



ที่ นร ๑๑๑๗/๑๙๔๔

สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
๑๒๘ อาคารพญาไทพลาซ่า ถนนพญาไท กทม. ๑๐๔๐๐

๘ ตุลาคม ๒๕๔๗

เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เรียน นายกรัฐมนตรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เกี่ยวกับ “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค: การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง”

ด้วย สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้พิจารณาเห็นว่าตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช ๒๕๔๐ หมวด ๕ ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๘๒ รัฐต้องจัดและส่งเสริม การสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนทุกคน มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐได้เริ่มนโยบาย “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ขึ้น โดยมีกระบวนการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐบาลกับประชาชน มีเป้าหมาย คือ สุขภาวะ ตามหลักประกันสุขภาพพอเพียง เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งนโยบายดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องการความคิดเห็น ความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นแนวทางการบริหารโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เป็นประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สภาที่ปรึกษาฯ จึงได้มอบหมายให้คณะทำงานสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดำเนินการศึกษาและจัดประชุมสัมมนา พร้อมกับศึกษาผลที่เกี่ยวข้องร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาชน เพื่อเสนอแนะโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ให้แก่รัฐบาล ในประเด็นดังนี้ คือ ๑. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ๒. พัฒนาคุณภาพบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓. การจัดสรรงบประมาณ ๔. การแก้ปัญหาคอขวด

/ สภาที่ปรึกษา...

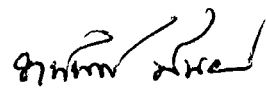
สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในคราวประชุมครั้งที่ ๑๕/๒๕๔๗ เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๔๗ ได้พิจารณาผลการศึกษาของคณะทำงานฯ ดังกล่าว และมีมติให้เสนอความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ “โครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค : การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึง บริการของประชาชนระดับล่าง” พร้อมให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมจากการประชุมสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้ (รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

- ๑) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ได้มีการพัฒนากลไกเชิงโครงสร้าง ดังนี้
  - ๑.๑) กลไกการมีส่วนร่วมใน “การบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพ”
  - ๑.๒) กลไกการมีส่วนร่วมใน “การดำเนินการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพ”
  - ๑.๓) กลไกเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
  - ๑.๔) กลไกการมีส่วนร่วมในการสร้างระบบร้องทุกข์ภาคประชาชน
  - ๑.๕) กลไกการมีส่วนร่วมในการรับข้อมูลข่าวสาร
  - ๑.๖) กลไกการมีส่วนร่วมของกลุ่มเฉพาะ
- ๒) การพัฒนาคุณภาพบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - ๒.๑) สนับสนุนให้มีโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - ๒.๒) จัดทำมาตรฐานการให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย
  - ๒.๓) พัฒนาสถานีนอมาัยให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพของ ชุมชน
  - ๒.๔) จัดให้มีระบบการนำส่งผู้ป่วยจากชุมชนมายัง โรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและทันการ
- ๓) การจัดสรรงบประมาณ
  - ๓.๑) ดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตามรายหัวของผู้รับบริการ และส่งงบทั้งหมดลงไปถึงหน่วยให้บริการในระดับจังหวัด
  - ๓.๒) จัดให้มีกองทุนฉุกเฉิน (Contingency Fund, CF) เพื่อใช้ในการปรับช่วยด้านงบประมาณ

- ๓.๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยเฉพาะบัญชี และฐานข้อมูลการให้บริการ
- ๓.๔) พัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณตามภารกิจของหน่วยงาน
- ๔) การแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำไม่เสมอภาคของการกระจายบุคลากร และสถานบริการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากผลการพิจารณาเป็นประการใด ขอให้โปรดแจ้งให้ทราบในโอกาสแรกด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายอนันต์ ปันยารชุน)

ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

โทร. ๐ - ๒๖๑๒ - ๖๕๖๖

โทรสาร ๐ - ๒๖๑๒ - ๕๑๗๕ - ๘๐

## สรุปสาระสำคัญของผลการศึกษา

### “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ คือการวิเคราะห์การดำเนินงานในกระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพ ประเมินความพร้อมของหน่วยงานที่ให้บริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนระดับล่าง<sup>1</sup> ที่ได้รับบริการ และงบประมาณของรัฐที่ให้การสนับสนุน โดยประเมินประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาลที่ดำเนินการเมื่อ 1 เมษายน 2545 ก่อนที่พระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติจะประกาศใช้เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2545

ในการศึกษานี้ได้ผลจากการสัมภาษณ์ประชาชนที่มีบัตรทองและเจ็บป่วยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ที่อยู่ในชุมชน 2,500 ตัวอย่าง และกลุ่มเฉพาะ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้อาศัย ในชุมชนแออัด และผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลอีก 2,500 ตัวอย่าง ใน 25 จังหวัด และการสัมภาษณ์บุคลากร สาธารณสุขระดับผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน การสนทนากลุ่มของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิคู่สัญญา (Contracting Unit for Primary Care Board หรือ CUP Board) และกลุ่มประชาชนใน 10 จังหวัด ตลอดจนการจัดเวที 4 ภาค ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอนแก่น นครสวรรค์ และกรุงเทพฯ ในการรับฟังความคิดเห็นในเรื่องการมีส่วนร่วม ของชุมชน หลังจากนั้นได้จัดให้มีการนำเสนอผลการศึกษาโดยการเปิดเวทีสาธารณะซึ่งมีผู้เข้าร่วมรวม 207 คน จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ ผลการศึกษานำไปสู่ข้อสรุปในเรื่องของประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล โดยเฉพาะในเรื่องการมีส่วนร่วมของภาค ประชาชนดังต่อไปนี้

#### 1. ประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารกลุ่มศึกษามีความเห็นด้วยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และเข้าใจ เป้าหมายของโครงการว่าเป็นหลักประกันในด้านสุขภาพของประชาชน จึงได้พยายามดำเนินการเพื่อให้บริการ มีประสิทธิภาพ ทั้ง ๆ ที่มีข้อจำกัดในด้านความแรงรัดของนโยบาย และปัญหา การกระจายสถานพยาบาล และบุคลากร

ประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการ 30 บาท จากงานวิจัยนี้ ได้แก่

##### 1.1 ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ

ในปี 2544 – 2545 มีการจัดสรรตามรายหัวของผู้รับบริการเป็นการจัดสรรที่เสมอภาค ทำให้ สถานบริการที่ขาดแคลนห่างไกลที่รับผิดชอบประชากรมากแต่มีบุคลากรน้อย สามารถจัดสรรงบประมาณในการ

---

<sup>1</sup> ในการศึกษานี้ ประชาชนระดับล่าง หมายถึง ประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพ ในพื้นที่ 25 จังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกในการศึกษา ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไปในชุมชน และ กลุ่มเฉพาะต่างๆ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้อาศัยในชุมชนแออัด และผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

จัดจ้างหรือเตรียมการเพิ่มบุคลากร และการสนับสนุนการให้บริการได้ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ ต่อมาในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่ โดยหักเงินเดือนของบุคลากรทั้งหมดก่อนค่อยจัดสรรตามรายหัวของผู้รับบริการ เป็นปัญหาการดำเนินโครงการในสถานบริการที่ขาดแคลนเหล่านั้นมาก

จากข้อมูลจำนวนประชากร บุคลากร และสถานพยาบาลของ 10 จังหวัดที่ทำการศึกษานี้ กระจายอยู่ใน 4 ภาค และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่บริหารระดับจังหวัดและกรรมการระดับอำเภอชี้ให้เห็นว่า การใช้ระบบจัดสรรงบประมาณโดยหักเงินเดือนบุคลากรก่อนนั้น ไม่เป็นไปตามหลักการแห่งความเสมอภาคและความเท่าเทียม มีผลกระทบต่อกระจายบุคลากรและระบบบริการที่ประชาชนไปใช้บริการ โดยพิจารณาได้จากจำนวนงบประมาณต่อประชากรที่จังหวัดต่าง ๆ ได้รับความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก อีกทั้งจำนวนบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล ต่อประชากร มีความแตกต่างกันมาก เป็นความไม่เสมอภาคของระบบบริการ หากผนวกรวมรายรับที่โรงพยาบาลได้รับจากแหล่งอื่นนอกจากโครงการ 30 บาท ก็จะพบว่าโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากต่อประชากร จะอยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญซึ่งมีรายรับจากแหล่งอื่นมากกว่าพื้นที่ห่างไกล ความไม่เสมอภาคของจำนวนบุคลากรดังกล่าว ยังมีความแตกต่างด้านประสบการณ์ของบุคลากร เช่น โรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยในพื้นที่ห่างไกลมีแพทย์จบใหม่ที่ทำงานไม่เกิน 1 ปี 1-2 คน ให้บริการแก่ประชาชนทั้งพื้นที่เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางเป้าประสงค์ที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม และมีคุณภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ ให้เป็นผลต่อเนื่องระยะยาว

### 1.2 ประสิทธิภาพการบริหารระบบยาและเวชภัณฑ์

ผลจากการศึกษาไม่สามารถวัดเป็นปริมาณได้ว่ามีสถานพยาบาลมากน้อยเพียงใดที่บริหารระบบยาอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ให้ในเชิงคุณภาพและรูปแบบการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพได้ เช่น การนำนโยบายการใช้ยาที่เหมาะสมมาบริหารการจัดการจัดหา โดยมีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee, PTC) และแพทย์ได้มีส่วนร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษา (Practice guideline) และมาตรฐานการรักษา (Standard Treatment) พยายามสั่งใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งพยายามจัดหายาในรูปแบบของรวมศูนย์จัดซื้อ เพื่อให้ได้ยาดีและประหยัดงบประมาณ นอกจากนี้มีการขยายกรอบยาที่ใช้ที่สถานอนามัย ให้รักษาพยาบาลได้ครอบคลุมโรคเรื้อรัง การให้มียาไว้สำหรับแพทย์ที่ไปให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) แนวโน้มดังกล่าว เป็นการทำให้ระบบมีการขยายบริการที่ตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

แต่มีข้อค้นพบที่เป็นปัญหาคือ มีการผลักภาระค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยเพื่อที่สถานบริการไม่ต้องแบกรับภาระ เช่น สั่งยาให้คนไข้ต้องซื้อยาที่มีราคาแพงนอกสถานบริการ ทั้ง ๆ ที่ยานั้นเป็นยาจำเป็นในบัญชียาหลักแห่งชาติและผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้ยานั้นตามที่กำหนด กรณีตัวอย่างเช่นนี้ จำเป็นจะต้องมีการศึกษาหาสาเหตุและความเหมาะสม เพราะทำให้ประชาชนไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจ และเสียสิทธิ์ต่อสถานบริการและโครงการฯ

### 1.3 ประสิทธิภาพในการให้บริการ

ประสิทธิภาพในการให้บริการ สามารถวัดจากผลลัพธ์การให้บริการ โดยศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ทั้งผู้ใช้สิทธิและไม่ใช้สิทธิบัตรทอง พบว่า ในฐานะผู้ป่วยนอกได้ผลการรักษาดีขึ้น ร้อยละ 84 และ 83 ตามลำดับ ในฐานะผู้ป่วยในพบร้อยละ 73 และ 42 ตามลำดับ ซึ่งแสดงผลให้เห็นว่าประชาชนได้รับ

ประโยชน์ในด้านบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 72 ให้ความเห็นว่า คุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังโครงการ 30 บาท ส่วนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า แม้ PCU จะยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดให้มีแพทย์มาประจำ แต่ได้มีความพยายามในการปรับปรุงประสิทธิภาพตามอัตรา โดยมีการหมุนเวียนกำหนดเวลาให้แพทย์ได้ไปบริการตาม PCU ในสังกัด รวมทั้งการให้พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลมาช่วยบริการรักษาพยาบาลที่ PCU ขณะเดียวกัน กำหนดให้มียาจำเป็นต่อโรค การปรับปรุงสถานที่ การขยายรูปแบบบริการลงไปสู่ระดับล่าง ทำให้ประชาชนอุ่นใจในเรื่องของการบริการที่เพิ่มขึ้นในสถานที่ใกล้บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการประจำอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการไปในทิศทางที่ดีขึ้น กล่าวได้ว่าประสิทธิภาพการให้บริการขึ้นกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ซึ่งพบมีการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น ในภาพรวมเจ้าหน้าที่ทุกระดับสนับสนุนโครงการ และพยายามที่จะดำเนินการตามนโยบาย แต่ระบบการจัดการจากส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลงข้อตกลงหลายอย่างที่ไม่มีความชัดเจน โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณซึ่งเป็นอุปสรรคในระยะยาว ในการวางแผนที่จะเพิ่มประสิทธิภาพด้านกำลังคน และในปี 2548 กฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ให้อำนาจสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถซื้อบริการตรงกับหน่วยบริการโดยไม่ผ่านกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่มั่นใจว่าระยะยาว จะมีการปรับเปลี่ยนอย่างไรอีกหรือไม่

อย่างไรก็ตาม จากการเสนอความเห็นจากกลุ่มประชาชน เห็นว่าการบริการที่ดำเนินการอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเน้นการขยายการบริการมาก เห็นว่าเป็นการ “ทำสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาล” หรือ “การทำสาขาของโรงพยาบาล” จึงมีข้อเรียกร้องจากภาคประชาชนคือ เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพให้แก่ชุมชนในการมีส่วนร่วมในการบริการระดับ PCU โดยมุ่งเน้นการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม ให้ระบบการแพทย์แผนไทยเข้ามาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการให้บริการ

## **2. การเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง**

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจประชาชนผู้มีสิทธิและการสนทนากลุ่ม สามารถวิเคราะห์ถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

### **2.1 การครอบคลุมประชาชน**

ตัวชี้วัดของการมีบัตรทองหรือการครอบคลุมประชาชนที่มีบัตรทอง เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของโอกาสของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพ พบว่าประชาชนเกือบทั้งหมดได้รับการครอบคลุมสิทธิในการมีหลักประกันสุขภาพ แม้ว่าระบบการให้บริการจะยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการทุกด้านของประชาชน แต่ก็มีแนวโน้มที่แสดงว่า ประชาชนมีหลักประกันและได้รับการภายใต้ระบบเพิ่มมากขึ้น เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Catastrophic Illness) มีรูปแบบจากประชาชนจำนวนมากที่บอกว่า ถ้าไม่มีโครงการ 30 บาท ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องสิ้นเนื้อประดาตัว จากการศึกษาที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่า ประชาชนเข้ามาสู่ระบบมากขึ้น และมีการจ่ายเงินในกระเป๋าของตนเองน้อยลง จนมีข้อสังเกตว่าประชาชนจะพึ่งพิงระบบมากขึ้น โดยขาดการพึ่งพิงตนเอง แต่จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการไม่เป็นเช่นนั้น คือ ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยประชาชนยังมีพฤติกรรมไม่แตกต่างจากก่อนมีโครงการ 30 บาท จำนวนผู้

มารับบริการระดับล่างทั้งที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่ยังมีข้อมูลแตกต่างกันเกี่ยวกับจำนวนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีรายงานทั้งที่เพิ่มขึ้นและลดลง

แม้ว่าโดยภาพรวม ประชาชนเกือบทั้งหมดจะมีบัตร ได้รับการครอบคลุมสิทธิในการมีหลักประกันสุขภาพ แต่ยังมีที่ตกสำรวจ ซึ่งในการศึกษานี้พบ 17.7 คนต่อ 100 คราวเรือน หากหักส่วนที่ยังไม่ได้ไปทำบัตร ส่วนที่เป็นเด็กแรกเกิด และกลุ่มที่รอรับบัตร แล้วจะเหลือส่วนที่ตกสำรวจน้อยมาก จะเหลือเพียง 5.5 คนต่อ 100 คราวเรือนเท่านั้น การแก้ปัญหาให้กับผู้มีสิทธิแต่ไม่ได้บัตรยังจำเป็นต้องมีการดำเนินการต่อไป การศึกษานี้ยังพบว่ามีกลุ่มสิทธิซ้ำซ้อนถึงร้อยละ 3 เนื่องจากมีสิทธิราชการ รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม

## **2.2 ระยะเวลาและการเดินทางไปรับบริการในสถานบริการที่กำหนดในบัตร**

การพิจารณาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขนั้น ได้พิจารณาในด้านระยะเวลาและการเดินทางไปยังสถานบริการที่ถูกกำหนดในบัตร ผลการศึกษา พบว่า ระบบมีความยืดหยุ่นไม่ยืดแต่เพียงข้อกำหนดให้ใช้สิทธิตามเขตภูมิศาสตร์ มีการให้ใช้บริการข้ามเขตได้ระหว่างรอยต่อจังหวัดและอำเภอ โดยให้เลือกไปใช้สถานบริการที่มีความสะดวกได้ เป็นการตกลงกันภายในระหว่างสถานบริการ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีบางพื้นที่ยึดตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด

## **2.3 การรับรู้ต่อคุณภาพบริการ**

การมีบัตรทองเพียงอย่างเดียวไม่สามารถยืนยันการเข้าถึงบริการได้ หากประชาชนไม่ไปใช้สิทธิหรือไม่พอใจในการให้บริการ จากการศึกษาที่มีข้อมูลที่ชี้ว่า มีประชาชนที่มีบัตรทองจำนวนไม่น้อยที่เลือกไปใช้สิทธิตามรักษาจากสถานบริการอื่น เช่น คลินิกเอกชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดความมั่นใจในคุณภาพบริการหรือการให้บริการที่ไม่ดี ข้อมูลจากกลุ่มประชาชนในการสนทนากลุ่มชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลยังให้บริการที่ไม่ดีพอกับประชาชน ประชาชนไม่มีส่วนรับรู้หรือแสดงความเห็นต่อระบบบริการ และได้สะท้อนความไม่พอใจต่างๆ เช่น ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพการให้บริการ เป็นต้น

นอกจากนี้ ตัวอย่างรูปธรรมเกี่ยวกับการรับรู้ด้านคุณภาพของยาที่ประชาชนได้รับ พบว่าโรงพยาบาลยืนยันข้อมูลว่า ยาที่โรงพยาบาลใช้คือเป็นยาที่มีคุณภาพมาตรฐาน แต่ประชาชนมีความรู้ดีกว่า ยาในโครงการ 30 บาท มีคุณภาพต่ำ และอาจจะได้บริการยาที่ดีกว่าถ้าหากเสียเงินเอง กรณีเหล่านี้จะคลี่คลายมากขึ้น หากให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลและเป็นกลไกในการทำความเข้าใจกับการให้บริการของโรงพยาบาล

การวัดความพึงพอใจของประชาชนในโครงการ 30 บาท เป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งของการเข้าถึงบริการ ซึ่งในภาพรวมประชาชนมีความพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพสูงมาก จนกล่าวได้ว่ารัฐบาลมีความสำเร็จด้านการทำให้เกิดประชานิยม แต่ในการประเมินความพึงพอใจทางอ้อมโดยถามถึงความต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลพบว่าถึงร้อยละ 45 ต้องการเปลี่ยน

## **2.4 การรับรู้สิทธิประโยชน์โครงการหลักประกันสุขภาพ**

ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพ มีความรู้แต่เพียงว่าเมื่อไปรับการรักษาจะเก็บเงินแค่ 30 บาท เท่านั้น ผู้พิการส่วนใหญ่ไม่รู้สิทธิในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รู้สิทธิการใส่ฟันปลอมฐานพลาสติกและการลอกตัดตา การที่ประชาชนยังไม่รับรู้สิทธิประโยชน์ที่แท้จริงทำให้สถานบริการต้องดำเนินการในเรื่องนี้ด้วยควบคู่ไปกับการให้บริการ การพิจารณาแนวทางการให้ข้อมูลประชาชนผ่านระบบเครือข่ายกลุ่มหรือผู้นำชุมชน เป็นวิธีที่ประชาชนเห็นว่ามีประสิทธิภาพ

## 2.5 การบริหารจัดการระบบส่งต่อ

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนหนึ่งมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสถานบริการระดับต้นๆ มีการกักคนไข้ไม่ส่งต่อจึงไม่ไปใช้บริการระบบส่งต่อ จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง ซึ่งการบริหารจัดการในระบบส่งต่อมีความสัมพันธ์กับการจ่ายเงินตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group, DRG) พบว่า บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหารส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรค่า DRG ที่แตกต่างกันในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งที่เป็นการรักษาในโรคเดียวกันด้วยมาตรฐานเดียวกัน โดยตั้งข้อสังเกตว่า ถ้าค่าใช้จ่ายในการให้บริการในบางที่สูง ทั้ง ๆ ที่ได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน แสดงว่าการให้บริการในที่นั้นไม่มีประสิทธิภาพ แต่ทำไมจึงได้รับการตอบแทนด้วยการกำหนดค่า DRG ที่สูงกว่า ในทางกลับกัน หากผลลัพธ์ของสถานบริการที่ได้ค่า DRG น้อยมีคุณภาพต่ำ นั่นคืออัตราเสี่ยงของคนไข้จะมีสูง ทำไมจึงยังปล่อยให้มีการให้บริการในคุณภาพที่ไม่แน่นอนต่อชีวิตคนไข้ได้ไม่ส่งต่อ

## 2.6 ภาระในการจ่ายเงินเมื่อเจ็บป่วย

การจ่ายเงินเมื่อเจ็บป่วยแล้วไปใช้บริการบัตรทอง ซึ่งรวมถึงค่ารถและอื่น ๆ เป็นอีกปัจจัยหลักของการเข้าถึงบริการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาระในการจ่ายเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่เป็นภาระแต่อย่างไรก็ตามยังพบกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าเป็นภาระอยู่ถึงร้อยละ 29.3 และ 34.1 ในกลุ่มอำเภอเมืองและอำเภอไกลตามลำดับ

## 3. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

จากการศึกษาในส่วนของภาคประชาชนในเรื่องการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพพบว่า ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งๆ ที่บทบัญญัติ มาตรา 18 (8), มาตรา 18 (9), และมาตรา 47 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้ว่า เป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชนในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ตาม ดังนั้นประชาชนจึงยังไม่มีกลไกที่จะร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันให้สอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

การไม่มีส่วนร่วมดังกล่าวยังพบได้ทั้งในเรื่องความรู้ข้อมูลของโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยประชาชนยังขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอีกมาก เช่น การจัดสรรงบประมาณ เรื่องสิทธิประโยชน์ ขั้นตอนในการรับบริการจากสถานบริการ ศักยภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล ระบบการส่งต่อคนไข้ และความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพยาที่ได้รับ เป็นต้น แม้ภาครัฐจะมีการจัดระบบรับเรื่องร้องทุกข์ในรูปแบบต่างๆ ผลการศึกษาชี้ว่า ระบบรับเรื่องร้องทุกข์ที่รัฐจัดขึ้นในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ การรับเรื่องแล้วไม่นำไปสู่การแก้ปัญหา ทั้งยังมีบางกรณีที่มีการปกป้องผู้ให้บริการ นอกจากนี้ประชาชนกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ยังขาดการมีส่วนร่วมในระบบ ประชาชนกลุ่มเฉพาะมีความต้องการบริการสุขภาพของแต่ละกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ จึงจำเป็นต้องรับฟังข้อมูลจากกลุ่มพิเศษต่างๆ ดังกล่าวด้วย



แม้ว่าจะพบปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมในหลายประเด็นดังกล่าว แต่จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ค้นพบศักยภาพและความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนโดยชุมชนท้องถิ่น ร่วมกันขับเคลื่อนภารกิจ อันส่งผลต่อสุขภาวะของชุมชน ในพื้นที่ศึกษาหลายพื้นที่ สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนภาคประชาชนในการจัดการตนเอง ในด้านสุขภาวะจะเห็นว่าแต่ละกรณีศึกษา ก็มีความแตกต่างตามเงื่อนไขและปัจจัยส่งเสริมของแต่ละท้องถิ่น ก่อรูปขึ้น โดยความต้องการของชุมชน มิใช่เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้กำหนด อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินงานสร้างสุขภาพของตนเอง โดยแนวคิดชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community – based) เลย คณะผู้วิจัยเห็นว่า การสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการนั้น มีความจำเป็นต้องปรับกระบวนการสนับสนุนด้านกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบใหม่ ที่มองสุขภาพแบบองค์รวม คือ สุขภาวะ และต้องเสริมพลังประชาชน (Empowerment) ให้ชุมชนได้มีโอกาสจัดการตนเอง ด้วยทุนทางสังคม วัฒนธรรม โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวย จึงจะสามารถนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน พึ่งตนเอง และพอเพียง

ในการรับฟังความเห็นจากเวที 4 ภาค ได้มีข้อเสนอที่สอดคล้องกันว่ามีความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการระบบเนื่องจากการรักษาสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า ประชาชนต้องการมีบทบาท ตั้งแต่การมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในทุกระดับ ทั้งจังหวัด อำเภอ และตำบล การร่วมกำหนดนโยบายและแผน การเป็นตัวกลางในการรับรู้ปัญหา รับรู้ข้อมูลจากประชาชน มีบทบาทในการการตรวจสอบ การบริหารงบประมาณ ติดตามประเมินผลการบริหารงาน การร่วมบริหารบุคคล การรับเรื่องราวร้องทุกข์ของประชาชนด้านสาธารณสุข และการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลกับประชาชน

## ความเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ

### “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค : การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง”

โดยเป็นสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญในการได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมและทั่วถึง และเป็นหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ แต่ระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้นยังไม่สามารถบรรลุถึงสิทธิและหน้าที่ของประชาชนดังกล่าว จึงมีข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การพัฒนาคุณภาพบริการ การจัดสรรงบประมาณ และความไม่เสมอภาคของการกระจายบุคลากร และสถานบริการ ดังต่อไปนี้

#### 1. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

เพื่อเป็นหลักประกันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ รัฐต้องเร่งพัฒนากลไกเชิงโครงสร้าง ดังนี้

##### 1.1 กลไกการมีส่วนร่วมใน “การบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพ”

กำหนดบทบาทของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพในรูปของคณะกรรมการระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด

##### 1.2 กลไกการมีส่วนร่วมใน “การดำเนินการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพ”

สร้างการมีส่วนร่วมใน “การดำเนินการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน” โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ / หรือองค์กรชุมชน ควรให้มีทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การดำเนินการสร้างสุขภาพของชุมชน การจัดหาบุคลากรเพื่อสนับสนุนการให้บริการ ในการศึกษาวิจัยตัวอย่าง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปยังสถานพยาบาล การจัดงานผ้าป่าระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี การส่งนักเรียนในพื้นที่ไปเรียนพยาบาล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วให้กลับมาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สนับสนุนให้ชุมชนได้รวบรวมองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

##### 1.3 กลไกเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนสุขภาพระดับชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดโครงการเชิงรุกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้เอง

##### 1.4 กลไกการมีส่วนร่วมในการสร้างระบบร้องทุกข์ภาคประชาชน

สนับสนุนระบบร้องทุกข์โดยภาคประชาชนจัดขึ้นเอง ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการพิทักษ์สิทธิของประชาชนผู้เดือดร้อน เกิดความเป็นธรรม ทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับบริการ แก้ไขปัญหาได้ถูกจุดและรวดเร็ว ทั้งยังจะเป็นการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันไม่ใช่หาคนผิดทำให้เกิดการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันการ ตลอดจนเป็นการป้องกันปัญหา โดยหน่วยบริการและผู้รับบริการมีกลไกร่วมกันพูดคุยชี้แจงแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ ทำให้ปัญหาไม่ต้องมาถึงในระดับส่วนกลาง

### 1.5 กลไกการมีส่วนร่วมในการรับข้อมูลข่าวสาร

ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทันเหตุการณ์ ผ่านทางสื่อ ทั้งทางตรง และทางอ้อม หาช่องทางกระจายข้อมูลผ่านสื่อที่เข้าถึงประชาชน ไม่ใช่ส่งข้อมูลจากส่วนกลางด้วยรูปแบบเดียวทั้งหมด ลักษณะของสื่อประกอบด้วย การใช้สื่อชุมชน และสื่อพื้นบ้าน สื่อบุคคล การจัดเวทีพูดคุยผ่านแกนนำ เป็นต้น

### 1.6 กลไกการมีส่วนร่วมของกลุ่มเฉพาะ

สร้างกระบวนการให้กลุ่มผู้มีสิทธิที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เข้ามาเสนอความต้องการ และความคิดเห็นในทางปฏิบัติ ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับลักษณะของแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ควรกำหนดให้มีผู้แทนของภาคส่วนเหล่านี้เป็นกรรมการของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับต่าง ๆ ด้วย

## 2. การพัฒนาคุณภาพบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาคุณภาพคุณภาพบริการของหน่วยบริการทุกระดับเป็นงานต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในระยะปัจจุบันจำเป็นที่จะต้องมุ่งเน้นความสำเร็จในการให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมประชากร ทั้งนี้ไม่ควรจำกัดเพียงบริการที่เป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงควรดำเนินการดังนี้

2.1 สนับสนุนให้มีโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะการให้บริการในโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ควรพิจารณาถึงรูปแบบที่มีการผสมผสานการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยเข้าไปในระบบบริการ ซึ่งตั้งแต่ 21 มิถุนายน 2545 ได้มีประกาศของคณะกรรมการหลักประกันเรื่องการบริการการแพทย์แผนไทย ให้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลด้วยบริการการแพทย์แผนไทยไว้แล้ว แต่ไม่พบรูปธรรมการสนับสนุนที่ชัดเจน

2.2 จัดทำมาตรฐานการให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนไทย ในโครงการหลักประกันสุขภาพที่ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพสังคมไทย

2.3 พัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นการพัฒนาระบบจัดการสุขภาพของชุมชน ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนเป็นที่พึ่งของชุมชนด้านสุขภาพ

2.4 จัดให้มีระบบการนำส่งผู้ป่วยจากชุมชนมายังโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและทันการ อาจมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้ชุมชนจัดการเอง โดยไม่จำเป็นต้องจัดหาและอุปกรณ์ของโรงพยาบาล

## 3. การจัดสรรงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณถือเป็นกลไกที่สำคัญในการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งหลักการของระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนนั้น เป็นหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการไม่ว่าจะอยู่ในที่ห่างไกลก็ตาม จึงจำเป็นต้อง

3.1 ดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตามรายหัวของผู้รับบริการ และส่งมอบทั้งหมดลงไปให้ถึงหน่วยให้บริการในระดับจังหวัด นั่นคือเป็นไปตามปีงบประมาณ 2544 – 2545 และในระยะต่อไปควรจัดสรรงบประมาณโดยตรงถึงระดับพื้นที่ ทั้งนี้หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณรายหัวต้องพิจารณาเพิ่มเติมปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น พื้นที่ที่มีประชากรเบาบาง เป็นต้น

3.2 จัดให้มีกองทุนฉุกเฉิน (Contingency Fund, CF) เพื่อใช้ในการปรับช่วยด้านงบประมาณสำหรับจังหวัดที่มีบุคลากรต่อประชากรมาก

3.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยเฉพาะบัญชี และฐานข้อมูลการให้บริการ เพื่อใช้คำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อรายที่สถานพยาบาลแต่ละระดับใช้จ่ายจริง

3.4 พัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณตามภารกิจของหน่วยงาน เช่น งบส่งเสริมสุขภาพ ควรจัดสรรงบประมาณโดยตรงลงไปที่สถานีอนามัย และ / หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และงบบุคลากรจัดสรรไปยังสถานพยาบาล เป็นต้น

#### 1.4 การแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำไม่เสมอภาคของการกระจายบุคลากรและสถานบริการ

รัฐบาลควรจัดตั้งคณะทำงานติดตามสภาพปัญหาความแตกต่างเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร ระบบการจัดสรรงบประมาณและวิธีการเบิกจ่าย และการกระจายสถานพยาบาล เพื่อการแก้ปัญหาความไม่เสมอภาคนี้ ซึ่งในปัจจุบันความเหลื่อมล้ำอย่างมากของการกระจายตัวของบุคลากรและสถานบริการที่ไม่สมดุลระหว่างพื้นที่ยังคงดำรงอยู่ และมีแนวโน้มจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นจากระบบการจัดสรรงบประมาณที่ไม่คำนึงถึงความไม่เสมอภาคที่มีอยู่เดิม

#### ข้อสังเกตเพิ่มเติม

1. รัฐควรส่งเสริมการสร้างสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยให้ประชาชนดูแลและส่งเสริมสุขภาพในเบื้องต้นก่อนจะเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

2. รัฐควรกระจายงบประมาณให้แก่ท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น และใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด

3. รัฐควรกระจายความเท่าเทียมกันของผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลให้เข้าถึงโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค และกระบวนการรักษาที่ต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นบุคคลที่มีฐานะยากจนให้เข้าถึงโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้อย่างแท้จริง

4. เนื่องจากภาคเอกชนได้ดำเนินการในด้านการประกันสุขภาพของประชาชนมาแล้ว ภาครัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีบทบาทในการร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพต่อไป