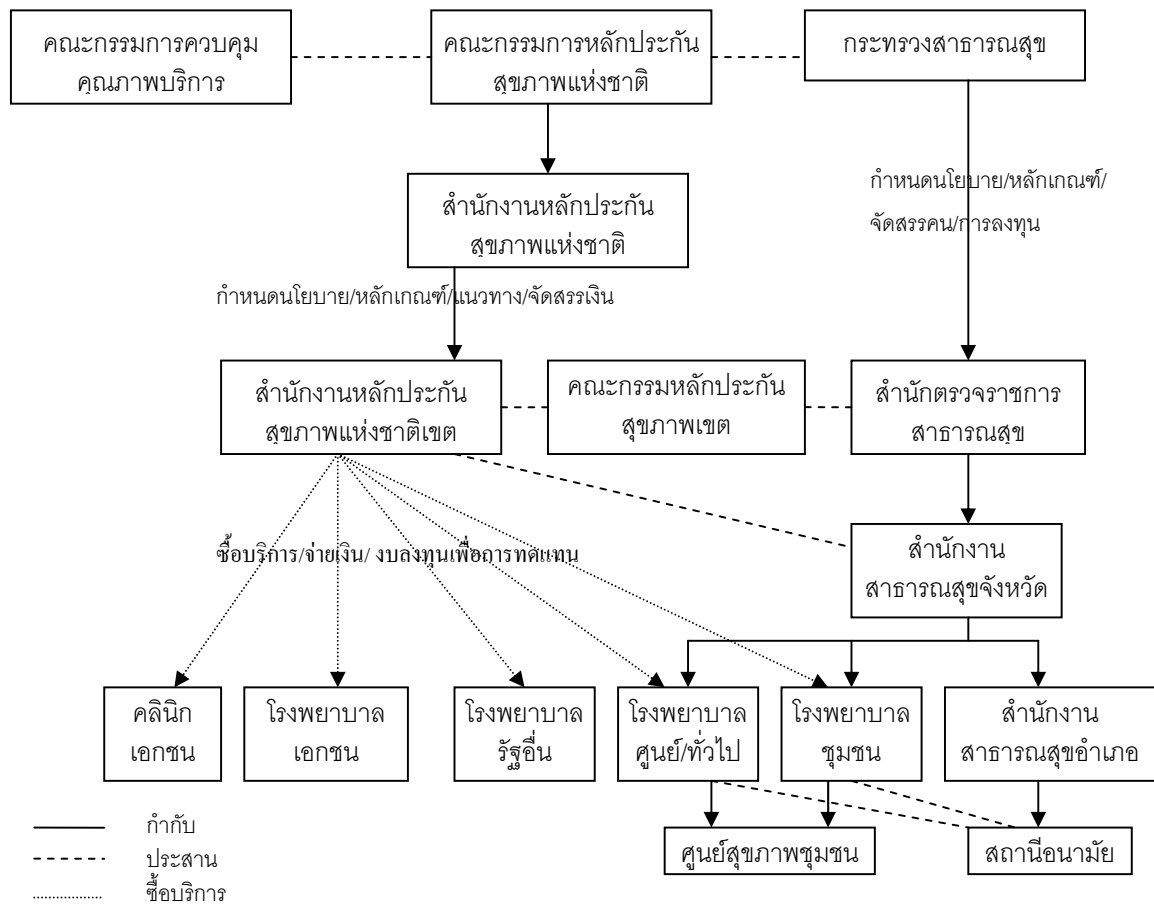
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544

### 3. องค์ประกอบนโยบายและการบริหารระบบ

นอกเหนือการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนโดยการผนวกโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 500 บาท) เข้าด้วยกันและขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มประชาชนที่เหลือที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพที่จัดให้โดยภาครัฐ (สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม) แล้ว โครงการนี้ผนวกการปฏิรูปที่สำคัญหลายประการที่สำคัญพอสรุปได้คือ การแยกบทบาทระหว่างการซื้อและการให้บริการ การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 การแยกบทบาทระหว่างการซื้อและการให้บริการ

ภายใต้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเพื่อบริหารจัดการโครงการนี้ภายใต้คณะกรรมการสองชุด คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพบริการ โดยคณะกรรมการชุดแรกนั้นมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและมีคณะกรรมการจากตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ทั้งจาก สปสช. และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนหน่วยงานผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคประชาชน บทบาทหลักของ สปสช. คือการซื้อบริการสุขภาพและการใช้กลไกด้านการเงินของผู้ซื้อรายใหญ่ในการกำหนด แทรกแซง และกระตุ้นทิศทางการพัฒนาระบบบริการ เช่นการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บริการตติยภูมิขั้นสูง ฯลฯ เป็นต้น ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในด้านโครงสร้างและศักยภาพต่างๆ เช่น การกระจายกำลังคนสถานพยาบาล และการลงทุนในการเพิ่มศักยภาพ อื่นๆ ในช่วงสามปีแรกของการบังคับใช้ พ.ร.บ. ดังกล่าว สปสช. ต้องจัดสรรเงินให้แก่เครือข่ายบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านมายังกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดสรรต่อไปยังจังหวัดและหน่วยบริการต่างๆ แต่เมื่อพ้นบทเฉพาะกาลแล้ว สปสช. จะทำการจัดสรรตรงให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักต่อไปโดยมีสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตเป็นคนทำหน้าที่ซื้อบริการ ภายใต้คณะกรรมการประกันสุขภาพเขต อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ สปสช. ก็ต้องประสานและร่วมมือกับกระทรวงฯ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการบริหารจัดการร่วมกัน ความสัมพันธ์ขององค์กรและการจัดการแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 3.2 การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในลักษณะงบประมาณจ่ายรายหัว โดยการคำนวณและกำหนดงบประมาณต่อหัวของโครงการปีแรก (2544-2545) ในอัตรา 1,202 บาท<sup>6</sup> ทำโดยนักวิชาการและได้รับการยอมรับจากรัฐบาลโดยไม่มีข้อต่อรอง ในการคำนวณอาศัย อัตราการใช้บริการปี 2539 จากการศึกษาอำเภอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการของ

<sup>6</sup> วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ยศ ตีระพัฒน์นันท์ และภูษิต ประคองสาย งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544, 10(3): 381-390

สถานพยาบาลในระดับต่างๆในปี 2543 อัตราดังกล่าวได้รับการวิพากษ์ว่าต่ำกว่าที่ควรเป็นโดยเฉพาะอัตราค่าบริการสำหรับบริการผู้ป่วยใน<sup>7</sup>

การได้มาซึ่งงบประมาณต่อหัวดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขต้องรวบรวมหมวดงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการส่วนบุคคลทั้งหมดที่เคยได้รับ เช่น งบประมาณของโครงการสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล งบประมาณโครงการประกันสุขภาพ และงบของโครงการสาธารณสุขบางอย่าง<sup>8</sup> ร่วมกับงบประมาณในส่วนที่จะได้รับเพิ่มเติม ในปี 2546 ได้มีการเสนองบประมาณต่อหัวใหม่ในอัตรา 1,414 บาท โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ปี 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยสถานพยาบาลในปีเดียวกัน<sup>9</sup> อย่างไรก็ตามงบประมาณต่อหัวอัตรานี้ไม่ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลด้วยเหตุผลหลักคือ อัตราการใช้บริการที่นำไปคำนวณเป็นอัตราการใช้บริการที่รวมการใช้บริการที่ใช้สิทธิภายใต้โครงการและที่ไม่ได้ใช้สิทธิ โดยอัตราการใช้สิทธิที่ได้รับการยอมรับในการตั้งงบประมาณคือร้อยละ 80 สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และร้อยละ 100 สำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยงบประมาณต่อหัวในปี 2546 ที่ได้รับก็ยังคงเท่าเดิม แต่ได้รับเพิ่มขึ้นในปีต่อมา คือ 1,308 ในปี 2547 1,396 บาทในปี 2548 และ 1,659 ในปี 2549 ทั้งนี้ในการเสนองบประมาณต่อหัวในแต่ละปีนั้นมีคณะกรรมการการเงินการคลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้พิจารณาเสนอ และต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากนั้นก็ไปผ่านกระบวนการงบประมาณของสำนักงบประมาณต่อไป สำหรับงบประมาณต่อหัวดังกล่าวได้มีการแบ่งเป็นส่วนๆในแต่ละปีดังแสดงในตารางที่ 2

---

<sup>7</sup> ศุภสิทธิ์ พวรรณารุณทัตย์ ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา 1,202 บาทต่อคนต่อปี วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545 11(1):123-128

<sup>8</sup> เช่น โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรค เช่น วัคซีนโรคเรื้อน มาลาเรีย กามโรค โรคเอดส์ โครงการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษา เป็นต้น

<sup>9</sup> ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัชรนฤมล กัญญา ทิษยาธิคม และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร อัตราเหมาจ่ายรายหัว โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545 11(5): 599-613

ตารางที่ 2 งบประมาณต่อหัว โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 – 2548

ประเภท	2545	2546	2547	2548	2549
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP) <sup>1/</sup>	574	574	488.2	533.01	585.11
2. บริการผู้ป่วยใน (IP) <sup>1/</sup>	303	303	418.3	435.01	460.35
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (P&P) <sup>1/</sup>	175	175	206	210	224.89
4. บริการอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ (AE) <sup>2/</sup>	25	25	19.7	24.73	52.07
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง <sup>2/</sup>	32	32	66.3	99.48	190.00
6. ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย <sup>3/</sup>	-	10	10	10	10
7. งบทดแทนการลงทุน <sup>4/</sup>	93.4	83.4	85	76.8	129.25
8. พื้นที่ทุรกันดาร <sup>5/</sup>	-	-	10	7	7.00
9. การชดเชยค่าเสียหายจากการรักษาตามมาตรา 41 <sup>6/</sup>	-	-	5	0.2	0.53
รวม	1,202.4	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.20

ที่มา: แนวทางการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549

หมายเหตุ:

<sup>1/</sup> จัดสรรให้กับจังหวัดต่างตามจำนวนหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน

<sup>2/</sup> บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการตามจ่าย กรณีการใช้บริการอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ นอกจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน และกรณีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด

<sup>3/</sup> จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

<sup>4/</sup> จัดสรรให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน

<sup>5/</sup> จัดสรรให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดาร

<sup>6/</sup> กั้นไว้บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการ ตามมาตรา 41 ใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการจัดสรรงบประมาณและจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลนั้น ในช่วงที่ผ่านมา (2346 – 2548/9) ซึ่งเป็นสามปีแรกภายใต้บทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดสรรงบประมาณในส่วนของเครือข่ายสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) แก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์และดำเนินการจัดสรรเงินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาลภายในสังกัดต่อไป ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำหน้าที่ในการจ่ายเงินตรงให้กับสถานพยาบาลต่างๆเมื่อพ้นบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวต่อไป

ในปีแรก (2545) นั้น กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้กับจังหวัดต่างๆในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเดียวรวมเงินเดือน และได้มีการตั้งงบสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (contingency fund) จำนวน 5,000 ล้านบาทเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากรูปแบบการจัดสรรดังกล่าว ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ของบดังกล่าวต้องเสนอแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้คณะกรรมการพิจารณาก่อนจะได้รับงบดังกล่าว รูปแบบการจัดสรรงบประมาณได้รับการต่อต้านอย่างมากจากโรงพยาบาลและจังหวัดที่ได้รับผลกระทบเป็นเหตุให้กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาเอาเงินเดือนออกจากรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรในปีต่อมา (2546) แต่ยังคงจัดสรรให้จังหวัดต่างๆในลักษณะตามหัวประชากรในอัตราเดียวที่ไม่รวมเงินเดือน สำหรับในปี 2547 นั้น ได้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนตามความสามารถของโรงพยาบาลในการหาเงินจากแหล่งอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) มากกว่าโรงพยาบาลเล็ก (โรงพยาบาลชุมชน) เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีสัดส่วนของเงินเดือนมากเมื่อเทียบกับงบต่อหัวทั้งหมดที่ได้รับขณะเดียวกันก็มีความสามารถในการหาเงินจากแหล่งอื่นมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เช่น สวัสดิการข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีสภาพที่ดีกว่าทั้งในด้านชื่อเสียง เครื่องไม้เครื่องมือ และบุคลากร และเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบประกันสังคม ทำให้มีคนไปใช้บริการมากและมีรายได้จากแหล่งอื่นมากไปด้วย โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่จัดสรรให้ โรงพยาบาลศูนย์เท่ากับ 300 บาท โรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับ 410 บาท และ 490 บาทสำหรับโรงพยาบาลชุมชน สำหรับในปีงบประมาณ 2548 นั้นกระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราการจัดสรรสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่งตามปัจจัยด้านอายุ ความยากลำบากในการดำเนินงาน (พื้นที่ทุรกันดารและประชากรเบาบาง) และภาระงาน และในปีงบประมาณ 2549 ก็ดำเนินการในลักษณะเดียวกันแต่นำปัจจัยรายได้จากโครงการอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย แม้หน่วยในการคำนวณงบประมาณจะเป็นรายแห่งของสถานพยาบาล แต่ในการจัดสรรงบประมาณนั้นกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรตรงให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆเพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาลภายใต้สังกัดของตนตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละจังหวัดกำหนดต่อไป

สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลนั้น ในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขให้จังหวัดต่างๆพิจารณาเลือกรูปแบบการตัดเงินเดือนว่าจะตัดที่ระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ และรูปแบบการจ่ายเงินว่าจะจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับทุกประเภทบริการ (inclusive capitation) หรือจะแยกจ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว และบริการผู้ป่วยในแบบน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (exclusive capitation) ในปีถัดมา (2546) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกจังหวัดใช้รูปแบบในการจัดสรรเป็นแบบเดียวกัน คือ exclusive capitation เนื่องจากเกรงผลกระทบด้านลบของ inclusive

capitation เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation สูงกว่าในโรงพยาบาลที่มีการจ่ายเงินแบบ exclusive capitation นอกจากนี้ อัตราการส่งต่อของโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบ exclusive capitation สูงกว่าของโรงพยาบาลที่ใช้ inclusive capitation<sup>10</sup> สำหรับอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้น จังหวัดส่วนใหญ่กำหนดอัตราจ่ายเป็นอัตราเดียวไม่มีการปรับตามอัตราการป่วยและต้นทุนสำหรับการจัดบริการให้กับประชาชนแต่ละกลุ่ม<sup>11</sup> หรือแต่ละระดับของสถานพยาบาล สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละเครือข่ายนั้น แต่ละเครือข่ายมีอิสระในการกำหนดรูปแบบและอัตราการจ่าย อย่างไรก็ตาม องค์กรทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกเครือข่ายต้องจัดสรรเงินให้กับสถานเือนามัยอย่างเพียงพอในการจัดบริการทั้งในลักษณะงบประมาณและตามปริมาณบริการ

### 3.3 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (primary care)

โครงการนี้ต้องการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นคู่สัญญาหลักในการจัดบริการ ด้วยเหตุผลหลักสองประการ<sup>12</sup> คือ 1) สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการในลักษณะผสมผสาน เบ็ดเสร็จ รอบด้าน และต่อเนื่อง 2) การมีสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกในการให้บริการเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข เนื่องจากปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่สามารถแก้ไขและดูแลได้ในระดับปฐมภูมิ โครงการนี้ต้องการปรับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย จากระบบการให้บริการในโรงพยาบาลที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบบริการในระดับปฐมภูมิในชุมชนที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งในด้านกาย จิตใจ สังคมและชุมชน

อย่างไรก็ดี เนื่องจากการขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้โครงการนี้ต้องเลือกโรงพยาบาลเป็นคู่สัญญาหลักในการให้บริการ แต่กำหนดให้โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขตามมาตรฐานที่กำหนด

<sup>10</sup> ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย โครงการติดตามประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคจังหวัด เชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตและคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545(ครึ่งปี) กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2545

<sup>11</sup> ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 สปสช. ได้คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและในให้กับจังหวัดต่างๆตามโครงสร้างอายุสำหรับการจัดสรรให้กับหน่วยคู่สัญญาหลักในแต่ละจังหวัด อย่างไรก็ตามในส่วนของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สธ. นั้นเมื่อกระทรวงได้รับงบประมาณมาได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรใหม่ตามที่ได้กล่าวข้างต้นมิได้จัดสรรตามที่ สปสช. กำหนด

<sup>12</sup> Jongudoumsuk P. Achieving Universal Coverage of Health Care in Thailand Through 30 Baht Scheme.

Nonthaburi: Health Care Reform Office, Ministry of Public Health; 2002



โดยในปีแรกของโครงการนั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นอย่างน้อยสองแห่ง คือหนึ่งแห่งในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลและอีกหนึ่งแห่งในเขตนอกตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่เลือกตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกแต่ตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลในเขตตำบลที่รับผิดชอบ แต่มีบางแห่งเลือกตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนหนาแน่นนอกโรงพยาบาล เช่นในเขตแหล่งเศรษฐกิจหรือตลาด (กรณีที่โรงพยาบาลตั้งนอกเขตชุมชนหนาแน่น) ในการจัดบริการโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน (เนื่องจากขาดแคลนแพทย์) ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่ใช้แพทย์เฉพาะทางเวียนออกไปให้บริการ (เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลจังหวัดเป็นแพทย์เฉพาะทาง)

สำหรับในตำบลนอกเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนโดยมีพยาบาลหรือแพทย์เวียนออกไปให้บริการ โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่จัดบริการในลักษณะให้มีทีมแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลหมุนเวียนออกไปให้บริการในวันราชการหรือเป็นบางวัน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลหมุนเวียนกันออกไปให้บริการภายใต้การนิเทศของแพทย์ นอกจากนี้ในบางศูนย์สุขภาพชุมชนมีพยาบาลประจำเป็นผู้ให้บริการ มีการส่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการได้ดีจากโรงพยาบาลให้ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ในส่วนของ สปสช. ได้อาศัยกลไกด้านการเงินในการส่งเสริมให้มีการตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่ที่ไม่มีสถานพยาบาลปฐมภูมิให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก เช่น พื้นที่ กรุงเทพมหานคร และพื้นที่เขตเมืองใหญ่ พื้นที่เกาะ เป็นต้น โดยให้คลินิกเอกชน หน่วยบริการขององค์กรปกครองท้องถิ่น หรือของโรงพยาบาลรัฐรับเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักในการให้บริการแทนโรงพยาบาล

### 3.4 การมีส่วนร่วมและการคุ้มครองสิทธิ

โครงการนี้ได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการเข้ามาบริหารจัดการโครงการ เริ่มตั้งแต่การมีตัวแทนหน่วยงานผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ องค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาชน (แม้การได้มาของตัวแทนอาจยังมีข้อสงสัย) เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระดับจังหวัดและเขตก็กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของเขตและจังหวัดโดยมีตัวแทนภาคส่วนต่างๆในลักษณะเดียวกันกับในระดับชาติ แม้ว่าในทางปฏิบัติยังคงมีจุดอ่อนในการดำเนินงานอยู่ค่อนข้างมาก นอกจากนั้นในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่าย โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคีประชาชนกลุ่มต่างๆได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่น

ทำหน้าที่ในการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือกันเอง

ในส่วนของ สปสช. ก็ได้มีการตั้งสำนักงานบริการประชาชน เพื่อทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและแก้ปัญหาให้กับสมาชิกบัตรทองในการรับบริการอันเป็นการคุ้มครองสิทธิที่พึงได้ของประชาชน ซึ่งที่รู้จักกันในนาม 1330 นอกจากนั้นในมาตรา 41 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็มีการกำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนในการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการดังกล่าวโดยมิต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด

### 3.5 การพัฒนาคุณภาพบริการ

โครงการนี้กำหนดให้สถานพยาบาลที่จะมาทำสัญญาเป็นคู่สัญญาหลักต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและสถานีนอนมัย นอกจากนั้นก็มีการพัฒนาแนวทางการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ (Health Service Practice Guideline) เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติและใช้ประกอบการจ่ายเงินสำหรับโครงการพิเศษเฉพาะต่างๆ เช่น การบริหารโรคเฉพาะ (Disease Management)

#### 4. สัมฤทธิ์ผลของนโยบาย

หากพิจารณาจากเป้าประสงค์หลักของโครงการคือ ความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพทั้งในมิติของการเข้าถึงบริการและภาระค่าใช้จ่าย

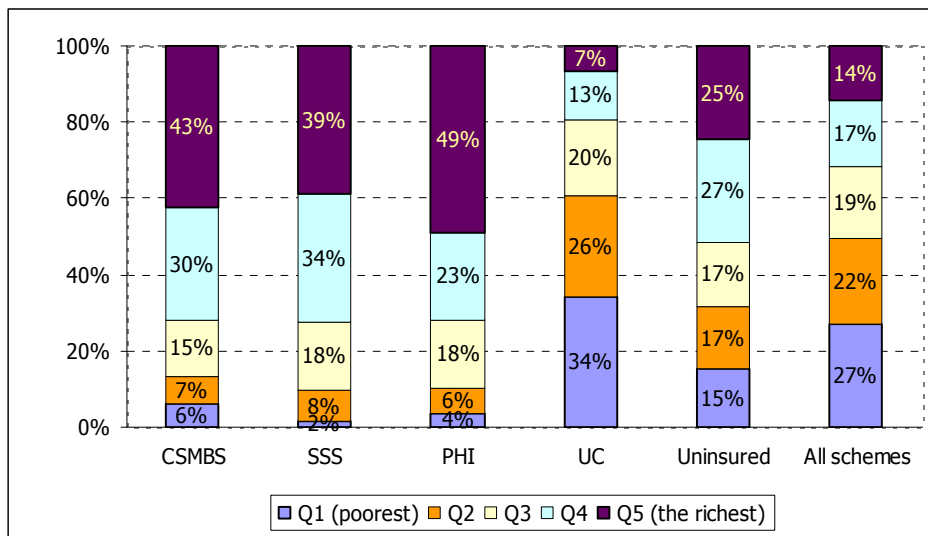
##### 4.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพตามลักษณะประชากร

ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2548 พบว่า ร้อยละ 95.1 ของประชากรไทยมีหลักประกันสุขภาพประเภทใดประเภทหนึ่ง โดยร้อยละ 72.2 มีสิทธิบัตรทอง (ในจำนวนนี้สามในห้าเป็นพวกที่ต้องเสีย 30 บาท) และอีกประมาณร้อยละ 11 และร้อยละ 10 มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการตามลำดับ เมื่อพิจารณาประชากรในแต่ละภูมิภาคและเขตการปกครองจำแนกตามหลักประกันสุขภาพพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร และภาคกลางมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสัดส่วนที่น้อยกว่าภาคอื่นๆที่เหลือ ในขณะที่มีสิทธิประกันสังคมสูงกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่ภาคเหนือและภาคอีสานมีสัดส่วนประชากรที่มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจต่ำกว่าเขตอื่นๆซึ่งก็ส่งผลให้ทั้งสองภาคมีความสามารถในการหารายได้จากแหล่งอื่นนอกเหนือจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำกว่าภาคอื่นๆเช่นกัน

ตารางที่ 3 ร้อยละของประชาชนตามภูมิภาคและเขตปกครองจำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

	ไม่มีสวัสดิการฯ	บัตรทอง	ประกันสังคม	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประชากร
รวมทั้งประเทศ	5%	72%	11%	10%	65,287,746
จำแนกตามภูมิภาค					
กรุงเทพมหานคร	13%	44%	24%	14%	8,112,715
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	6%	61%	21%	10%	15,012,045
ภาคเหนือ	3%	79%	7%	9%	11,773,700
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2%	85%	4%	8%	21,694,925
ภาคใต้	4%	78%	6%	11%	8,694,361
จำแนกตามเขตการปกครอง					
เทศบาล	9%	53%	18%	17%	21,353,322
นอกเขตเทศบาล	3%	82%	7%	7%	43,934,425

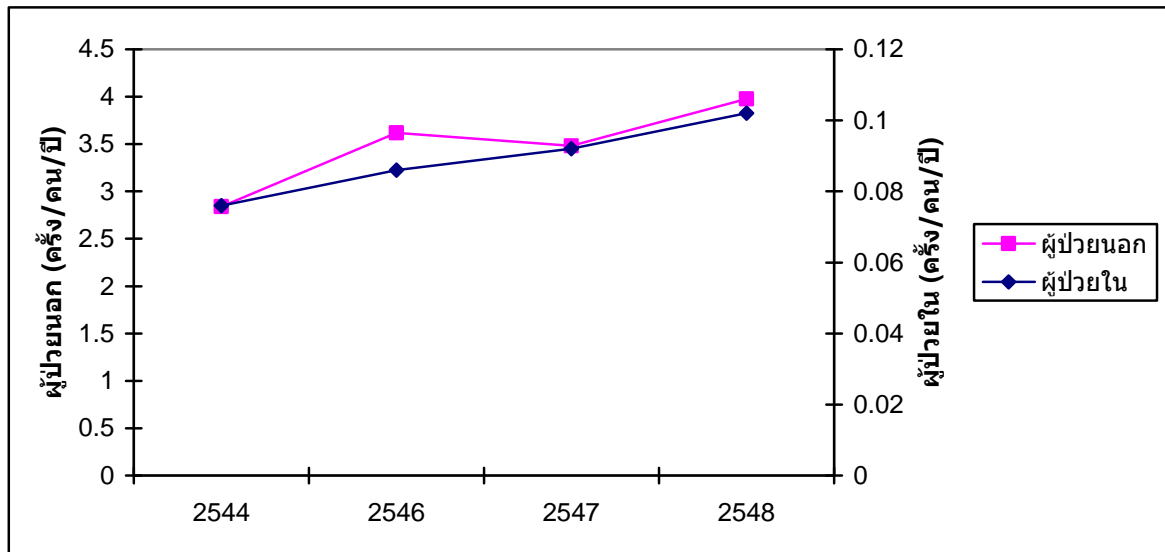
เมื่อพิจารณาการกระจายของประชากรของแต่ละสิทธิจำแนกตามชั้นรายได้ซึ่งแบ่งเป็นห้าชั้น (quintile) ก็พบว่าประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นส่วนใหญ่อยู่ในชั้นรายได้ที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่จนสุด ในขณะที่ประชาชนที่มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้นส่วนใหญ่อยู่ในชั้นรายได้ที่ 4 และ 5 ซึ่งเป็นชั้นของกลุ่มคนมีฐานะดี (แผนภูมิที่ 2) แผนภูมิที่ 2 สัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามชั้นรายได้ เรียงลำดับจากกลุ่มที่ 1 (Quintile 1 รายได้ต่ำสุด) ถึงกลุ่มที่ 5 (Quintile 5 รายได้สูงสุด)



#### 4.2 การให้บริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

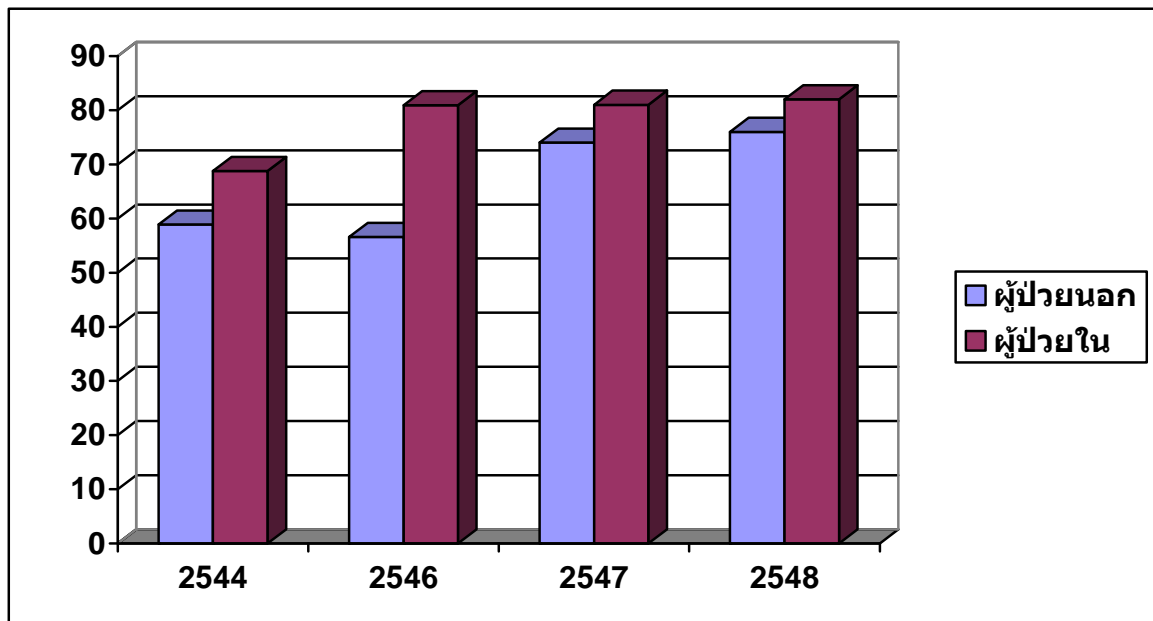
ภายหลังการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนผู้ถือสิทธิบัตรทองเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จาก 2.8 ครั้ง/คน/ปี ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น 3.6, 3.5, และ 3.9 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546, 2547, 2548 ตามลำดับ ในขณะที่การให้บริการผู้ป่วยในก็เพิ่มขึ้นในอัตราใกล้เคียงกัน คือเพิ่มจาก 7.6% ในปี 2544 เป็น 8.6%, 9.2%, และ 10.2% ในช่วงเวลาเดียวกัน (แผนภูมิที่ 3) ขณะเดียวกันในกลุ่มผู้ไปใช้บริการก็มีการใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการเพิ่มขึ้นเป็นลำดับสำหรับบริการผู้ป่วยนอก คือเพิ่มจากไม่ถึง 60% ขึ้นไปเป็น 72% และ 76% ในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการใช้สิทธิบัตรทองในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้นจากไม่ถึง 70% ในปีแรกเป็น 81-82% ในปีถัดๆมา (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 3 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและใน (ครั้ง/คน/ปี) ของผู้มีสิทธิบัตรทอง 2544-2548



ที่มา: การสำรวจสวัสดิการและอนามัย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2544, 2546, 2547 และ 2548

แผนภูมิที่ 4 อัตราการใช้สิทธิบัตรทอง (%) ในการไปรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2544 - 2548



ที่มา: การสำรวจสวัสดิการและอนามัย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2544, 2546, 2547 และ 2548

ตารางที่ 4 แสดงสัดส่วนที่ครัวเรือน 10 กลุ่มเดซิเล่ได้รับประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ ในปี 2545 (Benefit of incidence analysis)

กลุ่มเดซิเล่ ตามระดับ รายจ่ายต่อคนต่อ เดือน	กรณีบริการผู้ป่วยนอก			กรณีบริการผู้ป่วยใน			รวม
	สถานีอนามัย	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.ทั่วไป/ ศูนย์	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.ทั่วไป/ ศูนย์	ร.พ.นอก 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%
<b>รวม</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
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: Vasavid. J, et al (2004)

ในการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ จิตปราณี วาศวิท และคณะ (2547)<sup>13</sup> ใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาวิเคราะห์ว่า ใครได้รับประโยชน์จากการคลังภาครัฐ คนจนหรือคนรวย โดยจำแนกครัวเรือนไทยทั้งหมดเป็น 10 กลุ่มจากจนที่สุด (Decile 1) ไปยังรวยที่สุด (Decile 10) ในการวิเคราะห์ที่ใช้อัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสถานพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้งต้นทุนต่อหน่วยในระดับต่างๆ และค่าใช้จ่าย

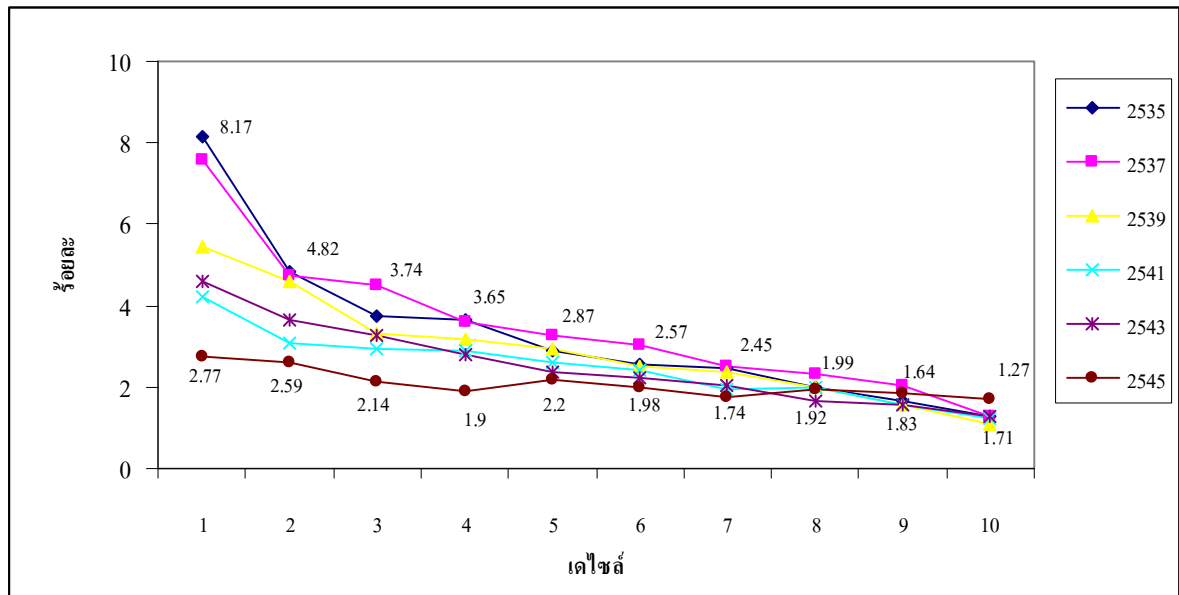
<sup>13</sup> Vasavid J, Tisayaticom K, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Impact of Universal Healthcare Coverage on the Thai households. In: Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P, editors. From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand. Nonthaburi: National Health Security Office; 2004. p. 127-149

ในการรักษาพยาบาลของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ มาทำการคำนวณ ข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์เป็นข้อมูล ในไตรมาสที่ 4 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2545) ทั้งนี้เพื่อให้สะท้อนผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2544 อย่างแท้จริง เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยในเป็นข้อมูลที่เก็บ ย้อนหลังไป 1 ปี คือตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2544 ถึงเดือนกันยายน 2545 ผลการวิเคราะห์ ซึ่งให้เห็นว่า ระบบการ คลังภาครัฐของไทย ค่อนข้างให้ความเป็นธรรมกับคนยากจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการในระดับอำเภอ เนื่องจากผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่า แม้ว่าคนจนเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล จังหวัดได้น้อยกว่าคนรวย แต่คนจนได้รับประโยชน์จากบริการผู้ป่วยในในภาครัฐดีพอสมควร (ตารางที่ 4)

### 4.3 ความเป็นธรรมในการค่าใช้จ่ายของครัวเรือน

เป้าประสงค์ของการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจ่ายสนับสนุน ระบบบริการสุขภาพ และขณะเดียวกันป้องกันการเกิดปัญหาภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในช่วงที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนรายจ่าย ด้านสุขภาพของครัวเรือนแต่ละชั้นรายได้เมื่อเทียบกับรายได้ของครัวเรือนเองของกลุ่มคนจนลดลงเป็นลำดับมี ผลให้ช่องว่างของภาระจ่ายครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการระหว่างคนจนและคนรวยลดลงเป็นลำดับ (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน 10 กลุ่มเรียงตามรายได้ประจำของครัวเรือน พ.ศ. 2535-2545



ที่มา: Vasavid, J, et al (2004)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพ กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน (Household capacity to pay) ซึ่งเป็นรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมดหักลบด้วยรายจ่ายด้านอาหาร ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการดำรงชีวิต<sup>14</sup> หากกำหนดให้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ 25 ของความสามารถในการจ่าย เป็นระดับที่ทำให้ครัวเรือนถึงกับต้องล้มละลาย 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 จะเห็นได้ว่า เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม ปี 2544 มีครัวเรือนที่ประสบภาวะดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 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: Tangcharoensathien V. et al (2003)<sup>15</sup>

<sup>14</sup> 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

<sup>15</sup> 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.



## 5. ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ

การให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าผนวกกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพดังได้กล่าวข้างต้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อระบบบริการทั้งในด้านการเงินและการจัดบริการ ภายใต้งบประมาณที่จำกัดและหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ปรับเปลี่ยนไปแต่ละปีย่อมมีผลย่อมมีสถานพยาบาลที่ทั้งได้ประโยชน์และเสียประโยชน์ในด้านการเงิน ขณะเดียวกันการให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าเป็นการเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการประกอบกับการปฏิรูประบบการจัดบริการย่อมมีผลกระทบต่อภาระงานและประสิทธิภาพของระบบโดยรวม รายละเอียดจะได้กล่าวถัดไป

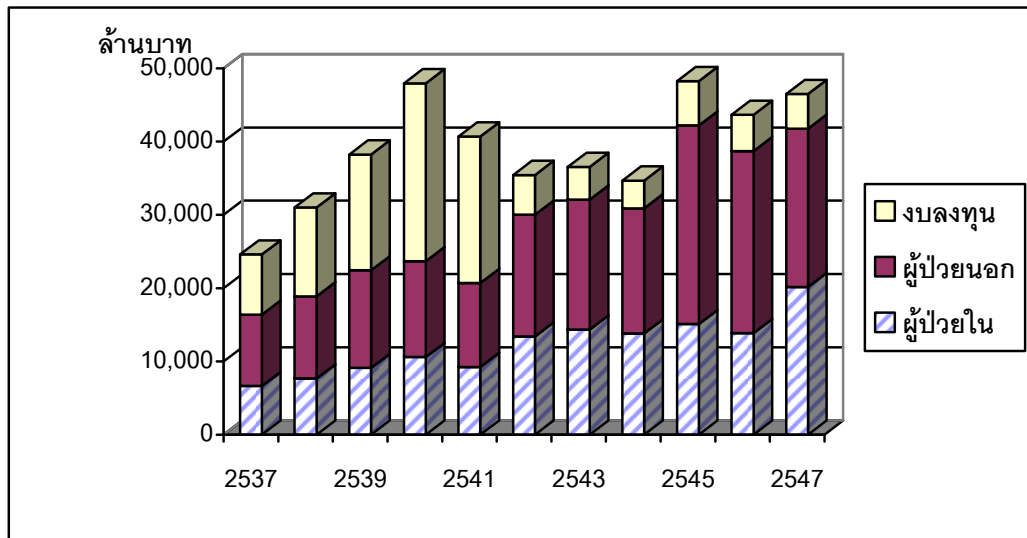
### 5.1 ผลกระทบด้านการเงิน

ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานพยาบาลด้านการเงินเกิดจากปัจจัยหลักสองประการคือ 1) การได้รับงบประมาณต่อหัวที่ไม่เพียงพอและ 2) หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณตามรายหัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 5.1.1 การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ

โครงการนี้ถูกวิพากษ์ว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยใน<sup>๑</sup> เนื่องจากการกำหนดงบประมาณใช้อัตราการใช้บริการปี 2539 โดยไม่มีการปรับเพิ่มตามโครงสร้างอายุประชากรที่เพิ่มขึ้น เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ที่มีราคาแพง และการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นระหว่างปี 2539 – 2544 เมื่อคำนวณใหม่โดยใช้ข้อมูลการใช้บริการปี 2544 และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยภายใต้โครงการดังกล่าวต่อหัวในปี 2544-5 นั้นสูงกว่างบประมาณต่อหัวที่ได้รับจริงประมาณ 212 บาท<sup>10</sup> จากข้อมูลแนวโน้มรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการลงทุน ระหว่างปี 2537 – 2547 (แผนภูมิที่ 6) พบว่าในปี 2545 ซึ่งเป็นปีที่โครงการดำเนินงานเต็มพื้นที่ รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 ของปีที่ผ่านมา จาก 17,077 ล้านบาท เป็น 27,111 ล้านบาท รายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงร้อยละ 9 จาก 13,814 ล้านบาท เป็น 15,090 ล้านบาท ส่วนรายจ่ายรวมปี 2546 กลับลดลงเนื่องจากการลดลงของงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ จาก 5,000 ล้านบาทในปีแรกเหลือเพียง 500 ล้านบาทในปีที่สอง ส่วนปี 2547 รายจ่ายบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเนื่องจากการปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในและลดลงสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อน่าสังเกตคือรายจ่ายด้านการลงทุนลดลงอย่างมากตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและยังคงระดับที่ต่ำมาตลอด

แผนภูมิที่ 6 ใช้จ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและงบลงทุน 2537 - 2547



แหล่งข้อมูล: ใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537- 2544<sup>16</sup> เฉพาะในส่วนกระทรวงสาธารณสุข  
 ใช้จ่ายปี 2545 – 2547 คำนวณจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับและงบประมาณที่ได้รับ  
 ในส่วนที่นอกเหนือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 5.1.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

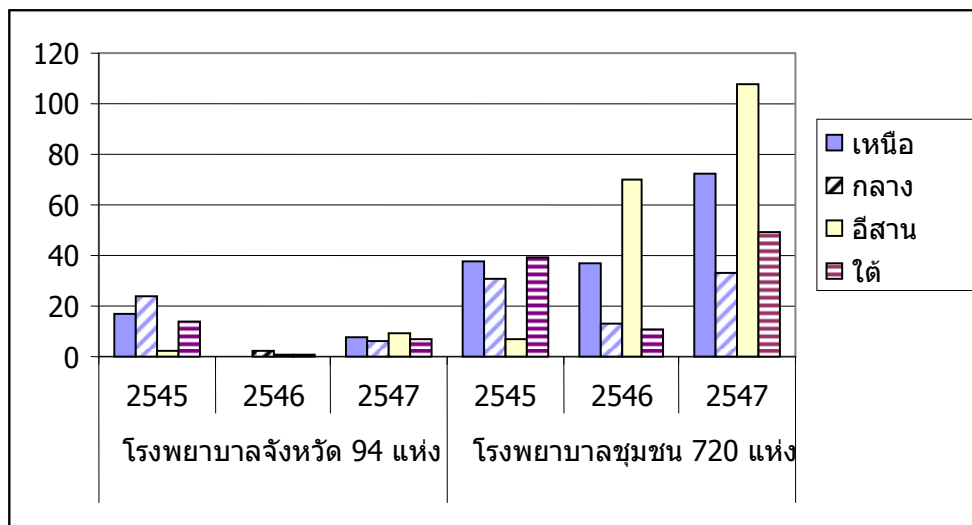
การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินอย่างเฉียบพลันในปีแรกจากการกระจายของสถานพยาบาลเป็นตามการกระจายของประชากรทำให้ขาดความสมดุลระหว่างเงินกับคน กล่าวคือ จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรมากกว่าเมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรได้รับงบดำเนินการรวมเงินเดือนลดลง เช่นจังหวัดในภาคกลางและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าเมื่อเทียบจำนวนประชากรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น เช่นในภาคอีสานและโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อมีการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณรายหัวก่อนจัดสรรให้จังหวัดตามรายหัวประชากรพบว่าผลกระทบเกิดขึ้นในทิศทางตรงข้ามกับการรวมเงินเดือนดังแสดงในภาพที่ 2

โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่คือร้อยละ 60 โดยเฉลี่ย ประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องด้านการเงินในปีแรกของโครงการยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลจังหวัดในภาคนี้ที่ประสบปัญหาดังกล่าว ในขณะที่ร้อยละ 16 ของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องยกเว้นในภาคอีสานมีเพียงร้อยละ 3 ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้ที่มีปัญหาดังกล่าว

<sup>16</sup> Tangcharoensathien V, Chitparnee V, Makkrajang C, Tatiyanonpong S. National Health Accounts in Thailand 1994-2001. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2003

ในปีที่สองนั้นเมื่อมีการแยกเงินเดือนออกไปจากงบเหมาจ่ายรายหัวและจัดสรรงบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือนให้กับจังหวัดต่างๆในอัตราเท่ากันพบว่า โรงพยาบาลจังหวัดเกือบทุกแห่งในทุกภาคไม่มีปัญหาด้านการเงิน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนพบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในภาคอีสาน (จากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 27) ในขณะที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาเดียวกันในภาคกลางและภาคใต้ลดลงและคงที่ในภาคเหนือ สาเหตุที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในปีที่สองสันนิษฐานว่าอาจจะเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนมากในปีแรกและเมื่อได้รับงบประมาณลดลงในปีที่สองทำให้มีปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการปรับอัตราการจัดสรรรายหัวตามความสามารถหารายได้จากแหล่งอื่นของโรงพยาบาลในปีที่สามดูเหมือนยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้เนื่องจากพบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในปีที่สามทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (แผนภูมิที่ 7)

แผนภูมิที่ 7 จำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อความมั่นคง ระหว่างปี 2545 – 2547 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและภาค

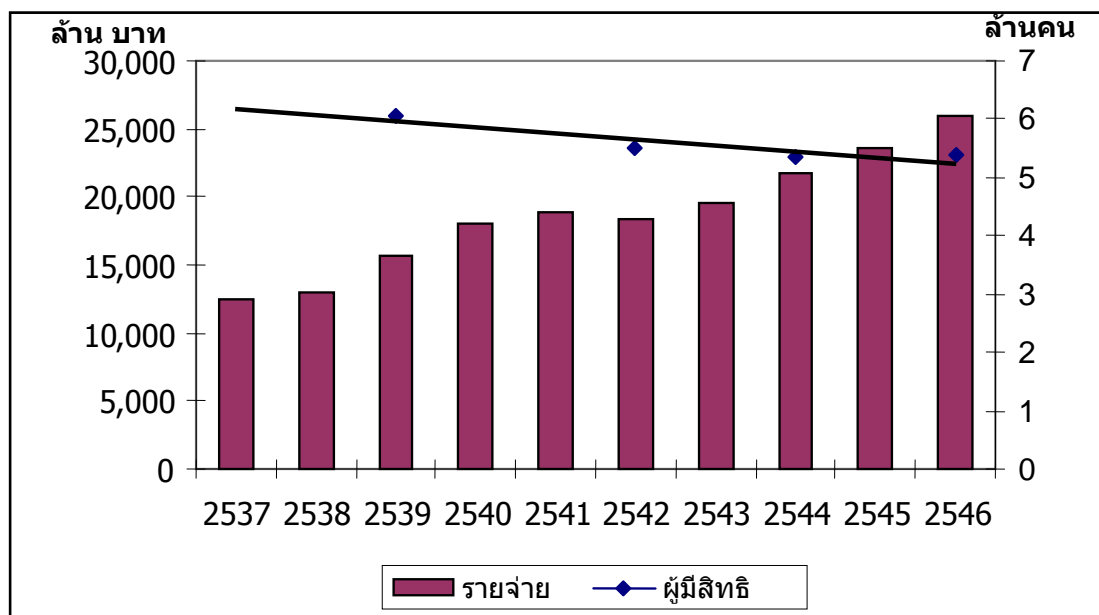


แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

การหารายได้จากแหล่งอื่นเพิ่มเติมเป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งในการผ่อนคลายปัญหาโดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด เช่น สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม การเพิ่มรายได้จากสวัสดิการข้าราชการสามารถทำได้ง่ายอันเนื่องจากรูปแบบการจ่ายเงินตามปริมาณบริการที่ไม่มีการควบคุม ทำให้โรงพยาบาลสามารถเพิ่มรายได้ทั้งจากการขึ้นราคาและปริมาณบริการที่ให้กับคนไข้ภายใต้โครงการดังกล่าว รายจ่ายของโครงการสวัสดิการรักษายาพยาบาล

ข้าราชการนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังแสดงในแผนภูมิที่ 8 รายจ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 13 ต่อปีระหว่างปี 2537- 2541 และร้อยละ 10 ต่อปีระหว่างปี 2542 – 2546 ในขณะที่จำนวนผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ลดลงในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 1.6 ต่อปีในระหว่างปี 2539 – 2546 อันเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดกำลังคนภาครัฐ

ภาพที่ 8 รายจ่ายโครงการสวัสดิการข้าราชการ ระหว่างปี 2537 – 2546 (ล้านบาท ราคาปีปัจจุบัน) และจำนวนผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ (ล้านคน)



แหล่งข้อมูล: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537-2544 และ ILO and IHPP<sup>17</sup>

จำนวนผู้มีสิทธิ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539, 2544, 2546 และการสำรวจด้านสังคม ปี 2542

การเพิ่มรายได้จากโครงการประกันสังคมเป็นอีกหนทางหนึ่ง แต่ทำได้จำกัดกว่าโครงการสวัสดิการข้าราชการเนื่องจากโครงการนี้มีรูปแบบการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการเพิ่มรายได้ทำได้โดยเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวของประกันสังคมก็สร้างแรงจูงใจได้ดีกว่าเนื่องจากมีอัตราการใช้บริการค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นรายได้อีกแหล่งหนึ่งคล้ายคลึงกับ

<sup>17</sup> 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

ประกันสังคมแต่เฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมากเท่านั้นถึงจะมีรายได้จากแหล่งนี้ โดยทั่วไปโรงพยาบาลใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยจะดึงดูดให้คนที่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ไปใช้บริการมาก ทำให้มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นมากกว่า โรงพยาบาลเล็กเช่น โรงพยาบาลชุมชน นี่เป็นเหตุผลหลักที่กระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนตามระดับของโรงพยาบาลในปี 2547

มาตรการอื่นๆที่โรงพยาบาลใช้ในการแก้ปัญหา คือ การชะลอการจ่ายหนี้ค่ายาและค่ารักษาออกไป การลดรายจ่าย เช่น ควบคุมและจำกัดการสั่งจ่ายยาเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยภายใต้โครงการนี้ การให้ยาชื่อสามัญและยาที่ผลิตภายในประเทศแทนยาที่นำเข้า การปรับลดจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณงาน การตัดลดรายจ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางการแพทย์โดยตรง รวมไปถึงการชะลอการลงทุนระยะยาวออกไป ทั้งในด้านเครื่องมือแพทย์ สิ่งก่อสร้าง และการฝึกอบรม<sup>18 19</sup>

## 5.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขหลายประการด้วยกัน เช่นการเพิ่มปริมาณและภาระงานจากการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทำให้ระบบการจัดบริการและคุณภาพบริการดีขึ้น มีการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการลาออกของแพทย์เพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ความแตกต่างของรูปแบบและอัตราการจ่ายของระบบประกันสุขภาพต่างๆที่มีก็อาจทำให้มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการกับประชาชนที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ

### 5.2.1 ภาระงานเพิ่มขึ้น

การให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนทำให้ความต้องการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่เดิมไม่มีหลักประกันเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการใช้บริการลดลงจากการมีหลักประกัน ความต้องการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น กว่าร้อยละ 70 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่ภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว<sup>20</sup> เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย

<sup>18</sup> สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ และเพ็ญแข ลาภยิ่ง การบริหารจัดการระบบการคลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงปีแรกของการดำเนินงาน: กรณีศึกษาสี่จังหวัด วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546;12 (6):889-906.

<sup>19</sup> Srithamrongsawat S. Financial protection and enabling access to care for Thai elderly: the role of public insurance. London: University of London (PhD thesis); 2004

<sup>20</sup> เอบเคโพล์ส ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลคู่สัญญาใน 13 จังหวัด กรุงเทพฯ : ABAC-KSC Internet Technology and Training Institute, มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ 2546

ในระหว่างปี 2544 (ก่อนมีโครงการ) และ 2546 (หลังมีโครงการ) จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในขณะที่การซื้อยากินเองและการใช้บริการนอกสถานพยาบาลสาธารณสุขลดลงร้อยละ 8 ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้บริการของประชาชนในโรงพยาบาลเอกชนลดลง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การใช้บริการของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	บริการผู้ป่วยนอก			บริการผู้ป่วยใน		
	2544	2546	% +/-	2544	2546	% +/-
อัตราการใช้บริการ (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			
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	22.2	26.2	18.0			
โรงพยาบาลชุมชน	14.2	22.0	54.9	30.0	54.4	81.0
โรงพยาบาลจังหวัดและตติยภูมิ	18.3	8.9	-51.6	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

หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2544 รวมกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันใดๆ

### 5.2.2 ระบบบริการและคุณภาพบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น

การยกระดับสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพลงไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้น รูปแบบการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้มีงบประมาณไปยังสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น การมีงบประมาณที่เพิ่มขึ้นทำให้สามารถจัดหา ยา และเครื่องมือแพทย์ต่างๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้มีความพร้อมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถขยายเวลาในการให้บริการไปนอกเวลาราชการและวันหยุด ดังนั้นนโยบายนี้จึงทำให้ระบบการให้บริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับต้นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนดีขึ้น<sup>19 20</sup>

### 5.2.3 สัดส่วนการให้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น

ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลตติยภูมิลดลงในขณะที่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ตารางที่ 2) การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการที่สถานเอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนน่าจะเกิดจากระบบบริการ และคุณภาพบริการที่ดีขึ้นของสถานพยาบาลดังกล่าว ส่วนการเพิ่มขึ้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่ง น่าจะอธิบายได้จากรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทำให้ผู้มีสิทธิต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนก่อนเป็นด่านแรกและต้องผ่านระบบการส่งต่อในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้น สำหรับ บริการผู้ป่วยในก็พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในขณะที่ลดลงในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ตติยภูมิ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนนั้นน่าจะอธิบายได้จากแรงจูงใจในการ ให้บริการที่เพิ่มขึ้นจากอัตราค่าจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่เป็นอัตราเดียวกับโรงพยาบาล ใหญ่ในขณะที่ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่า<sup>21</sup>

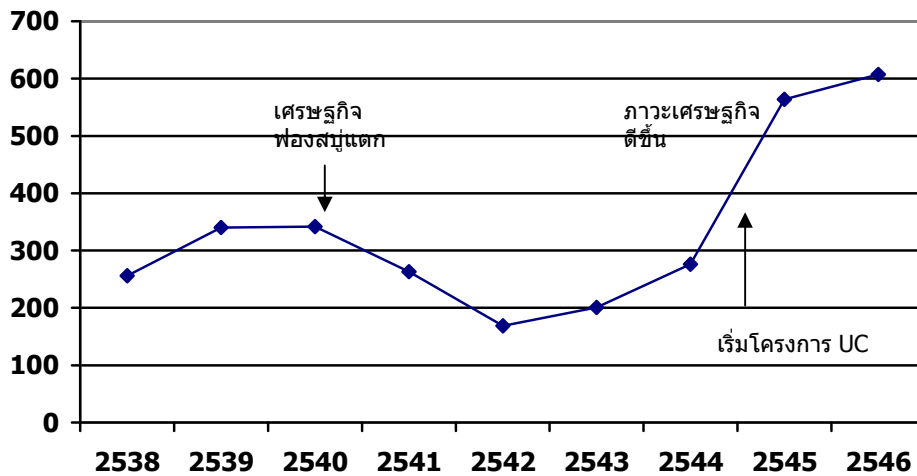
### 5.2.4 การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

การขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและในภาคอีสานเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะเมื่อภาระงานเพิ่มขึ้นจากความต้องการใช้บริการที่ เพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวแย้ขึ้นไปอีกเมื่อมีแพทย์จำนวนมากลาออกจากราชการ พบว่าจำนวนแพทย์ที่ ลาออกจากราชการในปี 2545 สูงเป็นสองเท่าของปี 2544 สำหรับเหตุผลในการลาออกของแพทย์จากการ สสำรวจของสำนักเอบแคโพลล์ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์ลาออกคือ การมีภาระงานที่หนักและการได้รับ ค่าตอบแทนที่ต่ำ<sup>21 22</sup> อย่างไรก็ตามยังไม่ชัดเจนว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนในการทำให้แพทย์ ลาออกมาน้อยเท่าใด ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวเศรษฐกิจของประเทศเริ่มดีขึ้น ทำให้อุปทานต่อ แพทย์ในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นทำให้มีแพทย์ไหลจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับค่าตอบแทนที่ ดีกว่าในขณะที่ภาระงานน้อยกว่า

<sup>21</sup> ศุภสิทธิ์ พรหมมาบุญ และสุกัลยา คงสวัสดิ์ ต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544;3(3) :391-399

<sup>22</sup> สวนดุสิตโพลล์ ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพฯ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต 2547

แผนภูมิที่ 9 จำนวนแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกจากราชการระหว่างปี 2538 - 2546



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะในการให้บริการปฐมภูมิเป็นอุปสรรคอีกประการในการจัดบริการปฐมภูมิ ปัญหานี้เกิดจากการขาดแคลนแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไป โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลที่ไม่คุ้มค่าขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดแรงต่อต้านจากแพทย์เหล่านี้<sup>23 24</sup> นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพที่เวียนไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่อยู่ปฏิบัติงานประจำนั้นถูกฝึกรวมมาให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน

### 5.2.5 คุณภาพบริการและการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ

เนื่องจากปัจจุบันมีหลักประกันสุขภาพหลายระบบซึ่งมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกัน ดังนั้นหลักเสียไม่พินที่จะทำให้เกิดการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและอัตราการจ่ายเงิน จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อบริการที่จัดให้สำหรับประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพต่างๆกัน ของเอแบคโพลล์<sup>21</sup> และสวนดุสิตโพลล์<sup>23</sup> พบว่า โดยรวมผู้ให้บริการเห็นว่าคุณภาพของบริการที่จัด

<sup>23</sup> สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ และเพ็ญแข ลากยี่ง การประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี; พิษณุโลก: สำนักงานวิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2545

<sup>24</sup> สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีที่หนึ่ง นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.



ให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก และโดยรวมคุณภาพบริการดีขึ้นระหว่างปี 2546 - 2547 อย่างไรก็ดีเมื่อเปรียบเทียบบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพต่างๆพบว่า คุณภาพบริการที่จัดให้กับกลุ่มผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นถูกจัดอยู่อันดับท้ายสุดในขณะที่บริการที่จัดสำหรับกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการถูกจัดอยู่ในอันดับที่ดีที่สุด

ตารางที่ 7 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<sup>21</sup> และ สวนดุสิตโพลล์<sup>23</sup>

### 5.3 บทสรุปสำหรับผลต่อระบบบริการ

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

การที่โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องการการสนับสนุนข้ามจากระบบประกันสุขภาพอื่น เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม เงินสะสมของโรงพยาบาล และอื่นๆ อย่างไรก็ดีการสนับสนุนข้ามจากแหล่งเงินอื่นจะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหาเงินจากแหล่งเงินอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทต้องอาศัยเงินจากโครงการนี้เป็นหลักและไม่มีเงินสะสมมาก การได้รับงบสนับสนุนไม่เพียงพออาจมีผลกระทบด้านลบต่อการจัดบริการ การลดลงอย่างมากของงบลงทุน ตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่ากังวลว่าอาจมีผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของโครงการ รัฐบาลควรจัดบสนับสนุนโครงการนี้ให้เพียงพอ รวมทั้งต้องมีการลงทุนด้านเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอย่างเพียงพอเพื่อรักษาและพัฒนาระดับคุณภาพบริการ

การคาดหวังว่าจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจะสามารถจัดหาบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ได้เพิ่มขึ้นนั้น ในทางปฏิบัติไม่เกิดขึ้นได้จริงเพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายจ้างหรือหน่วยงานหลักในการจัดสรรกำลังคน การกระจายกำลังคนให้เป็นธรรมไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากนโยบายการกระจายกำลังคนที่ชัดเจนของกระทรวงฯ อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลอาจสามารถจัดหากำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพทางการแพทย์โดยตรงมาเป็นลูกจ้างภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้บริการ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่มีความเป็นไปได้ทางการเมืองในการปิดโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีอยู่แม้ในพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลหนาแน่น ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหานี้คือ การมีนโยบายการกระจายกำลังคนที่เป็นธรรมโดยเฉพาะบุคลากรบรรจุใหม่ และควรมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน

ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานพยาบาลอาจสร้างแรงจูงใจกับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากเกินไปและอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการโดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือคนที่มีโรคเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบของการจ่ายเงินแบบนี้ การปรับอัตราเหมาจ่ายตามภาวะความเสี่ยง เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ การมีโรคเรื้อรัง ฯลฯ จะช่วยป้องกันการคัดเลือกผู้ป่วยในการขึ้นทะเบียน (กรณีที่มีการให้เลือกโรงพยาบาลในการขึ้นทะเบียนได้) และการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ นอกจากนี้ก็ควรต้องมีระบบการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังพฤติกรรมในการให้บริการ และคุณภาพบริการที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิเป็นการนำบริการที่มีคุณภาพไปใกล้บ้านประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดภาระต้นทุนที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะกับประชาชนในชนบท คนที่มีโรคเรื้อรัง คนจน และผู้สูงอายุ การจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพให้บริการในสถานเฝ้าระวังสามารถทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการปรับหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการให้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิมากขึ้น การฝึกอบรมทักษะแก่บุคลากรที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข