

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ-กรณีศึกษาจังหวัดระนอง

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์^{*,**}

ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร^{*}

ธัญริตา วิสัยจร^{*}

วีระศักดิ์ พุทธาศรี^{*}

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจวิธีบริหารจัดการและดำเนินการของสถานพยาบาลภายใต้“นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553” ผ่านกรณีศึกษาของจังหวัดระนอง โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม การสังเกต และการทบทวนเอกสาร และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีแก่นสาระ

การศึกษาพบว่าจังหวัดระนองได้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนมีนโยบายเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ผ่านการขยาย “บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น” และหลังวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 จังหวัดได้พัฒนากลไกบริหารจัดการเฉพาะพื้นที่ โดยกำหนดงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับงานส่งเสริมป้องกันตามจำนวนการใช้บริการที่สถานพยาบาล และทำงานเชิงรุกผ่าน “พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว” และ “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว” แต่ในทางปฏิบัติยังประสบปัญหา อาทิ การติดต่อสื่อสารขาดความชัดเจน ข้อจำกัดด้านการใช้งบประมาณ การตกหล่นของผู้ประกันตน และการขาดองค์ความรู้เชิงกฎหมายสนับสนุน เป็นต้น

แม้จะมีการกำหนดวิธีบริหารจัดการนโยบายเฉพาะพื้นที่ แต่เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายที่ดี จังหวัดระนองร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มการลงทะเบียนผู้ป่วยให้ครอบคลุมผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิและให้ตรงกับเขตพื้นที่อาศัยจริง เพิ่มการสนับสนุนองค์ความรู้ทางกฎหมายจากส่วนกลาง กำหนดกรอบการใช้งบประมาณให้ชัดเจน และประเมินผลของการดำเนินนโยบายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ, ประกันสุขภาพ, มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553, บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น, จังหวัดระนอง

Abstract

The management of health insurance system for people with citizenship problems-a case study of Ranong province

Rapeepong Suphanchaimat^{*,**}, Parinda Seneerattanaprayul^{*}, Thunthita Wisaijohn^{*}, Weerasak putthasri^{*} *International Health Policy Programme, Ministry of Public Health, **Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province*

This study aimed to assess the management and the operation of health facilities under “Health Insurance Policy for People with Citizenship Problems, the Cabinet Resoluion on 23rd March 2013”, which enabled the target population to have better access to essential health services, through a case study in Ranong province. Qualitative methods: in-depth interviews, group interviews, observations and document reviews, were applied. Thematic analysis was employed for data analysis.

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น



The results revealed that, before 23rd March 2013, healthcare services were provided for people with citizenship problems through “Health Card for Displaced Persons”. After the policy was implemented, the province set up its own managerial systems by allocating a due proportion of the budget for disease prevention and health promotion activities, specifying the amount reimbursed to be varied by the quantity of services at the facilities, and encouraging proactive works through “Alien Health Officers” and “Alien Health Volunteers”. Yet, in practice, there remained problems, e.g., communication insufficiency, limitation in budget use, failure in registering populations who ever held the health card, and lack of technical supports in legal academia.

In conclusion, though local mechanism for operating the policy is devised, its effectiveness should be leveraged through several measures: expanding population coverage in concordance to their actual residence, increasing legal knowledge support, elucidating the budget regulation, and endorsing regular monitoring systems. However, this study still holds some limitations, e.g. a sole approach through providers’ perspectives. Further studies are recommended to explore the possibilities in developing recommendations to a real practice.

Keywords: People with citizenship problems, Health insurance, The Cabinet resolution on 23rd March 2013, Health card for displaced person, Ranong province

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุขและระบบการคลังเพื่อสุขภาพร่วมสี่ทศวรรษจนสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยได้ตั้งแต่ พ.ศ.2545 ผ่านระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักได้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรไทยกว่า 47 ล้านคน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวกว่า 6 ล้านคน และระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคมกว่า 9 ล้านคน^(1,2) โดยหลักการแล้ว “คนไทยทุกคน” จึงมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการป้องกันภาวะล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ⁽³⁻⁵⁾ อย่างไรก็ตาม บุคคลที่อาศัยในประเทศไทยไม่ได้ประกอบด้วย “คนสัญชาติไทย” เท่านั้น แต่ยังประกอบด้วยบุคคลหลายเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ อาทิ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้อพยพเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่อดีต กลุ่มผู้หนีภัยสงครามเข้ามาในพื้นที่พิกังชั่วคราว กลุ่มคนไร้รากเหง้า หรือคนที่ไม่มียศสถานะในทะเบียนราษฎร⁽⁶⁻⁸⁾ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 3 ล้านคน^(9,10)

แม้ปัจจุบันประเทศไทยจะเปิดกว้าง และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสถานะและสิทธิของผู้ไม่มีสัญชาติไทยมากขึ้น

หากปัญหาการเข้ารับบริการสาธารณสุขยังมีให้ประจักษ์ ดังจะเห็นได้จากข้อถกเถียงที่ว่าบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยมีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐหรือไม่⁽⁸⁾ ทั้งนี้มีการตีความคำว่า “บุคคล” ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 ซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”⁽¹¹⁾ ว่าหมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น^(8,9) การตีความดังกล่าวทำให้ประชากรกลุ่มหนึ่งที่ไม่ใช่สัญชาติไทยและส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล 18 มกราคม พ.ศ. 2548⁽⁷⁾ ไม่มีหลักประกันสุขภาพแม้ในอดีตบุคคลกลุ่มนี้มีสิทธิได้รับ “บัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)” เพื่อรับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและโดยข้อเท็จจริงแล้วบุคคลกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่เกิดและอยู่อาศัยในประเทศไทยมายาวนาน^(6,9)

ต่อมาเกิดการเคลื่อนไหวจากเครือข่ายหมอชายแดน ชมรมแพทย์ชนบท ร่วมกับสื่อมวลชน และองค์กรพัฒนาเอกชน^(8,12) เรียกร้องให้รัฐบาล ซึ่งมีนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ให้สิทธิประกันสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิโดยไม่ต้องรอพิสูจน์สถานะบุคคล คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 23

มีนาคม พ.ศ. 2553 เห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณในการดูแลรักษาและจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยให้กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารงบประมาณและกำหนดกรอบในการปฏิบัติงาน⁽¹³⁾

ในปีงบประมาณ 2554 ได้มีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 918,137,000 บาท เพื่อกำหนดสิทธิด้านสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน 457,409 คน⁽¹⁴⁾ ร้อยละ 59 จัดสรรสู่หน่วยบริการเพื่อใช้สำหรับงานบริการผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 1 จัดสรรสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 39 จัดสรรผ่านกลุ่มประกันสุขภาพเพื่อให้หน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน และบริการค่าใช้จ่ายสูง ร้อยละ 1 จัดสรรเป็นค่าบริหารจัดการที่กลุ่มประกันสุขภาพ ต่อมาในปีงบประมาณ 2555 ได้เปลี่ยนระเบียบการจัดสรรงบประมาณเป็นจัดสรรสู่หน่วยบริการในพื้นที่ รวมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในสัดส่วนเท่ากับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกลุ่มประกันสุขภาพที่ร้อยละ 50 โดยพัฒนาวิธีบริหารจัดการและชุดสิทธิประโยชน์ในลักษณะที่คล้ายกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹⁴⁾ มากกว่าระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายที่ลงทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงานและอยู่ระหว่างการพิสูจน์สัญชาติ⁽¹⁵⁾ (ตารางที่ 1)

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น (2) เพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการซึ่งเดิมให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวโดยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน⁽¹⁴⁾ ความมุ่งหมายที่ให้สถานพยาบาลมีความชัดเจนในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว ยังเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดน ซึ่งเป็นถิ่นที่มีผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยหนาแน่น และมักพบอุบัติการณ์ของโรคติดต่อเขตร้อนสูงกว่าพื้นที่อื่น ดังปรากฏในรายงานของวรวิทย์ ดันดีวัฒน์ ทรัพย์ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียใน

จังหวัดตากคิดเป็นร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในประเทศ และรายงานของพิเชฐ บัญญัติ ที่พบว่าอำเภอฝางตะวันตกของจังหวัดตาก ซึ่งมีชนกลุ่มน้อยและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวนมาก มีอัตราการตายมากเป็น 13 เท่าของอัตราการตายในอำเภอฝางตะวันออกจังหวัดตาก⁽¹⁷⁾

ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเคยมีการประเมินผลการดำเนินงานมาแล้วเช่นกัน แต่ปัจจุบันผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิยังไม่ได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบและรอบด้านแม้จะมีการศึกษาผลลัพธ์เรื่องการเข้าถึงบริการบ้าง เช่น สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ได้รายงานว่าอัตราการใช้บริการของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่จังหวัดเชียงรายเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 0.4 ครั้ง/คน/ปี⁽⁸⁾ น้อยกว่าผู้ประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากว่า 6 เท่า และมักเข้ารับการบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่หนักแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาเชิงกระบวนการ^(18,19) เพื่อทราบและทำความเข้าใจว่า สถานพยาบาลได้มีการบริหารจัดการและดำเนินการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบาย ในการให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการ และได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็นหรือไม่ การประเมินนี้มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการประเมินเชิงผลลัพธ์อันจะเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้กำหนดนโยบายในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้เกิดประสิทธิภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป^(20,21)

ระเบียบวิธีการศึกษา

การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม การสังเกต และการทบทวนเอกสาร การเลือกพื้นที่ทำการศึกษานี้ใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง การเลือกจังหวัดระนองเป็นกรณีศึกษามีที่มาจากจังหวัดระนองมีส่วนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่อประชากรทั้งหมดมากที่สุด ผู้วิจัยคัดเลือกอำเภอที่



ตารางที่ 1 ชุดสิทธิประโยชน์ การจัดสรรงบประมาณ และสถานพยาบาลที่ร่วมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ระบบประกันสุขภาพ	สิทธิประโยชน์	งบประมาณ	สถานพยาบาลที่ร่วมในระบบประกันสุขภาพ
1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ครอบคลุมการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งเสริมป้องกัน การบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูง ยกเว้นการบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน เช่น การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ	เหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 2,567 บาท (อัตราเมื่อปีงบประมาณ 2554) ทั้งนี้รวมเงินเดือนของผู้ให้บริการแล้ว โดยแบ่งเป็น 1. บริการผู้ป่วยนอก 951 บาท (37%) 2. บริการส่งเสริมป้องกัน 280 บาท (11%) 3. บริการผู้ป่วยใน การบริการค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1,149 บาท (45%) เบิกค่าชดเชยตาม Adj.RW* ด้วยอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW 4. อื่นๆ 177 บาท (7%)	สถานพยาบาลในภาครัฐและเอกชน ที่ลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	คล้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติและการรักษาค่าใช้จ่ายสูง แต่มีความแตกต่างเล็กน้อยในบางรายการ เช่น ไม่ครอบคลุมการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเรื้อรัง	เหมาจ่ายรายหัวในอัตราประมาณ 2,007 บาท (ข้อมูลปีงบประมาณ 2554) แบ่งเป็น 1. บริการผู้ป่วยนอกและป้องกันโรค 1,184 บาท (59%) โดยจัดสรรสู่หน่วยบริการ, เบิกจ่ายตามจริงไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง 2. บริการผู้ป่วยในอุบัติเหตุฉุกเฉินและบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง 783 บาท (39%) จัดสรรผ่านกลุ่มประกันสุขภาพ, เบิกค่าชดเชยตาม Adj.RW ด้วยอัตรา 9,000 บาท/ Adj.RW 3. ค่าบริหารจัดการ 40 บาท (2%) จัดสรรไปที่หน่วยบริการและกลุ่มประกันสุขภาพในสัดส่วนที่เท่ากัน	สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้ป่วยลงทะเบียนอยู่ ยกเว้นในกรุงเทพมหานคร ให้ลงทะเบียนที่สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง คือ 1. โรงพยาบาลเลิดสิน 2. โรงพยาบาลราชวิถี 3. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
3. ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว [†]	ครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกัน การบริการผู้ป่วยนอก การบริการผู้ป่วยใน คล้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการค่าใช้จ่ายสูงน้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ไม่ครอบคลุมการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเรื้อรัง การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น	ช้อบัตร์ประกันสุขภาพในอัตรา 1,900 บาท/ปี ต่อลูกจ้างหนึ่งคน โดยแบ่งเป็น (ข้อมูลปีงบประมาณ 2554) 1. ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท 2. ค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท โดยแบ่งเป็น o ค่าบริหารจัดการ 130 บาท o บริการผู้ป่วยนอก 499 บาท o บริการผู้ป่วยใน 415 บาท (เบิกค่าชดเชยตาม Adj.RW ด้วยอัตรา 10,300 บาท/ Adj. RW เฉพาะการรักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายสูง) o บริการส่งเสริมป้องกัน 206 บาท o บริการค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท	สำนักงานในสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ และสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

หมายเหตุ: * Adj.RW = Adjusted Relative Weight

[†] กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS และเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพเป็น 2,800 บาท (ประกันสุขภาพ 2,200 บาท และตรวจสุขภาพ 600 บาท) โดยเริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2556(29)

แหล่งข้อมูล: 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554 2. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2554
3. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroengkajorn S. 2009

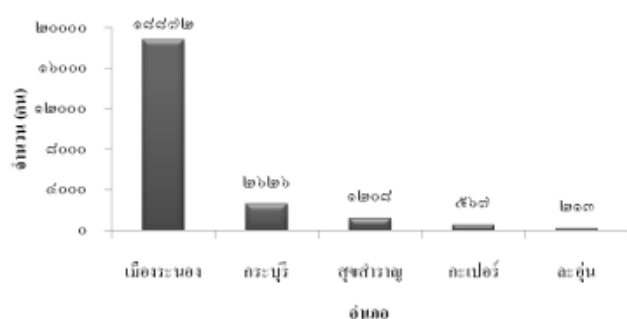
มีประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยมากที่สุด 2 อำเภอ คือ อำเภอเมืองระนอง และอำเภอกะบุรี จังหวัดระนอง เป็นสถานที่ทำการศึกษา (รูปที่ 1)

ในแต่ละอำเภอที่ถูกคัดเลือก ผู้วิจัยเลือก 2 ตำบลตัวอย่าง โดยอาศัยข้อมูลจากผู้ประสานงานในพื้นที่ เลือกพื้นที่ที่มีประชากรผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอยู่หนาแน่นที่สุด วิธีเลือกดังกล่าวทำให้ได้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ในทุกพื้นที่จะมีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่บริหารเชิงลึก และสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ครอบคลุมงานบริการและงานสนับสนุนบริการ รวมทั้งสิ้น 15 คน (ตารางที่ 2)

การเก็บข้อมูลดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2555 การสัมภาษณ์ดำเนินการ ณ สถานพยาบาลของผู้ถูกสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ยหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง มีกระบวนการบันทึกเสียงที่ผ่านการยินยอมจากผู้ถูกสัมภาษณ์ ข้อมูลได้รับการถอดเทปและเก็บไว้ที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีแก่นสาระ (thematic analysis)



แหล่งข้อมูล: 1. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2555
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 2555

รูปที่ 1 จำนวนประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในเขตอำเภอต่างๆ ของจังหวัดระนอง

โดยมีฐานคิดจากทฤษฎี complex adaptive systems เสนอโดย Leykum และคณะ (2007)⁽²²⁾ และ Plsek และ Wilson (2001)⁽²³⁾ ความว่า นโยบายสุขภาพมีความซับซ้อน ประสพการณ์เดิมและสภาวะแวดล้อมในพื้นที่ส่งผลต่อการปฏิบัตินโยบาย ทุกพื้นที่จึงปรับวิธีดำเนินนโยบายเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลาง การวิเคราะห์ข้อมูลจึงกำหนดประเด็นที่ได้จากข้อค้นพบในพื้นที่ (data-driven approach)

ในเบื้องต้นได้กำหนดหัวข้อการสัมภาษณ์ คือ (1) การให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิก่อนและหลังมีนโยบาย (2) การทำงานเชิงรุกทั้งในด้านการลงทะเบียนผู้ป่วยและงานส่งเสริมป้องกัน (3) การบริหารจัดการงบประมาณนโยบายนี้ในจังหวัด ในแต่ละประเด็นจะมีการศึกษาประเด็นย่อย คือ วิธีดำเนินนโยบายดังกล่าวมีความเหมือนหรือต่างจากนโยบายจากส่วนกลางอย่างไร ปัญหาและอุปสรรคเป็นอย่างไร ตามฐานคิดเชิงทฤษฎีที่เสนอข้างต้น

ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาตรวจสอบสามเส้า (methodological triangulation) โดย (1) วิธีสังเกต (2) การรวบรวมเอกสาร (3) การเทียบเคียงกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลอื่น ในที่นี้ได้กำหนดความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามระดับความสอดคล้องเป็น 3 ระดับ คือ “A” หมายถึง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สอดคล้องหรือได้รับการสนับสนุนโดยข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่นๆ ทั้ง 3 แหล่ง ถ้าข้อมูลจากการสัมภาษณ์สอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่น 2 ใน 3 แหล่งที่ระบุไว้ จะกำหนดความน่าเชื่อถือเป็นระดับ “B” และถ้าสอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่น 1 ใน 3 แหล่ง จะกำหนดความน่าเชื่อถือเป็นระดับ “C” ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่นจะไม่นำมาวิเคราะห์เชิงลึก

หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้งได้มีการประชุมนักวิจัยเพื่อสรุปประเด็นคำถามข้างต้น และเพื่อปรับหัวข้อความถามที่มีประเด็นหรือข้อค้นพบใหม่ในพื้นที่ และมีการจัดประชุมร่วมกับผู้ให้ข้อมูลหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2556 ที่ สสจ. ระนอง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลการศึกษา



ตารางที่ 2 สรุปผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่จังหวัดระนอง

ลำดับที่	สถานที่	รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่ง และ ลักษณะงาน	ระยะเวลาที่ทำงาน ในหน่วยงาน ปัจจุบัน (ปี)	ระยะเวลาที่ทำงาน ในหน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบัน (ปี)
1	สสจ. ระนอง	PHO_1	48	ชาย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	6	6
2	สสจ. ระนอง	PHO_2	43	ชาย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	1	1
3	รพ. ระนอง	RN_1	59	ชาย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง	3	3
4	รพ. ระนอง	RN_2	37	หญิง	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	15	10
5	รพ. ระนอง	RN_3	28	หญิง	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ	2	2
6	รพ. ระนอง	RN_4	43	หญิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	10	2
7	รพสต. บ้านหินช้าง	HC_1.1	44	หญิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการ รพสต.บ้านหินช้าง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
8	รพสต.ทรายแดง	HC_1.2	43	ชาย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	5	5
9	รพสต.ทรายแดง	HC_1.3	31	ชาย	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญงาน	11	11
10	รพ. กระบุรี	KB_1	41	ชาย	ผู้อำนวยการ (ควบ) นายแพทย์เวชกรรมป้องกัน	3	2
11	รพ. กระบุรี	KB_2	49	หญิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบหัวหน้างานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ	15	11
12	รพสต.หาดจิก	HC_2.1	45	ชาย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	4	4
13	รพสต.มะมู	HC_2.2	40	หญิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติหน้าที่ ผู้อำนวยการ รพสต.มะมู	12	2
14	รพสต.มะมู	HC_2.3	49	หญิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	11	ไม่ระบุ
15	รพสต.มะมู	HC_2.4	27	หญิง	นักวิชาการสาธารณสุข	2	1

ผลการศึกษา

การให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสำหรับผู้มี
ปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนและหลังวันที่วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.
2553

- ก่อนมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553

● บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นนวัตกรรมของ
งานสาธารณสุขจังหวัดระนองกับความยืดหยุ่นในการ
ครอบคลุมผู้ประกันตน

ในอดีตจังหวัดระนองให้บริการสุขภาพผู้ที่มีปัญหาสถานะ
และสิทธิโดยครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐาน ทั้งด้านการส่งเสริม
ป้องกัน การฝากครรภ์ การให้วัคซีนตามมาตรฐานของ

กระทรวงสาธารณสุข แต่ชุดสิทธิประโยชน์เมื่อเทียบกับสิทธิ
ประกันสุขภาพ 3 สิทธิหลักของผู้ถือสัญชาติไทย ยังมีส่วนที่
ขาดหายไปเล็กน้อย เช่น การรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไต
วายเรื้อรัง การตรวจฮีโมโกลบินสำหรับมารดาที่มีความเสี่ยง
คลอดบุตรเป็นโรคโลหิตจางทาลัสซีเมีย

บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนองมักเรียกผู้ที่มีปัญหา
สถานะและสิทธิว่า “คนไทยพลัดถิ่น” โดยทางสำนักงาน
สาธารณสุขระนองริเริ่มจัดทำ “บัตรประกันสุขภาพคนไทย
พลัดถิ่น” ให้ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ซื้อบัตรได้ในราคา
1,300 บาทต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เงินที่ได้จะนำมาตั้งเป็น
กองทุนสำหรับจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ที่มีปัญหาสถานะ

และสิทธิที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดระนอง ทั้งนี้ผู้มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพมิได้ครอบคลุมเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่กำหนดไว้ในมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 เท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 เพราะในทางปฏิบัติกระบวนการคัดเลือกผู้มีสิทธิซื้อบัตรไม่มีความเข้มงวด ขอเพียงมีผู้รับรอง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน รับรองว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือคนไทยพลัดถิ่น มิใช่แรงงานข้ามชาติ

“...ซื้อบัตรนี้เขารู้กันเลย เขารู้กันเอง ถ้าผมปิด เขาก็มาร้อง ให้เปิดการจำหน่ายบัตร จนเป็นจังหวัดเดียวที่ขายเขา ถามว่า ต้องใช้บัตรสี (บัตรประจำตัวบุคคลคนไทยพลัดถิ่น) ใหม่ ใช่ๆ ใช้บัตรสีก็จบ ถ้าใครที่ไม่มี คือจะมีกลุ่มหนึ่งที่ไม่มี แต่ถ้าพูดไทยได้ ยืนยันกันเจ้าหน้าที่คุยกันแล้ว เป็นคนไทยพูดไทยชัดเจน บ้านอยู่ที่นี่มีญาติอยู่ตรงนี้ เราก็อาย” [PHO_1: 20 พ.ย. 2555]-level of Evidence:A

● ระบบบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นกับความล้มเหลวในการกระจายและรวบรวมความเสี่ยง

แม้กระบวนการตรวจสอบผู้มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนไทยพลัดถิ่นไม่มีความเข้มงวด แต่จากการจำหน่ายบัตรระหว่าง พ.ศ. 2548-2552 พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองขายบัตรได้เฉลี่ยปีละ 1,300-1,800 ใบเท่านั้น โรงพยาบาลจึงประสบภาวะขาดทุน เพราะไม่สามารถรวมและกระจายความเสี่ยงของผู้ประกันตนได้ เหตุผลที่ขายบัตรได้ปริมาณน้อย แม้จะมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งมาจากลักษณะอาชีพและพฤติกรรมของผู้มีปัญหามาและสิทธิในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างเขตพม่าและไทย ทำให้อาศัยไม่ตรงตามที่ระบุในทะเบียนราษฎร นอกจากนี้ ผู้ซื้อบัตรมักเป็นผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่แล้ว ขณะที่ผู้มีสุขภาพดีไม่นิยมซื้อบัตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองจึงประกาศยุติการจำหน่ายบัตรอย่างถาวรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา

“...เราขายได้เฉพาะคนป่วย คนที่ป่วยเท่านั้นที่เราขายได้...ลูกเขาจะมาซื้อเฉพาะให้แม่ที่ป่วย...มันก็จะได้กองทุน

เล็กๆ...ของกระบือปีหนึ่งได้แค่ 50,000-60,000 บาท...มันไม่พอ...มีคนหนึ่งไปผ่าตัด...คนเดียวหมดไป 30,000 บาท...”[KB_2: 21 พ.ย. 2555]-level of Evidence: B

- หลังมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553

● ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิใกล้เคียงกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่พบการตกหล่นผู้ที่เคยได้บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น

นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิช่วยให้แนวทางการให้บริการและสิทธิประโยชน์มีความชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความใกล้เคียงกันมากขึ้น โดยบุคลากรในพื้นที่มักเรียกระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิว่า “สิทธิ stateless”

กรณีต้องให้การรักษาพยาบาลนอกเหนือสิทธิประโยชน์ที่กำหนด แพทย์ที่ให้บริการจะพิจารณาเป็นรายกรณี การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจะเรียกเก็บเท่าที่ผู้ป่วยจ่ายได้ หากเกินกำลังจ่ายจึงใช้วิธีอนุเคราะห์ การมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จึงเสมือนการต่อยอดระบบประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นที่ยกเลิกไป

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีข้อกำหนดการเป็นผู้ประกันตนที่ตายตัวผู้ที่เคยมีบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นบางส่วนจึงไม่เข้าเกณฑ์การเป็นผู้ประกันตนที่กำหนดในมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 เช่น ผู้ที่บัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 0 ที่ไม่ได้อยู่ในสถานศึกษาหรือสถานสงเคราะห์ หรือผู้ที่บัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 0 แต่เลขหลักที่ 6 และ 7 ไม่ใช่ 4893*⁽²⁴⁾

* ตามระเบียบทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ. 2548 ผู้มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 6 หมายถึง คนต่างด้าวเข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ผู้ที่มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 7 ซึ่งหมายถึงบุตรของบุคคลคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย และผู้มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 0 ซึ่งหมายถึงคนไร้สถานะทางทะเบียน



“เป้าของคนกลุ่มนี้จะหายไป...คือจากที่เราเคยขายบัตรพันสาม... นโยบายของจังหวัดผมมองว่ามันก็โอเคนะ เราได้เงินก่อนหนึ่งมากำไว้ แล้วบางครั้งเขามาใช้บริการ เขามายืนบัตรเราก็ให้บริการไปโดยไม่ต้องยื่นเก็บ เราได้เงินเขามาแล้ว เขาจะใช้มากใช้น้อย เขาก็มาเฉลี่ยเอา แต่ถามว่า ณ ตอนนี พอมายืน stateless (หมายถึงประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ) ก็กลายเป็นว่าคนที่เคยทำบัตรกับเราซื้อบัตรพันสามก็จะหายไปแล้วพอมารักษากับเราก็จะแบกภาระตรงนี้แล้วครับ” [HC_1.3: 21 พ.ย. 2555]-level of Evidence: B

การทำงานเชิงรุก: การลงทะเบียนผู้ป่วยและงานส่งเสริมป้องกัน

- การใช้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ช่วยให้การงานเชิงรุกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

การให้บริการส่งเสริมป้องกัน เช่น การคุมกำเนิด การให้วัคซีนขั้นพื้นฐาน กระทำตามปกติ ไม่ต่างจากก่อนมีนโยบายด้วยในพื้นที่จริง คนไทย คนไทยพลัดถิ่น รวมถึงคนสัญชาติพม่าอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันและแยกจากกันไม่ได้ รพสต.เบิกค่าใช้จ่ายจากการให้บริการ เช่น วัคซีน หรือ ยาคุมกำเนิด สำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิร่วมกัน

แต่การทำงานในพื้นที่ชายแดนมีลักษณะจำเพาะ คือต้องอาศัยบุคลากรที่เข้าใจพื้นที่ รวมถึงพูดภาษาท้องถิ่นได้ เจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทสำคัญ คือ (1) พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) (2) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) พสต. มีจำนวน 1-2 คนต่อ รพสต. โดยอาศัยงบประมาณของรพสต. ในการจ้างงาน บางส่วนได้การสนับสนุนจากองค์การพัฒนาเอกชนในจังหวัด พสต.มักทำหน้าที่ล่าม และประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ขณะที่ อสต. ทำงานในรูปแบบอาสาสมัคร ไม่รับเงินเดือน มีบทบาทหลักในการให้สุขศึกษาขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน คล้ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน้าที่ของ พสต. และ อสต. นอกจากช่วยประสานงานในสถานพยาบาลแล้ว ยังมีส่วนช่วยประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือคนไทยพลัด

ถิ่นมาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและตระหนักรู้ในสิทธิของตน

“...พสต. นี้เขาทำงานสำรวจบ้าน ตามละแวกบ้าน ใส่ทรายอะเบทอย่างนี้ ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคระบาด เป็นทั้งล่าม เป็นทั้งอะไรๆ เราจะสร้างคนไว้ทุกจุด ก็เหมือนอาศัยความสัมพันธ์เพราะเครือข่ายเขาดี...” [HC_1.1: 20 พ.ย. 2555]-level of Evidence: B

- การเคลื่อนย้ายถิ่นของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิทำให้มีปัญหากับระบบการขึ้นทะเบียน

โดยทั่วไปสถานบริการได้สนับสนุนและประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือคนไทยพลัดถิ่น มาลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมอย่างเป็นทางการปีละครั้ง จัดประชาสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะในลักษณะ “แฝง” เข้ากับกิจกรรมที่จัดอยู่แล้วโดยหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย เช่น การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญในเรื่องนี้ คือ การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในจังหวัดระนอง ซึ่งเข้าออกพื้นที่เป็นประจำ เช่น ไปประกอบอาชีพประมงหรือไปรับจ้างกรีดยางนอกพื้นที่ ทำให้ติดตามตัวไม่ได้ ข้อมูลในทะเบียนราษฎรจึงไม่ตรงกับการอาศัยอยู่จริง คนกลุ่มนี้จึงประสบปัญหาเมื่อถึงคราวต้องส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลข้ามจังหวัด การให้คนกลุ่มนี้ขึ้นทะเบียนตามพื้นที่ที่อาศัยอยู่จริงทำได้ลำบาก ด้วยข้อกำหนดทางกฎหมายที่จำกัดพื้นที่การอาศัยอยู่ของบุคคลกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้มีบัตรประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วยเลข 6 หรือ 7 หรือ 0

“...การลงทะเบียนยังไม่ครบถ้วนตามที่มหาดไทยออกมาให้ เพราะว่ายังมีบางส่วนที่เราเข้าถึงไม่ได้ เหมือนว่ามีบางคนได้บัตรแล้ว ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ออกไปอยู่ที่อื่น แล้ววันก่อนเราก็ไปเสนอเขาแล้วว่าให้ขึ้นทะเบียนตามที่อยู่จริงได้ แต่สอบถามแล้วยังไม่เห็น....เพราะว่าเขาไม่กลับมาแล้วไงคะ คือเขาไปอยู่ชุมพรกับลูกอะไรแบบนี้ บางทีไปอยู่กรุงเทพฯ...” [HC_2: 21 พ.ย. 2555]-level of evidence: B

“...พวกนี้ย้ายไม่ได้ แต่จริงๆ เจ้าตัวเขาอาจจะไม่อยู่แล้ว เจ้าตัวเขาอาจจะไปอยู่ที่อื่น แต่จริงๆ คนเหล่านี้ถ้าไปอยู่ที่อื่น

เขาผิดกฎหมาย เขาออกนอกพื้นที่ไม่ได้...จริงๆ แล้วต้องห้ามออกนอกพื้นที่ อยู่ได้เฉพาะในพื้นที่นั้น จะออกได้ต่อเมื่อต้องขออนุญาตจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นครั้งคราวไปแล้วกลับมา..."[PHO_1: 20 พ.ย. 2555]-level of Evidence: A

- การขาดองค์ความรู้ทางกฎหมายทำให้การแก้ปัญหาสิทธิขาดของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และการแก้ปัญหาสถานะบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีความแตกต่างจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีข้อมูลผู้ประกันตนชัดเจน ขณะที่กลุ่มประกันสุขภาพไม่มีข้อมูลผู้ประกันตนโดยตรง ต้องอาศัยข้อมูลจากพื้นที่ ประสิทธิภาพจึงขึ้นกับกลไกการทำงานและความกระตือรือร้นของแต่ละพื้นที่ สถานพยาบาลจึงไม่อาจทำงานฝ่ายเดียวได้ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย เช่น สำนักงานทะเบียนราษฎรของจังหวัด

การศึกษาพบว่าพื้นที่ขาดองค์ความรู้เชิงกฎหมาย และขาดบุคลากรที่จะเข้าไปช่วยแก้ปัญหาสิทธิขาดของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรับรองและพิสูจน์สัญชาติ ลักษณะการช่วยเหลือในปัจจุบันมักเป็นเชิงตั้งรับ บางครั้งก็พบการ "สวมสิทธิ" โดยประชากรกลุ่มอื่น ในทางปฏิบัติยังไม่มีการเป็นรูปธรรมในการจัดการปัญหา ผู้ป่วยต้องติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง

"...เราพิจารณาดูแล้วเบื้องต้นว่าเขาเป็น stateless นะ เราก็บอกให้เขาเดินไปทางมหาดไทย ให้เขาออกเลข แต่ปัญหาตรงออกเลขนี้ เราไม่รู้ว่าจะได้หรือไม่ อย่างไร มันจะติดไหม...บางทีคนใช้ก็ไม่รู้ กว่าจะไปถึงอำเภอต้องไปโตะไหนอย่างไร กลับมาก็เหมือนเดิม ก็วนกลับมามีปัญหาเหมือนเดิม"[RN_2: 20 พ.ย. 2555]-level of Evidence: C

"...เขาไม่มีใครทำเชิงรุกเลยนะ เหมือนลงทะเบียนการเกิดก็เหมือนกัน ผมเคยคำนวณเลยว่าอย่าให้สาธารณสุขต้องไปตามอีกหลังจากที่เรารับรองการเกิดแล้ว ตอนนั้นมหาดไทยมาพูดว่า ต้องการให้กระทรวงสาธารณสุข... โอ๊ย มีคนเยอะว่าอย่างนั้น ช่วยตามคนที่ไม่ลงทะเบียนให้ไปลงทะเบียน แต่มหาดไทยหนึ่งที่รอคนมา แล้วยึดระเบียบเบาะเลยนะ..."[PHO_2:

20 พ.ย. 2555]-level of Evidence: C

การบริหารจัดการการงบประมาณเฉพาะพื้นที่

- การกำหนดงบประมาณสำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน และการตามจ่ายตามการใช้บริการ กับการเพิ่มแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการ แต่เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำเรื่องการเลือกสถานที่ให้บริการของผู้ป่วย

จังหวัดระนองคิดระบบการจัดการการเงินการคลังขึ้นเอง ซึ่งเป็นไปตามการข้อตกลงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัด (คปสจ.) งบประมาณที่จัดสรรสู่พื้นที่ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 ของงบประมาณทั้งหมด ได้มีการกันส่วนหนึ่งไว้สำหรับงานส่งเสริมป้องกัน และจัดสรรตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอกถ่วงน้ำหนักตามขนาดของสถานบริการโดย (1) ร้อยละ 1 ของงบประมาณทั้งหมดเป็นค่าบริหารจัดการจัดสรรที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (2) ร้อยละ 49 ของงบประมาณทั้งหมด จัดสรรโดยโอนเงินล่วงหน้าตามฐานประชากรที่ลงทะเบียนไว้กับแต่ละสถานพยาบาล

ในภาพรวม งบประมาณที่มาสู่สถานพยาบาลมีปริมาณมาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องแบกรับ สำหรับการบริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สถานพยาบาลจึงเสมือนมีรายได้เพิ่มและนำไปใช้ทดแทนค่าใช้จ่ายส่วนอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิในประกันสุขภาพที่สถานพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ได้กำหนดกลไกเฉพาะการจัดสรรงบประมาณเฉพาะพื้นที่ขึ้นมา กล่าวคือ งบประมาณในข้อ (2) ที่ระบุข้างต้น ได้ถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน

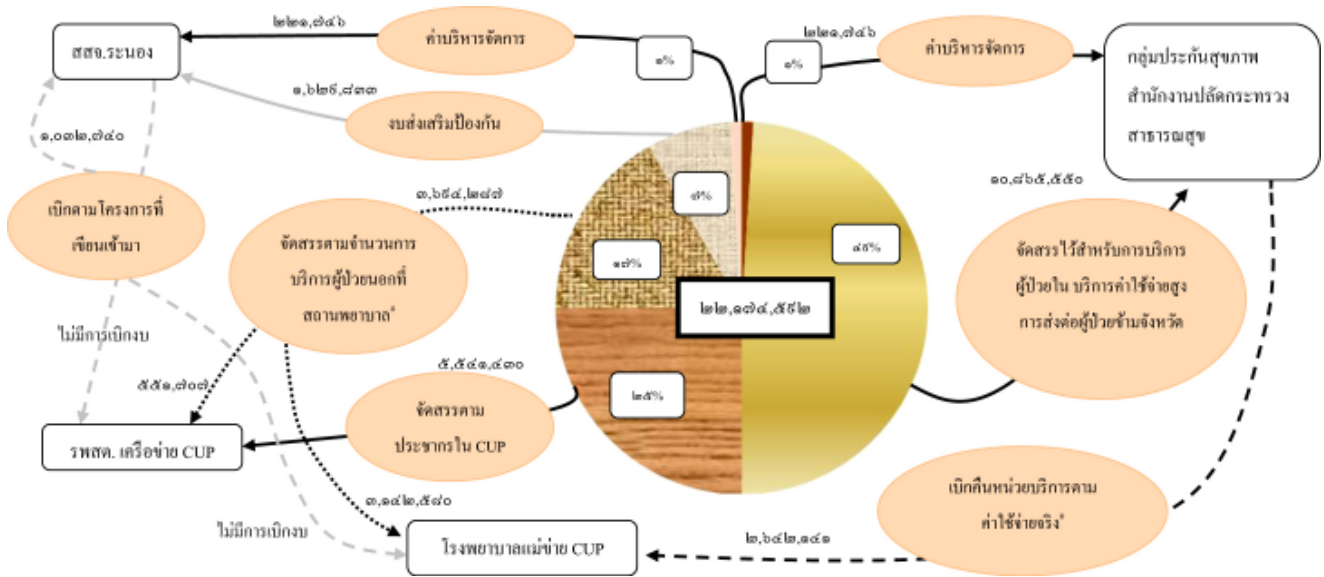
ส่วนแรก ร้อยละ 15 จัดสรรที่สสจ.สำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน โดยให้สถานพยาบาลหรือ สสจ. เขียนโครงการเพื่อขอเบิก งบประมาณส่วนนี้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณทั้งหมดจากการเหมาจ่ายรายหัวประชากร เท่ากับ ร้อยละ 7.3 ของงบประมาณทั้งหมด ($0.15 \times 0.49 = 0.073$)

ส่วนสอง ร้อยละ 85 จัดสรรสู่หน่วยบริการ โดยร้อยละ 60 ของงบประมาณส่วนนี้จัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการคู่สัญญาในระบบหลักประกัน



สุขภาพ (Contracting Unit of Primary Care: CUP) โดยส่งงบประมาณลงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายของ CUP และโอนเข้าบัญชีเงินอุดหนุนของโรงพยาบาล ให้ใช้จ่ายได้ตามระเบียบเงินอุดหนุน เช่น ใช้สำหรับจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ รพสต. เครือข่าย CUP งบประมาณส่วนนี้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 25.0 ($0.85 \times 0.60 \times 0.49 = 0.25$) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 40 ของงบประมาณส่วนที่สองจัดสรรตามจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาล โดยถ่วงน้ำหนักตามขนาดสถานบริการ คือ รพสต. 150 หน่วย, รพช. 400 หน่วย และรพท. 600 หน่วย ต่อครั้งการให้บริการงบประมาณส่วนนี้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 16.7 ($0.85 \times 0.40 \times 0.49 = 0.17$)⁽²⁵⁾ (รูปที่ 2) จะเห็นว่าผู้ป่วยใช้บริการที่สถานพยาบาลใดก็ได้ใน

จังหวัดระนอง โดย สสจ.ระนองจะตามจ่ายภายหลังตามจำนวนการให้บริการ คล้ายลักษณะ pay for performance เพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีความกระตือรือร้นในการให้บริการผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยมีลักษณะเป็น “เงิน on-top” เช่นเดียวกับ “เงิน on-top” ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่ในรายละเอียดมีความผ่อนคลายกว่า นั่นคือ ไม่ได้กำหนดเกณฑ์ว่าปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ รพสต. ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88 ของปริมาณการให้บริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาล เหมือนเกณฑ์ของ สปสช. แต่มีข้อเสียคือทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเลือกสถานที่ใช้บริการ กล่าวคือ ในขณะที่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเลือกใช้บริการที่สถานพยาบาลใดก็ได้ในจังหวัด ผู้ป่วยสัญชาติไทยที่มีสิทธิใน



หมายเหตุ: * งบประมาณ 22,174,592 เป็นงบรวมที่คำนวณตามรายหัวประชากร ปีงบประมาณ 2555
 † เส้นประ หมายถึง งบประมาณที่จะเบิกได้เมื่อมีกิจกรรมเกิดขึ้น เช่น การเขียนโครงการ หรือ ให้บริการผู้ป่วยแล้ว
 ‡ เส้นทึบ หมายถึง งบประมาณที่จัดสรรสู่หน่วยงานที่รับผิดชอบตั้งแต่เริ่มต้น โดยไม่ระบุกิจกรรมเฉพาะ
 § สีและความละเอียดของเส้นบ่งบอกทิศทางการใช้งบประมาณในส่วนนั้น เช่น เส้นสีเทา หมายถึง งบประมาณที่กันไว้สำหรับกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรค หรือ เส้นประเล็ก หมายถึง งบประมาณที่จ่ายตามจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก
 # คัดจากการให้บริการผู้ป่วยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2554
 แหล่งข้อมูล: 1. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2555
 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 2555

รูปที่ 2 สรุปการบริหารจัดการงบประมาณระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ปีงบประมาณ 2555)*, †, ‡, §, #

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลับใช้บริการข้ามสถานพยาบาล ไม่ได้ หากไม่มีหนังสือส่งต่อ จึงเกิดความไม่เข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในบางครั้ง

“(ถาม: ระบบวิธีการจัดการเงินแบบนี้ ให้ CUP กลับคืนไปให้ใช้เงิน มีข้อดีข้อเสียอย่างไร?) ข้อดีนะครับ ข้อดีก็คือ ทำให้เจ้าหน้าที่มีกำลังใจการทำงาน เหมือนที่หมอเคยบอกคือให้ขวัญและกำลังใจแต่ต้องแลกกับการทำงานให้ได้...”[HC_1.1: 20 พ.ย. 2555]-level of Evidence: B

“... ทำงานมากได้มากก็ดี UC นี้บางแห่งได้น้อยกว่านี้อีก เพราะ on-top ของ UC มันต้องผ่านเกณฑ์ประเมินก่อน แต่ของต่างดาวกับของคนไร้รัฐไม่ต้องผ่านเกณฑ์ คุณมีผลงานเท่าไร คุณก็ได้ไปเท่านั้น แล้วคุณก็ต้องได้ตามนั้น” [PHO_2: 20 พ.ย. 2555]-level of evidence: C

“...ผมอธิบายกับคนไข้ว่า คุณขึ้นสิทธิกับผม แล้วเช็คใน web stateless คุณไปโรงพยาบาลไหน ถ้าเขาเช็ค web stateless ขึ้น คุณไปใช้บริการได้...ที่นี้ผมได้รับการตอบกลับจากชาวบ้านว่า “ทำไมไทยกับอันนั้นมันไม่เหมือนกัน...” (หัวเราะ) ผมก็ตอบไม่ถูกครับ หนูพม่า (หมายถึงคนไทยพลัดถิ่น) ไปได้ทั่ว...ถ้าคุณเป็น stateless คุณไปได้เลย คนไข้ก็เลยงงว่า เฮ้ย! จะเป็นไทยหรือเป็น stateless ดี (หัวเราะ)” [HC_1.3: 20 พ.ย. 2555]-level of Evidence: B

- ปัญหาสำคัญของการใช้งบประมาณที่ได้มาสำหรับผู้มีปัญหสถานะและสิทธิ คือความไม่มั่นใจในระเบียบและขอบเขตการใช้งบประมาณ

ในการปฏิบัติงานจริงยังพบปัญหาด้านการสื่อสารและติดตามการใช้งบประมาณ ข้อค้นพบสำคัญคือ เจ้าหน้าที่ รพสต. ระบุว่างบประมาณส่วนนี้ “นำไปใช้ยาก” เพราะไม่ทราบข้อกำหนดหรือขอบเขตของการใช้ เช่น จะต้องใช้งบประมาณสำหรับผู้มีปัญหสถานะและสิทธิเท่านั้นหรือไม่ ถ้าต้องใช้เฉพาะผู้มีปัญหสถานะและสิทธิก็ยากที่จะดำเนินโครงการ เพราะในทางปฏิบัติการทำงานส่งเสริมป้องกันโรคต้องรวมประชากรทุกสิทธิในพื้นที่อยู่แล้ว ในปีงบประมาณ 2555 จึงไม่มีโรงพยาบาลหรือ รพสต. ใดเขียนเบิกงบประมาณที่กันได้ สสจ. สำหรับเบิกจ่ายตามโครงการส่งเสริมป้องกัน เมื่อ

สถานพยาบาลไม่ได้เขียนโครงการมาเบิกงบประมาณ สสจ.ระนองจึงใช้งบประมาณนี้จัดโครงการขึ้นมา 2 โครงการ คือ (1) “โครงการเฝ้าระวังและควบคุมอหิวาตกโรค” (2) “โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดน” ใช้งบประมาณรวม 1,032,740 บาท

“...ยิ่งตอนนี้งาน metabolic อย่าง strip ตรวจ เราก็อธิบายและใช้ร่วมกัน แยกไม่ได้...ตอนทำประชาสัมพันธในพื้นที่ เราก็ทำร่วมกัน... เวลารายงาน สบสช. เราก็รายงานเฉพาะ UC (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เช่น กลุ่มเป้าหมาย 100 คน เราก็อธิบาย แล้วเฉลี่ยให้เขา แต่รายงานแค่ 100 คน เก็บหลักฐานให้เขาตรวจสอบ นื่องที่เขาทำเขาจะให้พวก UC เซ็นก่อน ไม่ค่อยให้คนไทยพลัดถิ่นเซ็นก่อน...”[HC_1: 20 พ.ย. 2555]-level of evidence: B

“...ถ้าเขาบอก เขาโอนเข้าเงิน...แล้วก็เข้าไปเลย แล้วเราไม่รู้ว่าขอบเขตการให้ใช้ เขาให้ผมใช้อะไรบ้าง ใช้ในเรื่องสิทธิ stateless หรือบริการทั่วไป จังหวัดเคยแจ้งว่าถ้าทำสิทธิ stateless จะมีค่ารายหัวให้ แต่เราไม่รู้ว่าขอบเขตการใช้จ่ายจะใช้อะไร...”[HC_1.2, HC_1.3: 20 พ.ย. 2555]-level of evidence: B

วิจารณ์

กรณีศึกษาจังหวัดระนอง เป็นตัวอย่างชัดเจนถึงความซับซ้อนในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ แม้มีนโยบายประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหสถานะและสิทธิจะมีวัตถุประสงค์ชัดเจนในการให้สถานพยาบาลส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหสถานะและสิทธิ แต่ด้วยบริบทของแต่ละพื้นที่ การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงยังประสบปัญหา ต้องอาศัยกลไกจัดการจากหน่วยงานในระดับพื้นที่และส่วนกลางมาช่วยแก้ไขปัญหา

ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหสถานะและสิทธิไม่ครอบคลุมผู้ได้รับบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นทั้งหมด

ในด้านการดูแลรักษาพยาบาล นโยบายทำให้เกิดความชัดเจนเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนพึงได้รับ ทั้งยังช่วยแบ่งเบาภาระทางการเงินของสถานพยาบาลที่มีอยู่เดิม แต่ข้อกำหนดของการลงทะเบียนเป็นผู้ประกันตนในสิทธิประกัน



สุขภาพมีลักษณะตายตัวและขาดความยืดหยุ่น ประชากรกลุ่มหนึ่งจึงไม่ได้รับการประกันสุขภาพ ต่างจากกลไกระดับพื้นที่ที่มีอยู่ก่อน นั่นคือ การขายบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น แม้กลไกเดิมจะรวบรวมและกระจายความเสี่ยงไม่ได้ แต่การลงทะเบียนมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากกว่า (ตารางที่ 3)

การลงทะเบียนผู้ประกันตนมีความซับซ้อน เพราะเกี่ยวเนื่องกับการมีชื่อในทะเบียนราษฎร์ ซึ่งขัดกับพฤติกรรมการย้ายถิ่นฐานของผู้ป่วย และการขาดองค์ความรู้ทางกฎหมายของบุคลากรสาธารณสุข

การบริการเชิงรุกเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญและต้องแก้ไข การลงทะเบียนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีความซับซ้อนมากกว่าการลงทะเบียนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะประชาชนสัญชาติไทยทุกคนย่อมมี “สิทธิ” ตามกฎหมายในการเป็นผู้ประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(9,11) ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่ได้พัฒนาจากหลักคิดเรื่องสิทธิโดยตรง ในทางปฏิบัติการดำเนินงานยังคล้ายกับบัตรสปร.ในอดีต ภาระหน้าที่การประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิรับทราบว่าตนเองมีสิทธิในระบบสุขภาพจึงอยู่ที่สถานพยาบาล

ด้วยลักษณะพฤติกรรมของคนในพื้นที่ ซึ่งมีการย้ายถิ่นฐานไปมา รวมถึงข้อจำกัดเชิงกฎหมายที่กำหนดให้ผู้มี

ปัญหาสถานะและสิทธิต้องอาศัยในเขตพื้นที่ที่ตนมีชื่อในทะเบียนราษฎร์ ทำให้การส่งเสริมการลงทะเบียนมีความซับซ้อน

ในประเด็นนี้กลไกของจังหวัดถูกพัฒนาเพื่อแก้ปัญหา คือ การจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเป็น “เงิน on-top” คิดตามจำนวนการใช้บริการที่สถานพยาบาล ผู้ให้บริการจึงไม่ต้องกังวลเรื่องการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่ตรงตามที่อยู่จริง ทั้งยังเป็นแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการ แต่กลไกนี้มีฐานคิดจากการบริการที่สถานพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมถึงกิจกรรมเชิงรุกที่ต้องลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน นอกจากนี้กลไกนี้เพิ่งเริ่มไม่นาน จึงยังต้องอาศัยการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว ทั้งยังอาจสร้างความไม่เท่าเทียม เพราะผู้ประกันตนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ยังต้องใช้บริการในสถานพยาบาลที่ตนลงทะเบียนเป็นลำดับแรก

การทำงานของ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีข้อดีในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ดี แต่ยังไม่มีการประเมินผลความสำเร็จและความยั่งยืนอย่างเป็นระบบ

การทำงานส่งเสริมป้องกันผ่าน อสต. หรือ พสต. ช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เพราะมีความคุ้นเคยในพื้นที่ ภาษา และวัฒนธรรม มากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไป อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีกลไกติดตามประเมินผลของกิจกรรมที่ชัดเจน รวมถึงยังมีปัญหาด้านความยั่งยืนของโครงการ เช่น

ตารางที่ 3 สรุปลักษณะของระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิกับบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น

ลักษณะ	ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	บัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น
ความยืดหยุ่นในการลงทะเบียน	ค่อนข้างน้อย เพราะต้องยึดตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553	ค่อนข้างมาก ครอบคลุมมากกว่ามติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553
ความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์	ครอบคลุมมาก ระบุไว้ชัดเจน คล้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ไม่ระบุชัดเจน โดยทั่วไปครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐาน แต่การรักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายสูงบางอย่าง ขึ้นกับการพิจารณาตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นรายๆ
ระดับการรวบรวมและกระจายความเสี่ยง	ค่อนข้างมาก เพราะเป็นระบบประกันในภาพรวมทั้งประเทศ	ค่อนข้างน้อย เพราะเป็นระบบประกันในจังหวัดระนองเท่านั้น

ใครจะเป็นผู้ว่าจ้าง พสต. ในระยะยาว เพราะขณะนี้พวกเขาต้องอาศัยเงินบำรุงของสถานพยาบาล ไม่ได้รับการบรรจุเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเป็นข้าราชการพลเรือน เพราะไม่ได้มี “สัญญาไทย” ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551⁽²⁶⁾

ความไม่ชัดเจนในขอบเขตการใช้งบประมาณทำให้ไม่ได้นำงบประมาณไปใช้เต็มประสิทธิภาพ

การไม่กำหนดขอบเขตการใช้งบประมาณที่ชัดเจน ในแง่หนึ่งเป็นการเปิดกว้างให้เกิดความยืดหยุ่นแก่หน่วยบริการในการวางแผนบริหารจัดการงบประมาณด้วยตนเอง เพราะกระทรวงสาธารณสุขได้ออกงบประมาณส่วนนี้เข้าหมวดเงินอุดหนุน สำหรับใช้จ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลัง ซึ่งเป็นกรอบกว้าง⁽²⁷⁾ แต่ข้อค้นพบในพื้นที่ คือ พื้นที่ไม่ได้ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนถึงความไม่ชัดเจนในการสื่อสารถึงขอบเขตการใช้งบประมาณว่าต้องใช้สำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเท่านั้นหรือไม่ เพราะถ้าเปรียบเทียบกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการใช้จ่ายเงินอุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพ.ศ. 2545 พบว่ามีการระบุชัดเจนว่าสำหรับกิจกรรม “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในทางตรงข้าม ถ้าต้องใช้กับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเท่านั้น ในทางปฏิบัติจะอย่างไร เพราะที่ผ่านมาได้มีการ “แทรก” โครงการส่งเสริมป้องกันให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเข้ากับกิจกรรมสำหรับประชากรกลุ่มอื่นอยู่แล้ว ถ้าใช้งบประมาณนี้ในลักษณะเขียนโครงการส่งเสริมป้องกันตามปกติจะผิดระเบียบการใช้งบประมาณหรือไม่ คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ระบุรายละเอียดไว้ชัดเจน⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การแก้ปัญหาผู้ตกหล่นในระบบประกันสุขภาพ ในระยะสั้นควรคงบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่นไว้ก่อนสำหรับผู้ที่ยังตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวตระหนักว่าตนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่

ต่างจากเมื่อก่อน ในระยะยาวควรเพิ่มการประสานจากหน่วยงานทะเบียนราษฎรเพื่อนำคนไทยพลัดถิ่นและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิทั้งหมดในพื้นที่เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และรับรองสัญชาติ หากการพิสูจน์และรับรองสัญชาติเสร็จสิ้นประชากรกลุ่มดังกล่าวจะมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นหน่วยงานหลักในการช่วยเหลือทางด้านองค์ความรู้ทางกฎหมายให้กับพื้นที่

2. การแก้ปัญหาการลงทะเบียนที่ไม่ตรงกับที่อยู่จริงของผู้ป่วย ในระยะสั้นควรปรับปรุงข้อกำหนดการลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ โดยแยกการลงทะเบียนทางสิทธิในสุขภาพกับการลงทะเบียนราษฎร การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลงทะเบียนตามที่อยู่จริงทำให้สถานพยาบาลทราบจำนวนที่แท้จริงของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนทางการเงินและการให้บริการได้มีประสิทธิภาพ ในระยะยาวควรเพิ่มการนำคนไทยพลัดถิ่นและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิทั้งหมดในพื้นที่เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และรับรองสัญชาติให้มากที่สุด ดังที่เสนอในข้อ 1.

3. การทำงานเชิงรุกผ่าน พสต. และ อสต. ควรมีการประสานการประเมินผล ประสิทธิภาพ ข้อดี ข้อเสีย ของการทำงาน กระทรวงสาธารณสุขควรมีแนวทางการจ้างหรือเพิ่มแรงจูงใจแก่ พสต. หรือ อสต. โดยไม่ต้องให้เป็นภาระสถานพยาบาลฝ่ายเดียว เช่น อาจกำหนดงบประมาณส่วนหนึ่งของนโยบายนี้สำหรับการจ้างหรือเพิ่มแรงจูงใจแก่ พสต. หรือ อสต.

4. ขอบเขตการใช้งบประมาณควรมีการกำหนดชัดเจนและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ทราบว่าใช้กับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ และในทางปฏิบัติไม่ต้องทำโครงการแยกเพื่อผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิต่างหาก แต่ผนวกรวมประชากรกลุ่มอื่นที่อาศัยในพื้นที่เดียวกันได้

ประโยชน์และข้อจำกัดของการศึกษา และแนวทางการศึกษาในอนาคต

การศึกษานี้เป็นตัวอย่างที่สำคัญเรื่องการประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยอาศัยการประเมินเชิงปฏิบัติการ (operational evaluation; open-box approach)⁽²⁸⁾ ทำให้ได้แง่มุมเชิงลึก ทั้งด้านกระบวนการ ที่มา ปัญหา และอุปสรรค



มากกว่าการประเมินผลสัมฤทธิ์สุดท้ายของนโยบาย (summative evaluation; black-box approach) ดังปรากฏชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้ว่า การดำเนินนโยบายนี้ให้เกิดประสิทธิภาพจริง ต้องมีกลไกสนับสนุนหลายประการ เช่น การพัฒนาการสื่อสารทั้งจากส่วนกลางสู่พื้นที่และระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ให้ชัดเจนขึ้น การสนับสนุนทางวิชาการเชิงกฎหมาย การปรับระเบียบการลงทะเบียนให้เหมาะกับพื้นที่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการศึกษาผ่านมุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลัก (providers' perspectives) ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในมุมมองของผู้รับบริการ การนำผลของการศึกษาไปสู่การพัฒนาโยบายยังต้องอาศัยการประเมินเชิงปฏิบัติการและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย ที่สำคัญต้องเชื่อมโยงผลลัพธ์ของการศึกษานี้กับภาพรวมการบริการสุขภาพทั้งระบบในพื้นที่ ข้อเสนอแนะข้างต้นไม่อาจประสบผลสำเร็จจากการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดระนองเพียงองค์กรเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

การนำผลการศึกษาและข้อเสนอแนะข้างต้นไปปฏิบัติควรคำนึงถึงบริบทพื้นที่เสมอ เนื่องด้วยผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้ที่ยังไม่ได้รับการรับรองสัญชาติไทยในพื้นที่จริงยังมีประชากรกลุ่มอื่น เช่น แรงงานข้ามชาติหรือผู้ตกสำรวจทางทะเบียนราษฎรอาศัยร่วมกัน การถอดบทเรียนถึงข้อดีข้อเสียของกลไกในพื้นที่อื่น โดยอาจใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งต่อไป จึงน่าจะให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์มากขึ้น ในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ และเป็นธรรม ทั้งต่อผู้รับและผู้ให้บริการในอนาคต

ข้อยุติ

จังหวัดระนองได้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก่อนมีนโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ผ่านการขยายบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น ภายหลังมีนโยบาย

ประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดได้พัฒนากลไกบริหารจัดการเฉพาะพื้นที่ ทั้งด้านการจัดสรรงบประมาณที่กำหนดงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับงานส่งเสริมป้องกันและจัดสรรตามจำนวนการใช้บริการที่สถานพยาบาลการทำงานเชิงรุกผ่านพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาบางประการ เช่น การติดต่อสื่อสารขาดความชัดเจนทั้งจากส่วนกลางสู่พื้นที่และระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ด้วยตนเอง ความไม่ชัดเจนในขอบเขตงบประมาณ การตกหล่นของผู้ประกันตนซึ่งเคยซื้อบัตรประกันสุขภาพคนไทยพลัดถิ่น และการขาดการสนับสนุนทางวิชาการและองค์ความรู้เชิงกฎหมาย

การลงทะเบียนผู้ป่วยจึงควรปรับปรุงให้ครอบคลุมผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมากขึ้นและตรงตามพื้นที่อาศัยจริง เพิ่มการสนับสนุนองค์ความรู้ทางกฎหมายจากส่วนกลาง และกำหนดกรอบการใช้งบประมาณให้ชัดเจน การพัฒนากลไกสำหรับแก้ไขปัญหาต่างด้าวและถอดบทเรียนถึงข้อดีข้อเสียของกลไกในพื้นที่จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงให้ระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา, รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์, นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ส่งผลให้การศึกษาวิจัยลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณคณะผู้ประสานงานโครงการที่ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมถึงผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอพิจารณาเชิงจริยธรรม

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

เอกสารอ้างอิง

1. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost?. In: Balabanova D, McKee M, Mills A, editors. *4Good health at low cost* 25 years on What makes a successful health system? 1st ed. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011: p. 193-223.
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วลัยพร พัชรนฤมล, อังสุมาลี ผลภาค, พัชนี ธรรมวันนาและคณะ. รายงานการประเมินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544-2553). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555. หน้า 191.
3. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร, ภูมิต ประคองสาย. การลดความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ: ผลลัพธ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;1:25-31.
4. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Adv Health Econ Health Serv Res* 2009;21:57-81.
5. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Boonyapaisamcharoen T, Prakongsai P. Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care?. *BMC Public Health* 2012;12 Suppl 1:S6.
6. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในบริบทประเทศไทย. ใน: สุรีย์พร พันพึ้ง, มาลีสันถววรรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคมฉบับจุลเปลี่ยนประชากรจุลเปลี่ยนสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร; 2554. หน้า 103-26.
7. ชูติ งามอรุณเลิศ, ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล, สรินยา กิจประยูร, อภิชาติ สายสนธิพริศกุล. คลังสมองเพื่อคนไร้สัญชาติ: รวบรวมความรู้สำหรับการจัดการปัญหาด้านสถานะและสิทธิของบุคคล (คู่มือสถานะและสิทธิของบุคคลผู้ประสบปัญหาด้านสถานะบุคคล). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2552. หน้า 319.
8. Hasuwannakit S. Including stateless people in universal health coverage: policy recommendation for Thailand (dissertation). *Orientation Health Systems Management and Policy*. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2012.
9. ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประสานงานวิชาการข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.
10. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. สุขภาพแรงงานข้ามชาติ กับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ อะไรคือทางออกที่เหมาะสม. เอกสารประกอบการเสวนา “สุขภาพแรงงานข้ามชาติ: ทางออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ”; 15 ตุลาคม 2555; โรงแรมทีเค พาเลซ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
11. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 5. หมวด 1. (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545).
12. Suphanchaimat R. Service and financial burdens from providing free health care to “Stateless People”: the situation of Umphang Hospital, Thailand. The 5th National Research Forum. Proceedings of the 5th National Health Research Forum; 2011 September 29-30; Lao PDR. Vientiane: Ministry of Health; 2011.
13. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. หลักประกันคนชายขอบที่ไม่มีสัญชาติไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2555;3:403-14.
14. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553: การให้สิทธิ (ถิ่นสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555. หน้า 86.
15. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroengkajorn S. Financing Healthcare for Migrants: A case study from Thailand. Bangkok. 1st ed. Bangkok. Health Insurance System Research Office/ Health System Research Institute; 2009. p. 60.
16. Thai Health Promotion Foundation. Cutting through the impasse of medical treatment, disclosure of crisis caused by diseases. 5 May 2012 [cited 2012 June 1]. Available from: <http://en.thaihealth.or.th/node/249?page=1>.
17. Bantati P. The imbalances of health personnel in Tak province of Thailand (2005-2007): which way forward? (dissertation). Antwerp, Belgium: Prince Leopold Institute of Tropical Medicine; 2008.
18. Khandker SR, Koolwal GB, Samad HA. Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices. 1st ed. Washington DC. World Bank; 2010. p. 262.
19. World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening. 1st ed. Geneva. WHO; 2009. p. 112.
20. Waters E, Doyle J, Jackson N, Howes F, Brunton G, Oakley A. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(4):285-9.
21. Jordon M, Lanham HJ, Anderson RA, McDaniel RR Jr. Implications of complex adaptive systems theory for interpreting research about health care organizations. *J Eval Clin Prac*. 2010;16(1):228-31.
22. Leykum LK, Pugh J, Lawrence V, Parchman M, Noel PH, Cornell J, et al. Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with Type II diabetes. *Implement Sci* 2007;2:28.
23. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in



- healthcare organisations. *BMJ* 2001;323(7315):746-9.
24. วินัส สีสุข, บงกช นภอัมพร (บรรณาธิการ). รักษาคนไร้รัฐด้วยกฎหมายทะเบียนราษฎร (ฉบับออกนอกระบบ). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2552. 258.
 25. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. การจัดสรรเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2554 และ 2555. ใน: รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (คปสจ. ระนอง) ครั้งที่ 9; 31 พฤษภาคม 2555; ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง; 2554. หน้า 48.
 26. พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2531. มาตรา 36. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (ลงวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2551).
 27. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการใช้จ่ายเงินอุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545. กระทรวงสาธารณสุข. (ลงวันที่ 27 กันยายน 2545)
 28. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda-an “open-box” evaluation of a complex health system intervention. *Soc Sci Med* 2012;75(2):377-83.
 29. ไสภณ เมฆธน. นโยบายและทิศทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป และอนามัยแม่และเด็ก. เอกสารประกอบการประชุมมาตรการและการดำเนินงานตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป; 9-10 กรกฎาคม 2556 ณ โรงแรมเบส เวสเทิร์น พัลส์ แกรนด์ ฮาวเวิร์ด. กรุงเทพมหานคร.