



ผลการดำเนินงานนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ ระบบบริการสาธารณสุขไทย

สัมฤทธิ์ ศรีรังสวัศดี*

สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล**

บทคัดย่อ

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสำคัญสองประการคือการบริหารจัดการการคลังระบบบริการสาธารณสุขและการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่นโยบายดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อสถานพยาบาลและระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม การศึกษานี้มุ่งศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทยในประเด็นผลกระทบต่อสถานะการเงินของสถานพยาบาลและการจัดบริการ โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลักประกอบด้วย เอกสารโครงการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลรายงานของสถานพยาบาล การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน และการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้และผู้รับบริการระหว่างปี 2547 ถึง 2549

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขค่อนข้างมากทั้งในด้านการเงินและระบบบริการ การได้รับงบประมาณจำกัดของโครงการและหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินของกระทรวงสาธารณสุขที่เปลี่ยนจากการจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปทานเป็นการจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปสงค์ มีผลทำให้จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณลดลง และมีผลกระทบต่อสภาพคล่องด้านการเงินของสถานพยาบาล ภายใต้งบประมาณที่ไม่เพียงพอหลักเกณฑ์การจัดสรรที่เปลี่ยนไปเป็นการโยกปัญหาจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่ง การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทำให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นและภาระงานที่เพิ่มขึ้นขณะเดียวกันการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นด่านหน้าในการให้บริการก็โยกการให้บริการไปยังโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น การมีงบประมาณและบุคลากรที่มีศักยภาพมากขึ้นไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอและการชะลอด้านการลงทุนอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมาอาจส่งผลด้านลบต่อคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในระยะยาว

คำสำคัญ:

นโยบายประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (30 บาทรักษา
ทุกโรค), ผลกระทบ,
สถานพยาบาล

*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

**ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

**Abstract****Implications of the Universal Coverage Scheme on Health Service Delivery System in Thailand****Samrit Srithamrongsawat*, Sinchai Torwatanakitkul******Health Insurance System Research Office, **Information and Communication Technology Center*

The Universal Coverage policy has incorporated two major reform elements, financial management reform and strengthening primary care which inevitably affects health service delivery system in Thailand. This paper was aimed to review implications of the Universal Coverage policy on service delivery system in terms of financial implications and service provision. Review of secondary data was the method adopted to explore the implications and the study was conducted during 2004 - 2006.

The result revealed that the Universal Coverage scheme had a great impact on the service delivery system. Inadequate funding in addition to change of allocation criteria from supply-based allocation to demand-based allocation, per capita, had great financial implications on hospitals. Big hospitals, for example, regional and general hospital, and hospitals with relatively high concentration of health personnel incurred financial deficit in the first year when salaries were included in the capitation. However, the problem had been shifted from regional and general hospitals to community hospitals and those hospitals in the Northeast when salaries were removed from the capitation in the following years. Change of criteria of allocation out of inadequate funding was inevitably shifted the problem from one to another. Providing universal coverage of health insurance apparently increased demand for care and burden of work. Strengthening primary care policy drove more service utilization toward community hospitals and health centers. Mobilizing doctors or professional nurses to provide care in primary care units and health centers improved overall quality of care. However, inadequate funding and stagnation of investment budgets may have negative consequences on quality of care in the long run.

Key words:*Universal Coverage policy, implications, service delivery system***บทนำ**

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญสองประการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขคือ การปฏิรูประบบการจัดการการคลังระบบบริการสาธารณสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ โครงการนี้ตั้งงบประมาณและจัดสรรเงินให้กับจังหวัดต่าง ๆ ตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน (per capita budget) และกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคู่สัญญา (contracted primary care units) แบบปลายปิด คือเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยใน การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณจากแบบเดิมที่เป็นการจัดสรรตามที่ตั้งของสถานพยาบาลเป็นการจัดสรรตามรายหัวประชากรอย่างฉับพลันของโครงการ มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลเนื่องจากการกระจายของสถานพยาบาลที่เป็นอยู่ไม่สอดคล้องกับการกระจายของประชากรตามภูมิภาคต่าง ๆ ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่และสถานพยาบาลที่ตั้งในเขตที่มีประชากรเบาบางได้รับงบประมาณลดลงในขณะที่สถานพยาบาลในเขตที่มีจำนวนสถานพยาบาลและบุคลากรเบาบางเมื่อเทียบกับ

จำนวนประชากรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาก สถานการณ์ดังกล่าวทรุดลงเมื่อโครงการนี้ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดบริการ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการในโครงการนี้คือการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้สถานพยาบาลคู่สัญญาทุกแห่งต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit; PCU) ตามมาตรฐานที่กำหนด 1 แห่งต่อประชากรที่ขึ้นทะเบียน 10,000 - 15,000 คน ทั้งนี้แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

การให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกนั้นเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยทุกคน อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายภายใต้ข้อจำกัดทั้งด้านโครงสร้างระบบบริการที่เป็นอยู่และข้อจำกัดของงบประมาณจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยทั้งในด้านบวกและลบ การทบทวนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสถานพยาบาลจึงเป็นประโยชน์เพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานะด้านการเงินและการจัดบริการของสถานพยาบาล

วิธีการศึกษา

การวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานพยาบาลในบทความนี้ พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคเป็นหลักเนื่องจากสถานพยาบาลกลุ่มนี้เป็นโครงสร้างหลักของระบบบริการสาธารณสุขไทยและดูแลประชากรภายใต้โครงการนี้ประมาณร้อยละ 90

ระเบียบวิธีหลักที่ใช้ในการศึกษาคือการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิซึ่งประกอบด้วยเอกสารของโครงการ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายงานกิจกรรมและการเงินของสถานพยาบาล (0110 รง. 5) ปี 2545 - 2547 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติช่วงก่อน (2544) และหลัง (2546) การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการและประชาชนของสำนักโพลต่าง ๆ ในปี 2546 และ 2547

ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาจะนำเสนอเป็นสองส่วนหลักด้วยกัน ส่วนแรกเป็นการสรุปสาระสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลด้านการเงินและการจัดบริการ

1. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการเพื่อให้บริการที่มีจำกัดเพียงพอในการจัดบริการให้แก่ประชาชนทุกคน และเพื่อความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว โครงการนี้ผนวกการปฏิรูปที่สำคัญสองประการคือ การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้



1.1 การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว โดยนักวิชาการคำนวณและกำหนดงบประมาณต่อหัวของโครงการปีแรก (2544 - 2545) ในอัตรา 1,202 บาท และรัฐบาลยอมรับโดยไม่ต่อรอง ในการคำนวณอาศัยข้อมูลจากสองแหล่งดังนี้ (ก) อัตราการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2539 (ไม่มีการปรับอัตราการใช้บริการตามการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์และอุปทานต่อบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากปีที่สำรวจมาเป็นปีที่เริ่มดำเนินการ) โดยกำหนดให้การใช้บริการในสถานพยาบาลทุกประเภทของผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเป็นอัตราการใช้บริการที่ควรจะเป็นของโครงการ และ (ข) ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดการบริการของสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ในปี 2543⁽¹⁾

การได้มาซึ่งงบประมาณต่อหัวดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขต้องรวบรวมงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการส่วนบุคคลทั้งหมดที่เคยได้รับของโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โครงการบัตรประกันสุขภาพ และโครงการสาธารณสุขบางอย่าง เช่น โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรค เช่น วัณโรค โรคเรื้อน มาลาเรีย กามโรค โรคเอดส์ โครงการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษา เป็นต้น รวมทั้งงบประมาณในส่วนที่จะได้รับเพิ่มเติม ในปี 2546 ได้มีการเสนองบประมาณต่อหัวใหม่ในอัตรา 1,414 บาท โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ปี 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยสถานพยาบาลในปีเดียวกัน⁽²⁾ ขณะเดียวกันได้เปลี่ยนวิธีคำนวณและตั้งงบประมาณต่อหัวสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากเดิมที่ประมาณการว่าค่าใช้จ่ายด้านนี้เท่ากับร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายด้าน รักษาพยาบาลและครอบคลุมเฉพาะประชากรภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการคำนวณต้นทุนตามลักษณะกิจกรรมใน 10 รูปแบบและครอบคลุมประชากรไทยทุกคนแต่ต้องปรับเป็นงบรายหัวรวมในประชากรภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตรา 206 บาทต่อคน⁽³⁾ อย่างไรก็ดีงบประมาณต่อคน 1,414 บาทนี้รัฐบาลไม่ยอมรับด้วยเหตุผลหลักคือ อัตราการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลที่นำไปคำนวณเป็นอัตราที่รวมทั้งการใช้บริการที่ใช้สิทธิภายใต้โครงการและที่ไม่ได้ใช้สิทธิ เช่น ไปใช้บริการที่อื่นและจ่ายเงินเองอัตราการใช้สิทธิที่ได้รับการยอมรับหลังเจรจาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือร้อยละ 80 สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และร้อยละ 100 สำหรับบริการผู้ป่วยใน และปรับลดจากที่เสนอเป็น 1,308 บาท อย่างไรก็ตามงบประมาณต่อคนที่ได้รับในปี 2546 ยังคงเท่าเดิมคือ 1,202 บาทและอัตราใหม่ใช้ในปี 2547 งบประมาณต่อคนในปีถัด ๆ มาเพิ่มเป็น 1,396 บาทในปี 2548 และ 1,659 ในปี 2549⁽⁴⁾ ทั้งนี้ในการเสนองบประมาณต่อคนในแต่ละปีนั้นมีคณะกรรมการการเงินการคลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลัก-ประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้พิจารณาเสนอ และต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากนั้นก็ไปผ่านกระบวนการพิจารณาของสำนักงบประมาณต่อไป สำหรับงบประมาณต่อคนดังกล่าวได้มีการแบ่งเป็นส่วน ๆ ในแต่ละปีดังแสดงในตารางที่ 1

ในการจัดสรรงบประมาณและจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลนั้น ในช่วงที่ผ่านมา (2546 - 2548/9) ซึ่งเป็นสามปีแรกภายใต้บทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลัก-ประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดสรรงบประมาณในส่วนของเครือข่ายสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงาน

ตารางที่ 1 งบประมาณต่อคน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 - 2549

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

ที่มา: คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549

หมายเหตุ: ^{1/} จัดสรรให้กับจังหวัดผ่านกระทรวงสาธารณสุขตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนเพื่อจัดสรรต่อให้กับสถานพยาบาลตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปีงบประมาณ 2549

^{2/} บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการตามจ่าย กรณีการใช้บริการอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน นอกจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน และกรณีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด

^{3/} จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

^{4/} จัดสรรให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน

^{5/} จัดสรรให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดาร

^{6/} กั้นไว้บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการ ตามมาตรา 41 ใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) แก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์และดำเนินการจัดสรรเงินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาลภายในสังกัดต่อไป ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำหน้าที่ในการจ่ายเงินตรงให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ เมื่อพ้นบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติดังกล่าวต่อไป

ในปีแรก (2545) นั้น กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้กับจังหวัดต่าง ๆ ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเดี๋ยวมเงินเดือน และได้มีการตั้งงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (contingency fund) จำนวน 5,000 ล้านบาทเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากรูปแบบการจัดสรรดังกล่าว ทั้งนี้โรงพยาบาลที่แสดงความจำนงต้องเสนอแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้คณะกรรมการพิจารณา ก่อน รูปแบบการจัดสรรงบประมาณได้รับการต่อต้านอย่างมาก จากโรงพยาบาลและจังหวัดที่ได้รับผลกระทบเป็นเหตุให้กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาแยกเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรในปีต่อมา (2546) แต่ยังคงจัดสรรให้จังหวัดต่าง ๆ ในลักษณะตามจำนวนประชากรในอัตราเดี๋ยวมเงินเดือน สำหรับในปี 2547 นั้น ได้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่



ไม่รวมเงินเดือนตามความสามารถของโรงพยาบาลในการหาเงินจากแหล่งอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) มากกว่าโรงพยาบาลเล็ก (โรงพยาบาลชุมชน) เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีสัดส่วนของเงินเดือนมากเมื่อเทียบกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดที่แต่ละแห่งได้รับ ขณะเดียวกันก็มีความสามารถในการหาเงินจากแหล่งอื่นมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เช่น สวัสดิการข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีสถานภาพที่ดีกว่าทั้งในด้านชื่อเสียง เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากรที่มีสมรรถนะ และยังเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบประกันสังคม ทำให้มีคนไปใช้บริการมากจึงมีรายได้จากแหล่งอื่น ๆ มากขึ้นด้วย โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่จัดสรรให้ โรงพยาบาลศูนย์เท่ากับ 300 บาท โรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับ 410 บาท และ 490 บาทสำหรับโรงพยาบาลชุมชน⁽⁵⁾ สำหรับในปีงบประมาณ 2548 นั้นกระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราการจัดสรรสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่งตามปัจจัยด้านอายุ ความยากลำบากในการดำเนินงาน (พื้นที่ทุรกันดารและประชากรเบาบาง) และภาระงาน⁽⁶⁾ และในปีงบประมาณ 2549 ก็ดำเนินการในลักษณะเดียวกันแต่นำปัจจัยรายได้จากโครงการอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย⁽⁷⁾ แม้หน่วยในการคำนวณงบประมาณจะเป็นรายแห่งของสถานพยาบาล แต่ในการจัดสรรงบประมาณนั้นกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรยอดรวมรายจังหวัดให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ เพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาลภายใต้สังกัดของตนตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละจังหวัดกำหนดต่อไป

สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลนั้น ในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขให้จังหวัดต่าง ๆ พิจารณาเลือกรูปแบบการตัดเงินเดือนว่าจะตัดที่ระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ และรูปแบบการจ่ายเงินว่าจะจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับทุกประเภทบริการ (inclusive capitation) หรือจะแยกจ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว และบริการผู้ป่วยในแบบน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (exclusive capitation) ในปีถัดมา (2546) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกจังหวัดใช้รูปแบบในการจัดสรรเป็นแบบเดียวกัน คือ exclusive capitation เนื่องจากเกรงผลกระทบต่อด้านลบของ inclusive capitation เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation สูงกว่าในโรงพยาบาลที่มีการจ่ายเงินแบบ exclusive capitation นอกจากนี้อัตราการส่งต่อของโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบ exclusive capitation สูงกว่าของโรงพยาบาลที่ใช้ inclusive capitation⁽⁸⁾ สำหรับอัตราการจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้น จังหวัดส่วนใหญ่กำหนดอัตราจ่ายเป็นอัตราเดียวไม่ปรับตามอัตราการป่วยและต้นทุนของการให้บริการกับประชาชนแต่ละกลุ่มหรือแต่ละระดับของสถานพยาบาล ส่วนรูปแบบการจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละเครือข่ายนั้น แต่ละเครือข่ายมีอิสระในการกำหนดรูปแบบและอัตราการจ่าย อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกเครือข่ายต้องจัดสรรเงินให้กับสถานอนามัยอย่างเพียงพอในการจัดบริการทั้งในลักษณะงบประมาณพื้นฐานและตามปริมาณบริการ

1.2 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (primary care)

โครงการนี้ต้องการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นคู่สัญญาหลักในการจัดบริการด้วยเหตุผลหลักสองประการ⁽⁹⁾ คือ 1) สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการในลักษณะผสมผสาน เบ็ดเสร็จ รอบด้าน และต่อเนื่อง 2) การมีสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกในการให้บริการ

เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข เนื่องจากปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่สามารถแก้ไขและดูแลได้ในระดับปฐมภูมิ โครงการนี้ต้องการปรับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย จากระบบการให้บริการในโรงพยาบาลที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบบริการในระดับปฐมภูมิในชุมชนที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งในด้านกาย จิตใจ สังคมและชุมชน

อย่างไรก็ดี เนื่องจากการขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้โครงการนี้ต้องเลือกโรงพยาบาลเป็นคู่สัญญาหลักในการให้บริการ แต่กำหนดให้โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขตามมาตรฐานที่กำหนด โดยในปีแรกของโครงการนั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นอย่างน้อยสองแห่ง คือหนึ่งแห่งในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลและอีกหนึ่งแห่งในเขตนอกตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เลือกตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกแต่ตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลในเขตตำบลที่รับผิดชอบ แต่มีบางแห่งเลือกตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนหนาแน่นนอกโรงพยาบาล เช่นในเขตแหล่งเศรษฐกิจหรือตลาด (กรณีนี้ที่โรงพยาบาลตั้งนอกเขตชุมชนหนาแน่น) ในการจัดบริการโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน(เนื่องจากขาดแคลนแพทย์) ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่ใช้แพทย์เฉพาะทางเวียนออกไปให้บริการ (เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลจังหวัดเป็นแพทย์เฉพาะทาง)

สำหรับในตำบลนอกเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยกระดับสถานีนอมาลัยขึ้นเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนโดยมีพยาบาลหรือแพทย์เวียนออกไปให้บริการ โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่จัดบริการในลักษณะให้มีทีมแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลหมุนเวียนออกไปให้บริการในวันราชการหรือเป็นบางวัน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลหมุนเวียนกันออกไปให้บริการโดยมีแพทย์นิเทศงาน นอกจากนี้ในบางศูนย์สุขภาพชุมชนมีพยาบาลประจำเป็นผู้ให้บริการ มีการส่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการได้ดีจากโรงพยาบาลให้ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ

การให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าผนวกกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพดังได้กล่าวข้างต้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อระบบบริการทั้งในด้านการเงินและการจัดการบริการตามงบประมาณที่จำกัด นอกจากนั้นหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ปรับเปลี่ยนไปแต่ละปีย่อมมีผลต่อสถานพยาบาลที่ทั้งได้ประโยชน์และเสียประโยชน์ในด้านการเงิน ขณะเดียวกันการให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าเป็นการเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการประกอบกับการปฏิรูประบบการจัดการบริการย่อมมีผลกระทบต่อภาระงานและประสิทธิภาพของระบบโดยรวม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลกระทบด้านการเงิน

ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานพยาบาลด้านการเงินเกิดจากปัจจัยหลักสองประการคือ 1) การได้รับงบประมาณต่อหัวที่ไม่เพียงพอและ 2) หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณตามรายหัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ

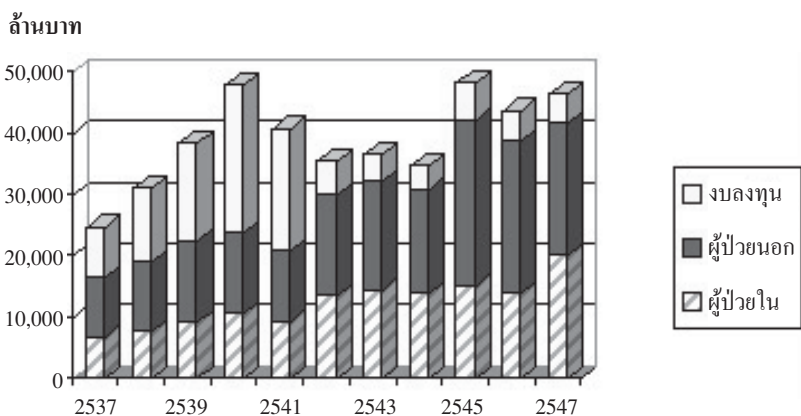
โครงการนี้ถูกวิพากษ์ว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยใน⁽¹⁰⁾



เนื่องจากการกำหนดงบประมาณใช้อัตราการใช้บริการปี 2539 โดยไม่มีการปรับเพิ่มตามโครงสร้างอายุประชากรที่เพิ่มขึ้น เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ที่มีราคาแพง และการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นระหว่างปี 2539 - 2544 เมื่อคำนวณใหม่โดยใช้ข้อมูลการใช้บริการปี 2544 และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยภายใต้โครงการดังกล่าวต่อหัวในปี 2544-2545 นั้นสูงกว่างบประมาณต่อหัวที่ได้รับจริงประมาณ 212 บาท⁽²⁾ จากข้อมูลแนวโน้มรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการลงทุน ระหว่างปี 2537 - 2547 (รูปที่ 1) พบว่าในปี 2545 ซึ่งเป็นปีแรกที่โครงการดำเนินงานเต็มพื้นที่ 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

2.1.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินอย่างฉับพลันในปีแรกจากตามการกระจายของสถานพยาบาลเป็นตามการกระจายของประชากรทำให้ขาดความสมดุลระหว่างเงินกับคน กล่าวคือ จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรมากกว่าเมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณดำเนินการรวมเงินเดือนลดลง เช่นจังหวัดในภาคกลางและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าเมื่อเทียบจำนวนประชากรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น เช่นในภาคอีสานและโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อมีการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณรายหัวก่อนจัดสรรให้จังหวัดตามรายหัวประชากรพบว่าผลกระทบเกิดขึ้นใน



แหล่งข้อมูล: รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537- 2544⁽¹¹⁾ เฉพาะในส่วนกระทรวงสาธารณสุข
 รายจ่ายปี 2545 - 2547 คำนวณจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับและงบประมาณที่ได้รับในส่วนที่นอกเหนือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

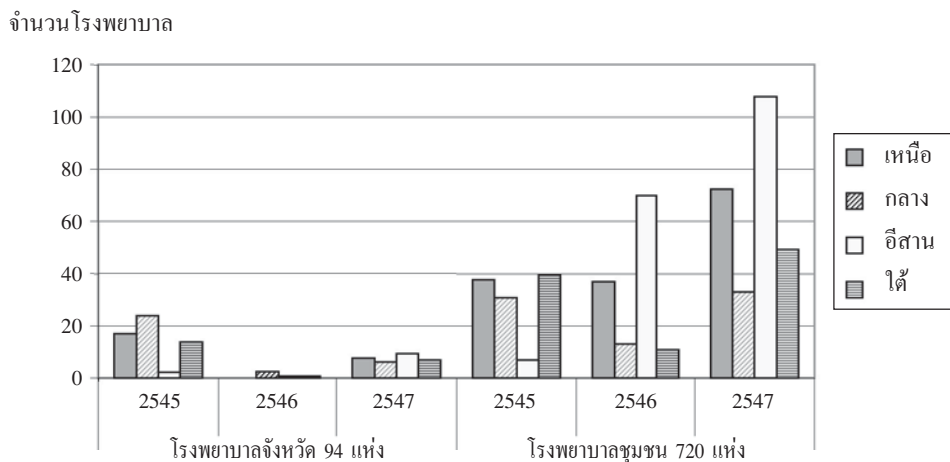
รูปที่ 1 รายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและงบลงทุน 2537 - 2547

ทิศทางการเข้าถึงการรวมเงินเดือนดังแสดงในรูปที่ 2

โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่คือร้อยละ 60 โดยเฉลี่ย ประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องด้านการเงินในปีแรกของโครงการยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลจังหวัดในภาคนี้ที่ประสบปัญหาดังกล่าว ในขณะที่ร้อยละ 16 ของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 3 ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้ที่มีปัญหาดังกล่าว

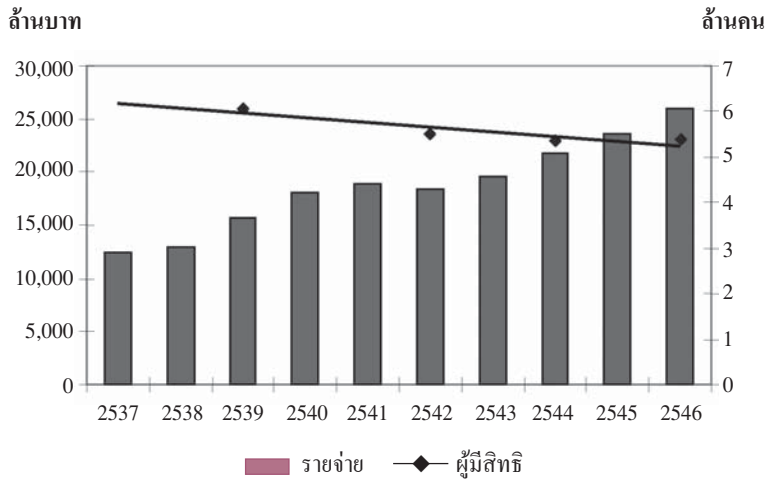
ในปีที่สองนั้นเมื่อมีการแยกเงินเดือนออกไปจากงบประมาณจ่ายรายหัวและจัดสรรงบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือนให้กับจังหวัดต่างๆในอัตราเท่ากันพบว่า โรงพยาบาลจังหวัดเกือบทุกแห่งในทุกภาคไม่มีปัญหาด้านการเงิน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนพบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในภาคอีสาน (จากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 27) ในขณะที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาเดียวกันในภาคกลางและภาคใต้ลดลงและคงที่ในภาคเหนือ สาเหตุที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในปีที่สองสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนมากในปีแรกและเมื่อได้รับงบประมาณลดลงในปีที่สองทำให้มีปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการปรับอัตราการจัดสรรรายหัวตามความสามารถการหารายได้จากแหล่งอื่นของโรงพยาบาลในปีที่สามดูเหมือนยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้เนื่องจากพบว่ามีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในปีที่สามทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (รูปที่ 2)

การหารายได้จากแหล่งอื่นเพิ่มเติมเป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งในการผ่อนคลายปัญหาโดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด เช่น สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม การเพิ่มรายได้จากสวัสดิการข้าราชการสามารถทำได้ง่ายอันเนื่องมาจาก



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินและได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อความมั่นคงระหว่างปี 2545 - 2547 จำแนกตามประเภท โรงพยาบาลและภาค



แหล่งข้อมูล: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537-2544 และ ILO and IHPP⁽¹²⁾

จำนวนผู้มีสิทธิ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539, 2544, 2546 และการสำรวจด้านสังคม ปี 2542

รูปที่ 3 รายจ่ายสวัสดิการข้าราชการ ระหว่างปี 2537 - 2546 (ล้านบาท ราคาปีปัจจุบัน) และจำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)

รูปแบบการจ่ายเงินตามปริมาณบริการที่ไม่มีควบคุม ทำให้โรงพยาบาลสามารถเพิ่มรายได้ทั้งจากการขึ้นราคาและปริมาณบริการที่ให้กับคนไข้ตามสิทธิดังกล่าว รายจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังแสดงในรูปที่ 3 รายจ่ายตามสิทธินี้เพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 13 ต่อปีระหว่างปี 2537- 2541 และร้อยละ 10 ต่อปีระหว่างปี 2542 - 2546 ในขณะที่จำนวนผู้มีสิทธินี้ลดลงในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 1.6 ต่อปีในระหว่างปี 2539 - 2546 อันเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดกำลังคนภาครัฐ

การเพิ่มรายได้จากประกันสังคมเป็นอีกหนทางหนึ่ง แต่ทำได้จำกัดกว่าสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากมีรูปแบบการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการเพิ่มรายได้ทำได้โดยเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวของประกันสังคมก็สร้างแรงจูงใจได้ดีกว่าเนื่องจากมีอัตราการให้บริการค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นรายได้อีกแหล่งหนึ่งคล้ายคลึงกับประกันสังคมแต่เฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมากเท่านั้นถึงมีรายได้จากแหล่งนี้ โดยทั่วไปโรงพยาบาลใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยจึงดึงดูดให้คนที่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ไปใช้บริการมาก ทำให้มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นมากกว่าโรงพยาบาลเล็กอย่างโรงพยาบาลชุมชน นี่เป็นเหตุผลหลักที่กระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนตามระดับของโรงพยาบาลในปี 2547

มาตรการอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลใช้ในการแก้ปัญหา คือ การชะลอการจ่ายหนี้ค่ายาและค่ารักษาออกไป การลดรายจ่าย เช่น ควบคุมและจำกัดการสั่งจ่ายยาเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้จ่ายซื้อสามัญและยาที่ผลิตภายในประเทศแทนยาที่นำเข้า การปรับลดจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณงาน การตัดลดรายจ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางการแพทย์โดยตรง รวมไปถึงการชะลอการลงทุนระยะยาวออกไป ทั้งในด้านเครื่องมือแพทย์ สิ่งก่อสร้าง

และการฝึกอบรม⁽¹³⁻¹⁵⁾

2.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขหลายประการด้วยกัน เช่นการเพิ่มปริมาณและภาระงานจากการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทำให้ระบบการจัดบริการและคุณภาพบริการดีขึ้น มีการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการลาออกของแพทย์เพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ความแตกต่างของรูปแบบและอัตราการจ่ายของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีก็อาจทำให้มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการกับประชาชนที่อยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านประกันสุขภาพต่าง ๆ

2.2.1 ภาระงานเพิ่มขึ้น

โดยหลักเศรษฐศาสตร์นั้นการให้หลักประกันสุขภาพเป็นการลดสิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการความต้องการหรืออุปสงค์ของประชาชนต่อบริการจึงเพิ่มขึ้นและมีผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 70 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่าการเพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว⁽¹⁶⁾ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี 2544 (ก่อนมีโครงการ) และ 2546 (หลังมีโครงการ) จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในขณะที่การดูแลตนเอง รวมการซื้อยากินเอง สมุนไพร และแพทย์แผนไทยลดลง การให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2.2 ระบบบริการและคุณภาพบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น

การยกระดับสถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีแพทย์และหรือพยาบาลวิชาชีพ หมุนเวียนหรือปฏิบัติงานประจำทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้น รูปแบบการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้มีงบประมาณไปยังสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น การมีงบประมาณเพิ่มขึ้นทำให้สามารถจัดหา ยา และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้มีความพร้อมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถเพิ่มเวลาในการให้บริการเป็นนอกเวลาราชการและวันหยุด ดังนั้นนโยบายนี้มีผลให้ระบบการให้บริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับต้นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนดีขึ้น^(15,17)

2.2.3 สัดส่วนการให้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น

ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า สัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลตติยภูมิลดลงแต่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ตารางที่ 2) สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากระบบบริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลดังกล่าวที่ดีขึ้น สัดส่วนการให้บริการที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทำให้ผู้มีสิทธิต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนก่อนเป็นด่านแรกและต้องผ่านระบบการส่งต่อการไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้น สำหรับบริการผู้ป่วยในก็พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นซึ่งอาจเป็นได้จากหลายปัจจัย ประการแรกคือประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นจากสิ่งกีดกั้นการเข้าถึงบริการด้านการเงินลดลงจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอง ภาระค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในชนบทนั้นถูกกว่าการไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด



ตารางที่ 2 การใช้บริการของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	บริการผู้ป่วยนอก		บริการผู้ป่วยใน	
	2544	2546	2544	2546
อัตราการป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	4.101	4.96	0.076	0.083
พฤติกรรมแสวงหาบริการในการป่วยครั้งสุดท้าย (%)				
- ไม่ทำอะไร	5.1	5.2		
- ซื้อสมุนไพร แผนโบราณ แผนปัจจุบัน	25.2	21.8		
- สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	22.3	26.2		
- โรงพยาบาลชุมชน	14.2	22.0	30.0	54.4
- โรงพยาบาลจังหวัดและตติยภูมิ	18.4	8.8	59.0	35.9
- คลินิกเอกชน	12.1	12.3		
- โรงพยาบาลเอกชน	2.8	2.6	11.0	9.7
อัตราการใช้สถานพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)	2.846	3.547	0.076	0.083
ใช้สิทธิบัตรทองเมื่อใช้สถานพยาบาล (%)		56.6		80.9

แหล่งข้อมูล: การสำราจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2544 และ 2546^(18,19)

หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2544 รวมกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันใด ๆ

หรือโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง นอกจากนั้นแรงจูงใจในการให้บริการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลชุมชนเพราะอัตราการจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรครวมที่เป็นอัตราเดียวกับโรงพยาบาลใหญ่ในขณะที่ยังคงให้การบริการของโรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่า^(20,21)

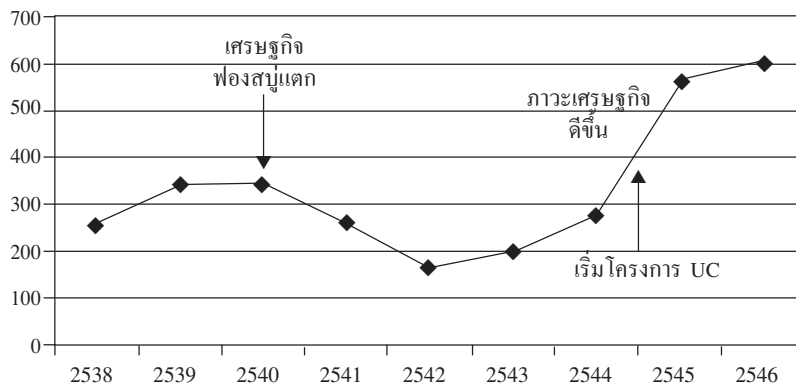
2.2.4 การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

การขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและในภาคอีสานเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะเมื่อภาระงานเพิ่มขึ้นจากความต้องการใช้บริการของประชาชนเพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวทรุดลงอีกเมื่อแพทย์จำนวนมากลาออกจากราชการ พบว่าจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการในปี 2545 สูงเป็นสองเท่าของปี 2544 สำหรับเหตุผลในการลาออกของแพทย์จากการสำรวจของสำนักเกแบคโพลล์ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์ลาออกคือ การมีภาระงานที่หนักและการได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำ^(16,22) ส่วนการศึกษาของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบว่า การลาออกของแพทย์ระหว่างปี 2545-2546 เกิดจากปัจจัยห้าด้าน คือ ปัจจัยด้านอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาต่อ ปัจจัยระบบบริหารจัดการ ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (ภาระและลักษณะงาน) ปัจจัยด้านชีวิตส่วนตัว (ไกลบ้าน คุณภาพชีวิต ฟุ้งร้อง) และปัจจัยด้านรายได้⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามไม่ชัดเจนว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนในการทำให้แพทย์ลาออกมากน้อยเท่าใด ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวเศรษฐกิจของประเทศเริ่มดีขึ้น ทำให้มีแพทย์ไหลจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับค่าตอบแทนที่ดีกว่าอีกทั้งยังมีภาระงานน้อยกว่า

การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะในการให้บริการปฐมภูมิเป็นอุปสรรคอีกประการในการจัดบริการปฐมภูมิ ปัญหานี้เกิดจากการขาดแคลนแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไปโดยเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลที่ไม่คุ้มค่าขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดแรงต่อต้านจากแพทย์เหล่านี้^(13,24) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพที่เวียนไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่อยู่ปฏิบัติงานประจำนั้นได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน

2.2.5 คุณภาพบริการและการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ

เนื่องจากปัจจุบันมีประกันสุขภาพหลายระบบซึ่งมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกันมีผลให้เกิดพฤติกรรมในการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและอัตราการจ่ายเงิน จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อบริการที่จัดให้สำหรับประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ กัน ของเอแบค



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 4 จำนวนแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกจากราชการระหว่างปี 2538 - 2546

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อคุณภาพบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในปี 2546 และ 2547

ระบบประกัน	2546 (n = 3,006)		2547 (n = 4,417)	
	ดีมาก/ ดี	ไม่ดี/ ไม่ดีมาก	ดีมาก/ ดี	ไม่ดี/ ไม่ดีมาก
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⁽¹⁶⁾ และ สวนดุสิตโพลล์⁽²²⁾



โพลล์⁽¹⁶⁾ และสวนดุสิตโพลล์⁽²²⁾ พบว่าโดยรวมผู้ให้บริการเห็นว่าคุณภาพของบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก และโดยรวมคุณภาพบริการดีขึ้นระหว่างปี 2546 - 2547 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ พบว่า คุณภาพบริการที่จัดให้กับกลุ่มผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจัดอยู่อันดับท้ายสุดในขณะที่บริการที่จัดสำหรับกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจัดอยู่ในอันดับที่ดีที่สุด

วิจารณ์

การได้รับงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ การจัดสรรที่เอื้อประโยชน์ต่อจังหวัดและโรงพยาบาลที่มีการกระจุกตัวของบุคลากรมาก เช่น จังหวัดที่มีเศรษฐกิจดีและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่มีภาระงานที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่า ทำให้มีข้อจำกัดต่อประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และคุณภาพบริการของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ในประเด็นด้านความเป็นธรรมนั้น การขาดความเท่าเทียมของการกระจายบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนับเป็นอุปสรรคหลักในการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมของโครงการนี้

การที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องการการสนับสนุนข้ามจากระบบประกันสุขภาพอื่น เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม เงินสะสมของโรงพยาบาลและอื่น ๆ อย่างไรก็ตามการสนับสนุนข้ามจากแหล่งเงินอื่นจะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหาเงินจากแหล่งเงินอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทต้องอาศัยเงินจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักและไม่มีเงินสะสมมาก การได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพออาจมีผลกระทบต่อด้านลบต่อการจัดบริการ สำหรับงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้นได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และต้นทุนที่ชัดเจนขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ขณะเดียวกันคำนวณงบประมาณสำหรับประชากรทั้งประเทศไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แต่ในการคำนวณเป็นงบประมาณต่อหัวต้องใช้จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงอาจทำให้เข้าใจผิดเพราะสูงกว่าที่เป็นจริง) อย่างไรก็ตามอุปสงค์ของประชาชนต่อบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้นอาจไม่สูงเท่าบริการรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลต้องใช้ความพยายามมากกว่าในการให้บริการให้ได้ตามเป้าหมาย ดังนั้นประเด็นข้อจำกัดต่อการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจึงมีเชิงงบประมาณไม่เพียงพอแต่อย่างไรให้ประชาชนมารับบริการได้ตามเป้าหมาย การลดลงอย่างมากของงบประมาณลงทุนตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่ากังวลว่าอาจมีผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของโครงการรัฐบาลควรจัดงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอ รวมทั้งต้องมีการลงทุนด้านเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอย่างเพียงพอเพื่อรักษาและพัฒนาระดับคุณภาพบริการ

การคาดหวังว่าจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจะสามารถจัดหาบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ได้เพิ่มขึ้นนั้น ในทางปฏิบัติอาจไม่เป็นได้จริงเพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายจ้างหรือหน่วยงานหลักในการจัดสรรกำลังคน การกระจายกำลังคนให้เป็นธรรมไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากนโยบายการกระจายกำลังคนที่ชัดเจนของกระทรวงฯ อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลอาจสามารถจัดหากำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพทางการแพทย์โดยตรงมาเป็นลูกจ้างภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์

ในการให้บริการ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่มีความเป็นไปได้ทางการเมืองในการปิดโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีอยู่แม้ในพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลหนาแน่น ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่คือการมีนโยบายการกระจายกำลังคนที่เป็นธรรมโดยเฉพาะบุคลากรบรรจุใหม่ และควรมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียวให้กับสถานพยาบาลอาจสร้างแรงจูงใจกับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากเกินไปเพราะผลภวการความเสี่ยงด้านการเงินทั้งหมดไปให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาและอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการโดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือคนที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการเจ็บป่วย ความถี่ของการใช้บริการสุขภาพ และต้นทุนการให้บริการที่สูงกว่าประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ระบบเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียวอาจทำให้สถานพยาบาลมองคนกลุ่มนี้ว่าเป็นภาระและให้บริการต่ำกว่าที่ควรเป็น ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบของการจ่ายเงินแบบนี้ การปรับอัตราเหมาจ่ายตามภาวะความเสี่ยง เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ การมีโรคเรื้อรัง ฯลฯ จะช่วยป้องกันการคัดเลือกผู้ป่วยในการขึ้นทะเบียน (กรณีที่มีการให้เลือกโรงพยาบาลในการขึ้นทะเบียนได้) และการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ นอกจากนี้ก็ควรต้องมีระบบการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการให้บริการและคุณภาพบริการที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

การพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นการนำบริการที่มีคุณภาพไปใกล้บ้านประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดภาระต้นทุนที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะกับประชาชนในชนบท คนที่มีโรคเรื้อรัง คนจน และผู้สูงอายุ การจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการในสถานอนามัยสามารถทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการปรับหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการให้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิมากขึ้น การฝึกอบรมทักษะแก่บุคลากรที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชศ ตีระพัฒนานนท์, ภูมิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10: 381-90.
2. ภูมิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11: 599-613.
3. วลัยพร พัชรนฤมล, ภูมิต ประคองสาย, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์กรณีส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคปีงบประมาณ 2546. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / องค์การอนามัยโลก; 2545.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
5. กลุ่มงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2547.
6. สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง. คู่มือการใช้แบบจำลองการจัดสรรงบดำเนินการของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2548. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการคลัง; 2547.
7. คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข. สรุปข้อเสนอการจัดสรรงบหลัก-



- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ปี 2549. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2549; 24 เมษายน 2549; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
8. สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย. ประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน 21 จังหวัด: การวิเคราะห์ข้อมูลบริการผู้ป่วยในภายในจังหวัดและการใช้บริการข้ามจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2545.
 9. Jongudomsuk P. Achieving Universal Coverage of Health Care in Thailand through 30 Baht Scheme. Nonthaburi: Health Care Reform Office, Ministry of Public Health; 2002.
 10. สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา 1,202 บาทต่อคนต่อปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11: 123-8.
 11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท, จิตราภรณ์ เมฆกระจ่าง, โสภณ ตติยานันทพงษ์, วลัยพร พชรนฤมล, กมลทิพย์ แซ่ถั่ว, และคณะ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2544. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2546.
 12. International Labour Organization. Financing Universal Health Care in Thailand. Geneva: International Labour Office; 2004.
 13. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. ประเมินผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัด สมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.
 14. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. การบริหารจัดการการคลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงปีแรกของการดำเนินงาน: กรณีศึกษาในสี่จังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 889-906.
 15. Srithamrongsawat S. Financial protection and enabling access to care for Thai elderly: the role of public insurance (PhD thesis). London: University of London; 2004.
 16. เอเบต โพลล์. ความคิดเห็นของผู้ให้บริการก่อนนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาในสถานพยาบาลคู่สัญญาใน 13 จังหวัด. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2546.
 17. เพ็ญแข ลากยั้ง, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะหนึ่งปีแรก: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 923-36.
 18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปี 2544. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2544.
 19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปี 2546. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2546.
 20. สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย, สุภัตยา คงสวัสดิ์. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10: 391-9.
 21. นิรมล อยู่ภักดี, วิจิตรา มหามัญพาชัย, สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนภายใต้คู่สัญญาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 13: 619-31.
 22. สานดุสิต โพลล์. ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2547.
 23. ทักษพล ธรรมรังสี. การลาออกของแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 1044-7.
 24. เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภูมิภาค. โครงการติดตามประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.