

กลุ่มที่ 2

ความโปร่งใสและการป้องกันการทุจริตคอร์รัปชัน  
ในภาคราชการ

(เอกสารเรื่องที่ 6)

การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข:  
กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการ  
ประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและ  
ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)\*

โดย

อัญชญา ณ ระนอง

วิโรจน์ ณ ระนอง

คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์  
และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ร่วมจัดโดย

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

และ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

วันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2543 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน ชลบุรี

\* ความเห็นในบทความนี้เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน และไม่จำเป็นต้องสะท้อนจุดยืนของสถาบันที่ร่วมกันจัดการสัมมนาในครั้งนี้

# สารบัญ

หน้า

1. บทนำ.....	1
2. ความเป็นมาของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับ ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) .....	3
3. การปฏิรูปการบริหารระบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้าน การรักษาพยาบาล (พ.ศ. 2541 ถึงปัจจุบัน).....	8
3.1 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและ ผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541.....	9
3.2 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) .....	12
3.3 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด).....	14
4. ข้อพิจารณาในการปฏิรูปตามแนวทางนี้.....	15
5. สรุป.....	17
บรรณานุกรม.....	18
ภาคผนวก.....	19

# **Building Corruption Detering Mechanism in The Ministry of Public Health: A Case Study of the Financial Reform of the Health Care Welfare Program for the Poor and Disadvantaged**

*Anchana NaRanong  
Viroj NaRanong*

## **ABSTRACT**

In mid-1998, the Ministry of Public Health (MoPH) was clouted with the medicine procurement scandal that involved its provincial offices and hospitals in 34 provinces (out of 76) in Thailand. To date, dozens of committees have been investigating this case.

Unlike most corruption scandals in Thailand that are usually brought into the public's attention by outside whistleblowers or the press, the medicine procurement scandal was brought up by a number of MoPH officials who were forced by politicians or supervisors to order or accept medicines and medical supplies bought from certain companies on their behalves at unusually high prices. These officials—mostly doctors in district hospitals—got together and used their semi-formal network to spread the news to the press.

This scandal involved budget from the "Health Care Welfare Program for the Poor and Disadvantaged,"—the biggest general fund in the MoPH. Earlier in the 1998 fiscal year, the Parliament approved 9.5 billion Baht for the program. The budget was then cut twice to 7.0 billion Baht. In mid-1998, the Thai government successfully persuaded the IMF to relax its fiscal requirement. As a result, the government was in a position to "return" 1.4 billion Baht to the program. However, the Minister of Public Health then proposed to the Cabinet to channel this supplemental budget to provincial and district hospitals to repay their pharmaceutical debts or to procure medicines and medical supplies. This eventually led to a historically large-scale corruption and the biggest protest within the MoPH.

This paper argues that the emerging scandal resulted from success of a reform in the "Health Care Welfare Program for the Poor and Disadvantaged" took place in early 1998. Because of its substantial size, this program fund used to be a major target of corruption. The reform, therefore, aimed not only at improving efficiency and equity of resource allocation, but also at building a corruption deterring system. The major element of this reform was the 1998 Ministry of Finance's Regulation on Funding of the Health Care Welfare Program for the Poor and Disadvantaged. The Regulation requires that more than 97 percent of the fund distributed to each province based on the number of eligible population (i.e., "capitation"). Another mandate is that the MoPH sets up a board consisting not only high-ranking administrators but also representatives from the eligible groups, media, and MoPH's provincial and district officials. This board is responsible to set up rules and regulations for budget allocation and to devise a payment scheme for inter-provincial referrals. In addition, the 1998 Ministry of Finance's Regulation requires that each province sets up a provincial board to oversee budget allocation and set up guidelines for health care services for this program within the province. Because of the Ministry of Finance's Regulation and mandates, both politicians and MoPH high-ranked administrators have to follow rules and have little discretion in allocating the budget for this program. Although not proven, a lot of circumstantial evidence indicates that those who involved in this scandal had to divert the 1.4 billion Baht budget to another channel. However, that alternative too was proven to be risky as it involved hundreds of grass-root officials throughout the country, many of whom refused to comply with the politicians' or their supervisors' orders and decided to blow the whistles and made this the biggest scandal in the MoPH's history.

**การสร้างกลไกป้องกันการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข:  
กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการ  
ประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและ  
ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)\***

"สังคมดี เพราะคนเลวท้อแท้"

-- ข้อความในเว็บบอร์ดแห่งหนึ่ง ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน --

## 1. บทนำ

ในช่วงสองปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขประสบกับเรื่องอื้อฉาวในกรณีทุจริตยา 1,400 ล้านบาท ซึ่งมีผลต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงพอสมควร แต่ในขณะที่ภาพใหญ่ที่ปรากฏออกมาจะเป็นภาพด้านลบนั้น ก็มีภาพด้านบวกที่ปรากฏออกมาพร้อมกันด้วย กล่าวคือ การเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ไม่ได้เกิดจากการขุดคุ้ยโดยสื่อมวลชนหรือนักการเมืองฝ่ายค้านดังเช่นที่เกิดขึ้นในกระทรวงอื่น แต่เกิดจากเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานภายในกระทรวงเองจำนวนมากปฏิเสธที่จะทำตาม "ใบสั่ง" หรือคำสั่งของนักการเมืองหรือผู้บังคับบัญชา และหลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวก็มีความพยายามของเจ้าหน้าที่และอดีตข้าราชการอาวุโสในกระทรวง (รวมทั้งชมรมจริยธรรมสาธารณสุข) ออกมาเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตและผลักดันให้มีการปฏิรูปกระทรวงนี้

แต่ในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุขหลายรายก็ยอมรับว่าการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่เป็นเรื่องใหม่ที่เพิ่งจะเกิดขึ้น<sup>1</sup> แต่บางรายก็มีสมมุติฐานต่อไปด้วยว่าสาเหตุที่การทุจริตยาครั้งนี้ถูกต่อต้านอย่างมากเกิดจากการที่นักการเมืองที่เกี่ยวข้องพยายามหาผลประโยชน์ในอัตราที่สูงเกินปกติจน

\* ข้อมูลที่ใช้ในบทความนี้มาจากผลการวิจัยของ "โครงการวิจัยประเมินผลการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล" ซึ่งเป็นโครงการวิจัยภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Health Care Reform in Thailand) โครงการนี้อยู่ภายใต้การดูแลของมูลนิธิสาธารณสุขไทย และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสหภาพยุโรป ผู้เขียนขอขอบคุณ นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ นพ. วราวุธ สุรฤกษ์ และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนาถาในหลายจังหวัดที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ อาจารย์ อัมมาร สยามวาลา กรุณาอ่านฉบับร่างของบทความนี้และให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์หลายประการ *ความเห็นทั้งหมดในบทความนี้เป็นของผู้เขียน ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด*

<sup>1</sup> ดู มงคล ณ สงขลา และ ดำรงค์ บุญยืน 'แกลงข่าว ได้เวลา "ผู้กระทรวงสาธารณสุข"' นอกจากนี้ การที่ชมรมแพทย์ชนบทเคยออกมาระบุในปี 2541 ว่ามีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึง 49 จังหวัดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทุจริตยา 1,400 ล้านบาท และการตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงการซื้อยาแพงผ่านองค์การเภสัชกรรมของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดถึง 34 จังหวัดเมื่อกลางปี 2543 ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าการทุจริตเกี่ยวข้องกับผู้คนกลางของกระทรวงจำนวนมาก น่าจะเป็นข้อมูลแวดล้อมที่ชวนให้สงสัยว่าการทุจริตไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจำนวนมากไม่สามารถทนดูรายได้ จึงได้ใช้ช่องทางและองค์กรที่ไม่เป็นทางการที่มีอยู่ในการปรึกษากันและร่วมกันออกมาเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้

ข้อสังเกตประการหนึ่งก็คือ กลุ่มผู้ที่ออกมาเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้เชื่อว่าการทุจริตมีความเกี่ยวข้องกับงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งเป็นงบอุดหนุนก้อนใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> โดยมีหลักฐานแวดล้อมบ่งชี้ว่ามีการพยายามโยกย้ายและเปลี่ยนหมวดงบประมาณเพื่อที่จะได้ไม่ต้องจัดสรรงบประมาณระเบียบและหลักเกณฑ์การจัดสรรงบ สปร. (ดูรายละเอียดในกรอบที่ 1 และ 2)

บทความนี้เสนอมุมมองเพิ่มเติมจากประเด็นต่างๆ ที่ได้รับการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในเรื่องการทุจริตยาครั้งนี้ โดยชี้ให้เห็นว่าสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้เกิดจากความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับบริหารและปฏิบัติการจำนวนหนึ่งได้ผลักดันให้เกิดขึ้นในช่วงปี 2540 จนนำมาสู่การออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 ซึ่งกำหนดสัดส่วนและวิธีการจัดสรรงบลงไปสู่จังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน และกำหนดให้จัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) และคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด) ขึ้นมากำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบลงไปสู่จังหวัดและการจัดสรรภายในจังหวัด ทำให้อำนาจการจัดสรรงบนี้ที่เคยอยู่ที่ส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถูกกระจายออกไปสู่ระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก การหาผลประโยชน์จากงบ สปร. เป็นเงินก้อนใหญ่จึงไม่สามารถทำได้ในวงแคบโดยอาศัยผู้สมรู้ร่วมคิดเพียงไม่กี่คนอีกต่อไป ผู้ที่ต้องการแสวงหาผลประโยชน์จึงต้องเล็งไปใช้วิธีอื่น แต่วิธีใหม่ที่ถูกนำมาใช้ก็ยังคงเป็นวิธีที่ต้องใช้ "ใบสั่ง" จำนวนมาก และยังคงมีการ "เดินสาย" และการ "ประสานงาน" ของผู้ที่เกี่ยวข้องไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งวิธีนี้เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่จำนวนมาก เมื่อเจ้าหน้าที่จำนวนมากถูกบีบให้ร่วมมือทำในสิ่งที่ไม่ชอบมาพากล ก็ทำให้มีเจ้าหน้าที่จำนวนมากพอที่ไม่ยอมปฏิบัติตามและออกมารวมตัวกันเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ในที่สุด

การที่การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ครั้งนี้มีส่วนช่วยในการป้องปรามการทุจริตและยังนำไปสู่การเปิดโปงกรณีทุจริตยา 1,400 ล้านบาท ทำให้การปฏิรูปครั้งนี้ไม่เพียงแต่น่าสนใจเฉพาะในด้านผลที่มีต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการด้านสาธารณสุขเท่านั้น หากยังน่าสนใจอย่างยิ่งในด้านผลของการปฏิรูปที่มีต่อการป้องปรามทุจริตในวงราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูปครั้งนี้เกิดขึ้นภายในระบบราชการจากการผลักดันของเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเอง เป็นการปฏิรูปโดยการสร้างกลไกป้องกันการทุจริตขึ้นมาในระบบราชการ กรณีนี้จึงเป็นกรณีศึกษาที่ควรจะได้นำเสนอขึ้นมาเป็นตัวอย่าง เพราะนอกจากจะเป็นตัวอย่างของการปฏิรูปกลไกการบริหารการเงินที่ดีสำหรับหน่วยราชการอื่นๆ แล้ว ยังเป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่น่าจะจุดประกายความหวังสำหรับผู้ที่ยังสิ้นหวังในระบบราชการ

<sup>2</sup> ในปีงบประมาณ 2541 โครงการ สปร. ได้รับการจัดสรรงบ 9,532.2 ล้านบาท หลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจถูกตัดงบสองครั้งเหลือ 7,029.8 ล้านบาท (ดูรายละเอียดในกรอบที่ 1)

และข้าราชการของประเทศไทยด้วยว่า ในระบบราชการนั้น ยังมีข้าราชการที่ดีที่พยายามทำหน้าที่ของตนและในบางกรณีก็ทำเกินหน้าที่ของตนเสียด้วยซ้ำเพื่อหาทางรักษาผลประโยชน์ของประชาชน

บทความนี้มี 5 ตอน ตอนที่สองของบทความนี้นำเสนอความเป็นมาของโครงการ สปร. และวิเคราะห์ถึงความเกี่ยวพันของกรณีทุจริตยา 1,400 ล้านบาทกับการปฏิรูปการบริหารการเงินการคลังของโครงการ สปร. ซึ่งตอนที่สามกล่าวถึงสาเหตุความเป็นมาของการปฏิรูป แนวทางการปฏิรูป และกลไกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูป ตลอดจนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตอนที่สี่เป็นการนำเสนอข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้วิจัยที่มีต่อการปฏิรูปครั้งนี้ ตอนที่ห้าเป็นบทสรุป

## 2. ความเป็นมาของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

ความพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยเริ่มจากการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2518 และเริ่มมีการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อย (บัตร สปน.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการ ต่อมาในปี พ.ศ.2537 โครงการนี้ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆ และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

โครงการนี้เริ่มมีการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา ในระยะแรกนั้น หัวหน้าสถานพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาว่าบุคคลใดสมควรได้รับการสงเคราะห์ โดยคุณสมบัติของผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (สปน.) จะต้องมีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาท หรือเป็นคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะต่ำกว่าเดือนละ 1,500 บาท ซึ่งเป็นเส้นแบ่งระดับความยากจนที่ใช้ตั้งแต่ปี 2524 ต่อมาเปลี่ยนแปลงเป็นรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาทหรือคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาทตั้งแต่ปี 2537 ถึงปัจจุบัน<sup>3</sup> หลังจากที่โครงการนี้ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนาอื่นๆ แล้ว โครงการนี้ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิถึงประมาณร้อยละ 45 ของประชากรทั้งประเทศ

โครงการนี้ ได้รับการอุดหนุนจากเงินภาษีทั้งหมด

<sup>3</sup> จะสังเกตได้ว่าเส้นความยากจนที่ใช้ในโครงการนี้มีความแตกต่างจากเส้นความยากจนเส้นต่างๆ ที่ทางราชการและนักวิชาการมักอ้างถึง ดูรายละเอียดเรื่องนี้เพิ่มเติมใน อัฒนา (2542) และอัฒนาและคณะ (2541)

### กรอบที่ 1 ความเป็นมาของการ “แปลงงบ สปร.” ในกรณีทุจริตยา 1400 ล้านบาท

หลังจากที่เกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ รัฐบาลได้ปรับลดงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2541 รวม 4 ครั้ง สำหรับกระทรวงสาธารณสุขนั้น งบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ถูกตัด 2 ครั้ง โดยในร่าง พ.ร.บ. งบประมาณประจำปี 2541 เดิม นั้น โครงการ สปร. ได้รับการจัดสรรงบ 9,532 ล้านบาท (หรือเท่ากับ 370 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิหนึ่งคน) การตัดงบครั้งแรกตัดเหลือ 8,452 ล้านบาท (328 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ) และการตัดงบครั้งที่สองตัดเหลือ 7,030 ล้านบาท (273 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ) รวมเป็นยอดงบ สปร. ที่ถูกตัดในปีงบประมาณดังกล่าว 2,504 ล้านบาท

ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2541 อนุมัติจัดสรรงบประมาณคืนให้แก่ส่วนราชการต่างๆ จำนวน 30,000 ล้านบาท เพื่อบรรเทาผลกระทบด้านสังคมอันเนื่องมาจากวิกฤติเศรษฐกิจ และลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรคืนจำนวน 2,704 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นงบในแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ทีสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน 1,400 ล้านบาท แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้นำงบ 1,400 ล้านบาทนี้ มาจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคเพื่อนำไปชำระหนี้ค้ายาแทน ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการ ต่อมาผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมร่วมกับสำนักงานงบประมาณ โดยทางกระทรวงฯ เสนอให้แบ่งงบนี้เป็นสองส่วนคือ จัดสรรให้งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด) 560 ล้านบาท และงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) 840 ล้านบาท โดยกำหนดให้จัดสรรเป็นงบค่าเวชภัณฑ์ในหมวดค่าใช้สอย เพื่อนำไปชำระหนี้ค้ายาและจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เท่านั้น จากนั้นสำนักงานงบประมาณได้นำเรื่องเข้าคณะรัฐมนตรี หลังจากทีคณะรัฐมนตรีอนุมัติแล้ว ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำหนังสือถึงสำนักงานงบประมาณ เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงบประมาณ 1,400 ล้านบาท จากงบประมาณแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ทีสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน (800) มาเป็นหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ (300) (โปรดดูรายละเอียดลำดับเหตุการณ์ในกรอบที่ 2)

ตามปกติแล้ว งบหมวดเงินอุดหนุน (หมวด 800) เป็นงบที่มีความยืดหยุ่นสูง เนื่องจากหน่วยงานที่ได้รับงบดังกล่าวจะสามารถนำงบไปใช้ได้หลายทาง และในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่จะนำงบ สปร. ไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดอยู่แล้ว การจัดสรรงบให้สถานพยาบาลไปใช้หนี้ค้ายาหรือซื้อยาจึงไม่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนหมวดงบประมาณเป็นหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (หมวด 300) แต่อย่างใด ซึ่งทำให้มีผู้ตั้งข้อสงสัยถึงเจตนาของการแปลงงบครั้งนี้

(ต่อหน้าถัดไป)

**กรอบที่ 1 (ต่อ)**

คำตอบของเรื่องนี้อาจมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนกรณีทุจริตยาคครั้งนี้เพียงไม่กี่เดือน กล่าวคือ ในเดือนมกราคม 2541 ได้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 และในเดือนกุมภาพันธ์ได้จัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) ขึ้นมากำกับการจัดสรรงบ สปร. ยังผลให้งบ สปร. เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5 ของงบในแต่ละงวด) จะถูกจัดสรรไปสู่จังหวัดทันทีตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังและที่ กสปร. กลางกำหนดเพิ่มเติม ส่วนงบที่เหลือร้อยละ 2.25 ถูกกันเอาไว้เพื่อจ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และที่เหลือร้อยละ 0.25 เป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการกรณีมีเหตุจำเป็นพิเศษ (ซึ่ง กสปร. กลางมอบให้สำนักงานปลัดฯ เป็นผู้พิจารณาจ่าย แล้วรายงานให้ กสปร. กลาง ทราบทุกครั้ง) ส่วนในระดับจังหวัดนั้น งบ สปร. ร้อยละ 90 จะต้องจัดสรรไปให้สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการภายในจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะกันงบอีกร้อยละ 9 สำหรับการเรียกจ่ายระหว่างสถานพยาบาล และที่เหลือร้อยละ 1 สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีเพียงงบส่วนหลังสุดร้อยละ 1 เท่านั้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถใช้ดุลยพินิจในการจ่ายเอง (ดูรายละเอียดเรื่องระเบียบและกระบวนการจัดสรรงบ สปร. ในตอนที่ 3 ของบทความนี้) ซึ่งระเบียบและกฎเกณฑ์เหล่านี้ได้จำกัดอำนาจนักการเมืองและผู้บริหารของกระทรวงรวมทั้งผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบ สปร. ไปแทบจะหมดสิ้น ทำให้งบหมวด สปร. กลายมาเป็นงบที่ไม่เป็นที่ต้องการของผู้ที่มุ่งหาผลประโยชน์ในทางมิชอบ และน่าจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีการผลักดันให้ “แปลงงบ” 1,400 ล้านบาทก่อนนี้ การแปลงงบทำให้นักการเมืองและ/หรือผู้บริหารในส่วนกลางและกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบลงไปสู่จังหวัดต่างๆ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกลับมาใช้อำนาจในการใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบภายในจังหวัดอีกครั้งหนึ่ง (รวมทั้งสามารถซื้อยาหรือเวชภัณฑ์เพื่อแจกจ่ายไปให้สถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดได้ด้วย)

ในแง่นี้ อาจถือได้ว่า เหตุการณ์ “แปลงงบ” ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ซึ่งได้ออกระเบียบกระทรวงการคลังฯ มากำหนดวิธีการจัดสรรงบไปที่จังหวัดต่างๆ ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในจังหวัดนั้น และกำหนดด้วยการให้เงินสนับสนุนเพิ่มเติมแก่หน่วยบริการใดๆ จะต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ เมื่อต้นปี 2541 และเป็นที่ยอมรับกันดีว่ากรรมการส่วนใหญ่ใน กสปร. กลางชุดนั้น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรรมการที่มาจากโรงพยาบาลชุมชนและกรรมการที่เป็นบุคคลภายนอก) ต่างก็ถูกเลือกสรรมาจากข้าราชการในกระทรวงและบุคคลอื่นๆ ที่สนับสนุนแนวทางการปฏิรูปการเงินด้านสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสแทบทั้งสิ้น

<b>กรอบที่ 2 ลำดับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงงบประมาณหมวดเงินอุดหนุน (หมวด 800) มาเป็นหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (หมวด 300)</b>	
26 พ.ค. 41	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติรับหลักการและรายละเอียดของหนังสือแจ้งความจำนงขอรับความช่วยเหลือทางวิชาการจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ฉบับที่ 4 ซึ่งกำหนดให้ปรับเป้าหมายงบประมาณของปี 2541 จากที่ต้องมีงบประมาณเกินดุลมาเป็นขาดดุลไม่เกินร้อยละ 1 ของ GDP และมอบหมายให้สำนักงบประมาณพิจารณาจัดสรรเงินคืนให้กับงานโครงการ หรือรายการที่เคยถูกปรับลดงบประมาณ</p>
2 มิ.ย. 41	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติจัดสรรงบประมาณคืนให้ส่วนราชการต่างๆ 30,000 ล้านบาทเพื่อบรรเทาผลกระทบด้านสังคมอันเนื่องมาจากวิกฤติเศรษฐกิจและลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบคืน 2,704 ล้านบาท โดยได้รับคืนในแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานรักษาพยาบาลผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน 1,400 ล้านบาท</p> <p>รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้อภิปรายเสนอในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้นำเงิน 1,400 ล้านบาท มาจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค เพื่อนำไปชำระหนี้ค้ำยาแทน</p> <p>คณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการให้สำนักงานงบประมาณประสานงานกับกระทรวงต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณคืน</p>
9 มิ.ย. 41	<p>สำนักงานงบประมาณเสนอแนวทางการจัดสรรงบคืนต่อคณะรัฐมนตรีตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเสนอให้แบ่งงบนี้เป็นสองส่วน โดยจัดสรรให้งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด) จำนวน 560 ล้านบาท และงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) จำนวน 840 ล้านบาท โดยกำหนดให้จัดสรรเป็นงบค่าเวชภัณฑ์ในหมวดค่าใช้สอย เพื่อนำไปชำระหนี้ค้ำยาและจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เท่านั้น</p> <p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติการจัดสรรงบประมาณตามข้อเสนอข้างต้น</p>
12 มิ.ย. 41	<p>เลขาธิการคณะรัฐมนตรีทำหนังสือแจ้งการจัดสรรคืนงบประมาณประจำปี 2541 ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ที่ นร. 0205/ว.103 วันที่ 12 มิถุนายน 2541)</p>
(มีต่อหน้าถัดไป)	

กรอบที่ 2 (ต่อ)	
6 ก.ค. 41	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ทำเรื่องถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านรองปลัดฯ แจ้งการจัดสรรงบประมาณ 840 ล้านบาท ในหมวดค่าตอบแทนใช้สอยวัสดุ (เพิ่มเติม) (หมวด 300) โดยจะจัดสรรงบประมาณลงในบางจังหวัด* (บันทึกข้อความเลขที่ สธ.0212/23/4162 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2541)
10 ก.ค. 41	กองโรงพยาบาลภูมิภาคทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปแจ้งการจัดสรรงบประมาณ 560 ล้านบาท ในแผนงานบริการสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุข ระดับจังหวัด หมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (300) (ที่สธ.0211/051 ว.442 วันที่ 10 ก.ค. 2541)
16 ก.ค. 41	<p>ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาคทำเรื่องถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงบประมาณปี 2541 จากแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน (800) เป็นแผนงานบริการสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุข ระดับอำเภอ หมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (300) จำนวน 560 ล้านบาท (บันทึกข้อความเลขที่ สธ. 0211/05/1081 ลงวันที่ 16 ก.ค. 2541)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงบประมาณ 1,400 ล้านบาท จากงบประมาณแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดอุดหนุน (800) เป็นงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (300) (หนังสือที่ สธ.0211/05/916 ลงวันที่ 16 ก.ค. 2541)</p>

หมายเหตุ: \* ถ้าเป็นงบ สปร. งบในแต่ละงวดจะต้องจัดสรรให้ทุกจังหวัดตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังฯ พ.ศ. 2541 และตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) (ดูตอนที่ 3)

ที่มา: รวบรวมและสรุปจาก (1) ปปป. "รายงานการสืบสวนสอบสวนเรื่องการกล่าวหาโรงเรียนเลขตำเลขที่ 41011217 กรณีทุจริตการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข กรณีข้าราชการการเมือง" (2) กระทรวงสาธารณสุข "ข้อเท็จจริงงบประมาณ 1400 ล้านบาท" (ฉบับที่ 1: กันยายน 2541) และ (3) เอกสารสรุปของเครือข่าย 30 องค์การพัฒนาเอกชน

### 3. การปฏิรูปการบริหารระบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (พ.ศ. 2541 ถึงปัจจุบัน)

ในอดีต การจัดสรรงบประมาณของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ทำโดยทางกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบนี้ลงไปยังจังหวัดต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรงบให้แก่จังหวัดต่างๆ ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง เช่น ในปี พ.ศ. 2536 ถึง 2537 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนผู้มีบัตรลงทะเบียนในจังหวัด หรือผลงานการบริการ ในปี พ.ศ. 2538 ใช้วิธีแยกงบออกเป็นสองส่วน โดยงบส่วนแรกจัดสรรให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และงบส่วนที่สองจัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย โดยการจัดสรรงบทั้งสองส่วนนี้มาจากส่วนกลางโดยตรง ในปี พ.ศ. 2539 ถึง 2540 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามค่าใช้จ่ายของจังหวัดในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินภาระค่าใช้จ่ายของแต่ละจังหวัดจากตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย โดยใช้ผลจากการประมาณการสมการถดถอยพหุ (multiple regression estimation) อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. ในช่วงดังกล่าวอาศัยแต่เพียงกลไกของระบบราชการส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ ซึ่งในหลายกรณีการจัดสรรงบนี้ไปยังแต่ละจังหวัดไม่ได้ขึ้นกับกฎเกณฑ์ที่วางไว้ทั้งหมด หากยังขึ้นกับดุลยพินิจของฝ่ายการเมืองและเจ้าหน้าที่ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยในบางครั้งมีการจัดสรรเงินไว้โดยผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้บริหารเองหรือเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายเฉพาะของผู้บริหารซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงการโดยตรง<sup>4</sup> และอาจกลายมาเป็นช่องทางในการทุจริตได้ด้วย

การที่งบประมาณของโครงการ สปร. มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนปัจจุบันกลายมาเป็นงบประมาณก้อนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข (ปีละเกือบหมื่นล้านบาท) และการที่โครงการ สปร. ครอบคลุมผู้มีสิทธิถึงครึ่งประเทศ ทำให้มีความพยายามที่จะสร้างกลไกการจัดสรรงบ สปร. ที่มีกฎกติกาที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) ทั้งในระดับประเทศและในระดับจังหวัด เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรงบนี้ ทั้งนี้ การปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ครั้งสำคัญเกิดขึ้นโดยการผลักดันให้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ.2541<sup>5</sup> ระเบียบนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลทั้งในระดับประเทศ (คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง หรือ กสปร. กลาง) และระดับจังหวัด (คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด หรือ กสปร. จังหวัด) ขึ้นมาเมื่อต้นปี 2541 โดยคณะกรรมการในทั้งสองระดับประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และใน กสปร. กลางมีตัวแทนของประชาชนผู้มีสิทธิและตัวแทนจากสื่อมวลชน (สภาการหนังสือพิมพ์) ด้วย คณะกรรมการทั้งสองชุดมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินงบประมาณแนวทางการปฏิบัติงานและหลักเกณฑ์การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ควบคุมตรวจสอบ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคใน

<sup>4</sup> ดู สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ "ปฏิรูปประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย: คนจนได้ประโยชน์อะไร" มติชน 2541.

<sup>5</sup> แม้วาระเบียบดังกล่าวจะเป็นระเบียบของกระทรวงการคลัง แต่การผลักดันให้เกิดการออกระเบียบดังกล่าวมีจุดเริ่มมาจากเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข



- การกำหนดให้มีกลไกในการจัดสรรงบ สปร. ที่มีกฎกติกากำกับที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และตัวแทนประชาชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรงบนี้ โดยจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) และคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด) ขึ้นมากำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรเงินงบ สปร. ในระดับประเทศและในระดับจังหวัด
- การออกระเบียบกระทรวงการคลังมากำกับการบริหารและการจัดสรรงบ สปร. แทนการใช้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการสร้างหลักประกันให้กับกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ก่อให้เกิดระบบการถ่วงดุลระหว่างกระทรวง และลดโอกาสที่การปฏิรูปจะถูกล้มเลิกจากเปลี่ยนแปลงทางการเมืองหรือการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเอง

การออกระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้ เป็นการกำหนดกรอบการใช้จ่ายงบ สปร. ที่ต่างจากในอดีตมาก โดยระเบียบนี้กำหนดว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 เป็นต้นไป ทางส่วนกลางจะต้องจัดสรรงบเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5) ให้กับแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนของประชากรผู้มีสิทธิ ทำให้ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำในกระทรวงหนึ่งใดจะไม่สามารถเข้ามาใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบนี้ไปในจังหวัดต่างๆ “ตามความเหมาะสม” อีกต่อไป และในจำนวนร้อยละ 2.5 ที่เหลือนั้น เงินส่วนใหญ่จะถูกใช้เป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และในกรณีอื่นๆ ที่ใช้เป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการที่มีเหตุจำเป็นพิเศษก็ต้องผ่านการอนุมัติโดย กสปร. กลาง

ในทำนองเดียวกัน ในระดับจังหวัดนั้น งบ สปร. ส่วนใหญ่จะต้องกระจายไปสู่หน่วยงานที่ให้บริการ โดยจะมีงบส่วนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถเก็บเป็นเงินสำรองจ่ายสำหรับกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อใช้จ่ายในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคในวงเงินหรือสัดส่วนที่ กสปร. กลางกำหนด

การปฏิรูประบบการจัดสรรงบ สปร. ในลักษณะนี้สะท้อนแนวคิดเรื่องการให้หน่วยงานกลางของรัฐในด้านสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ด้านบริหาร (ในระดับประเทศคือกระทรวงสาธารณสุข และในระดับจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) เป็นผู้ซื้อบริการจากหน่วยงานที่ให้บริการ มากกว่าที่จะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการเอง (ถึงแม้ว่าในกรณีนี้จะเป็นการ “ซื้อบริการ” จากหน่วยงานของรัฐด้วยกันเองโดยการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานเหล่านี้ก็ตาม) โดยการจัดสรรผลงบ สปร. ตามระเบียบนี้ ทำให้ทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้ส่งผ่านเงินไปให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริการและประสานงานในการเรียกเก็บค่าบริการข้ามหน่วยงานและในกรณีที่มิได้ใช้จ่ายสูง และลดบทบาทด้านบริการลง ทำให้หน่วยงานบริหารเหล่านี้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณด้านการบริการเป็นจำนวนมากอีกต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าการปฏิรูปการบริหารการเงินของโครงการ สปร. ครั้งนี้ ได้เปลี่ยนแปลงบทบาทและอำนาจการใช้เงินของหน่วยงานสายบริหารของกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ ซึ่งต่างจากในอดีตที่หน่วยงานเหล่านี้สามารถใช้มีดุลยพินิจในการใช้จ่ายงบประมาณค่อนข้างมากเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีเงินงบ

ประมาณส่วนใหญ่อยู่ในมือ การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และอำนาจการใช้งบ ปร. ของหน่วยงานสายบริหารและสายบริการก่อให้เกิดคำถามหรือข้อท้วงติงจากบางฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (เช่น มีข้อท้วงติงว่าการที่ส่วนกลางมีหนังสือแจ้งให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบอำนาจในการบริหารงบประมาณให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและการกำหนดให้สถานอนามัยเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนเป็นวิธีที่ไม่สอดคล้องกับระเบียบวิธีบริหารราชการแผ่นดิน)<sup>7</sup> แต่เมื่อพิจารณาจากผลการดำเนินงานและปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณในกระทรวงสาธารณสุขของหน่วยงานสายบริหารจากกรณีการทุจริตยา 1,400 ล้านบาทซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึง 34 แห่งแล้ว ก็น่าจะถือได้ว่าการปฏิรูปการบริหารการเงินการคลังของงบ ปร. ตามระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้เป็นการปฏิรูปที่มีความจำเป็นและมีความสมเหตุสมผลในตัวเอง

การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวอาจดูไม่เป็นธรรมนักสำหรับจังหวัดที่มีปัญหาเฉพาะด้าน เช่น ทางด้าน demographic หรือมีปัญหาเรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรคมากเป็นพิเศษ แต่การกำหนดระเบียบให้สามารถเบิกกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากงบที่กันเอาไว้ที่ส่วนกลางก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้แก้ปัญหานี้ได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันจังหวัดที่มีปัญหาเฉพาะด้านก็มักจะดึงบพิเศษจากส่วนกลาง เช่น งบโรคเอดส์ และงบชาวเขา เป็นต้น แต่ในอนาคต ถ้ามีการสร้างระบบประกันสุขภาพในลักษณะของการรวมกองทุนต่างๆ มาเป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (single purchaser) ก็อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบจากการเหมาจ่ายรายหัวมาเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้น (ตัวอย่างเช่น การเหมาจ่ายรายหัวในอัตราที่ต่างกัน หรือ Differential Capitation<sup>8</sup>)

แต่การจัดสรรงบประมาณภายใต้กรอบและข้อจำกัดต่างๆ ในปัจจุบันนั้น มีความจำเป็นต้องคำนึงถึงการแลกกัน (trade-off) ระหว่างความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณกับการแก้ปัญหาการรั่วไหลของงบประมาณจำนวนมากที่ถ้ารั่วไหลไปแล้วย่อมจะไม่ให้ประโยชน์ใดใดแก่ประชาชนผู้มีสิทธิเลยนั้น ทำให้การประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการจะต้องคำนึงถึงบริบทที่กว้างไปกว่าประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ และจะต้องให้น้ำหนักกับความสามารถในการลดการรั่วไหลของเงินงบประมาณด้วย ซึ่งถ้าประเมินในบริบทหลังนี้ การปฏิรูปตามแนวทางที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 ก็น่าจะเป็นแนวทางปฏิรูปที่จะนำประโยชน์ไปสู่ผู้มีสิทธิมากกว่าแนวทางอื่น อย่างน้อยก็ในระยะแรกซึ่งการปฏิรูปตามแนวทางนี้สามารถเปลี่ยนจากระบบที่การจัดสรรงบประมาณเคยขึ้นกับดุลยพินิจของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงมาเป็นระบบที่มีกฎกติกาและคณะกรรมการผู้คุมกฎที่มีความชัดเจนมากขึ้น แต่ทั้งนี้ ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบ ปร. ไปสู่ประชาชนผู้มีสิทธิตามแนวทางนี้ มีส่วนที่ถูกกำหนดอย่างมากจากประสิทธิภาพของกลไกที่ระเบียบนี้สร้างขึ้นมากำกับการจัดสรรงบ ปร. ซึ่งกลไกเหล่านี้ได้แก่ กสปร. กลาง และ กสปร. จังหวัด

<sup>7</sup> ดูบันทึกการประชุม กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2542

<sup>8</sup> แต่ในขณะเดียวกันก็ควรพิจารณาประเด็นที่จะกล่าวถึงในย่อหน้าถัดไปด้วย

### 3.2 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง)

#### องค์ประกอบและกระบวนการคัดเลือกคณะกรรมการ

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 กำหนดให้ตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและมีหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการนี้ โดยคณะกรรมการส่วนที่มาจากหน่วยงานราชการต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นรองประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และผู้อำนวยการสำนักประกันสุขภาพ คณะกรรมการภาครัฐท่านอื่นๆ ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนกรมบัญชีกลาง ผู้แทนกรมประชาสัมพันธ์ ผู้แทนสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และผู้แทนกรุงเทพมหานคร ซึ่งตามปกติแล้วหน่วยงานต้นสังกัดจะเป็นผู้คัดเลือกและส่งชื่อกรรมการมาเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข

กรรมการอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญคือกรรมการจำนวน 12 คนจากหน่วยงานส่วนภูมิภาค ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจำนวน 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 4 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 คน ซึ่งมาจากการแต่งตั้งของปลัดกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในทางปฏิบัติปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจขอให้ต้นสังกัดส่งรายชื่อมา (เช่น ให้กองโรงพยาบาลภูมิภาคส่งรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 คนมาให้ เป็นต้น)

นอกจากนี้ ก็มีตัวแทนจากหน่วยงานเอกชน คือ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนสภาการหนังสือพิมพ์จำนวน 1 คน และผู้แทนผู้มีสิทธิจำนวนไม่เกิน 3 คน ซึ่งในกรณีของผู้มีสิทธิ ระเบียบก็ไม่ได้ระบุเอาไว้เช่นกันว่าจะสรรหามาโดยวิธีใด

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่าโดยโครงสร้างของ กสปร. กลางจะให้ความสำคัญกับการมีตัวแทนของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงขาดกระบวนการสรรหาที่จะสร้างหลักประกันว่าจะได้ตัวแทนที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น การเลือกผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 คนจากจำนวนเกือบหนึ่งพันคน หรือในกรณีของผู้มีสิทธิ ซึ่งระเบียบไม่ได้กำหนดไว้เสียด้วยซ้ำว่าเป็นตัวแทนของผู้มีสิทธิกลุ่มใดใน 6 กลุ่ม ดังนั้น ถึงแม้ว่าการจัดตั้ง กสปร. กลาง จะสะท้อนถึงความพยายามที่จะให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและการจัดสรรงบประมาณมากขึ้น แต่ที่มาของกรรมการและลักษณะขององค์กรของ กสปร. กลางก็ไม่ได้ต่างจากคณะกรรมการอื่นๆ ของภาครัฐ ซึ่งกรรมการส่วนที่เป็นตัวแทนของภาครัฐจะรับผิดชอบ (accountable) ต่อผู้บังคับบัญชาตามสายงานของตน แต่จะไม่ต้องรับผิดชอบต่อผู้มีสิทธิ<sup>9</sup> และไม่ถูกตรวจสอบโดยหน่วยงานระดับปฏิบัติการที่มีส่วนได้เสียกับการจัดสรรงบประมาณ

<sup>9</sup> ถึงแม้ว่า กรรมการเหล่านี้จะต้องตอบคำถามกรรมการเสียงส่วนน้อยที่เป็นตัวแทนของผู้มีสิทธิใน กสปร. กลางด้วยก็ตาม

### **การมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ของกรรมการ กสปร. กลาง**

จากการสัมภาษณ์กรรมการ กสปร. กลางบางท่าน (และจากการที่ผู้วิจัยได้เข้าไปสังเกตการณ์ในที่ประชุม กสปร. กลางหนึ่งครั้ง) สามารถสรุปจุดอ่อนบางประการในด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ของกรรมการในการประชุม กสปร. กลาง มาเป็นตัวอย่างโดยสังเขป คือ

- กรรมการที่เป็นบุคคลภายนอก (รวมทั้งตัวแทนผู้มีสิทธิบางท่าน) แทบจะไม่ได้มาร่วมประชุมเลย ทั้งๆ ที่ได้มีการทบทวนก่อนที่จะมีการแต่งตั้งแล้ว ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเนื้อหาการประชุมมีประเด็นทางเทคนิคที่ค่อนข้างซับซ้อน ทำให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงไม่สามารถตามประเด็นได้ทันหรือสามารถเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นฝ่ายกระทำได้
- กรรมการบางท่านมีความเห็นว่า มีความขัดแย้งหรือแบ่งเป็นฝักฝ่ายระหว่างกรรมการภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง ในบางกรณีก็เป็นความขัดแย้งระหว่างสายบริหารกับสายบริการ
- ฝ่ายเลขานุการมีบทบาทที่สำคัญมากในการประชุม แต่ในระยะสองปีที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากรในสำนักงานประกันสุขภาพค่อนข้างมาก ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของ กสปร. กลาง

### **บทบาทและมติของ กสปร. กลางในด้านการปฏิรูปการจัดสรรงบ สปร.**

ในการประชุม กสปร. กลางในระหว่างปี 2541-42 นั้น กสปร. กลางได้มีพิจารณาและมีมติและประกาศที่สำคัญในด้านการปฏิรูประบบการบริหารการเงินของโครงการ สปร. ดังนี้

- การกำหนดแนวทางการใช้เงินสำรองที่กันไว้ที่ส่วนกลางในวงเงินไม่เกินร้อยละ 2.5 ของวงเงินประจำงวด โดย กสปร. กลางมีมติให้นำมาใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และใช้เป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการกรณีมีเหตุจำเป็นและฉุกเฉินไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งเงินส่วนหลังนี้มอบให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณาจ่ายแล้วรายงานให้ กสปร. กลาง ทราบทุกครั้ง (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541)
- การกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินร้อยละ 10 ของงบ สปร. ของจังหวัด เพื่อใช้สำรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้หน่วยงานนอกเขตอำเภอหรือจังหวัดหรือหน่วยบริการนอกสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อใช้จ่ายในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ทั้งนี้ ให้ กสปร. จังหวัด เป็นผู้พิจารณาวางเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค และเกลี้ยบบที่เหลือคืนให้หน่วยบริการ (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541) ต่อมาในปีงบประมาณ 2542 ได้กำหนดให้จัดสรรงบเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่เกินร้อยละ 10 ของงบที่กันไว้ (หรือเท่ากับร้อยละ 1 ของงบ สปร. ของจังหวัด)

- การกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินชดเชยสำหรับการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการข้ามจังหวัดหรือนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ยังไม่ต้องมีการจ่ายชดเชยข้ามหน่วยงานในปีงบประมาณ 2541 และ 2542 โดยให้สำนักงานประกันสุขภาพเตรียมร่างระเบียบสำหรับปีงบประมาณ 2543 แต่ให้มีการจ่ายเงินชดเชยสำหรับระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัดเดียวกันตามดุลยพินิจของ กสปร. จังหวัด โดยอาจพิจารณาใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สำนักงานประกันสุขภาพทำขึ้น (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541)
- การกำหนดแนวทางเฉพาะเรื่อง เช่น การออกบัตร สปร. การจัดสรรงบนักเรียน การให้สิทธิทหารผ่านศึก การพิจารณาสัทธิในการใช้ห้องพิเศษ อวัยวะเทียม และการล้างไต เป็นต้น

โดยภาพรวมแล้ว การดำเนินการของ กสปร. กลางในช่วงสองปีแรก (2541-42) มีบทบาทที่สำคัญในการผลักดันการปฏิรูปตามแนวทางที่กำหนดเอาไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรก ตัวอย่างเช่น ในการประชุม กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541 เพียงครั้งเดียว ได้มีมติหลายประการออกมา กำกับกับการปฏิรูประบบการเงินของ สปร. ตามแนวทางที่กำหนดเอาไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้

### 3.3 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด)

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 กำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด) โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน เทศมนตรีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาลทุกแห่ง ประธานสภาจังหวัด ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปหนึ่งคน ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งคน ผู้แทนสถานพยาบาลนอกสังกัดที่เป็นหน่วยราชการหนึ่งคนและที่เป็นเอกชนหนึ่งคน ผู้แทนกรรมการในองค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอหนึ่งคน ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกันเป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้างานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่หลักๆ ของ กสปร. จังหวัดที่ระบุไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 ได้แก่ (1) กำหนดแนวทาง วิธีปฏิบัติงานหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง ประกาศ (2) พิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัดเข้าร่วมโครงการเสนอ กสปร. กลาง ให้ความเห็นชอบ (3) กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการจัดสรรเงินอุดหนุนให้หน่วยบริการในและนอกสังกัด และการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง ประกาศ

### บทบาทและปฏิสัมพันธ์ของฝ่ายต่างๆ ใน กสปร. จังหวัด

จากการเดินทางไปศึกษาเบื้องต้นและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 6 จังหวัด ได้ภาพที่ค่อนข้างตรงกันคือ

- กสปร. จังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทค่อนข้างน้อย หลายจังหวัดจัดประชุม กสปร. จังหวัดเพียงปีละครั้งเพื่อจัดสรรงบ สปร. เพียงเพื่อให้เป็นไปตามข้อบังคับที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้
- เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มาจากหน่วยงานอื่นไม่สนใจมาร่วมประชุม หรือถ้ามาก็ไม่ค่อยออกความคิดเห็น ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกว่าเป็น “คนนอก” และ “ไม่อย่ากล้าแดน”
- ตัวแทนสถานพยาบาลเอกชนไม่ค่อยสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการเนื่องจากเห็นว่าเงินน้อย (ในขณะที่เดียวกัน กสปร. กลางเองก็มีมติให้ชลดการใช้บริการจากสถานบริการเอกชนเอาไว้ก่อนด้วย)
- ตัวแทน อบต. มักจะไม่สนใจเข้ามามีบทบาทในงานด้านการรักษาพยาบาล เพราะเห็นว่าเป็นงานด้านที่ตนไม่มีความรู้หรือความถนัด
- ตัวแทนเทศบาลเริ่มหันมาสนใจโครงการนี้มากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากเหตุผลด้านงบประมาณของโครงการ

### 4. ข้อพิจารณาในการปฏิรูปตามแนวทางนี้

แม้ว่าการปฏิรูปการบริหารระบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของการออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 โดยการสร้างกลไก (กสปร. กลาง และ กปสร. จังหวัด) ขึ้นมากำกับ จะประสบความสำเร็จในหลายด้าน แต่ก็ยังมีข้อพิจารณาหลายประการที่ควรคำนึงถึง และมีจุดอ่อนบางประการที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุง ตัวอย่างประเด็นเหล่านี้ได้แก่

- ถึงแม้ว่าในปัจจุบันงบ สปร. เป็นงบอุดหนุนทั่วไปที่การใช้เงินมีความคล่องตัวมากขึ้นแต่การที่งบ สปร. ยังคงมีสถานะเป็นเงินงบประมาณ และยังมีข้อจำกัดในการใช้เงินบางประการ (ซึ่งก็มีส่วนที่มีความจำเป็นถ้าเราต้องการควบคุมความตรงของงบประมาณ) ทำให้สถานพยาบาลยังคงนิยม “แปลงเงิน” สปร. เป็นเงินบำรุง โดยนำงบ สปร. ไปซื้อยาและเวชภัณฑ์สำหรับทั้งสถานพยาบาลและเก็บรายได้เข้าไปไว้ในบัญชีเงินบำรุงของโรงพยาบาลแทน ซึ่งปัญหานี้จะยังคงอยู่ตราบที่การปฏิรูประบบการประกันสุขภาพยังไม่สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งระบบ (อย่างไรก็ตาม แนวทางการรวมกองทุน และการให้มีผู้ซื้อบริการรายเดียว หรือ single purchaser น่าจะช่วยแก้ปัญหาที่ลงไปได้น่าง)

- ความสมดุลของการรวมศูนย์และการกระจายอำนาจ ความพยายามที่จะแก้ปัญหาการรั่วไหลของงบประมาณทำให้เกิดการสร้างระบบที่ต้องการควบคุมที่รัดกุม ระบบนี้จึงให้ความสำคัญกับ กสปร. กลางค่อนข้างมาก ขณะที่ยังให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจค่อนข้างน้อย หน่วยงานระดับล่างและประชาชนผู้มีสิทธิมีบทบาทในการตัดสินใจค่อนข้างน้อย ในทางปฏิบัติประชาชนผู้มีสิทธิส่วนใหญ่ไม่ได้รับโอกาสในการเลือกสถานพยาบาลของตนเองเสียด้วยซ้ำ
- กสปร. กลาง และ กสปร. จังหวัดถูกตั้งขึ้นมาเพื่อให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการควบคุมการใช้งบ ปร. โดยพยายามตั้งตัวแทนฝ่ายต่างๆ เข้ามาร่วม แต่องค์กรทั้งสอง (รวมทั้งองค์กรในระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ คปสอ.) ยังเป็นคณะกรรมการแบบราชการ ซึ่งฝ่ายบริหารในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้งกรรมการเกือบทั้งหมด (ในกรณีของ กสปร. กลาง) หรือเป็นผู้ทำเรื่องเสนอแต่งตั้ง (กสปร. จังหวัด) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกรรมการส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจการบริหารเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และยังขาดกระบวนการสรรหาที่จะทำให้ได้กรรมการที่มีความรู้ความสามารถและรักษาผลประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิให้ดีที่สุด ทำให้ยังไม่มีหลักประกันที่ชัดเจนที่จะสามารถป้องกันไม่ให้ฝ่ายการเมืองหรือผู้บริหารของกระทรวงฯ เข้ามาร่วมแทรกแซงการทำงานของคณะกรรมการเหล่านี้ในอนาคตในระยะยาว จึงควรผลักดันให้มีการกำหนดคุณสมบัติและกระบวนการสรรหาหรือเสนอชื่อกรรมการจากหน่วยงานระดับล่างและประชาชนผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นระบบและรัดกุมมากขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะได้กรรมการที่มีความรู้ความสามารถและรักษาผลประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิให้ดีที่สุด และจะสามารถป้องกันไม่ให้ฝ่ายการเมืองหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสามารถใช้อำนาจที่ตนมีอยู่มาสร้างให้ กสปร. กลางกลายเป็นตรายางหรือเครื่องมือในการแสวงหาผลประโยชน์ได้
- ความพยายามแก้ปัญหาความตรงของงบประมาณ (ป้องกันไม่ให้งบประมาณถูกนำไปใช้ในด้านอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิในโครงการ) โดยผูกกับระเบียบกระทรวงการคลังฯ เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่มีประสิทธิผล แต่คงไม่สามารถสร้างหลักประกันให้กับการปฏิรูปในระยะยาวได้เหมือนกับการมี พรบ. มารองรับ<sup>10</sup> ดังนั้น ในระยะยาวผู้ที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้มี พรบ. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ขึ้นมาแทนระเบียบกระทรวงการคลัง/ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี (หรือผลักดัน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่แนวทางการปฏิรูปจะมุ่งไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั่วประเทศในอนาคต)
- การปฏิรูปที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การขจัดปัญหาการรั่วไหลของเงินงบประมาณที่เกิดขึ้นในส่วนกลางที่อาจเกิดจากนักการเมืองหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงฯ อย่างไรก็ตาม เมื่อทรัพยากรถูกกระจายลงไปสู่ระดับท้องถิ่นมากขึ้น ก็มีความจำเป็นที่ต้องมีหลักเกณฑ์การใช้หรือจัดสรรเงินที่

<sup>10</sup> หลังจากที่ได้มีการใช้ระเบียบกระทรวงการคลังเพียงหนึ่งปี ทางกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เตรียมที่จะเสนอแก้ไขระเบียบกระทรวงการคลัง ถึงแม้ว่าการเสนอแก้ไขในบางประเด็นจะมีเหตุผลพอสมควร และการแก้ไขจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง แต่ก็ยังเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าการที่ระเบียบกระทรวงการคลังอาจจะไม่ใช่หลักประกันที่เพียงพอเสมอไป

ชัดเจนเพื่อป้องกันการรั่วไหลที่อาจเกิดขึ้นในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ในระยะยาวนั้น ถ้าโรงพยาบาลยังอยู่ในระบบราชการ กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างกลไกในการกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินให้มีความรัดกุม แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องพยายามรักษาความคล่องตัวในการทำงานของหน่วยงานระดับล่าง ทางเลือกทางหนึ่งที่เป็นไปได้คือการสร้างระบบให้มีการตรวจสอบและคานอำนาจกันเองในหน่วยงานระดับล่างที่เกี่ยวข้อง ในปัจจุบันแม้ว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. ของแต่ละจังหวัดในแต่ละระดับนั้น จะมีองค์กรกลาง (เช่น คปสอ. ในระดับอำเภอ) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่อำนาจการต่อรองและการคานอำนาจของสถานพยาบาลเหล่านั้นยังไม่เท่าเทียมกัน เช่น สถานีนามัยกับโรงพยาบาลชุมชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบปัจจุบันซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้กุมเงิน สปร. สำหรับอำเภอนั้นๆ) ดังนั้น การตรวจสอบกันเองจึงเกิดขึ้นได้ยาก

## 5. สรุป

แม้ว่าจะเป็นที่เชื่อกันว่าอย่างกว้างขวางว่าการทุจริตจะสามารถทำให้ลดน้อยลงไปได้โดยการสร้างระบบและกลไกขึ้นมาป้องกัน แต่ที่ผ่านมา ความพยายามสร้างกลไกในการป้องกันการทุจริตในระบบราชการมักจะถูกกล่าวถึงอย่างเป็นนามธรรมในวงวิชาการ สื่อมวลชน หน่วยงานที่อยู่นอกระบบราชการ หรือจากหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่ไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับหน่วยงานราชการนั้นโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ และในหลายกรณีไม่ผู้จะได้รับความสนใจจากหน่วยงานราชการเองนัก ซึ่งผู้สังเกตการณ์ภายนอกมักมีความเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่แต่ละหน่วยงานจะพยายามรักษาผลประโยชน์และไม่ต้องการ “ทุบหม้อข้าว” ของตนเอง

ในแง่นี้ การผลักดันการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเองจึงเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าการปฏิรูปครั้งนี้ได้พยายามสร้างกลไกขึ้นมาในระบบราชการเอง และพยายามสร้างระบบการมีส่วนร่วมและการถ่วงดุลอำนาจระหว่างกระทรวง รวมทั้งการสร้างกลไกภายในกระทรวงเองที่เปลี่ยนจากการตัดสินใจโดยดุลยพินิจของรัฐมนตรีหรือผู้บริหารระดับสูงมาเป็นการตั้งคณะกรรมการซึ่งมีองค์ประกอบที่แน่ชัดมาทำหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ และพยายามดึงเอาผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการชุดต่างๆ ด้วย

บทความนี้ยังไม่สามารถประเมินผลความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ที่มีต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างรอบด้าน แต่ได้ชี้ให้เห็นว่าอย่างน้อยที่สุดการปฏิรูปครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการป้องกันการทุจริต และกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ชัดเจนไม่ให้ผู้มีอำนาจสามารถเบียดบังงบประมาณส่วนนี้ไปใช้ได้ง่าย ๆ ยังผลให้ผู้ที่ยพยายามหาผลประโยชน์ต้องหาทาง “แปลงงบ” และต้องเลือกใช้วิธีที่มีความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเปิดโปงการทุจริตฯ 1,400 ล้านบาทในที่สุด

## บรรณานุกรม

- กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. 2537. วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ "ปฏิรูปงรักษาผู้มีรายได้น้อย: คนจนได้ประโยชน์อะไร" *มติชน*. 2541.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. "ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการการเงินการคลัง : โครงการ สวัสดิการ รักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล" *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข* 1 (มกราคม - มีนาคม) : 24-42.
- สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2537. เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การพิจารณาจัดสรรงบประมาณสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.) ปีงบประมาณ 2538. 12 ธันวาคม.
- \_\_\_\_\_. 2540. คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. 2540b. เอกสารเตรียมการชี้แจงต่อคณะกรรมการฯ พิจารณา พรบ. งบประมาณ 2541 งานสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. 2541. คู่มือการบริหารงบประมาณและการบัญชีบัญชีงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและ ผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชญา ณ ระนอง. 2542. "แนวคิดและวิธีวัดความยากจนในประเทศไทย" *วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ ฉบับพิเศษ 60 ปีอาจารย์อัมมาร สยามวาลา*.
- อัญชญา ณ ระนอง มัทนา พนานิรามัย และปริญญารัตน์ เลียงเจริญ. 2541. *โครงการพัฒนาแบบสำรวจเพื่อ การสำรวจประชากรกลุ่มเฉพาะ (กลุ่มยากจนในเมืองและในชนบท)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

## ภาคผนวก

### ระเบียบกระทรวงการคลัง

### ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541

เพื่อให้การใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี หมวดเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนทั่วไป งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม กระทรวงการคลัง จึงวางระเบียบไว้ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2540 เป็นต้นไป

ข้อ 3 บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งอื่นใดในส่วนที่กำหนดไว้แล้วในระเบียบนี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4 ในระเบียบนี้

“เงินอุดหนุน” หมายความว่า เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี หมวดเงินอุดหนุนประเภทเงินอุดหนุนทั่วไป งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลที่มีค่าใช้จ่ายสมทบการออกบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

“หน่วยบริการ” หมายความว่า โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่นแต่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน หรือหน่วยงานอื่นใดในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการเพื่อการสาธารณสุขที่เป็นสถานอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณประโยชน์

“หน่วยบริการนอกสังกัด” หมายความว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นแต่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดส่วนราชการอื่นนอกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสังกัดภาคเอกชน ที่กระทรวงสาธารณสุขรับเข้าร่วมโครงการตามระเบียบนี้

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลหรือบัตรอื่นใดที่ทางราชการออกให้ เพื่อแสดงว่ามีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้โดยไม่คิดมูลค่า ตามระเบียบนี้

“สำนักงานคลังจังหวัด” หมายความว่ารวมถึงสำนักงานคลังจังหวัด ณ อำเภอด้วย

“จังหวัด” หมายความว่ารวมถึงกรุงเทพมหานครด้วย

ข้อ 5 วัตถุประสงค์ในการใช้จ่ายเงินอุดหนุน เพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงมีความช่วยเหลือเกื้อกูลโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งได้แก่บุคคลดังต่อไปนี้ ยกเว้นผู้ที่มีสิทธิตามกฎหมายหรือระเบียบอื่นอยู่แล้ว

- (1) ผู้ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- (2) ผู้มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์
- (3) เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
- (4) บุคคลผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพ
- (5) พระภิกษุ สามเณร นักบวช นักพรต และผู้นำศาสนา
- (6) ทหารผ่านศึก และครอบครัว

บุคคลตาม (4) (5) และ (6) ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลางกำหนด

ข้อ 6 บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดให้แก่บุคคลในข้อ 5 ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การตรวจและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ 7 ในส่วนกลางให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง” เรียกชื่อย่อว่า “กสปร กลาง” ประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายเป็นรองประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนการบัญชีกลาง ผู้แทนกรมประชาสัมพันธ์ ผู้แทนสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยผู้แทนกรุงเทพมหานคร ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และ/หรือโรงพยาบาลทั่วไป 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 4 คน ผู้แทนสภาการหนังสือพิมพ์หนึ่งคน ผู้แทนผู้มีสิทธิไม่เกิน 3 คน เป็นกรรมการ และผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้คณะกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี กรรมการซึ่งมิใช่ผู้แทนส่วนราชการที่พ้นตำแหน่งตามวาระ อาจได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งได้อีก แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 2 วาระ

ข้อ 8 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลางให้มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) กำหนดแนวทางและวิธีการปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ
- (2) กำหนดหลักเกณฑ์และพิจารณาให้ความเห็นชอบในการคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัดเข้าร่วมโครงการตามระเบียบนี้

- (3) พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินให้แก่จังหวัดโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2541 และ 2542 ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และ ร้อยละ 75 ของวงเงินงบประมาณที่จัดสรรให้ทุกจังหวัดรวมกันตามลำดับ และตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นไปต้องจัดสรรโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด
- (4) กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่หน่วยบริการและหน่วยบริการนอกสังกัด
- (5) กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการใช้จ่ายเงินอุดหนุนในการสนับสนุนการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค
- (6) กำหนดอัตราค่าบริการที่หน่วยบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกเขตอำเภอหรือจังหวัดและหน่วยบริการนอกสังกัด
- (7) ควบคุม กำกับและตรวจสอบให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิ
- (8) รับฟังและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ และจัดให้มีระบบการรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ
- (9) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ 9 ในแต่ละจังหวัดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งเรียกว่า "คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด" เรียกชื่อย่อว่า "กสปร. จังหวัด (...ชื่อจังหวัด...)" ประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน เทศมนตรีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาลทุกแห่ง ประธานสภาจังหวัด ประชาสงเคราะห์จังหวัด ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และ/หรือโรงพยาบาลทั่วไปคนหนึ่ง ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนคนหนึ่ง ผู้แทนหน่วยบริการนอกสังกัดที่เป็นหน่วยราชการคนหนึ่ง ผู้แทนหน่วยบริการนอกสังกัดที่เป็นหน่วยงานเอกชนคนหนึ่ง ผู้แทนกรรมการในองค์การบริหารส่วนตำบลคนหนึ่ง ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอคนหนึ่ง ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกันเป็นกรรมการและเลขานุการ หัวหน้างานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้กรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 1 ปี กรรมการผู้แทนที่พ้นตำแหน่งตามวาระอาจได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอีก แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 2 วาระ

ข้อ 10 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัดให้มีอำนาจหน้าที่ในเขตจังหวัด ดังนี้

- (1) กำหนดแนวทางและวิธีการปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง กำหนด
- (2) พิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัดเข้าร่วมโครงการเสนอ กสปร. กลาง ให้ความเห็นชอบ
- (3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่หน่วยบริการและหน่วยบริการนอกสังกัด และการใช้จ่ายเงินอุดหนุนในการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์ กสปร. กลาง กำหนด

- (4) ควบคุม กำกับและตรวจสอบให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน ให้นำหน่วยบริการการปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิ
- (5) รับฟังและแก้ไขปัญหาคอขวดในการดำเนินโครงการ และจัดให้มีระบบการรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ
- (6) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ 11 ให้ส่วนราชการผู้เบิกวงฎีกาเบิกเงินจากกรมบัญชีกลาง หรือสำนักงานคลังจังหวัดตามที่ได้รับอนุมัติเงินประจำงวด จากสำนักงานประมาณเป็นรายเดือน เดือนละไม่เกินหนึ่งในสี่ของเงินประจำงวด เว้นแต่กรณีจำเป็นต้องใช้จ่ายตามพันธะสัญญาหรือให้ทันปีงบประมาณ และไม่ต้องแนบเอกสารประกอบฎีกาแต่ให้หมายเหตุหลังฎีกาว่าเบิกจ่ายเป็นค่าอะไร จำนวนเท่าใด และของเงินประจำงวดใด

ข้อ 12 เมื่อส่วนราชการผู้เบิกได้รับเงินตามข้อ 11 ให้นำฝากธนาคารที่เป็นรัฐวิสาหกิจกรณีห้องที่อำเภอที่ตั้งส่วนราชการผู้เบิกใดไม่มีธนาคารที่เป็นรัฐวิสาหกิจให้นำฝากธนาคารพาณิชย์ได้ กรณีไม่มีธนาคารพาณิชย์ให้นำฝากธนาคารที่ใกล้เคียง

การฝากเงินตามวรรคหนึ่งให้แยกจากบัญชีเงินอื่นๆ โดยเปิดบัญชีเงินฝาก 2 ประเภท คือ ประเภทออมทรัพย์ และประเภทกระแสรายวัน ใช้ชื่อบัญชีว่า “บัญชีเงิน สปร.....(ชื่อหน่วยงาน)...” โดยให้คงยอดเงินฝากในบัญชีประเภทออมทรัพย์ และกรณีการส่งจ่ายเงินด้วยเช็คให้จ่ายจากบัญชีประเภทกระแสรายวัน โดยโอนยอดจำนวนเงินจากบัญชีประเภทออมทรัพย์ไปเข้าบัญชีประเภทกระแสรายวันเท่ากับจำนวนที่ส่งจ่าย

ข้อ 13 ให้ส่วนราชการผู้เบิกจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ กสปร กลาง หรือ กสปร จังหวัด แล้วแต่กรณีกำหนด และจ่ายให้หน่วยบริการนอกสังกัดตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ กสปร กลาง กำหนด

การจ่ายเงินให้หน่วยบริการตามวรรคหนึ่ง หน่วยบริการไม่ต้องยื่นใบเบิกเงินเพื่อจ่ายในราชการ (แบบ 4244)

ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีเงินสำรองไว้ที่ส่วนกลางภายในวงเงินไม่เกินร้อยละ 2.5 ของวงเงินประจำงวดเพื่อใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้แก่ หน่วยบริการและหน่วยบริการนอกสังกัดตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเพื่อใช้จ่ายเป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ กรณีมีเหตุจำเป็นพิเศษตามอนุมัติของ กสปร กลาง

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินวงเงินที่ กสปร. กลาง กำหนดเพื่อใช้สำรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้แก่ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกเขตอำเภอหรือจังหวัด หรือหน่วยบริการนอกสังกัด แทนหน่วยบริการที่รับขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในกรณีส่งผู้ป่วยรักษาต่อ หรือกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องตามคำสั่งผู้รักษา และเพื่อใช้จ่ายในการสนับสนุนการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

การจ่ายเงินของส่วนราชการผู้เบิกให้แก่หน่วยบริการและหน่วยบริการนอกสังกัดตามวรรคสามหรือวรรคสี่ ให้ใช้วิธีโอนบัญชีทางธนาคาร เมื่อได้โอนเงินเข้าบัญชีหน่วยบริการแล้วให้ถ่ายภาพหลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีหน่วย

บริการ ส่งให้หน่วยบริการเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการรับเงินจากส่วนราชการผู้เบิก กรณีจ่ายเงินด้วยเช็คให้ส่งจ่ายในนาม "บัญชีเงิน สปร....(ชื่อหน่วยงาน)..." ขีดฆ่าคำว่า "หรือผู้ถือ" และขีดคร่อมด้วย

ข้อ 14 การจ่ายเงินตามข้อ 13 ให้ใช้หลักฐานการจ่ายเงินตามระเบียบการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลังของส่วนราชการ พ.ศ. 2520 และที่แก้ไขเพิ่มเติมเป็นหลักฐานการจ่ายเพื่อให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบ

ข้อ 15 การเก็บรักษาเงินที่ได้รับตามข้อ 13 ของหน่วยบริการ ให้แยกบัญชีไว้ต่างหากจากบัญชีเงินอื่น และให้ปฏิบัติตามข้อ 12 โดยอนุโลม

ข้อ 16 การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ให้จ่ายได้ในลักษณะค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ ตามหลักเกณฑ์ที่ กสปร กลาง หรือ กสปร จังหวัด แล้วแต่กรณีเห็นชอบ ในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคอันจะมีส่วนช่วยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรค ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- (2) จ่ายเพื่อการตรวจและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- (3) จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลในกรณีส่งผู้ป่วยรักษาต่อ หรืออุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องตามคำสั่งผู้รักษา ค่ารักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับสถานพยาบาลเอกชนให้ใช้บังคับได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรกตามอัตราที่ กสปร กลางกำหนด

ค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่ง กรณีอุบัติเหตุจากกรณีให้ใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก่อน

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการต่างประเทศห้ามจ่าย

ข้อ 17 การจ่ายเงินตามข้อ 16 (3) ให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนอกเขตอำเภอหรือจังหวัด หรือหน่วยบริการนอกสังกัด ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิให้ใช้วิธีโอนบัญชีทางธนาคาร เมื่อได้โอนเงินเข้าบัญชีหน่วยบริการแล้ว ให้ถ่ายภาพหลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีส่งให้หน่วยบริการดังกล่าวเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการรับเงินจากหน่วยบริการ กรณีจ่ายเงินด้วยเช็ค ให้ส่งจ่ายในนาม "บัญชีเงิน สปร....(ชื่อหน่วยงาน)..." ขีดฆ่าคำว่า "หรือผู้ถือ" และขีดคร่อม การจ่ายเงินกรณีอื่นๆให้ส่งจ่ายด้วยเช็คในนามเจ้าหน้าที่ ขีดฆ่าคำว่า "หรือผู้ถือ" และขีดคร่อมด้วย

การจ่ายเงินตามข้อ 16 (3) หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนอกเขตอำเภอหรือจังหวัด ไม่ต้องยื่นใบเบิกเงินเพื่อจ่ายในราชการ (แบบ 4244)

การจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง ให้มีหลักฐานการจ่ายเงินตามระเบียบการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลังในหน้าที่ของอำเภอหรือกิ่งอำเภอ พ.ศ. 2520 และเก็บรักษาไว้เพื่อให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบ

ข้อ 18 การจ่ายเงินให้จ่ายภายในปีงบประมาณ กรณีมีเงินเหลืออยู่และยังไม่สิ้นสุดหรือยุบเลิกโครงการให้นำเงินที่เหลือไปสมทบจ่ายในปีงบประมาณต่อไปได้ กรณีสิ้นสุดหรือยุบเลิกโครงการแล้วปรากฏว่ามีเงินคงเหลืออยู่ในบัญชีเงินฝากธนาคารให้นำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

ข้อ 19 ดอกผลที่เกิดจากเงินฝากธนาคารให้ส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

ข้อ 20 การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง และอำนาจในการอนุมัติก่อนนี้ผูกพันให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ อำนาจในการอนุมัติการจ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบการเก็บรักษาเงินและการนำเงินคลังของส่วนราชการ พ.ศ. 2520 และที่แก้ไขเพิ่มเติม หรือระเบียบการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลังในหน้าที่ของอำเภอและกิ่งอำเภอ พ.ศ. 2520

ข้อ 21 ระบบบัญชีให้ปฏิบัติตามระบบบัญชีของทางราชการโดยอนุโลม เว้นแต่จะได้รับอนุมัติจากกระทรวงการคลังให้ปฏิบัติเป็นอย่างอื่น

ข้อ 22 วิธีปฏิบัติอื่นใดซึ่งมิได้กำหนดไว้ในระเบียบนี้ ให้ปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ 23 สำหรับหน่วยบริการนอกสังกัด ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแก่ผู้มีสิทธิก็จัดให้มีคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล มีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ตามที่ตกลงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของ กสปร. กลาง

การเก็บรักษา การจัดสรรและการใช้จ่ายเงินอุดหนุนของหน่วยบริการนอกสังกัดตามวรรคหนึ่ง ให้ปฏิบัติตามข้อ 14 ถึงข้อ 22 เว้นแต่หน่วยงานตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีกฎหมายบัญญัติให้มีฐานะเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานเอกชน ให้ปฏิบัติตามที่ตกลงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของ กสปร. กลาง

ข้อ 24 ในระหว่างที่ กสปร. กลาง ยังไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามข้อ 8 ให้ใช้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไปพลางก่อนได้ แต่ทั้งนี้ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ

ข้อ 25 ให้ปลัดกระทรวงการคลังเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2541

นายธารินทร์ นิมมานเหมินท์  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง