

การสัมมนาวิชาการประจำปี 2544

เรื่อง

ยุทธศาสตร์การจัดปัญหาความยากจน

กลุ่มที่ 4

ยุทธศาสตร์การสร้างระบบคุ้มครองทางสังคม

การคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน: จากการสงเคราะห์
ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Social Protection in Health for the Poor in Thailand: From
Welfare to Universal Coverage)

โดย

วิโรจน์ ณะรอง และ อัญชนา ณะรอง

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ร่วมจัดโดย

มูลนิธิชัยพัฒนา

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานประมาณ

และ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

สารบัญ

	หน้า
Executive Summary	v
1. ความเป็นมาของโครงการสร้างความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน	1
2. การจัดสรรเงินสำหรับโครงการความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน	4
2.1 แนวทางและกระบวนการจัดสรรงบประมาณ.....	6
3. การเข้าถึงคนจน: กรณีศึกษาการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยในโครงการ สปร.....	10
4. สองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ สปร.: การสงเคราะห์คนจนกับการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13
บรรณานุกรม	17

สารบัญตารางและกรอบ

	หน้า
ตารางที่ 1 งบ สปร. ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2522-44.....	5
ตารางที่ 2 สัดส่วนการออกบัตร สปร. ประเภทต่างๆ ต่อเป้าหมายที่คาดการณ์จากส่วนกลาง (ปีงบประมาณ 2543).....	11
ตารางที่ 3 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับ ผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543).....	12
กรอบที่ 1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2-3

Social Protection in Health for the Poor in Thailand: From Welfare to Universal Coverage

***Viroj NaRanong and
Anchana NaRanong***

Executive Summary

Thailand began her health welfare program for the poor in 1975 by providing free health care for the poor who come for service at the Ministry of Public Health's facilities. Since then, coverage had been expanded to include more and more disadvantaged groups. In 2000, almost one half of the entire population was eligible for the program. The actual number of the cardholders was approximately 20 millions (33% of the population). The annual budget of the program had increased substantially from 300 million baht in 1979 to 8,833 million baht in the year 2000. In 2001, however, the program is being transformed to the universal coverage of health care scheme under the slogan "30 Baht to cure every disease," which would cover every Thai citizen who is not currently under any other public insurance schemes such as the Civil Servant Maintenance Benefit Scheme (CSMBS) and the Social Security Program (SS).

During its lifetime of a quarter-century, the health welfare program for the poor had undergone many changes. A major financial reform took place in 1998, marked by the issuance of the Ministry of Finance's (MOF) Regulation on the program, which sets out the new budget-allocation rules for the program based on capitation. The MOF Regulation also stipulates that the national and provincial committees are to be appointed to govern the budget allocation process. In essence, the reform replaces the MOPH's former budget allocation procedures—which were often discretionary, with a set of rules. The major rule stipulated in the regulation is that, from the fiscal year 1998 up, at least 50% of the budget allocated to each province must be determined by number of the eligible population in the province (i.e., via capitation), with full capitation be introduced in the fiscal year 2000. Intra-provincial allocation would be done via decentralization by the provincial committee in accord to the rules set by the national committee. In 1999, the MOPH also proposed three models of intra-provincial budget allocation, i.e., (i) global budgeting (ii) inclusive capitation for each district, and (iii) capitation for outpatients in each district and provincial-pooled global budget for inpatients where per admission reimbursement would be determined by relative weight given to different Diagnostic-Related Groups (DRG). Most of these mechanisms are being adopted—with minor modifications, by the current universal coverage scheme.

The welfare program had a few major problems, including providers' complaints on insufficiency of fund and many users' concerns on quality of cares. However, the major blow has been the targeting problem. Two recent studies found that while the low-income cards were over-issued in half of the provinces of Thailand, less than one-fifth of the poor received the card and only one-thirds of the cardholders actually belong to the low-income group. This is one of the major reasons that many health reformers have rallied and successfully persuaded the politicians to replace the welfare program for the poor and the disadvantaged by employing the new universal health coverage program.

การคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน: จากการสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิโรจน์ ณะระนอง และ
อัญชญา ณะระนอง

1. ความเป็นมาของโครงการสร้างการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน

การให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงและใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยถือเป็นหน้าที่ประการหนึ่งของรัฐซึ่งบัญญัติเอาไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน¹ ซึ่งรัฐบาลชุดปัจจุบันเองก็ได้ผลักดันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งดำเนินการทั่วประเทศเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544 (ยกเว้น กทม. ชันใน ซึ่งคาดว่าจะเริ่มดำเนินการในปี 2545)

ในอดีต สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนบางแห่ง (ส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับศาสนา) จะจัดบส่วนหนึ่งไว้สงเคราะห์คนจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยการสงเคราะห์อยู่ในดุลยพินิจของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

ความพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาล มรว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งเริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้มีหลัก

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยและสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ข้อมูลที่ใช้ในบทความนี้มาจากผลการวิจัย “โครงการวิจัยประเมินผลการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล” ซึ่งเป็นโครงการวิจัยภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Health Care Reform in Thailand) ภายใต้การดูแลของมูลนิธิสาธารณสุขไทย และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสหภาพยุโรป (อัญชญาและวิโรจน์ 2544) และจากผลการศึกษาเบื้องต้นใน “โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ความเห็นทั้งหมดในบทความนี้เป็นของผู้เขียน ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด

¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 16 พ.ศ. 2540 ฉบับที่ 16 พ.ศ. 2540 มาตรา 52 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ”

“การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้” และ

“การป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ”

กรอบที่ 1 จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พ.ศ. 2518 เริ่มมีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (เป็นงบหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปให้สถานพยาบาล) มีการออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่น กทม. และจังหวัดใหญ่ โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย
- พ.ศ. 2519–2522 ยกเลิกการออกบัตร แล้วมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจเป็นผู้พิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือนสำหรับครอบครัว และให้หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณา
- พ.ศ. 2524–2525 ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวให้บัตรมีอายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตร สามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม
- พ.ศ. 2527–2530 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2527 โดยหลักเกณฑ์รายได้คงเดิม แต่กำหนดสถานพยาบาลในบัตร 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิสำเนา

(ต่อหน้า 3)

ประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 โครงการนี้ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆ และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)² และในที่สุดก็กลายมาเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งครอบคลุมประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพทั้งหมด (ดูประวัติวิวัฒนาการของโครงการด้านนี้โดยสังเขปในกรอบที่ 1)

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเริ่มออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยอย่างเป็นทางการเป็นระบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา และออกบัตรใหม่ทุกสามปี ในระยะแรกนั้น สถานพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาว่าบุคคลใดสมควรได้รับการสงเคราะห์ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (สปร.) จะต้องมียาได้ต่อเนื่องของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาท

² เป็นที่น่าสังเกตว่าชื่อโครงการเปลี่ยนจากโครงการ “สงเคราะห์” มาเป็น “สวัสดิการประชาชน” ซึ่งล้นกับ “สวัสดิการข้าราชการ”

กรอบที่ 1 (ต่อ)

- พ.ศ. 2530-2533 ออกบัตรสงเคราะห์ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวคือ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิสำเนา
- พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- พ.ศ. 2534-2537 ประกาศใช้ พ.ร.บ. พึ่งพุ่มสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
- พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาเข้ามาในโครงการด้วย
- พ.ศ. 2537 เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่ เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว
- พ.ศ. 2540-2543 ออกบัตร สปร. ระยะที่หก ใช้เกณฑ์รายได้เหมือนเดิม แต่เพิ่มสถานพยาบาลเป็นสองแห่ง (โรงพยาบาลหนึ่งแห่งและสถานีอนามัยหนึ่งแห่ง)
- พ.ศ. 2544 เกิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งปัจจุบันกำลังดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้น กทม. ชัยนา ซึ่งคาดว่าจะดำเนินการในปี 2545)

ที่มา: ปรับปรุงจาก อัญชณาและวิโรจน์ (2544)

หรือเป็นคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะต่ำกว่าเดือนละ 1,500 บาท ซึ่งเป็นเส้นแบ่งระดับความยากจนที่ใช้ตั้งแต่ปี 2524 ต่อมาเปลี่ยนแปลงเป็นรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาทหรือคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาทตั้งแต่ปี 2537 ถึงปัจจุบัน และขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนาอื่นๆ ทำให้โดยหลักการแล้ว โครงการนี้ควรครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิถึงประมาณร้อยละ 45 ของประชากรทั้งประเทศ แต่ในความเป็นจริงมีการออกบัตรให้ประชาชนผู้มีสิทธิไม่ครบทุกราย โดยในปี 2543 มีประชาชนที่ได้รับบัตร สปร. รวมทุกประเภทจำนวน 20 ล้านคนเศษ หรือประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งประเทศ แต่ก็ยังถือได้ว่าโครงการนี้เป็นหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดในประเทศไทย³

³ สำหรับหลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มคนจนนั้น ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ (formal sector) มีระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวมาเป็นเวลานานแล้ว และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา ก็มีโครงการประกันสังคมซึ่งครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชน นอกจากนี้ ยังมี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ สำหรับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจประกอบโครงการบัตรสุขภาพใบละ 500 บาท (สำหรับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าผู้มีรายได้น้อยในโครงการ สปร.) และประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน

นอกจากการสงเคราะห์ผู้มีบัตร สปร. (ซึ่งสถานพยาบาลจัดอยู่กลุ่ม “ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ก.”) แล้ว หัวหน้าสถานพยาบาลของรัฐยังสามารถใช้ดุลยพินิจในการให้การสงเคราะห์ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดโดยใช้บของสถานพยาบาลเอง (สถานพยาบาลจัดผู้รับการสงเคราะห์กลุ่มนี้เป็น “ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ข.”)

อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบการสงเคราะห์ที่ผ่านมาประสบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาความตรงของการออกบัตร (เช่น ในกรณีของบัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งคนจนบางส่วนไม่ได้บัตรและคนได้บัตรจำนวนมากไม่ใช่คนจน) และปัญหาคุณภาพของการบริการของบางโครงการ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นโครงการ “สงเคราะห์” แนวคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage หรือ UC) ซึ่งถือว่าการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน จึงถูกผลักดันจากบางฝ่ายในวงการสาธารณสุขมาตั้งแต่ประมาณปี 2536 แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องต่างก็มีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการนำแนวคิดนี้มาดำเนินการจริง ในช่วงกลางปี 2543 รัฐบาลได้ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาจัดทำ “ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” และในปี 2544 รัฐบาลชุดใหม่ได้นำแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาดำเนินการโดยเริ่มจากการขยายหลักประกันสุขภาพให้มาครอบคลุมกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันใดในปัจจุบันภายใต้ชื่อโครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มโครงการนำร่องใน 6 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการลงทุนทางสังคม หรือ SIP (ซึ่งเป็นโครงการที่ใช้เงินกู้จากธนาคารโลกมาสมทบกับงบประมาณในการดำเนินงานโครงการ สปร. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมา) ตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ต่อมาในเดือนมิถุนายน 2544 ก็มีจังหวัดเข้าร่วมโครงการนำร่องอีก 15 จังหวัด และเริ่มดำเนินการทั่วประเทศ (ยกเว้น กทม. ชันใน) เมื่อวันที่ 1 ตุลาคมที่ผ่านมา

2. การจัดสรรเงินสำหรับโครงการความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนจน

โครงการ สปน. (และ สปร. ในยุคต่อมา) ได้รับการอุดหนุนจากเงินภาษีทั้งหมด โดยประชาชนผู้มีสิทธิไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่จะมีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลบางประการ

ในระยะแรกนั้นรัฐบาลจัดสรรงบให้โครงการนี้ไม่มากนัก (300 ล้านบาทในปี 2522 หรือร้อยละ 7-8 ของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ดูตารางที่ 1) แต่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาทั้งงบ สปร. และงบของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่งบ สปร. เพิ่มขึ้นมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากการขยายความคุ้มครองไปสู่ประชากรกลุ่มใหม่ๆ แต่ถึงแม้จะพิจารณาเฉพาะงบที่เพิ่มขึ้นหลังจากปี 2536 จนถึงปี 2543 (ซึ่งเป็นช่วงหลังการขยายความคุ้มครองแล้ว) ก็จะได้เห็นว่างบ สปร. มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 14 ต่อปี

ตารางที่ 1 งบ สปร. ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2522-44

(ล้านบาท)

ปีงบประมาณ	งบ สปร. รวมทั้งประเทศ	% ของงบกระทรวง สาธารณสุข	อัตราเพิ่ม งบ สปร. (% ต่อปี)	หมายเหตุ
2522	300.0	7.5		
2523	350.0	7.8	16.7	
2524	350.0	6.3	0.0	
2525	476.7	7.2	36.2	
2526	603.0	7.6	26.4	
2527	659.7	7.6	9.4	
2528	721.8	8.0	9.4	
2529	678.5	7.3	-6.0	
2530	705.8	7.4	3.9	
2531	725.0	7.0	2.7	
2532	800.0	6.8	10.3	
2533	1,500	9.2	87.5	
2534	2,000	9.7	66.7	
2535	2,480	10.1	24.0	
2536	3,456	10.5	39.4	
2537	4,107	10.8	18.8	
2538	4,273	9.9	4.0	
2539	4,540	8.7	6.2	
2540	5,639	9.8	24.2	
2541	7,030 (9,532)	11.2	24.7 (69.0)	ได้รับจัดสรร 9,532.2 ล้านบาท แต่ถูกตัด งบสองครั้งหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ
2542	8,401	14.7	19.5	7,428.3 + 524.55 (งบนักเรียน) + 448.1 (งบโครงการ SIP)*
2543	8,833		5.1	7,835.1+ 524.55 (นักเรียน) + 473.69 (SIP)**
2544	8,306+		ข้อมูลยังไม่ครบ	7,835.1+ 471.12 (งบนักเรียนมัธยมต้น) แต่ยังไม่รวม 6 จังหวัดโครงการ SIP
2536-43			เฉลี่ย 14.3% ต่อปี	

หมายเหตุ: * งบโครงการ SIP (รวมเงินกู้และเงินสมทบของรัฐบาลไทย) สำหรับปีงบประมาณ 2542 ตั้งไว้ 560.0 ล้านบาท แต่ยอดเงินโครงการ SIP ในตารางนี้คำนวณจากยอดที่จัดสรรให้ 6 จังหวัดในปีงบประมาณ 2542 รวม 436.93 ล้านบาท หาดด้วย 0.975 (เพื่อปรับยอดร้อยละ 2.5 ที่กันไว้ที่ส่วนกลาง) ทั้งนี้ เนื่องจาก กสปร. กลาง ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 4/2541 ให้ลดวงเงินกู้และเงินสมทบในโครงการ SIP ลงในกรณีที่ยอดเงินรวมสูงเกินกว่าวงเงินที่ 6 จังหวัดจะได้รับจากการจัดสรรงบ สปร. ปกติ

** จำนวนจากยอดเงินจัดสรรให้ 6 จังหวัด 461.81 ล้านบาทหาดด้วย 0.975

ที่มา: อัญชานาและวิโรจน์ (2544)

เมื่อเทียบงบประมาณต่อจำนวนประชากรที่มีบัตรแล้ว งบ สปร. ตกประมาณ 403 บาทต่อคนในปี 2543⁴ หรือประมาณหนึ่งในห้าของงบต่อหัวที่รัฐบาลใช้ในโครงการสวัสดิการข้าราชการ อย่างไรก็ตาม งบส่วนนี้ไม่รวมเงินเดือนและงบลงทุนซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรให้สถานพยาบาลแยกต่างหาก และข้อมูลจากการศึกษาสถานพยาบาลหลายแห่งพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วสถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือนและค่าตอบแทนประมาณร้อยละ 50 ซึ่งถ้าใช้อัตราร้อยละนี้คำนวณโดยหยาบๆ ก็จะประมาณได้ว่างบที่รัฐบาลใช้สำหรับประชากรผู้มีบัตร สปร. ตกประมาณ 800 บาทต่อคน ซึ่งยังต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในโครงการประกันสังคม (ซึ่งเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนประมาณ 1,100 บาทต่อคน) และสวัสดิการ ข้าราชการ (เบิกจ่ายประมาณ 2,000 บาทต่อคน)

สำหรับงบประมาณในโครงการ "30 บาท" นั้น เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่าย (capitation) ในอัตรา 1,202 บาทต่อคน เมื่อหักงบลงทุน 93 บาทต่อคนและงบที่หักไว้ที่ส่วนกลางสำหรับจ่ายให้คนไข้อุบัติเหตุข้ามจังหวัด 32 บาทต่อคน และสำหรับกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เช่นการผ่าตัดสมองและหัวใจ) 25 บาทต่อคน ก็จะเหลือเงินจัดสรรไปที่สถานพยาบาล 1,052 บาทต่อคน ซึ่งต่ำกว่างบเหมาจ่ายในโครงการประกันสังคมเล็กน้อย รวมงบประมาณที่จัดสรรสำหรับโครงการนี้ 47,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2545 นอกจากนี้สถานพยาบาลจะมีรายได้จากการเก็บค่าบริการครั้งละ 30 บาท (ยกเว้นการบริการผู้มีสิทธิ สปร. เดิม ซึ่งทั้งหมดถูกเปลี่ยนมาเป็นบัตรทองหมวด "ท" และได้รับบริการฟรีเหมือนเดิม) แต่คาดว่าจะรายได้ส่วนนี้จะมีจำนวนไม่ถึง 3,000 ล้านบาทต่อปี

2.1 แนวทางและกระบวนการจัดสรรงบประมาณ

ก่อนปีงบประมาณ 2541 การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทางกระทรวงดำเนินการจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ที่ทางส่วนกลางเป็นผู้กำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรงบให้แก่จังหวัดต่างๆ ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2536 ถึง 2537 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนผู้มีบัตรสงเคราะห์ในจังหวัด หรือผลงานการบริการ เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2538 ใช้วิธีแยกงบออกเป็นสองส่วน ให้แก่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกลุ่มหนึ่ง และโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีอนามัยอีกกลุ่มหนึ่ง โดยการจัดสรรงบทั้งสองส่วนนี้มาจากส่วนกลางโดยตรง ในปี พ.ศ. 2539 ถึง 2540 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามค่าใช้จ่ายของจังหวัดในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินภาระค่าใช้จ่ายของแต่ละจังหวัดจากตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย โดยใช้ผลจากการประมาณการสมการถดถอยพหุ (multiple regression estimation)

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของโครงการนี้ในอดีตคือ สถานพยาบาลจำนวนมากมีความรู้สึกที่เงินงบประมาณที่สถานพยาบาลได้รับไม่สอดคล้องกับภาระงานและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (ทั้งในแง่ที่ระบบการ

⁴ งบที่ลงไปถึงสถานพยาบาลจะต่ำกว่า 400 บาทต่อคนเล็กน้อย เนื่องจากมีการหักไว้ที่ส่วนกลางร้อยละ 2.5 สำหรับชุดเซ็กเมนต์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหักไว้ที่จังหวัดประมาณร้อยละ 1 ของงบที่เหลือ

จัดสรรงบประมาณเป็นแบบงบประมาณรวม โดยสถานพยาบาลได้รับเงินเป็นก้อนซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ใช้บริการและชนิดของบริการ และในแง่ที่จำนวนเงินงบประมาณที่ได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงของสถานพยาบาลที่ใช้ในการบริการประชากรกลุ่มเป้าหมาย) สถานพยาบาลจึงมักมองกลุ่มเป้าหมายของโครงการเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะจำกัดการให้การรักษาพยาบาลแก่คนกลุ่มนี้ ทั้งทางด้านบริการและการใช้จ่าย จนทำให้กลุ่มเป้าหมายเองก็มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับบริการที่ดีหรือมีคุณภาพเท่าที่ควร ซึ่งปัญหาทั้งสองประการเป็นภาพที่ติดอยู่ในใจของสถานพยาบาลและผู้ใช้บริการมาเป็นเวลานาน ถึงแม้ว่าที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขจะได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรของโครงการมาหลายครั้ง

ในปี พ. ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ครั้งสำคัญ โดยใช้หลักการให้เงินตามจำนวนผู้มีสิทธิ (money follow patients) เพื่อจูงใจให้สถานพยาบาลปรับปรุงระบบการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนและประชาชนมากขึ้น การปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ครั้งนั้นเริ่มจากการผลักดันให้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541⁵ ซึ่งระเบียบนี้กำหนดให้จัดสรรงบ สปร. ไปสู่จังหวัดโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation)⁶ และจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษายาบาลทั้งในระดับประเทศ (คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษายาบาลส่วนกลาง หรือ กสปร. กลาง) และระดับจังหวัด (คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษายาบาลส่วนจังหวัด หรือ กสปร. จังหวัด) ขึ้นมาเมื่อต้นปี 2541 โดยคณะกรรมการในทั้งสองระดับประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องและใน กสปร. กลางมีตัวแทนของประชาชนผู้มีสิทธิและตัวแทนจากสื่อมวลชนด้วย (สภาการหนังสือพิมพ์) คณะกรรมการทั้งสองชุดมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินงบประมาณ แนวทางการปฏิบัติงาน และหลักเกณฑ์การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ควบคุมตรวจสอบ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ⁷

วิธีการจัดสรรเงินจากส่วนกลางไปยังจังหวัดจะจัดสรรตามจำนวนผู้มีสิทธิในจังหวัดนั้นๆ และกระจายอำนาจให้แต่ละจังหวัดพิจารณาวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลในจังหวัดของตนเอง (โดยคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษายาบาลส่วนจังหวัด หรือ กสปร. จังหวัด) ภายใต้หลักการที่จะส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันการจัดบริการที่มีคุณภาพระหว่างสถานพยาบาลด้วยกันเอง โดยเน้นที่สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลประจำครอบครัว (primary health care unit) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ สมมุติฐานข้อหนึ่งของการปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณครั้งนี้ก็คือการส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกจะ

⁵ แม้ว่าระเบียบดังกล่าวจะเป็นระเบียบของกระทรวงการคลัง แต่การผลักดันให้เกิดการออกระเบียบดังกล่าวมีจุดเริ่มมาจากเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข

⁶ เริ่มจากการเหมาจ่ายรายหัวร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2543 และเพิ่มเป็น 100% ในปีงบประมาณ 2543 เป็นต้นไป

⁷ ทั้งนี้ แนวทางหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย กสปร. จังหวัดจะต้องไม่ขัดกับข้อกำหนดของ กสปร. กลาง

เป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพของการบริการมากขึ้น เนื่องจากสถานพยาบาลจำเป็นต้องแข่งขันกันให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อดึงดูดให้ประชาชนมารับบริการจากสถานพยาบาลของตน และนอกจากการให้บริการรักษาพยาบาลแล้ว การปฏิรูปครั้งนี้กล่าวถึงความสำคัญกับกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแนวทางในการจัดสรรเงินให้กับกิจกรรมป้องกันโรคตามปริมาณบริการ (Fee for Service) หรือในรูปแบบอื่นอีกด้วย

ในการดำเนินการในปีต่อมา (ปีงบประมาณ 2542) นั้น ทางส่วนกลางเป็นผู้จัดสรรงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของโครงการ สปร. ให้แต่ละจังหวัด และให้ กสปร. จังหวัด เลือกรูปแบบการจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัดเอง โดยทางส่วนกลาง (สำนักงานประกันสุขภาพ) เสนอทางเลือกให้จังหวัดไว้ 3 ทางเลือกคือ (1) การจัดสรรเงินแบบงบประมาณยอดรวม (Global budget) ซึ่งเป็นวิธีการจัดสรรแบบเดิม⁸ (2) การจัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) ทั้งสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ (3) การจัดสรรแยกระหว่างผู้ป่วยนอก (Capitation) และผู้ป่วยใน (Diagnosis Related Group (DRG) ภายใต้ Global Budget)

ในปีงบประมาณ 2543 และ 2544 ได้มีความพยายามนำการลงทะเบียนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ และมีแนวคิดที่จะจัดสรรเงินตามข้อมูลในทะเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อที่จะให้บ่งชี้ได้สะท้อนการทำงานของจังหวัด แต่ยังมีปัญหาเรื่องฐานข้อมูลค่อนข้างมาก ในปีงบประมาณ 2543 จึงยังคงใช้ยอดบัตรที่รายงานและยืนยันเข้ามาโดยจังหวัดไปก่อน และเริ่มใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในงบประมาณ 2544 (โดยใช้ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2544)

ในเดือนเมษายน 2544 รัฐบาลได้เริ่มโครงการนำร่องของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มจาก 6 จังหวัดในโครงการ SIP และใช้กลไกและกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่เหมือนกับโครงการ สปร. แทบทุกประการ⁹ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณสำหรับบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเองก็ดำเนินการแบบ สปร. (งบแยกต่างหากจากเงินเดือน และไม่มีสถานพยาบาลของเอกชนเข้าร่วม) บัตรทองได้งบประมาณเท่ากับ สปร. กลุ่มรายได้น้อย (ซึ่งเป็นงบที่ต่ำสุดของกลุ่ม สปร.¹⁰) ทำให้ในกรณีที่สถานพยาบาลพบผู้ที่ยัง

⁸ แต่อยู่ภายใต้เงื่อนไขใหม่ซึ่งกำหนดโดย กสปร. กลาง ซึ่งกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินร้อยละ 10 ของงบ สปร. ของจังหวัด เพื่อใช้สำรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้หน่วยงานนอกเขตอำเภอหรือจังหวัดหรือหน่วยบริการนอกสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อใช้จ่ายในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ทั้งนี้ ให้ กสปร. จังหวัด เป็นผู้พิจารณาวงเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค และเกลี้ยบบที่เคลื่อนคืนให้หน่วยบริการ (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541)

⁹ โครงการ สปร. ในหกจังหวัดนี้ ซึ่งดำเนินการภายใต้งบจากโครงการ SIP มีแนวทางการดำเนินการที่แตกต่างจากจังหวัดส่วนใหญ่เล็กน้อย ตัวอย่างเช่น การจัดสรรงบประมาณระหว่างคนไข้นอกและคนไข้ในใช้อัตราส่วน 45:55 และจัดสรรงบคนไข้ในโดยนำมาของรวมทั้งจังหวัดและให้แต่ละสถานพยาบาลมาเบิกจ่ายตามอัตราเหมาจ่ายที่กำหนดสำหรับแต่ละกลุ่มโรค (Diagnostic Related Group, DRG)

¹⁰ งบ สปร. ที่จัดสรรให้ 6 จังหวัดในโครงการ SIP ในปีงบประมาณ 2544 เท่ากับ 477 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก/ปี แต่เนื่องจากจังหวัดกลุ่มนี้ออกบัตรทองให้เฉพาะประชากรกลุ่มที่ไม่มีสิทธิ สปร. (ซึ่งก็คือประชากรกลุ่มอายุ 13-59 ปีที่ไม่มีสิทธิอื่น) ซึ่งการจัดสรรงบใช้วิธีถ่วงน้ำหนักโดยให้น้ำหนักประชากรกลุ่มอายุ 13-59 ปี = 0.69 ทำให้บัตรทองได้งบประมาณต่อหัวในอัตรา $0.69 \times 477 = 329$ บาท/ปี (หรือ 164.50 บาทสำหรับช่วงครึ่งปีคือตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2544)

ไม่มีบัตรแต่ควรจะมีสิทธิ์ สปร. (เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและทหารผ่านศึก ฯลฯ) สถานพยาบาลจะมีแรงจูงใจออกบัตร สปร. มากกว่าบัตรทอง¹¹ เพราะสถานพยาบาลได้งบบต่อหัวจากการออกบัตร สปร. เหล่านี้มากกว่าการออกบัตรทอง¹²

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลได้เริ่มโครงการนำร่องกลุ่มที่สองในโครงการ “30 บาท” ในอีก 15 จังหวัด โดยนำบทที่เหลือจากการจัดสรรสมทบให้โครงการบัตรสุขภาพ (ซึ่งรัฐบาลให้หยุดขายไปแล้ว) มาสมทบในโครงการนำร่องกลุ่มที่สองนี้ การจัดสรรงบในจังหวัดกลุ่มนี้ใช้อัตรา 1,052 บาทต่อหัวต่อปี แต่จ่ายไปที่สถานพยาบาลเพียงครึ่งเดียวเนื่องจากถือว่าได้จัดสรรงบเงินเดือนและเงินลงทุนให้สถานพยาบาลไปแล้ว (ในทางปฏิบัติจะหารด้วย 3 อีกครั้งหนึ่งเพื่อปรับระยะเวลาจาก 12 เดือนเป็น 4 เดือน) ในด้านการจัดสรรงบภายในจังหวัดเองนั้น ส่วนกลางกำหนดให้จังหวัดเลือกวิธีจัดสรรงบหนึ่งในสองแบบคือ (1) การจัดสรรแบบเหมาจ่ายทั้งหมด (Inclusive capitation) หรือ (2) จัดสรรแยกระหว่างคนไข้นอก (ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวหรือ capitation) กับคนไข้ใน (ใช้ DRG) โดยจัดสรรงบคนไข้ในของจังหวัดในอัตราสำหรับคนไข้นอก:คนไข้ใน:งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค = 574:303:175 (รวมเป็น 1,052 บาทต่อหัวต่อปี) สำหรับสถานพยาบาลของเอกชนนั้น ส่วนกลางจัดสรรงบให้โรงพยาบาลเอกชนโดยตรง (1,052 บาทต่อหัวต่อปีโดยไม่แยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน)¹³

เป็นที่น่าสังเกตว่าในการดำเนินการของโครงการ “30 บาท” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงโครงการนำร่อง ได้ใช้กลไกและกระบวนการจัดสรรงบที่คล้ายคลึงกับโครงการ สปร. ในหลายๆ ด้าน เช่น การจ่ายเงินให้กับจังหวัดแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) การกำหนดให้จังหวัดจัดสรรเงินลงไปที่กองทุนอำเภอหรือสถานพยาบาลโดยตรง (ซึ่งในทางปฏิบัติโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ถือเงิน หรือ fund holder ของกองทุนอำเภอ) การตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนกลาง (ปสน. กลาง) และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปสน. จังหวัด) การให้จังหวัดเลือกจัดสรรงบแบบเหมาจ่ายทั้งหมด (inclusive capitation) หรือแยกกงบคนไข้ในมากรวมกันและเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) ซึ่งความคล้ายคลึงเหล่านี้ก็ไม่ใช่เรื่องที่อยู่เหนือความคาดหมายแต่อย่างใด เพราะตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นักปฏิรูปในกระทรวงสาธารณสุขหลายท่านที่เกี่ยวข้องกับโครงการ สปร. ต่างก็มุ่งหวังที่จะใช้โครงการ สปร. เป็นบันได (หรือ stepping stone) ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอด (ดูตอนที่ 4) เหตุผลสำคัญสองประการที่มักถูกหยิบยกขึ้นมาสนับสนุนความพยายามประการนี้คือ ประการแรก โครงการ สปร. ยังมีปัญหาในการเข้าถึงคนจน (mis-targeting problem) ค่อนข้างมาก และปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีมาเป็นเวลานานแล้วและยังไม่มีวิ้วว่าจะสามารถ

¹¹ ซึ่งตรงกับแนวทางที่ทางส่วนกลางกำหนดให้จังหวัดปฏิบัติ

¹² ข้อเสียเปรียบประการเดียวของบัตร สปร. ก็คือไม่สามารถเก็บค่ารักษาครั้งละ 30 บาทได้ ดังนั้น สถานพยาบาลอาจมีแรงจูงใจในการออกบัตรทองมากกว่าบัตรรายได้น้อย (ซึ่งได้งบบต่อหัวเท่ากัน)

¹³ แต่บางจังหวัดไม่แบ่งผู้ป่วยนอกให้โรงพยาบาลเอกชน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชน รับเฉพาะผู้ป่วยในกรณีที่สถานพยาบาลของรัฐส่งต่อให้ (refer) เท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติ สถานพยาบาลของรัฐมักจะไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน

แก้ไขไปได้โดยง่าย (ดูหัวข้อถัดไป) ทั้งๆ ที่โครงการ สปร. ได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่าสี่ทศวรรษ และได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เหตุผลสนับสนุนประการที่สองคือสำหรับครัวเรือนจำนวนมากไม่น้อย ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเป็น unanticipated shock ที่สามารถส่งผลกระทบในระดัที่พลิกฐานะความเป็นอยู่ของครัวเรือนได้อย่างรวดเร็ว โดยในแต่ละปีจะมีครัวเรือนที่ไม่ยากจนจำนวนมากที่เสี่ยงกับการตกลงของความยากจนได้อย่างรวดเร็วเมื่อสมาชิกของครัวเรือนป่วยหนัก ทำให้การให้หลักประกันด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นแต่การช่วยเหลือคนจนอาจเป็นหลักประกันที่ไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาความยากจนสำหรับกลุ่มเสี่ยง (ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก¹⁴) และควรหันมาใช้วิธีแก้ปัญหาโดยวิธีเฉลี่ยความเสี่ยงแทน และการเฉลี่ยความเสี่ยงในลักษณะนี้สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยโครงการของภาครัฐมากกว่าการพึ่งโครงการประกันภัยของธุรกิจเอกชน

3. การเข้าถึงคนจน: กรณีศึกษาการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยในโครงการ สปร.

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในการการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนบัตรที่ออกบัตรจริงก็คือความตรงของการออกบัตรรายได้น้อย ซึ่งมีปัญหาค่อนข้างมาก ตัวอย่างเช่น บางจังหวัดมีการออกบัตรรายได้น้อยแก่ประชากรในสัดส่วนที่สูงมาก (ดูตารางที่ 2 ข้างล่าง) สำหรับบัตรอื่นๆ นั้นมีปัญหาที่ออกบัตรได้ต่ำกว่าเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบัตรเด็ก บัตรทหารผ่านศึกและครอบครัว และบัตรภิกษุสามเณร¹⁵ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่เด็กที่มีฐานะดีพอสมควรมักจะไม่สนใจที่จะทำบัตร สปร. ให้เด็ก ทหารผ่านศึกและครอบครัว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กทม.) มักจะไม่สนใจทำบัตร สปร. เนื่องจากมีความรู้สึกว่าการทำบัตรทหารผ่านศึกได้รับสิทธิ์ที่ครอบคลุมมากกว่าบัตร สปร. หรือพระภิกษุและสามเณรเองก็เป็นกลุ่มที่สถานพยาบาลของรัฐไม่เคยเรียกเก็บค่าบริการอยู่แล้วไม่ว่าจะมีบัตรอะไรหรือไม่ และ/หรือพระภิกษุและสามเณรจำนวนมากไม่มีหลักฐานที่ต้องใช้ในการออกบัตรเป็นต้น¹⁶

¹⁴ แม้ว่าจะยังไม่ได้มีการศึกษาที่ชัดเจนในเรื่องนี้ แต่ก็พอจะกล่าวอ้างได้ว่ามีครัวเรือนส่วนน้อยเท่านั้นที่มีฐานะในระดับที่สามารถมั่นใจได้ว่าจะไม่ตกหล่นความยากจนถ้าเกิดการเจ็บป่วยหนักของสมาชิกที่สำคัญในครัวเรือน

¹⁵ แต่บัตรผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดภาคใต้สูงเกินกว่าเป้าหมายมาก

¹⁶ นอกจากปัญหาการใช้ตัวเลขการออกบัตรจริงในการจัดสรรงบ สปร. แล้ว เมื่อเปลี่ยนมาใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึกข้อมูลในปีงบประมาณ 2544 (ซึ่งสามารถตัดบุคคลที่มีสิทธิ์ซ้ำซ้อนหรือมีข้อมูลไม่ครบออก) จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่ายอดการออกบัตรรวมในปีงบประมาณ 2544 อยู่ในระดับต่ำกว่าในปีงบประมาณ 2543 และโครงการ 30 บาทกำลังประสบปัญหาในทำนองเดียวกัน กล่าวคือหลายจังหวัดมีจำนวนคนที่สำรวจได้ต่ำกว่าจำนวนในทะเบียนราษฎรมาก

ตารางที่ 2 สัดส่วนการออกบัตร สปร. ประเภทต่าง ๆ ต่อเป้าหมายที่คาดการณ์จากส่วนกลาง (ปีงบประมาณ 2543)

สัดส่วนการออกบัตร ต่อเป้าหมายที่คาดการณ์จากส่วนกลาง	จำนวนจังหวัด					
	บัตรรายได้ น้อย	บัตรเด็ก	บัตรผู้สูงอายุ	บัตรผู้พิการ	บัตรทหารผ่านศึก/ครอบครัว	ภิกษุสามเณร /ผู้นำศาสนา
> 1,000%	1 (อ่างทอง)			1 (นราธิวาส)		
201-500%	6*			3+	1 (เชียงราย)	3+++
121-200%	18		6	9	2	
101-120%	6	2***	18	12	0	3
81-100%	20	13	31	15	0	2
51-80 %	15	54	14	23	4	13
26-50%	4**	0	1 (กทม.)	5	20	35
< 25%		1 (กทม.)		2++	43 (รวม กทม (0))	14
รวม	70	70	70	70	70	70

หมายเหตุ: * นนทบุรี (ร้อยละ 481 ของเป้าหมาย) ออยุธยา (467) สมุทรปราการ (367) สระบุรี (270) เชียงใหม่ (250) และกาญจนบุรี (213)

** น่าน (31) จันทบุรี (44) เลย (44) และชุมพร (48)

*** ตาก (109) และระนอง (104)

+ อุตรธานี (278) บุรีรัมย์ (235) และสุราษฎร์ธานี (214)

++ กทม (10) และร้อยเอ็ด (21)

+++ สตูล (282) นราธิวาส (262) และปัตตานี (215)

ที่มา: อัญชญา และ วิโรจน์ (2544) (ปรับจากเอกสารประกอบการประชุม กลสปร. กลาง 3/2543 (ไม่รวม 6 จังหวัดโครงการ SIP)

ในด้านความตรงของการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้น การศึกษาล่าสุดโดยสำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543) ได้วัดความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตร โดยใช้นิยามดังต่อไปนี้คือ

ความครอบคลุม (คน)	= จำนวนคนจนที่ได้รับบัตร / จำนวนคนจนทั้งหมด
ความครอบคลุม (ครัวเรือน)	= จำนวนครัวเรือนยากจนที่ได้รับบัตร / จำนวนครัวเรือนยากจนทั้งหมด
ความตรงประเด็น (คน)	= จำนวนคนจนที่ได้รับบัตร / จำนวนคนที่ได้รับบัตรรายได้น้อยทั้งหมด
ความตรงประเด็น (ครัวเรือน)	= จำนวนครัวเรือนยากจนที่ได้รับบัตร / จำนวนครัวเรือนที่ได้รับบัตรรายได้น้อยทั้งหมด

4. สองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ สปร.: การสงเคราะห์คนจนกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เป็นโครงการที่มีจุดเริ่มจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2518 และปรับเปลี่ยนมาเป็นโครงการ สปร. โครงการนี้ผ่านดำเนินการมาเป็นเวลานานกว่าสี่ทศวรรษ โดยมีการปรับเปลี่ยนหลักการและวิธีการหลายครั้ง และในขณะนี้ได้มาถึงช่วงเปลี่ยนผ่านครั้งใหญ่ จากการที่รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ผลักดันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งได้เริ่มดำเนินการในทุกจังหวัด (ยกเว้นเขต กทม. ชั้นใน) เมื่อเดือนตุลาคมที่ผ่านมา และคาดว่าจะสามารถดำเนินการในขอบเขตทั่วประเทศภายในระยะเวลาไม่เกินหนึ่งปีข้างหน้า

การเข้ามาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” อย่างเต็มตัวหมายถึงการปิดฉากลงของโครงการบัตรสุขภาพ ในขณะที่ในอนาคตกองทุนประกันสังคมอาจจะขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวของผู้มีประกันตน (และอาจจะรวมไปถึงโครงการสวัสดิการข้าราชการด้วย) สำหรับโครงการ สปร. คงจะมีร่องรอยให้เห็นอยู่ เนื่องจากผู้มีสิทธิ สปร. (ซึ่งกลายเป็นผู้ถือบัตรทองหมวด “ท”) จะยังคงได้รับสิทธิในการรับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 30 บาท ถึงแม้ว่าชื่อโครงการ สปร. คงจะค่อยๆ เลือนหายไปก็ตาม

แต่ถ้าเราย้อนกลับไปดูพัฒนาการของโครงการ สปร. ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ก็จะพบว่าโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งออกแบบขึ้นมาเพื่อเป็นโครงการสงเคราะห์คนจน ได้วิวัฒนาการมาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หรือ สปร. ซึ่งค่อยๆ ขยายออกไปครอบคลุมประชากรกลุ่มต่างๆ เพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ในนามของกลุ่มบุคคลที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกลุ่มต่างๆ (ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก นักเรียน ทหารผ่านศึก นักบวชและผู้นำศาสนา) จนกระทั่งในปัจจุบันโครงการนี้ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิเกือบครึ่งประเทศ โดยในปัจจุบันนั้น กลุ่มผู้มีรายได้น้อยกลายเป็นกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่งในบรรดาประชากรที่มีสิทธิในโครงการ สปร. เท่านั้น

แม้ว่าวิวัฒนาการของโครงการ สปร. จะก่อให้เกิดความกังวลจากผู้เห็นว่าควรใช้งบที่มีอยู่จำกัดนี้สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ไม่อยู่ในฐานะที่ช่วยตัวเองได้ และให้ผู้ที่จะช่วยตัวเองได้รับการชำระเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของตนเอง แต่ก็ยังมีผู้เห็นว่าหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน และที่ผ่านมามางฝ่ายในกระทรวงสาธารณสุขเองก็หวังที่จะใช้โครงการ สปร. เป็นตัวจักรที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งประเทศต่อไป

เป็นที่น่าสังเกตว่าสองมุมมองที่เกี่ยวกับทิศทางโครงการ สปร. ในอนาคตเป็นสองมุมมองที่ขนานไปกับมุมมองที่มีต่อโครงการแก้ไขปัญหาคาความยากจนส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ที่ต้องการแก้ไขปัญหานี้มีจุดเริ่มต้นจุดยืน และแนวทางในการแก้ไขปัญหาก็แตกต่างกัน

มุมมองแรกเป็นมุมมองที่ให้ความสนใจกับความจำกัดของทรัพยากรในประเทศที่ยากจนหรือประเทศกำลังพัฒนาและอาจจะรวมถึงประเทศที่ประสบกับวิกฤตเศรษฐกิจซึ่งมีทรัพยากร (โดยเฉพาะ

การศึกษานี้ได้ผลซึ่งสนับสนุนความเชื่อที่มีอยู่เป็นเวลานานในบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับโครงการ สปร. ว่า “คนจนไม่มีสิทธิ์ สิทธิเป็นของอภิสิทธิ์ชน” (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นในการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543)

	ทั่วประเทศ	เขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้
ความครอบคลุม (% คริวเรือน)	17	20	16	11	39	19	10
ความตรงประเด็น (% คริวเรือน)	35	20	39	32	20	40	17
ความครอบคลุม (% คน)	16	22	15	11	17	18	11
ความตรงประเด็น (% คน)	28	14	32	29	28	31	15

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543)

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าความครอบคลุมในการออกบัตรยังอยู่ในระดับต่ำมาก โดยเฉลี่ยทั่วประเทศความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 16-17 ซึ่งหมายความว่ามีความมีคนจนประมาณหนึ่งในหกเท่านั้นที่ได้รับบัตรผู้มีรายได้น้อย ในด้านความตรงประเด็น (สัดส่วนของผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยที่เป็นคนจน) นั้นข้อมูลเฉลี่ยทั่วประเทศอยู่ที่ร้อยละ 28 (สำหรับบุคคล) และร้อยละ 35 (สำหรับครัวเรือน) โดยความผิดพลาดในด้านนี้เกิดมากในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล แต่ในทุกพื้นที่ไม่มีพื้นที่ใดที่มีอัตราความตรงประเด็นสูงกว่าร้อยละ 40 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยที่ไม่ใช่คนจนมีจำนวนมากกว่าที่เป็นคนจนจริงๆ

ในแง่นี้ กระบวนการออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งสามารถครอบคลุมคนจนเพียงร้อยละ 16-17 ถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวของโครงการที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพของคนจน หรืออีกนัยหนึ่งโครงการเหล่านี้เข้าไม่ถึงคนจนจริงๆ (ถึงแม้ว่ามีอย่างน้อย 31 ที่ออกบัตรรายได้น้อยมากกว่าจำนวนที่คาดการณ์โดยส่วนกลาง) เนื่องจากมีคนไม่จนจำนวนมากที่ต้องการบัตรดังกล่าว ซึ่งแม้ว่าการออกบัตรให้คนไม่จนอาจจะไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายในตัวเอง เนื่องจากคนที่ได้บัตรส่วนใหญ่อาจจะเสี่ยงที่จะตกหล่นความจนได้เช่นกัน แต่การที่บัตรรายได้น้อยจำนวนมากถูกแบ่งไปให้คนที่ไม่จน ทำให้โครงการประสบความล้มเหลวในการเข้าถึงและเป็นที่ยอมรับของคนจนจริงๆ และเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่สนับสนุนการเปลี่ยนจากระบบการสงเคราะห์แบบเจาะจงคนจนมาเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal health care coverage)

ทรัพยากรของภาครัฐ) อยู่จำกัด จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร และควรใช้ทรัพยากรของภาครัฐไปช่วยเหลือผู้ที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ โดยให้ผู้ที่พอมีกำลังความสามารถช่วยตัวเอง ซึ่งวิธีดังกล่าวจะทำให้รัฐมีทรัพยากรมากพอในการช่วยเหลือคนจนได้อย่างมีคุณภาพ ตัวอย่างที่ผู้สนับสนุนแนวทางนี้มักจะหยิบยกขึ้นมาเสนอก็คือ ถ้ารัฐบาลตั้งเป้าที่จะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลฟรีกับประชาชนทั่วประเทศ ข้อจำกัดทางด้านงบประมาณที่มีอยู่จำกัดจะทำให้ไม่สามารถจัดโครงการที่มีคุณภาพได้ ทำให้คนจนได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำเช่นเดิม ขณะที่ผู้ที่มีฐานะดีก็จะไม่มาใช้บริการในโครงการเนื่องจากไม่มั่นใจในคุณภาพของการบริการ แต่ถ้างบประมาณที่มีอยู่มาใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลของคนจน (และให้คนที่ไม่จนรับภาระค่ารักษาพยาบาลของตนเอง) ก็จะทำให้มีเงินมากพอที่จะจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับคนจนได้ ถึงแม้ว่าการมีบริการที่ดีสำหรับคนจนจะทำให้มีคนไม่จนที่ทำได้เป็นคนจนเพื่อเข้ารับประโยชน์ แต่เมื่อรวมกันแล้วก็น่าจะยังเป็นภาระของภาครัฐน้อยกว่าในกรณีที่ย้ายความช่วยเหลือไปครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ผู้ที่เชื่อในแนวทางนี้จึงมีความเห็นว่าการนำงบประมาณของภาครัฐไปช่วยกลุ่มที่ช่วยตัวเองได้ (เช่นการขยายความคุ้มครองของโครงการ สปร. ไปยังเด็กและผู้สูงอายุทุกราย) เป็นการขยายตัวของโครงการที่หลงทิศผิดทาง

มุมมองที่สองเชื่อว่าปัญหาความยากจนเกิดจากการขาดศักยภาพ (เช่น การศึกษาต่ำ ทำให้ขาดทางเลือกในการประกอบอาชีพ) หรือประสบเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง (เช่น การเจ็บไข้ได้ป่วย หรือตกงาน หรือสถานการณ์อื่นๆ ที่มีลักษณะเป็น shock) การแก้ปัญหาความยากจนในระยะยาวควรเน้นไปที่การสร้างโอกาสทางการศึกษา (เช่น การให้การศึกษาฟรีถึงระดับมัธยมหรือสูงกว่า) แก่ปัญหาการสิ้นเนื้อประดาตัวเมื่อเจ็บป่วย (เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพ) และให้หลักประกันการว่างงาน ส่วนโครงการที่เป็นสวัสดิการควรจะเป็นโครงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเสียมากกว่า (ตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือเมื่อประสบภัยธรรมชาติ) สำหรับนโยบายช่วยเหลือคนจนนั้น ผู้ที่เชื่อในแนวทางนี้ไม่สนับสนุนให้มีนโยบายแก้ไขปัญหาความยากจนที่แยกออกมาจากนโยบายสาธารณะอื่นๆ หรือสนับสนุนมาตรการที่จำเพาะสำหรับคนจน (poor-targeting) แต่อาจจะเห็นด้วยกับการจัดสรรทรัพยากรในลักษณะที่มุ่งเน้นบางพื้นที่ (area targeting) เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการต่างๆ มากขึ้น ตัวอย่างเช่น ในกรณีประชาชนในบางพื้นที่ (เช่น ในบางภาคหรือบางจังหวัด หรือในพื้นที่เขตชนบท) ขาดโอกาสในการศึกษาหรือสถานพยาบาลที่มีคุณภาพทัดเทียมกับภูมิภาคอื่นหรือในเขตเมือง รัฐบาลก็สามารถเลือกใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างความทัดเทียมด้านโอกาสให้มากขึ้น

ผู้ที่เชื่อในมุมมองที่สองนี้ ยังมีแนวโน้มที่จะเชื่อด้วยว่าการที่คนจนมีจำนวนลดลงมีส่วนทำให้การแก้ปัญหาความยากจนมีความยากลำบากมากขึ้น เพราะแต่เดิมนั้น เพียงแค่ทำให้เศรษฐกิจเจริญเติบโตจำนวนคนจนก็จะลดลงเอง¹⁷ แต่หลังที่คนจนลดลงมามากแล้ว คนที่ยังจนตกดาน (ultra poor หรือ persistent poor) มักเป็นครัวเรือนที่มีลักษณะเฉพาะ¹⁸ ซึ่งการแก้ปัญหาจะต้องวิธีที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

¹⁷ ถึงแม้ว่าอาจจะมีคนบางส่วนจนลงจากการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจแต่ก็มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนคนจนที่ลดลงมาก

¹⁸ เช่น มีผู้พิการ ไม่มีสมาชิกวัยทำงาน มีการหย่าร้าง มีอาชีพบางอย่าง อยู่ในพื้นที่ที่การคมนาคมไม่สะดวก การศึกษาต่ำ ดินเหล้าหรือการพนัน ฯลฯ)

และนอกจากจะให้สิทธิและบริการหรือความช่วยเหลือต่างๆ แล้ว ในบางกรณีอาจต้องหันมาใช้ social worker ช่วยด้วย

นอกจากนี้ การที่คนจนมีจำนวนลดน้อยลง ก็มีส่วนทำให้การหาตัวคนที่จนจริงๆ ทำได้ลำบากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของแนวทางหรือโครงการพัฒนาที่ออกมารองรับคนจนโดยเฉพาะ (poor-targeting program) และมีบ่อยครั้งที่มีคนพยายามทำตัวเป็นคนจนเพื่อที่จะได้รับผลประโยชน์จากโครงการเหล่านั้น ในขณะที่เดียวกัน การที่จำนวนคนจนลดลงมากก็ทำให้การกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศหรือยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศในอนาคตมีความจำเป็นต้องหันมาสนใจ คนส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งไม่ใช่คนจนด้วย ซึ่งในหลายกรณี คนกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาที่มีความสำคัญมากกว่าในอนาคต

เป็นที่น่าสังเกตว่านอกจากมุมมองหลังนี้จะขู่ว่าจะประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการมองในระดับปรัชญาแล้ว ก็ยังมีมุมมองและเหตุผลในระดับปฏิบัติบางประการที่มาสสนับสนุนหรือคัดค้านการปรับเปลี่ยนทิศทางของโครงการจากโครงการที่เป็นโครงการสงเคราะห์หรือสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยมาเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งประเทศ

เหตุผลสนับสนุนในในระดับปฏิบัติการที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ ในปัจจุบันกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกลายเป็นกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่งในบรรดาประชากรที่มีสิทธิ์ในโครงการ สปร. แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่กระบวนการออกบัตร สปร. มีปัญหามากที่สุด โดยมักปรากฏว่าผู้มีรายได้น้อยซึ่งสมควรได้รับบัตรนี้ไม่ได้บัตร ขณะที่ผู้ที่ได้รับบัตรรายได้น้อยจำนวนมากมีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวางมาเป็นเวลานานแล้ว ในกรณีหลังนั้น นอกจากจะเกิดจากการมีเส้นสายในหมู่บ้านแล้ว ในหลายพื้นที่ยังเกิดจากเจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นของกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาในการหาตัวคนจน การศึกษาของอัญชญา และวิโรจน์ (2544) พบว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการออกบัตรในหลายจังหวัดไม่สนใจใช้เกณฑ์รายได้ของที่ส่วนกลางกำหนดมาว่าให้ออกบัตรให้ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน 2,800 บาทต่อเดือน¹⁹ และคนโสดที่มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน เนื่องจากเจ้าหน้าที่เหล่านี้เห็นว่ารายได้ที่กำหนดนั้นต่ำเกินไป และถ้าใช้เกณฑ์ดังกล่าวก็จะแทบไม่มีคนที่เข้าเกณฑ์ในหมู่บ้านที่ตนรับผิดชอบเลย เจ้าหน้าที่บางแห่งก็พลิกแพลงวิธีพิจารณาโดยดูจากเงินออมของครัวเรือนแทนการใช้รายได้ ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของโครงการ แต่ปัญหาในด้านนี้ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังมาเป็นเวลานานจะสามารถแก้ไขได้ทันทีเมื่อมีการปรับขยายโครงการ สปร. มาเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งประเทศ

ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกันอีกประการหนึ่งก็คือ วิธีการวัดความยากจนแบบต่างๆ ที่ใช้กันอยู่ (โดยเฉพาะการวัดจากรายได้ของครัวเรือน) เป็นวิธีวัดแบบหยาบๆ ที่เหมาะสำหรับใช้ศึกษาสถานการณ์ความยากจนในภาพรวมมากกว่าที่จะใช้วัดความยากจนของแต่ละบุคคลหรือครัวเรือน ในความเป็นจริงนั้นฐานะของครอบครัวนั้นมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์แวดล้อมค่อนข้างมาก ตัวอย่างเช่น ครัวเรือนที่เคยมีฐานะพออยู่พอกินอาจกลายเป็นครัวเรือนที่สิ้นเนื้อประดาตัวได้ทันตาเห็นเมื่อผู้ที่เคยเป็นกำลังหลัก

¹⁹ เกณฑ์นี้ได้มาจากเส้นความยากจนของครัวเรือนเฉลี่ยในประเทศไทย (ซึ่งมีสมาชิกในครัวเรือนประมาณ 4 คน)

ในการทำมาหากินของครอบครัวล้มป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ในกรณีเช่นนี้ การสร้างหลักประกันสุขภาพที่เป็นหลักประกันยามฉุกเฉิน (safety net) ที่ครอบคลุมประชาชนอย่างกว้างขวางจึงน่าจะเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการช่วยเหลือคนจนมากกว่าการช่วยเหลือที่เจาะจงที่ตัวคน ซึ่งนอกจากจะมีปัญหาในการคัดเลือกคนที่มีสิทธิแล้ว ยังมักจะไม่สามารถยกระดับคุณภาพให้ทัดเทียมกับคุณภาพบริการสำหรับกลุ่มอื่นๆ ด้วย เพราะยังมีสวัสดิการที่มีคุณภาพดีขึ้นเท่าใด ก็จะมีแรงจูงใจที่จะดึงดูคนที่ไม่จนเข้ามาในโครงการมากขึ้นเท่านั้น

ปัญหาใหญ่ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ โครงการประเภทนี้มักเป็นโครงการที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก และมักมีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศในยุโรปที่มีโครงการเหล่านี้มักจะเก็บภาษีในอัตราที่สูงกว่าประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นภาษีมูลค่าเพิ่มหรือภาษีเงินได้ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันรัฐบาลเองก็ตั้งงบประมาณในด้านสาธารณสุขในแต่ละปีเป็นจำนวนไม่น้อย การศึกษาโดยศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ (2543) ประมาณว่างบประมาณที่ภาครัฐต้องใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังจากที่ยุบรวมสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ เข้าด้วยกัน จะตกประมาณปีละหนึ่งแสนล้านบาท ซึ่งสูงกว่างบด้านสาธารณสุขที่ใช้กันอยู่กระจายในปัจจุบัน (รวมประมาณ 80,000 ล้านบาท) ไม่มากนัก แต่ก็ยังต้องการงบเพิ่มขึ้น 30,000-40,000 ล้านบาทต่อปีในระยะแรก และยอดเงินรวมสำหรับโครงการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 200,000 ล้านบาทในปี 2553 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส. 2544) แต่รัฐบาลก็ได้ตั้งความหวังเอาไว้ว่าจะสามารถดำเนินโครงการนี้ในปีงบประมาณ 2545 โดยตั้งงบเพิ่มให้กระทรวงสาธารณสุขเพียง 7,000 ล้านบาท

ในที่สุดแล้ว การตัดสินใจว่าจะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไปในทิศทางใดย่อมขึ้นกับการตัดสินใจของฝ่ายการเมือง ซึ่งก็มีคำตอบที่ชัดเจนแล้วว่าฝ่ายการเมืองยังคงเลือกแนวทางที่คล้ายคลึงกับแนวทางที่ถูกเลือกมาโดยตลอด กล่าวคือเลือกแนวทางที่ค่อยๆ ขยายฐานของโครงการออกไปครอบคลุมประชากรในวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ และไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด ในการเลือกเดินไปในแนวทางหลังนี้ ชื่อโครงการ "สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล" หรือ สปร. คงจะเลือนหายไปเป็นที่สุด แต่วิญญาณ (spirit) ของทางเลือกนี้ก็ยังคงสอดคล้องกับหนึ่งในสองปรัชญาที่เป็นตัวจักรในการผลักดันโครงการ สปร. ในสี่วศตวรรษที่ผ่านมา และผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะนำบทเรียนต่างๆ จากโครงการ สปร. มาใช้ในการดำเนินการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป²⁰

²⁰ ดูัญญาและวิโรจน์ (2544) สำหรับบทเรียนจากโครงการ สปร. ที่น่าจะนำมาพิจารณาในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กสปร. กลาง เอกสารประกอบการประชุม กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541 ถึง 1/2543.

กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. 2537. *วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544. *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project). *รายงานผลการดำเนินการระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2540-2543*. กรุงเทพฯ: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

ชวลิต นิลวรังกูร และคณะ. 2542. *การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โครงการวิจัยนำร่องการพัฒนารูปแบบในพื้นที่ปฏิบัติการจังหวัดขอนแก่น 2540-2542*.

วิโรจน์ ณ ระนอง. 2544. "รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาวิจัยเพื่อการบริหารกระทรวงสาธารณสุขที่โปร่งใสเพื่อประชาชน (ระยะที่ 1)" สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย รายงานวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพร จีรววัฒน์กุล และคณะ. 2541. "รายงานการวิจัยเรื่อง ประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป". มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. 2540. *กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล Diagnosis Related Groups for the Low Income Patients*. รายงานการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2543. "แนวทางการบริหารโครงการเงินกู้ IBRD (SIP) สำหรับรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูลในพื้นที่ 6 จังหวัด พะเยา ยโสธร นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ยะลา."

_____. 2542. "สรุปผลการดำเนินงานเบื้องต้นโครงการเงินกู้ IBRD (SIP) โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล ปีงบประมาณ 2542 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดพะเยา ยโสธร นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ยะลา."

_____. 2541. *คู่มือการบริหารงบประมาณและการบัญชีบัญชีงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- _____ . 2540. คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- _____ . 2540b. เอกสารเตรียมการชี้แจงต่อคณะกรรมการฯ พิจารณา พ.ร.บ. งบประมาณ 2541 งานสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- _____ . 2540. กลุ่มวิจัยโรคร่วมของผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล Diagnosis Related Groups for the Low Income Patients. รายงานการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____ . 2540 “สรุปสาระสำคัญของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้ต่ำ และผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)” เอกสารประกอบการประชุมโครงการพัฒนา ชุดโครงการวิจัยประเมินผล การปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
- _____ . 2537. เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การพิจารณาจัดสรรงบประมาณสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.) ปีงบประมาณ 2538. 12 ธันวาคม.
- สำนักนโยบายและแผนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 12 จังหวัด (2543). ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้ต่ำ รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543).
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2541. “ปฏิรูปการรักษาผู้มีรายได้ต่ำ: คนจนได้ประโยชน์อะไร” มติชน. 2541.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2535. การจ่ายเงินค่าตอบแทนเพื่อบริการผู้ป่วยรายได้ต่ำ: ผลกระทบต่อสถานภาพเงินบำรุงโรงพยาบาล. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2542. “ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง: โครงการสวัสดิการรักษายาของผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล” วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 1 (มกราคม – มีนาคม) : 24-42.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. 2543. รายงานผลการศึกษานโยบายเบื้องต้น การวิจัยและพัฒนาระบบการคลังสาธารณสุขของสถานพยาบาลของรัฐในระดับจังหวัด .
- อำนาจ กาจันะ และคณะ. 2543. รายงานผลการศึกษารวมการบริหารจัดการงบประมาณประกันสุขภาพ โครงการบัตรประกันสุขภาพ และโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก ประเทศไทย.

อัญชญา ณ ระนอง. 2542. "แนวคิดและวิวัฒนาการความยากจนในประเทศไทย." *วารสารเศรษฐศาสตร์
ธรรมศาสตร์ ฉบับพิเศษ 60 ปีอาจารย์อัมมาร สยามวาลา*.

อัญชญา ณ ระนอง มัทนา พนานิรามัย และปริญญารัตน์ เลี้ยงเจริญ. 2541. *โครงการพัฒนาแบบสำรวจ
เพื่อการสำรวจประชากรกลุ่มเฉพาะ (กลุ่มยากจนในเมืองและในชนบท)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
เพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

อัญชญา ณ ระนอง และวิโรจน์ ณ ระนอง. 2544. *รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยประเมิน
ผล โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เสนอมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข*.

_____. 2543. "การสร้างกลไกป้องกันการทำทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข:กรณีศึกษาการปฏิรูป
ระบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)" เอกสาร
ประกอบการสัมมนาวิชาการประจำปี 2543 เรื่องสังคมโปร่งใสไร้ทุจริต ของสถาบันวิจัยเพื่อการ
พัฒนาประเทศไทย วันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2543.

ภาษาอังกฤษ

Bardhan P., and C. Udry. 1999. *Development Microeconomics*. Oxford University Press.

Dasgupta, Partha. 1993. *An Inquiry into Well-Being and Destitution*. Oxford: Clarendon Press.

Donaldson, Cam, and Karen Gerard. 1993. *Economics of Health Care Financing: the Visible
Hand*. London: Macmillan.

Feldstein, Paul J. 1999. *Health Care Economics*. Albany: Delmar Publishers.

Griffin, Charles C. 1990. "Health Sector Financing in Asia," University of Oregon, Department of
Economics, Eugene, Oregon.

Hong, Phua Kai. and Nicholas Prescott. 1998. "Achieving Universal Coverage of Health Care
Through Appropriate Use of Insurance and Other Financing Methods," Paper Presented
at the International Seminar on Health Care Financing Reform, Bangkok, Thailand.

Klugman, Jeni et al. 1996. *A survey of Health Reform in Central Asia*. World Bank technical
paper NO.344 Social Challenges of Transition Series. Washington, D.C.

Larsson, A. 1996. "The European Social Model. Can We Afford it?" *Eurohealth Vol 2, No. 2*.
WHO Regional Office for Europe.

- Nutayarumphong, S. and A. Mills (eds.). 1998. *Achieving Universal Coverage of Health Care*. Bangkok: Office of health Care Reform.
- Newhouse, Joseph P. 1970. "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital," *American Economic Review*, Vol. 60, No. 64.
- Ovretveit, John. 1995. *Purchasing for Health: A multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Buckingham: Open University Press.
- Rasell, Edith, Bernstein, Jared, and Tang, Kainan. 1994. "the Impact of Health Care Financing on Family Budgets" *International Journal of Health Services*, Vol.24, NO.4 pp.691-714.
- Roemer, Milton I. 1991. *National Health Systems of the World*. Volume one: The Countries. New York: Oxford University Press.
- Savas, B.S. 1998. "The Changing Welfare State in Western Europe; Role and Theory Manifested in Health Sector Reform," Paper presented to The Symposium of Health Sector Reform in East Asia, Tokyo, 3-5 July 1998.
- Stiglitz, Joseph E. 1989. "On the Economic Role of the State," in A. Heertje (ed.) *The Economic Role of the State*. Oxford: Basil Blackwell.
- Wolf, Charles Jr. 1993. *Markets or governments: Choosing between imperfect alternatives*. Second edition. RAND Research Study. Cambridge and London: MIT Press.