

แนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเกศรา อิศดามงคล
ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้อำนวยการและรองประธานกรรมการ
โรงพยาบาลบางมด

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรภาครัฐ เอกชน และการเมือง รุ่นที่ ๗
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๕๖ – ๒๕๕๗

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเกศรา อัสดามงคล **หลักสูตร** วปม รุ่นที่ ๗

การวิจัยเรื่องแนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐานขอบเขตของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบ โอกาสและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยหลังมีการประกาศใช้พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ โดยนำข้อดีของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย สิงคโปร์และญี่ปุ่นมาประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพสามกองทุนหลักได้แก่ ๑. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการบริหารโดยกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง ๒. กองทุนประกันสังคมบริหารโดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.) สังกัดกระทรวงแรงงาน และ ๓. กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากทั้งสามกองทุนดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน การบริหารจัดการจึงมีลักษณะแยกส่วนเป็นเอกเทศมีต้นทุนสูงที่เกินควรและสิทธิประโยชน์แต่ละกองทุนแตกต่างกันส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษายาบาลจึงมีข้อเสนอแนะให้ทุกกองทุนบริหารโดยหน่วยงานเดียวกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่นๆ ได้แก่ จัดให้มีการเตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมให้มีการบริหารความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนและองค์กรอื่นๆ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในอนาคต ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพให้สอดคล้องประสานกันการพัฒนาหน่วยงานดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และการพัฒนาให้เป็นหน่วยงานอิสระ

คำนำ

หลังจากมีการตรากฎหมายว่าด้วย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพ.ศ.๒๕๔๕ “ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย” ที่บริหารจัดการโดยรัฐ จะมีอยู่ ๓ กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากองทุนทั้ง ๓ นี้บริหารจัดการภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน การบริหารจัดการจึงมีลักษณะแยกส่วนและสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลของผู้ป่วยภายใต้แต่ละกองทุนแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษายาบาล ซึ่งไม่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๑ ซึ่งได้รับรองความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา ๘๐ ที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน อนึ่ง ประเทศไทยกำลังเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาหาแนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน โดยศึกษาด้านแบบจากประเทศประเทศสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศเอเชียที่มีความก้าวหน้าและมีระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดอันดับต้นๆ

.....
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเกศรา อัสตามงคล)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปม. รุ่นที่ ๗

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ ๑ บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๓
ขอบเขตของการวิจัย	๓
วิธีดำเนินการวิจัย	๓
ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย	๓
คำจำกัดความ	๔
บทที่ ๒ แนวคิดและทฤษฎีหลักประกันสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายของหลักประกันสุขภาพ	๕
แนวคิดและทฤษฎีหลักประกันสุขภาพ	๕
รูปแบบหรือระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย	
- การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	๑๔
- การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม	๑๕
- การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๒๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รูปแบบหรือระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศสิงคโปร์	๓๒
- ระบบ Medisave	๓๔
- ระบบ Medishield	๓๕
- ระบบ Medifund	๓๗
- ระบบ Eldershield	๓๘
รูปแบบหรือระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น	๓๙
- ระบบ Employment-based insurance	๔๓
- ระบบ National Health Insurance	๔๘
- ระบบ Health Insurance for the Elderly	๕๑
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๕๓
บทที่ ๓ สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย	
สถานการณ์ปัจจุบันของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย	๕๖
การวิเคราะห์ปัญหา โอกาสและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพ	๖๓
บทที่ ๔ แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย	
ศึกษาหาจุดแข็ง ข้อดี ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย และ ประเทศญี่ปุ่น	๖๘
วิเคราะห์หาแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย	๗๐
บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ	
สรุป	๗๓
ข้อเสนอแนะในการพัฒนา/แก้ปัญหา	๗๔
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในอนาคต	๗๕

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	๘๑
ประวัติย่อผู้วิจัย	๘๕

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๒-๑ เป้าหมายเหตุผลและตัวอย่างการแทรกแซงของรัฐบาลในตลาดประกันสุขภาพ	๑๐
๒-๒ รายละเอียดเบี้ยประกัน ความรับผิดชอบของ ผู้เอาประกัน และสิทธิประโยชน์	๓๖
๒-๓ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคมและดัชนีด้านสุขภาพของประเทศในเอเชียที่สามารถให้ หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๕๕-๑๙๕๗	๓๕
๒-๔ เปรียบเทียบสัดส่วนทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในกลุ่ม OECD พบว่าญี่ปุ่น มีจำนวนเตียงต่อประชากรสูงที่สุดเนื่องจากคลินิกและคลินิกผดุงครรภ์ก็มีเตียงผู้ป่วย	๔๑
๒-๕ ประเภทต่างๆของระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น	๔๔
๒-๖ สรุปสิทธิประโยชน์และส่วนร่วมจ่ายของประชาชนของระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น	๔๖
๒-๗ เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพใหญ่สามประเภท	๔๕
๓-๑ แสดงจำนวนผู้ประกันตน	๕๕
๓-๒ อัตราเงินสมทบปี พ.ศ. ๒๕๕๔	๖๐
๓-๓ ประโยชน์ทดแทนปี พ.ศ. ๒๕๕๔	๖๑
๓-๔ อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ปี พ.ศ. ๒๕๕๔	๖๒
๓-๕ การเพิ่มค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยงบประมาณอุดหนุนจากรัฐและอัตราจ่ายต่อ น้ำหนักสัมพัทธ์	๖๓

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๑ ซึ่งได้รับรองความเสมอภาคของประชาชน ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งบริการสุขภาพ และมาตรา ๘๐ ที่กำหนดให้รัฐต้อง ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ในช่วง ๒ทศวรรษที่ผ่านมา “ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย” มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย เริ่มจากรัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อโครงการ “๓๐ บาทรักษาทุกโรค” เป็นผลให้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๔๔) การตรากฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๕ (สปลช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๐) เป็นต้น ขึ้นเป็นหน่วยงานทำหน้าที่ดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน การมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขไทยหลายประการ อาทิ มีการแยกบทบาทระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อบริการและให้บริการ การปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการต่างๆ โดยใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด (เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในการจัดสรรงบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน) รวมทั้งยังมีนวัตกรรมการบริหารจัดซื้อบริการต่างๆ เกิดขึ้น เช่น การจัดการรายโรค การพัฒนาระบบบริการ การมีกองทุนสุขภาพตำบล นอกจากนั้น ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ก็ได้มีการปฏิรูประบบการจ่ายค่าบริการเช่นกัน โดยเปลี่ยนการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในจากตามรายบริการ มาเป็นการจ่ายตามรายป่วยโดยใช้ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

และนำระบบการเบิกจ่ายตรงมาใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกโดยผู้ป่วยไม่ต้องทวงจ่ายค่าบริการไปก่อน การเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบทั้งเป็นโอกาสและอุปสรรคต่อระบบสุขภาพและสังคมไทยอย่างมากมา อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับจากระบบประกันสุขภาพ ๓ ระบบ มีการซ้ำซ้อนของสิทธิ การขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ครอบคลุมบางกลุ่มในสังคม เช่นบุคคลไร้สัญชาติ เป็นต้น จึงควรมีการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

ประเทศสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศเอเชียที่มีความก้าวหน้าและมีระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดอันดับต้นๆ ในโลกซึ่งทั้งสองประเทศมีระบบที่แตกต่างกันคือประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็กได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดแห่งหนึ่ง เนื่องจากใช้หลักการที่ว่าประชาชนแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ เป็นเพียงการ “ช่วย” ลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนเท่านั้นซึ่งทำให้ทุกคนได้รับบริการตามความต้องการของตนอย่างมีประสิทธิภาพและรัฐมีภาระค่าใช้จ่ายไม่สูงมากเกินไป ส่วนประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศในเอเชียประเทศแรกที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้าและมีวิวัฒนาการมากกว่า 70 ปี ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นเกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคมและมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่ยุคที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุมาก ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ โดยภาระค่าใช้จ่ายด้านบำนาญได้เพิ่มสูงขึ้นมาก ในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุจำนวนมาก ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการมีสัดส่วนเด็กน้อย ทำให้มีประชากรวัยแรงงานที่จะเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจน้อยลงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมทั้งปัจจุบันและในอนาคต การมีผู้สูงอายุจำนวนมากก็ทำให้ภาระที่สังคมและกลุ่มวัยทำงานต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านประกันสังคมและประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นประเทศญี่ปุ่นจึงต้องปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้ประเทศญี่ปุ่นสามารถให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพที่เป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต้องการให้เกิดการแก้ไข ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียม และมีมาตรฐาน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของคนไทยในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย
๒. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยโดยศึกษาวิจัยรูปแบบ โอกาสและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยหลังมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน โดยนำข้อดีของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย สังกัดโปร์และญี่ปุ่นมาประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

๑. **วิธีการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ข้อมูลทฤษฎี ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Documentary Study) จากการค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัย กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๒. **วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลของระบบการประกันสุขภาพและการให้บริการ และการวิเคราะห์ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าของประเทศไทย เพื่อหาปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา โดยศึกษาข้อดีของประเทศสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น นำผลที่ได้จากการศึกษาไปเสนอแนะแนวทางให้กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ได้ทราบถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

๒. ได้แนวทางในการพัฒนาระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

คำจำกัดความ

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“การจ่ายเงินแบบปลายปิด (close-ended payment)” เป็นการเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานบริการ ใช้กับการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อควบคุมการเงินให้มีประสิทธิภาพในภาพรวม ไม่ให้บานปลาย

“การจ่ายเงินแบบปลายเปิด (open-ended payment)” เป็นการจ่ายตามปริมาณบริการจริง ซึ่งเป็นระบบที่ให้มีการเบิกงบประมาณในการรักษาพยาบาลได้อย่างอิสระ ใช้กับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

“การจ่ายตามรายป่วย” เป็นการทตรงจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน โดยนายจ้างแล้วนำไปเสร็จรับเงินเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคม หากนายจ้างส่งลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาลในความตกลงของกองทุนทดแทน สถานพยาบาลดังกล่าวอาจเบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสังคมโดยตรงได้

“การจัดการรายโรค” เป็นการบูรณาการ ตลอดจนกระบวนการดูแลรักษาโรค ที่เปลี่ยนจากการรักษาเฉียบพลันในสถานพยาบาลไปสู่การส่งเสริม ป้องกันนอกสถานพยาบาล เน้นการให้ความรู้ คำนึงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

บทที่ ๒

แนวคิดและทฤษฎีหลักประกันสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของหลักประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ (Health insurance) เป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกัน ผู้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน (Premium) ให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกันซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกที่ประสบความเสี่ยงนั้น ลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มาก แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าเงินที่แต่ละคนจ่ายเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคน ไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่ ความเป็นไปได้ของการประกันขึ้นอยู่กับว่ามีสมาชิกจำนวนมากพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงได้อย่างกว้างขวาง การประกันสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในวิชาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ตามอุปสงค์และอุปทานของการดูแลสุขภาพ เป็นบทบาทของรัฐบาลในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยพบว่าสาเหตุที่ต้องทำการประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพไม่แน่นอน ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามสถานพยาบาลต่างๆ มีแนวโน้มสูงขึ้น

๑. การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

๒. ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บเงินออมไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อตัวเองเจ็บป่วย ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงเนื่องจากการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

๓. การประกันสุขภาพ มีระบบบริหารจัดการการกำกับมาตรฐานการรักษา ทำให้ค่ารักษาพยาบาลถูกลง

แนวคิดและทฤษฎีหลักประกันสุขภาพ

โดยทั่วไปการประกันสุขภาพเป็นการประกันความเสี่ยงภัย โดย “ความเสี่ยง” คือความน่าจะเป็นในการเกิดความสูญเสียบางประการ ดังนั้นความเสี่ยงจึงมีมิติหลัก ๒ มิติ ได้แก่ (๑) ความน่าจะเป็นในการเกิดหรือไม่เกิดความสูญเสียมิติหนึ่ง และ (๒) ขนาดของความสูญเสียอีกมิติหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องความเสี่ยงในการประกันสุขภาพนั้น ผู้อยู่นอกวงการสุขภาพมักมีความเข้าใจผิดเสมอ ตัวอย่างเช่น แม้อันตรายหรือมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอด ได้มากกว่าคนไม่สูบบุหรี่เป็นตัวเลขร้อยละที่ระบุได้ ทำให้ความเสี่ยงเชิงประจักษ์จึงยังมีอยู่ครบถ้วน แต่หากทราบแล้ว

ว่าผู้สูญบุหรืคนนั้นเป็นมะเร็งปอดแล้ว ความเสี่ยงเชิงประกันภัยย่อมหมดสิ้นไป เนื่องจากมิติด้านความน่าจะเป็นได้สิ้นสุดลงเพราะทราบชัดเจนว่าได้เป็นมะเร็งแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความสูญเสียที่ตามมาอยู่ต่อไป

นอกจากนี้ ยังมีศัพท์อีก ๒ คำที่มักพบเมื่อพูดถึงความเสี่ยงเชิงประกัน คือ “ภัย” (Peril) อันหมายถึง สาเหตุความสูญเสีย (เช่น โรค อุบัติเหตุ อุบัติภัย อาชญากรรม) และ “ภาวะภัย” (Hazard peril) อันหมายถึง ภาวะที่เพิ่มโอกาสความสูญเสีย ซึ่งแบ่งออก ได้เป็น ๓ กลุ่มย่อย ได้แก่

๑. **ภาวะภัยกายภาพ (Physical hazard)** หมายถึง ภาวะกายภาพที่เพิ่มโอกาสความสูญเสีย เช่น ถนนลื่น แสงไม่เพียงพอ

๒. **ภาวะภัยทุจรรยา (Moral hazard)** หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เมื่อมีการประกันแล้วจึงใจหรือเจตนาทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น การวางเพลิงอาคารเพื่อหวังค่าสินไหมประกันภัย

๓. **ภาวะภัยอุปนิสัย (Morale hazard)** หมายถึง ความไม่ใส่ใจหรือความประมาทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง หรือความสูญเสียเมื่อมีประกันภัย เช่น ดูแลสุขภาพน้อยลงเพราะได้รับการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลไม่จำกัด

ในทางเศรษฐศาสตร์มักใช้ภาวะภัยทุจรรยาและภาวะภัยอุปนิสัยปะปนกันไปเนื่องจากมุ่งสนใจเฉพาะแต่พฤติกรรมโดยไม่คำนึงถึงเจตนาของผู้เอาประกันและผู้มีส่วนได้เสียอื่น ดังนั้น ส่วนใหญ่จึงมักใช้คำว่า “ภาวะภัยทุจรรยา” ในความหมายรวมของภาวะภัยทั้งสองดังกล่าวข้างต้น

๑. การจำแนกลักษณะความเสี่ยง

๑.๑ ความเสี่ยงภัยแท้จริง (Pure risk) และความเสี่ยงภัยเก็งกำไร

(Speculative risk)

“ความเสี่ยงภัยแท้จริง” หมายถึง ความเสี่ยงที่นำไปสู่สถานการณ์ที่มีความสูญเสียเท่านั้น โดยไม่นำไปสู่ผลได้ (Gain) หรือกำไร (Profit) อันเป็นลักษณะของ “ความเสี่ยงภัยเก็งกำไร” ซึ่งอาจมิได้มีเสีย ตัวอย่างของความเสี่ยงภัยแท้จริง เช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภัยพิบัติ ทุพพลภาพจากงาน การเจ็บป่วยร้ายแรง ส่วนตัวอย่างของความเสี่ยงเก็งกำไร เช่น การพนัน การเก็งกำไรในตลาดหลักทรัพย์ อสังหาริมทรัพย์

๑.๒ ความเสี่ยงการเงิน (Financial risk) และความเสี่ยงไม่ใช้การเงิน

(Nonfinancial risk)

“ความเสี่ยงการเงิน” หมายถึง ความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียทางการเงินโดยตรงอย่างชัดเจน เช่น เงินสูญหาย ทรัพย์สินเสียหาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม มีความเสี่ยงอีกหลายอย่างที่ไม่ได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางการเงินโดยตรง ซึ่งเรียกว่า “ความ

เสี่ยงไม่ใช้การเงิน” อันหมายรวมถึงความเสียหายทางจิตใจด้วย แต่เมื่อเกิดความสูญเสีย ผู้เอาประกันจะได้รับการชดเชยความเสียหายด้วยเงินค่าสินไหมทดแทน ซึ่งผู้รับประกันต้องแปรความเสียหายนั้นมาเป็นเงินที่ต้องจ่ายเป็นค่าสินไหมทดแทนการประกันสุขภาพเป็นได้ทั้งการประกันความเสี่ยงการเงิน คือประกันการสูญเสียเงินหรือมุ่งจัดการความเสี่ยงทางการเงินหรือเพื่อเป็น **“ค่าใช้จ่าย”** ในการบริการสาธารณสุขหรือคำรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ในการทำให้บุคคลนั้นกลับสู่สถานะที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย เช่นที่บัญญัติไว้เป็นวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และการประกันความเสี่ยงที่ไม่ใช่การเงิน โดยพยายามตีค่าความสูญเสียนั้นให้เป็น “ค่าชดเชย” เช่นทดแทนรายได้ที่คาดว่าจะหาได้หากบุคคลนั้นยังสามารถทำงานได้ ซึ่งกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้บัญญัติถึงกรณีดังกล่าวนี้ มีแต่เพียงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๑.๓ ความเสี่ยงทั่วไป (General risk) และความเสี่ยงจำเพาะ (Particular risk)

“ความเสี่ยงทั่วไป” หมายถึงความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนทั่วไปในสังคมหรือชุมชนเช่นอุบัติเหตุจากรถทั่วไป โรคติดต่อ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่วน **“ความเสี่ยงจำเพาะ”** นั้น กระทบเฉพาะบุคคลบางคนในกลุ่มประชากรเท่านั้น เช่น การป่วยเป็นโรคทาลัสซีเมียซึ่งเกิดขึ้นกับคนเพียงบางกลุ่มเท่านั้น โดยทั่วไปการประกันภัยมักมุ่งรับประกันความเสี่ยงทั่วไปมากกว่าการรับประกันความเสี่ยงเฉพาะ เพราะมีตลาดกว้างขวางกว่า แม้สังคมหรือรัฐก็มักให้ความสำคัญต่อการสร้างหรือส่งเสริมให้มีการประกันต่อความเสี่ยงทั่วไปเช่นกันเนื่องจากส่งผลกระทบต่อคนหมู่มาก

๑.๔ ความเสี่ยงประกันได้ (Insurable risk) และความเสี่ยงประกันไม่ได้ (Uninsurable risk)

ในการประกันภัยทุกชนิดต้องมีการร่วมรับความสูญเสีย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วภัยที่อาจเกิดขึ้นมักส่งผลกระทบต่อคนส่วนน้อยโดยที่คนส่วนใหญ่ไม่ประสบภัยดังกล่าว อย่างไรก็ตาม คนทั้งสองกลุ่มก็ไม่อาจทราบได้ว่าตนจะอยู่ในกลุ่มแรกที่โชคร้ายหรือกลุ่มหลังที่โชคดี ระบบประกันภัยทุกชนิดจึงมีการจัดการให้คนกลุ่มน้อยที่เสียหายได้รับค่าทดแทนหรือค่าชดเชยจากคนส่วนใหญ่ที่ไม่เสียหาย ดังนั้น หากสามารถจัดการให้มีระบบการถ่ายโอนเงินค่าทดแทนหรือค่าชดเชยดังกล่าวได้ในความเสี่ยงกรณีใด ก็จัดว่าความเสี่ยงกรณีนั้นประกันได้

กล่าวโดยสรุป การประกันภัยจะกระทำได้ก็ต่อเมื่อมีเงื่อนไขของความเสียหายประกันได้ตามองค์ประกอบดังต่อไปนี้

๑. เป็นความเสี่ยงเชิงประจักษ์หรือความเสี่ยงภัยแท้จริง
๒. มีหน่วยความเสี่ยงภัยเอกพันธ์จำนวนมากพอ หรือหากแตกต่างกันความแตกต่างนั้นต้องชัดเจน
 ๓. ความสูญเสียที่เกิดขึ้นต้องส่งผลกระทบต่อผู้ประสบภัยอย่างมีนัยสำคัญเพียงพอ
 ๔. ความสูญเสียต้องตรวจสอบได้ว่า เกิดขึ้น โดยผู้เอาประกันภัยไม่มีเจตนาก่อให้เกิด
 ๕. ความสูญเสียต้องประเมินมูลค่าได้ชัดเจนและสม่ำเสมอ หรือกำหนดเป็นจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ชัดเจนได้
 ๖. สามารถประเมินโอกาสการเกิดความสูญเสียในประชากรได้
 ๗. ความสูญเสียสูงสุด (หากเกิดขึ้น) ต้องอยู่ในฐานะที่ผู้รับประกันภัยนั้นรับได้
 ๘. มีผู้เอาประกันภัยจำนวนมากเพียงพอเพื่อให้เบี้ยประกันภัยอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้บริโภครับได้

๒. ความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นความเสี่ยงที่ประกันได้ไม่สมบูรณ์

การเจ็บป่วยหรือการเสียสุขภาพเป็นภัยอย่างหนึ่งที่เกิดความเสียหายต่อร่างกายและทรัพย์สินจากการที่ต้องใช้เงินในการรักษาพยาบาล และเช่นเดียวกันกับภัยต่างๆ ที่ประกันได้ เช่น อัคคีภัย บุคคลอาจหลีกเลี่ยงความเสียหายหรือจัดการความเสี่ยงด้วยมาตรการป้องกันได้ระดับหนึ่ง เช่น อาจป้องกันการเจ็บป่วยได้ด้วยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและมีวิถีชีวิตที่ถูกสุขลักษณะ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่บริโภคอาหารไขมันสูง การให้วัคซีน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไร การเจ็บป่วยก็ยังเป็นภัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อย่างสมบูรณ์ และยังคงก่อปัญหาเศรษฐกิจแก่ตนเองและครอบครัวได้ การได้มีประกันสุขภาพก็อาจบรรเทาความเสี่ยงต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวอันเกิดจากการเจ็บป่วยดังกล่าวได้ วิทยุชนทั้งหลายจึงปรารถนาให้ตนและครอบครัวได้มีการประกันสุขภาพอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อผลัดความเสี่ยงนี้ออกไปจากตนเอง

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ผู้ปรารถนาหลีกเลี่ยงความเสี่ยงการเงินจากภาวะภัยทางสุขภาพมักเลือกใช้แนวทางจัดการความเสี่ยงโดยพิจารณาปัจจัย ๓ ประการ ได้แก่ ความสามารถในการหลีกเลี่ยง โอกาสเกิดความสูญเสีย และขนาดของความสูญเสีย ตัวอย่างเช่น หากหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่โอกาสเกิดน้อยและความสูญเสียต่ำ การเก็บความเสี่ยงไว้เองย่อมทำได้ง่ายโดยอาศัยเงินออม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเวชวิทยาการในปัจจุบันได้ก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก แม้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายก็มีโอกาสรักษาประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้นมาก โอกาสเกิดการเจ็บป่วยแทรกซ้อนก็ไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อขนาดความสูญเสียสูงขึ้นมากร จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีประกันสุขภาพ แม้ว่าเมื่ออุปสงค์การลดความเสี่ยงการเงินจากภาวะภัยทางสุขภาพมากก็ตาม แต่เนื่องจากการประกันสุขภาพนั้นมีปัญหาจำเพาะ ที่ทำให้การจัดให้มีระบบประกันสุขภาพทำได้ยากกว่าการประกันภัย

ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากความเสี่ยงด้านสุขภาพไม่เป็นที่ไปตามองค์ประกอบเงื่อนไขของความเสี่ยง ประกันข้อ ๑ และ ๒ ดังกล่าวข้างต้น และเมื่อไม่เป็นที่ไปตามเงื่อนไขดังกล่าวจึงมักประสบปัญหาว่า ฝ่ายที่มีสัญญาประกันภัยต่อกันนั้นมักมีข้อมูลที่ไม่โปร่งใสต่อกัน นอกจากนี้การประกันสุขภาพนั้น ยังมักไม่เป็นที่สัญญาแต่เพียง ๒ ฝ่าย คือระหว่างผู้รับประกันและผู้เอาประกันเท่านั้น แต่ยังมีฝ่ายที่สามที่เข้ามามีบทบาทสำคัญได้แก่ สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น อีกด้วย

๓. ผู้มีส่วนได้เสียในการประกันสุขภาพ ๓ ฝ่าย

ในการประกันสุขภาพมักมีผู้มีส่วนได้เสียอย่างน้อย ๓ ฝ่าย ได้แก่ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน และสถานพยาบาล ผู้เอาประกันสุขภาพตนเองโดยทั่วไปมักเป็นบุคคลที่เห็นว่าความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเจ็บป่วยอาจสูงเกินกว่าเงินออมที่ตนจะสามารถรวบรวมได้ จึงใช้ทางเลือกด้วยการซื้อประกันภัยหรือผลัดภาระความเสี่ยงออกจากตนไปยังผู้รับประกันสุขภาพโดยผู้รับประกันสุขภาพนั้นมี ๓ รูปแบบ ได้แก่ ๓.๑ สถานพยาบาลเป็นผู้รับประกันเอง ในกรณีนี้ผู้เอาประกันหรือองค์กรภายนอก (Third party) เช่น นายจ้าง องค์กรการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ เป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันให้แก่สถานพยาบาลเหล่านี้ และเมื่อผู้เอาประกันเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องจ่ายเงินอีกหรือจ่ายเล็กน้อยตามที่ระบุไว้ในสัญญาหรือสิทธิประโยชน์ ๓.๒ บริษัทประกันเอกชนที่เป็นผู้รับประกัน โดยมีการเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันหรือองค์กรภายนอก และเมื่อผู้เอาประกันเจ็บป่วย บริษัทประกันเอกชนนั้นก็จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยตรงให้แก่สถานพยาบาล หรือจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนให้แก่ผู้เอาประกันเมื่อนำใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาลมาแสดง และ ๓.๓ หน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับประกัน ซึ่งอาจใช้เงินภาษีอากรส่วนหนึ่งมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน หรืออาจเรียกเก็บเบี้ยประกันจากประชาชนด้วยก็ได้ ที่เกี่ยวข้องในการประกัน ๓ ฝ่าย ได้แก่ ผู้รับประกัน ผู้เอาประกัน และสถานพยาบาล ต้องมีพันธสัญญาต่อกันเพื่อกระจายความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และกระจายรายได้จากการประกันเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายดังกล่าว ระบบประกันจะมีความยั่งยืนทางการเงินอยู่ได้ก็ต่อเมื่อรายได้จากการประกัน (ซึ่งอาจมีเงินอุดหนุนจากรัฐบาลรวมอยู่ด้วย) รวมกันแล้ว อย่างน้อยต้องเท่ากับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทั้งหมด

๔. รัฐบาลและระบบประกันสุขภาพ

บทบาทของรัฐบาลต่อระบบประกันสุขภาพรัฐบาลในประเทศต่างๆ มีการแทรกแซงและจัดระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะในรายละเอียดปลีกย่อย ทั้งในด้านการเงินของระบบประกันสุขภาพ หรือการจัดให้มีบริการสาธารณสุขและประกันสุขภาพให้แก่

ประชาชน ซึ่งพอสรุปเป้าหมายและเหตุผลในการแทรกแซงตลาดประกันสุขภาพได้ และจำแนกได้เป็น ๓ แบบ ได้แก่

๔.๑ การประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔.๒ การประกันสุขภาพบุคคลภาคบังคับและการแข่งขัน โดยมีการจัดการ และ

๔.๓ บัญชีออมเพื่อสุขภาพ

ตารางที่ ๒-๑ เป้าหมาย เหตุผล และตัวอย่างการแทรกแซงของรัฐบาลในตลาดประกันสุขภาพ

วัตถุประสงค์/เหตุผล	เป้าหมาย	ตัวอย่างวิธีการแทรกแซง
๑. เพื่อประกันความเสี่ยงทางสุขภาพ	- ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน เป็นเรื่องสำคัญ - การรักษาพยาบาลบางครั้งมีค่าใช้จ่ายสูงและอาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยล้มละลายได้	- จัดตั้งโครงการประกันสุขภาพ
๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	- ผู้ที่สุขภาพไม่ดีหรือมีโรคเรื้อรังอาจถูกกีดกันจากตลาดประกันสุขภาพ - กลุ่มคนรายได้น้อยซึ่งมักมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้น้อยกว่าคนทั่วไป	- รัฐบาลบังคับให้ทุกคนมีประกันสุขภาพ - ให้เงินอุดหนุนผู้มีรายได้น้อยเพื่อซื้อประกันสุขภาพ - ใช้เงินจากระบบภาษีช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย
๓. เพื่อเพิ่มการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการในตลาดประกันสุขภาพ	- เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ - การประหยัดต่อขนาดและการผลิต	- รัฐในฐานะเป็นผู้ซื้อบริการรายเดี่ยวนำอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น - เพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการในการเพิ่มคุณภาพ
๔. เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในตลาดประกันสุขภาพ	- ปัญหาภาวะภัยพิบัติของ ผู้ให้บริการ	- วางระบบการจัดการด้านการเงินในตลาดประกันสุขภาพ - การใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการบริการสาธารณสุขทั้งในระดับรวมและระดับหน่วยบริการ

๔.๑ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance)

ประเทศที่ระบบเศรษฐกิจพัฒนาแล้วเกือบทั้งหมด เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา รัฐบาลบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ โดยส่วนมากประเทศเหล่านี้ยึดหลักการว่า ประชาชนควรได้รับการบริการสาธารณสุขตามความจำเป็นและการจัดเก็บเงินเข้าระบบประกันสุขภาพควรสอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของบุคคลแต่ละคนด้วย ระบบดังกล่าวนี้พัฒนามาจากแบบจำลองบีเวอร์ริดจ์ (Beveridge style model) โดยรัฐบาลทำหน้าที่เป็นทั้งผู้รับประกันและจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของตนเกือบทั้งหมด ดังนั้นภายใต้แผนแบบนี้รัฐบาลจึงเป็นผู้รับประกันสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานทั้งหมดแก่ประชาชนทุกคน โดยมีระบบการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขแบบเดียว ดังนั้นตลาดประกันสุขภาพเอกชนแทบจะไม่มีบทบาทเลย ทำให้ประกันสุขภาพเอกชนเพียงแต่ขายความคุ้มครองเพิ่มเติมซึ่งที่รัฐบาลไม่ได้คุ้มครอง เช่น การบริการทันตกรรมบางอย่างเท่านั้น ดังนั้นในแบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ประชาชนทุกคนในประเทศก็จะมีประกันสุขภาพ เนื่องจากรัฐบาลเป็นผู้รับประกันขั้นพื้นฐานในบริการที่จำเป็นต่อสุขภาพทั้งหมด โดยประชาชนอาจร่วมจ่ายเพียงเล็กน้อย การประกันแบบนี้รัฐบาลมักนำเงินรายได้จากภาษีมาใช้เป็นหลัก ดังนั้นระบบภาษีเงินได้จึงสำคัญมาก กล่าวคือรัฐบาลจะจัดเก็บภาษีมากขึ้นหากต้องขยายความคุ้มครองทางสุขภาพให้แก่ประชาชนหรือมีแนวโน้มที่เงินในระบบประกันสุขภาพจะไม่เพียงพอ นอกจากนี้เพื่อความเท่าเทียมแนวดิ่ง (Vertical equity) บุคคลหรือนายจ้างที่มีรายได้มากก็ต้องจ่ายภาษีในสัดส่วนที่มากกว่าบุคคลหรือนายจ้างที่มีรายได้น้อยด้วย อย่างไรก็ตามในบางประเทศ อาจมีประชากรส่วนน้อยบางส่วนไม่ต้องอยู่ในบังคับระบบนี้ เช่น อาจมีกฎหมายยกเว้นให้บุคคลที่รายได้สูงไม่จำเป็นต้องมีประกันที่บังคับโดยรัฐบาลและให้คนกลุ่มนี้ไปเลือกซื้อประกันเอกชนแทนก็ได้ การควบคุมค่าใช้จ่ายในแบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ อาจทำได้ด้วยการมีระบบการจ่ายเงินแบบเดียว เนื่องจากการใช้ระบบการจ่ายเงินแบบเดียวนั้นจะทำให้เกิดประสิทธิภาพรวมทั้งลดความซับซ้อนและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ (Billing and administration costs) เช่น การเรียกเก็บเงิน การจ่ายเงิน ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายการจัดการเหล่านี้ลดลง ส่วนค่าใช้จ่ายมักถูกควบคุมด้วยสัดส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) ดังนั้นจึงอาจยอมปล่อยให้ค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นได้เฉพาะในกรณีที่เศรษฐกิจเติบโตดีขึ้น (GDP สูงขึ้น) เท่านั้น

ข้อดี ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้คือ (๑) ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายขึ้น (๒) ทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยมีประกันสุขภาพได้ (๓) การจัดการระบบมีค่าใช้จ่ายต่ำลงเพราะไม่ต้องคัดกรองบุคคลที่จะมาเข้าเอาประกัน อันเป็นการขจัดปัญหาการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ด้วย และ (๔) ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคมได้มากขึ้น

ข้อด้อย ที่ชัดเจนของแบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ คือรัฐบาลผูกขาดในตลาดประกันสุขภาพ โดยภาคเอกชนไม่มีบทบาท ทำให้การแข่งขันในตลาดหายไป ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพในตลาดและตอบสนองความต้องการของประชาชนไม่ได้ดี นอกจากนี้ในบางประเทศ เช่น แคนาดา อังกฤษ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้นเป็นของรัฐบาลทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดแต่หน่วยบริการปฐมภูมิอาจเป็นของเอกชนซึ่งได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาล ซึ่งทำให้การแข่งขันจำกัดมาก แม้ว่าในหลายกรณีรัฐบาลให้ผู้ป่วยเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิได้บ้างก็ตาม

๔.๒ การประกันสุขภาพบุคคลภาคบังคับและการแข่งขันโดยมีจัดการ

๔.๒.๑ การประกันสุขภาพบุคคลภาคบังคับ ในแผนการประกันสุขภาพบุคคลภาคบังคับ ภาระความรับผิดชอบการใช้บริการสาธารณสุขเป็นของผู้เอาประกัน เพราะรัฐบาลบังคับให้ประชาชนผู้มีรายได้ต้องจ่ายเงินตนเองซื้อประกันสุขภาพที่รัฐบาลกำหนด แต่ซื้อได้ในราคาถูกลง โดยรัฐบาลต้องทำให้ตลาดประกันสุขภาพมีการแข่งขันกันสูง ส่วนผู้มีรายได้ไม่มากนัก รัฐบาลก็นำเงินภาษีมาช่วยเหลือเพื่อให้คนเหล่านี้ซื้อประกันสุขภาพที่รัฐบาลกำหนดได้ และผู้มีรายได้น้อยรัฐบาลก็ใช้เงินภาษีจัดตั้งประกันสุขภาพให้คนกลุ่มนี้แทนซึ่งทำให้ประชาชนเกือบทุกคนมีประกันสุขภาพได้ สำหรับผู้มีรายได้มากก็อาจซื้อประกันเพิ่มเติมจากที่รัฐบาลกำหนดได้ ดังนั้นระบบการเงินในแผนนี้จึงมาจากผู้เอาประกันและเงินอุดหนุนจากรัฐบาล การควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในแผนการประกันสุขภาพบุคคลภาคบังคับนี้ อาศัยการแข่งขันในตลาดประกันสุขภาพเป็นเครื่องจำกัดไม่ให้บริษัทประกันกำหนดอัตราเบี้ยประกันสูงเกินไป นอกจากนี้ อาจเสริมกลไกตลาดด้วยการควบคุมอัตราเบี้ยประกันและจำกัดพฤติกรรมของบริษัทประกันไม่ให้คัดเลือกแต่ลูกค้าที่มีสุขภาพดีเพื่อแก้ไขปัญหาการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ แผนการประกันสุขภาพบุคคลภาคบังคับนี้มี ข้อด้อยสำคัญ ๒ ประการ ได้แก่ (๑) ผู้ซื้อประกันมักมีข้อมูลไม่เพียงพอ ทำให้เลือกบริการสาธารณสุขที่ถูกต้องและเหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองไม่ได้ รวมทั้งการทำประกันยังมีเงื่อนไขและข้อจำกัดมากมายในสัญญาซึ่งผู้ซื้อประกันยากที่จะเข้าใจได้ทั้งหมด (๒) แม้ว่าผู้เอาประกันต้องเป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันเอง แต่เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขนั้น บริษัทประกันก็ยังคงเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายให้แทน จึงทำให้ยังมีโอกาสเกิดภาวะภัยพิบัติได้

๔.๒.๒ การแข่งขันโดยมีการจัดการมีลักษณะเด่น ๒ ประการคือ (๑) รัฐบาลบังคับให้นายจ้างต้องซื้อประกันสุขภาพให้ลูกจ้าง ทั้งนี้ นายจ้างอาจเป็นผู้จ่ายทั้งหมดหรืออาจจ่ายสมทบเพียงส่วนหนึ่งและลูกจ้างจ่ายเองอีกส่วนหนึ่ง และสำหรับคนทำงานที่ไม่มีนายจ้างหรือขอเกษียณก่อนครบอายุก็ต้องจ่ายเงินส่วนหนึ่งและรัฐบาลช่วยออกเงินสมทบอีกส่วนหนึ่งเพื่อซื้อประกันสุขภาพ และ (๒) รัฐบาลจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์กรเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้เอาประกันสุขภาพ

แทนประชาชน โดยให้ใช้อำนาจซื้อที่ผูกขาดต่อรองกับบริษัทเอกชนต่างๆ ที่รับประกันสุขภาพ ทำให้นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้เกษียณก่อนครบอายุ และผู้ทำงานด้วยตัวเองซื้อประกันผ่านหน่วยงานหรือองค์กรดังกล่าวนี้ได้ ในราคาถูก หน่วยงานหรือองค์กรที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นนี้ยังทำหน้าที่เป็นผู้เก็บค่าเบี้ยประกัน รับลงทะเบียนผู้เอาประกัน และบริหารจัดการหน่วยงานหรือองค์กรเองด้วย โดยรัฐบาลตั้งใจจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์กรขึ้นมาหลายๆองค์กร เพื่อให้เกิดการแข่งขันกันเสนอราคาและความคุ้มครองสุขภาพที่แตกต่างกันให้แก่ประชาชน การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบนี้ทำได้ดี เนื่องจากรัฐบาลจัดให้ตลาดประกันสุขภาพมีการแข่งขันกันสูง ทำให้นายจ้างซื้อประกันสุขภาพที่รัฐบาลกำหนดได้ในราคาถูก

๔.๓. บัญชีออมเพื่อสุขภาพ (Medical saving account)

การประกันสุขภาพแบบบัญชีออมเพื่อสุขภาพนี้ รัฐบาลบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องออมทรัพย์โดยส่งเงินเป็นสัดส่วนหนึ่งของรายได้ให้แก่กองทุนที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นหรือให้แรงจูงใจด้วยการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินจำนวนหนึ่งเข้ากองทุน ทั้งนี้ นายจ้างอาจหักเงินเดือนเพื่อเปิดบัญชีออมเพื่อสุขภาพร่วมกับนายจ้างที่จ่ายสมทบ ผู้ฝากเงินเข้าบัญชีออมเพื่อสุขภาพนี้จะถอนเงินได้เมื่อจำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วยเท่านั้น ในระบบนี้ประชาชนมีอิสระเพิ่มขึ้นในการเลือกประกันสุขภาพ และเนื่องจากระบบการจ่ายเงินในแผนนี้เป็นการส่งจ่ายโดยผู้ป่วยจากบัญชีของตน ผู้ป่วยจึงมักควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขของตนเอง ทำให้ผ่อนคลายปัญหาการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยหรือภาวะภัยทุรรยาได้โดยปริยาย อย่างไรก็ตาม แบบบัญชีออมเพื่อสุขภาพนี้ไม่อาจกระจายความเสี่ยงระหว่างผู้มีสุขภาพดีเป็นประจำและสุขภาพไม่ดีเป็นประจำได้ จึงมีโอกาสสูงที่บุคคลซึ่งสุขภาพดีอาจหาช่องทางถอนเงินจากบัญชีออมเพื่อสุขภาพของตนจนหมดสิ้นไป โดยเฉพาะในช่วงบั้นปลายชีวิต และกลายเป็นคนไร้ประกันสุขภาพในที่สุด

รูปแบบหรือระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ แบ่งเป็น ๓ กลุ่มได้แก่

๑. กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public formal sector) อันรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้นๆ

๒. กลุ่มลูกจ้างเอกชน (Private formal sector) ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม

๓. กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (Informal sector) เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน ค้าขายส่วนตัว นอกจากนี้ยังมีระบบประกันเฉพาะกรณี เช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชนประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ กองทุนทดแทนแรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน

๑. การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

๑.๑ ความเป็นมาในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการ

เนื่องจากการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งเป็นแนวทางบริหารการเงินการคลังที่จัดการได้ง่าย มีต้นทุนโดยตรงในการบริหารระบบน้อยมาก เนื่องจากแฝงอยู่ในเงินเดือนข้าราชการสังกัดกรมบัญชีกลางที่ดูแลระบบสวัสดิการโดยรวม ส่วนการกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินให้สอดคล้องกับคุณภาพการรักษายาบาลนั้นไม่ได้ควบคุมโดยกรมบัญชีกลางผู้จ่ายเงิน แต่อาศัยสถานพยาบาลทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพการรักษายาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลใน ๒ กรณี ได้แก่ (๑) **กรณีผู้ป่วยใน:** ผู้มีสิทธิขอหนังสือรับรองสิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัดส่งให้สถานพยาบาล แล้วสถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยระบบการวางฎีกาที่กรมบัญชีกลางหรือสำนักงานคลังจังหวัด (ระบบเอกสาร) และ (๒) **กรณีผู้ป่วยนอก:** ผู้มีสิทธิตรงจ่ายเงินค่ารักษายาบาลแล้วนำใบเสร็จรับเงินมาเบิกคืนที่หน่วยงานต้นสังกัด การจ่ายค่ารักษายาบาลและการกำกับดูแลด้วยวิธีดังกล่าว ทำให้การเข้าถึงบริการมีปัญหาอย่างมาก อย่างไรก็ตามก็ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากระบบการจ่ายเงินซึ่งปราศจากการควบคุมโดยผู้จ่ายเงิน ย่อมไม่สร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่าย ระบบนี้จึงประสบปัญหาค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง เมื่อประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ทำให้รัฐบาลต้องมีมาตรการต่างๆ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายภาครัฐ คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๔๑ ให้กระทรวงการคลังดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กรมบัญชีกลางจึงได้มีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมากในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา และภายหลังการปฏิรูปในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๔ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้วิวัฒน์มาตามลำดับดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕ เริ่มกำหนดให้สถานพยาบาลของรัฐส่งข้อมูลรายละเอียด การเบิกจ่ายผู้ป่วยใน เพื่อวางระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยใน

๑.๑.๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ เริ่มระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง ๔ กลุ่ม ในสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการ ๕ แห่ง

๑.๑.๓ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๘ ขยายระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกให้ครอบคลุมผู้รับบำนาญประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คน

๑.๑.๔ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐

๑.๑.๔.๑ ขยายระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกเต็มระบบครอบคลุมผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว จำนวนประมาณ ๔.๓ ล้านคน

๑.๑.๔.๒ เริ่มระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยร่วมเต็มรูปแบบ

๑.๑.๔.๓ ประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุข มีการกำหนดเพดานการเบิกจ่ายเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกสถานพยาบาล มีอัตราการเบิกจ่ายที่กำหนด ๓,๐๐๐ รายการ

๑.๑.๕ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ พัฒนาระบบการตรวจสอบโดยเชื่อมโยงการตรวจสอบกรณีผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลมีการเบิกจ่ายเกินควร หรือเบิกจ่ายผิดระเบียบหลักเกณฑ์

๑.๑.๖ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ เสนอแก้ไขพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เพิ่มสิทธิการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพิ่มอำนาจกรมบัญชีกลางให้บริหารจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๑.๑.๗ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ มีผลบังคับใช้จากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๔๓ ได้มีการดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ คือในระยะเริ่มแรกมุ่งเน้นให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับบริการได้สะดวกและทั่วถึง ด้วยการนำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลมาใช้ในระบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลและปริมาณการเข้ารับบริการมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้เริ่มนำวิธีการจ่ายเงินตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) มาใช้ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งก็ได้ผลเป็นอย่างดีและไม่เกิดผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม การควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ดีพอ เนื่องจากจำกัดด้วยกรอบอำนาจตามกฎหมาย จึงต้องมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๓ เพื่อให้อำนาจในการบริหารและควบคุมการเบิกจ่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑.๒ การออกแบบระบบ

เงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่รัฐจัดสรรให้ นั้น เป็นเงินงบกลางใช้สำหรับทุกส่วนราชการซึ่งตั้งไว้ที่กรมบัญชีกลาง โดยกรมบัญชีกลางมีหน้าที่ในการตั้งงบประมาณและควบคุมดูแลการเบิกจ่ายงบประมาณดังกล่าวให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาฯ ดังนั้นแหล่งเงิน

ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจึงเป็นเงินภาษีของประชาชนทั้งหมด ก่อนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ การเบิกจ่ายงบประมาณด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณประเภทงบกลางที่สำนักงบประมาณจัดสรรให้ในแต่ละปี และก่อน พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักงบประมาณจัดสรรงบกลางด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงทุกปีแต่งบประมาณที่ขาดไปนั้น กรมบัญชีกลางได้ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ. ๒๕๔๑ นำเงินคงคลังมาใช้และตั้งงบประมาณชดใช้ ในปีงบประมาณถัดไป ซึ่งการตั้งงบประมาณชดใช้ดังกล่าวเป็นการตั้งชดใช้ในทางบัญชี ไม่มีเม็ดเงินจริงชดใช้ แต่ก่อผลกระทบต่อเงินคงคลังของประเทศตลอดมาด้วยความตระหนักถึงปัญหาเสถียรภาพทางการคลังของประเทศในอนาคต และเพื่อให้มีหลักการใช้จ่ายเงินภาครัฐที่รัดกุมและรักษาวินัยทางการคลัง รวมทั้งป้องกันการตั้งงบประมาณที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงได้มีบทบัญญัติมาตรา ๑๖๕ ว่า “ในกรณีที่ใช้จ่ายเงินแผ่นดินที่กฎหมายได้อนุญาตจะต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายเพื่อชดใช้เงินคงคลังในปีงบประมาณถัดไป ทั้งนี้ให้กำหนดแหล่งที่มาของรายได้เพื่อชดใช้รายจ่ายที่ได้ใช้เงินคงคลังจ่ายไปก่อนแล้วด้วย”

๑.๓ กลไกการบริหารระบบ

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กระทรวงการคลังมีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการ โดยได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางกำกับดูแลทางกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และบริหารเงินงบประมาณ และมีกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการเป็นหน่วยงานภายในที่ทำหน้าที่ดังกล่าว

๑.๔ ประเภทผู้มีสิทธิ

ในพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนดไว้ว่า “ผู้มีสิทธิ” ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำและผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญรวมถึงลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างไม่ได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษายาบาลไว้ด้วย ทั้งนี้ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่มีสิทธินั้นต้องเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม ปัจจุบันคือองบบุคลากรอันได้แก่ (๑) ข้าราชการพลเรือนตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน (๒) ข้าราชการครูตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการครู (๓) ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการ (๔) ข้าราชการฝ่ายอัยการ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการ (๕) ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย (๖) ข้าราชการฝ่ายรัฐสภา ตามกฎหมายว่าด้วยข้าราชการฝ่ายรัฐสภา (๗) ข้าราชการตำรวจ ตามกฎหมายว่าด้วย

ระเบียบข้าราชการตำรวจ (๘) ข้าราชการทหาร ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการทหาร และ (๙) ข้าราชการการเมือง ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง ดังนั้น ข้าราชการส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ พนักงานราชการจึงมิใช่ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ส่วนผู้รับบำนาญ/เบี้ยหวัดที่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ นั้น ต้องเป็นผู้รับบำนาญปกติตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. ๒๔๙๔ หรือผู้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามมาตรา ๑๖ แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการและทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด พ.ศ. ๒๔๙๕ เท่านั้น ส่วนผู้รับบำเหน็จตามกฎหมายบำเหน็จบำนาญข้าราชการไม่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกานี้ ในกรณีลูกจ้างประจำที่เป็นผู้มีสิทธินั้น ต้องเป็นผู้ที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำเท่านั้น ส่วนลูกจ้างประจำที่ได้รับค่าจ้างจากเงินประเภทอื่นๆ รวมทั้งลูกจ้างที่ได้รับเงินค่าจ้างจากเงินนอกงบประมาณนั้น ไม่เป็นผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ส่วนกรณีผู้มีสิทธิที่เป็นลูกจ้างชาวต่างประเทศนั้น ต้องผ่านเงื่อนไข ๒ ประการ คือได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างมิได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลไว้ตามนัยแห่งพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวนี้ ผู้มีสิทธินั้นหมายถึงบุคคลดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิดังกล่าวไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิด้วย แต่ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิดังกล่าวมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและสำหรับบุคคลในครอบครัวที่ชอบด้วยกฎหมาย กล่าวคือมีหลักฐานทางราชการรับรองความถูกต้องด้วย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรจำนวน ๓ คน

๑.๕ เงื่อนไขและวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ก่อนที่พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ มีผลบังคับใช้ ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการได้เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น ต่อมาพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวได้เปิดให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของเอกชนได้ด้วย แต่มีเงื่อนไขจำกัดตามหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายผู้ป่วยนอก

๑.๖ ระบบการเบิกจ่าย

เบิกจ่ายตามรายการให้บริการ (Fee for Services) ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แต่ไม่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (ค่าบริการสาธารณสุข อุปกรณ์และอวัยวะเทียม)

วิธีการเบิก

๑. ผู้มีสิทธิขอหนังสือรับรองสิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัดเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล
๒. ผู้มีสิทธิลงทะเบียนไว้ให้โรงพยาบาลเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง

๑.๗ การคุ้มครอง

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้ระบบการจ่ายค่ารักษายาบาลตามรายบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ กล่าวคือรัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษายาบาลทั้งหมดเมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาล อันเป็นการประกันสุขภาพให้กับผู้มีสิทธิโดยรัฐเป็นผู้รับประกัน อย่างไรก็ตาม ผู้มีสิทธิอาจต้องจ่ายร่วมในบางรายการ (เช่น ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ค่าตรวจวิเคราะห์โรค) ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

๑.๘ การจ่ายร่วม

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบประกันสุขภาพแบบคุ้มครองค่าใช้จ่ายส่วนต้น หากสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาลเกินกว่าอัตราที่กำหนดผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินดังกล่าวเอง ได้แก่ (๑) ค่ายาที่ไม่อยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการของสถานพยาบาลไม่ออกหนังสือรับรองให้ (๒) ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขอื่นเช่น ค่าตรวจวิเคราะห์โรคเฉพาะส่วนที่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (๓) ค่าห้องและค่าอาหาร เฉพาะส่วนที่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และ (๔) ค่าบริการพิเศษอื่นๆ เช่น ค่าธรรมเนียมบุคลากรสาธารณสุข ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ

๑.๙ แนวโน้มอัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่าย

ในทศวรรษหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการประมาณการจำนวนข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ว่าจะมีผู้ใช้สิทธิในระบบเพิ่มขึ้นอีก ๓๗๐,๐๐๐ คน คือจาก ๔,๓๐๐,๐๐๐ คนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๔,๖๗๐,๐๐๐ คนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญเพิ่มจาก ๓๒๐,๐๐๐ คนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๖๘๐,๐๐๐ คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ หรือเพิ่มขึ้นกว่า ๑ เท่าตัวในเวลา ๑๐ ปี ซึ่งจะส่งผลให้ภาระงบประมาณต้องเพิ่มสูงขึ้นด้วย รัฐบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมทั้งในด้านงบประมาณและด้านการควบคุมการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับรายจ่ายด้านสังคมที่เพิ่มมากขึ้น

๒. การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นบริการสาธารณะระยะยาวอย่างหนึ่งที่รัฐบาลดำเนินการให้แก่บุคคลผู้มีรายได้ ให้มีบทบาทในการช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ได้ร่วมกันบรรเทาภัยหรือช่วยเหลือบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้มีรายได้ในสังคม ด้วยการให้นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม และในบางประเทศมีรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วย เมื่อประสบภัยหรือความเดือดร้อน กองทุนนี้ก็จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างผู้ส่งเงินสมทบดังกล่าว โดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้นการประกันสังคมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน โดยมีความมุ่งหมายให้เป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต แม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดแคลนรายได้ ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

๒.๑ หลักการและแนวคิด

ตามที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ได้ประกาศไว้เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๒ การประกันสังคมมีหลักการดังต่อไปนี้

๒.๑.๑ การประกันสังคมเป็นวิธีการออกเงินสมทบโดยฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง และในบางครั้งรัฐบาลอาจเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรืออุดหนุนโดยใช้เงินของรัฐ

๒.๑.๒ การเข้ามามีส่วนร่วมในการประกันสังคมนั้นเป็นการบังคับโดยมีข้อยกเว้นไว้น้อยมาก

๒.๑.๓ เงินสมทบที่จ่ายมานั้น ต้องจัดตั้งเป็นกองทุนพิเศษนำไปช่วยเป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้

๒.๑.๔ ส่วนเกินของเงินสมทบจะนำไปลงทุนเพื่อให้กองทุนมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้น

๒.๑.๕ สิทธิการรับประโยชน์ทดแทนเกิดจากการได้จ่ายเงินสมทบที่เป็นไปตามเงื่อนไข

๒.๑.๖ อัตราการจ่ายเงินสมทบและอัตราประโยชน์ทดแทน มักสัมพันธ์กับรายได้ของบุคคล

๒.๑.๗ การประกันสังคมประเภทการเจ็บป่วยจากการทำงาน ปกติ นายจ้างต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ฝ่ายเดียว หรือบางกรณีรัฐอาจให้ความช่วยเหลือเงินอุดหนุน

โดยหลักการแล้ว การประกันสังคมมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนทุกคนที่อยู่ในวัยทำงานได้รับความคุ้มครองอย่างทั่วถึง รวมทั้งคุ้มครองไปถึงครอบครัว ตลอดจนเมื่อไม่

สามารถทำงานได้หรือต้องออกจากงานเมื่อพ้นวัยดังกล่าวไปแล้วด้วย อย่างไรก็ตาม ในระยะเริ่มต้น การประกันสังคมมักให้ความคุ้มครองกลุ่มเป้าหมายที่จำกัด เช่น ครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้แรงงานบางประเภทหรือผู้ใช้แรงงานที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างมากกว่า ๒๐ คน หลังจากนั้น จึงค่อยๆ ขยายความคุ้มครองออกไปให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองจากการประกันสังคมมากขึ้นโดยลำดับ นอกจากนี้ การประกันสังคมมักเริ่มโครงการด้วยการใช้กฎหมายบังคับกับลูกจ้างที่มีรายได้ประจำก่อน และเมื่อการประกันสังคมแบบบังคับได้ดำเนินการไปจนประสบผลดีและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันตนได้อย่างดีแล้ว จึงอาจขยายออกไปสู่การประกันสังคมแบบสมัครใจ ซึ่งเป็นการให้ผู้ใช้ประกอบอาชีพอิสระเข้ามาร่วมอยู่ในระบบการประกันสังคมด้วย ในระบบประกันสังคมที่นานาประเทศถือเป็นหลักปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน มีการประกันเพื่อให้ประโยชน์ทดแทนใน ๘ กรณี ได้แก่ (๑) กรณีอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (๒) กรณีเจ็บป่วย (๓) กรณีคลอดบุตร (๔) กรณีทุพพลภาพ (๕) กรณีเสียชีวิต (๖) กรณีชราภาพ (๗) กรณีสงเคราะห์ครอบครัว และ (๘) กรณีว่างงานประโยชน์ทดแทนดังกล่าวนี้เป็นการคุ้มครองผู้ประกันตนเมื่อประสบเหตุการณ์ที่อาจส่งผลให้บุคคลอยู่ในภาวะกดดันเนื่องจากการลดชะงักกัน หรือสูญเสียรายได้ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กล่าวคือกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร และว่างงาน จัดเป็นประโยชน์ทดแทนระยะสั้นจากการสูญเสียรายได้ชั่วคราว ส่วนกรณีทุพพลภาพ ชราภาพ และการเสียชีวิตของหัวหน้าครอบครัวจัดเป็นประโยชน์ทดแทนระยะยาว การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมไทยมีการคุ้มครองกรณีเจ็บป่วย โดยครอบคลุมการรักษาพยาบาลอันจำแนกได้เป็น ๒ กรณี ได้แก่ (๑) กรณีเจ็บป่วยทั่วไปและการประสบอันตรายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนประกันสังคมและ (๒) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนเงินทดแทน

๒.๒ การรักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนกรณีรักษาพยาบาลมีขึ้นเพื่อรักษาฟื้นฟู ปรับปรุงสุขภาพของบุคคลที่อยู่ในความคุ้มครอง รวมทั้งคุ้มครองความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสนองตอบความจำเป็นของบุคคลแต่ละคน ประโยชน์ทดแทนกรณีนี้ประกอบด้วย การตรวจ วินิจฉัย การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ทั้งทางเวชกรรมและทางทันตกรรม ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง การประกันสังคมจึงมักจำกัดช่วงเวลาของการรักษาพยาบาล เช่น เจ็บป่วยครั้งหนึ่งไม่เกิน ๒๖ สัปดาห์ และบางโครงการกำหนดระยะเวลาการเกิดสิทธิเบื้องต้นด้วย การบริหารจัดการบริการรักษาพยาบาลในการ

ประกันสังคมทำได้ ๒ วิธี ได้แก่วิธีการโดยตรงและวิธีการโดยอ้อม ในระบบที่ใช้วิธีการโดยตรงซึ่งเป็นวิธีการสามัญที่สุด คือองค์กรในการประกันสังคมจัดตั้งสถานพยาบาลเอง และมีการทำสัญญา กับสถานประกอบการในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติม บางครั้งอุปกรณ์การแพทย์ของ นายจ้างเช่นในโรงงาน จะได้รับอนุญาตให้นำมาประเมินเพื่อปรับเงินสมทบ ส่วนในระบบที่ใช้ วิธีการโดยอ้อม การประกันสังคมจะทำสัญญากับสถานพยาบาลทั้งเอกชนและของรัฐเพื่อให้ บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน โดยผู้ช่วยอาจจ่ายเงินไปก่อนและนำไปเสร็จรับเงินมาเบิกคืน หรือองค์กรประกันสังคมจ่ายโดยตรงให้กับสถานพยาบาล และในบางโครงการอาจให้ผู้รับบริการ ร่วมจ่ายด้วย เพื่อเพิ่มรายได้และตรวจสอบการบริการสุขภาพ

๒.๓ ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

กฎหมายในระยะแรกๆ มักจะใช้คำว่า “ค่าชดเชยแก่ลูกจ้าง” (Workmen’s compensation) ในกรณีการเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ ซึ่งอาจเป็น ชั่วคราวหรือถาวร หรือพิการ โดยสิ้นเชิงหรือบางส่วน ในระยะหลังมักใช้ว่า “การประสบอันตราย จากการทำงาน” (Employment injuries) ซึ่งครอบคลุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บอันมีสาเหตุจาก ทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งการไร้ความสามารถเฉียบพลัน รวมทั้งความพิการซึ่ง อาจเป็นระยะยาว ตลอดจนประโยชน์ทดแทนแก่ผู้อยู่ในอุปการะด้วย ในการอุตสาหกรรมระยะ ต้นๆ สภาพแวดล้อมการทำงานมีข้อบกพร่อง คนงานที่ประสบอันตรายมักตกอยู่ในภาวะเสียเปรียบ จึงจำเป็นต้องกำหนดหลักบางประการเพื่อบรรเทาผลการเจ็บป่วยจากการทำงานให้มีการตัดสินใจ ที่เป็นธรรมและเท่าเทียม โดยไม่ต้องตั้งคำถามว่าใครผิดไม่ว่าเป็นนายจ้าง ลูกจ้าง หรือบุคคลอื่น มีการกำหนดจำนวนเงินค่าชดเชยและค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม แล้วคิดเงินจากนายจ้าง โดยลูกจ้าง สามารถถอนเงินค่าจ้างบางส่วนออกมาได้ ในปัจจุบันกฎหมายประเทศต่างๆ มักกำหนดขึ้นจาก สมมุติฐานที่ให้ประโยชน์แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย การกำหนดโรคจากการทำงานอาจกำหนด แบบต่างๆ ไป โดยเว้นบางโรคไว้ให้ตัดสินใจเป็นการเฉพาะราย หรือตามรายโรคและอาชีพที่เป็น สาเหตุ หรือผสมผสานวิธีทั้งสองดังกล่าวเข้าด้วยกัน ระบบตามรายโรคและอาชีพมีประโยชน์ใน การพิจารณาโดยอัตโนมัติ อย่างไรก็ตามเนื่องจากเทคโนโลยีมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการปรับปรุงรายโรคและอาชีพอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่จำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายให้มีเนื้อหา มากขึ้น

โดยทั่วไป ประโยชน์ทดแทนค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายจากการทำงานมักมีขอบเขตกว้างกว่าประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยทั่วไป รวมทั้งเป็นความรับผิดชอบ ของนายจ้าง โดยไม่มีการออกค่าใช้จ่ายร่วมกันและไม่มีการจำกัดช่วงเวลา ตลอดจนยังขยายความ คุ่มครอบคลุมถึงอวัยวะเทียมและแว่นตาด้วย การจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีพิการก็มักสูงกว่า

และจ่ายให้ระยะยาวกว่ากรณีเจ็บป่วยทั่วไป โดยจำแนกตามการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการพิจารณาหรือการพิจารณาการพิจารณา กรณีพิจารณาโดยสิ้นเชิง อัตราประโยชน์ทดแทนที่กำหนดเป็นตัวเงินมักจ่ายให้มากกว่าที่กำหนดในมาตรฐานระหว่างประเทศ ส่วนกรณีพิจารณาบางส่วน จำนวนเงินที่จ่ายมักเป็นสัดส่วนร้อยละของความพิจารณาโดยสิ้นเชิง ในกรณีที่ระดับความพิจารณาน้อยมาก ทั้งลูกจ้างและผู้บริหาร โครงการมักประสงค์เปลี่ยนประโยชน์ทดแทนเป็นเงินก้อน กรณีผู้พิจารณาจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นในกิจกรรมชีวิตประจำวัน ก็ต้องมีการจ่ายเบี้ยเลี้ยงให้เพื่อการดูแลในอัตราที่กำหนดตามร้อยละของรายได้ ตลอดจนมีประโยชน์ทดแทนสำหรับผู้อยู่ในอุปการะด้วย

๒.๔ การประกันสังคมในประเทศไทย

ในประเทศไทยได้ริเริ่มให้มีกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๕ ในสมัยจอมพลแปลก พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี แต่เนื่องจากมีผู้คัดค้านหลายฝ่าย รัฐบาลในสมัยนั้นจึงระงับการใช้บังคับกฎหมายดังกล่าวอย่างไม่มีกำหนด ต่อมาในคณะกรรมการเตรียมร่างกฎหมายเพื่อใช้แทนกฎหมายแรงงานฉบับแรกที่ถูกยกเลิกไป นักวิชาการได้เสนอให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อการดูแลลูกจ้างกรณีประสบอันตรายจากการทำงานให้แก่นายจ้าง โดยบรรจุไว้ในกฎหมายแรงงานฉบับที่ ๒ รวมทั้งได้มีประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ ๑๐๓ ลงวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๑๕ กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน การดำเนินการดังกล่าวนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม โดยได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๑๖ อันนับเป็นการเริ่มการประกันสังคมส่วนหนึ่งแต่ยังไม่เต็มรูป ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๑๓ มีผลบังคับใช้ และได้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น จึงได้มีการโอนสำนักงานกองทุนเงินทดแทนมารวมไว้ด้วยกัน และได้มีการตราพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๑๓ มาใช้บังคับแทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ ๑๐๓ กฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ได้ให้สิทธิประโยชน์ทั้งฝ่ายระบบหลักประกันสุขภาพโดยนายจ้างและลูกจ้าง ได้แก่ การลดอัตราเงินสมทบจากไม่เกินร้อยละ ๑๐ เป็นไม่เกินร้อยละ ๕ ของค่าจ้าง การเพิ่มค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพจาก ๑๐ ปีเป็น ๑๕ ปี การเพิ่มค่าทดแทนกรณีตายจาก ๕ ปีเป็น ๘ ปี เป็นต้น

๒.๕ กองทุนเงินทดแทน (Workmen Compensation Fund : WCF)

กองทุนเงินทดแทน คือกองทุนที่ให้การประกันการประสบอันตราย รวมทั้งโรคหรือการเจ็บป่วยอันเนื่องจากการทำงาน การประกันดังกล่าวนี้ถือหลักว่า การสูญเสียรายได้อันเกิดจากการทำงานต้องได้รับการชดเชยจากนายจ้างหรือเจ้าของกิจการ ความมุ่งหมายของการประกันประเภทนี้จึงแตกต่างจากการประกันประเภทอื่น คือนอกจากคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลและการอำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งเข้ารับการรักษาพยาบาลแล้ว ยังรวมถึงการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งจ่ายชดเชยให้แก่ลูกจ้างที่ต้องขาดรายได้ในช่วงระยะเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อรักษาพยาบาล ตลอดจนมีเงินชดเชยความพิการทุพพลภาพ ซึ่งจ่ายให้ในกรณีที่ต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเกิดจากการทำงานถึงพิการทุพพลภาพ ตามภาวะทุพพลภาพที่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายต้องสูญเสียไป

๒.๖ การออกแบบระบบกองทุนเงินทดแทน

๒.๖.๑ ความคุ้มครอง

ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ กองทุนเงินทดแทนให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่ (๑) ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น (๒) รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ (๓) กิจการเพาะปลูกประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย (๔) กิจการโรงเรียนเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน (๕) กิจการที่มีมิวัตุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรในทางเศรษฐกิจ (๖) กิจการที่นายจ้างจ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราวเป็นการจรหรือเป็นไปตามฤดูกาล (๗) กิจการของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมีได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย และ (๘) กิจการของนายจ้าง ซึ่งประกอบการค้าแร่ และการค้าแฝงลอย

๒.๖.๒ แหล่งเงิน

กองทุนเงินทดแทนประกอบด้วยเงินสมทบหลักซึ่งเรียกเก็บจากนายจ้างในอัตราร้อยละ ๐.๒-๑ ของค่าจ้างตามความเสี่ยงภัยของประเภทกิจการ และเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ซึ่งลดหรือเพิ่มจากอัตรหลักโดยพิจารณาจากอัตรส่วนการสูญเสียหรือการเบิกเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ทั้งนี้ค่าจ้างสูงสุดที่นำมาคำนวณเงินสมทบต้องไม่เกินเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท หรือปีละไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

๒.๖.๓ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

กองทุนเงินทดแทนจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการจ่ายตามรายบริการ โดยให้นายจ้างทรงจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน แล้วนำใบเสร็จรับเงินเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคม อย่างไรก็ตาม หากนายจ้างส่งลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน สถานพยาบาลดังกล่าวอาจเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานประกันสังคมโดยตรงก็ได้ ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ มีสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทนจำนวน ๑,๐๕๕ แห่ง ประกอบด้วยสถานพยาบาลรัฐ ๘๗๕ แห่ง และสถานพยาบาลเอกชน ๒๒๔

แห่ง สถานพยาบาลดังกล่าวนี้เป็นสถานพยาบาลระดับสูงที่เข้าร่วมการประกันสังคม ๒๔๓ แห่ง
สถานพยาบาลระดับสูงที่ไม่ได้เข้าร่วมการประกันสังคม ๓๘ แห่ง สถานพยาบาลระดับต้น ๘๒๐
แห่ง และสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๖๑ แห่ง

๒.๖.๔ สิทธิการได้รับค่าทดแทน

ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานมีสิทธิได้รับ
ค่าทดแทนเป็นค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง จำแนกเป็น

๒.๖.๔.๑ ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน
๔๕,๐๐๐ บาท

๒.๖.๔.๒ กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลตาม ๒.๖.๔.๑ ไม่เพียงพอ มีสิทธิ
เบิกตามที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน ๖๕,๐๐๐ บาท สำหรับการประสบอันตราย ๑ ประเภทที่มี
ลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.
๒๕๓๗ กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.
๒๕๓๗ และ พ.ศ. ๒๕๕๑ (๓) กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลตาม ๒.๖.๔.๒ ไม่เพียงพอ อาจเบิกค่า
รักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นเพิ่มขึ้นได้อีก แต่เมื่อรวมค่ารักษาพยาบาลตาม ๒.๖.๔.๑
และ ๒.๖.๔.๒ แล้วต้องไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท สำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง
ที่มีลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.
๒๕๓๗ กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.
๒๕๓๗ และ พ.ศ. ๒๕๔๘ (๔) กรณีค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายตามข้อ (๓) แล้ว ยังไม่เพียงพอ ให้
นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่รวมทั้งสิ้นไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐
บาท โดยให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณาและคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนให้ความ
เห็นชอบ นอกจากค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวแล้ว ลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่าทดแทนในอัตราร้อยละ ๖๐
ของค่าจ้างในกรณีที่ (๑) ต้องหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวติดต่อกัน ๓ วันขึ้นไปแต่ไม่เกิน ๑ ปี (๒)
สูญเสียอวัยวะตั้งแต่ ๒ เดือนขึ้นไปถึงไม่เกิน ๑๐ ปี (๓) ทูพพลภาพไม่เกิน ๑๕ ปี หรือ (๔) ตายหรือ
สูญหายไม่เกิน ๘ ปี

๒.๗ กองทุนประกันสังคม

๒.๗.๑ การออกแบบระบบกองทุนประกันสังคม

๒.๗.๑.๑ ความคุ้มครอง กฎหมายว่าด้วยประกันสังคมบัญญัติให้ลูกจ้าง
ที่อยู่ในข่ายบังคับแห่งกฎหมายดังกล่าวนี้ต้องเป็น “ผู้ประกันตน” อันได้แก่ ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอัน
ก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมาย นับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา กองทุน
ประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป โดย

ลูกจ้างต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์และไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ เว้นแต่กรณีผู้ประกันตนใดมีอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้วแต่ยังเป็นลูกจ้างอยู่ ก็ให้ถือว่าผู้นั้นยังเป็นผู้ประกันตนต่อไป ทั้งนี้สถานประกอบการที่อยู่ในข่ายบังคับต้องยื่นแบบรายการตามที่กฎหมายกำหนดต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน ๓๐ วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน

๒.๗.๑.๒ ประเภทของผู้ประกันตน ตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม จำแนกผู้ประกันตนเป็น ๒ ประเภท ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ประกันตนภาคบังคับ (มาตรา ๓๓) ได้แก่ ผู้ที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องเป็นผู้ประกันตน ทั้งนี้กฎหมายบัญญัติให้ความเป็นผู้ประกันตนดังกล่าวนี้สิ้นสุดลงเมื่อผู้นั้นถึงแก่ความตายหรือสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

๒. ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ มี ๒ ประเภทย่อย ได้แก่ ผู้ประกันตนต่อตามมาตรา ๓๕ และผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา ๔๐

ผู้ประกันตนภาคบังคับ ได้แก่ ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนมาแล้วตามมาตรา ๓๓ และได้สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างตาม (๑) และมีความประสงค์เป็นผู้ประกันตนต่อไปตามมาตรา ๓๕ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ทั้งนี้กฎหมายดังกล่าวกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขไว้ว่า ผู้จะเป็นผู้ประกันตนต่อได้นั้นต้องเป็นผู้ที่ได้ส่งเงินสมทบมาก่อนแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือน และต้องยื่นสมัครได้ภายใน ๖ เดือนนับแต่ได้สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายบังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมและไม่ใช่ประกันตนต่อตามมาตรา ๓๕* แต่มีความประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนทั้งนี้มีพระราชกฤษฎีกาซึ่งออกตามกฎหมายดังกล่าวกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขไว้ว่า ผู้จะเป็นผู้สมัครประกันตนนั้นต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์และไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพรวมทั้งไม่เป็นโรควิธ โรคในระยะอันตราย ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่เป็นที่อยู่ระหว่างการรักษา ตลอดจนไม่อยู่ในสภาพการใช้เครื่องช่วยชีวิต

๒.๗.๑.๓ แหล่งเงิน

กองทุนประกันสังคมที่ใช้เป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนนั้นกฎหมายบัญญัติให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนภาคบังคับต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ในปัจจุบันมีกฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบจำแนกตามประเภทประโยชน์ทดแทนสำหรับกรณีต่างๆ ทั้งนี้ เงินสมทบในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงานคลอดบุตร ทุพพลภาพ และตาย (รวมร้อยละ ๑.๕) สำนักงานประกันสังคมได้จำแนกเป็นอัตราเงินสมทบย่อยเพื่อใช้ในการบริหารประโยชน์ทดแทนแต่ละประเภทย่อยในอัตรา ๐.๘๘, ๐.๔๔, ๐.๐๖ และ ๐.๑๒ ตามลำดับ

* มาตรา ๓๕ ผู้ใดเคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ โดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน และต่อมาเป็นผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลงตามมาตรา ๓๘ (๒) ถ้าผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (มาตรา ๓๕ แก้ไขโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗) เจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตรทุพพลภาพ และตาย ค่าจ้างที่นำมาคำนวณเงินสมทบดังกล่าวได้กำหนดขั้นต่ำไว้ต้องไม่ต่ำกว่า ๑,๖๕๐ บาท/เดือน และสูงสุดไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน ดังนั้นเดือนใดที่ผู้ประกันตนได้รับค่าจ้างรวมแล้วต่ำกว่า ๑,๖๕๐ บาท ให้คำนวณเงินสมทบจากจำนวน ๑,๖๕๐ บาท ส่วนผู้ประกันตนต่อตามมาตรา ๓๕ เนื่องจากผู้ประกันตนต่อดังกล่าวนี้ไม่มีนายจ้างอีกต่อไปจึงต้องส่งเงินสมทบในอัตราร้อยละ ๕ ของจำนวนเงินที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบซึ่งคำนวณจากค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่สิ้นสุดสภาพการจ้างใน พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยจำนวนเงินดังกล่าวให้กำหนดในกฎกระทรวงและได้ใช้มาจนถึงพ.ศ.๒๕๕๔ ในจำนวนเดือนละ ๔๓๒ บาทในพ.ศ. ๒๕๕๔ โดยคำนวณจากค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่สิ้นสุดสภาพการจ้างใน พ.ศ. ๒๕๓๗ (เดือนละ ๔,๘๐๐ บาท) ครอบคลุมประโยชน์ทดแทน ๖ กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และตายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตรรวมร้อยละ ๓ และกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพร้อยละ ๖ แต่ไม่ครอบคลุมกรณีว่างงานเนื่องจากผู้ประกันตนต่อดังกล่าวนี้ไม่ได้เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการแล้ว กรณีผู้สมัครประกันตนตามมาตรา ๔๐ หากจ่ายเงินสมทบ ๑๐๐ บาท (ประชาชนจ่าย ๗๐ บาท/เดือน และรัฐบาลร่วมจ่ายในปีแรก ๓๐ บาท/เดือน) จะได้รับความคุ้มครอง ๓ กรณี ได้แก่ (๑) เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อมีการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ ๒ วันขึ้นไป (๒) กรณีทุพพลภาพ และ (๓) กรณีเสียชีวิต แต่หากจ่ายเงินสมทบเพิ่มเป็น ๑๕๐ บาท (ประชาชนจ่าย ๑๐๐ บาท/เดือน และรัฐบาลร่วมจ่ายในปีแรก ๕๐ บาท/เดือน) ก็จะได้รับคุ้มครองกรณีชราภาพด้วย นอกจากนี้ (๑) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้นแล้วกองทุนประกันสังคมยังมี (๒) เงินเพิ่มตามมาตรา ๓๕ มาตรา ๔๕ และมาตรา ๕๓ รวมทั้ง (๓) ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา ๒๖ (๔) เงินค่าธรรมเนียมตามมาตรา ๔๕ (๕) เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน (๖) เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา ๔๗ มาตรา ๔๗ ทวิ มาตรา ๕๐ มาตรา ๕๑ และมาตรา ๕๖ (๗) เงินอุดหนุนหรือเงินทรงพระราชการที่รัฐบาลจ่ายตามมาตรา ๒๔ วรรคสาม (๘) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา ๑๐๒ และ (๙) รายได้อื่น

๓. การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ ความเป็นมา หลักการ และแนวคิดของการดำเนินการ ในระยะเริ่มต้น การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเจตจำนงให้เป็นระบบสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศหรือ

“ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยยึดแนวทางตามความหมายของคณะทำงานข้อเสนอ
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้ให้คำจำกัดความของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”
ไว้ว่า หมายถึง สิทธิของชนชาวไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง
ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่
บุคคลจะได้รับสิทธินั้น ในระยะแรกจึงมีความขัดแย้งในแนวคิดการรวมกองทุนสุขภาพว่า ควรมี
การรวมส่วนของการบริการสาธารณสุขเป็นกองทุนเดียวหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการใน
ระยะต่อมาตราฉบับปัจจุบันก็ยังไม่มีความก้าวหน้ามากนัก ยังคงมีเพียงการกล่าวถึงความเท่าเทียม
ของระบบประกันสุขภาพหลักต่างๆ มากกว่า อย่างไรก็ตาม แม้มีการแยกการดำเนินการของระบบ
ประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบ
ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งมีระบบการประกันความเสี่ยงตาม
กฎหมายว่าด้วยผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นการครอบคลุมคนทั้งประเทศที่ประสบภัยจากรถ อย่างไร
ก็ตาม การดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงใช้หลักการของหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า โดยมีหลักการและแนวคิดที่สำคัญดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ แนวคิดเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข โดยเน้นความครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่มี
หลักประกันสุขภาพใดๆ และการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขผ่านระบบภาษี

๓.๑.๒ เน้นความยั่งยืนของกลไกระบบ ๓ ประการ ได้แก่ นโยบายยั่งยืน
การเงินยั่งยืน และสถาบันยั่งยืน ความยั่งยืนของกลไกดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบ
โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มักมีปัจจัยเศรษฐกิจ
เนื่องจากมีแหล่งเงินจำกัด และระบบโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขในการรองรับนั้นยังไม่เพียงพอ
รวมทั้งมักมีระบบการเมืองที่ไม่มั่นคง และการใช้ทรัพยากรยังด้อยประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมี
ปัจจัยด้านสังคมซึ่งมักมีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอรวมทั้งไม่มีทิศทางการลงทุนในการศึกษาเพื่อ
รองรับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

๓.๑.๓ เน้นการมีบทบาทของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยมีเป้าหมาย
สูงสุดคือสุขภาวะของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง ดังเห็นได้ชัดเจนจากกฎหมายว่า
ด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกอบด้วยภาคที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชนด้วย

๓.๑.๔ สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือ
หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเป็นบริการด้านหน้า ที่ให้บริการผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลักการดังกล่าวนี้
เป็นความแตกต่างที่สำคัญจากระบบประกันสังคม ซึ่งใช้โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า ๑๐๐ เตียงทั้ง

รัฐและเอกชนเป็นหน่วยรับสัญญา และระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งให้ผู้มีสิทธิในระบบไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้

๓.๑.๕ การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเน้นการกระจายอำนาจให้พื้นที่ คือเขตและจังหวัดได้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการตั้งสำนักงานสาขาเขต ๑๓ แห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนในเขตภูมิภาค โดยเน้นการกระจายอำนาจให้เกิดการบริหารจัดการภายในเขต ซึ่งมีประชากรในความรับผิดชอบประมาณ ๑-๕ ล้านคน อันเป็นผลจากการศึกษาที่พบว่า ก่อให้เกิดการประหยัดจากขนาดในการบริหาร

๓.๑.๖ ระบบต้องควบคุมการขยายตัวของค่าใช้จ่ายให้ได้ โดยเน้นการจ่ายเงินแบบปลายปิด รวมทั้งการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน จากความเป็นมา หลักการ และแนวคิดดังกล่าว รัฐบาลได้นำมาใช้ในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อใช้เป็นแม่บทหลักในการดำเนินงานระบบตามองค์ประกอบระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้เสนอไว้ ๗ ประการ ๓ ได้แก่ (๑) แหล่งเงินทุน (๒) การจัดสรรเพื่อซื้อบริการ (๓) หน่วยบริการ/ผู้รับประกัน (๔) การจัดสรร/จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ (๕) บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ (๖) ระบบสาธารณสุขสนับสนุน และ (๗) ชุดรวมบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับและการเข้าถึง

๓.๒ การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๒.๑ แหล่งเงินที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบัญญัติให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริม การจัดการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยให้คำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วย บริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย นอกจากนี้ยังบัญญัติให้มีแหล่งเงินมาจาก ๘ แหล่ง ได้แก่ (๑) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี (๒) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ (๓) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕ วรรคสอง (๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามมาตรา ๕๘ (๒), (๕) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน (๖) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน (๗) เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน และ (๘) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติอย่างไรก็ตาม จากการคำนวณค่าใช้จ่ายของระบบในช่วงแรก

พบว่า เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีอย่างเดียวน่าจะเพียงพอต่อการดำเนินการ จึงได้มีการตัดสินใจใช้แหล่งเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี คือใช้ภาษีเป็นหลักเพียงอย่างเดียว และยังคงกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้ง ให้แก่หน่วยบริการที่เข้ารับบริการ ไม่ได้จ่ายเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๕ (๓) และต่อมาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ยกเลิกการร่วมจ่ายดังกล่าว นอกจากนี้ ได้มีความพยายามเสนอแนวทางการหาแหล่งเงินอื่นที่ไม่ใช่ภาษีอย่างเดียว แต่ยังไม่มีความคืบหน้ามากนัก ในการเสนอขอเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามมาตรา ๓๕ (๑) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาอนุมัติให้เสนอคำขอเงินจากงบประมาณดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการพิจารณากำหนดทิศทางนโยบายทางการเงินการคลังก่อน แล้วนำนโยบายดังกล่าวไปทำคำขอเงินจากงบประมาณ เพื่อย้ำถึงอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการกำหนดนโยบายทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการจัดทำงบประมาณกองทุน โดยไม่รอให้มีการคิดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แล้วเสร็จก่อน

๓.๒.๒ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation rate)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มต้นตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยได้รับเงินตามอัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีซึ่งนักวิชาการทั้งที่เป็นข้าราชการในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งอาจารย์มหาวิทยาลัย อย่างน้อย ๓ กลุ่ม ได้ดำเนินการวิเคราะห์และคำนวณอัตราเหมาจ่ายด้วยข้อมูลและวิธีการที่แตกต่างกัน และได้ขอเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกันและได้มีการอภิปรายโดยผ่านบทความวิชาการกันอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งได้ข้อสรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๒๐๒ บาทดังกล่าว กระบวนการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีงบประมาณนั้น มีนักวิชาการวิเคราะห์และคำนวณ แล้วนำเสนอให้คณะกรรมการการเงินการคลัง ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อภิปรายกัน ในระยะแรก (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๘) นักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวดังกล่าวเป็นหลัก และได้มีการพัฒนาขีดความสามารถของนักวิชาการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการทำงานกันอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งทำได้เองตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๙ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคำนวณด้วยวิธีการที่ซับซ้อนขึ้น โดยมีการเปลี่ยนฐานข้อมูลอัตราการใช้บริการจากเดิม ที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาเป็นการใช้ฐานข้อมูลจากสถานพยาบาลซึ่งมีการพัฒนาให้มีความครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น เมื่อคณะอนุกรรมการการเงิน

การคลังฯ พิจารณาอัตราเหมาจ่ายรายหัวแล้ว จึงนำเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ เพื่อเสนอสำนักงานงบประมาณพิจารณาต่อไป

อัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑,๒๐๒ บาทในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๔ จนกระทั่งเป็น ๒,๑๐๐ บาทในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ คิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๗๔ ซึ่งมากกว่าการเพิ่มขึ้นในระบบประกันสังคมอัตราเหมาจ่ายรายหัวนั้น เป็นอัตราที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งไม่ใช่ค่าที่นักวิชาการเสนอคณะกรรมการการเงินการคลังโดยตรง กระบวนการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจยากกว่ากองทุนประกันสังคม เนื่องจากต้องขึ้นกับการต่อรองและการตัดสินใจของสำนักงานงบประมาณ ซึ่งดูแลการงบประมาณรายจ่ายของทั้งประเทศ และการพิจารณาจัดสรรงบประมาณจำเป็นต้องคำนึงถึงการพัฒนาและการลงทุนด้านต่างๆของทั้งประเทศด้วย การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงต้องโปร่งใสและตรวจสอบได้ เนื่องจากต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียภาษีทั่วประเทศ ส่วนอัตราเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนประกันสังคมนั้นอยู่ในอำนาจการตัดสินใจของคณะกรรมการการแพทย์ ในขอบเขตการบริหารจัดการกองทุนซึ่งได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง อันเป็นการบริหารจัดการเงินเพื่อประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนเท่านั้น

๓.๒.๓ กลไกการบริหารระบบ (Allocating institution)

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นแม่บทหลัก ซึ่งบัญญัติให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กปสช.) เป็นผู้กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์ และมาตรฐานการบริหารจัดการและการบริการสาธารณสุข และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐในกำกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาจากภาคีที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และกรรมการภาครัฐโดยตำแหน่ง ๘ คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔ คน ผู้แทนองค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร ๕ คน ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข ๕ คนและผู้ทรงคุณวุฒิ ๑ คน ตามทฤษฎีของการบริหารหลักประกันสุขภาพ โดยมีกระบวนการป้อนกลับของข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเน้นการพัฒนากองทุนที่ตอบสนองต่อความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นหลัก ในระยะแรก สปสช. ได้จัดตั้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาประจำจังหวัด แต่ต่อมาได้เริ่มมีการจัดแบ่งเขตพื้นที่การทำงานด้วยการใช้เกณฑ์จำนวนประชากรที่อยู่ในเขตประมาณเขตละ ๓-๕ ล้านคน โดยทดลองที่เขตพื้นที่ขอนแก่น เป็นพื้นที่แรกใน พ.ศ. ๒๕๔๗ และขยายเป็น ๑๑ เขตในระยะเวลาต่อมา

๓.๒.๔ หน่วยบริการ

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งมีส่วนผสมแตกต่างกันไปตามพื้นที่ต่างๆ ซึ่งอาจจำแนกพื้นที่ที่เป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ตัวเมือง และเขตชนบท ก็เห็นได้ว่าในกรุงเทพฯ มีทั้งโรงพยาบาลรัฐ เอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น เขตเมืองมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน และเขตชนบทมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ทั้งนี้ สปสช. ได้ขึ้นทะเบียนให้เป็นหน่วยบริการโดยทำสัญญากับสถานพยาบาลเอกชน และทำข้อกำหนดเงื่อนไขการบริการสาธารณสุข (Terms of Reference: TOR) กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ยังคงเป็นสถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ทำให้ทางเลือกในการจัดบริการมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะในเขตชนบทซึ่งมีสถานพยาบาลรัฐเท่านั้น

๓.๒.๕ การจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (Provider payment)

หลักการใหญ่ในการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งหลักการที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มเร็วเกินไป (Cost containment) โดยใช้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวในกรณีบริการผู้ป่วยนอกและการบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และใช้การจ่ายแบบตามคาดการณ์ (Prospective payment) โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม กลไกการจ่ายเงินได้มีการพัฒนาให้มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยมีการจ่ายแบบต่างๆ เพิ่มเติมเข้ามา เช่น การจ่ายตามกำหนดการ (Fee schedule) ในกรณีเฉพาะ การจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for performance) กรณีทำผลงานคุณภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด การจ่ายตามรายการย่อยต่างๆ โดยใช้ฐานการจ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นเกณฑ์ เพื่อให้การทำงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการมีความคล่องตัว ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการทำงบประมาณเป็นกรอบใหญ่ๆ ได้แก่ งบบริการผู้ป่วยนอก งบบริการผู้ป่วยใน งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น ในการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการก็มีการปรับให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้นเช่น เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเฉพาะโรคบางอย่าง โดยในการทำดังกล่าวยังคงยึดแนววินัยทางการเงิน คือไม่มีการจัดสรรงบประมาณข้ามหมวดใหญ่ๆ นั้น เช่น งบประมาณผู้ป่วยในก็จัดจ่ายให้สำหรับผู้ป่วยใน แต่มีการจัดการให้เกิดการเข้าถึงบริการในบางเรื่อง งบประมาณผู้ป่วยนอกก็จัดจ่ายให้สำหรับผู้ป่วยนอก แต่อาจมีการแยกรายการบางอย่างเพื่อให้กระตุ้นหน่วยบริการให้ทำงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการมีความซับซ้อนมากขึ้นแล้ว เงินงบประมาณก็ได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นทุกปี คือเพิ่มขึ้นประมาณ ๑ เท่าในระยะเวลา ๘ ปี

อย่างไรก็ตาม มีข้อทักท้วงอย่างมากว่าการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมีส่วนการจัดสรรส่วนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อยลง คือจากร้อยละ ๑๕ เหลือประมาณร้อยละ ๑๐ การที่งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลดลง เนื่องจากปัจจัยสำคัญ คือ

๑. มีการเพิ่มโครงการพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะเน้น โรคเฉพาะต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โรคนั้นๆ ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล

๒. มีการเพิ่มวงเงินงบประมาณในโรคเฉพาะที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับในช่วงเริ่มต้น เช่น โรคเอดส์ โรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย

๓. การพัฒนาประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับเพิ่มในส่วนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับส่วนกิจกรรมการรักษาพยาบาล

๔. ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการจัดทำงบประมาณจากผลงานที่ทำได้ในปีที่ผ่านมาประกอบ ซึ่งผลงานส่วนใหญ่ยังทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากร

๕. การทำงานเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขึ้นอยู่กับการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ ซึ่งที่ผ่านมามีการพัฒนาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการเพิ่มประสิทธิภาพและการขยายทางเลือกการให้บริการ

รูปแบบหรือระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีความเชื่อว่าปัญหาเรื่องการเงินการคลังเพื่อสุขภาพไม่ใช่อยู่ที่ว่าใครเป็นผู้จ่าย ระหว่างรัฐบาล บริษัทประกัน หรือนายจ้าง เพราะไม่ว่าใครจะจ่ายก็ตาม ผลสุดท้ายก็ต้องเป็นภาระของประชาชนอยู่ดี ถ้ารัฐบาลจ่ายก็ต้องเก็บภาษีเพิ่ม ถ้าบริษัทประกันจ่ายก็ต้องเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกัน ถ้านายจ้างจ่ายก็ต้องบวกเข้าไปเป็นต้นทุนค่าแรงและไปหักค่าแรงส่วนอื่นลง ประเด็นที่แท้จริงจึงไม่ได้อยู่ที่ว่าใครจ่าย แต่อยู่ที่ว่าระบบใดที่จะกระตุ้นให้คนรักษาสุขภาพของตนเอง ใช้บริการสุขภาพอย่างประหยัด และกระตุ้นให้เกิดความพยายามที่จะลดความไร้ประสิทธิภาพและความสูญเปล่าในด้านผู้ให้บริการ สำหรับปรัชญาในการจัดบริการสุขภาพของสิงคโปร์ รัฐบาลสิงคโปร์ตั้งเป้าหมายไว้ ๕ ประการ คือ

๑. การสร้างชาติให้มีสุขภาพดีโดยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

๒. ส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบรัฐสวัสดิการหรือ ระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไป

๓. จัดให้มีบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนทุกคน

๔. ใช้การแข่งขันและกลไกตลาดเพื่อปรับปรุงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพ

๕. รัฐจะแทรกแซงเมื่อจำเป็นในกรณีที่ตลาดไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพได้

เป้าหมายแต่ละข้อมีความสำคัญในตัวเอง และมีความสัมพันธ์สนับสนุนกัน ประเด็นสำคัญที่สุดคือ เป้าหมายข้อ ๒ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองนี้รวมทั้งการระงับรักษาสุขภาพของตนเอง และความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ลดการพึ่งพิงระบบรัฐสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพ ตรงนี้คือความชาญฉลาดที่จะสร้างสมดุลระหว่างข้อดีของระบบต่างๆเข้าด้วยกัน และไม่ตกหลุมเลือกเอาอย่างใด อย่างหนึ่งซึ่งมีโอกาที่จะรับเอาข้อดีของระบบดังกล่าว เข้ามาด้วย ระบบที่ได้จึงเป็นการผสมผสานทั้งระบบของ User charge, การอุดหนุนจากรัฐบาล และการประกันสุขภาพ ไปใช้กับประชาชนทุกคนตามแต่ระดับความจำเป็นโดยเน้นความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นหลักสำคัญ และอาศัยการอุดหนุนของรัฐบาลเพื่อให้อัตราค่ารักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่ประชาชนจ่ายได้ ร่วมกับการประกันสุขภาพสำหรับกรณีค่าใช้จ่ายสูงแต่เก็บเบี้ยประกันในราคาถูก การจ่ายร่วมถูกนำมาใช้แม้สำหรับผู้ที่ต้องพึ่งการอุดหนุนจากรัฐ ทั้งนี้เพื่อลดข้อด้อยของระบบการให้บริการฟรี คำถามที่เกิดขึ้นคือ เหตุใดสิงคโปร์จึงเน้นที่บทบาทความรับผิดชอบต่อบุคคล ในขณะที่ประเทศไทยจะเน้นเรื่องการสร้างหลักประกันโดยรัฐหรือการประกันสุขภาพ ด้วยเหตุที่สิงคโปร์เริ่มต้นจากระบบที่รัฐมีบทบาทสูง เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ เมื่อเห็นแนวโน้มของค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจึงต้องพยายามนำกลไกทางการตลาดเข้ามาใช้กับระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ผู้ซื้อหรือผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากบริการนั้นเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกบริการในระดับใด โดยมีเงื่อนไขว่าการตัดสินใจนั้นต้องหมายถึงภาระที่จะต้องจ่ายด้วย หากการตัดสินใจนั้น ไม่เกี่ยวข้องกับภาระที่จะต้องจ่ายแล้ว มักมีแนวโน้มของการตัดสินใจเลือกของที่มีราคาแพงที่สุด จึงพยายามที่จะไม่ให้คนหวังพึ่งพิงเงินจากรัฐหรือจากประกันสุขภาพมากเกินไป

การสร้างหลักประกันผ่านการอุดหนุนสถานพยาบาล

รัฐบาลสิงคโปร์มีเป้าหมายที่จะจัดบริการพื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนทุกคน รัฐบาลใช้เงินเพื่ออุดหนุนโรงพยาบาลต่างๆของรัฐตามปริมาณและระดับการให้บริการของโรงพยาบาล รัฐบาลสิงคโปร์ถือว่าวิธีการนี้ คือการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชนด้วยวิธีหนึ่ง เนื่องจากสิงคโปร์ ไม่ต้องการให้ประชาชนของตัวเองงอมืองอเท้า

อย่างไรเสียก็ต้องจ่ายค่าบริการไม่มากนักน้อย การให้บริการที่มีความสะดวกสบายในระดับต่างๆ และรัฐบาลให้การอุดหนุนแก่ผู้ที่ใช้บริการในระดับที่มีความสะดวกสบายน้อยกว่าจึงเป็นการจ่ายเงินอย่างมีเป้าหมายชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการ

โรงพยาบาลในสิงคโปร์จะจัดหอผู้ป่วยเป็น ๔ ระดับ คือ

๑. Class A มีเตียง ๑-๒ เตียงในห้องปรับอากาศ ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาเต็มอัตรา

๒. Class B๑ มีเตียง ๔ เตียงในห้องปรับอากาศ รัฐบาลจะจ่ายค่ารักษาให้ ๒๐ %

๓. Class B๒ มีเตียง ๖ เตียงในห้องธรรมดา รัฐบาลจะจ่ายค่ารักษาให้ ๖๕%

๔. Class C มีเตียง ๓๐-๔๐ เตียงในหอผู้ป่วยรวม รัฐบาลจะจ่ายค่ารักษาให้ ๘๐%

ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะใช้บริการในระดับใด โดยทั่วไป ๘๕% ของประชาชนสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลใน Class C ได้

ระบบเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้คนสิงคโปร์สามารถรับผิดชอบต่อความต้องการด้านสุขภาพของตนเองได้ รัฐบาลได้นำเอาระบบต่างๆ มาใช้ ดังนี้

๑. ระบบแผนออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ (Medisave)

เป็นระบบการออมทรัพย์แบบบังคับ เพื่อช่วยให้แต่ละคนสะสมเงินและจ่ายเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้คนสิงคโปร์สะสมรายได้ของตนเองไว้ใช้สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลในอนาคต โดยเฉพาะเมื่ออายุมากขึ้น การใช้จ่ายเงินออมอย่างฉลาดจะช่วยให้มีเงินเหลือเพื่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปตลอดชีวิต ผู้ที่ทำงานทุกคน รวมทั้งผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระจะต้องสะสมเงินเข้า Medisave ตามกฎหมาย แต่ละคนจะต้องสะสมเงินเข้าบัญชีของตน เงินสะสมนี้สามารถใช้จ่ายค่ารักษาในการนอนโรงพยาบาลของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว ระบบนี้ได้เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๗ ปัจจุบันมีประชากร ๒.๒ ล้านคนจาก ๒.๘ ล้านคน ที่มีบัญชี Medisave

๑.๑ การสะสมเงิน อัตราการหักเงินเดือนสะสมเข้า Medisave อยู่ระหว่าง ๖% ถึง ๘% ขึ้นกับอายุของบุคคลนั้น กล่าวคือ ๖% สำหรับผู้ที่มีอายุ ต่ำกว่า ๓๕ ปี ๗% สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๔๔ ปี และ ๘% สำหรับผู้ที่มีอายุ ๔๕ ปี ขึ้นไป การหักเงินสะสมนี้จะหักจากนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่าๆกัน โดยมีเพดานที่คำนวณจาก อัตราเงินเดือน ๖,๐๐๐ เหรียญต่อเดือนสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระซึ่งมีรายได้มากกว่าปีละ ๒,๔๐๐ เหรียญจะจ่ายในอัตรา ๓% ของรายได้สุทธิต่อปี ซึ่งรัฐบาลกำหนดให้เพิ่มอัตราร้อยละ ๑% จนถึง ๖% ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้รับการยกเว้นภาษีและเงินที่สะสมไว้เป็นเงินที่ได้รับดอกเบี้ยในอัตราเดียวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เงินส่วนที่เกินกว่า ๑๖,๐๐๐ เหรียญจะถูกโอนเข้าไปในบัญชีของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central provident fund) โดยอัตโนมัติ เงินออมที่เก็บไว้สามารถที่จะมอบให้เป็นมรดกของผู้ใดผู้หนึ่งเมื่อเจ้าของบัญชีเสียชีวิตไปแล้ว

๑.๒ การใช้เงินจาก Medisave ก่อนที่จะเข้านอนโรงพยาบาล ประชาชนได้รับคำแนะนำให้ถามเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลว่าจะมีค่าใช้จ่ายเท่าไรสำหรับหอผู้ป่วยแต่ละระดับ ตรวจสอบเงินคงเหลือ ในบัญชี Medisave จำนวนเงินที่ Medisave จะคุ้มครองได้และส่วนที่ต้องจ่ายเองเป็นเงินสด โรงพยาบาลที่จะใช้ Medisave ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่รัฐบาลรับรอง Medisave จะให้ความคุ้มครองค่าบริการต่างๆ ในโรงพยาบาล โดยกำหนดเพดานการจ่ายไว้ดังนี้ ค่าเตียง ๓๐๐ เหรียญต่อวัน ค่าชนนมนิยมแพทย์ ๕๐ เหรียญต่อวัน และกำหนดค่าผ่าตัดโดยแบ่งเป็น ๗ กลุ่ม ๒๑ อัตรา ตามระดับความซับซ้อนของการผ่าตัด สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกนั้น Medisave จะให้ความคุ้มครองเพียงบางอย่าง เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน Hepatitis B, Radiotherapy, Chemotherapy, Renal dialysis การรักษาด้วย AZT

๑.๓ การจ่ายเงินจาก Medisave กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นผู้ดูแลรักษาบัญชี Medisave เจ้าของบัญชีจะต้องเซ็นใบมอบอำนาจที่จะให้กองทุนจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเมื่อแรกเข้านอนโรงพยาบาล เมื่อกองทุนจ่ายเงินให้โรงพยาบาลแล้วจะส่งรายละเอียดการหักเงินให้กับเจ้าของบัญชีและผู้ป่วย

๑.๔ ความก้าวหน้าของระบบ เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๓๗ Medisave มีเงินคงเหลือ ๕.๕ พันล้านเหรียญ จากระดับเริ่มต้น ๓.๑ พันล้านเหรียญในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ มีรายจ่าย ๒๕๔ และ ๒๗๒ ล้านเหรียญในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ และ ๒๕๓๖ สัดส่วนการเบิกเงินคิดเป็น ๑๖% ของเงินได้สะสมในแต่ละปี เมื่อประชาชนมีเงินสะสมมากขึ้น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความต้องการในระดับของการบริการไปสู่ระดับที่สูงขึ้น จากการเปรียบเทียบข้อมูลการใช้บริการระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๒๕ กับ พ.ศ. ๒๕๓๖ พบว่ามีการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนและ Class A เพิ่มขึ้น จาก ๓.๕% เป็น ๓๒% มีการใช้บริการใน Class C ลดลงจาก ๖๖% เหลือเพียง ๒๐% ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ มีการนำเอาระบบ Accreditation เข้ามาใช้กับโรงพยาบาล ซึ่งหากไม่ได้รับการรับรองจะไม่สามารถเบิกเงินจาก Medisave ได้

๒. ระบบแผนคุ้มครองสุขภาพ (Medishield)

ระบบ Medisave ถูกออกแบบไว้ให้เพียงพอสำหรับการเจ็บป่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายพอประมาณ แต่ไม่เพียงพอสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรง รัฐบาลจึงได้นำระบบ Medishield เข้ามาใช้เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๓ Medishield เป็นระบบประกันสุขภาพพื้นฐาน โดยสมัครใจซึ่งมีเบี้ยประกันต่ำเพื่อช่วยให้สมาชิกของ Medishield สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นได้เมื่อป่วยหนัก ผู้เอาประกันสามารถที่จะเลือกทำประกันด้วยแผนใดแผนหนึ่งใน ๓ แผนระหว่าง Medishield, Medishield Plus A และ Medishield Plus B ซึ่งจะมีอัตราการจ่ายเบี้ยประกันและสิทธิประโยชน์แตกต่างกันดังตารางที่ ๑ Medishield กำหนดเพดานความคุ้มครองค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าผ่าตัดไว้ ส่วนที่เกินจากเพดานเป็น

หน้าที่ของผู้ป่วยเกินระดับที่กำหนดไว้เรียกว่า “Deductible” โดยที่ Medishield จะจ่ายให้ ๘๐% ของส่วนที่เกินนั้น และให้ผู้เอาประกันจ่ายในส่วน ๒๐% ที่เหลือเป็น Co-insurance ผู้เอาประกันอาจจะจ่ายส่วน Deductible และ Co-insurance จากบัญชี Medishield ของตนเบี้ยประกันสำหรับระบบ Medishield จะมีอัตราค่ามาก คือ ๑ เหรียญต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน ๓๐ ปี จนถึง ๑๑ เหรียญต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอายุ ๖๖-๗๐ ปี การจ่ายเบี้ยประกันอาจจะหักจากบัญชี Medishield ได้ การประกันนี้ไม่คุ้มครองโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิมและได้รับการรักษาในช่วง ๑๒ เดือนก่อนหน้าการเป็นสมาชิก และไม่คุ้มครองบริการบางประเภทที่กำหนดไว้ เช่น ทันตกรรม ศัลยกรรมตกแต่ง กองทุนสำรองเลี้ยงชีพจะได้รับความคุ้มครองโดย Medishield โดยอัตโนมัติเว้นแต่จะแจ้งความจำนงแต่แรกว่าไม่ต้องการเข้าร่วม ซึ่งกองทุนจะหักเบี้ยประกันจากเงินในบัญชีสำรองเลี้ยงชีพของแต่ละคนในแต่ละปีจนอายุ ๗๐ ปี สมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไปเป็นผู้ใช้กลุ่มใหญ่ของระบบ

ตารางที่ ๒-๒ รายละเอียดเบี้ยประกัน ความรับผิดชอบของผู้เอาประกัน และสิทธิประโยชน์

สิทธิและหน้าที่	Medishield	Medishield Plus	
		Plan A	Plan B
เบี้ยประกันต่อปี			
กลุ่มอายุ ๓๐ ปีลงมา	\$๑๒	\$๓๖	\$๖๐
กลุ่มอายุ ๖๖-๗๐ ปี	\$๑๓๒	\$๓๙๖	\$๖๖๐
ความรับผิดชอบของผู้เอาประกัน			
Deductible ต่อปีกรมธรรม์	\$๑,๐๐๐/ \$๕๐๐(ClassC)	\$๒,๕๐๐	\$๔,๐๐๐
Coinsurance (อัตราการจ่ายรวม)	๒๐%	๒๐%	๒๐%
เพดานความคุ้มครอง			
ค่าบริการปกติ	\$๑๒๐ ต่อวัน	\$๓๐๐ ต่อวัน	\$๕๐๐ ต่อวัน
ค่าบริการใน ICU	\$๒๔๐ ต่อวัน	\$๕๐๐ ต่อวัน	\$๘๐๐ ต่อวัน
ค่าผ่าตัด Table ๑	\$๑๐๐	\$๓๐๐	\$๔๐๐
ค่าผ่าตัด Table ๗	\$๖๐๐	\$๔,๕๐๐	\$๕,๕๐๐

หมายเหตุ ค่าบริการปกติและค่าบริการใน ICU รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่าตรวจ

วินิจฉัย และค่ายา

๓.ระบบแผนกองทุนเพื่อสุขภาพ (Medifund)

เป็นกองทุนซึ่งมีวัตถุประสงค์ช่วยค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวสิงคโปร์ซึ่งมีรายได้น้อย เป็นหลักประกันว่าชาวสิงคโปร์ทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ไม่ว่าจะมีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมเช่นไร

กองทุน Medishield เริ่มต้นปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ด้วยเงินทุนประเดิม ๒๐๐ ล้านดอลลาร์จากรัฐบาล และรัฐบาลจะเพิ่มเงินกองทุนปีละ ๑๐๐ ล้านดอลลาร์ตามแต่สถานะเศรษฐกิจของประเทศ กองทุนนี้จะใช้เฉพาะดอกเบี้ยมาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสำหรับคนจน โดยจัดสรรเงินจากดอกเบี้ยให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งจะมีคณะกรรมการกองทุน Medishield ของโรงพยาบาลซึ่งรัฐบาลเป็นผู้แต่งตั้งจากบุคคลทั่วไปเพื่อพิจารณาคำขอและการใช้เงินกองทุน ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาให้กับโรงพยาบาลได้ มีสิทธิที่จะยื่นคำขอต่อคณะกรรมการผ่านนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ประมาณ ๔% ของผู้ป่วย Class B๒ และ C ได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ ๕๕.๕% ของคำขอได้รับการช่วยเหลือ

ข้อคิดที่น่าสนใจ

จุดเด่นที่สำคัญของแนวคิดการใช้วิธีการออมทรัพย์เป็นพื้นฐานเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายแทนที่จะเป็นระบบประกันสุขภาพ คือ

๓.๑ ระบบออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ คือ จิตวิทย์อย่างสูงที่จะทำให้บุคคลเต็มใจที่จะจ่ายเงินของตนเองเพื่อสุขภาพมีแรงจูงใจที่จะรักษาสุขภาพของตนเอง และใช้บริการเท่าที่จำเป็น เพราะเงินที่ใช้เป็นเงินของตนเอง

๓.๒ เป็นการเตรียมการสำหรับอนาคตว่าเมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประเทศจะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเหล่านี้ดังเช่นประเทศที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการที่หลายประเทศกำลังประสบอยู่

๓.๓ ยังคงใช้หลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยง แต่มิใช่การเฉลี่ยความเสี่ยงกับบุคคลอื่น เป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงภายในช่วงชีวิตของแต่ละคนเองและภายในครอบครัว

๓.๔ ผู้ใช้บริการเองจะเป็นผู้ตรวจสอบความเหมาะสมและความจำเป็นของการตรวจรักษาต่างๆ ที่แพทย์สั่ง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับเงินในบัญชีของตนเอง

๓.๕ ประชาชนมีโอกาสที่จะเลือกสถานพยาบาลของตนเอง

อย่างไรก็ตามหากใช้ระบบนี้เพียงอย่างเดียวก็อาจจะประสบปัญหาต่อไปนี้

๑. ประชาชนจะต้องสะสมเงินไว้จำนวนมากกว่าที่จำเป็น เพียงเพื่อรองรับโอกาสที่จะประสบปัญหาค่าใช้จ่ายที่แพงมาก ทำให้แรงจูงใจที่จะสะสมเงินลดลง

๒. การที่ประชาชนมีสิทธิจะใช้เงินในบัญชีของตนเอง อาจจะทำให้เกิดการใช้จ่ายบริการที่ไม่จำเป็นในช่วงสุดท้ายของชีวิตสำหรับการดูแลรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนไม่ต้องสะสมเงินไว้มากเกินไป การประสานระบบประกันสุขภาพเข้ามาจึงมีความจำเป็น ระบบที่สิงคโปร์นำมาใช้นั้นคิดเบี้ยประกันในลักษณะที่สัมพันธ์กับโอกาสเจ็บป่วยในแต่ละกลุ่มอายุ คือเมื่ออายุยิ่งมาก มีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น ก็จะเสียเบี้ยประกันสูงขึ้น แต่ลักษณะพิเศษก็คือ เป็นเบี้ยประกันในระดับที่ต่ำมาก เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามาเป็นสมาชิกได้ มีฐานการเฉลี่ยความกว้างมากที่สุด แต่จะใช้เฉพาะกรณีที่ใช้จ่ายสูงถึงระดับหนึ่งเท่านั้น

๔. ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Eldershield)

ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สิงคโปร์ให้ความสำคัญ เนื่องจากสิงคโปร์มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี คาดกันว่า ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประชากร ๑ ใน ๕ จะมีอายุมากกว่า ๖๕ ปี สิงคโปร์มีการจัดตั้ง Ministry of Community Development, Youth and Sports (MCYS) ซึ่งทำงานร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลผู้พิการ (severe disability) โดยการจ่ายเงินช่วยเหลือรายเดือนครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในโครงการ MediSave ที่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปโดยอัตโนมัติ โดยจะมีการจ่าย ๒ ประเภท คือ ElderShield๓๐๐ (\$๓๐๐ ต่อเดือน เป็นเวลา ๖๐ เดือน) และ ElderShield๔๐๐ (\$๔๐๐ ต่อเดือน เป็นเวลา ๖๒ เดือน)

วัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมและหาแนวทางช่วยเหลือให้กับประชาชนในสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้คำขวัญ “Successful Ageing for Singapore” มีแนวนโยบายดังนี้

๑. ส่งเสริมการจ้างงานและความมั่นคงทางการเงิน (Enhance employability and financial security)

๒. ให้การดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในราคาที่เหมาะสม (provide holistic and affordable healthcare and eldercare) โดยเน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ราคาประหยัด และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล

๓. ช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคม (Enable ageing-in-place) ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่สาธารณะและในระบบขนส่งมวลชนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคม

๔. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน (Promote active ageing) โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การบริการผู้สูงอายุในสิงคโปร์แบ่งเป็น (๑) การดูแลระยะกลาง ได้แก่ การรักษาตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเยี่ยมกลับ (๒) การดูแลระยะยาว ได้แก่ บ้านพักคนชรา การบริการด้าน

การแพทย์ พยาบาล และการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่บ้าน และสถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (hospice) เป็นต้น

รัฐบาลได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม ผ่านการดูแลของหน่วยงาน ได้แก่ MCYS และคณะกรรมการกองทุน Central Provident Fund (CPF) Board เพื่อสร้างระบบให้บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูพ่อแม่ในยามชรา และหากไม่เลี้ยงดู พ่อแม่สามารถฟ้องร้องเรียกค่าเลี้ยงดูจากบุตรของตนได้ รวมทั้งให้ความสำคัญกับองค์กรชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกในการดูแลประชาชนที่ประสบความลำบาก เพื่อลดภาระให้กับรัฐบาล

รูปแบบหรือระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศในเอเชียตะวันออกที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ทั้งนี้โดยระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงด้านสังคมและมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานโดยยึดต้นแบบมาจากประเทศเยอรมัน ญี่ปุ่นมีประชากรประมาณ ๑๒๖ ล้าน มีรายได้เฉลี่ยของประชากรสูงในอันดับต้นๆของโลกรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ เท่ากับ ๓๒,๔๐๐ US\$ หากพิจารณาข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในแถบเอเชียที่สามารถจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันนั้นจะเห็นว่าเป็นประเทศที่มี ภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างมั่นคง มีระดับการพัฒนาที่สูง มีสัดส่วนคนที่อาศัยในเขตเมืองสูง มีรายได้ของประชากรเฉลี่ยต่อหัวสูง ทรัพยากรสาธารณสุขเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรแล้วค่อนข้างสูง มีภาวะสุขภาพที่ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ญี่ปุ่นมีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวสูงที่สุดในเอเชียหรือในกลุ่มประเทศแนวหน้าในเอเชีย มีอายุขัยเฉลี่ยประชากรสูงที่สุดกล่าวคือในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายเท่ากับ ๗๗.๑๕ ปี และเพศหญิง ๘๓.๓๒ ปี และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงกว่าประเทศอื่นๆมาก ขณะเดียวกันญี่ปุ่นก็มีรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติแล้วสูงที่สุด

ตารางที่ ๒-๓ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม และดัชนีด้านสุขภาพของประเทศในเอเชียที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๐

ข้อมูล	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์
ขนาดประเทศ (ต.ร.กม.)	๓๗๗,๘๑๕	๖๔๗.๕
จำนวนประชากร (ล้านคน)	๑๒๖	๓.๑
ร้อยละประชากรอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี	๑๕.๕	๒๒.๗
ร้อยละของประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี	๑๔.๘	๑๐.๑
อัตราเกิดต่อพันประชากร	๕.๖	๑๔.๖

ตารางที่ ๒-๓ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม และดัชนีด้านสุขภาพของประเทศในเอเชียที่สามารถให้
หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๐ (ต่อ)

ข้อมูล	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์
อัตราตายต่อพันประชากร	๗.๔	๔.๕
Per Capita GNP (US\$)	๓๒,๔๐๐	๒๔,๕๓๐
GNP growth rate (%)	unknow	๗.๕
อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่	๑๐๐	๙๒.๔
รายจ่ายด้านสุขภาพ (m.US\$)	๒๖,๗๑๐ BY	๒,๖๖๒
รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว (US\$)	๒๑,๓๐๐๐Y	๘๕๐
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP	๗.๓	๓.๒
สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรพันคน	๑.๕๑	๑.๕๘
สัดส่วนเตียงต่อประชากรพันคน	๑๓๒.๓	๓.๕
สัดส่วนเตียงในภาครัฐ	๑๐	๗๔

ที่มา WHO ๑๙๙๘ Western Pacific Region Health Data Bank ๑๙๙๘ Revision.

ระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศญี่ปุ่น (Medical Care Delivery System)

ระบบบริการทางการแพทย์ของญี่ปุ่นตั้งอยู่บนพื้นฐานสองประการคือ (๑) มีอิสระในการตั้งสถานพยาบาล (Free establishment) แพทย์และทันตแพทย์สามารถตั้งสถานพยาบาลของตนได้โดยยื่นความจำนงต่อ prefecture government และ (๒) มีทางเลือกอิสระของประชาชน กล่าวคือประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนพอใจได้อย่างอิสระทั้งนี้ การจัดการอยู่ภายใต้กฎหมายสามฉบับคือ กฎหมายสถานพยาบาล (The Medical Services Law) กฎหมายประกอบวิชาชีพของแพทย์และทันตแพทย์ (The Medical Practitioners' Law, The Dental Practitioners' Law) ทั้งนี้กฎหมายควบคุมสถานพยาบาลมุ่งควบคุมมาตรฐานของสถานพยาบาลเป็นหลัก

๑. สถานพยาบาล

ประเภทของสถานพยาบาลด้านบริการทางการแพทย์จำแนกเป็นสามประเภทหลักคือ โรงพยาบาล (hospital) คลินิก (clinic) และคลินิกผดุงครรภ์ (maternity clinic) การแบ่งประเภทขึ้นกับจำนวนเตียงเป็นหลัก โดยโรงพยาบาลจะต้องมีเตียงตั้งแต่ ๒๐ เตียงขึ้นไป ส่วน

คลินิกนั้นจะมีเตียงได้ไม่เกิน ๒๐ เตียง (ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เป็นเตียงสำหรับการสังเกตอาการ และฉุกเฉิน ปกติจะให้นอนได้ไม่เกิน ๔๘ ชั่วโมง) และคลินิกผดุงครรภ์นั้นมีเตียงได้น้อยกว่า ๑๐ เตียงและให้บริการโดยผดุงครรภ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีโรงพยาบาลจำนวน ๕,๔๑๓ แห่ง ๑.๖๖ ล้านเตียง (๘๐% เป็นโรงพยาบาลเอกชน และมีเตียงอยู่ร้อยละ ๖๗) ทั้งนี้ โรงพยาบาลของรัฐมีทั้งที่เป็นสถาบันเฉพาะโรคระดับชาติ โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการและกระทรวงอื่นๆ และโรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่น คลินิก ๑๔๕,๘๗๑ แห่งโดยเกือบทั้งหมดเป็นของเอกชน และคลินิกผดุงครรภ์ ๕๔๗ แห่งในแต่ละจังหวัดจะมี Medical plan เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีการปรับบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละประเภทอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการประสานการจัดบริการให้กับประชาชน และให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละประเภทไม่ได้มีการจำแนกอย่างชัดเจน มีการจัดบริการซ้อนกัน ทำให้ประชาชนไปแออัดกันที่โรงพยาบาล ในขณะที่ละเลยการใช้บริการที่คลินิก ใดๆ ก็ดี แผนนี้เป็นเพียงแค่วางแผนสำหรับรัฐบาลท้องถิ่น ว่าควรมีสถานพยาบาลแต่ละประเภทเท่าไรแต่ในทางปฏิบัติไม่ได้มีการบังคับให้เป็นไปตามที่วางแผน การขอตั้งสถานพยาบาลนั้นรัฐบาลท้องถิ่นตรวจสอบเพียงแต่ว่าผ่านมาตรฐานหรือไม่ โดยบทบาทของสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาาระบบบริการและการจัดบริการให้กับพื้นที่ที่ขาดแคลน โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่พัฒนามาจากคลินิก ซึ่งทำให้มีโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวนมาก ซึ่งมักมีปัญหาว่ามีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกไม่พร้อม ทำให้อาจมีปัญหาด้านคุณภาพของบริการ

ตารางที่ ๒-๔ เปรียบเทียบสัดส่วนทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในกลุ่ม OECD พบว่าญี่ปุ่นมีจำนวนเตียงต่อประชากรสูงที่สุดเนื่องจากคลินิกและคลินิกผดุงครรภ์ก็มีเตียงผู้ป่วย

ประเทศ	จำนวนเตียง	แพทย์	ทันตแพทย์	พยาบาล
ญี่ปุ่น (ค.ศ. ๑๙๙๖)	๑๓.๒	๑.๕	๐.๗	๘.๐ (ค.ศ. ๑๙๙๗)

แหล่งที่มา : OECD Health Data ๑๙๙๘, Ministry of Health and Welfare, Japan

นอกจากโรงพยาบาลคลินิก และสถานผดุงครรภ์แล้ว ยังมีศูนย์บริการสาธารณสุข (Health centers) ศูนย์เหล่านี้เป็นสถานบริการของรัฐภายใต้การ จัดของจังหวัด เมืองที่กำหนดให้ต้องมีจากคณะรัฐมนตรี และเทศบาลในท้องถิ่นต่างๆซึ่งในปัจจุบันมีอยู่กว่าสองพันศูนย์ ซึ่งทำหน้าที่หลักในการพัฒนาโครงการสาธารณสุขของท้องถิ่นนั้นๆ โดยจัดบริการให้ทั้งในด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพคัดกรองโรค ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กก่อนวัยโรงเรียนบริการให้คำปรึกษา การตรวจสถานบริการทางการแพทย์ ร้านอาหาร สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

๒. ผู้ให้บริการ

ในญี่ปุ่นมีผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมด ๑๗ ประเภท โดยทุกประเภทต้องได้รับใบประกอบวิชาชีพภายใต้การควบคุมของกฎหมาย ทั้งนี้โดยแพทย์และทันตแพทย์มีจำนวนเกินต้องการดังนั้นจึงมีมาตรการในการควบคุมปริมาณจำนวนแพทย์และทันตแพทย์โดยให้สถานศึกษาลดการผลิตจำนวนนักเรียนแพทย์และทันตแพทย์ลงปีละ ๑๐% สำหรับบุคลากรที่ขาดแคลนและจำเป็นต้องมีการผลิตเพิ่มคือพยาบาล สืบเนื่องจากการมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้มีความต้องการบริการด้านการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและบริการใน long term care นั้นต้องอาศัยพยาบาลเป็นหลัก ในช่วงที่ผ่านมานั้นวิชาชีพพยาบาลถูกมองว่าด้อยกว่าแพทย์และทันตแพทย์วิชาชีพนี้จึงไม่เป็นที่นิยมกัน ดังนั้นจึงได้มีมาตรการต่างๆในการเพิ่มจำนวนพยาบาล ตั้งแต่การผลิตเพิ่ม การเพิ่มการฝึกอบรม มาตรการในการป้องกันการออกจากงาน ส่งเสริมการกลับเข้าทำงานใหม่ ปรับปรุงเงื่อนไขการทำงานให้ดีขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ มีพยาบาลปฏิบัติงานจริง ๕๕๐,๕๒๘ คน ในขณะที่ความต้องการนั้นประมาณ ๑.๐๕๕ ล้านคน จากมาตรการต่างๆที่ดำเนินการ คาดว่าปริมาณพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงจะเท่ากับความต้องการในปี พ.ศ. ๒๕๕๑

๓. ปัญหาที่ท้าทายของระบบบริการทางการแพทย์

๓.๑ ปริมาณและการกระจายของเตียงผู้ป่วย มีการกระจายไม่สม่ำเสมอของเตียงผู้ป่วย การมีจำนวนเตียงที่มากเกินไปในบางพื้นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น สำหรับการแก้ไขในขณะนี้คือให้แต่ละจังหวัดต้องมีการจัดทำแผนความต้องการ (medical plan) และมีสิทธิเดือนหากยังคงมีการขอจัดตั้งหรือขยายเตียง อย่างไรก็ตามไม่ได้มีการบังคับ ห้ามมาตรการที่จะมีการพัฒนาและนำมาใช้คือการไม่อนุญาตให้สถานพยาบาลที่เปิดใหม่ในพื้นที่ที่มีเตียงเกินความต้องการแล้วให้บริการกับผู้ป่วยภายใต้การประกันสังคม นอกจากนั้นมาตรการในขณะนี้ที่ดำเนินการแล้วคือการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเพิ่มขึ้นจากรัฐบาลสำหรับโรงพยาบาลที่ลดจำนวนเตียงลง เพื่อเพิ่มพื้นที่การให้บริการกับคนไข้

๓.๒ ปริมาณและการกระจายบุคลากร มีจำนวนแพทย์และทันตแพทย์ในภาพรวมที่มากเกินต้องการ ในขณะที่ก็ยังมีปัญหาการกระจายว่ายังคงมีพื้นที่ห่างไกลบางแห่งที่ยังขาดแคลนแพทย์ นอกจากนั้นก็ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านพยาบาล เนื่องจากมีความต้องการมากขึ้นจากบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและการพยาบาลระยะยาวที่มีมากขึ้น ปัญหาคือจะควบคุมจำนวนแพทย์และทันตแพทย์อย่างไร ในปัจจุบันแม้การจะประกอบวิชาชีพนี้ต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐบาลแต่ละจังหวัด แต่ในทางปฏิบัติไม่ได้มีการปฏิเสธการให้ใบอนุญาตถึงแม้จะมีแพทย์เกินแล้วก็ตาม มาตรการที่กำลังจะนำมาใช้คือการให้ต้องมี internship ภายหลังจากจบการศึกษาสองปีก่อนที่จะมาทำงานได้ และการลดจำนวนการผลิตลง สำหรับในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ก็ต้องจัดให้มีหน่วย

บริการเคลื่อนที่ และเพิ่มการผลิตบุคลากรพยาบาลและเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานให้มีสถานะด้านสังคมดีขึ้น

๓.๓ บทบาทในการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละประเภทมีความซ้ำซ้อนกัน ในขณะที่ประชาชนมีเสรีที่จะไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ทำให้มีการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในขณะที่คลินิกมีการใช้บริการน้อย ในขณะที่มีความพยายามที่จะให้คลินิกเป็น primary care gate keeper แต่ก็ยังเป็นเพียง policy guideline ให้กับประชาชนเท่านั้น ไม่ได้มีการบังคับให้ต้องไปใช้บริการที่คลินิกก่อน เนื่องจากมีการทำประชาพิจารณ์กับประชาชนแล้ว ส่วนใหญ่ยังต้องการมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาล ดังนั้นในขณะที่มีการดำเนินการคือการพัฒนาคุณภาพของคลินิก เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจมากขึ้น

๓.๔ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ให้บริการทุกรายต้องขออนุญาตในการกระทำกับผู้ป่วย และกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการให้ผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยรวมถึงบันทึกของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้กำลังพิจารณาการให้ข้อมูลการให้บริการของผู้ให้บริการแต่ละรายกับผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการเลือกไปใช้บริการ เพื่อมุ่งให้มีการแข่งขันในการพัฒนาคุณภาพบริการมากขึ้น

ระบบการประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น (Medical Care Insurance)

ระบบการประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นมีความใกล้เคียงกันแต่ก็มีข้อแตกต่างปลีกย่อยในเรื่องสิทธิประโยชน์และส่วนร่วมจ่ายของผู้ถือกรมธรรม์ในแต่ละกลุ่ม โดยทั้ง ๓ กลุ่มนั้น ได้แก่

๑. ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Employment-based insurance)

เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมลูกจ้างของกลุ่มและองค์กรต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นผู้ถือกรมธรรม์ (The insured) รวมไปถึงผู้ที่ทำการอาศัยพึ่งพิงผู้ถือกรมธรรม์ (Dependents) ซึ่งได้แก่ ครอบครัวของผู้ถือกรมธรรม์นั่นเอง โดยสิทธิประโยชน์ที่ให้แก่อผู้ถือกรมธรรม์และครอบครัวนั้นอาจอยู่ในระดับที่ต่างกัน การแบ่งกลุ่มนี้เป็นการกำหนดจากลักษณะสังกัดจ้างงานของผู้ถือกรมธรรม์เป็นหลัก ระบบประกันสุขภาพประเภทนี้ประกอบด้วยกลุ่มย่อยต่างๆ คือ

๑.๑ กลุ่มที่บริหารจัดการ โดยรัฐบาล (Government-managed) ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นลูกจ้างในบริษัทขนาดเล็กลงถึงขนาดกลาง ซึ่งบริษัทไม่อาจบริหารจัดการประกันสุขภาพของลูกจ้างของตนด้วยตนเองได้ รัฐบาลจึงรับเป็นผู้บริหารจัดการให้ส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ ๑๐ ประเทศศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา

๑.๒ กลุ่มที่บริหารจัดการโดยสมาคมบริหารของบริษัท (Society-managed) สมาชิกของกลุ่มนี้จะได้แก่พนักงานของบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ซึ่งจัดตั้งสมาคมบริหารงานประกันสุขภาพสำหรับพนักงานของตนขึ้นมาเอง

๑.๓ กลุ่ม Mutual Aid Association ซึ่งครอบคลุมบรรดาลูกจ้างของรัฐ อาจารย์

๑.๔ กลุ่มผู้มีอาชีพเดินเรือ (Seamen's health insurance) เป็นกลุ่มของผู้ประกอบอาชีพเดินเรือ โดยสมาชิกในกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ข้างต้นและยังมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

๒. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ผู้ถือกรรมกรรมภายใต้ประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ เช่นเกษตรกร แพทย์ ช่างไม้ ช่างฝีมือ เป็นต้น คนว่างงาน และผู้ที่ทำงานในสถานจ้างงานที่มีคนงานน้อยกว่า ๕ คน การบริหารจัดการของระบบนี้กระทำโดยรัฐบาลท้องถิ่น และให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งผู้ถือกรรมกรรมและครอบครัว เช่นเดียวกับกับระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง การประกันสุขภาพระบบนี้เป็นการประกันโดยขึ้นกับภูมิลำเนาเป็นหลัก

๓. ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly) สำหรับผู้ที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไปหรือผู้ที่มีอายุ ๖๕ - ๖๙ ปีที่มีความทุพพลภาพ เป็นระบบที่ดึงเอาเงินทุนประกันสุขภาพจากระบบอื่นๆ เข้ามาช่วย

ตารางที่ ๒-๕ ประเภทต่างๆ ของระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น

ระบบประกัน	ผู้ประกันตน	ครอบคลุม (๑,๐๐๐)	ผู้ให้ประกัน	รัฐสนับสนุน
Government managed	ลูกจ้างในบริษัทขนาดเล็กและกลาง	๓๘,๒๑๓ (มีผู้สูงอายุ ๕.๔%)	National government	๑๓% ของค่าใช้จ่าย
Society managed	ลูกจ้างในบริษัทขนาดใหญ่	๓๑,๕๓๕ (มีผู้สูงอายุ ๒.๕%)	๑,๘๑๔ Health Insurance Society	Y ๖.๗ billion (คงที่)
Semen's insurance	ลูกจ้างประมง	๒๕๒ (มีผู้สูงอายุ ๗.๓%)	National government	Y ๓.๐ billion
Mutual aid	ลูกจ้างในรัฐบาลกลาง	๑๑,๕๗๕ (มีผู้สูงอายุ ๔.๑%)	๒๗ Mutual Aid Associations	
Mutual aid	ลูกจ้างในรัฐบาลท้องถิ่น		๕๔ Mutual Aid Associations	

ตารางที่ ๒-๕ ประเภทต่างๆของระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น (ต่อ)

ระบบประกัน	ผู้ประกันตน	ครอบคลุม (๑,๐๐๐)	ผู้ให้ประกัน	รัฐสนับสนุน
Mutual aid	ครูและลูกจ้างในโรงเรียนเอกชน		๑ Mutual Aid Associations	
Agricultural and self employed	เกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระ	๓๕,๐๑๕ (municipalities) -๔,๖๖๕ (national Insurance Society) (มีผู้สูง อายุ ๒๑.๑%)	๓,๒๔๕ municipalities, ๑๖๖ National Health Insurance Association (NHI)	๕๐% of costs ๓๒-๕๒% of costs
Retires from employees' insurance	ผู้ที่เกษียณจากการทำงาน		๓,๒๔๕ municipalities (NHI)	
Health services for the elderly	ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๗๐ปีและผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ที่นอนกับเตียง	๑๒,๗๖๑ employees' ins. ๕,๒๕๐ national health ins.	municipalities (NHI)	๑๖.๔% of costs

ที่มา : JICWELS ๑๙๙๘

สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ

สิทธิประโยชน์มี ๒ ประเภทคือสิทธิประโยชน์บังคับที่กำหนดตามกฎหมาย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ระบบประกันอาจเพิ่มเติมให้กับผู้ประกัน ทั้งนี้บุคคลที่จะได้รับการคุ้มครองนอกจากตัวลูกจ้างหรือหัวหน้าครัวเรือนแล้วก็รวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย สำหรับประเภทของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดตามกฎหมายจำแนกได้ดังนี้

๑. สิทธิประโยชน์ในบริการทางการแพทย์ คือการได้รับบริการทางการแพทย์ (Benefits in kind) และการได้รับชดเชยคืนสำหรับบริการที่มีราคาแพง (reimbursement benefits for high-cost medical care)

๒. การได้รับเงินชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ (Sickness and injury allowance)

๓. การได้รับเงินชดเชยการคลอด (Maternity allowance)

๔. การได้รับเงินชดเชยการดูแลบุตร (Maternity and child-care lump sum allowance)

๕. การได้รับเงินชดเชยการจัดงานศพ (Burial or funeral expense)

๖. ค่าเดินทาง (Transportation costs)

รายจ่ายไม่ครอบคลุมระบบประกันผู้ป่วยต้องจ่ายเองคือ ค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาล ฝ้าใ้ และค่าวัสดุทันตกรรม ในการปรับบริการนั้นปกติประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับ ค่าบริการทางการแพทย์ประมาณร้อยละ ๒๐ จ่ายค่าอาหารในกรณีนอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และค่ายา สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้จากระบบประกันโดยรวม ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ประมาณ ร้อยละ ๘๕ กล่าวคือรายจ่ายที่เกิดขึ้นนั้นรับผิดชอบโดยระบบประกัน ร้อยละ ๘๕ อีกร้อยละ ๑๕ เป็นส่วนที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย

ตารางที่ ๒-๖ สรุปสิทธิประโยชน์และส่วนร่วมจ่ายของประชาชนของระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น

ระบบ		สิทธิประโยชน์ขั้นต่ำที่กำหนด			เขตที่ต้องจ่าย	สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจริง	
ระบบประกัน (Health Insurance)	Society Managed	ผู้ประกันตน		๘๐%	กรณีปกติ ๖๓,๖๐๐ Y ผู้มีรายได้น้อย ๓๕,๔๐๐Y ต้องจ่ายหลายครั้งในปีเดียวกัน ครั้งที่สี่ขึ้นไป จ่ายเพียง ๓๗,๒๐๐ Y และผู้มีรายได้น้อย	๕๑.๓ %	๘๕.๖ %
		ครอบครัว	ผู้ป่วยใน	๘๐%		๗๕.๑%	
			ผู้ป่วยนอก	๗๐%			
	Government Managed	ผู้ประกันตน		๘๐%	จ่าย ๒๔,๖๐๐Y ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีค่าใช้จ่ายสูง จ่ายเพียง ๑๐,๐๐๐ Y ต่อครั้ง	๕๐.๓%	๘๔.๕%
		ครอบครัว	ผู้ป่วยใน	๘๐%		๗๖.๐%	
			ผู้ป่วยนอก	๗๐%			
National Health Insurance (Municipality)		ประชาชนทั่วไป		๗๐%	๗๕.๔%	๗๕.๘%	
		ผู้เกษียณ	ผู้ประกันตน				๘๐%
			ครอบครัว	ผู้ป่วยใน			๘๐%
ผู้ป่วยนอก	๗๐%						
Medical Insurance ทั้งหมด						๘๕.๐ %	

ที่มา : JICWELS ๑๙๙๕

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ (Premium) ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ

ผู้ที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพจะต้องทำการชำระเบี้ยประกันสุขภาพเป็นรายเดือนให้แก่กองทุนเงินของระบบประกันสุขภาพที่ตนเข้าร่วมอยู่ด้วย โดยอัตราค่าใช้จ่ายในส่วนนี้อาจแตกต่างกันไปตามระบบประกันแต่ละระบบ ดังนี้

๑. ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Employment-based insurance)

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายเป็นรายเดือนจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างลูกจ้างและนายจ้างในอัตราส่วนที่เท่ากันหรือในอัตราส่วนที่นายจ้างมากกว่าลูกจ้าง โดยรายละเอียดของการรับผิดชอบจะแตกต่างกันเล็กน้อยสำหรับแต่ละกลุ่มย่อยภายในระบบนี้ได้แก่

๑.๑ **กลุ่มที่บริหารจัดการโดยรัฐบาล (Government – managed)** จากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีประชากรทั้งหมด ๓๕.๖๕ ล้านคนเข้าร่วมอยู่ในระบบนี้ เทียบกับประชากรทั้งหมดในเดือนธันวาคมในปีเดียวกันซึ่งมีจำนวน ๑๒๗.๗ ล้านคน (อ้างอิงจาก Statistic Bureau, Ministry of health labour and welfare) จำนวนประชากรที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพนี้คิดเป็น ร้อยละ ๒๗.๕ ของประชากรทั้งหมด ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ โดยอัตราค่าใช้จ่ายที่จะต้องถูกหักเพื่อเป็นค่าเบี้ยประกันสุขภาพรายเดือนนั้นเป็นจำนวนเท่ากับอัตราส่วนร้อยละ ๘.๒ ของรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยในแต่ละเดือน ทั้งนี้ในส่วนร้อยละ ๘.๒ ที่ถูกหักไปนั้นครึ่งหนึ่งเป็นเงินที่จ่ายโดยนายจ้าง และอีกครึ่งหนึ่งที่เหลือจึงเป็นส่วนที่คนไข้ต้องชำระเอง ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกในกลุ่มนี้มีรายได้น้อย รัฐบาลจึงมีการให้เงินอุดหนุนแก่ระบบประกันนี้เพิ่มเติมโดยเงินอุดหนุนที่รัฐให้นั้นครอบคลุมค่าบริหารจัดการทั้งหมดของระบบพร้อมกับอีกร้อยละ ๑๓ ของค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปกับการให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วย

๑.๒ **กลุ่มที่บริหารจัดการโดยสมาคมบริหารของบริษัท (Society – managed)** เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแรกกลุ่มนี้มีประชากรเข้าร่วมด้วยที่น้อยกว่า จากข้อมูลอ้างอิงในแหล่งเดียวกันพบว่าร้อยละ ๒๓.๕๖ ของประชากรทั้งหมดเข้าร่วมประกันสุขภาพในระบบนี้ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพของกลุ่มนี้ Miyatake ได้ระบุไว้ใน Social Security in Japan (พ.ศ. ๒๕๔๗) โดยอ้างอิงจากตัวเลขเบี้ยประกันสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๘.๖ ของรายได้ต่อเดือนของผู้เอาประกัน การระบุเป็นค่าเฉลี่ยแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างกันของอัตราร้อยละของเบี้ยประกันในแต่ละสมาคมที่บริหารเงินทุนประกันย่อยแต่ละแห่ง ส่วนที่น่าสนใจสำหรับประกันในกลุ่มนี้ คือ สมาคมบริหารของบริษัทใหญ่เหล่านี้มักรับผิดชอบส่วนแบ่งเบี้ยประกันที่มากกว่าร้อยละ ๕๐ ทำให้ผู้เอาประกันในกลุ่มนี้แบกรับภาระเบี้ยประกันสุขภาพไม่ถึงร้อยละ ๔๕ นอกจากนี้ระบบประกันนี้ยังมีการเสนอให้ชุดสิทธิประโยชน์ที่หลากหลาย ซึ่งอาจมีมากกว่าที่มีอยู่ในกลุ่มแรก ประกันสุขภาพในระบบนี้ก็ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลจำนวนหนึ่งเช่นเดียวกับกลุ่มแรก แต่ได้รับในปริมาณที่น้อยกว่าเป็นจำนวนคงที่สำหรับอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบเท่านั้น

๑.๓ **กลุ่ม Mutual Aid Association** มีจำนวนประชากรในกลุ่มน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับสองกลุ่มข้างต้น โดยข้อมูลอ้างอิงจากแหล่งเดียวกันมีประชากรร้อยละ ๗.๕ ของประชากร

ทั้งหมดอยู่ในระบบนี้ อัตราร้อยละของเบี้ยประกันสุขภาพนั้น Miyatake ได้แจกแจงโดยอ้างจากตัวเลขเบี้ยประกันสุขภาพของกลุ่ม Mutual Aid Association ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๒ อัตราร้อยละของเบี้ยประกันในกลุ่มนี้แบ่งแตกต่างกันตามกลุ่มย่อย ได้แก่

๑.๓.๑ กลุ่มลูกจ้างรัฐ ร้อยละ ๗.๘ ของรายได้ต่อเดือน

๑.๓.๒ กลุ่มข้าราชการท้องถิ่น ร้อยละ ๘.๖ ของรายได้ต่อเดือน

๑.๓.๓ กลุ่มลูกจ้างของโรงเรียนเอกชน ร้อยละ ๘.๕ ของรายได้ต่อเดือน

เบี้ยประกันนั้นจะเป็นความรับผิดชอบของลูกจ้างและนายจ้างฝ่ายละครึ่งหนึ่ง โดยในกลุ่มนี้จะไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล

๒. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่ครอบคลุมประชากรจำนวนมากที่สุด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบประกันนี้เท่ากับร้อยละ ๔๐.๔๑ ผู้ให้ประกันในระบบนี้ คือรัฐบาล โดยทั้งนี้รวมถึงทั้งรัฐบาลแห่งชาติและรัฐบาลท้องถิ่น โดยรัฐบาลท้องถิ่นจะให้ประกันกับทั้งผู้ประกอบการอิสระและกลุ่มผู้เกษียณอายุ ในขณะที่รัฐบาลแห่งชาติจะให้ประกันกับผู้ประกอบการส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ ๑๐ ประเทศศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา ๔๗ อาชีพอิสระบางส่วน จำนวนของผู้เข้าร่วมประกันกับรัฐบาลท้องถิ่นถือเป็นส่วนใหญ่ของกลุ่ม โดยคิดเป็นกว่าร้อยละ ๕๒ ของผู้เข้าร่วมประกันในกลุ่มนี้ทั้งหมด ๒๑ ค่าเบี้ยประกันนั้นรัฐบาลส่วนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ประกันจะจ่ายค่าเบี้ยประกันให้ประมาณครึ่งหนึ่งของค่าเบี้ยประกันทั้งหมด (อัตราจริงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการแทนบทบาทของนายจ้างในระบบประกันสุขภาพแบบนายจ้าง อัตราค่าเบี้ยประกันนั้นมีความแตกต่างกันไปเนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อัตราเบี้ยประกันที่ผู้ให้ประกันแต่ละแห่งเก็บไม่เท่ากัน เป็นต้น การคำนวณเบี้ยประกันสามารถคำนวณได้จาก รายได้ ทรัพย์สินและความมั่งคั่งในรูปแบบอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมระบบประกัน โดยผู้เข้าร่วมระบบประกันจะจ่ายค่าเบี้ยประกันออกมาในรูปแบบภาษีท้องถิ่น (Local tax) Miyatake ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับค่าเบี้ยประกันของกลุ่มระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไว้เป็นค่าเบี้ยประกันรายหัวเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ ๗๖,๖๓๐ เยนสำหรับกลุ่มรัฐบาลท้องถิ่น และ ๑๑๐,๕๑๗ เยนสำหรับกลุ่มรัฐบาลแห่งชาติ

๓. ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly)

จำนวนผู้สูงอายุในญี่ปุ่นนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ นั้นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพนี้มีจำนวนมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายในระบบประกันนี้ครึ่งหนึ่งเป็นการดึงเอาเงินประกันจากระบบประกันสุขภาพอื่นทั้งจากระบบ

ประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นค่าใช้จ่ายอีกครั้งหนึ่งเป็นการให้เงินอุดหนุนจากรัฐบาลโดยเป็นเงินที่ได้มาจากส่วนราชการกลาง ส่วนราชการประจำจังหวัดและส่วนราชการท้องถิ่นในอัตราส่วนเท่ากับ ๔:๑:๑ ตามลำดับ

การสนับสนุนของรัฐต่อระบบประกันสุขภาพ

โดยหลักการในระบบประกันสุขภาพพยายายที่เกิเกิดขึ้น ควรรับผิดชอบด้วยระบบประกันเองโดยรัฐไม่ต้องสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติมีปัญหาหลายประการ ในแต่ละระบบมีภาระค่าใช้จ่ายและความสามารถในการเก็บเบี้ยประกันต่างกันอันสืบเนื่องจากโครงสร้างอายุของสมาชิก ความจำเป็นด้านสุขภาพและฐานะรายได้ที่ต่างกัน ดังนั้น รัฐบาลจึงต้องเข้ามาช่วยเหลือในบางกลุ่ม โดยเฉพาะใน National Health Insurance ซึ่งต้องรองรับคนที่เกษียณจากงานในระบบอื่นเข้ามาอยู่นอกจากนั้นประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบนี้ก็มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่น สำหรับในระบบอื่นก็สามารถขอรับการสนับสนุนจากรัฐได้หากมีปัญหาด้านรายจ่ายที่ไม่สมดุลกับรายรับ

ตารางที่ ๒-๓ เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพใหญ่สามประเภท

	National Health Insurance	Government managed insurance	Society managed insurance
จำนวนผู้มีสิทธิ (๑,๐๐๐)	๔๓,๖๘๘	๓๘,๒๑๓	๓๑,๕๗๕
อายุเฉลี่ย	๔๕.๘	๓๖.๔	๓๓.๑
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (๑,๐๐๐Y)		๒๘.๖	๓๕.๑
รายได้เฉลี่ย/ครัวเรือน/ปี (๑๐,๐๐๐ Y)	๑๕๐	๒๔๕	๓๘๓
เบี้ยประกันเฉลี่ย/ครัวเรือน (๑๐,๐๐๐ Y)	๑๔.๕	๑๔.๒	๑๔.๖
รัฐบาลสนับสนุน (%)	๕๐%	๑๓%	Fixed amount
รัฐบาลสนับสนุน (billion Y in ๑๕๕๘)	๒,๗๕๕.๘	๘๓๓.๓	๖.๗
รายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ย/คน (๑๐,๐๐๐ Y)	๑๕.๗	๑๒.๕	๑๐.๑

วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ (Payment Methods to Providers)

ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นผู้ให้ประกันไม่ได้มีการทำสัญญาการซื้อขายบริการกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลจังหวัด (Prefecture government) เป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการกับผู้ประกันตนโดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกันผ่านมายังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ประมวลผลการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ต่อไป

สืบเนื่องจากมีหน่วยงานที่เป็นผู้ให้การประกันจำนวนมากในขณะเดียวกันก็มีจำนวนสถานพยาบาลจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่งในขณะที่ประชาชนมีอิสระในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ดังนั้นการที่จะให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากหน่วยงานที่รับประกันเองจึงเป็นสิ่งที่ยุ่งยากมาก จึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและค้ำ นวณใบเรียกเก็บให้ในลักษณะของ Clearing house ซึ่งมีสองหน่วยงานคือ **Social Insurance Medical Fee Payment Fund** ดูแลและให้บริการกับ Workplace based Insurance และ **Federation of National Health Insurance Association** ซึ่งจะให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Community based Insurance ; National Health Insurance) ซึ่งจะมีสำนักงานใหญ่ในโตเกียวและมีสาขาอยู่ในทุกท้องถิ่น (Prefectures) เมื่อสถานพยาบาลส่งใบเรียกเก็บมาให้ทำการประมวลและค้ำ นวณจำนวนเงินที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับแล้ว องค์กรทั้งสองก็จะแยกส่งบิลไปเรียกเก็บจากหน่วยงานที่ให้การประกัน สำหรับค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการนั้น ได้มาจากหน่วยงานที่ให้ประกันต้องจ่ายให้ตามจำนวนบิลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากบิลเหล่านั้นประมาณ ๑๐% ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลต่างๆเรียกเก็บ สำหรับวิธีการจ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลนั้นอยู่บนพื้นฐานของวิธีการจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) โดยจะจ่ายให้สองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและวัสดุ ทั้งนี้ค่าบริการทางการแพทย์จะถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย (๑๐ เยนต่อคะแนน) การกำหนดอัตรานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความเหมาะสมตามความยากง่ายของประเภทบริการและอัตราเงินเพื่อ โดยในการกำหนดนี้ให้นักคะแนนนั้นมีการศึกษาด้านการคลังของสถานพยาบาลทุกๆสองปีและพิจารณาปัจจัยอื่นประกอบเช่น อัตราค่าแรง ความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ได้มีการทบทวนและปรับอัตราจ่ายโดยให้ความสำคัญกับบริการให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ได้มีการทบทวนโดยแยกเตียงที่เป็น acute care และ long term care เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วย นอกจากนี้ก็มีการแยกการจ่ายยาออกจากสถานพยาบาล เนื่องจากยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีการให้น้ำหนักของทักษะของแพทย์มากขึ้นเพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้มีการทบทวนอีกครั้งเพื่อหามาตรการในการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง เนื่องจากมีปัญหาว่าผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลนานเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ นั้นพิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ เช่น ทักษะในการให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยีและทักษะ จำนวนบุคลากร และราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์ สำหรับรายการและค่ายานั้นจะมีการปรับทุกๆ สองปีเพื่อให้สอดคล้องกับราคาตลาด โดยจะมีการสำรวจตลาด ทั้งนี้รายการและราคายานั้นได้มีการกำหนดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ราคายานั้นจะกำหนดโดยใช้ราคาเฉลี่ยบวกอีก ๕% ทั้งนี้มี

รายการยาที่ไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันคือ ยาที่ประชาชนสามารถซื้อได้ทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบสั่งยา ไม่ได้ใช้ในวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาล

ระบบบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

จากการมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้รายจ่ายด้านบริการทางการแพทย์เพิ่มสูงตามไปด้วย สัดส่วนของรายจ่ายที่เกิดจากกลุ่มผู้สูงอายุก็พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ ๒๕.๔ ของรายจ่ายของบริการทางการแพทย์เพิ่มเป็นร้อยละ ๓๖ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๕๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ เมื่อวิเคราะห์รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ ๕๕ เกิดจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นและร้อยละ ๔๕ เกิดจากค่าใช้จ่ายต่อรายที่เพิ่มขึ้น สำหรับในกลุ่มคนหนุ่มสาวนั้นพบว่ารายจ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นเกือบทั้งหมดเกิดจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายต่อคนเป็นหลัก ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพ (Employee based insurance) และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้มีสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสูงมาก ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาจึงให้มีระบบประกันสุขภาพแยกต่างหากสำหรับผู้เกษียณแต่อายุยังไม่ถึง ๗๐ ปี คือ retired person insurance ซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น

๑. วิวัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

เริ่มจากปี พ.ศ. ๒๕๐๔ ที่ญี่ปุ่นมีความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ในปี พ.ศ. ๒๕๑๖ ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตมากก็ได้เริ่มให้บริการฟรีกับผู้สูงอายุ ซึ่งให้บริการฟรีมาได้ถึง ๑๐ ปี ถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๖ ก็รับภาระไม่ไหวจึงเริ่มมีกฎหมายสำหรับการบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุและกำหนดให้ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ทั้งนี้เนื่องจากพบว่ารายจ่ายสำหรับผู้บริการผู้สูงอายุนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในปีแรกให้บริการฟรีพบว่าเพิ่มขึ้นถึง ๕๕% ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ก็ได้เริ่มมีการพัฒนาให้มีสถานพยาบาลถึงโรงพยาบาลถึงบ้านพักคนชรา ปี พ.ศ. ๒๕๓๒ เริ่ม Gold Plan โดยเริ่มมีการขยายสถานพยาบาลและบุคลากรสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุจำนวนมาก ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ เริ่มมีการให้บริการที่บ้านแก่ผู้สูงอายุและปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็เริ่มมีแผนการจัดบริการแบบระยะยาว (Long term care)

๒. ประเภทของบริการที่จัด

บริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นแบ่งได้เป็นสองประเภทหลักคือ

๒.๑. บริการทางการแพทย์ประกอบด้วยสถานบริการสำหรับการจัดบริการผู้สูงอายุ การรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน

และการให้บริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ การให้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม การให้บริการในคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ

๒.๒. บริการที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ที่จัดให้ (ตั้งแต่คนที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป) มีการให้สมุดดูแลสุขภาพ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การฝึกอบรมสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง การให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ การตรวจสอบสุขภาพ

๓. ระบบการคลังสำหรับบริการด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ

สืบเนื่องจากผู้สูงอายุนั้นมาจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ ดังนั้นตามกฎหมายจึงกำหนดให้ทุกคนต้องร่วมรับผิดชอบ โดยเงินทุนสำหรับการจัดบริการนั้นจะมาจากทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ในภาพรวมร้อยละ ๖๐ จะมาจากระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๓๐ มาจากการสนับสนุนของรัฐบาล และร้อยละ ๑๐ มาจากส่วนร่วมจ่ายของผู้สูงอายุ โดยบริการทางการแพทย์นั้นจะจัดให้เฉพาะผู้ที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไปและผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ที่นอนอยู่กับเตียง ส่วนบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์นั้นจัดให้กับผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป โดยในการใช้บริการนั้นผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วย ผู้ป่วยนอกจ่ายค่าธรรมเนียม ๕๐๐Y ต่อครั้งจ่ายไม่เกิน ๔ ครั้ง/เดือน ผู้ป่วยในจ่ายค่าธรรมเนียม ๑,๑๐๐Y/วัน สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับ old-age welfare pension จ่ายวันละ ๕๐๐Y และต้องร่วมจ่ายค่ายาเหมือนในประกันอื่นๆ นอกจากนั้นการนอนในโรงพยาบาลก็ต้องจ่ายค่าอาหารวันละ ๗๖๐Y สำหรับผู้มีรายได้น้อยถ้านอนไม่เกิน ๕๐ วันในปีนั้นจ่ายวันละ ๖๕๐Y ถ้านอนเกิน ๕๐ วันในปีจ่ายวันละ ๕๐๐Y สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับ old-age welfare pension จ่ายวันละ ๓๐๐Y สำหรับกองทุนสำหรับบริการทางการแพทย์ (ร้อยละ ๑๓ ของรายจ่ายทั้งหมด) นั้นครึ่งหนึ่งจะมาจากระบบประกันทุกประเภท โดยถือว่าระบบประกันทุกกองทุนมีส่วนของผู้สูงอายุเท่ากันหมดเพื่อให้ร่วมกันรับผิดชอบ โดยคำนวณสัดส่วนที่ต้องจ่ายโดยใช้ค่าเฉลี่ย หากกองทุนนั้นมีผู้ที่เกษียณและมาอยู่ในกองทุน สำหรับการบริการผู้สูงอายุก็ต้องใช้จำนวนเฉลี่ยที่ได้ แต่ในทางปฏิบัติก็พบว่าการกำหนดเพดานการเพิ่มจากจำนวนที่มีจริงในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้มีการกำหนดสัดส่วนที่ปรับที่กองทุนต่างๆจะต้องจ่ายนั้นที่ระดับ ๑.๔% - ๓๐% กล่าวคือถ้ามีจำนวนผู้สูงอายุและผู้เกษียณมีค่าสูงมากกว่าที่มีจริงเกิน ๓๐% ก็จ่ายแค่ ๓๐% (เพดานที่กำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เพิ่มจาก ๒๐% ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗)

สำหรับบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์นั้นร้อยละ ๗๐ มาจากระบบประกันสุขภาพ และร้อยละ ๓๐ มาจากการสนับสนุนของรัฐ (สัดส่วนการสนับสนุนของรัฐนั้นมาจากรัฐบาลกลาง ๑/๓ มาจากรัฐบาล prefecture ๑/๖ และมาจากรัฐบาลท้องถิ่นอีก ๑/๖)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เชี่ยวชาญ อาศุวัฒนกุล (พ.ศ. ๒๕๔๐) ศึกษาเรื่อง “ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมของลูกจ้างเกี่ยวกับสิทธิและการใช้บริการกองทุนเงินทดแทน ผลของการบริหารกองทุนเงินทดแทนที่มีต่อลูกจ้าง และความคาดหวังของลูกจ้างที่มีต่อสิทธิและบริการที่จะได้รับจากกองทุนเงินทดแทน” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมของลูกจ้างเกี่ยวกับสิทธิและการใช้บริการกองทุนเงินทดแทน ผลของการบริหารเงินกองทุนทดแทนที่มีต่อลูกจ้าง โดยการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๐ – ๒๕๔๑ พบว่า ลูกจ้างผู้ประกันตนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและการใช้บริการกองทุนเงินทดแทนอยู่ในระดับน้อย ส่วนการบริหารกองทุนเงินทดแทนที่มีต่อลูกจ้าง ในรูปของความพึงพอใจต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อประโยชน์ทดแทนอื่นต่อการใช้บริการของเจ้าหน้าที่ของรัฐ และต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของลูกจ้างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความคาดหวังให้มีการปรับปรุงเรื่องสิทธิและบริการที่จะได้รับจากกองทุนเงินทดแทนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจ ผลของการบริหารกองทุนเงินทดแทนและความคาดหวังของลูกจ้างที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับเงินเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประเภท สถานที่ตั้งและขนาดของกิจการ ฯลฯ

ส่วนนโยบายการคลังและงบประมาณสำนักงานนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (พ.ศ. ๒๕๕๑) โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่ายเพื่อสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้างและพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อจำกัดอัตราการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถควบคุมและประมาณการภาระรายจ่ายล่วงหน้าได้อย่างแม่นยำ โดยไม่ก่อให้เกิดภาระทางการคลังที่ไม่คาดคิด จากข้าราชการพลเรือน ข้าราชการทหาร ข้าราชการตำรวจ และข้าราชการบำนาญ ที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ในโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยการสุ่มตัวอย่างพบว่า ข้าราชการส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่จะต้องไม่ทำให้สิทธิดีด้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้างงาน ทั้งนี้ สิ่งที่ข้าราชการกลุ่มตัวอย่างแสดงความไม่พึงพอใจคือความครอบคลุมของรายการที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องการให้ระบบมีความยืดหยุ่นมากขึ้นและสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจกับความสะดวกในการรับบริการและคิดว่าตนเองสามารถใช้สิทธิได้อย่างเต็มที่สำหรับทางเลือกในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น กลุ่มตัวอย่างแสดงความไม่เห็นด้วยหากมีการจำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลหรือจำกัดประเภทยาที่เบิกจ่ายได้ แต่เห็นด้วยกับการทำประกันสุขภาพหมู่ภาคเอกชนให้แก่ข้าราชการ ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรค

เรื่องซึ่งแสดงความไม่เห็นด้วย ในขณะที่การใช้ระบบ medi-save ก็มีความเป็นไปได้ แต่ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการบริหารระบบซึ่งมีความซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายที่สูง

ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (พ.ศ. ๒๕๕๑) ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบบริการการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ จำนวน ๑๐ประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อการพัฒนาและวางนโยบายการบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการและแนวคิดในการจัดระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ นั้น ภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดบริการมีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชน สิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปแบบของเงินสด รวมทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงิน แหล่งที่มาของการเงินการคลังของระบบประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่าย และจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อย คือ การจ่ายร่วม ด้านการบริหารจัดการมีการกำหนดการได้รับสิทธิจากการประเมินภาวะพึ่งพิงร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ด้านการช่วยเหลือครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการสนับสนุน การให้เงินช่วยเหลือครอบครัว การลดหย่อนภาษีให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิง การให้สิทธิทดแทนการออกจากงานและสิทธิในการรับบำนาญขั้นพื้นฐาน ข้อเสนอแนะในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย คือ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล

ดร.ปภัศร ชัยวัฒน์ และคณะ (พ.ศ. ๒๕๕๕) รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพของการบริการ สาเหตุปัญหาอุปสรรคในการบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพของสถานพยาบาล พร้อมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิภาพของสถานพยาบาล เพื่อเสนอแนวทางในการปรับปรุงแบบวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า สถานพยาบาลในระบบประกันสังคมนั้นมีคุณภาพอยู่ในระดับสูงอย่างไรก็ดี คุณภาพบริการดังกล่าวนี้ยังอยู่ในระดับที่น้อยกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ประกันตนคาดหวัง แต่มากกว่าคุณภาพบริการขั้นต่ำที่ยอมรับได้แสดงถึงสถานพยาบาลในระบบประกันสังคมนั้น ยังต้องได้รับการพัฒนาด้านคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองความต้องการบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นของผู้ประกันตน ต้นทุนประสิทธิภาพของสถานพยาบาลนั้นแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ก็ตามยังคงไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารจัดการ ได้ศึกษาเรื่องต้นทุนประสิทธิภาพพบว่า ค่าใช้จ่ายที่ประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาลนั้นมีความคุ้มค่าอยู่แล้ว ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมี

ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายของประกันสังคมให้
เหมาะสมขึ้น โดยเสนอแนะให้มีการปรับลดค่าใช้จ่ายแบบเหมารายหัวลงและปรับให้มีการจ่าย
เพิ่มขึ้นตามน้ำหนักของจำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล

บทที่ ๓

สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

๑. สถานการณ์การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการ

โครงสร้างของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามรายการที่เบิกจริง (fee for service) ซึ่งเป็นการเบิกย้อนหลังให้แก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิภายใต้กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาล สถานการณ์ของการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาล ค่ารักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัวที่เบิกจ่ายในช่วง ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๔) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วถึงร้อยละ ๒๗๔ ในอัตราเฉลี่ย และสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงว่าอาจนำไปสู่วิกฤตในการรักษายาบาลระบบสวัสดิการข้าราชการ และอีก ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๔) ต่อมาก็ยังมีการเพิ่มอย่างรวดเร็วกล่าวคือในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ งบประมาณที่ได้รับ ๑๗,๐๐๐ ล้านบาท แต่มีค่าใช้จ่ายจริง ๒๖,๐๔๓.๑๑ ล้านบาท ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ งบประมาณที่ได้รับ ๑๘,๐๐๐ ล้านบาท ใช้จ่ายจริง ๒๙,๓๘๐.๐๓ ล้านบาท ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้จัดสรรงบประมาณให้ ๒๐,๐๐๐ ล้านบาท ใช้จ่ายจริง ๓๗,๐๐๔.๔๕ ล้านบาท ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้จัดงบประมาณให้ ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท ใช้จ่ายจริง ๔๖,๔๘๑.๐๕ ล้านบาท ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้รับจัดสรรงบประมาณ ๔๘,๕๐๐ ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายจริง ๕๔,๙๐๔.๔๘ ล้านบาท ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้รับจัดสรรงบประมาณให้ ๔๘,๕๐๐ ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายจริง ๖๑,๓๐๔.๔๗ ล้านบาท ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้รับจัดสรรงบประมาณ ๔๘,๕๐๐ ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายจริง ๖๒,๑๙๕ ล้านบาท การเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดข้างต้นบวกกับนโยบายของรัฐที่ต้องการจัดหางบประมาณเข้าสู่ภาวะสมดุลในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นแรงผลักดันให้รัฐบาลอภิสิทธิ์ หั่นมาควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมอบหมายให้กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลางร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำรวจรายชื่อยาที่มีรายการการเบิกจ่ายสูงในสถานพยาบาลของทางราชการที่มีการให้บริการผู้ป่วยภายนอกเป็นจำนวนมาก จำนวน ๓๔ แห่ง และจัดทำข้อเสนอเพื่อลดการใช้ยาเกินความจำเป็นหลังจากนี้ ในภาพรวมของผลการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ผ่านมา พบว่า ค่าบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้นเพียง ๒.๓% และลดลง ๓% ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยเฉพาะค่ายาเพิ่มร้อยละ ๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และลดลงร้อยละ

๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และเมื่อพิจารณาค่ายาของโรงพยาบาลนำร่อง ๓๔ แห่ง พบว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้น ๔% เมื่อเทียบกับ ๓% ของโรงพยาบาลที่เหลือ และปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ค่ายาของโรงพยาบาลเป้าหมายลด ๐.๕% เทียบกับ ๐.๓% ของโรงพยาบาลที่เหลือ จากการประเมินผลในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕ ที่ผ่านมา พบว่า มูลค่าการส่งจ่ายผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดังกล่าวส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ คิดเป็นเงินจำนวน ๑,๕๑๒.๑๑ ล้านบาท นับว่าเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ที่รัฐบาลสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เบิกจ่ายเพียง ๖๑,๘๔๔ ล้านบาท จากงบประมาณที่ตั้งไว้ ๖๔,๐๐๐ ล้านบาท และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๕ เบิกจ่ายแล้ว ๕๖,๔๑๕.๒๕ ล้านบาท ซึ่งคาดว่าจะไม่สูงกว่างบประมาณที่ได้รับเช่นเดียวกับปีก่อน

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๕๖ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๐๗ เป็น ๗๑.๑ ปี ในชายและ ๘๑.๑ ปีในหญิงใน พ.ศ. ๒๕๕๖ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ๘.๕ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๑๔.๗ ของประชากรทั้งประเทศ คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๕.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบภายใน ๒๐ ปีข้างหน้าซึ่งมีความต้องการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษายาพยาบาลที่ค่อนข้างมาก ดังนั้น ทำอย่างไรจึงจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายการรักษายาพยาบาลข้าราชการให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมของแต่ละปี เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงทางการคลังที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ในสังคมประเทศที่พัฒนาแล้วก็ได้มีการเตรียมความพร้อมโดยการปฏิรูประบบประกันสุขภาพหลักเพื่อให้ระบบสามารถรองรับความเสี่ยงทางการคลังได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ประเทศสิงคโปร์ ได้มีการนำระบบ Medisave มาใช้ โดยให้ประชากรทุกคนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษายาพยาบาลด้วยตนเอง และสามารถถอนเงินจากบัญชีได้เมื่อเกษียณอายุ และรัฐบาลสิงคโปร์จะให้ความช่วยเหลือโดยรัฐจะอุดหนุนค่าใช้จ่ายการรักษายาพยาบาลในรูปแบบของสัดส่วนค่าใช้จ่ายตามระดับของบริการ รวมถึงการเบิกเงินจากบัญชีเงินออม Medisave นี้ยังมีเพดานควบคุมอีกไม่ให้เบิกเกินกว่าที่กำหนดไว้ ระบบนี้จะทำให้ประชาชนตระหนักอยู่บนหลักการของการช่วยเหลือตนเองและความรับผิดชอบต่อตัวเองและครอบครัว และมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพพลานามัย และป้องกันการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น นอกจากนี้หลายๆ ประเทศยังมีแนวคิดขยายอายุการเกษียณให้สูงกว่า ๖๐ ปี เพื่อให้ประชากรอยู่ในการจ้างงานนานขึ้นและมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพมากขึ้น สำหรับระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการนั้น สิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ การออกแบบปรับปรุงระบบให้มีความยืดหยุ่นต่อความเสี่ยงทางการคลังที่มากขึ้น โดยคำนึงถึงระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วย

๒. สถานการณ์ระบบการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นระบบที่ทั้งคนงาน นายจ้างและรัฐร่วมจ่าย ต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลักและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่รัฐจ่ายข้างเดียว หากมองในแง่ความเท่าเทียม รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ระบบประกันสังคมไม่น้อยกว่าที่จัดสรรให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลัก ซึ่งจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งหมด ถึงแม้ว่าจะจ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่าที่จ่ายให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลัก แต่โดยรวมถ้ามีผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นรัฐบาลจะมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ในปัจจุบันกองทุนประกันสังคมยังเพิ่มค่าเหมาจ่ายรายหัวให้ค่ารักษายาบาลประกันสังคม ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ในช่วงแรกเริ่มก่อตั้งให้ความคุ้มครองลูกจ้างสำหรับประโยชน์ทดแทน ๔ กรณี ได้แก่ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตายต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ จึงให้ความคุ้มครองเพิ่มอีก ๒ กรณี ได้แก่ สงเคราะห์บุตร และชราภาพ และในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้ขยายความคุ้มครองถึงกรณีว่างงานสำหรับการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างนั้นสำนักงานประกันสังคมให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๒๐ คนขึ้นไป ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ได้ขยายความคุ้มครองสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑๐ คนขึ้นไป และในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป โดยมีสถานประกอบการขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๓๐๑,๕๑๘ แห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เพิ่มเป็น ๔๐๔,๑๘๕ แห่ง ณ สิ้นปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๑ เป็นสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างต่ำกว่า ๑๐ คน มีผู้ประกันตนที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคมทั้งสิ้น ๑๐,๔๘๘,๘๘๓ คน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘.๒๒ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จำแนกเป็นผู้ประกันตนภาคบังคับ (ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓) จำนวน ๘,๐๕๔,๕๓๕ คน โดยมีสัดส่วนของผู้ประกันตนชายและหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๒๕-๒๘ ปี และผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๘ : ผู้ที่เคยเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการมาก่อน และผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ : ผู้ที่ไม่ใช่ลูกจ้างตามสถานประกอบการที่อยู่ในข่ายการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม ที่ไม่ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๘) จำนวน ๑,๔๔๔,๓๔๘ คน ทั้งนี้ผู้ประกันตนภาคสมัครใจมีสัดส่วนของผู้ประกันตนหญิงมากกว่าชายอย่างเห็นได้ชัด คือ ๑.๕๕ : ๑ และส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๔๐-๔๔ ปี โดยผู้ประกันตนที่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุน

ประกันสังคมทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๐ ของกำลังแรงงานที่มีงานทำ หรือ ร้อยละ ๑๖.๓๘ ของประชากรทั้งประเทศ

สำหรับผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (มาตรา ๔๐) ซึ่งสำนักงานประกันสังคมให้ความคุ้มครองตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ทำให้จำนวนผู้ประกันตนภาคสมัครใจมาตรา ๔๐ เพิ่มขึ้นถึง ๕๘๘,๘๖๒ คน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๓

ตารางที่ ๓-๑ แสดงจำนวนผู้ประกันตน

ปี พ.ศ.	ผู้ประกันตน			ผู้มีงานทำ (ล้านคน)	ร้อยละ ผู้มีงานทำ	ประชากร (ล้านคน)	ร้อยละของ ประชากร
	ภาคบังคับ(คน)	ภาคสมัครใจ(คน)	รวม (คน)				
๒๕๔๕	๖,๘๐๐,๒๒๓	๑๔๗,๔๘๘	๗,๐๔๗,๖๘๒	๓๒.๘๔	๒๑.๓๘	๖๒.๘๐	๑๑.๒๒
๒๕๔๖	๗,๔๓๔,๒๓๗	๑๗๕,๑๔๑	๗,๖๐๙,๓๗๘	๓๓.๘๒	๒๒.๕๐	๖๓.๐๘	๑๒.๐๖
๒๕๔๗	๗,๘๓๑,๔๖๓	๒๐๐,๓๐๕	๘,๐๓๑,๗๖๘	๓๔.๗๒	๒๓.๑๔	๖๑.๘๗	๑๒.๘๖
๒๕๔๘	๘,๒๒๕,๔๗๗	๒๔๑,๘๓๓	๘,๔๖๗,๓๑๐	๓๕.๑๗	๒๔.๐๘	๖๒.๔๒	๑๓.๕๖
๒๕๔๙	๘,๕๓๗,๘๐๑	๓๒๒,๓๘๒	๘,๘๖๐,๑๘๓	๓๕.๗๐	๒๔.๘๒	๖๒.๘๓	๑๔.๑๐
๒๕๕๐	๘,๗๘๑,๒๖๒	๔๐๐,๘๐๘	๙,๑๘๒,๐๗๐	๓๖.๒๗	๒๕.๓๒	๖๓.๐๔	๑๔.๕๗
๒๕๕๑	๘,๗๗๘,๑๓๑	๕๑๔,๔๖๘	๙,๒๙๒,๖๐๐	๓๗.๐๒	๒๕.๑๐	๖๓.๓๘	๑๔.๖๖
๒๕๕๒	๘,๖๕๘,๘๘๘	๖๗๘,๗๖๐	๙,๓๓๗,๖๔๘	๓๗.๖๓	๒๔.๘๔	๖๓.๕๓	๑๔.๗๓
๒๕๕๓	๘,๘๕๕,๗๔๔	๗๘๗,๐๘๘	๙,๖๔๒,๘๓๒	๓๘.๐๖	๒๕.๔๘	๖๓.๘๘	๑๕.๑๘
๒๕๕๔	๙,๐๕๔,๕๓๕	๑,๔๔๕,๔๕๘	๑๐,๕๐๐,๐๐๐	๓๘.๔๖	๒๖.๓๐	๖๔.๐๘	๑๖.๓๘

ผู้ประกันตนภาคบังคับ = ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓

ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ = ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๘ + ผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐

๒.๑ อัตรารายรับสมทบ

สำนักงานประกันสังคมจัดเก็บเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนภาคบังคับตามมาตรา ๓๓ รวม ๗ กรณี ได้แก่ เจ็บป่วยคลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน โดยเรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างและผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ เท่าๆ กัน คือ ฝ่ายละร้อยละ ๕ ของค่าจ้าง ประกอบด้วยเงินสมทบสำหรับประโยชน์

ทดแทน ๔ กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ในอัตราฝ่ายละร้อยละ ๑.๕ ของค่าจ้าง เงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน ๒ กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ) ในอัตราฝ่ายละร้อยละ ๓ ของค่าจ้าง และเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ฝ่ายละร้อยละ ๐.๕ ของค่าจ้าง รัฐบาลสมทบให้ในอัตราร้อยละ ๒.๗๕ แยกเป็นร้อยละ ๑.๕ สำหรับประโยชน์ทดแทน ๔ กรณี ร้อยละ ๑ สำหรับประโยชน์ทดแทน ๒ กรณี และร้อยละ ๐.๒๕ สำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน สำนักงานประกันสังคมเรียกเก็บเงินสมทบเดือนละ ๔๓๒ บาท จากผู้ที่ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา ๓๕ โดยให้ความคุ้มครอง ๖ กรณี คือ เจ็บป่วยคลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร และชราภาพ จำแนกเป็นเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน ๔ กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) เป็นเงิน ๑๔๔ บาท และเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน ๒ กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ) เป็นเงิน ๒๘๘ บาท โดยรัฐบาลจ่ายสมทบให้อีกเดือนละ ๑๒๐ บาท ส่วนประชาชนทั่วไปที่สมัครใจประกันตนเองตามมาตรา ๔๐ เดิมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมปีละ ๓,๓๖๐ บาทได้รับความคุ้มครอง ๓ กรณี คือ คลอดบุตร ทูพพลภาพและตาย ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการประกันสังคม ตามมาตรา ๔๐ โดยตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ไว้ ๒ ทางเลือก คือ ทางเลือก ๑ กำหนดอัตราเงินสมทบ ๑๐๐ บาท/เดือน (คุ้มครองกรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ และตาย) และทางเลือก ๒ กำหนดอัตราเงินสมทบ ๑๕๐ บาท/เดือน (คุ้มครองกรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย และชราภาพ)

ตารางที่ ๓-๒ อัตราเงินสมทบ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔

กรณี	มาตรา ๓๓			มาตรา ๓๕		มาตรา ๔๐
	ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รัฐบาล	ผู้ประกันตน	รัฐบาล	
๔ กรณี	๑.๕%	๑.๕%	๑.๕%	๑๔๔ บ/ค (๓% ของ ๔,๘๐๐)	๓๒ บ/ค (๑.๕% ของ ๔,๘๐๐)	ทางเลือก ๑ คุ้มครอง กรณีเจ็บป่วย ทูพพล ภาพ และตาย
๒ กรณี	๓%	๓%	๑%	๒๘๘ บ/ค (๖% ของ ๔,๘๐๐)	๔๘ บ/ค (๑% ของ ๔,๘๐๐)	ทางเลือก ๒ คุ้มครอง กรณีเจ็บป่วย ทูพพล ภาพ ตายและชราภาพ
ว่างงาน	๐.๕%	๐.๕%	๐.๒๕%	-	-	-
รวม	๕%	๕%	๒.๗๕%	๔๓๒ บ/ค	๑๒๐ บ/ค	ทางเลือก ๑,๑๐๐ บ/ค ทางเลือก ๒,๑๕๐ บ/ค

บ/ค = บาทต่อเดือน

๒.๒ เงินสมทบและประโยชน์ทดแทน

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สำนักงานประกันสังคมจัดเก็บเงินสมทบทั้งในส่วนของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลเข้ากองทุนประกันสังคมได้เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๒๔,๒๒๕.๕๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นเงิน ๘๖,๖๐๑.๕๑ ล้านบาท หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓.๔๔ และจ่ายประโยชน์ ทดแทนไปจำนวน ๔๖,๒๕๓.๕๑ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นเงิน ๒,๓๔๗.๒๑ ล้าน บาท หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖.๓๑ โดยจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยมากที่สุด เป็นเงินจำนวน ๒๔,๕๑๗.๑๔ ล้านบาท รองลงมาคือกรณีสงเคราะห์บุตร ๖,๕๕๔.๗๒ ล้านบาท กรณีคลอดบุตร ๖,๑๕๕.๔๕ ล้านบาท กรณีชราภาพ ๔,๐๘๑.๕๓ ล้านบาท กรณีว่างงาน ๓,๔๖๒.๓๐ ล้านบาท กรณี ตาย ๑,๑๗๗.๒๕ ล้านบาท และกรณีทุพพลภาพ ๓๔๑.๑๑ ล้านบาท ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตรา ประโยชน์ทดแทนต่อเงินสมทบพบว่าประโยชน์ทดแทน ๔ กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ และตาย) มีอัตราประโยชน์ทดแทนต่อเงินสมทบคิดเป็นร้อยละ ๓๓.๐๗ ประโยชน์ทดแทน ๒ กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ) มีอัตราประโยชน์ทดแทนต่อเงินสมทบคิดเป็น ร้อยละ ๑๕.๕๓ และ กรณีว่างงาน มีอัตราประโยชน์ทดแทนต่อเงินสมทบคิดเป็น ร้อยละ ๒๕.๖๖

ตารางที่ ๓-๓ ประโยชน์ทดแทน ปี พ.ศ. ๒๕๕๔

กรณี	จำนวนผู้รับประโยชน์ ทดแทน		จำนวนเงินประโยชน์ ทดแทน	
	ราย	ร้อยละ (%)	ล้านบาท	ร้อยละ (%)
เจ็บป่วย	๓๐,๕๘๑,๒๒๒	๕๔.๔๓	๒๔,๕๑๗.๑๔	๕๒.๕๖
คลอดบุตร	๒๕๑,๓๗๖	๐.๘๕	๖,๑๕๕.๔๕	๑๓.๓๑
ทุพพลภาพ	๗,๓๑๘	๐.๐๒	๓๔๑.๑๑	๐.๗๔
ตาย	๒๐,๑๕๗	๐.๐๖	๑,๑๗๗.๒๕	๒.๕๔
สงเคราะห์บุตร	๑,๒๕๖,๑๑๔	๓.๘๓	๖,๕๕๔.๗๒	๑๔.๑๖
ชราภาพ	๑๕๓,๒๑๗	๐.๔๗	๔,๐๘๑.๕๓	๘.๘๒
ว่างงาน	๕๘,๑๔๒	๐.๓๐	๓,๔๖๒.๓๐	๗.๔๘
รวม	๓๒,๘๐๗,๕๘๖	๑๐๐.๐๐	๔๖,๒๕๓.๕๑	๑๐๐.๐๐

๒.๓ การใช้บริการทางการแพทย์

ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคมพร้อมให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น ๒,๓๘๓ แห่ง ประกอบด้วยสถานพยาบาลหลักของรัฐ จำนวน ๑๕๒ แห่ง สถานพยาบาลหลักของเอกชน จำนวน ๕๐ แห่ง และสถานพยาบาลเครือข่ายอีก จำนวน ๒,๑๘๑ แห่ง มีผู้มาใช้บริการ ณ สถานพยาบาลทั้งสิ้น ๒๘.๑๕ ล้านครั้ง จำแนกเป็นการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน ๒๗.๖๔ ล้านครั้ง อัตราการใช้บริการเฉลี่ย ๒.๖๑ ครั้ง/คน/ปี และเป็นการใช้บริการผู้ป่วยในจำนวน ๐.๕๕ ล้านครั้ง อัตราการใช้บริการเฉลี่ย ๐.๐๕๓ ครั้ง/คน/ปี

ตารางที่ ๓-๔ อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ปี พ.ศ. ๒๕๕๔

ประเภท	จำนวนครั้งของการใช้บริการ	อัตราการใช้บริการ (ครั้ง/คน/ปี)		
		รัฐบาล	เอกชน	รวม
ผู้ป่วยนอก	๒๗,๖๓๖,๐๔๒	๒.๕๔	๒.๖๗	๒.๖๑
ผู้ป่วยใน	๕๕๐,๐๑๗	๐.๐๕๑	๐.๐๕๔	๐.๐๕๓

๓. สถานการณ์การประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ระบบจัดสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยด้วยวิธีจ่ายตามรายป่วยด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตามแนวคิดการประกันภัย (Reinsurance) ประสบการณ์สำคัญของวิธีการจ่ายเงินตามรายป่วยด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาจากการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามการดูแลผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา ควบคู่กับการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตั้งแต่ฉบับที่ ๑ ถึงฉบับที่ ๕ การดำเนินการดังกล่าวทำให้มีประสบการณ์ในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การจัดกลุ่มโรคใหม่ การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ใหม่ การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามเกณฑ์วันรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และการกำหนดอัตราจ่ายเงินต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ ความสำเร็จจากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้มีโอกาสขยายวิธีการจ่ายเงินตามรายป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงแข่งขันกันให้บริการระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ ๑ ถึงกลุ่มรวมโรคไทยฉบับที่ ๕ พบว่า มีการปรับปรุงแนวคิดและผังงาน (flow chart) การจัดกลุ่มโรคใหม่อยู่ตลอดเวลา ทั้งการจัดกลุ่มโรคใหม่ระดับกลุ่มโรคหลัก (MDC) เช่น ผู้ป่วยเจาะท่อลม (tracheostomy) แยกไปอยู่ตามกลุ่มโรคหลักต่างๆ ผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า

๖ ชั่วโมงที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคหลักอีกกลุ่มหนึ่ง รวมทั้งการจัดกลุ่มใหม่ภายในโรคกลุ่มเดียวกัน (disease cluster, DC)

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๒ มีประชากรขยายตัวเพิ่มขึ้นทุกปี การใช้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น อัตราการนอนในโรงพยาบาลสูงขึ้น รวมทั้งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยก็สูงขึ้น แต่งบประมาณสนับสนุนจากรัฐก็สูงขึ้นด้วย คือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณรายหัวให้แก่บริการผู้ป่วยในจาก ๔๑๘ บาท/คน/ปี เพิ่มขึ้นเป็น ๘๓๗ บาท/คน/ปี หรือเพิ่มร้อยละ ๔-๖๔ ต่อปี จากข้อมูลดังกล่าวคำนวณได้ว่า อัตราการจ่ายเงินต่อน้ำหนักสัมพัทธ์นั้น เพิ่มจาก ๕,๐๐๐ บาท/หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ เป็นถึงเกือบ ๘,๐๐๐ บาท/หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ตารางที่ ๓-๕ การเพิ่มค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย งบประมาณอุดหนุนจากรัฐ และอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์

ปีงบประมาณ	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒
๑. จำนวนการใช้บริการ (ล้านครั้ง)	๔.๑๖	๔.๓๔	๔.๗๓	๔.๘๘	๔.๙๕	๕.๒๑
๒. อัตราการใช้บริการต่อประชากร	๐.๐๕	๐.๐๕	๐.๑๐	๐.๑๐	๐.๑๑	๐.๑๑
๓. น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย* ต่อราย	๐.๘๗	๐.๘๕	๐.๙๑	๐.๙๕	๐.๙๕	๑.๐๓
๔. งบประมาณผู้ป่วยใน (บาท/คน)	๔๑๘.๓๐	๔๓๕.๐๑	๔๖๐.๓๕	๕๑๓.๖๖	๘๔๕.๐๘	๘๓๗.๑๑
๕. อัตราจ่าย (บาท/น้ำหนักสัมพัทธ์)	๕,๓๔๒	๕,๔๓๑	๕,๐๕๕	๕,๔๑๐	๗,๗๖๐	๗,๓๘๘

* น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ ๓ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ ๔

- ข้อมูล ๑.-๔ อ้างอิงจากรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- อัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ คำนวณจากงบประมาณผู้ป่วยใน (บาทต่อคน) หารด้วย (โอกาสเป็นผู้ป่วยใน x น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย) หรือ $๕ = ๔/(๒x๓)$

การวิเคราะห์ปัญหา โอกาส และอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยได้รับการยกย่องจากนานาประเทศว่าเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประสิทธิภาพแม้จะมีได้เป็นประเทศที่ร่ำรวยแต่ก็สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทุกคนได้ อย่างไรก็ตามคนไทย ๖๕ ล้านคนยังได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพไทยประกอบด้วยกองทุนสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีสาม

กองทุนหลักได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากทั้งสามกองทุนดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ กองทุนประกันสังคม อยู่ภายใต้การกำกับของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) สังกัดกระทรวงแรงงาน กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการจึงมีลักษณะแยกส่วนทำให้การบริหารมีต้นทุนสูงที่เกินควรเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการบริหารที่ซ้ำซ้อนและสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลของผู้ป่วยภายใต้แต่ละกองทุนแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ทั้งสามกองทุนต่างมีฐานข้อมูลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่ต่างกัน มีการคำนวณต้นทุนในการรักษายาบาลที่ต่างกัน มีระบบการตรวจสอบการเบิกจ่าย หรือ การรับเรื่องร้องเรียนที่แยกส่วนกัน การดำเนินการของแต่ละกองทุนอย่างเป็นเอกเทศนอกจากจะทำให้มีต้นทุนในการบริหารสูงแล้วยังส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษายาบาลอีกด้วย

นอกจากนี้แล้ว เนื่องจากกองทุนทั้งสามต่างเกิดขึ้นมาต่างกรรมต่างวาระกัน สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลจึงต่างกัน ตัวอย่างเช่น ข้าราชการและครอบครัวได้รับสิทธิในการเลือกใช้สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการได้ทุกแห่งทั่วประเทศ ในขณะที่สมาชิกประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถใช้บริการรักษายาบาลได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ หรือ สมาชิกประกันสังคมต้องจ่ายเงินสมทบเพื่อที่จะได้มาซึ่งสิทธิในการได้รับการรักษายาบาลคำนวณเป็นเดือนละประมาณ ๒๐๐ บาทในขณะที่ผู้ที่ได้รับสิทธิภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับสิทธิฟรี อันเป็นเหตุให้มีการเรียกร้องของลูกจ้างภาคเอกชนที่จะเลิกจ่ายเงินส่วนนี้เพราะเห็นว่าคุณต้องจ่ายเงินสองต่อ คือ จ่ายภาษีรายได้ที่รัฐนำมาอุดหนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ จ่ายค่าเบี้ยประกันอีกนอกจากนี้แล้ว ผู้ที่เข้ารับบริการรักษายาบาลโดยใช้สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความรู้สึกว่าคุณได้รับมาตรฐานการรักษาและการให้บริการที่ดีต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เนื่องจากการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลภายใต้สองกองทุนแรกเป็นระบบ “เหมาจ่ายรายหัว (per capitation)” ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะลดต้นทุนในการให้บริการรักษายาบาลเนื่องจากได้รับการจัดสรรค่ารักษายาบาลในอัตราที่เหมาจ่ายรายปีมาแล้ว ในขณะที่ในกรณีหลังเป็นระบบ “จ่ายตามจริง (fee for service)” ทำให้สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลที่ให้แก่ข้าราชการและครอบครัวได้ทุกครั้งโดยไม่มีวงเงินที่จำกัด อนึ่ง ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าวโดยมีการเบิกจ่ายค่า

รักษาพยาบาลเพิ่มเติมสำหรับโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังให้กับโรงพยาบาลในโครงการของ สปส. และ สปสช. การศึกษาประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่า การมีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน มิได้เป็นปัญหา หากการบริหารจัดการและการกำกับดูแลกองทุนเหล่านั้นจะอยู่ภายใต้หน่วยงาน เดียวกัน ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดต้นทุนในการบริหารที่ซ้ำซ้อน และ หน่วยงานดังกล่าวสามารถกำหนด สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล หลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่ายา การ คำนวณค่าเบี้ยประกัน คุณภาพในการรักษาพยาบาล ฯลฯ ที่เป็นมาตรฐานกลางขึ้นมา ซึ่งแต่ละ กองทุนต้องปฏิบัติตาม ทำให้ไม่เกิดความลั้กัน เพื่อให้จะลดต้นทุนในการบริหารจัดการระบบ สาธารณสุขของประเทศและลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการเข้าถึงและการได้รับการรักษา พยาบาลของประชาชน ประเทศไทยควรพิจารณาที่จะโอนย้ายภารกิจในการบริหารจัดการกองทุน ทั้งสามให้อยู่ภายใต้กระทรวงเดียวเพื่อที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ เป็นไปอย่างบูรณาการ การพิจารณาว่าควรเป็นกระทรวงใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าเราต้องการจะพัฒนา ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไปในทิศทางใด ระบบประกันสุขภาพของไทยในอนาคตควรอิงกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเนื่องจากเป็นกองทุนที่มีสมาชิกมากที่สุด คือ ๔๘ ล้านคน การ ขยายฐานสมาชิกอีก ๑๗ ล้านคนน่าจะอยู่ในวิสัยที่จะบริหารจัดการได้ การสร้างระบบประกัน สุขภาพของประเทศโดยอิงกับระบบประกันสังคมอาจไม่เหมาะสมนักสำหรับประเทศไทยซึ่งยังคง มีธุรกิจและแรงงานนอกระบบจำนวนมาก ปัจจุบันมีแรงงานที่เป็นสมาชิกประกันสังคมเพียง ๑๐ ล้านคนจากทั้งหมด ๔๐ ล้านคน หรือเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น แม้จะมีความพยายามที่จะกวาดต้อน ธุรกิจทั้งหมดเข้ามาในระบบแล้วก็ตาม นอกจากนี้แล้วสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบ ประกันสังคมจำกัดเฉพาะตัวลูกจ้างเท่านั้น ไม่รวมครอบครัว และ ระยะเวลาการคุ้มครองก็จำกัด เฉพาะช่วงเวลาที่ยังไม่เกษียณจากงานเท่านั้น ทำให้ต้องมีกองทุนสุขภาพอื่นๆ เข้ามารองรับสำหรับ ผู้ที่เกษียณอายุการทำงาน รวมทั้ง เด็ก คนชรา และ ผู้ไม่มีอาชีพ สุดท้ายกองทุนสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการมีสมาชิกที่เป็นข้าราชการและครอบครัวเพียง ๕ ล้านคนแต่มีค่าใช้จ่ายต่อ หัวสูงมาก คือ ประมาณ ๑๔,๐๐๐ กว่าบาทต่อหัวต่อปีในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เมื่อเทียบกับกองทุน ประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๓,๐๐๐ กว่าบาทต่อหัวต่อปี การขยายสิทธิ ประโยชน์ของข้าราชการให้กับประชาชนทุกคนในประเทศจะสร้างภาระการคลังให้แก่ประเทศ อย่างมาก หากประเทศไทยจะเดินหน้าโดยใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น “แกน” แล้ว ก็ควรมีแผนการ โอนภารกิจในการบริหารจัดการและกำกับดูแลทั้งสามกองทุนมาที่กระทรวง สาธารณสุข แต่หน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจดังกล่าว ควรที่จะเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข ดังเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมี

สถานพยาบาลในสังกัดจำนวนมาก ทำให้มีผลประโยชน์ที่ทับซ้อนในฐานะผู้กำหนดนโยบาย กำกับดูแลและผู้ให้บริการ

นอกจากการปรับโครงสร้างในเชิงองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแล้ว อีกประเด็นหนึ่งที่รัฐบาลต้องเร่งดำเนินการคือการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระหว่างสมาชิกของทั้งสามกองทุนเพื่อที่จะสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศที่ให้สิทธิประโยชน์และมาตรฐานในการรักษาพยาบาลเดียวกัน ควรกำหนดให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับโดยไม่มีค่าใช้จ่าย กองทุนสุขภาพอื่นๆ อาจให้สิทธิประโยชน์เล็กๆ น้อยเพิ่มเติมได้ จากการเก็บเบี้ยประกันจากนายจ้างหรือลูกจ้างหรือทั้งสองฝ่าย เช่น ประกันสังคมอาจให้บริการตัดแว่น หรือ ให้เงินชดเชยการขาดรายได้ให้แก่ลูกจ้างในช่วงคลอดบุตรหรือเจ็บป่วย เป็นต้น แต่เบี้ยประกันที่จัดเก็บจะต้องคำนวณจากค่าใช้จ่ายของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมเท่านั้นมิใช่สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกพึงได้รับภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนึ่งสิทธิประโยชน์ “เสริม” ดังกล่าวจะต้องไม่อยู่ในรูปแบบของ “สิทธิพิเศษ” ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในระบบประกันหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดีกว่าหรือรวดเร็วกว่าสมาชิกกองทุนอื่นๆ เช่น สิทธิในการลดคิว เป็นต้น มิฉะนั้นแล้ว ก็จะเป็นการแย่งชิงทรัพยากรในการให้การรักษาพยาบาลที่มีจำกัดของระบบประกันสุขภาพ สำหรับกองทุนสวัสดิการข้าราชการนั้น สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมิได้ต่างจากสิทธิประโยชน์ภายใต้อีกสองกองทุนเท่าใดนัก หากแต่ข้าราชการได้รับสิทธิ “โรมมิ่ง” คือสามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการได้ทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อที่จะรักษาสิทธิดังกล่าว กรมบัญชีกลางในฐานะผู้ว่าจ้างจะต้องจ่ายส่วนต่างของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแทนลูกจ้างคือข้าราชการและครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันมีมูลค่าประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาทต่อหัวให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะยาว รัฐบาลควรพิจารณาแนวทางที่จะขุดเลิกสิทธิประโยชน์ “เสริม” ที่มีลักษณะเป็น “สิทธิพิเศษ” ดังกล่าวโดยการให้ข้าราชการที่บรรจุใหม่เข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ เพิ่มอัตราเงินเดือนเพื่อเป็นการชดเชยการสูญเสียสิทธิดังกล่าวแทน การปฏิรูประบบประกันสุขภาพตามที่เสนอมานี้แล้วนั้น สามารถดำเนินการได้ทันทีแม้ยังไม่มีโครงการสร้างองค์กรซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน รัฐบาลสามารถดำเนินการเพื่อลดต้นทุนในการบริหารจัดการและลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลระหว่างทั้งสามกองทุนได้ผ่านคณะกรรมการร่วมสามกองทุนซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งได้มีความพยายามที่จะสร้างมาตรฐานกลางในการรักษาพยาบาลบ้างแล้ว เช่น ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น คณะกรรมการดังกล่าวสามารถผลักดันให้เกิดการรวมศูนย์ของ (๑) ฐานข้อมูลผู้ป่วย และ

ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (๒) การวิเคราะห์ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพื่อกำหนดอัตรา
การเบิกจ่ายที่เหมาะสม (case mix center) (๓) การตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย
ตลอดจน (๔) การกำหนดมาตรฐานและการตรวจสอบมาตรฐานในการรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อ
ลดค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อน ในขณะเดียวกัน คณะกรรมการฯ ก็สามารถผลักดันให้มีการเก็บค่าเบี้ย
ประกัน และ การกำหนดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามหลักการที่มีกองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติเป็นฐานตามที่ได้กล่าวมาแล้ว แม้การปฏิบัติการดังกล่าวอาจมีปัญหาอยู่บ้าง
เนื่องจากคณะกรรมการฯ ไม่มีอำนาจ

สถานการณ์การคลังบริการสาธารณสุขระดับกองทุน

สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศของกองทุนประกัน
สุขภาพหลักทั้ง ๓ กองทุนในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๕ เป็นร้อย
ละ ๑.๘ เกิดจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ คือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสวัสดิการด้านรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มจากร้อย
ละ ๐.๔ เป็นร้อยละ ๐.๖ ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มจากร้อยละ ๐.๕ เป็นร้อยละ
๑.๑ แต่สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคมเกือบคงที่ คือประมาณร้อยละ ๐.๒
เมื่อคิดเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายรวมของรัฐ กองทุนประกันสุขภาพหลักทั้ง ๓
กองทุนในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๒.๖ เป็นร้อยละ ๑๔.๒
ซึ่งเกิดจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายของสวัสดิการด้านรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ คือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสวัสดิการด้านรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มจากร้อย
ละ ๑.๖ เป็น ร้อยละ ๔.๘ ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มจากร้อยละ ๘.๕ เป็นร้อยละ
๘.๘ แต่สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคมค่อนข้างคงที่ คือประมาณร้อยละ
๐.๕

บทที่ ๔

แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพของไทย

จุดแข็ง ข้อดี ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์และญี่ปุ่น

๑. จุดแข็ง ข้อดี ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์

การบริการสุขภาพในสิงคโปร์ประกอบด้วยบริการภาครัฐและเอกชน

๑.๑ การบริการสุขภาพโดยภาครัฐ

ครอบคลุม ๒๐% ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเป็นการบริการผ่านโปลีคลินิกชุมชน ๑๗ แห่ง และคลินิกแม่และเด็ก ๑๕ แห่ง ผู้รับบริการจะต้องจ่ายค่าบริการในอัตราที่รัฐควบคุม โดยรัฐร่วมจ่ายให้ ๕๐% แก่ผู้ให้บริการ ในระบบบริการสุขภาพโดยภาครัฐ มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นลูกจ้างอยู่ประมาณ ๓๐๐ คน

ครอบคลุม ๘๐% ของบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ผ่านโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ ๗ แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ๖ แห่ง โรงพยาบาลทั้งหมดนี้เป็นของรัฐ แต่ดำเนินการแบบเอกชนไม่มุ่งหวังผลกำไร ทำให้มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการบริหารมากขึ้น ค่าบริการในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของโรงพยาบาลโดยตรง โรงพยาบาลของรัฐนี้ ถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มเพื่อกระตุ้นการแข่งขัน คือแบ่งเป็น Singapore health services (Singhealth) ทางตะวันออกและ National healthcare group ซึ่งตั้งทางตะวันตก โรงพยาบาลรัฐจะได้รับงบประมาณจากรัฐ (subvention) เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายโดยรัฐ จะจ่ายแบบ block grant ขึ้นกับประเภทของบริการ (ซึ่งเป็นไปตามการวินิจฉัยโรคด้วย Diagnostic-related category (DRG)) และระดับของห้องพักในหอผู้ป่วย (ระดับ A ซึ่งเป็นห้องพักหรูเหมือนโรงพยาบาลเอกชน รัฐไม่ร่วมจ่ายให้ ห้องพัก B1 ร่วมจ่ายให้ ๒๐% ห้องพัก B๒ ร่วมจ่าย ๖๕% และห้องพัก C ร่วมจ่าย ๘๐%) ประมาณ ๕๐% ของการร่วมจ่ายโดยรัฐ เป็นไปเพื่อผู้ป่วยที่พักในหอผู้ป่วยแบบ B๒ และ C class

๑.๒ การบริการสุขภาพโดยภาคเอกชน

ครอบคลุม ๘๐% ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผ่านคลินิกกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าแพทย์ประมาณ ๑๐-๑๕ เหรียญสิงคโปร์ อัตราค่าบริการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยรัฐ ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าใช้บริการภาคเอกชนได้ทุก

แห่ง แต่ในอนาคต มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ประจำครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีลักษณะจำเพาะของตน ที่ทำให้ระบบการร่วมจ่ายระหว่างภาคประชาชนและรัฐ (public-private partnership) สามารถทำได้ หากประเทศอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน ต้องการนำระบบนี้ไปใช้ ควรพิจารณาถึงลักษณะที่ต่างนี้ด้วย เพราะระบบสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวมันเองได้ การนำระบบไปใช้ แม้ในประเทศที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมบางอย่างคล้ายคลึงกันก็ยังมีปัญหาได้

๑.๓ ลักษณะพิเศษของสิงคโปร์ที่มีส่วนให้ระบบประสบความสำเร็จและมีความเฉพาะตัว ได้แก่

๑.๓.๑ สิงคโปร์เป็นประเทศเล็ก ประชากรมีจำนวนไม่มาก อยู่ในระดับที่สามารถบริหารจัดการได้ง่าย

๑.๓.๒ ประชาชนมีการศึกษาระดับสูง

๑.๓.๓ ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว วัยทำงาน ยังไม่ใช่วัยสูงอายุ มีเงินออมมาก

๑.๓.๔ ประชากรของประเทศมีรายได้สูง และมีความแตกต่างของรายได้ประชากรไม่มากนัก ไม่มีปัญหาคนว่างงาน

๑.๓.๕ ไม่มีสังคมชนบท และไม่มีการย้ายถิ่น

๑.๓.๖ High degree of public trust in government

๑.๓.๗ ประชาชนสิงคโปร์มีความยึดมั่นในเรื่อง การพึ่งพาตนเอง (self-help, self-responsibility) อย่างมาก

๑.๓.๘ ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์กระจายความเสี่ยงในครอบครัว ทำให้การประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรเกือบทั้งหมดได้

๒. จุดแข็ง ข้อดี ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นได้ประกาศใช้กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุ การช่วยเหลือผู้คุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ มีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า ๗๐ ปี ขึ้นไป รวมถึงนโยบายให้แรงงานทุกคนสามารถลางานได้ ๓ เดือนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีสถานสงเคราะห์ที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง

กระจาย ครอบคลุมทั่วประเทศ นับเป็นก้าวที่สำคัญในการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุและส่งเสริมวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่เป็นต้นแบบสำหรับประเทศอื่นๆ มีการนำทรัพยากรหรือต้นทุนทางสังคมมาใช้ประโยชน์ เช่น นำพื้นที่และอาคารโรงเรียนที่ถูกยุบและไม่ได้ใช้ประโยชน์มาพัฒนาเป็นสถานดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การดำเนินงานของภาคเอกชนและกำกับดูแลโดยเทศบาล สถานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชน มีกิจกรรมช่วยเหลือสังคมหลากหลาย (Cultural exchange activities) เช่น กิจกรรมงานประเพณีและวัฒนธรรมในชุมชนตามโอกาสต่างๆ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุภายในเครือข่ายพื้นที่ ระดับชาติและนานาชาติ กิจกรรมสังคมสงเคราะห์อื่นๆ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการส่งเสริมพัฒนาเป็น small multi-function services มากขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ใช้ต้นทุนในการดูแลน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับรูปแบบอื่น สถานบริการอยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ สะดวกในการมาใช้บริการ โดยมีบริการพื้นฐานหลากหลาย ได้แก่ day care, short-stay service, home help visit นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่สำหรับอาสาสมัครมาร่วมทำกิจกรรมนันทนาการกับผู้สูงอายุ ฼ื้อปุ่นมีระบบการป้องกันและบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน และภัยธรรมชาติร้ายแรง เช่น แผ่นดินไหว ไฟไหม้ น้ำท่วม

วิเคราะห์หาแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพของไทย

๑. จากประวัติศาสตร์ของการเกิดขึ้นของระบบประกันสังคมในญี่ปุ่นนั้นเกิดจากการที่ประเทศเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบอุตสาหกรรมและเป็นการต่อสู้และเรียกร้องของลูกจ้างเป็นหลัก ปัจจัยในการเร่งให้มีการพัฒนาและขยายของระบบความมั่นคงด้านสังคมเกิดจากภาวะความจำเป็นของรัฐในการต้องการพัฒนาสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศเพื่อต่อสู้ในสงคราม และมีการขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์มากในช่วงที่เศรษฐกิจมีการเติบโตสูง แต่หากช่วงใดที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจะมีปัญหากับระบบเกิดขึ้นมาก สำหรับประเทศไทยนั้นมิได้มีปัจจัยในการผลักดันให้ต้องเกิดระบบดังกล่าวสำหรับประชาชนทุกคน นอกจากนั้นปัญหาเศรษฐกิจที่ประสบในปัจจุบันคงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากในการที่ระบบจะเกิด

๒. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะมีผลกระทบต่อระบบประกันสังคม และระบบบริการด้านการการแพทย์ ดังนั้นหากจะนำระบบการดูแลผู้สูงอายุมาใช้ในการสร้าง

สวัสดิการที่รอบด้านในประเทศ การเตรียมการรองรับเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ระบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุได้รับบริการที่ได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสม

๓. ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ เช่นกลุ่มเกษตรกรและกลุ่มที่ประกอบอาชีพอิสระ จากประสบการณ์ของญี่ปุ่น โดยรัฐต้องเข้าไปจัดการและกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้องค์กรปกครองท้องถิ่นต้องมีความเข้มแข็งและศักยภาพในการจัดการ โดยวิธีการคำนวณเบี้ยประกันและการจัดเก็บควรผนวกไปกับการเก็บภาษีท้องถิ่น หากจะดำเนินการแบบสิงคโปร์ก็ควรมีหน่วยงานอื่นเช่นเอกชนในท้องถิ่น เข้ามาร่วมในการดำเนินการด้วยเช่นกัน

๔. การมีกองทุนและระบบประกันที่หลากหลาย จำเป็นต้องมีระบบการกระจายความเสี่ยงให้กับกองทุนเหล่านั้นเพื่อให้มีความเป็นธรรมระหว่างกองทุนและป้องกันการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ประกันตนและประเภทของผู้ประกันตนจากกองทุนต่าง ๆ เนื่องจากความแตกต่างของฐานรายได้ประชาชน/ความจำเป็นด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มแต่ละพื้นที่ต่างกัน โดยอาจเป็นระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนหรือรัฐเข้าไปสนับสนุนกองทุนที่มีความเสี่ยงสูงและมีรายได้ต่ำ

๕. องค์กรที่มีความจำเป็นต้องมีในระบบที่มีกองทุนหลายกองทุน ร่วมกับวิธีจ่ายแบบตามปริมาณบริการและประชาชนมีเสรีในการเลือกสถานพยาบาล คือ ระบบและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ประมวล และจ่ายเงิน ให้กับสถานพยาบาล (Clearing house) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๖. กรอบกฎหมายเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุข และมีความสำคัญในการควบคุมให้ระบบประกันสุขภาพและการจัดบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะกรณีกระจายอำนาจให้องค์กรและหน่วยงานเอกชนดำเนินการหรือให้โรงพยาบาลมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ เนื่องจากจะเป็นตัวกำหนดและควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสม

๗. ระบบบริการทางการแพทย์ที่ให้ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ไหนก็ได้ ประกอบกับวิธีการจ่ายแบบ fee-for service จะมีข้อดีในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ให้เสรีภาพแก่ประชาชน และความพึงพอใจที่สูง แต่ทำให้มีปัญหาการเพิ่มของรายจ่ายอย่างมากจากการใช้/ให้บริการที่เกินจำเป็น ทำให้ขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการกำหนด

บทบาทหน้าที่สถานพยาบาลแต่ละระดับให้ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น กำหนดค่าใช้จ่ายที่รัฐออกให้และส่วนไหนที่ต้องจ่ายเองหรือใช้บริการเอกชนให้เป็นมาตรฐาน

๘. ระบบข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญมากในระบบประกันสุขภาพ ญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีระบบข้อมูลด้านการประกันที่ดีในแง่ของข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่าย แต่ขาดข้อมูลด้านคุณภาพของบริการ มีการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์และวางแผนระบบเป็นอย่างดี นอกจากนี้ เพื่อให้การบริหารระบบข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๙. ระบบการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพบริการ (Auditing System and Quality Assurance) เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบให้มีคุณภาพและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการ

๑๐. มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์นั้นขาดประสิทธิผลและจะไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว นอกจากนี้ยังเป็นการผลักภาระให้กับประชาชน มาตรการที่จะมีประสิทธิผลมากกว่าคือมาตรการด้านการควบคุมอุปทานผู้ให้บริการ (จำนวน การกระจาย พฤติกรรมการให้บริการ วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล การควบคุมราคา ฯลฯ)

๑๑. นอกเหนือจากระบบแล้วปัจจัยการเมืองโดยเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุขเอง จะมีอิทธิพลต่อทิศทางการพัฒนาของระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพมาก ดังนั้นหากจะให้ระบบเป็นไปอย่างที่เราจะเป็นและเหมาะสม จำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินการทางการเมือง เพื่อถ่วงดุลย์อำนาจให้ระบบได้มีการพัฒนาไปอย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์ของประเทศและประชาชนโดยรวมมากกว่าตอบสนองต่อกลุ่มบุคคลใดกลุ่มหนึ่ง

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ระบบประกันสุขภาพไทยประกอบด้วยกองทุนสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีสามกองทุนหลักได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากทั้งสามกองทุนดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ กองทุนประกันสังคม อยู่ภายใต้การกำกับของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) สังกัดกระทรวงแรงงาน กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการจึงมีลักษณะแยกส่วน ทำให้การบริหารมีต้นทุนสูงที่เกินควรเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการบริหารที่ซ้ำซ้อนและสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลของผู้ป่วยภายใต้แต่ละกองทุนแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ทั้งสามกองทุนต่างมีฐานข้อมูลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่ต่างกัน มีการคำนวณต้นทุนในการรักษายาบาลที่ต่างกัน มีระบบการตรวจสอบการเบิกจ่าย หรือ การรับเรื่องร้องเรียนที่แยกส่วนกัน การดำเนินการของแต่ละกองทุนอย่างเป็นเอกเทศนอกจากจะทำให้มีต้นทุนในการบริหารสูงแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษายาบาลอีกด้วย

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ประกอบด้วยบริการภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลรัฐจะได้รับงบประมาณจากรัฐ (subvention) เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายโดยรัฐ จะจ่ายแบบ block grant ขึ้นกับประเภทของบริการ (ซึ่งเป็นไปตามการวินิจฉัยโรคด้วย Diagnostic-related category (DRG)) และระดับของห้องพักในหอผู้ป่วย (ระดับ A ซึ่งเป็นห้องพักหรูเหมือนโรงพยาบาลเอกชน รัฐไม่ร่วมจ่ายให้ ห้องพัก B1 ร่วมจ่ายให้ ๒๐% ห้องพัก B๒ ร่วมจ่าย ๖๕% และห้องพัก C ร่วมจ่าย ๘๐%) ประมาณ ๕๐% ของการร่วมจ่ายโดยรัฐ เป็นไปเพื่อผู้ป่วยที่พักในหอผู้ป่วยแบบ B๒ และ C class ระบบเอกชนครอบคลุม ๘๐% ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผ่านคลินิก ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าแพทย์ประมาณ ๑๐-๑๕ เหรียญสิงคโปร์ อัตราค่าบริการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยรัฐ ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าใช้บริการภาคเอกชนได้ทุกแห่ง

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น ญี่ปุ่นเป็นประเทศในเอเชียตะวันออกที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน อย่างเท่าเทียมทั้งนี้โดยระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงด้านสังคม โรงพยาบาลของรัฐมีทั้งที่เป็นสถาบันเฉพาะโรคระดับชาติ โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการและกระทรวงอื่นๆ ส่วนโรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่น คลินิก โดยเกือบทั้งหมดเป็นของเอกชน แต่ละแห่งจะมี Medical plan เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีการปรับบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละประเภทอย่างเป็นระบบเพื่อให้มีการประสานการจัดบริการให้กับประชาชนและให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสม หลักการในระบบประกันสุขภาพรายจ่ายที่เกิดขึ้นควรรับผิดชอบด้วยระบบประกันเองโดยรัฐไม่ต้องสนับสนุน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติมีการค่าใช้จ่ายและความสามารถในการเก็บเบี้ยประกันต่างกันอันสืบเนื่องจากโครงสร้างอายุของสมาชิก ความจำเป็นด้านสุขภาพและฐานะรายได้ที่ต่างกัน ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องเข้ามาช่วยเหลือในบางกลุ่ม โดยเฉพาะใน National Health Insurance ซึ่งต้องรองรับคนที่เกษียณจากงานในระบบอื่นเข้ามาอยู่ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้สังคมกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ รายจ่ายด้านบริการทางการแพทย์เพิ่มสูงตามไปด้วย เงินทุนสำหรับการจัดบริการนั้นจะมาจากทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ในภาพรวมร้อยละ ๖๐ จะมาจากระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๓๐ มาจากการสนับสนุนของรัฐบาล และร้อยละ ๑๐ มาจากส่วนร่วมจ่ายของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมีหลายระดับ ทั้งในชุมชนภายในเครือข่ายพื้นที่ ระดับชาติและนานาชาติ กิจกรรมสังคมสงเคราะห์อื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา/แก้ปัญหา

๑. การปรับโครงสร้างในเชิงองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

จัดการ

เนื่องจากกองทุนทั้งสามต่างเกิดขึ้นมาต่างกรรมต่างวาระกัน สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลจึงต่างกัน ตัวอย่างเช่น ข้าราชการและครอบครัวได้รับสิทธิในการเลือกใช้สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการได้ทุกแห่งทั่วประเทศ ในขณะที่สมาชิกประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถใช้บริการรักษาพยาบาลได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ หรือ สมาชิกประกันสังคมต้องจ่ายเงินสมทบเพื่อที่จะได้มาซึ่งสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลคำนวณเป็นเดือนละประมาณ ๒๐๐ บาทในขณะที่ผู้ที่ได้รับสิทธิภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับสิทธิฟรี อันเป็นเหตุให้มีการเรียกร้องของลูกจ้างภาคเอกชนที่จะเลิกจ่ายเงินส่วนนี้เพราะเห็นว่าตนต้องจ่ายเงิน

สองต่อ คือ จำหน่ายรายได้ที่รัฐนำมาอุดหนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ จ่ายค่าเบี้ยประกันอีก นอกจากนี้แล้ว ผู้ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความรู้สึกว่าคุณได้มาตรฐานการรักษาและการให้บริการที่ดียิ่งกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เนื่องจากการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้สองกองทุนแรกเป็นระบบ “เหมาจ่ายรายหัว (per capitation)” ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะลดต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาลเนื่องจากการได้รับการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่เหมาจ่ายรายปีมาแล้ว ในขณะที่ในกรณีหลังเป็นระบบ “จ่ายตามจริง (fee for service)” ทำให้สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ให้แก่ข้าราชการและครอบครัวได้ทุกครั้งที่ไม่มีวงเงินที่จำกัด อนึ่ง ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าวโดยมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมสำหรับโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังให้กับโรงพยาบาลในโครงการของ สปส. และ สปสช. การศึกษาประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่า การมีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุนมิได้เป็นปัญหา หากการบริหารจัดการและการกำกับดูแลกองทุนเหล่านั้นจะอยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดต้นทุนในการบริหารที่ซ้ำซ้อน และ หน่วยงานดังกล่าวสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล หลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่ายา การคำนวณค่าเบี้ยประกัน คุณภาพในการรักษาพยาบาล ฯลฯ ที่เป็นมาตรฐานกลางขึ้นมา ซึ่งแต่ละกองทุนต้องปฏิบัติตาม ทำให้ไม่เกิดความลักลั่น เพื่อที่จะลดต้นทุนในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศและลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการเข้าถึงและการได้รับการรักษาพยาบาลของประชาชน ประเทศไทยควรพิจารณาที่จะโอนย้ายภารกิจในการบริหารจัดการกองทุนทั้งสามให้อยู่ภายใต้กระทรวงเดียวเพื่อที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศเป็นไปอย่างบูรณาการ การพิจารณาว่าควรเป็นกระทรวงใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าเราต้องการจะพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไปในทิศทางใด ระบบประกันสุขภาพของไทยในอนาคตควรอิงกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเนื่องจากเป็นกองทุนที่มีสมาชิกมากที่สุด คือ ๔๘ ล้านคน การขยายฐานสมาชิกอีก ๑๗ ล้านคนน่าจะอยู่ในวิสัยที่จะบริหารจัดการได้การสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศโดยอิงกับระบบประกันสังคมอาจไม่เหมาะสมนักสำหรับประเทศไทยซึ่งยังคงมีธุรกิจและแรงงานนอกระบบจำนวนมาก ปัจจุบันมีแรงงานที่เป็นสมาชิกประกันสังคมเพียง ๑๐ ล้านคนจากทั้งหมด ๔๐ ล้านคน หรือเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น แม้จะมีความพยายามที่จะกวาดต้อนธุรกิจทั้งหมดเข้ามาในระบบแล้วก็ตาม นอกจากนี้แล้วสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมจำกัดเฉพาะตัวลูกจ้างเท่านั้น ไม่รวมครอบครัว และ ระยะเวลาการคุ้มครองก็จำกัดเฉพาะช่วงเวลาที่ยังไม่เกษียณจากงานเท่านั้น ทำให้ต้องมีกองทุนสุขภาพอื่นๆ เข้ามารองรับสำหรับผู้ที่เกษียณอายุการทำงาน รวมทั้งเด็ก คนชรา และ ผู้ไม่มีอาชีพ ส่วนกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีสมาชิกที่เป็นข้าราชการและครอบครัวเพียง ๕ ล้านคนแต่มีค่าใช้จ่ายต่อ

หัวสูงมาก คือ ประมาณ ๑๔,๐๐๐ กว่าบาทต่อหัวต่อปีในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เมื่อเทียบกับกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๓๐๐๐ กว่าบาทต่อหัวต่อปี การขยายสิทธิประโยชน์ของข้าราชการให้กับประชาชนทุกคนในประเทศจะสร้างภาระการคลังให้แก่ประเทศอย่างมากหากประเทศไทยจะเดินหน้าโดยใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น “แกน” แล้วก็ควรมีแผนการ โอนภารกิจในการบริหารจัดการและกำกับดูแลทั้งสามกองทุนมาที่กระทรวงสาธารณสุข แต่หน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจดังกล่าว ควรที่จะเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข ดังเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีสถานพยาบาลในสังกัดจำนวนมากทำให้มีผลประโยชน์ที่ทับซ้อนในฐานะผู้กำหนดนโยบาย กำกับดูแลและผู้ให้บริการ

๒. การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

นอกจากการปรับโครงสร้างในเชิงองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแล้ว อีกประเด็นหนึ่งที่รัฐบาลต้องเร่งดำเนินการคือการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระหว่างสมาชิกของทั้งสามกองทุนเพื่อที่จะสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศที่ให้สิทธิประโยชน์และมาตรฐานในการรักษาพยาบาลเดียวกัน ควรกำหนดให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับโดยไม่มีค่าใช้จ่าย กองทุนสุขภาพอื่นๆ อาจให้สิทธิประโยชน์เล็กๆ น้อยเพิ่มเติมได้ จากการเก็บเบี้ยประกันจากนายจ้างหรือลูกจ้างหรือทั้งสองฝ่าย เช่น ประกันสังคมอาจให้บริการตัดแว่น หรือ ให้เงินชดเชยการขาดรายได้ให้แก่ลูกจ้างในช่วงคลอดบุตรหรือเจ็บป่วย เป็นต้น แต่เบี้ยประกันที่จัดเก็บจะต้องคำนวณจากค่าใช้จ่ายของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมเท่านั้น มิใช่สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกพึงได้รับภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อื่นๆ สิทธิประโยชน์ “เสริม” ดังกล่าวจะต้องไม่อยู่ในรูปแบบของ “สิทธิพิเศษ” ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในระบบประกันหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดีกว่าหรือรวดเร็วกว่าสมาชิกกองทุนอื่นๆ เช่น สิทธิในการลัดคิว เป็นต้น มิฉะนั้นแล้ว ก็จะเป็นการแย่งชิงทรัพยากรในการให้การรักษาพยาบาลที่มีจำกัดของระบบประกันสุขภาพ สำหรับกองทุนสวัสดิการข้าราชการนั้น สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมิได้ต่างจากสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนทำได้นัก หากแต่ข้าราชการได้รับสิทธิ “โรมมิ่ง” คือสามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการได้ทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อที่จะรักษาสิทธิดังกล่าว กรมบัญชีกลางในฐานะผู้ว่าจ้างจะต้องจ่ายส่วนต่างของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแทนลูกจ้างคือข้าราชการและครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันมีมูลค่าประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาทต่อหัวให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะยาว รัฐบาลควรพิจารณาแนวทางที่จะขุดเลิกสิทธิประโยชน์ “เสริม” ที่มีลักษณะเป็น “สิทธิพิเศษ” ดังกล่าวโดยการ

ให้ข้าราชการที่บรรจุใหม่เข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ เพิ่มอัตราเงินเดือนเพื่อเป็นการชดเชยการสูญเสียสิทธิดังกล่าวแทน การปฏิรูประบบประกันสุขภาพตามที่เสนอมานี้ นั้น สามารถดำเนินการได้ทันทีแม้ยังไม่มีการปรับโครงสร้างองค์กรซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน รัฐบาลสามารถดำเนินการเพื่อลดต้นทุนในการบริหารจัดการและลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลระหว่างทั้งสามกองทุนได้ผ่านคณะกรรมการร่วมสามกองทุน ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งได้มีความพยายามที่จะสร้างมาตรฐานกลางในการรักษาพยาบาลบ้างแล้ว เช่น ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น คณะกรรมการดังกล่าวสามารถผลักดันให้เกิดการรวมศูนย์ของ (๑) ฐานข้อมูลผู้ป่วย และ ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (๒) การวิเคราะห์ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพื่อกำหนดอัตราการเบิกจ่ายที่เหมาะสม (case mix center) (๓) การตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย ตลอดจน (๔) การกำหนดมาตรฐานและการตรวจสอบมาตรฐานในการรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อน ในขณะเดียวกัน คณะกรรมการฯ ก็สามารถผลักดันให้มีการเก็บค่าเบี้ยประกัน และ การกำหนดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามหลักการที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานตามที่ได้กล่าวมาแล้ว แม้การปฏิบัติการดังกล่าวอาจมีปัญหาอยู่บ้าง เนื่องจากคณะกรรมการฯ ไม่มีอำนาจ

๓. การบริหารความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน และองค์กรอื่นๆ

ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ยังเป็นระบบที่ขาดการประสานกันระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐและบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันสุขภาพภาครัฐมักใช้สถานพยาบาลพยาบาลภาครัฐเป็นหลัก แม้ได้เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมให้บริการ แต่ก็ยังมีสถานพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่ตัดสินใจไม่เข้าร่วม นอกจากนี้องค์กรสุขภาพอื่นๆ ในภาคเอกชน (เช่น ร้านอาหาร) ก็ยังไม่ได้รวมเข้ามาอยู่ในเครือข่ายการจัดบริการนี้ บุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากเลือกทำงานในสถานพยาบาลเอกชน ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ภาระงาน ความสะดวกในชีวิตประจำวัน ปัญหาในการบริหารในองค์กร ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรในสถานพยาบาลภาครัฐ อันส่งผลกระทบต่อจัดการจัดบริการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เนื่องจากระบบดังกล่าวยังต้องพึ่งพิงสถานพยาบาลภาครัฐเป็นหลัก สิ่งที่ทำทลายในระยะสั้น คือการหามาตรการทำให้มีแรงจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานต่อเนื่องในสถานพยาบาลของรัฐ และในระยะยาว จำเป็นต้องคิดถึงการจัดระบบร่วมกันระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ทั้งในส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐกับบริษัทประกันสุขภาพเอกชน และสถานพยาบาลภาครัฐกับเอกชนให้ร่วมกันให้บริการ ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ประเด็นที่ทำทลายอีกประการหนึ่ง คือ

การจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยชาวต่างประเทศตามนโยบายศูนย์การแพทย์แห่งภูมิภาค (medical hub) ว่า จะหาจุดสมดุลอย่างไร ระหว่างการหารายได้จากการส่งออกบริการสาธารณสุข กับภาระในการจัดระบบให้มีการให้บริการในระบบประกันสุขภาพภายในประเทศให้เพียงพอและมีคุณภาพ

๔. การเตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมีหลักฐานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ว่า อายุไม่ได้เป็นปัจจัยหลักในการที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นเท่ากับภาวะโรคและการรักษาพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของกองทุนประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุนในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในบริการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งปีของผู้ที่เสียชีวิตในปีนั้นๆ อยู่ที่ประมาณ ๔๐,๐๐๐-๗๐,๐๐๐ บาท/คน แต่ค่าใช้จ่ายในการดูแลการรักษาผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยในและไม่เสียชีวิตนั้นเพียง ๕,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ บาท/คน (ประมาณค่าใช้จ่ายต่อ ๑ หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรครวมเท่ากับ ๑๐,๐๐๐ บาท) ดังนั้นระบบประกันสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวในการให้บริการที่จะมุ่งให้ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยชราให้มีสุขภาพดีและยังเป็นผู้สูงอายุที่มีผลิตภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.

๕. การปรับเปลี่ยนระบบการใช้จ่ายด้านสุขภาพ

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนการใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพซึ่งมีที่มาจากภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากไม่ถึงครึ่งใน พ.ศ.๒๕๓๗ เป็นเกือบสามในสี่ในพ.ศ.๒๕๕๑ หลังจากประเทศมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาแล้ว ๕-๖ ปี ในขณะที่สัดส่วนการคลังสุขภาพจากภาคเอกชน ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการจ่ายเงินจากครัวเรือน มีแนวโน้มที่ลดลงโดยลำดับเมื่อมีการใช้บริการสาธารณสุข รายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐนั้นมีที่มาจากรายได้แผ่นดิน ซึ่งเกือบทั้งหมดได้มาจากการเก็บภาษีอากรทั้งทางตรงและทางอ้อม ระบบภาษีทางตรงที่สำคัญ ได้แก่ ภาษีเงินได้ ซึ่งเมื่อเทียบกับรายตามปกติแล้วมีอัตราแบบก้าวหน้า ส่งผลให้ผู้มีรายได้สูงจ่ายภาษีให้รัฐเป็นจำนวนเงินมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ และเมื่อจำแนกประชากรตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจหากพบว่ามูลค่าการจ่ายเงินจากกลุ่มซึ่งมีฐานะร่ำรวยคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มซึ่งมีฐานะยากจน จึงควรมีการบริหารระบบการคลังเป็นระบบการคลังแบบก้าวหน้า (progressive financing) ตามความสามารถในการจ่ายของบุคคล จึงจะจัดเป็นระบบการคลังที่เท่าเทียม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในอนาคต

๑. การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ (Governance Network) ให้สอดคล้อง ประสานกัน (Harmonized)

ทั่วโลกทั้งหลายทั้งภาครัฐ (ทั้งการประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครและอื่น ๆ เปรียบเหมือนอวัยวะในร่างกายที่ต่างมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่างคนต่างทำงานแต่มีเป้าหมายร่วมกันที่ทำให้ร่างกายนี้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญของการเชื่อมประสานกันเป็นเครือข่ายระบบสุขภาพ คือการมีเป้าหมายร่วม ทุกกลไกจึงต้องทบทวนเป้าหมายของตนเอง และควรมีโอกาสได้พูดคุยเพื่อทำความเข้าใจกัน เป้าหมายหลักของแต่ละกลไกควรสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพ นั่นคือสุขภาพะของประชาชนเมื่อมีเป้าหมายร่วมกัน แต่ละกลไกก็ไม่จำเป็นต้องคิดเหมือนกัน ทำเหมือนกัน อาจคิดหรือทำกันไปคนละทางแต่สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายเหมือนกันก็ได้ แนวคิดเรื่อง “เอกภาพ” แบบที่ทั้งหมดต้องคิดต้องทำไปในทิศทางเดียวกัน อาจแข่งขันกันได้ โดยมีหน่วยงานที่เชื่อมประสาน คู่มือภาพรวมซึ่งปัจจุบันมีเครื่องมือใหม่เพิ่มเติมขึ้นมาคือ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งจะทำหน้าที่ให้ทุกส่วนในสังคมสามารถใช้เป็นกรอบอ้างอิง (social reference) เพื่อให้เกิดการสอดคล้องประสานกันโดยไม่จำเป็นต้องใช้อำนาจรัฐ

๒. การพัฒนาหน่วยงานดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพของประเทศ

ปัจจุบันมีองค์กรและกลไกด้านสุขภาพระดับต่าง ๆ เกิดขึ้นใหม่จำนวนมากจากการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข หลายครั้งที่ผ่านมามีการทับซ้อนภารกิจบางส่วนซ้ำซ้อนกัน มีการแบ่งงบประมาณ หรือต่างหน่วยงานต่างทำเช่นระบบข้อมูล จึงควรมีหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่หลักคือ “ดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ” ได้แก่

๒.๑. เป็นเจ้าภาพหลักจัดให้มีกระบวนการพัฒนาและกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy and Strategy) อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง นโยบายและยุทธศาสตร์ที่ต้องกำหนด ได้แก่

๒.๑.๑ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และทิศทางการลงทุน และการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๒.๑.๒ นโยบายด้านการจัดระบบและการกระจายสถานบริการสุขภาพ

๒.๑.๓ นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรด้านสุขภาพ ได้แก่กำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งการผลิตการกระจาย การใช้และการพัฒนา เป็นต้น

๒.๑.๔ นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๒.๑.๕ นโยบายการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ เป็นต้น

๒.๒ การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ควรดำเนินการด้วยรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย (เส้นตรง, เจริญต่อตรง, ถกแถลง ฯลฯ) โดยเชื่อมประสานกับเครือข่ายภาควิชาการ ประชาสังคม เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ และสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศและนโยบายของรัฐบาลในช่วงเวลานั้น ๆ

๒.๓ เชื่อมประสานกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

๒.๔ เชื่อมประสานกลไก/ระบบการสร้างความรู้ทุกฝ่าย ได้แก่ สวรส., สกว., TDRI, กรมวิชาการ/สถาบัน/เครือข่ายวิชาการต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์อยู่บนฐานความรู้ (Knowledge based)

๒.๕ มีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการกำกับ ติดตามประเมินผลเชิงสร้างเสริมศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (Empowerment)

๓. การพัฒนาให้เป็นหน่วยงานอิสระ

ประเทศไทยใช้แนวคิดรัฐสวัสดิการในการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีการแยกผู้ซื้อและผู้ขาย (Purchaser provider split) แยกการจัดการกองทุน และมีการแบ่งการบริหารจัดการกองทุนเป็นส่วนย่อย ๆ เช่นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ที่ทำหน้าที่คล้าย Primary Care Trusts ของสิงคโปร์ที่แบ่งพื้นที่ดูแลประชากร แห่งละประมาณ ๑ แสนคน และการบริหารจัดการในระดับเขต เช่น สปสช.เขต หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสช.) มีลักษณะคล้ายกับ Strategic Health Authorities ที่ดูแลประชากรแห่งละประมาณ ๒.๕ – ๓.๕ ล้านคน จึงมีความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาให้กลไกเหล่านี้มีระบบการทำงานที่มีส่วนร่วมจากทั้งฝ่ายสถานพยาบาลและประชาชนมากขึ้น รวมทั้งสามารถกระจายอำนาจให้เป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

จเร วิชาไทย, และคณะ. การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะ
กลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัย
เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ๒๕๕๒.

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, และคณะ. การประเมินการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้
ประสบภัยจากรถ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย,
๒๕๕๐.

สุรจิต สุนทรธรรม. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ความรู้บูรณาการสำหรับอายุรแพทย์. โครัง
กา ตำราราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๕๐.

อำพล สิงห์โกวินท์. ผลการดำเนินงานด้านการประกันสังคมกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
อัครา ๒๕๕๕.

กลุ่มงานสถิติและคณิตศาสตร์ประกันภัย กองวิจัยและพัฒนา. รายงานประจำปี ๒๕๕๔ สำนักงาน
ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสง
เคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕.

วารสารและหนังสือพิมพ์

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม. “ตอบข้อสังเกต
จุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี ของนายแพทย์สุกสิทธิ์ พรรณารุโนทัย และ
คณะ”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. (๕), พฤศจิกายน ๒๕๕๕. หน้า ๗๕๕-๗๖๖.

ศรีธารงสวัสดิ์. “ทางเลือกเชิงนโยบายในการปฏิรูปการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการ
รักษาพยาบาล (สปร.)”, วารสารนโยบายและแผน. (๑), มกราคม ๒๕๕๐. หน้า ๒๗-
๔๒.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โฉมทัย, ดิเรก ปัทมศิริ วัฒน และสัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์. “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี”, วารสารวิชาการสาธารณสุข .๒๕๔๕.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. “ผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย” , วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข . (๑), มกราคม ๒๕๕๐.หน้า ๔๗-๖๓.

อนุวัฒน์ ศุภชูกุล . “หลักประกันสุขภาพแบบลิ่งคโบริ” ,วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. (๓), กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๓๘ .หน้า ๑๕๒-๑๕๕.

กฎหมาย

“พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๓๗ และ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๔๒” ,ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๐๗, ๑ กันยายน ๒๕๓๓. ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗,ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๑, ๓๐ ธันวาคม และพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๒,ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๑๖, ๓๑ มีนาคม ๒๕๔๒.

“พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.๒๕๓๗”,ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๑๕ , ๘ ตุลาคม ๒๕๔๕, หน้า

๖๖.“ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. พ.ศ.๒๕๓๓” เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน , ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕.

กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม. “ประมวลระเบียบประกาศสำนักงาน ประกันสังคม และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพในระบบประกันสังคม”. พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๔๘.

บรรณานุกรม (ต่อ)

เชิดชู อริยศรีวัฒนา. “ปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพไทยที่สปช.พยายามปกปิดและ บิดเบือนความจริง” . (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก [http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=๓๓๕๕.๐ \(๔ of ๖\) \[๑๐/๒๒/๒๐๑๓ ๑๐:๔๘:๐๘ AM\]](http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=๓๓๕๕.๐ (๔ of ๖) [๑๐/๒๒/๒๐๑๓ ๑๐:๔๘:๐๘ AM])

ภาษาต่างประเทศ

Books

Getzen T. Health Economics: Fundamentals and Flows of Fund. 2nd edition, U.S.A: Hamilton Printing, ๒๐๐๔. Henderson JW. Health Economics and Policy. Fourth edition, U.S.A : South-Western, 2009.

Japan, Ministry of Health and Welfare of Japan. Guidebook of Social Insurance in Japan. Tokyo, 1997.

Japan , Ministry of Health and Welfare of Japan. Annual Report on Health and Welfare. Tokyo, 1995-1996.

Japan , Ministry of Health and Welfare of Japan . Annual Report on Health and Welfare . Tokyo, 1996-1997.

Japan, Ministry of Health and Welfare of Japan. Health and Welfare Bureau for the Elderly. New Gold Plan Health Insurance and Health Insurance Society in Japan, 1998.

JICWELS. Textbook for The 8th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrator. Tokyo, Japan, 1998.

Singapore, Ministry of Health Singapore. Affordable health care. Singapore: SNP Publishers Pte Ltd, 1993.

Singapore, Ministry of Health Singapore. A Guide to Medisave. Singapore: Market Review, 2004.

Singapore, Ministry of Health Singapore. Medishield /Medishield Plus.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Supachutikul .A.Sltuation analysis on health insurance and future deveiopment. (draft)

Tucci J. The Singapore health system - achieving positive health outcomes with low expenditure.
Healthcare, 1993.

Journals and Newspapers

Dr. Anuwat Supachutikul. “Health Systems Research Institute”,Health Systems Research Journal.
(3). July –September 1995.

Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E., Robine J.M. “The Health of Older Persons in OECD
Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Aging?”.
Labour Market and Social Policy Paper No. 37 OECD. 1999.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ สกุล รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเกศรา อัสคามงคล

วัน เดือน ปีเกิด ๒๐ มีนาคม ๒๕๐๐

ประวัติการศึกษา

แพทยศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. ๒๕๒๓)

วุฒิปดุษฎีเชี่ยวชาญสาขากุมารเวชศาสตร์ (พ.ศ. ๒๕๒๘)

ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญโรคไตในเด็ก (พ.ศ. ๒๕๓๐)

อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (พ.ศ. ๒๕๔๖)

อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก (พ.ศ. ๒๕๔๖)

ประวัติการทำงาน

๑. หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖)
๒. รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพการศึกษา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗)
๓. รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐)

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้อำนวยการและรองประธานกรรมการโรงพยาบาลบางมด

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบางมด

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา	สังคมจิตวิทยา (Social – Psychology)		
เรื่อง	แนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
ผู้วิจัย	รศ.พญ. เกศรา อัสดามงคล	หลักสูตร วปม.	รุ่นที่ ๗
ตำแหน่ง	ผู้อำนวยการและรองประธานกรรมการ โรงพยาบาลบางมด		

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๑ ซึ่งได้รับรองความเสมอภาคของประชาชน ในการเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐ รวมทั้งบริการสุขภาพ และมาตรา ๘๐ ที่กำหนดให้รัฐต้อง ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของ ประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมี ประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการ สาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ในช่วง ๒ทศวรรษที่ผ่านมา “ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย” มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย เริ่มจากรัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อโครงการ “๓๐ บาทรักษาทุกโรค” เป็นผลให้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๔๔) การตรากฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๕ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๐) เป็นต้น ขึ้นเป็นหน่วยงานทำหน้าที่ ดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการ สาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน การมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขไทยหลายประการ อาทิ มีการแยกบทบาทระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อบริการและให้บริการ การปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่หน่วย

บริการต่างๆ โดยใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด (เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในการจัดสรรงบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน) รวมทั้งยังมีนวัตกรรมการบริหารจัดซื้อบริการต่างๆ เกิดขึ้น เช่น การจัดการรายโรค การพัฒนาระบบบริการ การมีกองทุนสุขภาพตำบล นอกจากนี้ ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ก็ได้มีการปฏิรูประบบการจ่ายค่าบริการเช่นกัน โดยเปลี่ยนการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในจากรายบริการ มาเป็นการจ่ายตามรายป่วยโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และนำระบบการเบิกจ่ายตรงมาใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกโดยผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการไปก่อน การเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นในช่วง ๒ทศวรรษที่ผ่านมาดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งเป็น โอกาสและอุปสรรคต่อระบบสุขภาพและสังคมไทยอย่างมากมาย อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับจากระบบประกันสุขภาพ ๓ ระบบ มีการซ้ำซ้อนของสิทธิ การขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ครอบคลุมบางกลุ่มในสังคม เช่นบุคคลไร้สัญชาติ เป็นต้น จึงควรมีการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

ประเทศสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศเอเชียที่มีความก้าวหน้าและมีระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดอันดับต้น ๆ ในโลก กล่าวคือประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็กได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดแห่งหนึ่ง เนื่องจากใช้หลักการที่ว่าประชาชนแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ เป็นเพียงการ “ช่วย” ลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนเท่านั้น โดยหลักการทั่วไปคือผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินเพิ่มหากต้องการรับบริการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีการกำหนดราคาของบริการระดับต่าง ๆ สำหรับโรคแต่ละโรคอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ทุกคนได้รับบริการตามความต้องการของตนอย่างมีประสิทธิภาพและรัฐมีภาระค่าใช้จ่ายไม่สูงมากเกินไป **ส่วนประเทศญี่ปุ่น** เป็นประเทศในเอเชียประเทศแรกที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้าและมีวิวัฒนาการมากกว่า ๗๐ ปี ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นเกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคมและมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่ยุคที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุมาก ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ โดยภาระค่าใช้จ่ายด้านบำนาญได้เพิ่มสูงขึ้นมาก ในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุจำนวนมาก ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการมีสัดส่วน

เด็กน้อย ทำให้มีประชากรวัยแรงงานที่จะเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจน้อยลงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมทั้งปัจจุบันและในอนาคต การมีผู้สูงอายุจำนวนมากก็ทำให้ภาระที่สังคมและกลุ่มวัยทำงานต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านประกันสังคมและประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นประเทศญี่ปุ่นจึงต้องปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้ประเทศญี่ปุ่นสามารถให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสมควรอย่างยิ่งที่ควรมีการศึกษา เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย
๒. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยโดย ศึกษาวิจัยรูปแบบ โอกาสและอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยหลังมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน โดยนำข้อดีของระบบประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์และญี่ปุ่นมาประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

๑. วิธีการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Documentary Study) จากการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัย กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๒. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการวิเคราะห์ข้อมูล ของระบบการประกันสุขภาพและการให้บริการและการวิเคราะห์ข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าของประเทศไทย เพื่อหาปัญหา อุปสรรค และ โอกาสพัฒนา โดยศึกษา ข้อดีของประเทศสิงคโปร์ และประเทศญี่ปุ่น นำผลที่ได้จากการศึกษาไปเสนอแนะแนวทางให้

กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนากระบวนการประกันสุขภาพของประเทศไทยให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ระบบประกันสุขภาพไทยประกอบด้วยกองทุนสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีสามกองทุนหลักได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วน เนื่องจากทั้งสามกองทุนดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ กองทุนประกันสังคม อยู่ภายใต้การกำกับของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) สังกัดกระทรวงแรงงาน กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการจึงมีลักษณะแยกส่วนทำให้การบริหารมีต้นทุนสูงที่เกินควรเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการบริหารที่ซ้ำซ้อนและสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลของผู้ป่วยภายใต้แต่ละกองทุนแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ทั้งสามกองทุนต่างมีฐานข้อมูลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่ต่างกัน มีการคำนวณต้นทุนในการรักษายาบาลที่ต่างกัน มีระบบการตรวจสอบการเบิกจ่าย หรือ การรับเรื่องร้องเรียนที่แยกส่วนกัน การดำเนินการของแต่ละกองทุนอย่างเป็นเอกเทศนอกจากจะทำให้มีต้นทุนในการบริหารสูงแล้วยังส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษายาบาลอีกด้วย

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ประกอบด้วยบริการภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลรัฐจะได้รับงบประมาณจากรัฐ (subvention) เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายโดยรัฐ จะจ่ายแบบ block grant ขึ้นกับประเภทของบริการ (ซึ่งเป็นไปตามการวินิจฉัยโรคด้วย Diagnostic-related category (DRG)) และระดับของห้องพักในหอผู้ป่วย (ระดับ A ซึ่งเป็นห้องพักหรูเหมือนโรงพยาบาลเอกชน รัฐไม่ร่วมจ่ายให้ ห้องพัก B1 ร่วมจ่ายให้ ๒๐% ห้องพัก B๒ ร่วมจ่าย ๖๕% และห้องพัก C ร่วมจ่าย ๘๐%) ประมาณ ๕๐% ของการร่วมจ่ายโดยรัฐเป็นไปเพื่อผู้ป่วยที่พักในหอผู้ป่วยแบบ B๒ และ C class ระบบเอกชนครอบคลุม ๘๐% ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผ่านคลินิก ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าแพทย์ประมาณ ๑๐-๑๕ เหรียญสิงคโปร์ อัตราค่าบริการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยรัฐ ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าใช้บริการภาคเอกชนได้ทุกแห่ง

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น ญี่ปุ่นเป็นประเทศในเอเชียตะวันออกที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน อย่างเท่าเทียมทั้งนี้โดยระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงด้านสังคม โรงพยาบาลของรัฐมีทั้งที่เป็นสถาบันเฉพาะโรคระดับชาติ โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการและกระทรวงอื่นๆ ส่วนโรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่น คลินิก โดยเกือบทั้งหมดเป็นของเอกชน แต่ละแห่งจะมี Medical plan เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีการปรับบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละประเภทอย่างเป็นระบบเพื่อให้มีการประสานการจัดบริการให้กับประชาชนและให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสม หลักการในระบบประกันสุขภาพรายจ่ายที่เกิดขึ้นควรรับผิดชอบด้วยระบบประกันเองโดยรัฐไม่ต้องสนับสนุน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติมีภาระค่าใช้จ่ายและความสามารถในการเก็บเบี้ยประกันต่างกันอันสืบเนื่องจากโครงสร้างอายุของสมาชิก ความจำเป็นด้านสุขภาพและฐานรายได้ที่ต่างกัน ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องเข้ามาช่วยเหลือในบางกลุ่ม โดยเฉพาะใน National Health Insurance ซึ่งต้องรองรับคนที่เกษียณจากงานในระบบอื่นเข้ามาอยู่นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้สังคมกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ รายจ่ายด้านบริการทางการแพทย์เพิ่มสูงตามไปด้วย เงินทุนสำหรับการจัดบริการนั้นจะมาจากทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ในภาพรวมร้อยละ ๖๐ จะมาจากระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๓๐ มาจากการสนับสนุนของรัฐบาล และร้อยละ ๑๐ มาจากส่วนร่วมจ่ายของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมีหลายระดับ ทั้งในชุมชนภายในเครือข่ายพื้นที่ ระดับชาติและนานาชาติ กิจกรรมสังคมสงเคราะห์อื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการบริหาร

๑. การปรับโครงสร้างในเชิงองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
๒. การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
๓. การบริหารความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน และองค์กรอื่นๆ
๔. การเตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
๕. การปรับเปลี่ยนระบบการใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในอนาคต

๑. การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ (Governance Network) ให้สอดคล้องประสานกัน (Harmonized)
๒. การพัฒนาหน่วยงานดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ
๓. การพัฒนาให้เป็นหน่วยงานอิสระ

ABSTRACT

Title Development guideline for national healthcare of Thailand

Field Social-Psychology

Name Associated Professor Kesara Assadamongkol **Course** NDC (SPP) **Class** 7

The objective of research is to study and propose guideline for improvement of national healthcare scheme of Thailand in response to equal access and quality healthcare standard for all. The scope of this research is to study the configuration, opportunity and obstacles of the existing system after the launch of National Health Security Act, BE 2545. Advantages of Singapore and Japan national healthcare systems are considered as guidelines for the development. It is a qualitative research as well as content analysis. Outcome of the research finds a diversity of Thai healthcare funds. There are three main funds under 3 different organizations, namely: 1. Civil Servant Medical Benefit Scheme Fund, is under supervision of the Comptroller General's Department, Ministry of Finance, 2. Social Security Fund, is under supervision of the Social Security Office, Ministry of Labor, and 3. The Universal Coverage fund, is under supervision of the Office of Health Insurance fund, Ministry of Public Health. Each individual organization manages the fund independently thereby creates in high cost of management, inequities packages and inequities health service for patients. To enhance management efficiency and mitigate discrepancy in access to the service, the suggestion is to reorganize the structure of health insurance, merging these three schemes under the supervision of the same ministries. The other suggestions are preparing the medical care for aging society, encouraging the co-operation of healthcare between the public sectors, the private sector and the other organizations. Future policy proposal consists of development of governance network to be harmonizable with organization in charge of healthcare policy and strategy of Thailand and so to become an independent entity.