

บทที่ 1

บทนำ



1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ได้บัญญัติสาระสำคัญด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจนใน "หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของชนชาวไทย มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" และ "หมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ"

รัฐจึงได้กำหนดนโยบายบริหารราชการแผ่นดินด้านสาธารณสุขและสุขภาพไว้ โดยมุ่งที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพและระบบบริการเพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ดำเนินการโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน (หรือรู้จักชื่ออีกในนาม "โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค") ซึ่งโครงการดังกล่าวได้เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ในพื้นที่นำร่อง 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ และยะลา (เพราะสามารถทำได้ทันที เนื่องจากทั้ง 6 จังหวัดดังกล่าวได้มีการพัฒนารูปแบบการบริหารงบประมาณการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ตอบสนองต่อปริมาณงานและผลลัพธ์ของงาน ซึ่งได้เห็นรูปแบบและข้อควรระวังในการเตรียมการขยายผล)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนชาวไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544)

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

- 1) ความเสมอภาค [EQUITY] นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึง การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน
- 2) ประสิทธิภาพ [EFFICIENCY] หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Network) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำสุด
- 3) ทางเลือกในการรับบริการ [CHOICE] ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) การ"สร้าง"ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายสุขภาพด้วย

จากวัตถุประสงค์ของโครงการ จะเห็นได้ว่าปัจจัยเรื่อง ความเสมอภาค (EQUITY) หรือความเป็นธรรมนั้นได้ถูกให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมเท่าใดนัก เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1-2 ที่เน้นเรื่องการก่อสร้างและขยายขีดความสามารถในการให้บริการ อันเป็นช่วงเริ่มแรกที่ต้องเร่งสร้างและขยายปัจจัยพื้นฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ต่อมาในฉบับที่ 2-3 เริ่มหันมาใช้แนวคิดที่มุ่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิมนั้น มาใช้ให้ก่อประโยชน์

สุด มุ่งเน้นให้เกิดการประสานงานกันในระดับชาติและระดับจังหวัด เน้นการเพิ่มอุปทานทางการรักษาพยาบาล เช่น การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ต่อมาเมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 4 (2520-2524) ได้มีการเน้นการพัฒนาออกสู่ส่วนภูมิภาคมากขึ้น เริ่มขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอและสถานีอนามัยเป็นจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมุ่งที่จะกระจายทรัพยากรจากที่เดิมมีอยู่ตามเขตเมืองออกกระจายสู่ภาคชนบทอันขาดแคลน เพื่อมุ่งสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างคนในเขตเมืองและชนบทให้ทัดเทียมกันมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้น หัวข้อความเสมอภาคและความทัดเทียมกัน ก็ได้ถูกให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จาก การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากของจำนวนโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย และการกำหนดเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543" ของแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529)

การกำหนดกลยุทธ์เรื่อง "ความจำเป็นพื้นฐาน (basic minimum needs)" ภายใต้อหุหลักความยุติธรรมทางสังคมและความพึ่งตนเองได้ของบุคคล และกลยุทธ์การปรับกระแสการเงินสาธารณสุขของแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530-2534) ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) เป็นช่วงเวลาที่ประชากรไทยเผชิญการเปลี่ยนแปลง 2 ด้านควบคู่กันไป คือ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของแบบแผนการเจ็บป่วย กลยุทธ์และแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขจึงต้องปรับเปลี่ยนไปมากเช่นกัน โดยเฉพาะประเด็นข้อบ่งชี้ของการครอบคลุมการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และความเป็นธรรมในการแบกรับค่าใช้จ่าย ซึ่งมีผลต่อโอกาสและความสามารถในการเข้าถึงบริการนั้นๆ

จาก(ร่าง)แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ที่มุ่งให้การพัฒนาศาธารณสุขให้สามารถเสริมสร้างศักยภาพของคน โดยจากแนวคิด "คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา" โดยกำหนดให้คนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง แนวความคิดในการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนฯ 8 จึงเป็นการพัฒนาองค์รวมใน 2 ลักษณะ คือ ประการที่หนึ่ง เน้นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข และประการที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพพลานามัย ในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการดูแล

สุขภาพตนเองและครอบครัว สำหรับโรคง่าย ๆ ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งระบบบริการ สาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และสภาวะแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลาณามัยที่มี โดยวัตถุประสงค์อันหนึ่งที่ได้กล่าวถึงเรื่องความเป็นธรรมในระบบ สาธารณสุข คือ เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพ แบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ

ถึงแม้ความตื่นตัวทางด้านความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศไทย นั้นจะมีมานานแล้ว แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า การจัดและให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข โดยเฉพาะในการใช้ทรัพยากรและการให้เงินสนับสนุน (หรือการคลังสาธารณสุข) แก่ ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศยังขาดประสิทธิภาพและความไม่เป็นธรรมอยู่มาก (Hsiao, 1993) จะเห็นได้ว่าประเด็นเรื่องการคลังสาธารณสุขในระดับมหภาคของไต้หวันนั้นเป็นแบบพหุระบบ โดย ผลผสมผสานระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน (เทียนฉาย กิระนันท์ , 2537) โดยภาครัฐเป็นฝ่าย จัดให้บริการและสนับสนุนการเงินเพื่อสุขภาพอนามัยของประชากรส่วนหนึ่ง ในขณะที่มีนโยบาย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคเอกชนเป็นฝ่ายจัดให้บริการ ทั้งในรูปของสถานพยาบาล (คลินิก, โพลี คลินิก และโรงพยาบาล) ร้านขายยา และธุรกิจประกันสุขภาพด้วย

โดยรวมแล้วอาจวิเคราะห์ได้ว่า ระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทยเป็นระบบ 3 ชั้น (three-tiered system) (Hsiao, 1993) คือ

- 1) ในชั้นล่าง รัฐบาลเป็นผู้จัดให้บริการฟรีในสถานอนามัย โรงพยาบาลและสถานบริการ ต่างๆ ทั่วประเทศแก่ผู้มีรายได้น้อย การศึกษาในอดีตพบว่า ร้อยละ 41 โดย ประมาณของผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ใกล้ระดับยากจนนั้นยังไม่ได้รับสิทธิของการรักษา พยาบาลฟรี โดยคนเหล่านี้ส่วนหนึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายบ้างในการไปรับบริการหรืออีก ส่วนหนึ่งได้ใช้วิธีการรักษาตัวเอง
- 2) ชั้นกลาง รัฐบาลจัดวิธีการคลังสาธารณสุขไว้หลายรูปแบบ คือ โครงการบัตรสุขภาพ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ กองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น โดยโครงการ/กองทุน ต่างๆ ที่คุ้มครองอยู่นั้น รัฐบาลเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด

- 3) ชั้นสูงสุด เป็นผู้ที่มิฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีขึ้นไป มีสิทธิ์และเสรีภาพเต็มที่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการใดๆ ก็ได้ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน
- 4) จากตารางที่ 1.2 จะเห็นได้ว่า สภาวะทางการคลังสาธารณสุขในแง่ของการให้และมีหลักประกันคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยดังกล่าว เมื่อพิจารณาในแง่ปัญหาเกี่ยวกับความเป็นธรรมและการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข จะพบว่า
 - ประชากรที่ไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการสุขภาพหรือระบบประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน อยู่ระหว่างร้อยละ 20-30 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข ; พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2542) ทั้งนี้ ยังไม่รวมถึงความซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนส่วนหนึ่งอาจมีมากกว่า 1 สิทธิ
 - สิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองและการรักษาพยาบาลแตกต่างกันมากระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ
 - เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายสนับสนุน มีความแตกต่างกันมากในระหว่างกลุ่มต่าง ๆ
 - โดยเปรียบเทียบแล้ว ผู้มีรายได้น้อยจะต้องจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

นอกจากนี้ยังพบความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่นๆ อีก อาทิ การรับภาระค่าใช้จ่ายของการเงินสาธารณสุขในแต่ละประเภทของการคุ้มครอง การกระจายทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ในเขตท้องที่ต่าง ๆ เป็นต้น

เมื่อมองประเด็นในเรื่องการคลังสาธารณสุขไทย จะเห็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในอดีตคือ เรื่องการจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ ใช้จ่ายสาธารณสุขของรัฐบาลส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านการบริหารที่รวมศูนย์ ณ ส่วนกลางไว้มากเกินไป ทั้งทางด้านจัดการและการบริหารการเงิน ในส่วนความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น จะมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก มีหน้าที่รับผิดชอบการจัดการบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคต่างๆ ทั้งหมด โดยงบประมาณที่ได้รับจะถูกจัดสรรลงสู่ภูมิภาคและชนบทที่ห่างไกลทั้งหมด โดยเกณฑ์ในการประเมินจัดสรรงบประมาณลงไปสู่จังหวัดต่าง ๆ นั้น พบว่า มีความแตกต่างกันหลากหลาย เช่น ใช้จำนวนเตียง หนี้สิน เงินบำรุง เป็นต้น นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณในบางแห่งยังถูกแทรกแซงทางการเมืองอีกด้วย

นอกเหนือจากงบประมาณที่แต่ละจังหวัดได้รับจัดสรรดังกล่าว สถานบริการต่างๆ ยังมีรายได้ในรูปเงินบำรุง ซึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เก็บจากประชาชนเป็นค่าบริการ เงินบริจาค เป็นต้น ซึ่งเงินเหล่านี้ไม่ได้ถูกรวมอยู่ในงบประมาณแผ่นดิน แต่ให้สถานบริการเหล่านั้นใช้จ่ายในการจัดบริการสมทบกับเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี ซึ่งในบางท้องที่ซึ่งธูกันดาล ก็ยอมเป็นไปได้อีกว่า การที่สถานบริการจะได้รับเงินส่วนนี้ก็ยิ่งจะน้อยลง ดังนั้น การจัดสรรงบประมาณจึงควรให้สัดส่วนกับจำนวนประชากร สภาพปัญหาที่มี และสภาพเศรษฐกิจในแต่ละท้องที่ (ลินดา เหล่ารัตนไธ, 2538)

เนื่องจากในปัจจุบัน ตามแนวทางของรัฐบาลชุดใหม่ ได้เริ่มโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัดนำร่องมาได้ระยะหนึ่งแล้ว โดยมีการตั้งเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณกระจายสู่ระดับภูมิภาค แบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นวิธีการจัดสรรงบประมาณวิธีใหม่ จึงเกิดประเด็นคำถามที่น่าสนใจขึ้นมาว่า แล้วเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณตามวิธีใหม่นี้จะก่อให้เกิดการจัดสรรที่เป็นธรรมเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นอย่างไร โดยหากมีการคำนึงถึงปัจจัยสภาพแวดล้อม ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรในจังหวัดนั้น ๆ

โดยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะเริ่มต้นด้วยการศึกษาลักษณะกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ "หลักประกันสุขภาพ (30 บาท รักษาทุกโรค)" ที่ได้มีการดำเนินการใน 6 จังหวัดนำร่อง และในส่วนต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์สร้างแบบจำลองที่ใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณในจังหวัดนั้นๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับ การจัดสรรงบประมาณที่จังหวัดนั้น ๆ ได้รับจริง อันจะเป็นตัวสะท้อนความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมหรือเป็นแนวทางในการปรับแนวนโยบายการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับ สภาวะปัจจุบัน ทั้งลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนสถานะทางสุขภาพของประชาชนต่อไป

ตารางที่ 1.1 แหล่งที่มาของการคลังสุขภาพจากการศึกษาตั้งแต่ปี 2526-2541 (ราคาปีปัจจุบัน)

แหล่งที่มาของเงิน	2526 ¹	2535 ²	2537 ³	2539 ⁴	2541 ⁵
การคลังสาธารณะ					
กระทรวงสาธารณสุข และอื่นๆ	26.44%	20.1%	36.7%	39.8%	45.7%
ประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน	0.5%	1.7%	3.0%	4.4%	5.1%
พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	0%	0%	1.5%	1.4%	1.4%
สวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	3.8%	3.9%	9.0%	9.4%	11.0%
กิจการคลังสาธารณะ					
บัตรสุขภาพ	0%	0.1%	0.5%	0.2%	0.2%
การคลังเอกชน					
รายจ่ายเมื่อรับบริการ	67.5%	73.6%	43.8%	40.8%	32.6%
ประกันเอกชน สวัสดิการนายจ้าง	0.8%	0.4%	5.5%	4.1%	4.1%
การช่วยเหลือต่างประเทศ	0.9%	0.2%	0%	0%	0%
รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ (พันล้านบาท)	41.8	148.5	128.3	172.0	179.7
รายจ่ายรวม (บาทต่อคน)	845	2,474	2,171	2,966	3,030
รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ % ต่อ GDP	4.6%	5.9%	3.6%	3.7%	3.9%

หมายเหตุ: 1. Myers et al, 1985

2. ปรับจาก Hsiao, 1993

3. ปรับจาก Laixuthai et al, 1997

4. จากการศึกษาต่อเนื่องของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

5. จากการศึกษาต่อเนื่องของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2543)

ตารางที่ 1.2 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)
สวัสดิการรักษายาบาลของผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	23	37
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	7	11
ประกันสังคม	5.42	9
ประกันเอกชน	5.9	~10
ผู้ยังไม่มีหลักประกัน	20	~30
ผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน	NA	NA
ประชากร	61.46	100

ตารางที่ 1.3 สรุปการคลังสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย 2535

วิธีการคลัง	ขอบข่ายครอบคลุมประชากร	ประเภท	โครงสร้างสิทธิประโยชน์และการจ่ายเงิน
1.สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	ข้าราชการ / พนักงาน รวม คู่สมรส บุพการีและบุตรไม่ เกิน 3 คน 6.4 ล้านคน (11.3 %) ผู้ใช้แรงงาน(ยกเว้นตลอดบุตร)	หลักประกันข้าราชการ และพนักงานของรัฐ จัดการโดย สธ.	คนไข้นอกใน รพ.ของรัฐคนไข้ในทั้งใน รพ.ของรัฐและเอกชน แต่เบิกจ่ายได้เพียง บางส่วน ใน รพ.ของเอกชนเบิกจ่าย ตามค่ารักษาที่จ่ายจริง
2.ประกันสังคม	3.8 ล้านคน(6.8 %)	บังคับแก่สถานประกอบ การขนาด 20 คนขึ้นไป จัดการโดย กท.แรงงาน	คนไข้นอกและคนไข้ในสถานพยาบาล ที่กำหนดเบิกจ่าย 700บาทต่อคนแบบ เหมาจ่าย
3.กองทุนเงินทดแทน	ผู้ใช้แรงงาน 1.8 ล้านคน	เหมือนประกันสังคม	ทุกประเภทคนไข้ไม่จำกัดสถานพยาบาล เบิกจ่ายตามค่ารักษาที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 20,000 บาทต่อครั้งในสถานพยาบาลของรัฐ โดยใช้ระบบส่งต่อ
4.บัตรสุขภาพ	บุคคลทั่วไป 3.0 ล้านคน (5.3%)	สมัครใจ / จัดโดยชุมชน 300 บาทต่อบัตร	รวมสมาชิกครัวเรือน 4 คน ไม่เกิน 8 ครั้ง และไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง เลือกสถานพยาบาลได้
5.ประกันสุขภาพเอกชน	0.6 ล้านคน (5.3 %)	สมัครใจ	เบิกจ่ายตามค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง
6.สวัสดิการรักษาฟรี (สปน.)	ผู้มีรายได้น้อย 11.7 ล้านคน (20.7 %) ผู้สูงอายุ 3.4 ล้านคน (6.0%)	สวัสดิการสังคม จัดโดย สธ.	บริการทุกประเภทในสถานพยาบาลของรัฐ เริ่มรับบริการจากสถานีอนามัย ผ่านระบบ การส่งต่อ

ที่มา: เทียนฉาย กีระนันทน์, 2539

ตารางที่ 1.3 (ต่อ) สรุปการคลังสาธารณะสุทธิที่สำคัญในประเทศไทย 2535

วิธีการคลัง	อัตราการขยายตัว	รายจ่ายเฉลี่ยต่อคน	เงินอุดหนุนจากภาษีต่อคน
1.สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	1%	916 บาท (ข้าราชการ) 815 บาท (รัฐวิสาหกิจ)	916 บาท 815 บาท
2.ประกันสังคม	7%	480 บาท	270 บาท
3.กองทุนเงินทดแทน	7%	248 บาท	ค่าใช้จ่ายบริหาร
4.บัตรสุขภาพ	10%	65 บาท	65 บาท
5.ประกันสุขภาพเอกชน	28%	622 บาท	0 บาท
6.โครงการสงเคราะห์ประ ชาชนผู้มีรายได้น้อย (ร.ปน.)	-7% (สปน.) 4% (ผู้สูงอายุ)	214 บาท (สปน.) 77 บาท (ผู้สูงอายุ)	164 บาท

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่ต้องให้แก่จังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการตามแผนนโยบาย "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (21 จังหวัด)" และกรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ
- 2) เพื่อวิเคราะห์การสร้างความเข้าใจของหน่วยงานสาธารณสุข สำหรับในส่วนที่ต้องจ่ายให้แก่จังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินโครงการ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"
- 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันกับการจัดสรรงบประมาณโดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรในระดับประเทศ (21 จังหวัด) และในระดับจังหวัด (กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ)

1.3 ขอบเขตของการวิจัยและข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษากิจการการจัดสรรงบประมาณการให้บริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้จัดสรรให้แก่จังหวัดที่ได้เข้าร่วมโครงการ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ที่ได้ดำเนินการมาแล้วใน 6 จังหวัด ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 คือ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา และขยายไปยังอีก 15 จังหวัดในวันที่ 1 มิถุนายน ปีเดียวกัน ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส รวมทั้งหมด 21 จังหวัด ทั้งนี้ เพื่อศึกษาลักษณะการจัดสรรงบประมาณที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ว่ามีลักษณะในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณสู่จังหวัดนั้นๆ อย่างไร มีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาใดบ้างในการจัดสรรดังกล่าว แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้หลักความเป็นธรรมมาเป็นตัวกำหนดในการจัดสรรงบประมาณจำนวนนั้น โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

- 1) การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จัดสรรให้แก่จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ โดยไม่นับรวมงบการเงินอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และงบลงทุน เช่น งบประมาณเพื่อการสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพ การปรับตัวของสถานพยาบาลของรัฐในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งงบดังกล่าวจะเป็นงบประมาณที่ยังไม่ครอบคลุม โดยระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (ซึ่งมีประมาณ 46.6 ล้านบาท)

- 2) หน่วยงานที่อยู่ในขอบเขตการศึกษาครั้งนี้* ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณ ตลาดจนพิจารณากฎเกณฑ์ต่างๆ ได้แก่
- กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ต่างๆ
 - สำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสำนักงานประสานงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) แหล่งที่มาของทรัพยากรที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ คือ รายรับของสถานบริการรักษาพยาบาลในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ โดยอยู่ในรูปเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ กสพ. กำหนดจ่ายให้กับหน่วยบริการระดับต้นในพื้นที่ต่างๆ ของจังหวัด ซึ่งงบประมาณขั้นต่ำที่ประมาณไว้ คือ
- $$1,202.40 \times \text{จำนวนคนที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดนั้นๆ} = \text{รายรับของจังหวัดนั้นๆ โดยมีรายละเอียดของงบประมาณตามข้อ 1)}$$
- 4) การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณที่ได้มีการตั้งงบประมาณไว้ เตรียมจัดสรรให้แก่จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการเรียบร้อยแล้ว โดยระยะเวลาของการศึกษาจะใช้ข้อมูลของปีงบประมาณ 2544 และ 2545 เป็นพื้นฐาน ซึ่งเป็นปีที่ได้มีการริเริ่มโครงการ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ขึ้นโดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (SECONDARY DATA) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5) หน่วยในการวิเคราะห์ (UNIT OF ANALYSIS) ของการศึกษาครั้งนี้ คือ จังหวัด และ อำเภอกรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

* ในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนที่จะมีการจัดตั้ง "คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ขึ้นเพื่อดูแลเรื่องการเตรียมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นการเฉพาะ (ภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

งบประมาณที่จัดสรรให้แก่จังหวัด คือ งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 1202.40 บาทต่อประชาชน (ที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งประมาณ 46.6 ล้านคน)

อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (STANDARDIZED MORTALITY RATIO : SMR) เป็นเครื่องชี้วัดเปรียบเทียบอัตราการตายที่ปรับโครงสร้างของประชากรในแต่ละจังหวัด

$$SMR = \frac{\text{จำนวนการตายที่นับได้}}{\text{จำนวนการตายที่คาดคะเนจากการปรับโครงสร้างประชากร}} \times 100$$

จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก หมายถึง จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการของรัฐ

จำนวนรายผู้ป่วยใน หมายถึง จำนวนรายของผู้ป่วยในที่พักรักษาในสถานบริการของรัฐ โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์ได้วินิจฉัยให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษากำหนดจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขโดยยึดหลักความเป็นธรรมนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางปรับปรุงแผนงานนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบันของรัฐ เช่น “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” และลักษณะการกำหนดกฎเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณภาครัฐต่อไป อันจะส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพอนามัยที่ดียิ่งขึ้น และเพิ่มความเป็นธรรมในสังคมมากขึ้น