



สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ศุภปรรัตน์ สุขพุ่ม

เอกสารวิชาการ ISBN ๙๗๘-๙๗๔-๙๖๑๔-๕๗-๐
กลุ่มงานบริการวิชาการ สำนักวิชาการ โทรศัพท์ ๐๒ ๒๔๔ ๒๐๖๔

เอกสารวิชาการฉบับนี้ จัดทำขึ้นตามภารกิจของสำนักวิชาการ ในการให้บริการวิชาการ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านนิติบัญญัติของสมาชิกรัฐสภา ทั้งนี้ สำนักวิชาการได้ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจดังกล่าว จึงได้สนับสนุนงานทางด้านวิชาการ และจัดทำเอกสารวิชาการนี้ขึ้น โดยดำเนินการศึกษา ค้นคว้า และรวบรวม สถิติ ข้อเท็จจริง บทความงานวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เรียบเรียง วิเคราะห์ เสนอประเด็นปัญหา และอ้างอิงตามหลักวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการปฏิบัติงานด้านนิติบัญญัติของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา คณะกรรมาธิการ บุคคลที่เกี่ยวข้องในวงงานรัฐสภา และเพื่อเป็นประโยชน์แก่บุคคลที่สนใจต่อไป

สำนักวิชาการ
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
เมษายน ๒๕๕๑

คำนำ

การมีหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ซึ่งการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาหลายรูปแบบ โดยปัญหาการขาดหลักประกันสุขภาพของประชาชนได้รับการแก้ไขเป็นรูปธรรม โดยรัฐบาลสมัย พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ที่ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ ในนโยบายเร่งด่วน ข้อ (๗) ให้มี “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลสุขภาพสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย ๓๐ บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน” ซึ่งสนองตอบเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ซึ่งบังคับใช้ในขณะนั้น ในหมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๕๒ ที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย...” และมาตรา ๘๒ “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพทั่วถึง”

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มดำเนินการในระยะนำร่อง ระยะที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๔ และดำเนินโครงการเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้น เอกสารวิชาการเรื่อง “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Implication of the Universal Coverage Health Insurance)” จึงเป็นการศึกษารวบรวมเอกสาร รายงาน และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๔-๒๕๕๐ ที่หน่วยงานต่างๆ จัดทำขึ้น โดยเฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการโดยตรง สำหรับข้อมูลการสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ ผู้เขียนสรุปจากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาของประเทศต่างๆ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาจากรายงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบในการวิเคราะห์เพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องทางวิชาการและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ต่อไป

อย่างไรก็ตาม ตลอดการดำเนินโครงการนี้ ได้มีการปรับปรุงโครงการหลายครั้ง จากการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการดำเนินงานจาก “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่เน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนเป็น “โครงการ ๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และได้ยกเลิกการจัดเก็บค่าธรรมเนียม ๓๐ บาทในปี ๒๕๕๐

ทั้งนี้ เนื้อหาดลอดเอกสารฉบับนี้ ผู้เขียนจะเรียกโครงการนี้ว่า “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ และเพื่อให้มีความสม่ำเสมอ (Consistency) ด้านเนื้อหาตลอดทั้งเล่ม

เอกสารวิชาการฉบับนี้ ได้แบ่งเนื้อหาสาระเป็นบทต่างๆ ดังนี้

- บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย
- บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ
- บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ
- บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐)
- บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ในภาคผนวก ผู้เขียนยังได้นำเสนอสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกาศการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เพื่อให้เอกสารวิชาการฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสามารถนำมาใช้อ้างอิงทางวิชาการต่อไป

ศุภพรรัตน์ สุขพุ่ม
เมษายน ๒๕๕๑

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ค
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย	๑
- วิวัฒนาการหลักประกันสุขภาพ	๑
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ	๙
- แนวคิดเสรีนิยม (Liberalism)	๙
- แนวคิดสวัสดิการสังคม (Social Welfare)	๑๐
- แนวคิดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม หรือ การคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Nets)	๑๒
- ทฤษฎีหลายกระแส (Multiple Streams)	๑๓
บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ	๑๕
- เยอรมัน	๑๕
- อังกฤษ	๒๒
- แคนาดา	๒๔
- ออสเตรเลีย	๒๙
- สิงคโปร์	๓๓
- สรุปโครงการประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ	๓๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)	๓๘
- การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ	๓๙
- หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๓๙
- ปีงบประมาณ ๒๕๔๕	๔๑
- ปีงบประมาณ ๒๕๔๕	๔๓
- ปีงบประมาณ ๒๕๔๖	๔๗
- ปีงบประมาณ ๒๕๔๗	๕๓
- ปีงบประมาณ ๒๕๔๘	๕๙
- ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	๖๖
- ปีงบประมาณ ๒๕๕๐	๗๔
- ปีงบประมาณ ๒๕๕๑	๗๙
- ผลกระทบจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๘๒
บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๘๓
- บทสรุปของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๘๓
- ปัญหาของการดำเนินโครงการ	๙๐
- บทวิเคราะห์และนำเสนอทิศทางโครงการ	๙๔
บรรณานุกรม	๑๐๑
ภาคผนวก	๑๐๗
ก. สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	
ข. เปรียบเทียบสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติสาธารณสุข	
ค. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	
ง. ประกาศการยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์	
จ. ลีทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑	ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี ๒๕๕๐)	๕
๒	เปรียบเทียบระบบบริการสาธารณสุขแนวคิดเสรีนิยมและสวัสดิการสังคม	๑๒
๓	ประเภทของกองทุนและร้อยละความครอบคลุมของสมาชิกภายใต้ระบบประกันภาคบังคับ	๑๙
๔	ประเภทของแหล่งเงินสำหรับการจัดการด้านสุขภาพ (Sources of Finance)	๒๐
๕	รายจ่ายประเภทต่าง ๆ ของกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Sickness Funds)	๒๑
๖	หน้าที่ ความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง (Federal Government) และรัฐบาลของรัฐ/ท้องถิ่น (State/Territory Governments) ในการบริการสุขภาพที่สำคัญ	๓๑
๗	สรุปเปรียบเทียบโครงการประกันสุขภาพของ ๕ ประเทศ	๓๖
๘	จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๕	๔๔
๙	จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๕	๔๔
๑๐	ผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี ๒๕๕๕	๔๕
๑๑	จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี ๒๕๕๖	๔๘
๑๒	การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๖	๔๙

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
๑๓ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิ ประกันสุขภาพ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และปีงบประมาณ ๒๕๔๗	๕๓
๑๔ จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๗	๕๔
๑๕ การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๔๗	๕๕
๑๖ ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๔๗	๕๖
๑๗ เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวและจำนวนงบประมาณในปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๔๗	๕๘
๑๘ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิ ประกันสุขภาพ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๗ และปีงบประมาณ ๒๕๔๘	๖๐
๑๙ จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๘	๖๑
๒๐ การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๔๘	๖๒
๒๑ ข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ	๖๓
๒๒ ความพึงพอใจของประชาชนต่อการรักษาพยาบาลโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘	๖๔
๒๓ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิประกัน สุขภาพ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๘ และปีงบประมาณ ๒๕๔๙	๖๗
๒๔ จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	๖๘
๒๕ การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๔๙	๖๙

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
๒๖	การบริหารงบประมาณที่ได้รับจําแนกตามประเภทกองทุน ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	๗๑
๒๗	ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทยุทธศาสตร์ ประกันสุขภาพ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๙ และปีงบประมาณ ๒๕๕๐	๗๕
๒๘	จำนวนสถานพยาบาลและจำนวนผู้ลงทะเบียนที่เข้าร่วมโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๐	๗๖
๒๙	การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๐	๗๗
๓๐	การบริหารงบประมาณที่ได้รับจําแนกตามประเภทกองทุน ปีงบประมาณ ๒๕๕๐	๗๘
๓๑	การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ปี ๒๕๕๑	๘๑
๓๒	สรุปความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทยุทธศาสตร์ ประกันสุขภาพหลักเปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และปีงบประมาณ ๒๕๕๐	๘๔
๓๓	สรุปจำนวนสถานพยาบาลและจำนวนผู้ลงทะเบียนที่เข้าร่วมโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐	๘๕
๓๔	การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐	๘๖
๓๕	การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ปี ๒๕๔๖-๒๕๕๐	๘๘
๓๖	งบประมาณจ่ายรายหัวจากการคำนวณและได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๔๘	๙๑
๓๗	รายได้จากภาษีบางประเภท (ล้านบาท)	๙๗

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
๑	สรุปวิวัฒนาการของหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ๘
๒	ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ๔๐
๓	ความพึงพอใจต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๕๐ ๘๗
๔	งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่าย ของประเทศ และสัดส่วนของงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับเปรียบเทียบกับ กับทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๑๒-๒๕๕๐ ๘๙

บทที่ ๑

ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

การมีหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ โดยก่อนที่จะมีการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค ในปี ๒๕๔๔ นั้น หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอยู่แล้ว ๕ รูปแบบหลักคือ ๑) โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ๒) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจภาครัฐ ๓) สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ๔) โครงการประกันสุขภาพแบบบังคับ เช่น กองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคมและ ๕) การประกันสุขภาพสมัครใจภาคเอกชน

การดำเนินการทั้ง ๕ รูปแบบดังกล่าวครอบคลุมประชากร ๔๓.๙ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๗๐ หรือกล่าวได้ว่า ยังมีประชากรประมาณ ๒๐ ล้านคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนั้น ยังพบว่าหลักประกันสุขภาพระบบต่างๆ ที่มีในขณะนั้น ได้มีความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ และการจัดสรรงบประมาณ โดยระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ได้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแก่ข้าราชการ ประมาณ ๓,๖๑๐ บาทต่อคนต่อปี หรือ ประมาณ ๘ เท่า ของเงินที่ใช้ในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล หรือ บัตร สปร. เดิม

วิวัฒนาการหลักประกันสุขภาพ

ความเป็นมาและวิวัฒนาการของหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ

- ก่อนปี ๒๕๒๕
- ช่วงปี ๒๕๒๕-๒๕๔๐
- ช่วงปี ๒๕๔๐-ปัจจุบัน

รัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย
พุทธศักราช ๒๕๔๐
มาตรา ๔๒
กำหนดไว้ว่า
“บุคคลย่อมมี
สิทธิเสมอกันใน
การรับบริการ
สาธารณสุขที่ได้
มาตรฐาน และ
ผู้ยากไร้มีสิทธิ
ได้รับโดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่าย ทั้งนี้
ตามที่กฎหมาย
บัญญัติ...”
จึงเป็นที่มาของ
พระราชบัญญัติ
หลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ก่อนปี ๒๕๒๕

แนวคิดในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ประชาชน ได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในปี ๒๕๐๖ โดยการออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการด้านการรักษายาบาล และต่อมามีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันชีวิต พระราชบัญญัติประกันวินาศภัย ในปี ๒๕๑๐ และได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน ในปี ๒๕๑๖

ในปี ๒๕๑๘ รัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย หรือโครงการ สปน. เพื่อจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้มีฐานะยากจน^{*} ที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท ต่อเดือน และรายได้ครอบครัวต่ำกว่า ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน ให้สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ซึ่งระยะแรกการออกบัตรสงเคราะห์จะออกให้แก่ประชาชนที่อาศัยในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร และจังหวัดใหญ่ๆ เท่านั้น



ราชกิจจานุเบกษา

๒๕๓๖

ช่วงปี ๒๕๒๖-๒๕๔๐

ในปี ๒๕๒๖ รัฐบาลได้ริเริ่มโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ เพื่อให้ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้ระบบการคลังในระดับชุมชนผ่านกองทุนบัตรสุขภาพระดับหมู่บ้าน ที่เน้นการบริการอนามัยแม่และเด็กเป็นหลัก และได้พัฒนาโครงการบัตรสุขภาพลงสู่ระดับครอบครัว ในเวลาต่อมา

ปี ๒๕๓๓ ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม (เป็นระบบร่วมจ่ายทั้งลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล) และประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีผลบังคับใช้ในปี ๒๕๓๖

สำหรับโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาลนั้น ได้มีการพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๓๗ รัฐบาลได้ขยายกลุ่มผู้มีสิทธิ ให้ครอบคลุมถึงเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) คนพิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว

^{*} กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ (กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๕๐), หน้า ๓๗๙.

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

พระ/นักบวช ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และได้เปลี่ยนชื่อโครงการใหม่เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” เปลี่ยนบัตร สปน. เป็นบัตร สปร. (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๕) และได้กำหนดเกณฑ์รายได้ของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือใหม่ เป็นคนโสดที่มีรายได้ต่ำกว่า ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน และรายได้ครอบครัวต่ำกว่า ๒,๘๐๐ บาทต่อเดือน

ต่อมาในปี ๒๕๓๙ คณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ได้จัดทำ “ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.” เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา แต่ในช่วงเวลานั้น ยังขาดแรงผลักดันทางการเมือง อีกทั้งหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เห็นว่า ปัจจัยแวดล้อมยังไม่เอื้อต่อการดำเนินโครงการ ทำให้ร่างพระราชบัญญัตินี้ตกไป

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนให้มีความครอบคลุมต่อไป โดยริเริ่มโครงการ “บัตรประกันสุขภาพ” * แบบสมัครใจให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยการซื้อบัตร ในราคา ๕๐๐ บาทต่อใบ ซึ่งประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง โดยสามารถดำเนินการครอบคลุมประชากรประมาณ ๘ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๒ เท่านั้น โครงการนี้จึงใช้โครงการที่สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แท้จริงแก่ประชาชน

ในช่วงเวลานั้น ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพเฉพาะของภาครัฐ ๔ ระบบใหญ่ ๆ คือ ๑) โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตร สปร. บัตรผู้สูงอายุ ฯลฯ) ๒) โครงการบัตรประกันสุขภาพ ๓) ระบบประกันสังคม และ ๔) ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างพนักงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ โดยประชาชนส่วนใหญ่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และโครงการบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งถึงแม้ว่าทั้ง 2 โครงการนี้ จะมีการดำเนินการมานับสิบปีแล้วก็ตาม แต่พบว่ามีประชาชนอีก ๑๘ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๐-๓๐ ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งหมายความว่าประชาชนกลุ่มนี้ ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เพราะคิดว่าตนเองและครอบครัวไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้^๒

* บัตรประกันสุขภาพ ประชาชนจ่าย ๕๐๐ บาท และรัฐบาลจ่ายสมทบอีก ๑๐๐๐ บาท

^๒ สรุปรจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๕).

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ตาราง ๑

ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย
ก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี ๒๕๕๐)

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)
โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	๒๐	๓๓
โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ภาครัฐ	๗-๘	๑๒
สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ	ประมาณ ๗	๑๑
กองทุนประกันสังคม	๖	๑๐
การประกันสุขภาพภาคเอกชน	ประมาณ ๕.๙	๑๐
ผู้ยังไม่มีหลักประกัน	มากกว่า ๑๕.๕	มากกว่า ๒๕
รวม	๖๑.๕	๑๐๐

ที่มา: คณะทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส. , ๒๕๕๔.

 ช่วงปี ๒๕๕๐-ปัจจุบัน

ช่วงก่อน ๒๕๕๐ ระบบประกันสุขภาพยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ และการที่แต่ละระบบต่างมีเงื่อนไขในการดำเนินการ กลไกการจ่ายเงิน และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนแตกต่างกัน ทำให้สิทธิประโยชน์ และคุณภาพการบริการในแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกัน จึงปรากฏว่าผู้ใช้บริการร้องเรียนเกี่ยวกับบริการของสถานพยาบาลรัฐเป็นจำนวนมาก

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

เมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ กำหนดให้สุขภาพเป็น “สิทธิ” ของประชาชน ซึ่งรัฐต้องให้บริการอย่างมีมาตรฐาน ทั้งถึงและมีประสิทธิภาพ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว มาตรา ๑๗๐ ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีสิทธิลงคะแนนซึ่งเข้าชื่อรวมกันไม่น้อยกว่า ๕๐,๐๐๐ คน สามารถยื่นร่างกฎหมายเพื่อพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรได้ นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ ที่ทำให้นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มประชาสังคม และประชาชน มีการเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อน หรือเรียกร้องสิทธิในด้านต่างๆ ของตนเองได้มากขึ้น

ในปี ๒๕๔๒ มุลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้ทำการศึกษาผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ จากการรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ หรือ “๑๕ กรณีทุกข์ผู้ป่วย” ซึ่งภายหลังจากสื่อมวลชนได้ตีพิมพ์เผยแพร่ผลการศึกษานี้ ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์เรื่องระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้แนวคิด “หลักประกันสุขภาพ” ได้รับความสนใจและเป็นประเด็นที่สังคมให้ความสำคัญมากขึ้น

เดือนตุลาคม ๒๕๔๓ เครือข่ายภาคประชาชน ๑๑ องค์กร ได้ร่วมกันดำเนินโครงการรณรงค์เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจัดทำร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.^๑ ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่พรรคไทยรักไทยกำลังรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง พรรคไทยรักไทยจึงได้หยิบยกเอาประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเป็นนโยบายหลักของพรรคภายใต้ชื่อโครงการ “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” และภายหลังจากพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งทั่วไปในเดือนมกราคม ๒๕๔๔ รัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อ “โครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค” เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ ซึ่งนโยบายนี้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐^๒ หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา ๕๒ ที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย...” และหมวด ๕ แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๘๒ ที่บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

^๑ ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ สามารถรวบรวมรายชื่อผู้ประชาชนร่วมเข้าชื่อเสนอกฎหมายได้มากกว่า ๕๐,๐๐๐ คน และได้เสนอร่างพระราชบัญญัตินี้เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรในเดือนมีนาคม ๒๕๔๔

^๒ การเริ่มต้น และดำเนินโครงการนี้ เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร พุทธศักราช ๒๕๔๐ มีผลบังคับใช้

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงนับเป็นโครงการที่สามารถสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ๓๐ บาทต่อครั้ง เริ่มต้นดำเนินโครงการใน ๖ จังหวัดนำร่อง^๑ เมื่อเดือนเมษายน ๒๕๔๔ ต่อมาในเดือนมิถุนายน ๒๕๔๔ ได้ขยายโครงการออกไปอีก ๑๕ จังหวัด^๒ และสามารถดำเนินโครงการครอบคลุมทั่วประเทศ ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๕ และมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๑๙ ตอนที่ ๑๑๖ ก เมื่อวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ มีผลบังคับใช้ในวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๔๕



โดยในหมวด ๑ ว่าด้วยสิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา ๕ กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติฉบับนี้ และมาตรา ๒๔ กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ในการกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่สนับสนุน พัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเป็นหน่วยงานบริหารระบบ (System Manager) ผ่านการซื้อบริการ โดยทำหน้าที่ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ๓ ส่วนหลัก คือผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ผู้ให้บริการ (Provider) และผู้รับบริการ/ประชาชน (Consumer)

นอกจากนั้น พระราชบัญญัตินี้ยังบัญญัติให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน การรับเงิน จ่ายเงิน สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข กำหนดหลักเกณฑ์การลงโทษปรับทางปกครองและเพิกถอนการขึ้นทะเบียนสถานบริการ จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงาน ปัญหาอุปสรรค ระบบการเงิน บัญชีรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปี และมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และเสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการ เพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ

^๑ พื้นที่นำร่อง ๖ จังหวัด ได้แก่ พะเยา ยโสธร นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา

^๒ การขยายพื้นที่ดำเนินงานอีก ๑๕ จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

สาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของ ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้

สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการมีที่มาจาก

๑. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
๒. เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
๓. เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
๔. เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
๕. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
๖. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
๗. เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
๘. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

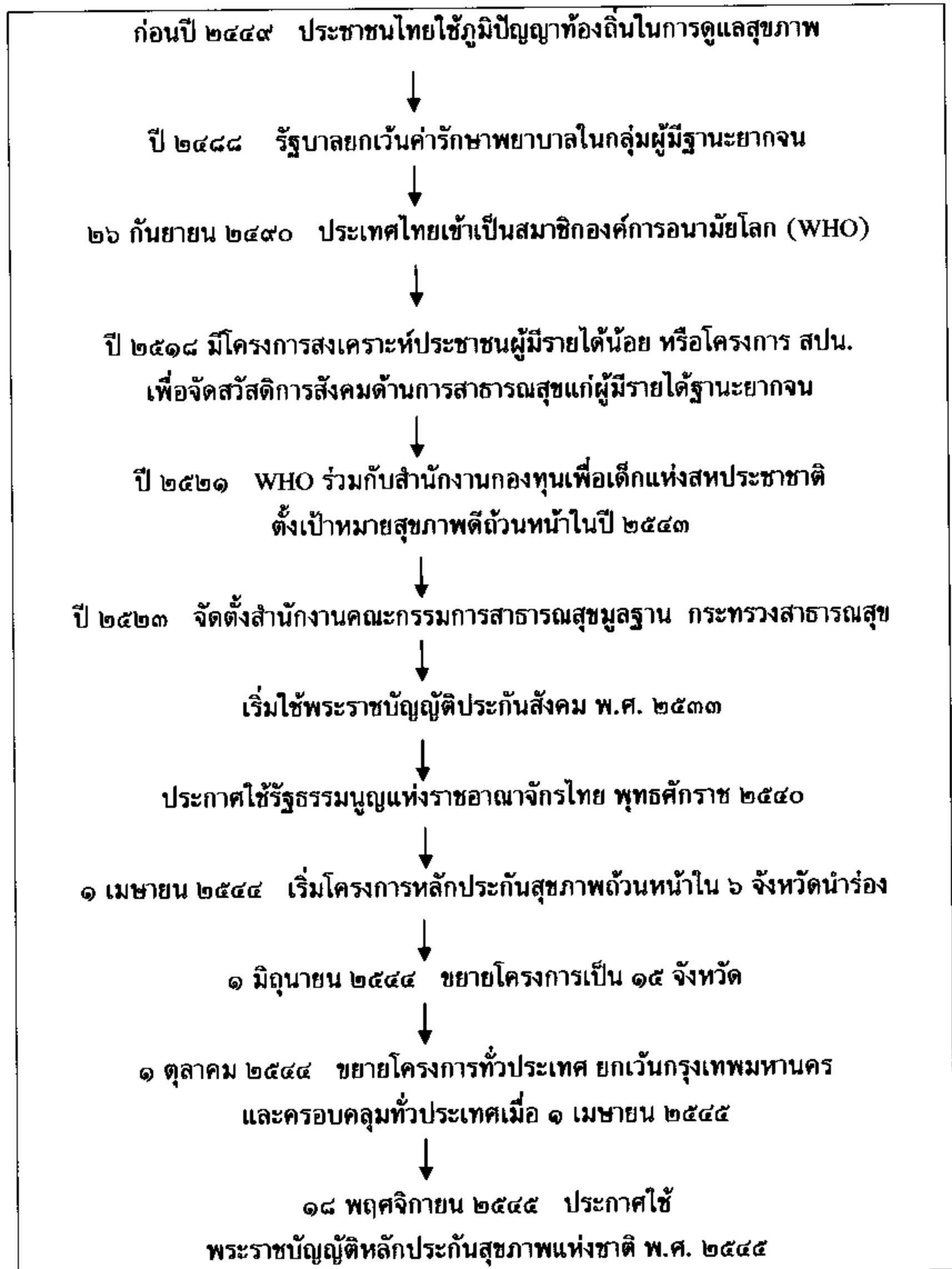
ทั้งนี้ เงินและทรัพย์สินของกองทุน ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลัง และกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ปัจจุบันได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิในการรับบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ ประชาชนที่มีสัญชาติไทย ที่ไม่ได้รับสิทธิจากหลักประกันอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้ (ได้แก่ ผู้มีสิทธิตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล (ข้าราชการ ลูกจ้างของส่วนราชการและครอบครัว) และผู้ที่ได้รับความ ค้ำครองอื่นที่รัฐจัดให้ (พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระต่าง ๆ)

บทที่ ๑ ความเป็นมาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

แผนภาพ ๑

สรุปวิวัฒนาการของหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย



ที่มา: สรุปจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

การศึกษาเรื่อง “การหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบในการวิเคราะห์ กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้

๑. แนวคิดเสรีนิยม (Liberalism)
๒. แนวคิดสวัสดิการสังคม (Social Welfare)
๓. แนวคิดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม หรือการคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Nets)
๔. ทฤษฎีหลายกระแส (Multiple Streams)

๑. แนวคิดเสรีนิยม (Liberalism)

แนวคิดเสรีนิยม ให้ความสำคัญกับการมีเสรีภาพของประชาชนในการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งเหมาะกับประเทศที่ประชาชนมีความรู้ และมีข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพที่ดี และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยแนวคิดนี้เชื่อว่ากลไกตลาดจะทำให้สถานพยาบาลของเอกชนมีการแข่งขัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุด และเมื่อสถานพยาบาลใดมีผู้ใช้บริการมาก สถานพยาบาลนั้นก็จะได้รับค่าตอบแทนมากตามไปด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้อาจส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มที่มีฐานะยากจน หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่มีกำลังซื้อ (Purchasing Power) เพียงพอ ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ ซึ่งรัฐต้องเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

ประเทศที่นำแนวคิดเสรีนิยมมาใช้ ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา โดยในระยะแรก ช่วงทศวรรษที่ ๑๙๓๐ สหรัฐอเมริกาประสบภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ (Great Depression) สถาบันการเงินและตลาดหุ้นล่มสลาย ภาคธุรกิจล่มจม มีคนว่างงานจำนวนมาก และเกิดปัญหาสังคมอย่างรุนแรง รัฐบาลในขณะนั้นได้นำเอาแนวคิดสวัสดิการสังคมมาใช้บรรเทาปัญหา เพื่อให้ประชาชน

ทฤษฎีหลาย
กระแส (Multiple
Streams) อธิบาย
ว่า นโยบาย
หลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า
เกิดจากกระแส
หลัก ๓ ด้าน คือ
การสนับสนุน
ด้านนโยบาย
(Policy Stream)
การแก้ปัญหาที่
ตรงประเด็น
(Problem
Stream) และ
การสนับสนุน
ทางการเมือง
(Political
Stream)

บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ตามนโยบาย New Deals^๑ แต่ต่อมาเมื่อภาวะเศรษฐกิจสังคมของสหรัฐอเมริกาดีขึ้น รัฐบาลจึงได้ปรับเปลี่ยนโดยนำเอาแนวคิดเสรีนิยมมาใช้ในการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยให้การช่วยเหลือเฉพาะประชาชนบางกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

๒. แนวคิดสวัสดิการสังคม (Social Welfare)

แนวคิดสวัสดิการสังคม (Social Welfare) เป็นแนวคิดที่เกิดจากการที่สังคมเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดการขยายตัวของเมือง เกิดปัญหาประชากรแออัด ปัญหาความขัดแย้งระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ปัญหาการว่างงาน และการเกิดอุบัติเหตุและโรคเนื่องจากการทำงาน ทำให้รัฐต้องเข้าไปดูแลกลุ่มคนงานเหล่านั้น ให้สามารถดำเนินการผลิตต่อได้ (Productive Labour Force) หรือหากไม่สามารถทำงานต่อได้ รัฐจะเข้าไปดูแลสวัสดิการต่างๆ ให้ เพื่อให้คนงานเหล่านั้นสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ โดยไม่สร้างปัญหาหรือผลกระทบต่อสังคมโดยรวม^๒

แนวคิดสวัสดิการสังคม เชื่อว่าบริการสุขภาพเป็นเรื่องจำเป็นที่ประชาชนจะต้องได้รับ และบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่มีความจำเป็นและซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจะทำความเข้าใจ หรือมีความรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกรับบริการเองได้ ดังนั้น การปล่อยให้บริการสุขภาพเป็นไปตามกลไกตลาดแต่เพียงอย่างเดียว นอกจากจะทำให้ประชาชนที่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้แล้ว ยังทำให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น หรือมีราคาแพงเกินไปอีกด้วย ดังนั้นตามแนวคิดนี้ รัฐต้องจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือจ่ายในอัตราที่ต่ำมาก แม้ว่าประเทศนั้นจะมีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีก็ตาม โดยคำว่า “สวัสดิการสังคม” มีความหมายและขอบเขตแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่ความหมายโดยทั่วไปหมายถึง บริการหรือโครงการที่รัฐและเอกชนจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมสภาพความเป็นอยู่ หรือคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยไม่จำแนกฐานะและชนชั้น แบ่งเป็น ๓ ลักษณะคือ^๓

^๑ กรมประชาสงเคราะห์, แผนประชาสงเคราะห์แม่บท (พ.ศ. ๒๕๒๙-๒๕๓๕) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศูนย์สงเคราะห์และฝึกอาชีพสตรีภาคกลาง, ๒๕๒๒), หน้า ๘-๑๕.

^๒ ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Nets) ความหมาย แนวคิด ทฤษฎี บทบาท และความสำคัญต่อสังคม, [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นจาก <http://hpptai.org/database/4%20socialsafetynetwork.pdf>. วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๐. เวลา ๑๒.๐๐ น.

^๓ จีราลักษณ์ จงสถิตย์มัน, ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสังคมสงเคราะห์ (เอกสารประกอบการบรรยาย, ๒๕๓๕), หน้า ๕๔-๕๖.

บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

แบ่งออกเป็น ๓ ลักษณะคือ *

ลักษณะที่ ๑สวัสดิการสังคมที่มุ่งแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน การบำบัดรักษา และการทดแทนฟื้นฟู (Remedial, Supplemental, Substitute or Rehabilitative Social Welfare) เช่น การฟื้นฟูเด็กในสถานพินิจ การดูแลเด็กในสถานสงเคราะห์

ลักษณะที่ ๒สวัสดิการสังคมที่มุ่งป้องกันปัญหา (Preventive Social Welfare) เช่น การฝึกอาชีพแก่เยาวชน การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน

ลักษณะที่ ๓สวัสดิการสังคมที่มุ่งพัฒนาศักยภาพ ความคิด จิตใจ และทักษะของประชาชน (Developmental Social Welfare) เช่น การพัฒนาชุมชน การฝึกอบรมและพัฒนาความเป็นผู้นำ

ประเทศแรกที่ใช้แนวคิดสวัสดิการสังคมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ เยอรมัน โดยเรียกนโยบายนี้ว่า “นโยบายสวัสดิการสังคม” (Social Welfare Policy) ปรากฏใน Social Policy Laws of the Federal Republic หรือกฎหมายว่าด้วยนโยบายสวัสดิการสังคมแห่งสหพันธ์รัฐเยอรมัน ครอบคลุมด้านการศึกษาและฝึกอบรมเพื่อพัฒนาแรงงาน การส่งเสริมการมีงานทำ การคุ้มครองแรงงานและสุขภาพอนามัย และการประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ เยอรมันได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกันสุขภาพ (Health Insurance Act) ในปี ๑๘๘๓ และพระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุในปี ๑๘๘๔ ซึ่งในระยะแรกมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นกลไกหรือเครื่องมือสกัดกั้นคนงานไม่ให้เข้าร่วมกับขบวนการสังคมนิยมที่กำลังแพร่หลายในยุโรปในขณะนั้น *

สำหรับกลุ่มประเทศที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าเป็น “รัฐสวัสดิการ” (Welfare State) ที่สมบูรณ์แบบที่สุด คือกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ที่รัฐจัดหาบริการที่จำเป็นรองรับประชาชนทุกกลุ่ม ทุกชนชั้น เช่น หลักประกันด้านสุขภาพ หลักประกันด้านการว่างงาน หลักประกันด้านการศึกษา หลักประกันด้านชราภาพเพื่อประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเสมอภาค ซึ่งสามารถลดความแตกต่างทางชนชั้นได้อย่างแท้จริง *

* จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน, ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสังคมสงเคราะห์ (เอกสารประกอบการบรรยาย, ๒๕๓๕), หน้า ๕๔-๕๖.

* ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, เรื่องเดิม.

* เรื่องเดิม.

บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

ตาราง ๒

เปรียบเทียบระบบบริการสาธารณสุขแนวคิดเสรีนิยมและสวัสดิการสังคม

แนวคิด	ข้อดี	ข้อเสีย
เสรีนิยม	๑. เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาล มีการพัฒนาเทคโนโลยีมากขึ้นส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี ๒. ประชาชนมีสิทธิรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ตนเองจะได้รับ และสามารถหักท้วงได้เมื่อไม่มั่นใจในการบริการ	๑. ภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมาก ๒. ประชาชนที่มีฐานะยากจนที่รัฐไม่สามารถเข้าถึงจะขาดการดูแล ๓. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ (ผู้ให้บริการ) กับผู้ป่วยไม่ดี มีการฟ้องร้องมาก ๔. มีการใช้เทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยโรค มากเกินความจำเป็น
สวัสดิการสังคม	๑. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ๒. ภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่สูงมากนัก	๑. สถานพยาบาลไม่มีการแข่งขัน แพทย์/พยาบาลขาดความกระตือรือร้น ทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการที่ดี ๒. ประชาชนมีโอกาสน้อยในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ ๓. ประชาชนมีทางเลือกในการเลือกรับบริการ

ที่มา: นักศึกษาหลักสูตรการปฏิบัติการจิตวิทยาฝ่ายอำนวยการ รุ่นที่ ๘๙ คณะ ๑, ๒๕๕๑: ๑๑.

๓. แนวคิดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม หรือ การคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Nets)

โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Nets) หรือ การคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) ตามความหมายของธนาคารโลก (World Bank) หมายถึง การบริการของรัฐด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ การช่วยเหลือคนยากจน คนด้อยโอกาส และโครงการประกันสังคมที่รัฐจัดขึ้นโดยความร่วมมือของลูกจ้างและนายจ้าง โครงการที่เอกชนและ

บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

กลุ่มประชาชนจัดขึ้น เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บริการเหล่านี้ ได้แก่^๑

๑. บริการพื้นฐาน เช่น การศึกษา การสาธารณสุข

๒. บริการสิ่งอำนวยความสะดวกและปัจจัยจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย ไฟฟ้า ประปา ฯลฯ

๓. บริการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

แนวคิดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Nets) มีลักษณะคล้ายกับแนวคิดสวัสดิการสังคม ในการจัดสวัสดิการสังคมขั้นต่ำให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อช่วยเหลือให้คนกลุ่มนี้ไม่ลำบากเกินไป จนก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆ โดยแนวคิดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคมแตกต่างจากแนวคิดสวัสดิการสังคม ที่แนวคิดสวัสดิการสังคมเป็นการจัดสวัสดิการสังคมที่มีความหลากหลาย ทั่วถึง ทุกคน ทุกชนชั้น จึงใช้งบประมาณสูงในการดำเนินการ (ประมาณร้อยละ ๑๕-๓๐ ของ GDP) ขณะที่แนวคิดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม ต้องการลดบทบาทของรัฐ หรือลดภาระของงบประมาณลง โดยรัฐจัดสวัสดิการสังคมให้เฉพาะประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยมูลค่าขั้นต่ำ จึงไม่ก่อให้เกิดภาระงบประมาณ และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ครัวเรือน และเครือข่ายทางสังคมมีการจัดสรรสวัสดิการกันเองตามแนวทางการดำเนินงานแบบเอกชน (Privatization) ด้วย^๒

๔. ทฤษฎีหลายกระแส (Multiple Streams) ของ Kingdon, J.W.

ทฤษฎีหลายกระแส (Multiple Streams) ของ Kingdon, J.W. (๑๙๙๕) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดนโยบายต่างๆ ว่านโยบายที่จะประสบความสำเร็จ ต้องมีองค์ประกอบ ๓ กระแสคือ

๑. กระแสนโยบาย (Policy Stream)

๒. กระแสปัญหา (Problem Stream) เป็นการจุดประกายประเด็นปัญหา หรือการหาทางออกของปัญหาอย่างตรงประเด็น

๓. กระแสการเมือง (Political Stream) การสนับสนุนของภาคการเมือง ในการสนับสนุน หรือหาทางออกของปัญหา

^๑ ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, เรื่องเดิม.

^๒ เรื่องเดิม.

บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

โดยกระแสดังกล่าวต้องมาบรรจบกันด้วย เจื้อนไขของผู้ผลักดันนโยบาย (Policy Entrepreneur หรือ Advocacy) ที่จะต้องมีการผลักดันผ่านหน้าต่างทางนโยบาย (Policy Window) และมีการกำหนดวาระการตัดสินใจ (Agenda Setting Power) ภายใต้ประเด็นการดำเนินการและกรอบเวลาที่ชัดเจน นำมาสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะ และการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy in Action) ในเวลาต่อมา

บทที่ ๓

การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

การศึกษาประสบการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ เป็น การศึกษารูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ที่มีรูปแบบ หลากหลายซึ่งมีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกัน โดยหากสามารถนำเอาประสบการณ์ ของประเทศเหล่านั้น มาปรับใช้กับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยแล้ว น่าจะ ช่วยให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เนื้อหาในบทนี้ ผู้เขียนได้สรุปรายงานวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาในประเทศต่างๆ ที่ได้มีการศึกษาระบบการสาธารณสุข และรูปแบบการ สร้างหลักประกันสุขภาพ (National Health Insurance) ในประเทศต่างๆ ได้แก่ เยอรมัน อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ โดยนำเสนอประเด็นหลัก ดังนี้

๑. การบริการสุขภาพและสาธารณสุข
๒. ระบบการคลังของการประกันสุขภาพ (Health Insurance Financing)
๓. การจ่ายเข้ากองทุนประกันสุขภาพ
๔. รายจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ

เยอรมัน^๑

ระบบบริการสาธารณสุขของเยอรมัน นับเป็นระบบที่มีคุณภาพและมี ประสิทธิภาพสูงที่สุดประเทศหนึ่ง จากการที่ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่าง ครอบคลุม ทั้งการประกันสุขภาพจากรัฐตามกฎหมาย (Statutory Health Insurance or Sickness Fund) และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Health Insurance)

^๑ ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของเยอรมัน ผู้เขียนสรุปจาก สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศเยอรมัน (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓), หน้า ๕-๖.

ประเทศพัฒนา แล้ว จะมีระบบ ประกันสุขภาพ ที่ครอบคลุม (Universal Coverage) โดยการประกัน สุขภาพเอกชน จะมีบทบาทใน การคุ้มครองและ ให้สิทธิประโยชน์ เสริมจากระบบ ประกันสุขภาพ และสวัสดิการ ของรัฐ ในการ เข้ารับการรักษา พยาบาลข้างเคียง บงอย่าง (Ancillary Services) หรือ เพื่อให้ได้รับ ความสะดวก สบายมากขึ้น

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขของเยอรมัน จะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลของมลรัฐ ในส่วนของรัฐบาลกลางจะมีกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (Ministry of Labour and Social Affairs) กระทรวงสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ (Ministry of Environment, Nature Conservation and Nuclear Safety) และกระทรวงการวิจัยและเทคโนโลยี (Ministry of Research and Technology) ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ออกกฎหมาย เพื่อควบคุม กำกับให้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรม เช่น การออกกฎหมายควบคุมการดำเนินงานของกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Sickness Funds) การออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ การควบคุม ดูแลตามกฎหมายยาและสารเสพติดและกฎหมายควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น โดยมีสภาการสาธารณสุข (Federal Health Council) เป็นผู้ให้คำปรึกษา



รัฐบาลของมลรัฐ มีหน้าที่ในการตรวจสอบกฎหมายที่ออกโดยรัฐบาลกลางผ่านตัวแทนของมลรัฐในรัฐสภา ตรากฎหมายที่ใช้ในมลรัฐ ดูแลโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลและการศึกษาทางการแพทย์ สำหรับรัฐบาลท้องถิ่น (Local Government) รับผิดชอบการบริการสาธารณสุข เช่น การควบคุมป้องกันโรค การบริหารจัดการโรงพยาบาลท้องถิ่น การสนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาล และการสนับสนุนงบประมาณแก่บ้านพักคนชรา (Public Nursing Home)

โครงสร้างระบบสาธารณสุขของเยอรมันจะเน้นการกระจายอำนาจแก่หน่วยงานเอกชน ในการดำเนินงานภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากรัฐ เช่น สมาคมแพทย์ (Association of Panel Doctors) สมาคมทันตแพทย์ (Association of Panel Dentists) ในการจัดระบบควบคุมการบริการระดับปฐมภูมิ (Ambulatory Care) ให้มีการกระจายอย่างทั่วถึง มีคุณภาพและเข้าถึงบริการได้ง่าย รวมทั้งการควบคุมกำกับให้การให้บริการของแพทย์ และทันตแพทย์สมาชิก

๑. การบริการสุขภาพและสาธารณสุข

เยอรมันเป็นประเทศแรก ที่มีระบบประกันสังคม และมีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี ๒๓๗๖ โดยมีการประกาศใช้กฎหมายหลักประกันสุขภาพ และต่อมาได้ประกาศใช้กฎหมายประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุเนื่องมาจากการทำงาน และกฎหมายชราภาพ ในปี ๒๔๒๗ และ ปี ๒๔๓๒ ตามลำดับ

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพ ในเยอรมันครอบคลุมด้าน

๑. ประกันสุขภาพ (Health Insurance)
๒. ประกันการเกษียณ (Pension Insurance)
๓. ประกันการว่างงาน (Unemployment Insurance)
๔. ประกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงาน (Accident Insurance)
๕. ประกันการพยาบาล (Nursing Insurance)

การจัดบริการประกอบด้วยบริการหลัก คือ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการอื่น ๆ ดังนี้

- บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Care) เป็นการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก โดยแพทย์เอกชน ทั้งที่เป็นแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และทันตแพทย์ ซึ่งได้รับใบอนุญาต และเป็นสมาชิกของกองทุน โดยมีสมาคมแพทย์และสมาคมทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแลร่วมกัน ภายใต้เงินจากบัญชีเดียวกัน

ทั้งนี้ ประชาชนที่อยู่ภายใต้กองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Sickness Funds) จะมีอิสระในการเลือกแพทย์ และทันตแพทย์ได้ โดยประชาชนจะได้รับใบรับรองการประกันสุขภาพ (Health Insurance Certificate) ในช่วงต้นของแต่ละไตรมาส เพื่อนำไปยื่นกับแพทย์หรือทันตแพทย์ที่จะเข้ารับบริการครั้งแรก และสามารถเข้ารับบริการได้เฉพาะกับแพทย์ และทันตแพทย์ที่ตนเองยื่นใบรับรองไว้เท่านั้น โดยแพทย์สามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาวินิจฉัยพิเศษได้เมื่อมีความจำเป็น อย่างไรก็ตามในบางกองทุนผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแพทย์ และทันตแพทย์ระหว่างไตรมาสได้



กรณีการเข้ารับการรักษานอกเวลาทำการ หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการฉุกเฉินได้ ซึ่งภายหลังจากรับการรักษาแล้ว ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกส่งกลับให้กับแพทย์ ทันตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยประจำ เพื่อให้การรักษาในระยะต่อไป โดย แพทย์และทันตแพทย์จะส่งบันทึก และใบรับรองดังกล่าวไปยังสมาคมแพทย์ และสมาคม ทันตแพทย์ เพื่อขอเรียกเก็บเงินค่ารักษาและค่าบริการเมื่อครบแต่ละไตรมาส

- บริการผู้ป่วยใน การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะต้องเป็นการส่งต่อจากแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยนอก หรือแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าไปรักษาตัวในโรงพยาบาลได้โดยตรง

- บริการอื่น ๆ ได้แก่ ร้านขายยา และการให้การพยาบาลที่บ้านในลักษณะ Home Care/ Nursing Home โดย

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

๑. ร้านขายยา ดำเนินการโดยเภสัชกรทำหน้าที่จ่ายยาให้ผู้ป่วยตามใบสั่งแพทย์ เนื่องจากแพทย์ในคลินิกไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้โดยตรง จะทำได้เพียงออกใบสั่งยา เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปซื้อยาที่ร้านขายยาเท่านั้น

๒. การให้การพยาบาลที่บ้านในลักษณะ Home Care หรือ Nursing Home ได้แก่ การพยาบาล การให้คำปรึกษา การจัดส่งอาหาร และการบริการบ้านพักแก่คนชราและผู้พิการ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้การบริการแก่ผู้ป่วย คนชรา หรือผู้พิการที่บ้าน ซึ่งกองทุนจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับบริการดังกล่าว

๒. ระบบการคลังของการประกันสุขภาพ

เยอรมันเป็นประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบบังคับ โดยมีกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Sickness Funds) ที่จัดตั้งโดยภาคเอกชน ในลักษณะองค์กรอิสระ ที่ไม่แสวงหาผลกำไรเป็นการรวมตัวกันของกลุ่มวิชาชีพ กลุ่มอาชีพ หรือกลุ่มภูมิสำเนา บริหารจัดการกองทุนในรูปแบบคณะกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งของสมาชิก มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี อยู่ภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข (The Federal Ministry of Health) ทำหน้าที่ประกันสุขภาพแบบบังคับแก่ประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่าปีละ ๗๒,๐๐๐ ดอยชมาร์ค (DM) ที่อาศัยในเขตเยอรมันตะวันตกเดิม และประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่าปีละ ๖๑,๔๐๐ ดอยชมาร์ค (DM) ที่อาศัยในเขตเยอรมันตะวันออกเดิม โดยนายจ้างมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่รัฐบาลกลางกำหนด



กองทุนการเจ็บป่วย ทำหน้าที่ในการจ่ายเงินค่าบริการและค่ารักษาพยาบาล เปรียบเท่ากับแพทย์ ทันตแพทย์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กองทุนการเจ็บป่วยจึงนับเป็นแหล่งเงินสำคัญในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน^๑ ค่าทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาลต่อเนื่อง และการชดเชยเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมประชาชนเกือบร้อยละ ๙๐ ของประชากรทั้งประเทศ

^๑ ระบบการแพทย์ในเยอรมัน มีการแบ่งแยกกันอย่างชัดเจนว่า แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยนอกแล้วจะไม่มีสิทธิรักษาผู้ป่วยใน และในทางกลับกันแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยในก็จะไม่สามารถรักษาผู้ป่วยนอกได้เช่นกัน ซึ่งการแยกกันรักษาในลักษณะนี้ ทำให้ระบบการรักษาพยาบาลของเยอรมันในปัจจุบัน มีปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนในการให้บริการ และการตรวจวินิจฉัยโรค

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ตาราง ๓

ประเภทของกองทุนและร้อยละความครอบคลุมของสมาชิกภายใต้ระบบประกันภาคบังคับ

ประเภทกองทุน	สถานะ	สมาชิก (ร้อยละ)
กองทุนท้องถิ่น (Local Sickness Funds : AOK)	๒๗๐ กองทุน กระจายตามพื้นที่ต่างๆ ครอบคลุมผู้ใช้แรงงาน (Blue-collar Workers) และแรงงานรายวัน โดยยกเว้นกลุ่มคนว่างงานและคนพิการ	๔๓.๕
กองทุนการเจ็บป่วย (Company Sickness Funds : BKK)	๗๔๓ กองทุน จัดตั้งโดยบริษัทที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๕๕๐ คน ขึ้นไป เพื่อสร้างหลักประกันแก่ลูกจ้าง	๑๑.๕
กองทุนช่างฝีมือ (Guild Sickness Funds : IKK)	๑๗๖ กองทุน สำหรับแรงงานช่างฝีมือต่างๆ	๕.๒
กองทุนแทน (Substitute Funds)	๒๖ กองทุน สำหรับลูกจ้างและผู้ประกอบอาชีพต่างๆ	๔.๕
กองทุนอื่น (Other Funds)	๒๖ กองทุน สำหรับเกษตรกร ประมง แรงงานในเมืองแร่	๓๕.๕
รวม	๑,๒๔๑ กองทุน	๑๐๐.๐

ที่มา : Ministry of Health, Germany. [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นจาก

http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_617004/EN/Health/health-node,param=.html__nnn=true.

วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๙. เวลา ๑๕.๐๐ น.

ในส่วน of ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด และข้าราชการ จะไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วย โดยมีสิทธิเลือกได้ว่าจะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วย หรือจะซื้อประกันจากเอกชน เพื่อให้ได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการมากขึ้น เช่น ได้สิทธินอนห้องพิเศษ หรือเข้ารับการรักษาที่แพทย์ที่มีชื่อเสียงเฉพาะด้าน โดยผู้ที่ตัดสินใจซื้อประกันจากเอกชนแล้วจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือเข้าเป็นสมาชิก

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

กองทุนการเจ็บป่วยภายหลังได้ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงของกองทุนการเจ็บป่วย จากการรับผู้ป่วยที่ถูกละเมิดสิทธิจากบริษัทประกันเอกชนมาเข้าในกองทุน *

๓. การจ่ายเข้ากองทุนประกันสุขภาพ (Contribution)

อัตราการจ่ายเข้ากองทุนของแต่ละกองทุนจะแตกต่างกันไป แต่ต้องไม่น้อยกว่าหรือสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด คือ ร้อยละ ๘.๕-๑๖.๕ ของรายได้ต่อเดือน โดยผู้ประกอบการอาชีพอิสระต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด แต่หากเป็นลูกจ้างในโรงงานหรือบริษัท นายจ้างและลูกจ้างจะรับผิดชอบจ่ายคนละครึ่ง ส่วนผู้ว่างงานจะได้รับความคุ้มครองโดย Federal Labour Administration รับผิดชอบจ่ายเข้ากองทุนในอัตรา ๒ ใน ๓ ที่เหลือ ๑ ใน ๓ จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น สำหรับผู้เกษียณ กองทุนเกษียณ (Pension Fund) จะรับผิดชอบจ่ายเบี้ยประกันให้

ตาราง ๔

ประเภทของแหล่งเงินสำหรับการจัดการด้านสุขภาพ (Sources of Finance)

แหล่งเงิน	ร้อยละ
กองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Sickness Funds)	๔๗.๙
นายจ้าง (Employers)	๑๔.๗
งบประมาณของรัฐ (State Budget)	๑๓.๔
ครัวเรือนประชาชน (ส่วนจ่ายร่วม)	๗.๗
กองทุนประกันการเกษียณ (Statutory Pension Fund)	๗.๗
บริษัทประกันเอกชน	๕.๓
กองทุนประกันอุบัติเหตุ	๓.๓

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ๒๕๔๓: หน้า ๑๑.

๔. รายจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ

กองทุนการเจ็บป่วยสามารถกำหนดชุดสิทธิประโยชน์* (Benefit Package) สำหรับสมาชิก และกำหนดอัตราเบี้ยประกันเองได้ ภายในเพดานที่กฎหมายกำหนด โดยรายจ่ายของ

* เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ระบบประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก ๑๐ ประเทศ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๔), หน้า ๑๓.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

กองทุนการเจ็บป่วยที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ รายจ่ายที่เป็นค่าบริการผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ ๓๓ ของรายจ่ายทั้งหมด รองลงมาคือรายจ่ายที่เป็นค่าบริการผู้ป่วยนอกและทันตกรรม และรายจ่ายค่ายา การใช้เครื่องช่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ ๒๕ และ ๑๖ ตามลำดับ

ตาราง ๕

รายจ่ายประเภทต่าง ๆ ของกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Sickness Funds)

ประเภทรายจ่าย	จำนวน (DM billions)	ร้อยละ
ค่าบริการผู้ป่วยนอก และทันตกรรม	๕๐.๑	๒๕
ค่ายา การใช้เครื่องช่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์	๓๓.๒	๑๖
ค่าบริการผู้ป่วยใน	๖๖.๑	๓๓
ค่าชดเชยรายได้จากการเจ็บป่วย	๑๕.๒	๘
ค่าบริการรักษาพยาบาล	๑๘.๘	๙
ค่าบริการก่อน-หลังการตั้งครรภ์	๓.๙	๒
ค่าบริการสปา (Spa and Cures)	๓.๐	๑
ค่าบริการจัดการ และอื่น ๆ	๑๒.๔	๖
รวม	๒๐๒.๗	๑๐๐.๐

ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ๒๕๕๓ หน้า ๑๓.

ในปี ๒๕๕๐ เยอรมันมีค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ (Expenditure on Health) ประมาณ ร้อยละ ๑๐.๕ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) หรือ ๒,๓๓๙ ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี (ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ๒๕๕๙)

* ชุดสิทธิประโยชน์ เป็นการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ให้ประกันแต่ละราย สามารถกำหนดเอง โดยอิสระ หรือบางประเทศอาจครอบคลุมโดยระบบประกัน เป็นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน หรือชุดบริการหลัก (Basic Benefits Package or Core Health Services) โดยผู้ให้ประกันต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการตามรายการที่กำหนด เช่น การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ/หรือ ยาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

อังกฤษ^๑

การปฏิรูประบบสาธารณสุขในอังกฤษ เริ่มต้นในปี ๒๕๓๑ เมื่อนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นได้ประกาศนโยบายปฏิรูป และจัดตั้งคณะกรรมการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ขึ้น มีการร่างประกาศแผนนโยบาย (White Paper) ชื่อ Working for Patients ในปี ๒๕๓๒ และเพื่อให้ร่างประกาศแผนนโยบายดังกล่าว มีผลในทางปฏิบัติ จึงประกาศใช้เป็นกฎหมายชื่อ National Health Service and Community Care Act ๑๙๙๐ ในปี ๒๕๓๓ มีผลบังคับใช้ในเดือนเมษายน ๒๕๓๔

ทั้งนี้ การที่กระบวนการปฏิรูปสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว สำเร็จภายในระยะเวลาเพียง ๒ ปี ปัจจัยสำคัญมาจากแรงกดดันของประชาชนในขณะนั้น ที่ต้องการให้รัฐบาลปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ ประกอบกับผู้นำประเทศอังกฤษในขณะนั้น คือนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ มีบุคลิกภาพเฉียบขาด ทำงานรวดเร็ว และเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขนี้เคยมีการตั้งคณะกรรมการศึกษามาก่อน จึงทำให้นโยบายนี้แทบไม่มีความเสี่ยงในการดำเนินการเลย

กฎหมาย National Health Service and Community Care Act ๑๙๙๐ มีสาระสำคัญ ดังนี้^๒

๑. กำหนดนิยามและอำนาจหน้าที่ของ Regional and District Health Authorities, Family Health Services Authority และ National Health Service (NHS) Contacts

๒. มีการจัดตั้ง National Health Service (NHS) Trust โดยมีการถ่ายโอนพนักงานจากโรงพยาบาลเดิม สู่นาย NHS Trust รวมทั้งกำหนดเรื่องการถ่ายโอนทรัพย์สิน และการบริหารการเงิน

๓. มีการจัดตั้ง GP Fundholding กำหนดอำนาจหน้าที่ และการบริหารการเงินกองทุน

๔. กำหนดการบริการชุมชน สาธารณสุขชุมชน ของฝ่ายสาธารณสุข (District Health Authority) และฝ่ายท้องถิ่น (Local Authority)

๕. เรื่องอื่นๆ ได้แก่ ภาษี กฎกระทรวง การอุทธรณ์ เป็นต้น



^๑ ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของอังกฤษ ผู้เขียนสรุปจาก ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๓).

^๒ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๕๔-๕๙.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

NHS มีการจัดองค์กรหลายระดับ ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณไปสู่พื้นที่ต่างๆ จำนวน ๑๔ เขต (Region) มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ในอังกฤษ (England) ดูแลโดย Regional Health Authorities (RHA) ส่วนสกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ บริหารงานโดยสำนักงานแห่งชาติ (National Office) °

๑. การบริการสุขภาพและสาธารณสุข

ระบบบริการในระดับปฐมภูมิจะทำในรูปแบบสัญญา ที่แพทย์ GP (General Practitioner) จะได้รับค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Payment) ตามจำนวนของผู้ป่วยที่มาลงทะเบียน รวมกับค่าบริการทางการแพทย์ (Fee for Service) ดังนั้น แพทย์ GP จึงเป็นเหมือนแพทย์ประจำครอบครัวที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น และป้องกันโรค เช่น ให้อาหารที่ถูกต้อง วางแผนครอบครัว และตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาแบบซับซ้อน แพทย์ GP สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ ๖

อย่างไรก็ตาม การที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่เป็นระบบของรัฐ ซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกคน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้มีผู้ป่วยรอคิวเข้ารับการรักษาจำนวนมาก ผู้ป่วยใช้เวลารอคิวเพื่อเข้ารับบริการนาน โดยเฉพาะกรณีผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective Surgery) และมีปัญหาการเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางทางการแพทย์ ที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ประชาชนที่มีฐานะดี ต้องซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชน เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น

๒. ระบบการคลังของการประกันสุขภาพ

รัฐบาลใช้ระบบการตลาดภายใน (Internal Market) โดย NHS ถูกแบ่งหน้าที่ออกเป็นสองด้าน คือด้านหนึ่งเป็นผู้ซื้อ อีกด้านหนึ่งเป็นผู้ให้บริการที่ผูกพันกันด้วยสัญญา (Contract) โดยรัฐได้สร้างระบบการแข่งขัน (Managed Competition) เพื่อลดการผูกขาด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยยึดหลักว่าเงินจะต้องตามผู้ป่วยกล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลใด เงินสนับสนุน (Funding) จะตามไปจ่ายที่สถานพยาบาลนั้น แม้จะมีการเข้ารับบริการข้ามเขตก็ตาม ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกในการรับบริการมากขึ้น ซึ่งการจัดการในลักษณะนี้จะสามารถสะท้อนความพึงพอใจและความ

° จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ วิชัช เกษมทรัพย์, การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบการณ์ของต่างประเทศ (กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๔๐.

๖ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๑.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ต้องการของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยในปี ๒๕๔๘ กองทุน NHS มีเงินในกองทุนถึง ๘๔.๔ พันล้านเหรียญ

๓. การจ่ายเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

NHS ได้รับเงินสนับสนุนจากภาษีอากร (General Taxation) โดยกระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ควบคุมงบประมาณรายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ และสามารถโยกย้ายงบประมาณ หรือ งบประมาณสนับสนุนกรณีที่มีความจำเป็น รวมทั้งยังสามารถจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรงบประมาณได้ หากเห็นว่ามีนโยบายด้านอื่นที่สำคัญมากกว่า

๔. รายจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ

ในปี ๒๕๔๘ กองทุน NHS มีค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๖.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) หรือประมาณ ๑,๑๖๕.๗ เหรียญต่อปี^๑ ซึ่งนับเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่ำมากเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วด้วยกัน

แคนาดา^๒

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดา ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคนในลักษณะของสินค้าสาธารณะ (Social Goods) โดยระบบประกันสุขภาพเริ่มต้นในปี ๒๔๖๔ เมื่อพรรค Liberal ได้เสนอแนวคิดการประกันสุขภาพ ตามแนวทางระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ และในปี ๒๔๙๐ รัฐ Saskatchewan ได้เริ่มดำเนินโครงการประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Universal Hospital Insurance) ซึ่งแนวคิดนี้ได้ขยายไปทั่วทุกรัฐในแคนาดาในเวลาต่อมา



^๑ HM Treasury Public Expenditure Database, United of Kingdom. [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นข้อมูลจาก http://www.gbe-fund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9145&suchstring=&query_id&sprache=E&fund_typTAB&method=&vt. วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐. เวลา ๑๔.๐๐ น.

^๒ ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของแคนาดา ผู้เขียนสรุปจาก อีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๓).

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ในปี ๒๕๐๐ รัฐบาลกลางของแคนาดาได้ประกาศใช้กฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service Act เพื่อให้มีแผนประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลของรัฐ และต่อมาในปี ๒๕๐๙ ได้มีการประกาศใช้กฎหมาย Medical Care Act เพื่อให้รัฐบาลกลางสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้แต่ละรัฐ ประมาณครึ่งหนึ่ง

ในปี ๒๕๒๗ รัฐบาลกลางได้ประกาศใช้กฎหมาย Canadian Health Act เพื่อให้การประกันสุขภาพเป็นไปอย่างถ้วนหน้าและครอบคลุม และในปี ๒๕๔๐ ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการคลังสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง โดยมีการประกาศใช้ Canada Health and Social Transfer เพื่อให้เงินสนับสนุนของรัฐบาลที่เคยให้กับแผนประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละรัฐ รวมกันเป็น Single Block Transfer ในรูปของเงินสดและระบบภาษี (Tax Points) *

ทั้งนี้ การที่กฎหมาย Canadian Health Act ไม่ได้ระบุว่าบริการใดเป็นบริการขั้นพื้นฐาน หรือเป็นบริการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของบริการขั้นพื้นฐานที่แต่ละรัฐจัดให้แก่ประชาชนของตน ทำให้เกิดช่องว่างในการปฏิบัติ เสมือนว่าแคนาดามีระบบบริการสุขภาพ ๔ กลุ่มคือ ๑) ระบบประกันสุขภาพของรัฐ ๒) ระบบประกันเสริมที่สมาชิกสหภาพแรงงานได้รับ เช่น Blue Cross ๓) การรับบริการในคลินิกเอกชน เช่น คลินิกกระดูกแตก จักษุแพทย์ และ ๔) การเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา **

๑. การบริการสุขภาพและสาธารณสุข

ในปี ๒๕๒๗ รัฐบาลกลางได้ประกาศใช้กฎหมาย Canadian Health Act เพื่อให้อำนาจแก่รัฐบาลกลางในการกำหนดนโยบาย การบริหาร และการบริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) หรือเรียกว่า Medicare

ส่วนการควบคุมนโยบายด้านสุขภาพ เป็นอำนาจของรัฐบาลแต่ละท้องถิ่น โดยมีกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) รับผิดชอบ ภายใต้มาตรฐานที่รัฐบาลกลาง (Federal Government) กำหนด ซึ่งนอกเหนือจากบริการขั้นพื้นฐานที่แต่ละรัฐต้องรับผิดชอบแล้ว รัฐบาลบางรัฐ ได้แก่ รัฐ Alberta และรัฐ British Columbia ได้เพิ่มให้บริการสุขภาพอื่นๆ แก่ประชาชนบางกลุ่ม ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ รวมทั้งเพิ่มบริการสุขภาพบางประเภท เช่น ทันตกรรม การตรวจสายตา การใช้เครื่องช่วยหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แขนขาเทียม ฟันปลอม ซึ่งประชาชนสามารถซื้อบริการสุขภาพเพิ่มเติมจากบริษัทประกันเอกชนได้ แต่บริษัทประกันเอกชน ต้องไม่รับประกันหรือให้บริการสุขภาพในส่วนที่รัฐจัดให้อยู่แล้ว

* สุพัตรา ศรีวณิชชากร, รายงานการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสิงคโปร์ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๓), หน้า ๔-๕.

** Andreopoulos, ๑๙๙๒ อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิรัช เกษมทรัพย์, เรื่องเดิม, หน้า ๓๖.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

รัฐบาลกลางได้กำหนดแนวทางการจัดระบบประกันสุขภาพแก่รัฐบาลท้องถิ่น ดังนี้^๑

๑. บริหารโดยรัฐ (Public Administration) คือเป็นการบริหารจัดการและดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐแบบไม่หวังผลกำไร

๒. ครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensiveness) เป็นการให้บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยพักฟื้น เช่น การบริการทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

๓. ครอบคลุมถ้วนหน้า (Universality) เป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน ในการเข้ารับบริการของรัฐด้วยความเป็นธรรม (Equity)

๔. เข้าถึงบริการได้ง่าย (Accessibility) เป็นการเข้าถึงบริการภายใต้กฎ ระเบียบเดียวกัน และไม่อนุญาตให้มีการคิดค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในส่วนที่รัฐได้ประกันไว้ ไม่ว่าจะเป็นรูปของ Deductible^๒, Coinsurance^๓ หรือ Copayment^๔

๕. เคลื่อนย้ายข้ามเขตได้ (Portability) หมายถึง การที่ประชาชนสามารถเคลื่อนย้ายสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการได้ โดยใช้บัตรอิเล็กทรอนิกส์เพียงใบเดียว ในการรับบริการ

^๑ อ้างจาก สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เรื่องเดิม, หน้า ๒๑-๒๒ และ จิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์ และ วิชช เกษมทรัพย์, เรื่องเดิม, หน้า ๕๕.

^๒ Deductible คือ จำนวนเงินขั้นต่ำที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบจ่ายให้กับแพทย์ หรือสถานพยาบาลโดยตรง จำนวนเงินส่วนที่เกินจากนั้นบริษัทประกันจะจ่ายให้ ทั้งนี้ จำนวนเงินที่เป็น Deductible จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ เช่น หากกรมธรรม์กำหนด Deductible ไว้ที่ ๕๐ ดอลลาร์/ครั้ง ผู้ป่วยต้องจ่าย Deductible จำนวน ๕๐ ดอลลาร์ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์หรือไปตรวจที่สถานพยาบาลนั้น ๆ

^๓ Co-Insurance คือค่าใช้จ่ายสมทบที่ผู้ป่วย (ผู้ทำประกัน) ต้องชำระให้แพทย์ หรือสถานพยาบาล เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก (Out Patient) และผู้ป่วยใน (In Patient) ส่วนใหญ่จะกำหนดเป็นอัตราเปอร์เซ็นต์ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด เช่น ๒๐/๘๐ % ของจำนวนค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ ดอลลาร์ (หมายถึงผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ๒,๐๐๐ ดอลลาร์ บริษัทประกันจ่ายให้ ๘,๐๐๐ ดอลลาร์ สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เกินกว่า ๑๐,๐๐๐ ดอลลาร์แรก) และ 10/90% ของจำนวนค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่ ๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ ดอลลาร์ (หมายถึงผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มอีก ๑๐% ของค่ารักษาที่เกินกว่า ๑๐,๐๐๑ ดอลลาร์ขึ้นไป) หรือ ๑๐๐% ของค่ารักษาพยาบาลที่เกินกว่า ๒๐,๐๐๑ ดอลลาร์ (หมายถึงบริษัทประกันของผู้ป่วยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เต็มหากค่ารักษาพยาบาลเกินกว่า ๒๐,๐๐๑ ดอลลาร์ขึ้นไป) เป็นต้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ผู้มีประกันซื้อไว้

^๔ Copayment คือ ค่าใช้จ่ายสมทบที่ผู้ป่วย (ผู้มีประกัน) ต้องรับผิดชอบชำระให้แพทย์ หรือร้านยา ซึ่งอาจจะเป็นจำนวนเงินคงที่ต่อครั้ง หรือจำนวนรวมต่อปี หรือไม่มีเลขก็ได้ ขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ผู้มีประกันซื้อ เช่น Co-Payment ในการพบแพทย์ ๑๐, ๑๕ หรือ ๒๐ ดอลลาร์ต่อครั้งหรือไม่มีเลข สำหรับ Copayment ค่ายาตามคำสั่งแพทย์อาจเป็น ๕ ดอลลาร์, ๑๐ ดอลลาร์, ๑๕ ดอลลาร์ หรือ ๒๐ ดอลลาร์ต่อครั้ง หรือต่อประเภทยา เป็นต้น

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

สุขภาพทุกรัฐทั่วประเทศ และยังครอบคลุมถึงสิทธิประโยชน์เมื่อประชาชนชาวแคนาดาเดินทางไปยังต่างประเทศด้วย

เมื่อประชาชนต้องการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่คลินิก ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาล ที่เป็นสถานบริการปฐมภูมิ จะแสดงบัตรประกันสุขภาพที่รัฐออกให้ โดยไม่ต้องจ่ายเงินโดยตรงให้กับโรงพยาบาลหรือคลินิกนั้นๆ และไม่มีการจำกัดวงเงินในการรับบริการสุขภาพที่รัฐประกันให้ ซึ่งโรงพยาบาลในแคนาดากว่าร้อยละ ๙๕ ดำเนินการในลักษณะองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (Nonprofit) โดยคณะกรรมการชุมชน องค์กรอาสาสมัคร หรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลจะควบคุมค่าใช้จ่าย ภายใต้วงเงินงบประมาณที่ตั้งโดยองค์กรบริหารสุขภาพของรัฐ หรือ Regional Health Authority ในชุมชนที่ตั้งอยู่^๑

๒. ระบบการคลังของการประกันสุขภาพ

ในปี ๒๕๒๐ รัฐบาลกลางได้ออกกฎหมาย Established Programs Financing Act (EPF) เพื่อจัดสรรเงินให้แต่ละรัฐ ตามรายหัวประชากร (Per Capita Block Funding) ในแต่ละรัฐ แต่ละเขตการปกครอง เพื่อให้รัฐสามารถลงทุนและขยายบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่น การขยายศูนย์สาธารณสุขชุมชน การให้บริการสุขภาพเสริม เช่น การรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง อุปกรณ์เทียม การรักษาผู้สูงอายุ และการให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก เป็นต้น^๒

ลักษณะเด่นของระบบสุขภาพถ้วนหน้าของแคนาดา คือ การมีระบบกองทุนเดียว (Single Payer Model) คือรัฐเป็นผู้จัดการระบบสุขภาพเพียงผู้เดียว ซึ่งระบบนี้ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพสูงในการบริหารจัดการด้านต้นทุน เนื่องจาก

๑. เป็นระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

การที่มีหน่วยงานเดียวทำหน้าที่บริหารกฎ ข้อบังคับที่เป็นแบบแผนเดียวกัน และการมีหน่วยงานการจัดการบริหารทำการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการทั้งหมด จะประหยัดกว่าต้นทุนการดำเนินการที่ผู้ให้บริการแต่ละแห่งต้องจัดเก็บค่าใช้จ่ายเองและค่าดำเนินการที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการขอเงินคืนจากโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ เนื่องจากการจ่ายและการคืนเงินในแต่ละประเภทจะมีกฎ ข้อบังคับที่แตกต่างกันไป

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของแคนาดา กับสหรัฐอเมริกา ที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการต้องมีการดำเนินการด้านการเงินตามโครงการประกันสุขภาพ พบว่า

^๑ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, เรื่องเดิม, หน้า ๓๕-๓๗.

^๒ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๕.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

แคนาดาใช้เงินสำหรับการบริหารจัดการเพียงร้อยละ ๑๖-๑๗ ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (รวมประกันทั้งภาครัฐและเอกชน) ในขณะที่สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ ๓๑

๒. การมีอำนาจในการซื้อ

จากการที่ในแต่ละจังหวัด มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ และจัดซื้อยา เครื่องมือทางการแพทย์เพียงผู้เดียว จึงทำหน้าที่เหมือนเป็นตัวแทนของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งการจัดซื้อคราวละจำนวนมาก จะเป็นการเพิ่มอำนาจการต่อรองราคากับผู้ขายสินค้าและบริการได้มากขึ้น ดังนั้น จะเห็นว่าระบบกองทุนเดี่ยว (Single Payer Model) ทำให้แต่ละรัฐมีอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนมากขึ้น และสามารถควบคุมการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ ส่งผลให้ต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในด้านการคลังสาธารณสุข

๓. การจ่ายเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

ระบบสุขภาพของแคนาดาเป็นลักษณะ “จ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน” (Publicly Funded and Privately Deliver) ในระบบกองทุนเดี่ยว (Single Payer) โดยแต่ละรัฐจะได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ผ่านระบบภาษีเงินได้ส่วนบุคคลและภาษีนิติบุคคล นอกจากนี้ในบางรัฐ มีการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากประชาชนด้วย เช่น รัฐ Alberta และรัฐ British Columbia

๔. รายจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ

ในปี ๒๕๕๒ แคนาดาใช้จ่ายเพื่อสุขภาพประมาณ ร้อยละ ๙.๒ ของ GDP รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและเอกชนประมาณ ๘๖ พันล้านดอลลาร์แคนาดา หรือประมาณ ๒,๘๑๕ เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อคน หรือคิดเป็น ๑ ใน ๓ ของงบประมาณรายจ่ายของแต่ละรัฐ โดยในปี ๒๕๕๑ ค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนมากที่สุดประมาณหนึ่งในสาม คือค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๓๑ รองลงมาคือค่ายา และค่าบริการทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖ และร้อยละ ๑๓.๘ ตามลำดับ สำหรับแพทย์จะได้รับเงินในลักษณะ Fee for Service ตามข้อตกลงของสมาคมแพทย์และรัฐบาลของแต่ละรัฐ ส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข ค่าบริการเยี่ยมบ้าน และงบลงทุน คิดเป็นร้อยละ ๔.๔, ร้อยละ ๓.๒ และร้อยละ ๓.๒ ตามลำดับ^๑

^๑ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, เรื่องเดิม, หน้า ๒๒-๒๔.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ออสเตรเลีย^๑

การประกันสุขภาพของออสเตรเลีย เป็นระบบรัฐสวัสดิการ โดยรัฐบาลกลาง (Federal Government หรือ Commonwealth Government) มีหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ส่วนรัฐบาลท้องถิ่น หรือ State/Territory Governments มีหน้าที่บริหารจัดการบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในแต่ละรัฐ ภายใต้เงื่อนไขตามข้อตกลง (Agreement) ที่ให้ไว้กับรัฐบาลกลาง (Federal Government) เช่น การควบคุมคุณภาพการบริการ ความทั่วถึงในการจัดบริการ การกำหนดราคามาตรฐาน ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน การบริการสาธารณสุขในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) อย่างไรก็ตาม งานบริการในชุมชนหลายประเภทเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น

๑. การบริการสุขภาพและสาธารณสุข

ระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย เป็นระบบที่มีการผสมผสานการบริการทั้งของภาครัฐและเอกชน ผ่านระบบ Medicare ที่รัฐให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกคนแบบถ้วนหน้า (Universal Coverage) กับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป เพื่อให้สามารถเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ค่าแพทย์ GP แพทย์เฉพาะทาง และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ) โดยโรงพยาบาลจะได้รับเงินจาก Medicare เป็นงบประมาณรวม (Global Budget) ในรูปเงินก้อน (Block Grant) ผ่านรัฐบาลท้องถิ่น^๒

การที่ Medicare เป็นกองทุนหลักเพียงกองทุนเดียว ที่มีขนาดใหญ่ ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ และมีอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการ ประกอบกับการที่ประชาชนสามารถเลือกรับบริการได้ ทำให้เกิดการแข่งขันในตลาดสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในออสเตรเลียเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน การรักษาอุบัติเหตุ แพทย์เฉพาะทาง และสุขภาพจิต และมีโรงพยาบาลบางส่วนที่จัดตั้งโดยกลุ่มศาสนา องค์กรการกุศล ซึ่งได้รับเงินจัดสรรหรืองบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่จากรัฐบาล ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนไม่มากให้บริการสิทธิประโยชน์พื้นฐาน การรักษาผู้ป่วยในที่มีอาการไม่ซับซ้อน และการบริการผู้สูงอายุ

^๑ ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของออสเตรเลีย ผู้เขียนสรุปจาก จเร วิชาไทย, รายงานการวิจัย เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒).

^๒ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิเชษฐ์ เกษมทรัพย์, เรื่องเดิม, หน้า ๔๗.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

สำหรับการประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการรับบริการสุขภาพ ในรูปแบบของการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม เพื่อให้ได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ โดยสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน หรือรับบริการทางการแพทย์อื่นๆ นอกเหนือจากที่กำหนดตามสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพพื้นฐานได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระของรัฐในการบริการประชาชน โดยรัฐบาลกลาง (Federal Government) จะสนับสนุนเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุกรายการ (Items) ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (ตามที่กำหนดในตารางพื้นฐาน หรือ Basic Table Level) ในอัตราร้อยละ ๗๕ ของราคาค่าบริการ (Schedule Fee) ส่วนอีกร้อยละ ๒๕ ที่เหลือกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนจะเป็นผู้รับผิดชอบ โดยกฎหมายประกันสุขภาพระบุไว้ว่ากองทุนประกันสุขภาพเอกชนจะจ่ายได้ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ดังนั้น หากมีส่วนเกินจากนี้ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง เพื่อควบคุมการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น^๑

การรักษาพยาบาล และบริการที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจาก Medicare ได้แก่

- การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- การรักษาพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อความสวยงาม เช่นการทำศัลยกรรมพลาสติก การทำตาสองชั้น การดูดไขมัน การยกหน้า เป็นต้น
- การนวดโดยนักกายภาพบำบัด แม้ว่าจะเป็นการแนะนำโดยแพทย์
- การบริการทันตกรรมเอกชน
- การตรวจสายตา
- การรักษาพยาบาลที่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพเอกชน หรือได้รับการชดเชยจากกองทุนประกันอื่น ๆ
- การพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing)
- การตรวจร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อซื้อประกันชีวิต การสมัครงาน หรือการเข้าเป็นสมาชิกของหน่วยงานใด
- การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการร้องขอจากผู้ป่วยในภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

^๑ จเร วิชาไทย, เรื่องเดิม, หน้า ๙-๑๐.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ตาราง ๖

หน้าที่ ความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง (Federal Government) และรัฐบาลของรัฐ/
ท้องถิ่น (State/Territory Governments) ในการบริการสุขภาพที่สำคัญ

งานบริการสุขภาพ	หน้าที่/ ความรับผิดชอบ
โรงพยาบาลรัฐ (Public Hospitals)	รัฐบาลกลาง/รัฐ
ร้านขายยา (Pharmaceuticals)	รัฐบาลกลาง
คลินิก (Medical Benefits for GPs, Specialists, Diagnostics)	รัฐบาลกลาง
โครงการดูแลที่บ้าน/ชุมชน (Home and Community Care Program)	รัฐ
การบริการสุขภาพชุมชน (Community Health Services)	รัฐ
การบริการสาธารณสุข (Public Health Service)	รัฐ
โครงการส่งเสริมสุขภาพ (National Health Promotion Program)	รัฐบาลกลาง/รัฐ
โครงการสุขภาพชุมชน (National Community Health Program)	รัฐบาลกลาง
การวางแผนครอบครัว (Family Planning)	รัฐบาลกลาง/รัฐ
การควบคุมโรคเอดส์ (AIDs Control)	รัฐบาลกลาง/รัฐ
การบริการสุขภาพกลุ่มมอเบอริจินส์ (Health Services for Aboriginals)	รัฐบาลกลาง
การวิจัยทางด้านสุขภาพ/การแพทย์ (Health/Medical Research)	
การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Nursing Home for Aged)	รัฐบาลกลาง
การฟื้นฟูสมรรถนะ (Rehabilitation Services)	รัฐบาลกลาง
การบริการจิตเวช (Psychiatric Services)	รัฐบาลกลาง
การให้เงินช่วยเหลือการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Contribution to Private Health Reinsurance Pool)	รัฐ รัฐบาลกลาง

ที่มา : จเร วิชาไทย, รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษา
ประเทศออสเตรเลีย, ๒๕๔๒: หน้า ๗.

๒. ระบบการคลังของการประกันสุขภาพ

รัฐธรรมนูญของประเทศออสเตรเลียกำหนดว่า หน้าที่หลักของรัฐบาลกลาง (Federal Government) คือ จัดให้มีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนชาวออสเตรเลีย (รวมทั้งชาวนิวซีแลนด์ และผู้ที่ถือวีซ่าเข้าประเทศออสเตรเลียเป็นการถาวร) เรียกว่า Medicare โดยมี Department of Health and Aged Care เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพ และมี

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

กฎหมายประกันสุขภาพ เรียกว่า Health Insurance Act ๑๙๗๓ กำหนดโครงสร้างการบริการ การบริหารจัดการ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน และการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ

Medicare มีรายได้ส่วนใหญ่จากการจัดเก็บภาษี ร้อยละ ๑.๒๕ ของรายได้พึงประเมิน รวมกับเงินจากการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย และรายได้จากแหล่งอื่นๆ โดยสิทธิประโยชน์ตามโครงการนี้ เรียกว่า Medicare Benefits Scheme (MBS) ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ในการรับ บริการทางการแพทย์ และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยาและเวชภัณฑ์ และรองรับด้วย Safety Net^๑ สำหรับผู้ป่วยที่มีความ จำเป็นต้องใช้ยาปริมาณมาก



๓. การจ่ายเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

เงินภาษีทั่วไปที่รัฐบาลกลาง (Federal Government) จัดเก็บทั่วประเทศ ประมาณ ร้อยละ ๒๐ จะถูกนำมาใช้เพื่อสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพและงานด้านสุขภาพ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ^๒

๑. เงินที่รัฐบาลกลาง (Federal Government) จัดสรรโดยตรงแก่รัฐหรือรัฐบาล ท้องถิ่น (State/Territory Governments) เช่น เงินช่วยเหลือจากรัฐ (Financial Assistance Grants) ที่อัตราการจัดสรรเงินขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางประชากรและอัตราการมีประกันสุขภาพ ภาคเอกชน ซึ่งคำนวณโดยคณะกรรมการจัดสรรเงินช่วยเหลือของรัฐบาลกลาง (Australian Federal Government Grants Commission) เพื่อใช้จ่ายตามรายละเอียดที่รัฐบาลกลางทำ ข้อตกลง (Agreement) ไว้กับรัฐ/รัฐบาลท้องถิ่น (State/Territory Governments) และเพื่อ การปฏิรูปงานบริการสุขภาพที่สมทบเพิ่มเติม

๒. Medical Benefits ในโครงการ Medicare เป็นเงินที่จัดสรรโดยตรงให้กับผู้ให้บริการ เพื่อสนับสนุนสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสุขภาพ Medicare ผ่านหน่วยงาน ของรัฐบาลกลาง คือ คณะกรรมการประกันสุขภาพ (Health Insurance Commission)

^๑ เป็นการคุ้มครองทางการเงินของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทั่วไปต้องรับผิดชอบค่ายาเองไม่เกิน ปีละ ๖๘๖.๔๐ ดอลลาร์ และผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ ไม่เกินปีละ ๑๘๒ ดอลลาร์ ค่ายาส่วนที่เกินนี้ ระบบประกัน แห่งชาติจะเป็นผู้จ่ายให้ เพื่อรองรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง เพื่อลดภาระการมีส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่สูงเกินไป จนผู้ป่วยไม่ไปเข้ารับการรักษาเมื่อจำเป็น

^๒ จเร วิชาไทย, เรื่องเดิม, หน้า ๖-๗.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

๔. รายจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ

Medicare ให้ความคุ้มครองประชาชนที่อาศัยในออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ผู้ที่มีวีซ่าประเทศออสเตรเลียเป็นการถาวร และนักท่องเที่ยวหรือผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่รัฐบาลมีข้อตกลงร่วมกับรัฐบาลออสเตรเลียในการคุ้มครองสุขภาพ จำนวน ๒๐.๗๔ ล้านคน โดยปี ๒๕๔๗ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประมาณ ๑๐.๙ พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย^๑ หรือ ร้อยละ ๙.๐ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) เป็นสัดส่วนที่รัฐบาลกลางจ่ายร้อยละ ๔๕.๕ ที่เหลือจ่ายโดยรัฐ/รัฐบาลท้องถิ่นและภาคเอกชน

สัดส่วนเงินที่จ่ายไป จำแนกตามรายการ ดังนี้^๒

- โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ร้อยละ ๓๗
- งานบริการทางการแพทย์ (Medicare Benefits Schemes) ร้อยละ ๑๙
- สิทธิประโยชน์ด้านยาและเวชภัณฑ์ (Pharmaceutical Benefits Scheme) ร้อยละ ๑๑
- บริการสุขภาพอื่นๆ ร้อยละ ๑๒
- บริการสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ร้อยละ ๓
- บริการเยี่ยมบ้าน (Nursing Home) ร้อยละ ๗
- ค่าใช้จ่ายในการลงทุนก่อสร้าง ร้อยละ ๖
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ร้อยละ ๕



สิงคโปร์^๓

การปฏิรูประบบสุขภาพของสิงคโปร์เริ่มจากการจัดทำแผนหลักแห่งชาติ หรือ “สมุดปกน้ำเงิน (ฉบับร่าง)” และ “สมุดปกขาว (ฉบับสมบูรณ์)” โดยประชาชนและผู้มีส่วน

^๑ Medicare Australia. Annual Report 2005-2006. [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นจาก http://www.medicareaustralia.gov.au/about/about_us/annual_report/05_06/statistics/. วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐. เวลา ๑๔.๐๐ น.

^๒ จเร วิชาไทย, เรื่องเดิม, หน้า ๓.

^๓ ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขของสิงคโปร์ ผู้เขียนสรุปจาก สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, รายงานการวิจัย เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสิงคโปร์ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๓).

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น^๑ โดยปัจจุบันระบบบริการสุขภาพในสิงคโปร์ เป็นระบบผสมผสาน ดำเนินการโดยรัฐและเอกชน ซึ่งประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้

๑. การบริการสุขภาพและสาธารณสุข

รัฐบาลได้กำหนดชุดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง โดยรัฐให้การอุดหนุน ควบคู่กับการสร้างระบบแข่งขันระหว่างหน่วยบริการของรัฐและเอกชน ภายใต้ควบคุมกลไกราคาของรัฐ มีการกำหนดเพดานเงินที่สามารถเบิกได้จากระบบประกันประเภทต่าง ๆ เพื่อให้รัฐสามารถลดภาระด้านงบประมาณที่จะต้องจ่ายให้แก่ผู้มีฐานะดีหรือผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย ให้เป็นผู้ร่วมจ่ายในส่วนที่เกิน^๒ และนำเงินงบประมาณที่เหลือมาให้กับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือต่อไป เพื่อให้เกิดความยุติธรรม และความเท่าเทียมในสังคม

การบริการในภาคเอกชนเป็นการบริการขั้นปฐมภูมิ (Primary Health Care) ผ่านทางคลินิกเอกชนถึงร้อยละ ๔๐ ส่วนบริการทางการแพทย์ขั้นทุติยภูมิ หรือบริการที่มีความซับซ้อนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ ๔๐ โรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ดำเนินการ

๒. ระบบการคลังของการประกันสุขภาพ

จุดเด่นของระบบการคลังสาธารณสุขของสิงคโปร์ คือ มีการจัดหางบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสุขภาพในระยะยาวของประชาชนทั้งหมด โดยการจัดระบบออมทรัพย์ของประชาชนให้เอื้อต่อการดูแลทางการแพทย์ และมีระบบประกันเพิ่มในส่วนที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง ร่วมกับการที่รัฐอุดหนุนกลุ่มที่มีฐานะยากจนที่มีเงินออมน้อย

๓. การจ่ายเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

กองทุนประกันสุขภาพของสิงคโปร์ มี ๓ กองทุนคือ

๑. Medisave เป็นกองทุนที่ก่อตั้งในปี ๒๕๓๐ ในลักษณะของการออมทรัพย์ที่ประชาชนแต่ละคนจะเก็บเงินสะสมไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของตนเองและครอบครัว เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนรักษาสุขภาพของตนเอง และใช้บริการทางการแพทย์เมื่อจำเป็นจริง ๆ เนื่องจากการใช้เงินจาก

^๑ สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เรื่องเดิม, หน้า ๔๒.

^๒ การกำหนดให้เป็นผู้ร่วมจ่าย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิใช้บริการมากเกินไปจนความจำเป็น เนื่องจากพบว่าผู้ที่ได้รับการคุ้มครองด้านการประกันสุขภาพ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ มีแนวโน้มไปใช้บริการเกินความจำเป็น มากกว่ากรณีต้องจ่ายเงินเอง ทำให้มีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงเกินควร หรือที่เรียกว่า Moral Hazard นอกจากนี้การกำหนดให้เป็นผู้ร่วมจ่ายยังเป็นการป้องกันมีการเก็บเบี้ยประกัน หรือเก็บภาษีเพื่อการประกันสุขภาพสูงเกินไป

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

บัญชี Medisave จะเป็นการใช้เงินของตนเอง โดยประชาชนร้อยละ ๙๕ ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จะอยู่ในระบบนี้

เงินในบัญชีกองทุน Medisave ทั้งหมดในปัจจุบัน มีมูลค่าเทียบเท่ากับค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งประเทศเป็นเวลา ๓ ปี กองทุนนี้จึงเท่ากับเป็นการเตรียมเงินให้กับผู้สูงอายุในอนาคต และเตรียมการรองรับไว้หากเศรษฐกิจในประเทศมีการชะลอตัวลงด้วย

๒. Medishield เป็นกองทุนที่ก่อตั้งในปี ๒๕๓๖ เป็นระบบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยประชาชนจะจ่ายสมทบเข้ากองทุนทุกปี มีอัตราเบี้ยประกันภัยอยู่ระหว่าง ๑๒-๖๖๐ เหรียญดอลลาร์สิงคโปร์ตามแต่ละช่วงอายุและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ^๑

กองทุน Medishield มีสมาชิก ๒.๗ ล้านคน โดยกองทุนนี้จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งที่นอนโรงพยาบาล ในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายเกินกว่าเพดานที่กำหนดไว้จากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตามที่ Medisave กำหนด ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนตัวเอง (Deductible) กองทุนนี้มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ ๑๑๕.๖ ล้านเหรียญดอลลาร์สิงคโปร์ โดยโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด คือ โรคมะเร็งและไตวาย ซึ่งในปี ๒๕๔๙ มีวงเงินในกองทุนรวม ๙๒๕.๗๗ ล้านเหรียญดอลลาร์สิงคโปร์

๓. Medifund เป็นระบบประกันให้กับกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ ประชาชนที่มีฐานะยากจน ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ โดยรัฐบาลให้ทุนประเดิมจำนวน ๒๐๐ ล้านเหรียญดอลลาร์สิงคโปร์ และจะสมทบเข้ากองทุนนี้จำนวน ๑๐๐ ล้านเหรียญดอลลาร์สิงคโปร์ทุกปี

๔. รายจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ

ยอดรวมของค่าใช้จ่ายสุขภาพของสิงคโปร์ในปี ๒๕๔๔ คิดเป็นร้อยละ ๓.๗ ของ GDP หรือประมาณ ๖.๘ พันล้านดอลลาร์สิงคโปร์ ซึ่งต่ำกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอังกฤษ ญี่ปุ่น และเยอรมัน โดยเป็นค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพประมาณ ๑,๗๐๓ พันล้านดอลลาร์สิงคโปร์ หรือประมาณร้อยละ ๐.๙ ของ GDP ^๒

แม้ว่ารายจ่ายด้านสุขภาพของสิงคโปร์มีแนวโน้มจะลดลงเป็นลำดับเมื่อเทียบกับรายได้ประชาชาติ และสิงคโปร์ได้มีการปรับปรุงบริการทางสาธารณสุขจนเป็นที่น่าพอใจ จนตัวชี้วัดทางสุขภาพหลายตัวมีค่าเทียบเท่ากับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อายุขัยเฉลี่ยของประชากร

^๑ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, เรื่องเดิม.

^๒ Ministry of Health, Singapore. [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นจาก <http://www.moh.gov.sg/corp/financing/overview.do>. วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๐. เวลา ๑๔.๐๐ น.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ประมาณ ๗๕ ปี อัตราการตายของทารกแรกคลอดอยู่ที่ ๒.๑ ต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ คน^{*} แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาทางสาธารณสุขที่สิงคโปร์กำลังจะเผชิญเช่นเดียวกับประเทศพัฒนาอื่นๆ คือ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์เริ่มลดจำนวนลง อยู่ในสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรประมาณ ๑:๖๕๐ คน แม้ว่ารัฐบาลได้เตรียมการรองรับโดยการประกาศใช้กฎหมายระบบประกันสุขภาพ Medisave ในปี ๒๕๒๗ เพื่อเตรียมการรองรับผู้สูงอายุในอนาคต และมีการปรับโครงสร้างของโรงพยาบาลรัฐ (Corporatization) แล้วก็ตาม

สรุปโครงการประกันสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาระบบประกันสุขภาพของประเทศที่เป็นกรณีศึกษาข้างต้น จะเห็นว่าประเทศต่าง ๆ เหล่านี้มีการจัดระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน แบ่งเป็นประเด็นหลัก ดังนี้

ตาราง ๗

สรุปเปรียบเทียบโครงการประกันสุขภาพของ ๕ ประเทศ

ประเทศ	ความครอบคลุม	สิทธิเลือกระบบประกัน	องค์กรผู้ให้ประกันสุขภาพหลัก	จำนวนกองทุน	เจ้าของ	ที่มา
เยอรมัน	ถ้วนหน้า/บังคับ	ลูกจ้างทั่วไป ไม่มี/ผู้มีรายได้สูง ข้าราชการ เลือกประกันกองทุนหรือเอกชนได้	Sickness Fund	๕๖๐ แบ่งตามพื้นที่และอาชีพ	เอกชนไม่แสวงหากำไร	ลูกจ้าง, นายจ้าง, สมาชิกกลุ่มอาชีพอิสระ และรัฐจ่ายสมทบเข้ากองทุน

* สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เรื่องเดิม.

บทที่ ๓ การสร้างหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ตาราง ๗

สรุปเปรียบเทียบโครงการประกันสุขภาพของ ๕ ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	ความครอบคลุม	สิทธิเลือกระบบประกัน	องค์กรผู้ให้ประกันสุขภาพหลัก	จำนวนกองทุน	เจ้าของ	ที่มา
อังกฤษ	ถ้วนหน้า/บังคับ	ไม่มี/แต่สามารถซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมได้	National Health Service (NHS)	๑	รัฐ	รัฐ/ภาษี
แคนาดา	ถ้วนหน้า/บังคับ	ไม่มี	Medicare	๑	รัฐ	รัฐ/ภาษี
ออสเตรเลีย	ถ้วนหน้า/บังคับ	ไม่มี/แต่สามารถซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมได้	Medicare: Health Insurance Commission	๑	รัฐ	รัฐ/ภาษี
สิงคโปร์	ถ้วนหน้า/บังคับ	Medisave ไม่มีสิทธิเลือกโดยหักจากเงินเดือนผ่านระบบการจ้างงาน	Central Provident Fund บริหาร Medisave และ Medishield ส่วนกระทรวงสุขภาพ บริหาร Medifund	๓	รัฐ	ลูกจ้าง, นายจ้าง, รัฐ

บทที่ ๔

มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ปัญหาการขาดหลักประกันสุขภาพของประชาชน ได้รับการแก้ไขเป็นรูปธรรม ในรัฐบาลสมัย พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ซึ่งได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ ในนโยบายเร่งด่วน ข้อ (๗) ให้มี “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศ และประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ๓๐ บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน” และเพื่อสนองเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐^๑ ที่บังคับใช้ในขณะนั้น ตามมาตรา ๕๒ หมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย...” และหมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๘๒ ที่บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” โดยโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพรูปแบบใดเลย ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

การดำเนินโครงการในรอบ ๕ ปี ที่ผ่านมา พบว่า ผู้มีหลักประกันสุขภาพเท่ากับ ๖๑.๖๓ ล้านคน จากประชากรทั้งประเทศ ๖๓.๖๖ ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ ๙๘.๗๕ ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยเป็นผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน ๔๖.๖๗ ล้านคน และมีผู้ที่มีสิทธิว่าง หรือผู้ที่ไม่ได้มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จำนวน ๗๗๙,๒๖๓ คน ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิว่างในเดือนกันยายน ๒๕๔๙ พบว่า ผู้มีสิทธิว่างลดลงถึงร้อยละ ๔๒.๕๙

^๑ โครงการนี้เริ่มต้นและดำเนินการในช่วงเวลาที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ มีผลบังคับใช้ตามที่อธิบายแล้วใน บทที่ ๑

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย มีการดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ส่งผลให้ประชาชนกว่าร้อยละ ๙๘ มีหลักประกันสุขภาพอย่างเท่าเทียม และมีความเสมอภาคในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์ของโครงการคือ

- ๑) เพื่อขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศให้ได้รับการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
- ๒) เพื่อปรับระบบบริการโดยเน้นบทบาทบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ การเสริมสร้าง สุขภาพ การป้องกันโรค และการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น

เป้าหมายของโครงการคือประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ (ได้แก่ ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ ครูโรงเรียนเอกชนในระบบ)

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการสำคัญในการสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ *

๑. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
๒. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิ ในการได้รับการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียน และใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจได้
๓. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับการที่มีคุณภาพ
๔. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและการใช้หน่วยบริการระดับต้นเป็นจุดเป็นจุดบริการด่านแรก ทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

* หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, [ข้อมูลออนไลน์], สืบค้นจาก

http://www.sko.moph.go.th/insurance/1st_work.htm, วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๐, เวลา ๑๓.๐๐ น.

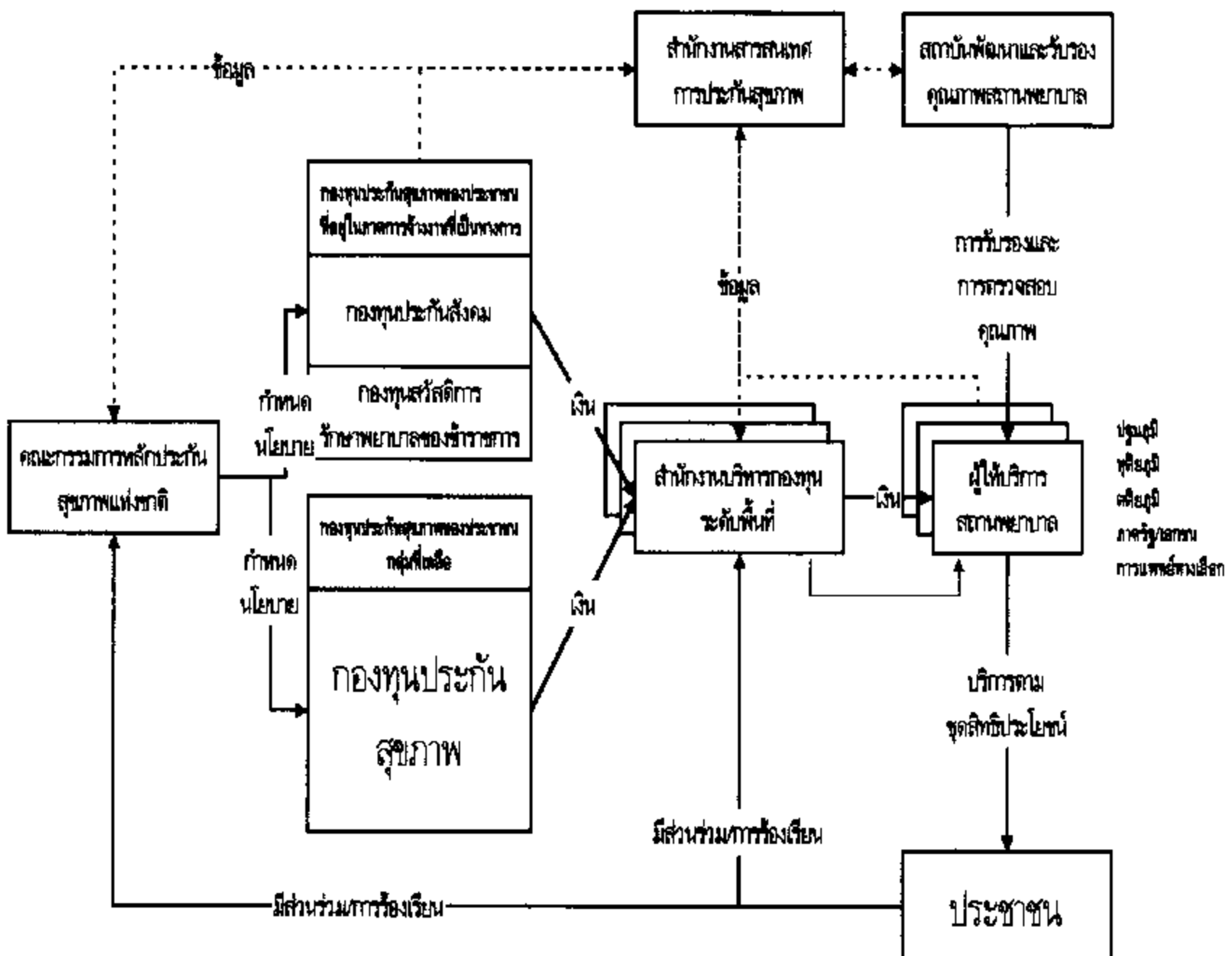
บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๐)

๕. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย โดยอาจเป็นเครือข่ายภาครัฐด้วยตนเองหรือเครือข่ายระหว่างภาครัฐกับเอกชน

๖. ระบบการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และมีระบบระวัง ไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นหลัก

๗. สิทธิประโยชน์หลัก และรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะให้บริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

๘. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจมี ๒ กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน โดยมีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน



แผนภาพ ๒ ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

ที่มา : หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, [ข้อมูลออนไลน์], สืบค้นจาก http://www.sko.moph.go.th/insurance/1st_work.htm, วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๐.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)



ปีงบประมาณ ๒๕๔๔

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) ในระแวงนาร่องของโครงการ แบ่งการดำเนินโครงการเป็น ๓ ระยะ

ระยะที่ ๑

โครงการหลักประกันสุขภาพ ระยะที่ ๑ เริ่มดำเนินงาน วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๔ ในพื้นที่นาร่อง ๖ จังหวัด คือ พะเยา ยโสธร นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. ๒๕๔๔ และระเบียบเงินอุดหนุนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ๖ จังหวัด^{*}

การดำเนินโครงการระยะที่ ๑ สามารถดำเนินการแก่กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑.๓๙ ล้านคน ครอบคลุมร้อยละ ๗๒.๑๓ (จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๑,๙๒๖,๔๒๕ คน) ใช้งบประมาณ ๑,๙๐๙.๙ ล้านบาท ซึ่งเป็นเงินงบประมาณจากเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๔๔ จัดสรรในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว^๒ ตามจำนวนการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ โดยกำหนดอัตราที่ไม่รวมค่าแรง ๔๗๗ บาทต่อประชากรต่อปี^๓ ซึ่งแม้ว่าเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในระยะแรกจะอยู่ในระดับต่ำ แต่อัตราการใช้บริการของประชาชนในช่วงนี้ ก็อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน โดยโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่จะมีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นหรือมีรายรับเสมอตัว^๔

^{*} เดิม ๖ จังหวัดเหล่านี้ ได้มีการดำเนินการภายใต้โครงการเงินกู้จากธนาคารโลก (IBRD) เพื่อการลงทุนทางสังคม (SIP) มาก่อน

^๒ การใช้รูปแบบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายรวมของระบบได้ และเป็นการสร้างแรงจูงใจในการลดค่าใช้จ่าย จากการที่ผู้ให้บริการต้องรับภาระความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งหากมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าจำนวนเงินที่ได้รับในปีหนึ่ง ๆ อาจก่อให้เกิดภาวะขาดทุน แต่หากผู้ให้บริการสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จะมีเงินเหลือจะเป็นกำไรของผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามการควบคุมค่าใช้จ่ายในลักษณะนี้อาจส่งผลให้มีการลดต้นทุนการให้บริการ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพการบริการลดลง แต่ในทางกลับกัน หากผู้ให้บริการให้บริการที่ดี ก็จะสามารถจูงใจประชาชนให้มาขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้น ๆ จำนวนมาก ก็จะทำให้รายได้จากการเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้น

^๓ คำนวณจากอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิในโครงการเงินกู้ IBRD เพื่อการลงทุนทางสังคม (SIP) ในปีงบประมาณ ๒๕๔๓ และต้นทุนการให้บริการ ที่ได้จากการศึกษาใน ๕ จังหวัดนาร่องตามโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขในปี ๒๕๓๙ ที่ปรับอัตราเงินเพื่อแล้ว

^๔ สรุปการติดตามผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท รักษาทุกโรค, มปป.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ระยะที่ ๒

การสร้างหลักประกันสุขภาพ ระยะที่ ๒ ได้ขยายพื้นที่การดำเนินงานอีก ๑๕ จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๔ ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. ๒๕๔๔

การดำเนินโครงการระยะที่ ๒ สามารถดำเนินการแก่กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๔.๑๗ ล้านคน ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ ๗๗.๓๕ ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (จำนวน ๕,๓๘๕,๘๖๘ คน) ใช้งบประมาณ ๕๓,๐๙๓.๘๒ ล้านบาท

การดำเนินงานในช่วงนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจากเดิมที่ได้รับการจัดสรรตามแผนงาน/โครงการจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค และจากเงินที่ได้รับจากผู้ให้บริการ (Out of Pocket) มาเป็นการใช้ระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรเงินเป็นลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวต่อปี (Capitation) ตามจำนวนประชากรที่มาขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในอัตรา ๑,๒๐๒.๕๐ บาทต่อคน ซึ่งจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาล ๑,๐๕๒ บาทต่อคน ที่เหลือกันไว้เป็นงบประมาณสำหรับการลงทุน การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไว้ที่ส่วนกลาง

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ที่ได้รับการคุ้มครองตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเป็นผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และการประกันสังคม โดยแบ่งผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง ท.)

เป็นบัตรที่ออกให้แก่ผู้นำชุมชน และผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ผู้มีรายได้น้อยไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน หรือไม่เกิน ๒,๘๐๐ บาทต่อครอบครัว และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓

๒. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทเสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง)

เป็นบัตรที่ออกให้ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามบัตรทอง ท. โดยผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัว หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นได้ ทั้งนี้ เมื่อไปใช้บริการทุกครั้ง ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายเงิน ๓๐ บาท ยกเว้นการรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

สำหรับผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ในเอกสารวิชาการฉบับนี้ ผู้เขียนจะนำเสนอผลการดำเนินงานเฉพาะประเด็นหลัก ๕ ประเด็น ได้แก่ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจของประชาชน การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิ และการบริหารจัดการโครงการแยกตามปีงบประมาณ รวมทั้งมีการนำเสนอบทสรุปของโครงการ ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค ดังนี้



ปีงบประมาณ ๒๕๔๕

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๕ เป็นการดำเนินโครงการในระยะที่ ๓ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้^๑

ระยะที่ ๓

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ ๓ เริ่มดำเนินงานวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๔ (ปีงบประมาณ ๒๕๔๕) โดยสามารถขยายขอบเขตการดำเนินงาน ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๕ ซึ่งการดำเนินงานในระยะนี้ได้มีการยกเลิกบัตร สปร. เปลี่ยนเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง ท.) ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๓) ส่วนบัตรประกันสุขภาพ ๕๐๐ บาท ได้มียุติการขายบัตร ตั้งแต่วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๔๕ โดยผู้ที่ซื้อบัตรไปแล้ว สามารถใช้บัตรต่อได้จนกว่าบัตรจะหมดอายุ

ดังนั้น การดำเนินงานในระยะที่ ๓ จึงเป็นการยุบรวมโครงการในระยะที่ ๑ และระยะที่ ๒ เข้าสู่ระบบเดียวกันทั้งหมด เพื่อให้การบริหารจัดการระบบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๑. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

ผลการดำเนินโครงการระยะที่ ๓ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ สามารถดำเนินการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๓๘.๘๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๐ ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (จำนวน ๔๖.๖ ล้านคน) รวมใช้งบประมาณ ๔๕,๗๐๘.๙๘ ล้านบาท

^๑ ผู้เขียนสรุปจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ (๑ ต.ค. ๒๕๔๔-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๕), [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นข้อมูล สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi/bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_45_141105.pdf. วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘. เวลา ๑๐.๓๐ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ตาราง ๘

จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน	ประชากร ที่ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๔๑.๖๑
สถานพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑.๙๐
สถานพยาบาลเอกชน เครือข่ายพิเศษโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และสถานพยาบาลสังกัดสภาวิชาชีพ	๑.๙๑
รวม	๔๕.๔๒

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๔๖.

ในระยะแรกของการดำเนินโครงการ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีเฉพาะ
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ต่อมาได้ขยายขอบเขตการให้บริการไปยัง
สถานพยาบาลของรัฐเกือบทุกแห่ง และสถานพยาบาลเอกชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทำให้
การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพเป็นไปได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น

ตาราง ๙

จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๔๕

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวน
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๒๒
สถานพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๗๑
สถานพยาบาลเอกชน	๘๘
รวม	๙๘๑

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๔๖.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๐)

๒. ความพึงพอใจของประชาชน

การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พบว่า ร้อยละ ๕๐.๗ ของผู้ที่ได้รับบัตรทอง เคยไปใช้บริการแล้ว เมื่อสอบถามความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล พบว่า ร้อยละ ๘๓.๘ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีเพียงร้อยละ ๑๖.๒ เท่านั้นที่ตอบว่าไม่พึงพอใจ เนื่องจากต้องรอคิวนาน ยาไม่ดี และไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญ สำหรับการสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อใช้บัตรทอง ร้อยละ ๗๖.๕ ไม่ประสบปัญหา โดยร้อยละ ๒๓.๑ ตอบว่ามีปัญหาจากการรอคิวในการรักษานาน ปัญหาไม่สามารถใช้บริการนอกเวลาทำการได้ และโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิไม่ส่งต่อผู้ป่วย

เมื่อสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้ารับบริการด้านต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างการใช้บัตรทอง กับการเข้ารับบริการในอดีต ส่วนใหญ่ตอบว่าได้รับบริการเหมือนเดิม ทั้งการตรวจรักษาของแพทย์ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณภาพยา และการให้บริการต่างๆ ไป เช่น การรอรับยา การให้บริการของพยาบาล เป็นต้น

ทั้งนี้ ในช่วงเวลาเดียวกัน ได้มีหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ สำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพบว่าผลการสำรวจค่อนข้างจะสอดคล้องกัน โดยส่วนใหญ่พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจกับการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากกว่าร้อยละ ๘๐ ยกเว้นผลการสำรวจของสวนดุสิตโพลล์ ที่พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจในระดับร้อยละ ๖๐ เท่านั้น ดังแสดงในตาราง

ตาราง ๑๐

ผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๕๕

หน่วยงาน/สถาบัน	ความพึงพอใจของประชาชน (ร้อยละ)
กรุงเทพโพลล์	๙๒.๙๐
สำนักงานสถิติแห่งชาติ	๘๓.๘๐
เอแบคโพลล์	๘๒.๐๐
สวนดุสิตโพลล์	๖๐.๘๐

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๕๖

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

๓. การบริหารจัดการโครงการ

การบริหารจัดการโครงการ พิจารณาจากระบบบริการทางการแพทย์ และการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน พบว่า

- ระบบบริการทางการแพทย์

ได้มีการพัฒนาระบบแพทย์ประจำครอบครัว เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน^๑ และพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะด้านกระจายลงสู่ภูมิภาค ได้แก่ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) การตั้งศูนย์การแพทย์เฉพาะด้าน (Excellent Center) เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ๗ แห่ง ศูนย์มะเร็ง ๑๗ แห่ง และศูนย์อุบัติเหตุ ๑๘ แห่ง เป็นต้น

- การส่งเสริมสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดงบประมาณ เพื่อให้สถานพยาบาลใช้ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (ทั้งที่เป็นบริการภายในหน่วยบริการและการบริการในชุมชน) จำนวน ๑๗๕ บาทต่อประชากร^๒ เพื่อจูงใจให้สถานพยาบาลให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเพิ่มขึ้น

สรุปผลการดำเนินโครงการ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้มีรายได้น้อย (มีรายได้ช่วงร้อยละ ๑๐ แรก ของประชากรแบ่งตามกลุ่มรายได้) เข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๔๘.๒๑ โดยเพิ่มจากจำนวน ๑,๙๕๑,๘๔๗ คน ในปี ๒๕๔๓ เป็น ๒,๘๙๒,๗๕๖ คน ในปี ๒๕๔๕ และจำนวนผู้ป่วยในของประชากรในกลุ่มชั้นรายได้ดังกล่าว เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจาก ๓๕๒,๗๖๓ คนในปี ๒๕๔๓ เป็น ๙๓๙,๕๗๐ คน ในปี ๒๕๔๕ คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๓๔ และเมื่อพิจารณาอัตราการใช้สิทธิตามโครงการ พบว่า ครัวเรือนที่มีฐานะยากจน (รายได้น้อยกว่า ๒,๕๐๐ บาทต่อเดือน) มีอัตราการใช้สิทธิสูงสุดคิดเป็นร้อยละ ๗๔ ส่วนครัวเรือนที่มีรายได้มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีอัตราการใช้สิทธิต่ำสุด คือร้อยละ ๑๙ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยเข้ารับบริการมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง

^๑ ศูนย์แต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชาชนเฉลี่ย ๑๐,๕๑๐ คน

^๒ ใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของหน่วยบริการต่าง ๆ เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)



ปีงบประมาณ ๒๕๔๖*

ผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๖ มีดังนี้

๑. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

จากการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพช่วง ๒ ปี ที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาระบบขึ้นทะเบียน เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถขึ้นทะเบียน และใช้สิทธิบัตรทองได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น จากรายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (ข้อมูล วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๖) มีผู้มีสิทธิมาขึ้นทะเบียนบัตรทอง จำนวน ๔๕.๙๗ ล้านคน (จากเป้าหมายปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จำนวน ๔๕.๖๑๓ ล้านคน) โดยผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ ๗๓.๕๘ ของประชากรทั่วประเทศ (ประชากรในปี ๒๕๔๖ จำนวน ๖๒.๔๘ ล้านคน) และเมื่อนับรวมกับผู้อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ๔.๐๒ ล้านคน และระบบประกันสังคม ๗.๙๘ ล้านคน สรุปได้ว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ประชากรประมาณ ๕๙ ล้านคน หรือร้อยละ ๙๕ ของประชากรทั้งประเทศ มีหลักประกันสุขภาพ

การลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพในปี ๒๕๔๕ พบว่าร้อยละ ๙๑.๗๘ ของประชากรที่ขึ้นทะเบียน ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีประชากรเพียงร้อยละ ๔.๒๖ และ ร้อยละ ๓.๙๖ เท่านั้น ที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลเอกชนตามลำดับ

สำหรับการขยายบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ได้เปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิได้เลือกและเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำครอบครัวได้ปีละ ๒ ครั้ง โดยเริ่มนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเตรียมจะดำเนินการทั่วประเทศในเขตพื้นที่รอยต่อจังหวัด เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านได้

* ผู้เขียนสรุปจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (๑ ต.ค. ๒๕๔๕-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๖), (ข้อมูลออนไลน์) สืบค้นข้อมูลสืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi/bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_46_141105.pdf. วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘. เวลา ๑๐.๓๐ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๐)

ตาราง ๑๑

จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๕๖

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวน	ประชากรที่ขึ้นทะเบียน ล้านคน (ร้อยละ)	สัดส่วน (ร้อยละ)
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๒๒	๔๒.๒๐ (๙๑.๗๘)	๘๓.๗๙
สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	๗๑	๑.๙๕ (๔.๒๖)	๗.๒๔
สถานพยาบาลเอกชน	๘๘	๑.๘๒ (๓.๙๖)	๘.๙๗
รวม	๙๘๑	๔๕.๙๗ (๑๐๐.๐)	๑๐๐.๐

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๕๗.

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

จากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ พบว่า มีผู้มีสิทธิตามโครงการ ใช้บริการผู้ป่วยนอก ๑๑๕ ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราการใช้บริการ (Utilization Rate) เท่ากับ ๒.๕๒ ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น ๓.๙๙ ล้านคน คิดเป็นอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล (Admission Rate) เท่ากับ ๐.๐๘๗ ครั้งต่อคนต่อปี

เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ กับปีงบประมาณ ๒๕๕๕ พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ มีจำนวนผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการลดลงถึงร้อยละ ๒๑.๔๐ ขณะที่ผู้มีสิทธิเข้าใช้บริการเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ร้อยละ ๓.๙๗ ขณะที่อัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ร้อยละ ๒.๔๕

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๐)

ตาราง ๑๒

การให้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๖

รายการ		ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
อัตราการรับบริการ (ครั้ง/คน/ปี)	ผู้ป่วยนอก	๒.๒๗	๒.๕๒	๑๑
	ผู้ป่วยใน	๐.๐๘๕	๐.๐๘๗	๓
จำนวนการใช้ บริการรวม	ผู้ป่วยนอก - ล้านคน	๔๑.๓๙๖	๓๒.๕๓๘	-๒๑.๕๐
	- ล้านครั้ง	๑๐๒.๙๕	๑๑๕.๐๑๓	๑๑.๗๑
	ผู้ป่วยใน - ล้านคน	๓.๘๓๖	๓.๙๘๙	๓.๙๗
	- ล้านวัน	๑๔.๙๓๐	๑๔.๕๖๔	-๒.๔๕

หมายเหตุ ประชากรกลางปี ๒๕๕๕ เท่ากับ ๔๕,๒๙๒,๔๕๑ คน

ประชากรกลางปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๔๕,๖๙๑,๒๐๓ คน

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ธันวาคม ๒๕๕๖.

ด้านการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ มีจำนวน ๑,๓๐๑,๓๔๘ ครั้ง คิดเป็นอัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลทุกระดับลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ร้อยละ ๑.๓๑ สำหรับการให้บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีจำนวนกว่า ๑.๔๓ แสนราย ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๑.๖ แสนราย

ด้านคุณภาพการให้บริการพบว่า มีสถานพยาบาลคู่สัญญาในโครงการหลักประกันสุขภาพที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๓๘ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๓.๙ (สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒๗ แห่ง สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลเอกชน ๑๑ แห่ง) โดยร้อยละ ๘๓.๓ อยู่ระหว่างการพัฒนาสู่ HA

๓. ความพึงพอใจของประชาชน

จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในภาพรวม ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการ และพบว่ามีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่ไปใช้สิทธิ เนื่องจากไม่เชื่อมั่นในมาตรฐานและคุณภาพการรักษา โดย

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

- การสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เรื่อง "ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาตัวอย่างผู้ใช้บัตรทองอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปจาก ๑๓ จังหวัดทั่วประเทศ" จำนวน ๖,๐๘๗ ตัวอย่าง

ผลการสำรวจพบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคมียุทธศาสตร์ ๘ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน (S.D. = ๑.๙๙) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๗ ให้คะแนนในช่วง ๘-๑๐ คะแนน โดยเห็นว่าข้อดีของโครงการคือช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ ๕๑ เป็นการช่วยเหลือคนยากจน ร้อยละ ๒๔ ส่วนข้อควรปรับปรุงคือ การให้บริการ/กริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ ๔๑ รองลงมาคือคุณภาพการรักษา/คุณภาพยาและอุปกรณ์ ร้อยละ ๑๙ และร้อยละ ๙ ต้องการให้รัฐเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลเองได้ ทั้งนี้ เมื่อสอบถามถึงความพร้อมหากมีการขอความร่วมมือให้จ่ายค่าธรรมเนียมเกินกว่าครั้งละ ๓๐ บาท กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๐.๗ ระบุว่าพร้อมที่จะจ่ายเกินกว่า ๓๐ บาท

- การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่อง สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกโรค)

พบว่า ประชาชนที่เคยใช้บริการ ร้อยละ ๙๗.๒ มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และร้อยละ ๘๑.๙ เคยไปใช้บริการที่สถานบริการที่ระบุในบัตรทอง โดยประชาชนบางส่วนที่ไปรับบริการแล้วไม่พึงพอใจ ให้เหตุผลว่า เพราะได้รับการรักษาพยาบาลไม่ดีพอ คุณภาพยาไม่ดี ส่วนกลุ่มที่ไม่ไปใช้สิทธิ ให้เหตุผลว่ายังไม่เชื่อมั่นในมาตรฐานและคุณภาพการรักษา

๔. การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิ

การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ พบว่ามีประชาชนติดต่อสอบถาม และร้องทุกข์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ จำนวน ๖๒,๔๒๕ ราย เป็นการสอบถามทั่วไป ๕๗,๘๕๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖๙ เป็นเรื่องร้องเรียน* ๔,๕๖๖ ราย (ร้อยละ ๗.๓๑) โดยเรื่องร้องเรียนที่สามารถดำเนินการต่อได้ ร้อยละ ๘๐.๙๙ (เป็นเรื่องการออกบัตร การขึ้นทะเบียน) และเป็นเรื่องที่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาเสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (๓๐ กันยายน ๒๕๔๖) คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๐๘ ของจำนวนเรื่องดำเนินการทั้งหมด

* เรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๗ และมาตรา ๕๐ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นเรื่องเกี่ยวกับหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ ถูกเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายจากการรักษาภายในระยะเวลาอันสมควร

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

สำหรับสถานพยาบาลที่ถูกร้องเรียนทั้งหมดนั้น เป็นสถานพยาบาลของรัฐ ๒๕๓ แห่ง สถานพยาบาลเอกชน ๖๗ แห่ง เป็นการร้องเรียนสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ จำนวน ๑,๐๓๙ ราย (ร้อยละ ๖๔.๘๖) สถานพยาบาลต่างจังหวัด ๕๖๓ ราย (ร้อยละ ๓๕.๑๔) ส่วนใหญ่ร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รองลงมาคือ การเรียกเก็บเงิน การออกบัตรและการขึ้นทะเบียน ตามลำดับ

๔. การบริหารจัดการโครงการ

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จำนวน ๓๑,๓๓๘ ล้านบาท เป็นงบเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และค่าบริการส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ ๗๒.๑๔ รองลงมาเป็นงบลงทุนและการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๑.๗๕ และร้อยละ ๙.๖๓ เป็นงบผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีการใช้เงินร้อยละ ๙๓.๘๗ ของงบประมาณที่ได้รับ (จำนวน ๒๙,๔๑๗ ล้านบาท)

งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑๒๐๒.๔ บาทต่อคนต่อปี ได้มีการจัดสรรให้กับกองทุนสาขาในอัตรา ๑,๐๕๒ บาทต่อหัวประชากร สำหรับหน่วยบริการคู่สัญญา ได้แก่ สถานพยาบาลเอกชน และสถานพยาบาลสังกัดสภาวิชาชีพ ได้รับการจัดสรรในอัตรา ๑,๐๓๗.๓ บาทต่อหัวประชากร

การพัฒนาการดำเนินการ

จากรายงานผลการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาทรักษาทุกคน” ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า มีการพัฒนาการดำเนินงาน ดังนี้

๑) การปรับรูปแบบการจ่ายเงินสถานพยาบาล กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายสูง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวใหม่ โดยตั้งกองทุนไว้ที่ส่วนกลาง เพื่อให้โรงพยาบาลที่รับส่งต่อสามารถเบิกค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้โดยตรง ส่วนกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้สามารถให้การรักษาผู้ป่วยจนกว่าจะหาย โดยไม่ต้องรีบจำหน่ายผู้ป่วยภายใน ๗๒ ชั่วโมงเหมือนที่ผ่านมา ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการถูกปฏิเสธจากสถานพยาบาลที่จะรับส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ

๒) การจัดระบบการลงทะเบียนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีประชาชนที่ยังไม่มีสิทธิใดๆ จำนวน ๔.๓๕ ล้านคน ซึ่งเป็นประชากรที่มีฐานะปานกลาง และรัฐขาดข้อมูลในการจัดระบบให้สามารถเข้าถึงสิทธิได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ประสานงานกับสำนักบริหารการทะเบียน เพื่อจัดทำโครงการสำรวจและ

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ดำเนินการให้เกิดความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิ เช่น แรงงาน ย้ายถิ่นที่มีที่อยู่ไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน เช่น มอเตอร์ไซด์รับจ้าง แท็กซี่ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ นักเรียน นักศึกษา โดยการส่งเจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนไปประจำตามศูนย์บริการสาธารณสุขของ กรุงเทพฯ และมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงกลาโหมเพื่อขึ้นทะเบียน ทหารประจำการ กรมราชทัณฑ์เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ต้องขัง กรมประชาสัมพันธ์เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ อยู่ในสถานพินิจ และสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่อาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน สามารถใช้ใบเสร็จค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเช่าบ้าน เป็นหลักฐานรับรองว่าตนเองอาศัยในกรุงเทพฯ เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่อยู่จริง โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ และการกระจายตัวของทรัพยากรด้านสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการขยายทางเลือกหน่วยบริการประจำในเมืองขนาดใหญ่*

๓) **การลดปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนของผู้มีสิทธิระบบต่าง ๆ** โดยการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรกพบว่า มีข้อมูลสิทธิซ้ำซ้อนสูงถึงร้อยละ ๑๒ ซึ่งในช่วงการดำเนินการ ๒ ปีที่ผ่านมา ได้มีการจัดการฐานข้อมูลประชากรโดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนสามารถลดความซ้ำซ้อนของผู้มีสิทธิในระบบต่าง ๆ เหลือเพียงร้อยละ ๐.๔๕

๔) **การเพิ่มช่องทางในการรับเรื่องร้องเรียน** เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสะดวกยิ่งขึ้น โดยมีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง รวมทั้งการมีศูนย์ประสานงานภาคเอกชน เพื่อรับเรื่องร้องเรียนในลักษณะ Call Center ที่ได้มาตรฐาน มีการพัฒนาระบบงานลูกค้าสัมพันธ์ (Customer Relation Management System) ระบบตอบรับอัตโนมัติกรณีคำถามที่พบบ่อย มีการพัฒนาระบบจัดเก็บประมวลผลข้อมูลที่มีความทันสมัย เพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๖) **การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแผนงานดำเนินการร่วมกับองค์กร เครือข่ายภาคประชาชน เช่น การสนับสนุน เครือข่ายภาคประชาชนเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ผู้บริโภค การสร้างเครือข่ายผู้รับบริการ กลุ่มเฉพาะเช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และผู้สูงอายุ การรับฟังข้อเสนอแนะจากฝ่ายต่าง ๆ และการสื่อสารเชิงรุกกับผู้ถือบัตรทองโดยการโทรศัพท์สอบถามความคิดเห็นและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บัตรทอง เป็นต้น

* ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้เปิดโอกาสให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการประจำภายใต้ชื่อ “คลินิกชุมชนอบอุ่น”

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ปีงบประมาณ ๒๕๔๗^๑

ผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๗ มีดังนี้

๑. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๗ มีผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน ๔๗.๐๙ ล้านคน และเมื่อนำไปนับรวมกับผู้อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ๔.๒๖ ล้านคน และระบบประกันสังคม ๘.๒๓ ล้านคน สรุปได้ว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ประชากรประมาณ ๕๙.๗๗ ล้านคนหรือร้อยละ ๙๕.๔๘ ของประชากรทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพ

ตาราง ๑๓

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ
เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และปีงบประมาณ ๒๕๔๗

ประเภท สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ ๒๕๔๖		ปีงบประมาณ ๒๕๔๗		เพิ่ม (ร้อยละ)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
รวมหลักประกันสุขภาพ	๕๘,๑๑๕,๑๖๘	๙๓.๐๑	๕๙,๗๗๐,๓๖๕	๙๕.๔๘	๒.๔๕
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๕,๙๗๒,๐๑๑	๗๓.๕๘	๔๗,๐๙๙,๗๖๖	๗๕.๒๔	๒.๕๔
ประกันสังคม	๗,๙๘๑,๙๙๔	๑๒.๗๗	๘,๒๓๗,๖๘๖	๑๓.๑๖	๓.๒๐
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๔,๐๒๓,๙๙๒	๖.๕๕	๔,๒๖๖,๖๖๑	๖.๘๑	๖.๐๓
คนไทยในต่างแดน	๓๒,๔๕๔	๐.๐๕	๖๓,๒๖๙	๐.๑๐	๙๔.๙๕
ข้าราชการการเมือง	๕๙๖	๐.๐๐	๖๖๓	๐.๐๐	๑๑.๒๔
สิทธิ อื่น ๆ	๑๐๔,๐๒๑	๐.๑๗	๑๐๒,๓๒๐	๐.๑๖	na
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	๔,๓๖๖,๓๕๕	๖.๙๙	๒,๘๓๐,๓๐๒	๔.๕๓	- ๓๕.๑๘
ประชากร (ล้านคน)	๖๒.๕๘๑	๑๐๐.๐	๖๒.๖๐๐	๑๐๐.๐	๐.๑๙

หมายเหตุ : na หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ เดือนตุลาคม ๒๕๔๗.

^๑ ผู้เขียนสรุปจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (๑ ต.ค. ๒๕๔๖-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๗). [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นจาก
http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat_4_47_141105.pdf. วันที่ ๓๑
ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘. เวลา ๑๐.๐๐ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

การลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพบว่า ร้อยละ ๙๐.๗๘ ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาร้อยละ ๔.๘๐ ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชน และร้อยละ ๔.๔๒ ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การเปรียบเทียบจำนวนเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๔๗ พบว่า จำนวนสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมเครือข่าย มีจำนวน ๘๐๙ แห่ง ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ร้อยละ ๑.๕๘ เช่นเดียวกับสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมเครือข่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จำนวน ๗๖ แห่ง ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ร้อยละ ๑๓.๖๔ สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีจำนวนเข้าร่วมเครือข่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕.๔๙

ตาราง ๑๔

จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๗

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ประชากรที่ขึ้นทะเบียน ล้านคน (ร้อยละ)
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๐๙	๘๓.๖๖	๔๒.๗๕ (๙๐.๗๘)
สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๒	๘.๔๘	๒.๐๘ (๔.๔๒)
สถานพยาบาลเอกชน	๗๖	๗.๘๖	๒.๒๖ (๔.๘๐)
รวม	๙๖๕	๑๐๐.๐	๔๗.๐๙ (๑๐๐.๐)

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๔๗.

สำหรับการขยายหน่วยบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น ๕๗ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ แห่ง และหน่วยบริการคู่สัญญาที่รับบริการ กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓๘ แห่ง และทั่วประเทศมีหน่วยบริการรองรับบริการตติยภูมิตั้งสูงเฉพาะด้าน (Excellent Center) เพิ่มขึ้น ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ๒๐ แห่ง ศูนย์โรคมะเร็ง ๒๙ แห่ง และเครือข่ายควบคุมการบาดเจ็บแห่งชาติ (ศูนย์อุบัติเหตุ) ๒๘ แห่ง

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

จากข้อมูลของหน่วยบริการในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น ๓๙.๖๖ ล้านคน คิดเป็นอัตราการให้บริการ (Utilization Rate) เท่ากับ ๒.๕๔ ครั้งต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔.๓๓ ล้านคน คิดเป็นอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล (Admission Rate) เท่ากับ ๐.๐๙๒ ครั้งต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ เช่นเดียวกัน

ตาราง ๑๕

การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๔๗

รายการ		ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗
อัตราการรับบริการ (ครั้ง/คน/ปี)	ผู้ป่วยนอก	๒.๒๗	๒.๕๒	๒.๕๔
	ผู้ป่วยใน	๐.๐๘๕	๐.๐๘๗	๐.๐๙๒
จำนวนการใช้ บริการรวม	ผู้ป่วยนอก - ล้านคน	๔๑.๓๙๖	๓๒.๕๓๗	๓๙.๖๖
	- ล้านครั้ง	๑๐๒.๙๕	๑๑๕.๐๑๓	๑๑๙.๖๕
	ผู้ป่วยใน - ล้านคน	๓.๘๓๖	๓.๙๘๙	๔.๓๒๙
	- ล้านวัน	๑๔.๙๓๐	๑๔.๕๖๔	๑๖.๘๓

หมายเหตุ ประชากรกลางปี ๒๕๔๖ เท่ากับ ๔๕,๖๙๑,๒๐๓ คน

ประชากรกลางปี ๒๕๔๗ เท่ากับ ๔๗,๐๒๓,๘๑๒ คน

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๔๗.

ด้านการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า อยู่ในอัตราร้อยละ ๑.๘๖ ด้านคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาล มีสถานพยาบาลคู่สัญญาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๑๐๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๒๘ (สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๕ แห่ง สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๔ แห่ง สถานพยาบาลเอกชน ๑ แห่ง) โดยสถานพยาบาลร้อยละ ๘๙.๗๒ (จำนวน ๘๗๓ แห่ง) อยู่ระหว่างการพัฒนาสู่ HA (Hospital Accreditation) และหากเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๖ พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มีสถานพยาบาล

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๑๖๕.๓๒

๓. ความพึงพอใจของประชาชน

จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการ โดยสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโครงการร้อยละ ๙๒.๙ และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๖ ด้านคุณภาพยา เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓.๓ ด้านคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๔ และด้านคุณภาพการให้บริการของพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๘ โดยสิ่งที่ประชาชนต้องการให้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงคือ การบริการ/กริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการรักษาพยาบาล/คุณภาพยา/อุปกรณ์ทางการแพทย์/บุคลากร และการลดระยะเวลาในการตรวจหรือรอรับยา

ตาราง ๑๖

ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษายาบาลโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๔๗

ประเด็น	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)		เพิ่ม/ลด
	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗	
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๙๒.๙	๙๒.๙	-
คุณภาพการให้บริการ			
- แพทย์	๙๒.๙	๙๒.๙	-
- พยาบาล	๘๙.๔	๙๑.๒	๑.๘
- เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	๘๙.๕	๙๑.๙	๒.๔
- ยา	๘๓.๓	๘๖.๖	๓.๓
- เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์	๘๕.๘	๙๐.๔	๔.๖

ที่มา: สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

สำหรับการสำรวจของสำนักวิจัยสวนดุสิตโพลล์ ใน ๑๑ จังหวัด กลุ่มตัวอย่างเป็น บุคลากรทางการแพทย์ ๔,๕๙๖ คน พบว่า ร้อยละ ๗๔.๓๕ ของผู้ให้บริการเห็นว่า ปริมาณงานบริการที่รับผิดชอบต่อวันเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ ๔๐.๘๖ และร้อยละ ๖๑.๙๐ ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าคุณภาพการบริการดีขึ้นเพราะมี

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการ ส่วนปัจจัยที่สร้างความกังวลใจในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๗๓.๓๒ ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าเป็นเรื่องการขาดแคลนอัตรากำลัง รองลงมาเป็นเรื่องข้อจำกัดของงบประมาณ ค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๖๙ และร้อยละ ๖๒.๙๑ ตามลำดับ สิ่งที่เห็นว่าควรมีการปรับปรุงคือ งบประมาณรายหัวจัดสรรให้เพียงพอและมีการปรับต้นทุนการดำเนินงานให้ตรงตามความเป็นจริง ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบขั้นตอนและขอบเขตการใช้สิทธิ ควรปรับอัตราค่าตอบแทน/ค่าวิชาชีพเฉพาะของบุคลากร และกำหนดมาตรฐานการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ

๔. การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิ

การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ พบว่ามีประชาชนติดต่อสอบถาม และร้องทุกข์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ จำนวน ๕๒๗,๐๗๔ ราย เป็นการสอบถามทั่วไป (เกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์การรับบริการ วิธีการใช้บริการตามสิทธิ หน่วยบริการ และอื่นๆ) จำนวน ๕๑๒,๙๖๙ ราย (ร้อยละ ๙๗.๓๒) เป็นเรื่องร้องเรียน จำนวน ๑๔,๑๐๕ ราย (ร้อยละ ๒.๖๘) ซึ่งเรื่องร้องเรียนทั้งหมดสามารถดำเนินการต่อได้ จำนวน ๑๓,๔๓๔ ราย (ร้อยละ ๙๕.๒๔) และสามารถดำเนินการแก้ปัญหาเสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จำนวน ๑๓,๐๔๘ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๓ ของจำนวนเรื่องดำเนินการทั้งหมด

ทั้งนี้ มีเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรา ๕๗ และมาตรา ๕๙ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ไม่สามารถไกล่เกลี่ย/ยุติได้ จำเป็นต้องตรวจสอบหาข้อเท็จจริง และเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน จำนวน ๓๘ ราย (ร้อยละ ๒.๕๕) โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิ

๕. การบริหารจัดการโครงการ

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จำนวน ๓๒,๕๗๒.๘๖ ล้านบาท โดยร้อยละ ๗๐.๙๒ ของงบประมาณทั้งหมด เป็นงบเหมาจ่ายรายหัว รองลงมาเป็นงบลงทุนเพื่อการทดแทน และงบบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๐ และร้อยละ ๙.๓๖ ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มีการใช้งบประมาณร้อยละ ๙๓.๐๖ (จำนวน ๓๐,๓๑๑.๗๑ ล้านบาท)

งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ เท่ากับ ๑,๓๐๘.๕๐ บาทต่อคนต่อปี มีการจัดสรรให้กับกองทุนสาขาเป็นจำนวนเงิน ๑,๐๕๒ บาทต่อหัวประชากร และจัดสรรให้หน่วยบริการคู่สัญญา (ได้แก่ สถานพยาบาลเอกชน และสังกัดสภากาชาดไทย) ในอัตรา ๑,๐๓๗.๓ บาทต่อหัวประชากร

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

๖. การพัฒนาการดำเนินการ

จากรายงานผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มีการพัฒนาการดำเนินการ ดังนี้

๑) การปรับงบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยปรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว เพิ่มเป็น ๑,๓๐๘.๕ บาทต่อหัวประชากร จากที่เคยตั้งไว้เท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อหัวประชากรในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เนื่องจากพบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่ารายจ่ายจริง ทำให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งพยายามลดค่าใช้จ่าย จนไม่สามารถคงคุณภาพไว้ได้ และสถานพยาบาลหลายแห่งได้จ่ายเงินบำรุงที่มีอยู่จนไม่มีเงินเหลือเพียงพอในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้ การเพิ่มงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว จะช่วยให้สถานพยาบาลมีความคล่องตัวในการบริหาร และการบริการเพิ่มขึ้น

ตาราง ๑๗

เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวและจำนวนงบประมาณในปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๔๗

รายการ	งบประมาณ		
	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗
งบเหมาจ่ายรายหัว			
จำนวนที่ขอสับสนุน	๑,๒๐๒	๑,๔๑๔	๑,๔๔๗
จำนวนที่ได้รับอนุมัติ	๑,๒๐๒	๑,๒๐๒.๕	๑,๓๐๘.๕
งบเหมาจ่ายรายหัวที่น่าจะเป็น			
จำนวนที่น่าจะเป็น (ฐานข้อมูลตามปีงบประมาณ)	๑,๔๔๗	๑,๖๐๐	๑,๖๗๔
จำนวนที่น่าจะเป็นปรับด้วยอัตราการใช้สิทธิ	๑,๓๑๘	๑,๓๙๔	๑,๖๐๐
ความแตกต่างของอัตราเหมาจ่ายที่ได้รับอนุมัติกับงบเหมาจ่ายรายหัวที่น่าจะเป็นปรับด้วยอัตราการใช้สิทธิ	-๑๑๖	-๑๙๒	-๒๙๒
ความแตกต่างของงบประมาณปรับด้วยอัตราการใช้สิทธิ (๔๕ ล้านคน)	-๕,๑๙๖	-๘,๖๒๒	-๑๓,๑๓๙
ผลกระทบสะสม ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๔๗ จำนวน -๒๖,๙๕๗ บาท			

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๔๗.

๒) การลดปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนของผู้มีสิทธิระบบต่าง ๆ โดยมีการปรับปรุงฐานข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนกับสิทธิของกองทุนอื่น

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

และประสานงานกับ ๒ กองทุนประกันสุขภาพ คือ กองทุนประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง เพื่อลดจำนวนผู้มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิกองทุนอื่นลงจากต้นปีงบประมาณ ที่สูงถึงร้อยละ ๐.๘๒ เหลือเพียงร้อยละ ๐.๑๑ ในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (ณ เดือนกันยายน ๒๕๔๗)

๓) **ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์** การที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้ารับบริการสะดวกขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๔๐ ซึ่งไม่สอดคล้องกับอัตราค่าตอบแทนที่ได้รับ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ภาครัฐส่วนหนึ่งลาออกไป ส่งผลให้บุคลากรที่เหลืออยู่ต้องทำงานหนักมากขึ้น และเกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล ทั้งนี้ รัฐบาลได้แก้ไขโดยอนุมัติให้มีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๗ เพื่อลดความรุนแรงของปัญหา



ปีงบประมาณ ๒๕๔๘*

ผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๗ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๘ ในประเด็นหลักต่าง ๆ มีดังนี้

๑. ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๘ มีผู้มีสิทธิมาขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน ๔๗.๓๔ ล้านคน ดังนั้น เมื่อนับรวมกับผู้อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประมาณ ๔.๑๕ ล้านคน และระบบประกันสังคม ๘.๗๔ ล้านคน สรุปได้ว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ประชากร ๖๐.๔๕ ล้านคน หรือ ร้อยละ ๙๖.๒๕ ของประชากรทั้งประเทศ (จำนวน ๖๒.๘๑ ล้านคน) มีหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๒๕ โดยมีประชาชนที่มีสิทธิว่างรอการตรวจสอบสิทธิเพียง ๒.๓๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๓.๗๕ เท่านั้น

* ผู้เขียนสรุปจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ (๑ ต.ค. ๔๗ - ๓๐ ก.ย. ๔๘), [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_48141105.pdf. วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙. เวลา ๑๔.๐๐ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ตาราง ๑๘

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ
เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๗ และปีงบประมาณ ๒๕๔๘

ประเภท สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ ๒๕๔๗*		ปีงบประมาณ ๒๕๔๘	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวมหลักประกันสุขภาพ	๕๙,๗๐๗,๐๙๖	๙๕.๔๗	๖๐,๔๕๔,๓๙๑	๙๖.๒๕
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๗,๐๙๙,๗๖๖	๗๕.๓๑	๔๗,๓๔๓,๔๐๑	๗๕.๓๗
ประกันสังคม	๘,๓๔๐,๐๐๖	๑๓.๓๔	๘,๗๔๑,๖๕๘	๑๓.๙๒
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๔,๒๖๖,๖๖๑	๖.๘๒	๔,๑๕๐,๙๒๕	๖.๖๑
คนไทยในต่างแดน	๖๓,๒๖๙	๐.๑๐	๖๒,๗๑๓	๐.๐๙
ข้าราชการการเมือง	๖๖๓	๐.๐๐	๕๗๑	๐.๐๐
สิทธิ อื่น ๆ	๑๐๒,๓๒๐	๐.๑๖	๔๙๒,๕๐๘	๐.๗๘
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	๒,๘๓๐,๓๐๑	๔.๕๓	๒,๓๕๖,๙๖๓	๓.๗๕
ประชากร (ล้านคน)	๖๒.๕๓๗	๑๐๐.๐	๖๒.๘๑๑	๑๐๐.๐

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๔๘.

หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๔๗* จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๔๗

ด้านการขยายบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน พบว่าปีงบประมาณ ๒๕๔๘ มีจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น ๑,๑๑๐ แห่ง เป็นสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถขยายบริการเป็น ๘๒๕ แห่ง (เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ร้อยละ ๐.๘๖) ส่วนสถานพยาบาลเอกชนมีเพียง ๖๓ แห่งเท่านั้น ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ถึงร้อยละ ๑๑.๒๗

ทั้งนี้ มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาระงานของหน่วยบริการต่างๆ^๑ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละประเภทจะมีภาระงานแตกต่างกัน โดยสถานอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีประชากรต่อหน่วยบริการน้อยที่สุดคือเฉลี่ย ๖,๓๕๐ คนต่อหน่วยบริการต่อปี ขณะที่หน่วย

^๑ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, “การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ ๓๖ จังหวัด” อ่างถึงใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เรื่องเดียวกัน.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

บริการปฐมภูมิใน รพท./รพศ. และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข มีประชากรต่อหน่วยบริการสูงถึง ๒๒,๙๓๑ คน และ ๑๗,๔๒๘ คนต่อหน่วยบริการต่อปี

ตาราง ๑๙

จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๘

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๒๕	๗๔.๓๒	๐.๘๖
สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๗๔	๖.๖๗	๐.๐๐
สถานพยาบาลเอกชน	๖๓	๕.๖๘	-๑๑.๒๗
อื่นๆ เช่น คลินิกอบอุ่น คลินิกเอกชน และคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข และคลินิกของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข	๑๔๘	๑๓.๓๓	๑๒.๑๒
รวม	๑,๑๑๐	๑๐๐.๐	๑.๓๗

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๔๘.

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

จากข้อมูลการใช้บริการในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิ ใช้บริการผู้ป่วยนอก ๓๘.๒๑ ล้านคน คิดเป็นอัตราการใช้บริการ (Utilization Rate) เท่ากับ ๒.๕๖ ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ป่วยในทั้งสิ้น ๔.๕๓ ล้านคน คิดเป็นอัตราการรับไว้นอนในโรงพยาบาล (Admission Rate) เท่ากับ ๐.๐๙๖ ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๗ พบว่าอัตราการใช้บริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ^๑ ได้วิเคราะห์อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยในกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ จำแนกตามกลุ่มอายุต่างๆ พบว่า อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน หรือการเข้ารับไว้นอนในสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงสุด อยู่ที่กลุ่มอายุ ๐-๔ ปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายรวม ๔,๑๒๓ ล้านบาท รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ

^๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๖.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

มากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี และกลุ่มอายุ ๕๐-๕๔ ปี มีค่าใช้จ่ายรวม ๒,๓๗๒ ล้านบาท และ ๒,๓๖๒ ล้านบาท ตามลำดับ ดังนั้น จะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้น (ยกเว้นในกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี ที่มีค่าใช้จ่ายรวมสูงสุด)

ตาราง ๒๐

การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๔๘

รายการ		ปี ๒๕๔๗*	ปี ๒๕๔๘
อัตราการรับบริการ (ครั้ง/คน/ปี)	ผู้ป่วยนอก	๒.๕๕	๒.๕๖
	ผู้ป่วยใน	๐.๐๙๒	๐.๐๙๖
จำนวนการใช้บริการ รวม	ผู้ป่วยนอก		
	- ล้านคน	๓๙.๖๖	๓๘.๒๑
	- ล้านครั้ง	๑๑๙.๖๔	๑๒๐.๘๘
	ผู้ป่วยใน		
- ล้านคน	๔.๓๒๙	๔.๕๓	
- ล้านวัน	๑๖.๘๓	๑๗.๘๙	

หมายเหตุ ประชากรกลางปี ๒๕๔๗ เท่ากับ ๔๗.๐๒ ล้านคน ปี ๒๕๔๘ เท่ากับ ๔๗.๒๘ ล้านคน

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๔๘.

*ตัวเลขปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๔๘.

ด้านคุณภาพของหน่วยบริการ แบ่งตามระดับสถานพยาบาลเป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ผู้ป่วยยังมีปัญหาในการรอคอยเพื่อเข้ารับการรักษา โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีระยะเวลารอคอยเข้ารับการรักษา นานกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก* โรงพยาบาลเอกชนมีระยะเวลารอคอยสั้นที่สุด ขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กมีอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่

* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๗๐.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ตาราง ๒๑

ข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

รายการ	โรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) ขนาดเล็ก	โรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) ขนาดกลาง	โรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) ขนาดใหญ่	โรงพยาบาล ทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาล ศูนย์ (รพศ.)	โรงพยาบาล เอกชน
ระยะเวลารอคอย เฉลี่ยผู้ป่วยนอก (นาที)	๗๓	๙๗.๕๙	๘๑	๑๐๐.๒๐	๒๐.๒๗
ระยะเวลาพบ แพทย์เฉลี่ย (นาที)	๖.๖๘	๘.๘๕	๑๓	๖	๗.๒๓
อัตราความคลาด เคลื่อนทางยาวรวม (ร้อยละ)	๕.๐	๐.๗๐	๕.๗๒	๒.๕	๑.๖๖

ที่มา : สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ. กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๘.

ด้านการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า อยู่ในอัตรา ร้อยละ ๑.๓ ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ร้อยละ ๐.๕๖ ในด้านคุณภาพการให้บริการ พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ มีสถานพยาบาลคู่สัญญาผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๑๓๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๘๖ โดยโรงพยาบาลร้อยละ ๘๖.๑๔ (จำนวน ๘๓๓ แห่ง) อยู่ระหว่าง การพัฒนาสู่ HA

๓. ความพึงพอใจของประชาชน

การสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าปี ๒๕๔๘ : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (บัตรทอง) จาก ๑๓ จังหวัดทั่วประเทศ โดยเก็บข้อมูลจากทุกภาค รวม ๑๓ จังหวัด จำนวน ๖,๒๙๔ ตัวอย่าง ระหว่างวันที่ ๒-๒๖ มิถุนายน ๒๕๔๘ โดยความพึงพอใจแบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ส่วนที่ ๑ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อบริการของแพทย์/พยาบาล คุณภาพยา/เครื่องมืออุปกรณ์ ความสะดวกในการใช้บริการ ความสะดวกในการเดินทาง และผลการรักษา พบว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากขึ้นยกเว้นความสะดวกในการเดินทางซึ่งลดลงจากปี ๒๕๔๗

ส่วนที่ ๒ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) พบว่า ความพึงพอใจโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย ๗.๘๓ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจปี ๒๕๔๗ เท่ากับ ๗.๘๘ พบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก

ส่วนที่ ๓ ความคิดเห็นในข้อดี และสิ่งที่ควรปรับปรุง ซึ่งผลการสำรวจยังเป็นไปทำนองเดียวกับปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ คือ ข้อดีอันดับแรกช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อันดับที่สองคือเป็นการช่วยเหลือคนยากจน ผู้มีรายได้น้อย และอันดับสามคือ การเดินทางไปสถานพยาบาลสะดวกสบาย ใกล้บ้าน ส่วนข้อควรปรับปรุง คือการรอตรวจ/รอรับยาใช้เวลานาน คุณภาพการรักษาพยาบาล คุณภาพยา อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ และควรเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการได้ทุกสถานพยาบาล สิ่งที่ควรปรับปรุงเร่งด่วน คือ ควรปรับปรุงระบบงบประมาณให้เพียงพอสอดคล้องกับความเป็นจริง และจัดงบประมาณให้ถึงหน่วยปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ร้อยละ ๒๑.๕ อันดับสองได้แก่ ควรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ และการใช้สิทธิในโครงการและประชาสัมพันธ์ข่าวสารโครงการ อันดับสาม คือ ควรปรับปรุงสวัสดิการ/ค่าตอบแทนแก่บุคลากร เพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจ มีความมั่นคงในอาชีพ

ตาราง ๒๒

ความพึงพอใจของประชาชนต่อการรักษาพยาบาลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘

รายการ	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)		เปรียบเทียบ ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘
	ปี ๒๕๔๗	ปี ๒๕๔๘	
โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๙๒.๙	๙๕.๗	๒.๘
คุณภาพการให้บริการ			
- แพทย์	๙๒.๙	๙๓.๓	๐.๔
- พยาบาล	๙๑.๒	๙๒.๐	๐.๘
- บุคลากรทางการแพทย์อื่น	๙๑.๙	๙๒.๘	๐.๙
- ยา	๘๖.๖	๙๑.๑	๔.๕
- อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์	๙๐.๔	๙๒.๙	๒.๕

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๔๘.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

- การสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ สำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านผลต่อประชาชน พบว่า มีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๗.๕๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) ด้านผลต่อผู้ให้บริการ พบว่า มีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๕.๕๒ คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) และในภาพรวมมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๖.๑๔ คะแนน ส่วนปัจจัยที่สร้างความกังวลใจในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๗๕.๙ ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าเป็นเรื่องการขาดแคลนอัตรากำลัง รองลงมา ร้อยละ ๗๓.๗ เป็นเรื่องข้อจำกัดของงบประมาณ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ ๒๑.๕ เห็นว่าควรปรับงบประมาณรายหัวให้เพียงพอตรงตามความเป็นจริงและจ่ายรวดเร็ว รองลงมาคือการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบขั้นตอนและขอบเขตการใช้สิทธิ และควรปรับอัตราค่าตอบแทน/ค่าวิชาชีพเฉพาะของบุคลากร คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑ และร้อยละ ๑๓.๘ ตามลำดับ

๔. การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิ

การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ มีประชาชนติดต่อสอบถาม และร้องทุกข์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ จำนวน ๘๙๖,๖๒๘ ราย เป็นการสอบถามทั่วไป ร้อยละ ๙๕.๔๕ (๘๕๕,๘๕๖ ราย) เป็นเรื่องร้องเรียน ร้อยละ ๓.๑๐ (๒๗,๒๙๙ ราย) เรื่องร้องเรียนทั้งหมดสามารถดำเนินการต่อได้ และสามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ร้อยละ ๙๘.๔๔ ของจำนวนเรื่องที่ทำเนิการทั้งหมด

๕. การบริหารจัดการโครงการ

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ จำนวน ๓๒,๕๗๒.๘๖ ล้านบาท โดยร้อยละ ๗๐.๙๒ ของงบประมาณทั้งหมดเป็นงบเหมาจ่ายรายหัว รองลงมาเป็นงบลงทุนเพื่อการทดแทน และงบบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๐ และร้อยละ ๙.๓๖ ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ มีการใช้งบประมาณไปจำนวน ๓๐,๓๑๑.๗๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๐๖ ของงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับการจัดสรร

๖. การพัฒนาการดำเนินการ

จากรายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๔๘ พบว่า มีการพัฒนาการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพหลายประการ กล่าวคือ

๑) **การปรับงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวใหม่ เพิ่มเป็น ๑,๓๙๖.๓๐ บาทต่อหัวประชากร จากที่เคยตั้งไว้ ๑,๒๐๒.๔๐ บาทต่อหัวประชากรในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๑,๓๐๘.๕๐ บาทต่อหัวประชากร ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ทั้งนี้ อาศัยข้อมูลจากการใช้

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

บริการของผู้มีสิทธิและค่าใช้จ่ายในปีที่ผ่านมา พร้อมทั้งได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคจากการบริหารงานงบประมาณในปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยยึดหลักว่า งบประมาณเหมาะสมกว่ารายหัวที่ได้รับต้องไม่ต่ำกว่างบประมาณปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกับการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้วยโดยมีการประเมินประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^๑ พิจารณาจากอัตราการคืนทุนของสถานพยาบาลในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^๒ พบว่ามีอัตราการคืนทุนในภาพรวมเท่ากับ ๐.๙ ส่วนใหญ่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้^๓ โดยพบว่าหากสถานพยาบาลมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำ ก็จะมีอัตราการคืนทุนสูง ขณะที่สถานพยาบาลที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงก็จะมีอัตราการคืนทุนต่ำ

๒) การลดปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนของผู้มีสิทธิระบบต่าง ๆ ในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการปรับปรุงฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ สามารถลดจำนวนผู้มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิกองทุนอื่น เหลือเพียงร้อยละ ๐.๐๓๓

๓) การรณรงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เปลี่ยนคำขวัญโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จาก “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” เป็น “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โครงการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น



ปีงบประมาณ ๒๕๔๙^๔

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙ ในประเด็นหลักต่าง ๆ มีดังนี้

^๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๕๔.

^๒ คำนวณจาก รายได้จากการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทหารด้วยค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วยนอก ในสถานอนามัย ๑๗๓ บาทต่อครั้ง ในโรงพยาบาล ๔๓๑ บาทต่อครั้ง และต้นทุนเฉลี่ยในการบริการผู้ป่วยใน ๖,๒๔๗ บาทต่อครั้ง

^๓ กรณีที่รายจ่ายมากกว่ารายได้ อัตราการคืนทุนจะน้อยกว่า ๑

^๔ ผู้เขียนสรุปจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” รอบ ๓ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ (๑ ต.ค.- ๓๑ ธ.ค. ๔๘), [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_49_141105.pdf. วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙. เวลา ๑๖.๓๐ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

๑. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙ มีผู้มีสิทธิมาขึ้นทะเบียนแล้ว ๔๗.๕๔ ล้านคน เมื่อนับรวมกับผู้อยู่ในระบบประกันสังคม ๙.๒๐ ล้านคน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ๔.๐๖ ล้านคน และสิทธิประเภทอื่นๆ ร้อยละ ๐.๒๓ สรุปได้ว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ประชากร ๖๑.๐๔ ล้านคน หรือ ร้อยละ ๙๗.๘๒ ของประชากรทั้งประเทศ^๑ มีหลักประกันสุขภาพ หรืออัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชากรเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๘ ร้อยละ ๐.๙๖ โดยประชากรที่มีสิทธิว่างลดลงจากปี ๒๕๔๘ ร้อยละ ๔๒.๔๑ เหลือเพียง ๑.๓๖ ล้านคน โดยมีบุคคลรอพิสูจน์สถานะอีก ๔๕๓,๗๔๐ คน^๒

ตาราง ๒๓

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ
เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๘ และปีงบประมาณ ๒๕๔๙

ประเภท สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ ๒๕๔๘*		ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รวมหลักประกันสุขภาพ	๖๐,๔๕๔,๓๙๑	๙๖.๒๕	๖๑,๐๓๖,๗๕๐	๙๖.๕๑
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๗,๓๔๓,๔๐๑	๗๘.๙๗	๔๗,๕๔๒,๙๘๒	๗๗.๘๙
ประกันสังคม	๘,๗๔๑,๖๕๘	๑๓.๘๔	๙,๒๐๐,๔๔๓	๑๕.๐๗
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๔,๑๕๐,๙๒๔	๖.๕๗	๔,๐๖๑,๒๒๐	๖.๖๕
คนไทยในต่างแดน	๖๒,๗๑๓	๐.๐๙	na	na
ข้าราชการการเมือง	๕๗๑	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
สิทธิ อื่น ๆ	๔๙๒,๕๐๘	๐.๗๘	๒๓๒,๑๐๕	๐.๓๘
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	๒,๓๕๖,๙๖๓	๓.๗๓	๑,๓๕๗,๔๖๐	๒.๒๒
ประชากร	๖๒.๘๑๑	๑๐๐.๐	๖๒.๓๙	๑๐๐.๐

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. มีนาคม ๒๕๕๐.

ข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๔๘* จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตุลาคม ๒๕๔๘

หมายเหตุ : na หมายถึง ไม่มีข้อมูล

^๑ ประชากรประเทศไทย ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙ จำนวน ๖๒.๓๙ ล้านคน

^๒ บุคคลรอพิสูจน์สถานะ หมายถึง บุคคลที่ตาย หายสาบสูญ ไม่พบตัว ย้ายถิ่น สิทธิคนไทยในต่างประเทศ หรือมีเลขบัตรประชาชนซ้ำซ้อน หรือรหัสบัตรประชาชนไม่ถูกต้องและคนต่างด้าว

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

การลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ พบว่า ร้อยละ ๙๑.๑๐ หรือประชากร ๔๓.๓๑ ล้านคน ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลเอกชนร้อยละ ๔.๕๔ และร้อยละ ๔.๓๖ ตามลำดับ

ตาราง ๒๔

จำนวนสถานพยาบาลและจำนวนผู้ลงทะเบียนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๙

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	จำนวน ประชากรที่ ลงทะเบียน (ล้านคน)	เพิ่ม/ลด จาก ปี ๒๕๔๘ (ร้อยละ)
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๒๖	๗๑.๕๒	๔๓.๓๑ (๙๑.๑๐)	๐.๐๔
สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	๗๒	๖.๒๓	๒.๑๖ (๔.๕๔)	๙.๒๗
สถานพยาบาลเอกชน	๖๑	๕.๒๔	๒.๐๗ (๔.๓๖)	-๐.๑๔
อื่น ๆ เช่น คลินิกอบอุ่น คลินิกเอกชน	๑๙๖	๑๖.๙๗	na	na
รวม	๑,๑๕๕	๑๐๐.๐๐	๔๗.๕๔	๐.๔๒

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มีนาคม ๒๕๕๐.

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

จากข้อมูลของหน่วยบริการในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น ๑๑๐.๘๙ ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการ (Utilization Rate) เท่ากับ ๒.๓๓ ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนการให้บริการผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔.๓๒ ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราการรับไว้นอนในโรงพยาบาล (Admission Rate) เท่ากับ ๐.๐๙ ครั้งต่อคนต่อปี

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ตารางที่ ๒๕

การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ
๒๕๔๘-๒๕๔๙

รายการ		ปี ๒๕๔๘	ปี ๒๕๔๙	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
อัตราการรับบริการ (ครั้ง/คน/ปี)	ผู้ป่วยนอก	๒.๕๓	๒.๓๓	-๗.๘๖
	ผู้ป่วยใน	๐.๑๐	๐.๐๙	-๔.๔๓
จำนวนการใช้บริการ รวม	ผู้ป่วยนอก			
	- ล้านคน	๓๗.๘๘	๓๔.๘๙	-๗.๘๙
	- ล้านครั้ง	๑๑๙.๔๙	๑๑๐.๘๙	-๗.๒๐
	ผู้ป่วยใน			
- ล้านคน	๔.๔๙	๔.๓๒	-๓.๗๔	
- ล้านวัน	๑๗.๖๔	๑๖.๙๑	-๔.๑๕	

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. มีนาคม ๒๕๕๐.

การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า อยู่ในอัตรา ร้อยละ ๑.๘๖ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ร้อยละ ๔๒.๘๗

ในส่วนของคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ มีสถานพยาบาลคู่สัญญาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๘๗๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๖ โดยโรงพยาบาลร้อยละ ๘.๖๔ (จำนวน ๘๓ แห่ง) อยู่ระหว่างการพัฒนาสู่ HA

๓. ความพึงพอใจของประชาชน

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) ในปี ๒๕๔๙ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเข้ารับการรักษาพยาบาล พบว่า ประชาชนที่เคยใช้บริการ ระบุว่ามีความพึงพอใจระดับมากและปานกลางในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ ๔๖.๗ และร้อยละ ๔๗.๔ ส่วนผู้ที่ระบุว่ามีความพึงพอใจน้อยและไม่พึงพอใจรวมกัน มีเพียงร้อยละ ๕.๙ เท่านั้น ทั้งนี้ หากแยก

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

พิจารณาตามรายการพบว่า ความพึงพอใจต่อการตรวจรักษาของแพทย์/พยาบาล มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๒ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ ๘๘.๓ การบริการ/การดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ ๘๑.๑ คุณภาพยา ร้อยละ ๗๓.๙ และความสะดวกรวดเร็ว ร้อยละ ๖๘.๘

ด้านการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๑.๔ เห็นว่าโครงการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนได้มาก โดยมีเพียงร้อยละ ๔.๑ เท่านั้นที่เห็นว่าช่วยไม่ได้เลย และเมื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนที่เคยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวกับความพร้อมจะจ่ายค่าธรรมเนียมมากกว่า ๓๐ บาทต่อครั้ง หากรัฐขอความร่วมมือ พบว่า ประชาชนร้อยละ ๕๑.๒ ระบุว่าพร้อมที่จะจ่าย และร้อยละ ๔๘.๘ ระบุว่าไม่พร้อมที่จะจ่าย

นอกจากนี้ ความคิดเห็นของประชาชนต่อปัญหาและแนวทางการปรับปรุงโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนประมาณร้อยละ ๕๓.๑ เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐดำเนินการอยู่ในปัจจุบันไม่มีปัญหา ส่วนประชาชนอีกร้อยละ ๓๓.๗ เห็นว่าโครงการมีปัญหา/มีเรื่องควรปรับปรุง เช่น คุณภาพยาควรมีมาตรฐาน ให้เพิ่มค่าธรรมเนียมได้แต่บริการต้องดีขึ้น ควรปรับปรุงบริการให้รวดเร็วและดีขึ้น ควรมีมาตรฐานการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกันทุกสวัสดิการ และควรรับการรักษาพยาบาลได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ เป็นต้น



การสำรวจความพึงพอใจของสำนักวิจัยแอสแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ทำการสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๘-มิถุนายน ๒๕๔๙ พบว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพคุณภาพการให้บริการ ด้านบริการของแพทย์สูงสุด อยู่ที่อัตราร้อยละ ๙๒.๒ รองลงมาคือ การบริการของพยาบาล ร้อยละ ๙๐.๕ และเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ ๙๐.๒ ตามลำดับ ส่วนด้านคุณภาพยา ประชาชนมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือร้อยละ ๘๖.๘ ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการปี ๒๕๔๘-๒๕๔๙ พบว่ามีแนวโน้มลดลงในทุกประเภท โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อคุณภาพยา ลดลงถึงร้อยละ ๔.๓ รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ลดลงร้อยละ ๒.๗ และการบริการของพยาบาลลดลงร้อยละ ๑.๕ ตามลำดับ ขณะที่ความพึงพอใจต่อบริการของแพทย์ ลดลงเพียง ๑.๑ เท่านั้น

๔. การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิ

การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ มีประชาชนติดต่อสอบถามและร้องทุกข์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ จำนวน ๘๑๘,๕๒๘ ราย เป็นการสอบถามเรื่องการลงทะเบียนทำบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด จำนวน ๖๖๘,๖๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๖๙ โดยมีเรื่องร้องเรียน ๒,๙๔๕ ราย

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๐)

เรื่องร้องเรียนสามารถดำเนินการต่อได้ และสามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๒,๖๕๙ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๙๕ ของจำนวนการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนทั้งหมด

๕. การบริหารจัดการโครงการ

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ๑,๖๕๙.๒๐ บาทต่อคนต่อปี สำหรับประชากรผู้มีสิทธิ จำนวน ๔๗.๗๕ ล้านคน รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น ๗๙,๒๒๖.๘๐ ล้านบาท

สำหรับการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่าในภาพรวมมีการใช้เงินกองทุนไปร้อยละ ๗๗.๕๑ โดยสัดส่วนของงบเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นประเภทที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ประมาณ ๒๔,๘๔๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๔๘.๑๓) รองลงมาคือ งบบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และงบบริการส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๗ และร้อยละ ๑๕.๐๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒๖

การบริหารงบประมาณที่ได้รับจำแนกตามประเภทกองทุน ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

กองทุน	งบประมาณที่ได้รับ	งบประมาณที่จัดสรรแล้ว	ร้อยละของงบประมาณที่ใช้ไป
งบพื้นที่ทุรกันดาร	๓๓๔,๒๕๐,๐๐๐	๓๓๔,๒๕๐,๐๐๐	๑๐๐.๐๐
งบกองทุนเอดส์	๒,๗๙๖,๒๐๐,๐๐๐	๒,๖๒๔,๔๔๖,๒๔๗	๙๓.๘๖
งบเหมาจ่ายรายหัว	๓๓,๐๖๔,๘๔๑,๓๗๘	๒๘,๐๘๙,๑๘๗,๙๗๘	๘๕.๙๕
งบช่วยเหลือมาตรา ๔๑	๒๕,๓๐๗,๕๐๐	๓๒,๔๒๓,๕๐๐	๑๒๘.๑๒
งบลงทุนเพื่อทดแทน	๖,๑๗๑,๖๘๗,๕๐๐	๕,๐๘๗,๙๘๘,๗๘๓	๘๒.๔๔
งบค่าใช้จ่ายสูง	๙,๐๗๒,๕๐๐,๐๐๐	๔,๔๑๗,๐๖๓,๗๑๒	๔๘.๖๙
งบอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	๒,๔๘๖,๓๔๒,๕๐๐	๑,๓๒๑,๒๑๖,๗๕๙	๕๓.๑๔
งบการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๘๖,๕๐๐,๐๐๐	๑๘๐,๕๘๙,๒๗๔	๖๓.๐๓
งบฟื้นฟูผู้พิการ	๑๙๑,๐๐๐,๐๐๐	๑๐๑,๒๔๙,๑๑๙	๕๓.๐๑
รวมทั้งหมด	๕๕,๔๒๘,๖๒๘,๘๗๘	๔๒,๑๘๘,๔๑๕,๓๗๒	๗๗.๕๑

ที่มา : สำนักบริหารการเงิน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กันยายน ๒๕๕๙.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

๖. การพัฒนาการดำเนินการ

จากรายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ (๑ ตุลาคม ๒๕๔๘-๓๐ มิถุนายน ๒๕๔๙) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ได้มีการพัฒนาการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพหลายประการ กล่าวคือ

๑) การปรับงบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวใหม่ เพิ่มเป็น ๑,๖๕๙.๒๐ บาทต่อประชากร (จากที่เคยตั้งไว้เท่ากับ ๑,๒๐๒.๔๐ บาทต่อประชากรในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เป็น ๑,๓๐๘.๕๐ บาท ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ และ ๑,๓๙๖.๓๐ บาท ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘) โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่าย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในปีที่ผ่านมา

แนวคิดและหลักการของการพัฒนาคือ*

๑. เพื่อให้กองทุนสาขาได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

๒. ปกป้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญได้แก่ บริการกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินและบริการที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง

๓. เพิ่มประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย พิการ หรือสูญเสียชีวิต

โดยยึดหลักว่า งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่กองทุนสาขาจังหวัดต่างๆ จะได้รับต้องไม่ต่ำกว่าปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกันต้องกระตุ้นให้มีการเพิ่มประสิทธิผลการจัดบริการด้วย

ทั้งนี้ แนวทางจ่ายงบประมาณรายหัวแตกต่างจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ดังนี้

๑. การบริหารผู้ป่วยและระบบส่งต่อ (Disease Management and Managed Referral System) เป็นการเพิ่มประสิทธิผลการจัดบริการและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องรับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากผู้ป่วยมะเร็งโลหิต (Leukemia and Lymphoma) และโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางรายการ

๒. การจ่ายตามผลงานและโบนัส ตามความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (Performance Based Payment and Bonus for Better Achieved Coverage) เป็นการจ่ายค่าบริการตามปริมาณบริการ และอัตราราคาที่กำหนดแก่หน่วยบริการที่ให้บริการกลุ่มนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Non-UC Population ได้แก่ ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ)

* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เรื่องเดียวกัน.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

และจ่ายเพิ่มให้กับหน่วยบริการคู่สัญญาในการให้บริการกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามความครอบคลุมของบริการที่จัด

๓. การปกป้องผู้ป่วยที่ต้องการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (High Cost Services) เป็นการแยกจ่ายค่าอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมจากราคากลางกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เพื่อให้ราคาที่ชดเชยใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (Charge) โดยเพิ่มรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม และราคาที่จะจ่ายชดเชยเพื่อให้ใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ

๔. ยกเลิกเพดาน ๗๐๐ บาทต่อคะแนน ในการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วย นอกกรณีส่งต่อข้ามกองทุนจังหวัด กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นการให้ราคาต่อคะแนน ตามใช้จริง เพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าเพดานดังกล่าว

๕. การลดปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนของผู้มีสิทธิระบบต่างๆ ในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการปรับปรุงฐานข้อมูลผู้มีสิทธิอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ สามารถคงจำนวนผู้มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิกองทุนอื่น จากประมาณร้อยละ ๐.๐๓๓ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ เป็นร้อยละ ๐.๐๓๔ ในช่วงต้นปีงบประมาณ ๒๕๔๙ (ณ เดือนมกราคม ๒๕๔๙)

๖. โครงการพัฒนาการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐบาลจัดให้กับข้าราชการ ข้าราชการเกษียณ และบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย และเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการ ที่ผ่านมามีผู้มีสิทธิค่อนข้างจะพึงพอใจกับสวัสดิการที่ได้รับ แต่พบว่ายังมีปัญหาบางประการ ได้แก่

๖.๑ การที่ผู้มีสิทธิต้องจ่ายค่ารักษายาบาลไปก่อน กรณีที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงินแก่ข้าราชการชั้นผู้น้อยและครอบครัว ซึ่งปัญหานี้อาจส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังและต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๖.๒ การเบิกจ่ายในปัจจุบันมีต้นทุนในการดำเนินการเบิกจ่ายค่อนข้างสูง ประมาณ ๑๐๐ บาทต่อครั้ง หรือต้องมีค่าใช้จ่ายปีละกว่า ๔๐๐-๕๐๐ ล้านบาท

๖.๓ การจำกัดให้มีสิทธิใช้บริการได้เฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐมีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก ต้องใช้เวลาในการรอรับการรักษานาน โดยเฉพาะการรอห้องพิเศษ

๖.๔ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปีละกว่าร้อยละ ๑๐ และมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรสูงที่สุดในบรรดาโครงการประกันสุขภาพของรัฐ

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

๖.๕ การไม่ทราบจำนวนผู้มีสิทธิที่แน่นอน และไม่มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทำให้ยากต่อการวางแผนการควบคุมค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการ และคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ในฐานะผู้ดูแล จึงได้ดำเนินการร่วมกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ในการพัฒนาระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยในเดือนมีนาคม ๒๕๔๙ ได้มีการปรับปรุงข้อมูลผู้มีสิทธิของหน่วยงานต้นสังกัด และหน่วยเบิกทั่วประเทศรวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการทั่วประเทศดำเนินการปรับปรุงข้อมูลตนเอง โดยมีข้าราชการเข้ามาปรับปรุงข้อมูลตนเองทั้งสิ้น ๑๓๐,๒๙๖ ราย ทำให้ข้าราชการ ข้าราชการเบียดหวัด/บ้านาญ และบุคคลในครอบครัวสามารถไปใช้บริการผู้ป่วยนอก โดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และใช้บริการผู้ป่วยในได้โดยไม่ต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัดอีกต่อไป

๗) การตั้งศูนย์ข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider Center) โดยสามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ โทรสาร จดหมาย จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) หรือติดต่อด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายตอบสนองเรื่องทันที หรือภายใน ๗ วัน และยุติเรื่องภายใน ๓๐ วัน



ปีงบประมาณ ๒๕๕๐*

ผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ ในประเด็นหลักต่างๆ มีดังนี้

๑. ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ พบว่ามีผู้มีสิทธิมาขึ้นทะเบียนแล้ว ๔๖.๖๗ ล้านคน และเมื่อนับรวมกับผู้อยู่ในระบบประกันสังคม ๙.๕๔ ล้านคน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ๕.๑๓ ล้านคน และสิทธิประเภทอื่นๆ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ มีผู้มีหลักประกันสุขภาพเท่ากับ ๖๑.๖๓ ล้านคน ครอบคลุม

* ผู้เขียนสรุปจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ (๑ ต.ค.-๓๐ ก.ย. ๕๐), [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นข้อมูลจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_50_141105.pdf, สืบค้นข้อมูล ณ วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑. เวลา ๑๖.๓๐ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ร้อยละ ๙๘.๗๕ ของจำนวนประชากรทั่วประเทศ โดยประชากรที่มีสิทธิว่างลดลงจากเดือนกันยายนปี ๒๕๔๙ เหลือเพียง ๐.๗๘ ล้านคน และรอพิสูจน์สถานะ^๑ ๐.๘๙ ล้านคน

ตาราง ๒๖

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ
เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๙ และปีงบประมาณ ๒๕๕๐

ประเภท สิทธิประกันสุขภาพ	ปีงบประมาณ ๒๕๔๙* จำนวน(คน)	ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ จำนวน(คน)	เพิ่ม(ลด) จากปี ๒๕๔๙ ร้อยละ
รวมหลักประกันสุขภาพ (ความครอบคลุม: ร้อยละ)	๖๑,๐๓๖,๗๕๐ (๙๗.๘๒)	๖๑,๖๒๙,๒๒๙ (๙๘.๗๕)	๐.๙๗ (๐.๙๓)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๗,๕๔๒,๙๘๒	๔๖,๖๗๒,๖๑๓	-๑.๘๓
ประกันสังคม	๙,๒๐๐,๔๔๓	๙,๕๘๑,๗๔๑	๔.๑๔
สวัสดิการข้าราชการและ รัฐวิสาหกิจ	๔,๐๖๑,๒๒๐	๕,๑๓๒,๕๕๖	๒๖.๓๘
สิทธิทหารผ่านศึก	๑๒๒,๓๔๗	๑๓๑,๒๗๒	๗.๒๙
สิทธิครูเอกชน	๑๐๙,๗๕๘	๑๑๑,๐๔๗	๑.๑๗
สิทธิว่าง	๑,๓๕๗,๔๖๐	๗๗๙,๒๖๓	-๔๒.๕๙
บุคคลรอพิสูจน์สถานะ	๔๕๓,๗๔๐	๘๙๗,๓๗๑	๙๗.๗๗
ประชากร	๖๒.๓๙	๖๒.๕๐	๐.๐๒

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กันยายน ๒๕๕๐.

ข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๔๙* จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กันยายน ๒๕๕๐

หมายเหตุ : na หมายถึง ไม่มีข้อมูล

^๑ บุคคลรอพิสูจน์สถานะ หมายถึง บุคคลตาย หายสาบสูญ ไม่พบตัวตน เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนซ้ำซ้อน บัตรประชาชนไม่ถูกต้อง สิทธิคนไทยในต่างประเทศ และคนต่างด้าว

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

การลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ พบว่า ร้อยละ ๙๐.๒๗ ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลเอกชนร้อยละ ๔.๔๙ และร้อยละ ๕.๒๔ ตามลำดับ

ตาราง ๒๘

จำนวนสถานพยาบาลและจำนวนผู้ลงทะเบียนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๐

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรที่ ลงทะเบียน (ล้านคน)
สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๘๓๐	๖๙.๒๒	๔๒.๑๓ (๙๐.๒๗)
สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	๗๓	๖.๐๙	๒.๐๙ (๔.๔๙)
สถานพยาบาลเอกชน	๖๐	๕.๐๐	๒.๔๔ (๕.๒๔)
อื่น ๆ เช่น คลินิกอบอุ่น คลินิกเอกชน	๒๓๖	๑๙.๖๘	na
รวม	๑,๑๙๙	๑๐๐.๐๐	๔๗.๖๗

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กันยายน ๒๕๕๐.

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

จากข้อมูลของหน่วยบริการในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น ๑๑๖.๔๕ ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการ (Utilization Rate) เท่ากับ ๒.๗๕ ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนการให้บริการผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔.๒๙ ล้านราย คิดเป็นอัตราการรับไว้นอนในโรงพยาบาล (Admission Rate) เท่ากับ ๐.๑๐ ครั้งต่อคนต่อปี

ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าร้อยละ ๒.๕๑ สูงกว่าปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ร้อยละ ๓๔.๙๕

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ตารางที่ ๒๙

การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๐

รายการ		ปี ๒๕๔๙	ปี ๒๕๕๐
อัตราการรับบริการ (ครั้ง/คน/ปี)	ผู้ป่วยนอก	๒.๓๓	๒.๗๕
	ผู้ป่วยใน	๐.๐๙	๐.๑๐
จำนวนการใช้บริการ รวม	ผู้ป่วยนอก		
	- ล้านคน	๓๔.๘๙	๓๕.๖๖
	- ล้านครั้ง	๑๑๐.๘๙	๑๑๖.๔๕
	ผู้ป่วยใน		
- ล้านคน	๔.๓๒	๔.๒๙	
- ล้านวัน	๑๖.๙๑	๑๖.๓๘	

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กันยายน ๒๕๕๐.

ด้านคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล พบว่า มีสถานพยาบาลคู่สัญญาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA จำนวน ๓๙๖ แห่ง ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ร้อยละ ๑๑.๐๐

๓. การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิ

การรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ พบว่ามีประชาชนติดต่อสอบถามและร้องทุกข์ผ่านช่องทางต่างๆ ๘๐๖,๐๐๒ ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ร้อยละ ๓.๖๘ ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามข้อมูล โดยเป็นเรื่องร้องเรียนและเรื่องราวร้องทุกข์เพียงร้อยละ ๒.๓๘ โดยเรื่องร้องเรียนที่สามารถดำเนินการภายในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ร้อยละ ๙๖.๕๗ ซึ่งเห็นได้ชัดว่าหน่วยงานสามารถดำเนินการได้รวดเร็วขึ้น

๔. ความพึงพอใจของประชาชน

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ ของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ พบว่า ประชาชนที่ใช้บริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๓.๑๖ โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๘.๐๔ (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ร้อยละ ๕๖.๕๗ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๖.๕๐

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๐)

๕. การบริหารจัดการโครงการ

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเหมาจ่ายรายหัว ๑,๘๙๙.๖๙ บาทต่อคนต่อปี สำหรับการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ในภาพรวมมีการใช้เงินกองทุนไปร้อยละ ๑๐๐.๕๑ โดยสัดส่วนของงบเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ๔๑,๗๐๔.๔๗ ล้านบาท (ร้อยละ ๔๘.๑๓) รองลงมาคืองบค่าใช้จ่ายสูงและงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑๔ และร้อยละ ๑๓.๐๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓๐

การบริหารงบประมาณที่ได้รับจำแนกตามประเภทกองทุน ปีงบประมาณ ๒๕๕๐

กองทุน	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)	งบประมาณที่เบิกจ่าย	ร้อยละของ งบประมาณ ที่ใช้ไป
งบเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน	๔๑,๗๐๔.๔๗๕	๔๑,๗๐๔.๔๗๕	๑๐๐.๐๐
งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๘,๘๑๘.๕๕๐	๘,๘๑๘.๕๕๐	๑๐๐.๐๐
งบค่าใช้จ่ายสูง	๓,๔๕๙.๕๙๐	๓,๔๕๙.๕๙๐	๑๐๐.๐๐
งบอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	๒๓๙.๓๙๗	๒๓๙.๓๙๗	๑๐๐.๐๐
งบการแพทย์ฉุกเฉิน	๔๖๐.๖๖๐	๔๕๘.๒๖๓	๙๙.๔๘
งบฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ	๑๘๔.๒๖๔	๑๖๑.๓๕๘	๘๗.๕๗
งบลงทุนเพื่อการทดแทน	๖,๕๖๖.๗๐๘	๖,๑๐๓.๙๕๖	๙๒.๙๕
งบช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ มาตรา ๔๑	๒๔.๔๑๔	๔๘.๙๖๗	๒๐๐.๕๗
งบช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	๑๘.๔๒๖	๔.๑๕๙	๒๒.๕๗
งบพัฒนาคุณภาพบริการ	๙๒๑.๓๒๐	๙๒๑.๓๒๐	๑๐๐.๐๐
งบชดเชยค่าธรรมเนียม๓๐ บาท	๑,๑๑๐.๖๕	๑,๑๑๐.๖๕	๑๐๐.๐๐
งบฉุกเฉินพิเศษ	๒.๓๒๖	๒.๕๑๗	๑๐๘.๒๐
งบกองทุนเอดส์	๓,๘๕๕.๖๐๐	๓,๘๕๕.๖๐๐	๑๐๐.๐๐
รวมทั้งหมด	๖๗,๓๖๖.๓๘๕	๖๗,๔๓๔.๕๖๕	๑๐๐.๕๑

ที่มา : สำนักบริหารการเงิน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๕๐.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)



ปีงบประมาณ ๒๕๕๑

แนวคิดการบริหารงบประมาณ^๑

ความมุ่งหวังของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย คือการให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่การจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิได้หมายความว่า จะสามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการเสมอไป หากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขและกลไกในระบบประกันสุขภาพไม่ได้ถูกออกแบบอย่างเหมาะสมตามเป้าประสงค์ของระบบการคลังสุขภาพ การบริหารงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีส่วนสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว โดยเฉพาะรูปแบบการจัดสรร/จ่ายเงิน โดยต้องมีวัตถุประสงค์หลักคือ จัดให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรและให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว การบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๕๑ ในส่วนงบเหมาจ่ายรายหัว จึงประกอบด้วยกรอบแนวคิดหลัก ดังนี้

๑. การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Differential Capitation) ของประชาชน เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และเพียงพอในการจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

๒. การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยกำหนดระบบการจ่ายค่าบริการที่สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบการบริการในเขตพื้นที่ให้มีการจัดบริการสุขภาพอย่างครบถ้วน และให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายบางรายการเพื่อมิให้เป็นข้อจำกัดของหน่วยบริการในการให้บริการกับประชาชน

๓. การบริหารผู้ป่วยโรคเฉพาะ (Case Management of Special Disease and Services) สำหรับผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงมากและต้องได้รับบริการต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (Target Group Population) และ

^๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. แนวคิดการบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นข้อมูลจาก <http://budget51.nhso.go.th/>, วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ เวลา ๑๓.๔๕ น.

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ออกแบบการจัดบริการแบบครบวงจรตั้งแต่การคัดกรอง การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การป้องกันการกำเริบของโรค ตลอดจนกำหนดแนวทางการรักษาตามมาตรฐานเวชปฏิบัติที่กำหนด เพื่อให้สามารถประกันคุณภาพต่อการจัดบริการกับโรคที่เป็นปัญหาสำคัญต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยอย่างเหมาะสม ภายใต้การจัดระบบสนับสนุน โดยจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ จ่ายค่าบริการตามแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นธรรมตามมาตรฐานที่กำหนด ตลอดจนจัดระบบการส่งต่อ และกำหนดให้มีการติดตามกำกับเพื่อตรวจสอบมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพบริการ

๔. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามจังหวัด/เขตพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกพื้นที่จังหวัดที่ลงทะเบียนสิทธิ หรือประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปรับบริการผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด หรือจำเป็นต้องรับบริการผู้ป่วยในข้ามเขตพื้นที่ ได้รับบริการตามความจำเป็นที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยให้มีการบริหารการจ่ายที่ส่วนกลางสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่รับบริการนอกเขตพื้นที่จังหวัด รวมทั้งกำหนดอัตราการจ่ายสำหรับผู้ป่วยในที่รักษาพยาบาลนอกเขตพื้นที่เป็นการเฉพาะ

๕. การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากบริการดังกล่าวมีอุปสงค์น้อยและต้องมีการกระตุ้นให้มีการใช้บริการมากขึ้น การจ่ายงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการโดยตรง ไม่อาจสร้างแรงจูงใจให้มีการบริการบางกิจกรรมเท่าที่ควร ประกอบกับในแต่ละพื้นที่มีปัญหาด้านการส่งเสริมป้องกันที่ต้องเร่งรัดเป็นการเร่งด่วนที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงจัดให้มีการจ่ายให้กับจังหวัด/สาขาเขตพื้นที่/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับบริการที่เป็นปัญหาเฉพาะของจังหวัด/เขตพื้นที่ และการจ่ายโบนัสแก่หน่วยบริการตามผลงานและผลลัพธ์ เป็นการเพิ่มเติมจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว อันจะทำให้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการดังกล่าวเพิ่มขึ้นได้

๖. การสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ เพื่อให้หน่วยบริการมีบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรในการให้บริการ การจัดงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์และเสี่ยงภัย การจ่ายงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพบริการ และจ่ายเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ จะประกันได้ว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่เหมาะสม

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

โครงสร้างงบประมาณจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๑^๑

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราเหมาจ่าย ๒,๑๐๐ บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน ๔๖.๔๗๗ ล้านคน ทั้งนี้หากผลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก็สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมและจำเป็น

ตาราง ๓๑

การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ปี ๒๕๕๑

ประเภทบริการ	จำนวน (บาท)
บริการผู้ป่วยนอก	๖๔๕.๕๒
บริการผู้ป่วยใน	๘๔๕.๐๘
บริการส่งเสริมป้องกัน	๒๕๓.๐๑
บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ	๑๔๕.๒๖
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑๒.๐๐
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	๕.๐๐
งบซ่อมบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง	๑๔๓.๗๓
งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร/เสี่ยงภัย	๓๐.๐๐
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑ ^๒	ใช้งบคงเหลือ
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	๐.๕๐
งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ	๒๐.๐๐
สมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	๑.๐๐
งบเหมาจ่ายรายหัว (บาท/ประชากร)	๒,๑๐๐.๐๐

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. http://budget51.nhso.go.th/Fund_UC_2.aspx

^๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, แนวคิดการบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, [ข้อมูลออนไลน์] สืบค้นจาก <http://budget51.nhso.go.th/> วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ เวลา ๑๓.๔๕ น.

^๒ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

บทที่ ๔ มาตรการและการดำเนินงานในรอบ ๕ ปี (ปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐)

ผลกระทบจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากรายงานการศึกษาเบื้องต้น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) กรณีการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง ของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุข และเกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้

ผลกระทบด้านบวก ได้แก่

๑. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเสมอภาค
๒. การให้บริการเน้นเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ
๓. การประหยัดค่าใช้จ่าย การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จากการใช้ทรัพยากรร่วมกัน
๔. การเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา โดยการกำหนดมาตรฐานการรักษา มีการควบคุมการใช้ยาที่เหมาะสม
๕. การขยายบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
๖. การวางแผนกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้รับบริการ การพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้มากขึ้น สามารถรับการส่งต่อจากกลุ่มประกันสังคมและสถานพยาบาลขนาดเล็ก
๗. การประสานงานร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ
๘. มีความร่วมมือกับสถานพยาบาลในจังหวัดมากขึ้น
๙. มีการวางแผนพัฒนาระบบบริการ โดยยึดประชาชนผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
๑๐. มีการควบคุมต้นทุนการดำเนินงาน โดยลดการใช้จ่ายสาธารณสุขูปโภคมากขึ้น

ผลกระทบด้านลบ ได้แก่

๑. สถานพยาบาลขนาดใหญ่มีบุคลากรจำนวนมาก ต้นทุนบุคลากรสูง สถานพยาบาลหลายแห่งประหยัดงบประมาณโดยการลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ประชาชน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ
๒. สถานพยาบาลในพื้นที่ขาดแคลนที่จะถูกยกฐานะเป็นโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลทุติยภูมิหยุดชะงักเพราะขาดงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์และจ้างบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง



บทที่ ๕

บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) เป็นนโยบายสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมีการดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ส่งผลให้ประชาชนกว่าร้อยละ ๙๗ ของประชากรทั่วประเทศ มีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม และสร้างความเสมอภาคในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่บนหลักการว่า ความเจ็บป่วยที่รุนแรงของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นในช่วงใดของชีวิต การสร้างหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นการประกันว่าหากมีการเจ็บป่วยจนขาดรายได้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการรักษาในจำนวนมากเกินกว่าจะรับผิดชอบได้ การประกันสุขภาพจะช่วยลดความเสี่ยง (Risk) ทางการเงินที่เกิดขึ้น โดยถือเป็นสิทธิ (Right) ที่ประชาชนต้องได้รับจากรัฐ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วหน้า ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ (Universal Coverage) โดยยึดหลักความเท่าเทียมกัน (Equity) ไม่ว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมระดับใด ก็สามารถเข้าใช้บริการของรัฐได้โดยปราศจากข้อจำกัด โดยระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศ ล้วนมีจุดแข็ง และจุดอ่อนแตกต่างกัน แต่อยู่บนพื้นฐานของบริการที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่าย (Accessibility) สามารถใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ



บทสรุปของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะของการดำเนินการ เพื่อให้เกิดความ

การดำเนินการ
สร้างหลัก
ประกันสุขภาพ
ตั้งแต่ปี
๒๕๔๔-๒๕๕๐
ส่งผลให้
จำนวนผู้มี
หลักประกัน
สุขภาพเพิ่มขึ้น
อย่างรวดเร็ว
โดยปัจจุบัน
ประชากร
ร้อยละ ๙.๗๕
มีหลักประกัน
สุขภาพเมื่อ
เจ็บป่วย

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

เหมาะสม และสอดคล้องกับสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสภาวะทางสุขภาพของประชาชน ดังนี้

๑. ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

จากการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔-๒๕๕๐ นั้น เห็นได้ชัดว่า จำนวนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เพิ่มจำนวนอย่างก้าวกระโดดเฉลี่ยปีละ ๓-๕ แสนคน จากการขยายพื้นที่ดำเนินการอย่างรวดเร็ว และการพัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเร่งรัดการตรวจสอบบุคคลรอพิสูจน์สถานะ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ประชากรร้อยละ ๙๘.๗๕ มีหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ทุกรูปแบบ)

ตารางที่ ๓๒

สรุปความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพหลัก
เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และปีงบประมาณ ๒๕๕๐

ประเภท สิทธิประกันสุขภาพ	ประชากร : ล้านคน (ร้อยละ)				
	ปีงบประมาณ ๒๕๔๖	ปีงบประมาณ ๒๕๔๗	ปีงบประมาณ ๒๕๔๘	ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	ปีงบประมาณ ๒๕๕๐
รวมหลักประกันสุขภาพ	๕๙.๑๑๕ (๙๓.๐๑)	๕๙.๗๗๐ (๙๕.๔๘)	๖๐.๔๕๔ (๙๖.๒๕)	๖๑.๐๓๖ (๙๗.๘๒)	๖๑.๖๓๐ (๙๘.๗๕)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๕.๙๗๒ (๗๓.๕๘)	๔๗.๐๙๙ (๗๕.๒๔)	๔๗.๓๔๓ (๗๕.๓๗)	๔๗.๕๕๔ (๗๗.๘๙)	๔๖.๖๗๒ (๗๕.๗๘)
ประกันสังคม	๗.๙๘๑ (๑๒.๗๗)	๘.๒๓๗ (๑๓.๑๖)	๘.๗๔๑ (๑๓.๙๒)	๙.๒๐๐ (๑๕.๐๗)	๙.๕๘๑ (๑๕.๓๕)
สวัสดิการข้าราชการและ รัฐวิสาหกิจ	๔.๐๒๓ (๖.๕๕)	๔.๒๖๖ (๖.๘๑)	๔.๑๕๐ (๖.๖๑)	๔.๐๖๑ (๖.๖๕)	๕.๑๓๒ (๘.๒๒)
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	๔.๓๖๖ (๖.๙๙)	๒.๘๓๐ (๔.๕๓)	๒.๓๕๖ (๓.๗๕)	๑.๓๕๗ (๒.๒๒)	๐.๗๗๙ (๑.๒๕)
ประชากรทั้งประเทศ (ล้านคน)	๖๒.๔๘	๖๒.๖๐	๖๒.๘๑๑	๖๒.๓๙	๖๒.๔๑

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

ในระยะแรก สถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการมีเฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นต่อมาได้ขยายขอบข่ายไปสู่สถานพยาบาลรัฐเกือบทุกแห่ง และสถานพยาบาลเอกชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งต่อมาจำนวนสถานพยาบาลของรัฐทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มจำนวนขึ้น แต่ในขณะเดียวกันสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกลับมีจำนวนลดลง สาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากปัญหาความล่าช้าของระบบจ่ายเงิน ขณะที่สถานพยาบาลประเภทอื่น ๆ เช่น คลินิกอบอุ่น คลินิกเอกชนเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว

ตาราง ๓๓

สรุปจำนวนสถานพยาบาลและจำนวนผู้ลงทะเบียนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐

เครือข่ายสถานพยาบาล	จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน : ล้านคน				
	ปีงบประมาณ ๒๕๔๖	ปีงบประมาณ ๒๕๔๗	ปีงบประมาณ ๒๕๔๘	ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	ปีงบประมาณ ๒๕๕๐
สถานพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	๘๒๒ (๔๒.๒๐)	๘๐๙ (๔๒.๗๕)	๘๒๕ (na)	๘๒๖ (๔๓.๓๑)	๘๓๐ (๔๒.๒๕)
สถานพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	๗๑ (๑.๙๕)	๘๒ (๒.๐๘)	๗๔ (na)	๗๒ (๒.๑๖)	๗๓ (๒.๑๐)
สถานพยาบาลเอกชน	๘๘ (๑.๘๒)	๗๖ (๒.๒๖)	๖๓ (na)	๖๑ (๒.๐๗)	๖๐ (๒.๓๙)
อื่น ๆ เช่น คลินิกอบอุ่น		๑๒๕	๑๔๘	๑๙๖	๒๓๖
รวม	๙๘๑	๙๖๕	๑,๑๐๐	๑,๑๕๕	๑,๑๙๙

หมายเหตุ : na หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ทั้งนี้ หากมีสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวนมาก ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศจะทำให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ง่าย สะดวกขึ้น โดยครัวเรือนที่ยากจนได้รับประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าครัวเรือนที่มีฐานะดี และครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางและยากจน ได้รับประโยชน์ในการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่า

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

ครัวเรือนที่มีฐานะดีกว่า สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่มยากจนลดลงเมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๓*

สำหรับการใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่หน่วยบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๐ พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ ๓๕ ล้านคนต่อปี เฉลี่ยอัตราการให้บริการ (Utilization Rate) ๒.๕ ครั้งต่อคนต่อปี ยกเว้นช่วงเริ่มต้นโครงการในปี ๒๕๔๕ ที่มีผู้ใช้บริการสูงถึง ๔๑.๓๙๖ ล้านคนต่อปี ส่วนการให้บริการผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ป่วยใช้บริการประมาณ ๔-๔.๕ ล้านคนต่อปี คิดเป็นอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล (Admission Rate) ประมาณ ๐.๑ ครั้งต่อคนต่อปี

ตาราง ๓๔

การให้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๕๐

รายการ		ปีงบประมาณ					
		ปีงบประมาณ ๒๕๔๕	ปีงบประมาณ ๒๕๔๖	ปีงบประมาณ ๒๕๔๗	ปีงบประมาณ ๒๕๔๘	ปีงบประมาณ ๒๕๔๙	ปีงบประมาณ ๒๕๕๐
อัตรา การรับ บริการ ครั้ง/คน/ปี	ผู้ป่วยนอก	๒.๒๗	๒.๕๒	๒.๕๔	๒.๕๖	๒.๓๓	๒.๗๕
	ผู้ป่วยใน	๐.๐๘๕	๐.๐๘๗	๐.๐๙๒	๐.๐๙๖	๐.๐๙	๐.๑๐
จำนวน การใช้ บริการรวม	ผู้ป่วยนอก						
	- ล้านคน	๔๑.๓๙๖	๓๒.๕๓๘	๓๙.๖๖	๓๘.๒๑	๓๕.๘๙	๓๕.๖๖
	- ล้านครั้ง	๑๐๒.๙๕	๑๑๕.๐๑	๑๑๘.๖๕	๑๒๐.๘๘	๑๑๐.๘๙	๑๑๖.๔๕
	ผู้ป่วยใน						
- ล้านคน	๓.๘๓๖	๓.๙๘๙	๔.๓๒๙	๔.๕๓	๔.๓๒	๔.๒๙	
- ล้านวัน	๑๔.๙๓	๑๔.๕๖๔	๑๖.๘๓	๑๗.๘๙	๑๖.๙๑	๑๖.๓๘	

* กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ (กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๕๐), หน้า ๓๓๐.

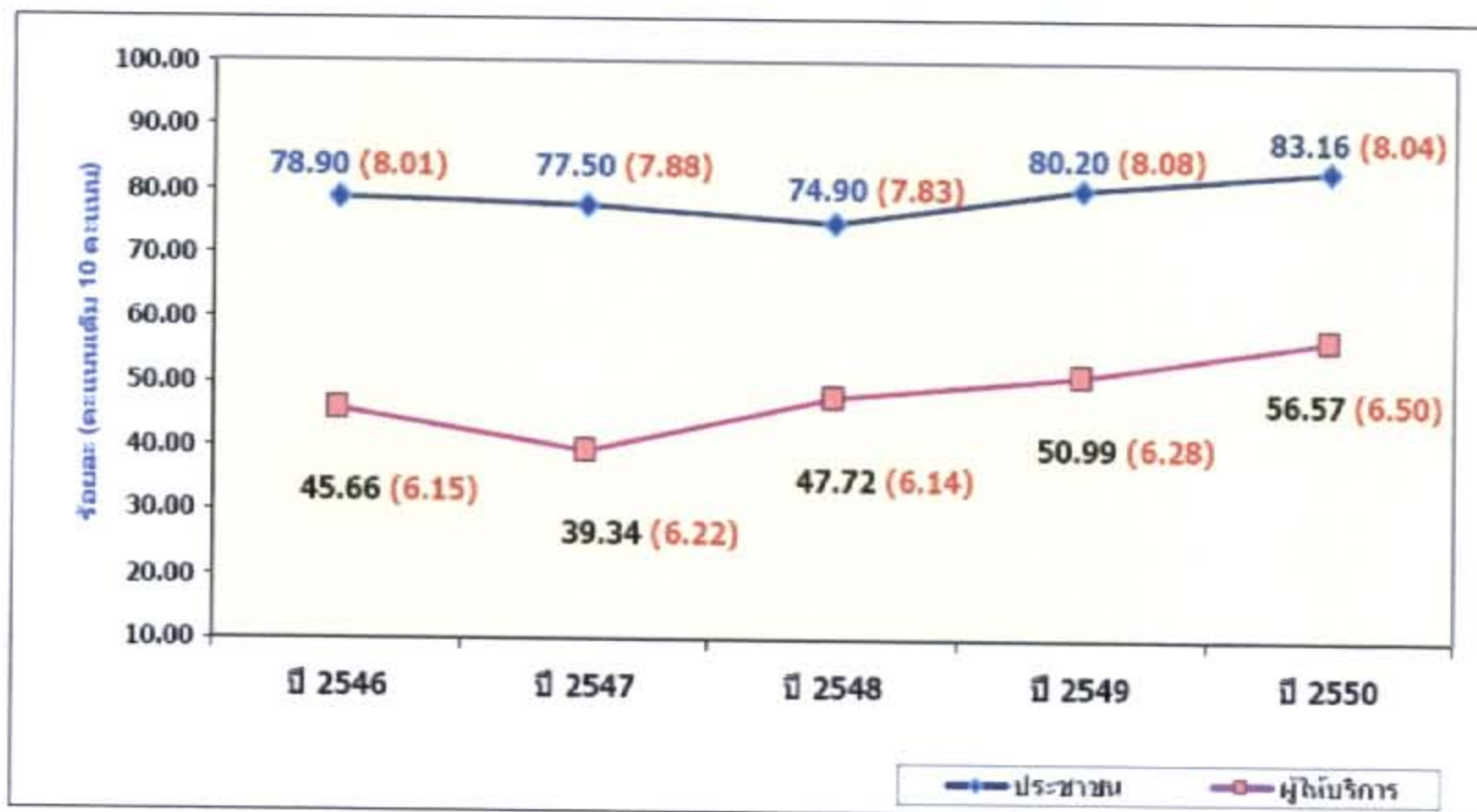
บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

๓. ความพึงพอใจของประชาชน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการที่ประชาชนมีความพึงพอใจค่อนข้างมากตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการ โดยผลสำรวจโดยองค์กรต่างๆ ค่อนข้างจะมีความสอดคล้องกัน กล่าวคือประชาชนมีความพึงพอใจมากกว่า ร้อยละ ๘๐ และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า “โครงการ ๓๐ บาท” เป็นนโยบายของรัฐบาล ที่ประชาชนมีความพึงพอใจมากที่สุด

แผนภาพ ๓

ความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๕๐



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม ๒๕๕๐.

๔. การบริหารจัดการโครงการ

การบริหารจัดการโครงการ พิจารณาจากโครงสร้างการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวประชากร (ผู้มีสิทธิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๕๐ พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริง ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มอื่น พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ กองทุนหลักประกัน

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

สุขภาพแห่งชาติได้รับงบประมาณทั้งสิ้น ๖๗,๓๖๖.๓๘ ล้านบาท คิดเป็นงบเหมาจ่ายรายหัว ๑,๘๙๙.๖๙ บาทต่อคนต่อปี

อย่างไรก็ตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ นี้ ยังน้อยกว่างบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงมาก โดยในปี ๒๕๔๘ มีงบประมาณเฉลี่ย ๗,๐๗๘ ต่อหัวต่อปี (อ้างอิงจากค่าใช้จ่ายรวมของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปี ๒๕๔๘ เท่ากับ ๒๙,๓๘๑.๒๑ ล้านบาท โดยกรมบัญชีกลางได้ประมาณการจำนวนผู้มีสิทธิไว้จำนวน ๗.๒๕ ล้านคน)

ตารางที่ ๓๕

การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว ปี ๒๕๔๖-๒๕๕๐

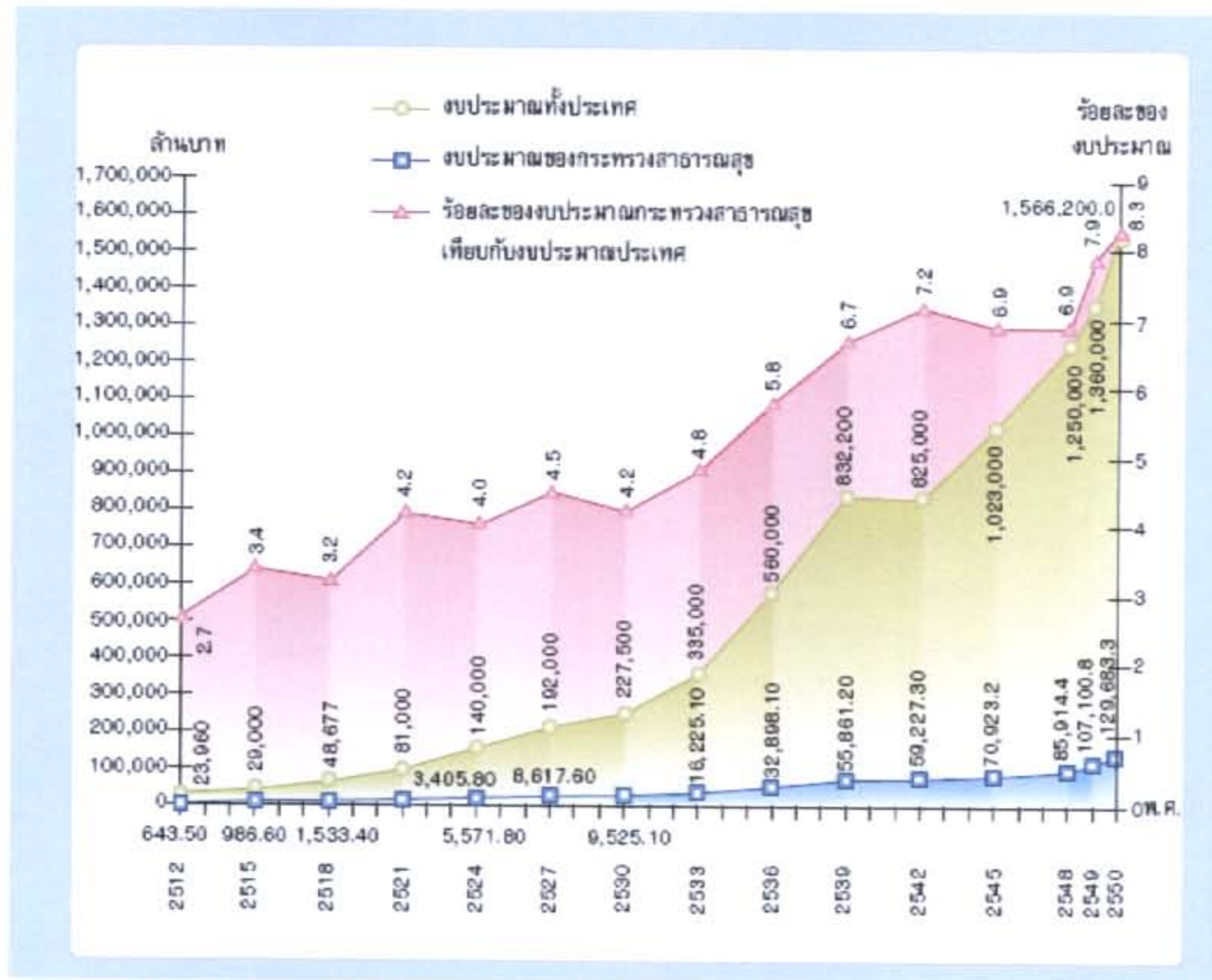
รายการ	งบประมาณ (บาท)				
	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗	ปี ๒๕๔๘	ปี ๒๕๔๙	ปี ๒๕๕๐
บริการผู้ป่วยนอก (OP)	๕๗๕	๕๘๘.๒	๕๓๓.๐๑	๕๘๕.๑๑	๖๔๕.๕๒
บริการผู้ป่วยใน (IP)	๓๐๓	๔๑๘.๓	๔๓๕.๐๑	๔๖๐.๓๕	๕๑๓.๙๖
บริการส่งเสริม ป้องกัน (PP)	๑๗๕	๒๐๖	๒๑๐	๒๒๔.๘๙	๒๔๘.๐๔
บริการอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (A&E)	๒๕	๑๙.๗	๒๔.๗๓	๕๒.๐๗	๕๑.๐๒
บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (High Cost)	๓๒	๖๖.๓	๙๙.๔๘	๑๙๐.๐	๒๐๙.๕๖
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	๖	๑๐	๖	๖	๑๐.๐
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	๕	-	๕	๕	๕
งบลงทุนเพื่อการทดแทน	๘๓.๕	๘๕	๗๖.๘	๑๒๙.๒๕	๑๔๒.๕๕
งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร		๑๐	๗.๐๗	๗	๓๐
จ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นมาตรา ๔๑		๕	๐.๒๐	๐.๕๓	๐.๕๓
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ					๐.๔๐
คุณภาพบริการ					๒๐.๐๐
ชดเชยยกเลิกค่าบริการรวม ๓๐ บาท					๒๔.๑๑
งบเหมาจ่ายรายหัว (บาท/ประชากร)	๑,๒๐๒.๔	๑,๓๐๘.๕	๑,๓๙๖.๓	๑,๖๕๙.๒	๑,๘๙๙.๖
จำนวนงบประมาณ (ล้านบาท)	๓๑,๓๓๘		๓๒,๕๗๒	๕๔.๔๒๘	๕๑.๗๐๔
จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ (คน)	๔๕.๖	๔๖.๘	๔๗.๐	๔๗.๗๕	๔๖.๐๗

ที่มา: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๐.

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

แผนภาพ ๔

งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ และสัดส่วนของงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับเปรียบเทียบกับทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๑๒-๒๕๕๐



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐.

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์ ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยที่กำหนดให้บุคคลต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ใน แต่ละครั้งที่เข้ารับบริการเป็น (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ง.) “ให้ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บในอัตราสามสิบบาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ โดยประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับ

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

ตั้งแต่วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นต้นไป” โดยส่งผลให้มีการตั้งงบประมาณเพื่อชดเชยการยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท สูงถึง ๑,๑๐๐ ล้านบาท ซึ่งเป็นสัดส่วนเงินงบประมาณร้อยละ ๑.๖๕ หรือมากกว่าเงินงบประมาณมากกว่างบประมาณที่ใช้เป็นงบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งบบริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ งบสำหรับเหตุฉุกเฉิน และจำเป็น และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการรวมกัน^๑

ปัญหาของการดำเนินโครงการ

๑. ความพอเพียงของงบประมาณ

เมื่อเริ่มต้นดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้คาดประมาณงบประมาณดำเนินโครงการ อัตราเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อประชากร โดยคำนวณจากข้อมูลผลการสำรวจอนามัยละสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยจากรายงานการศึกษาของนักวิชาการ ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ ต่อมาได้มีการปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่าย รายหัวตามอัตราแบบแผนการใช้บริการและต้นทุนต่อหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น^๒ เป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๓๐๘.๕ บาทในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ และเพิ่มเป็น ๑,๓๙๖.๓ บาท, ๑,๖๕๙.๒ บาท และ ๑,๘๙๙.๖๙ บาทในปีงบประมาณ ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๕๐ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มเป็น ๒,๑๐๐ บาทต่อประชากร

ทั้งนี้ การที่รัฐบาลได้อนุมัติงบประมาณในแต่ละปีต่ำกว่าความเป็นจริงในช่วงเวลาที่ผ่านมามีประกอบกับหลายพื้นที่มีประชากรผู้มีสิทธิมาลงทะเบียนสูงกว่าประมาณการไว้ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาการขาดทุนสะสม^๓ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๕๑ ได้มีการจัดสรรงบประมาณให้ใกล้เคียงกับรายจ่ายจริง เพื่อลดปัญหาดังกล่าว

^๑ อ้างอิงข้อมูลจากตาราง ๒๙ การบริหารงบประมาณที่ได้รับจําแนกตามประเภทกองทุน ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ที่ได้กล่าวถึงแล้วในหัวข้อผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๕๐

^๒ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, เรื่องเดียวกัน, ๒๕๕๙. หน้า ๑๓๕.

^๓ เรื่องเดียวกัน.

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

ตาราง ๓๕

งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากการคำนวณและได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ๒๕๕๕-๒๕๕๘

อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อคน)	ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘
ข้อเสนอจากคณะทำงาน	๑,๒๐๒	๑,๔๑๔	๑,๔๔๗	๑,๕๑๐
ข้อเสนอที่ควรจะเป็น ^๑ (ปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน)	๑,๓๑๘	๑,๓๙๔	๑,๖๐๐	๑,๕๑๐
งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	๑,๒๐๒	๑,๒๐๒	๑,๓๐๘	๑,๓๙๖
ส่วนต่าง	๑๑๕	๑๙๒	๒๙๒	๑๑๔
ความแตกต่างของงบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท) ^๒	๕,๑๙๖	๘,๖๒๒	๑๓,๑๓๙	๕,๑๓๐

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๒๕๕๘.

ในปี ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข^๑ ในขณะนั้น ได้ประกาศยกเลิกการเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ๓๐ บาทต่อครั้ง^๒ ทั้งที่โครงการนี้ยังมีปัญหาขาดทุนสะสม และจากรายงานวิจัยที่ผ่านมาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และนักวิชาการที่เสนอความคิดเห็นต่อโครงการ ล้วนมีความเห็นตรงกันว่า แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่มีความจำเป็น และตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน แต่การจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องและเพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริง อาจส่งผลกระทบต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และก่อให้เกิดภาระงบประมาณของประเทศในระยะยาวได้ ซึ่งผลจากการประกาศยกเลิกการเก็บค่าบริการพบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ รัฐต้องรับผิดชอบในการจ่ายงบประมาณชดเชยการยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์สูงถึง ๑,๑๑๐ ล้านบาทต่อปี และได้มีการเบิกจ่ายจริงเป็นจำนวนเงิน ๑,๑๖๘ ล้านบาท สูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ ในรายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^๓ ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการยกเลิกการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ ๓๐ บาทว่า อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบให้หน่วยบริการเอกชนลาออกจากโครงการ

^๑ รัฐบาลชุดที่ นายสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี

^๒ มีผลบังคับใช้วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ รายละเอียดดังที่ปรากฏในภาคผนวก

^๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๕๔.

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

ปัญหาการใช้บริการของประชาชนที่เพิ่มสูงขึ้น ภาระงานของบุคลากรในหน่วยบริการเพิ่มขึ้น และปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ ซึ่งในกรณีนี้มีความจำเป็นจะต้องศึกษาผลกระทบ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการยกเลิกการเก็บค่าบริการภายหลังต่อไป

๒. ปัญหาฐานข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิ

ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพในระยะแรก ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารทะเบียนกลาง (ข้อมูลทะเบียนราษฎร) หักจากข้อมูลผู้ประกันตน สำนักประกันสังคมและผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว ร่วมกับการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกสำรวจเพิ่มเติม ซึ่งต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้พัฒนาฐานข้อมูล เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนของผู้มีสิทธิดังกล่าวได้แล้ว โดยสามารถลดความซ้ำซ้อนจากร้อยละ ๑๑.๙๒ ในช่วงเริ่มต้นโครงการ ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เหลือเพียงร้อยละ ๐.๐๓ ในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๕๐

๓. ปัญหาสิทธิของประชากรกลุ่มต่าง ๆ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บัญญัติให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้ โดยไม่รวมถึงประชาชนที่มีสิทธิด้านการรักษายาบาลตามโครงการอื่น เช่น โครงการประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยพบว่ามีกลุ่มประชากรบางกลุ่มที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง ได้แก่

๓.๑ กลุ่มคนที่อาศัยในประเทศไทยแต่ไม่มีสัญชาติไทย ได้แก่ กลุ่มชาวเขาที่อาศัยในพื้นที่สูง ชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดนที่ไม่ได้รับสัญชาติจากเหตุผลเรื่องความมั่นคง คาดว่ามีประมาณ ๕ แสน-๑ ล้านคน ซึ่งเมื่อกลุ่มคนเหล่านี้เจ็บป่วยต้องเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลในพื้นที่แต่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาบาลได้ แต่สถานพยาบาลนั้น ๆ จำเป็น ต้องรักษาไว้ด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม โดยไม่มีงบประมาณรองรับ ทำให้ต้องจัดสรรเงินจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้โครงการประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณเพิ่มขึ้น^๑

^๑ ในประเด็นเกี่ยวกับการใช้สิทธิของกลุ่มคนที่อาศัยในประเทศไทยแต่ไม่มีสัญชาติไทย ตามรายงานประจำปี ๒๕๔๘ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เคยมีมติเมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๔๘ ครั้งที่ ๑/๒๕๔๘ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มดังกล่าวด้วย เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่อาศัยในประเทศไทยมานานและมีบทบาทในเชิงเศรษฐกิจ แต่คณะกรรมการกลับกรองเรื่องเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรี เห็นควรให้ชะลอเรื่องนี้ไว้ก่อน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความมั่นคง และทำให้รัฐต้องแบกรับภาระงบประมาณเพิ่มขึ้น ทำให้ปัญหานี้ยังคงอยู่ต่อไป

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

๓.๒ กลุ่มที่ย้ายถิ่น เช่น กลุ่มแรงงานก่อสร้าง กลุ่มรับจ้าง ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลที่มีภูมิสำเนาได้ ทำให้ประชากรไม่ได้รับการประกันสุขภาพทั้งที่มีสิทธิ ซึ่งหากมีการขอเปลี่ยนเขตที่ขึ้นทะเบียนก็จะสามารถใช้สิทธิได้ตามปกติ

๔. ขนาดประชากรบางพื้นที่ยังไม่เหมาะสม

จากการที่มีการกำหนดประชากรต่อหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ ประมาณ ๓,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ คน ซึ่งสามารถปรับได้ตามลักษณะพื้นที่ ส่งผลให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งได้รับการจัดสรรประชากรที่ไม่เท่ากัน โดยสถานพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรประชากรน้อยจะเกิดปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน หรือบางสถานพยาบาลมีคู่สัญญาหลักมากกว่า ๑ แห่ง จะมีปัญหาความยุ่งยากในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามมา

๕. สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการน้อย

การที่สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการน้อย นอกจากจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังส่งผลให้ขาดการแข่งขันในเชิงคุณภาพอีกด้วย

๖. บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ

การดำเนินโครงการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพกำหนดให้สถานพยาบาลปฐมภูมิต้องมีแพทย์ประจำอย่างน้อย ๑ คน เพื่อให้การให้บริการในระดับต้นมีคุณภาพ แต่พบว่าสถานพยาบาลระดับต้นยังขาดแคลนแพทย์ และการดำเนินโครงการนี้ได้ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น จึงส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยจากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ช่วงระยะแรกของการดำเนินโครงการ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ - มีนาคม ๒๕๔๖ มีแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขลาออกกว่า ๕๕๐ คน เพิ่มขึ้นจากเดิม ที่มีแพทย์ลาออกเฉลี่ย ๒๐๐ คนต่อปีเท่านั้น โดยผลการสำรวจนี้ คาดว่า การที่อัตราการลาออกของแพทย์เพิ่มขึ้น สามเหตุมาจากแพทย์ต้องทำงานมากขึ้นจากปริมาณผู้ป่วยที่มีเพิ่มขึ้น ขณะที่ค่าตอบแทนของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เท่าเดิมจากความจำกัดของงบประมาณ

อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของการลาออกของแพทย์ที่แท้จริงในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่า ปรากฏการณ์การลาออกของแพทย์ ไม่อาจจะระบุได้ชัดเจนว่าเป็นผลกระทบจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงประการเดียว เนื่องจากยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันกับ

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

โครงการด้วย เช่น ภาวะการเติบโตของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน การขยายตัวของเศรษฐกิจ สังคม และกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นต้น^๑

บทวิเคราะห์และนำเสนอทิศทางโครงการ

การจัดระบบบริการสาธารณสุขในระยะแรก ประเทศไทยใช้แนวคิดสวัสดิการสังคม คือ การที่รัฐบาลจัดบริการสาธารณสุขให้ฟรีแก่ประชาชนบางกลุ่ม ในลักษณะ “นโยบายการประชาสงเคราะห์” ที่เน้นช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส ต่อมารัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้เสนอโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการเพื่อสร้างหลักประกันทางสุขภาพแก่ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันและขาดโอกาสด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐาน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น

ทั้งนี้หากวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการนำทฤษฎีหลายกระแส มาอธิบายความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย สามารถอธิบายได้ว่า ความสำเร็จของโครงการนี้น่าจะเกิดจาก^๒

๑. กระแสนโยบาย (Policy Stream) คือมีการทำงานของนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องยาวนาน ตั้งแต่ปี ๒๕๓๖ เพื่อหาวิถีทางแก้ปัญหา และผลักดันนโยบาย โดยมีการปรับนโยบายในการแก้ปัญหาหลายครั้ง เพื่อให้เกิดการยอมรับจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง นักการเมืองและสาธารณชน

๒. กระแสปัญหา (Problem Stream) คือการที่ประชาชนขาดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จนทุกฝ่ายยอมรับว่าเป็นปัญหาที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง โดยการเกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจที่ทำให้รายได้ของประชาชนลดลงอย่างรวดเร็ว และการนำเสนอสภาพปัญหาในระบบสุขภาพในขณะนั้น ขององค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ต่างๆ นับเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญกับการให้สิทธิรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ตามแนวคิดหลักประกัน

^๑ ทักษิณ ชินวัตร, การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Policy recommendation on geographical of physician's distribution under universal coverage health Insurance), (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๑๙.

^๒ กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ (กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๕๐), หน้า ๓๘๕.

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

สุขภาพถ้วนหน้า จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา ความไม่เท่าเทียม ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

๓. กระแสการเมือง (Political Stream) คือ การเปลี่ยนแปลงรัฐบาล และการที่พรรคการเมืองในขณะนั้นให้การสนับสนุน และนำเสนอเป็นนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในขณะนั้น

โดยสถานการณ์การเลือกตั้งในปี ๒๕๔๔ เป็นสถานการณ์ที่เปิดหน้าต่างทางนโยบาย (Policy Window) ให้เกิดขึ้นในสังคมอย่างเป็นรูปธรรม มีผู้นำรัฐบาลในขณะนั้นเป็นผู้ผลักดันนโยบาย (Policy Entrepreneur หรือ Advocacy) กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วน (Policy Agenda) ที่มีกรอบประเด็น และระยะเวลาในการดำเนินการอย่างชัดเจน ทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นในสังคมไทยได้อย่างเป็นรูปธรรมในที่สุด ซึ่งสถานะของโครงการในปัจจุบันสามารถดำเนินการได้เองโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์และเสนอทิศทางของโครงการหลักประกันสุขภาพใน ๒ มิติหลัก ดังนี้

๑. มิติด้านการบริหารโครงการ

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาด้านความไม่เพียงพอของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งมีการปรับเพิ่มขึ้นทุกปีตามการเปลี่ยนแปลงอัตราการใช้บริการ แบบแผนการให้บริการ และต้นทุนต่อหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ หากการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัว คุณภาพบริการจะลดลง อัตราการใช้สิทธิต่ำลง มีการข้ามขั้นตอนการบริการมากขึ้น คริวเรือนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น และสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ จะไม่สามารถอยู่รอดทางธุรกิจและอยู่ในโครงการได้ ซึ่งการจะกำหนดอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสมกับต้นทุนและอัตราการให้บริการ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม จำเป็นต้องมีข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง เพียงพอในการตัดสินใจ

ทั้งนี้ ปัญหาการจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ข้อมูลที่นำมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระยะแรก มาจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการจัดเก็บและประมวลผลนาน ทำให้ข้อมูลที่ได้รับขาดความเป็นปัจจุบัน ทำให้ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ผ่านมาต่ำกว่าความเป็นจริง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ได้แก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวโดยใช้เทคนิคการพยากรณ์ (Forecast) เพื่อให้ได้ข้อเสนออัตราเหมาจ่าย

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

รายหัวใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น^๑ ส่งผลให้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ

สำหรับการจัดสรรงบประมาณให้กับโครงการ ในระดับที่เพียงพอต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับนั้น ได้มีการวิจัยเรื่อง “วิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เสนอให้มีการดำเนินการใน ๒ แนวทางคือ^๒

แนวทางที่ ๑ การลดค่าใช้จ่ายด้วยการโยกย้ายผู้มีสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท) ไปยังสวัสดิการรักษายาบาลโครงการอื่น

แนวทางที่ ๒ การหารายได้เข้าเพิ่มมากขึ้น เช่น การเก็บภาษีบางประเภทเพิ่มเติม หรือการให้ประชาชนบางกลุ่มมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น

แนวทางที่ ๑ การลดค่าใช้จ่ายด้วยการโยกย้ายผู้มีสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท) ไปยังสวัสดิการรักษายาบาลโครงการอื่น

เป็นการลดค่าใช้จ่าย ด้วยการโยกย้ายผู้มีสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท) ไปยังสวัสดิการรักษายาบาลโครงการอื่นที่ให้ความคุ้มครองไม่น้อยกว่า ๓๐ บาท หรือการขยายโครงการประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานภาคเกษตร หรือขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับผู้ประกันตนที่เกษียณอายุแล้ว หรือการเพิ่มทบบังคับให้กองทุนผู้ประสบภัยจากรถหรือบริษัทประกันภัยรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามพันธะแห่งสัญญา ช่วยจะช่วยลดภาระด้านการเงินลงได้

หากพิจารณาความพร้อมของสำนักงานประกันสังคม พบว่า งบประมาณที่สำนักงานประกันสังคมจัดสรรไว้สำหรับการรักษายาบาลเท่ากับร้อยละ ๒.๖๔ ของค่าจ้าง แต่การใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลนั้น มีเพียงร้อยละ ๒ ของค่าจ้าง แสดงว่ายังมีงบประมาณเหลือเพียงพอที่จะขยายสวัสดิการถึงผู้พึงพิง โดยสำนักงานประกันสังคมอาจได้รับเงินสมทบเพิ่มจากรัฐในการขยายความคุ้มครองสู่ผู้พึงพิงในอัตราร้อยละ ๕ ของค่าจ้างเฉลี่ย เพื่อให้สำนักงานประกันสังคมมีสถานภาพทางการเงินที่มั่นคงขึ้น

^๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๓๕.

^๒ สรุปจากงานวิจัยของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, โครงการวิจัย วิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Extra funding for universal healthcare coverage) (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๘) ซึ่งในชุดโครงการวิจัย การจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

แนวทางที่ ๒ การหารายได้เข้าเพิ่มมากขึ้น เช่น การเก็บภาษีบางประเภทเพิ่มเติม หรือ การให้ประชาชนบางกลุ่มมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น

เป็นการดำเนินการเพื่อให้รัฐบาล earmark บางส่วนหรือทั้งหมดของรายได้เพื่อสนับสนุน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การเก็บภาษีบางประเภทเพิ่มเติม หรือการให้ประชาชน บางกลุ่มมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น โดยรัฐสามารถจัดเก็บรายได้จากภาษีอากรในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ประมาณ ๙ แสนล้านบาท เป็นรายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่ม ๒.๔๒ แสนล้านบาท รายได้จากภาษี สรรพสามิตของบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ ๗.๕ หมื่นล้านบาท และภาษีสรรพสามิต น้ำมัน ๕.๙ หมื่นล้านบาท ซึ่งรายได้เหล่านี้รัฐมีแผนที่จะนำไปใช้จ่ายในโครงการต่างๆ อยู่แล้ว ดังนั้น หากรัฐต้องการหารายได้เพิ่มเติมอุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจ จำเป็นต้องหาแนวทางเพิ่มภาษี ซึ่งภาษีที่ได้รับความสนใจมีทั้งภาษีบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิง และภาษีมูลค่าเพิ่ม

ตาราง ๓๗

รายได้จากภาษีบางประเภท (ล้านบาท)

ภาษี	ปี ๒๕๔๔	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	๑๐๐,๘๑๓	๑๑๐,๑๔๙	๑๒๒,๒๓๙	๑๐๕,๙๗๓
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	๑๕๒,๗๓๑	๑๖๓,๘๖๑	๒๑๖,๐๒๘	๒๒๙,๕๒๑
ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒๑๖,๐๙๕	๒๓๕,๑๔๐	๒๗๓,๖๒๓	๒๔๒,๒๖๕
ภาษีน้ำมันเชื้อเพลิง	๖๕,๖๕๙	๖๘,๗๑๕	๗๕,๕๐๘	๕๘,๖๖๙
ภาษียาสูบ	๓๒,๔๕๘	๓๒,๗๕๓	๓๓,๐๙๑	๒๗,๙๑๔
ภาษีสุรา	๑๑,๖๗๙	๒๔,๘๘๖	๒๔,๙๑๐	๑๘,๕๔๗
ภาษีเบียร์	๓๐,๙๙๐	๒๙,๘๐๘	๓๙,๘๑๗	๓๐,๓๙๓
ภาษีเครื่องดื่ม	๘,๑๐๕	๗,๙๐๑	๘,๘๔๔	๗,๐๑๐
รวมรายได้สุทธิ	๗๙๑,๐๐๓	๘๙๖,๗๐๖	๑,๐๕๙,๘๔๗	๙๐๓,๒๘๒

ที่มา : กระทรวงการคลัง

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

โดยมีการศึกษา กรณีขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาษีบุหรี่^๑ ต่อประชาชน โดยพิจารณาจากผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างราคา พบว่าจะทำให้ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบกับสินค้าชนิดอื่นมีราคาสูงขึ้น ผู้บริโภคจะบริโภคสินค้าชนิดอื่นเพิ่มมากขึ้นและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ทั้งนี้ หากพิจารณาประเทศไทยว่าเป็นตลาดสินค้าที่เป็นตลาดแข่งขันสมบูรณ์ ราคาและปริมาณการบริโภคสินค้าจะขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่นของอุปสงค์ ในกรณีที่มีสินค้าหลายชนิดผลของการขึ้นภาษีสินค้าชนิดหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปริมาณการบริโภคสินค้าอื่น ๆ ด้วย เช่น การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ผู้บริโภคหันไปสูบบุหรี่แทนก็ได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่เป็นสินค้าทดแทนกัน (Substitute Goods) หรือการขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้คนสูบบุหรี่ลดลง หรือเรียกว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่เป็นสินค้าใช้ร่วมกัน (Complementary Goods) ดังนั้น การศึกษาค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคสินค้าและค่าความยืดหยุ่นไขว้ จะช่วยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการบริโภคของประชาชนได้ โดยมีงานวิจัยของ อิศรา ศานติศาสน์ (๒๕๕๖) พบว่า บุหรี่ที่ผู้บริโภคนิยมในปัจจุบัน ร้อยละ ๔๖ เป็นบุหรี่ที่ไม่มีสลาทถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นบุหรี่หนีภาษี ขณะที่ ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (๒๕๓๒) พบว่า ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคบุหรี่สูงกว่า นัยที่ค้นพบ คือ ภาษีบุหรี่อาจไม่เป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้นักในการลดการบริโภคบุหรี่ หรือเพิ่มรายได้ เช่นเดียวกับค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในกรณีที่รัฐต้องการหาเงินเพิ่มเติมจากการขึ้นภาษีสินค้า พบว่า ถ้าต้องการเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิต จำนวน ๒.๕ หมื่นล้านบาทในปี ๒๕๕๒ แล้ว จะต้องขึ้นภาษีสรรพสามิตแอลกอฮอล์ จากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ ๔๐ และถ้าต้องการเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิตจำนวน ๔.๕ หมื่นล้านบาทในปี ๒๕๕๒ แล้ว จะต้องขึ้นภาษีสรรพสามิตแอลกอฮอล์จากน้ำมันเชื้อเพลิงจากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ ๓๐ อย่างไรก็ดี การขึ้นภาษีสรรพสามิตจากบุหรี่ไม่ได้มีผลให้รายได้ของรัฐเพิ่มมากขึ้นอย่างที่หลายฝ่ายคาดการณ์ กล่าวคือ การขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของบุหรี่จากปัจจุบันอีกร้อยละ ๗๐ จะทำให้รายได้จากภาษีสรรพสามิตเพิ่มขึ้นประมาณ ๒ หมื่นล้านบาทในปี ๒๕๕๒ ทั้งนี้เนื่องจาก การบริโภคบุหรี่ที่เสียภาษีที่ถูกกฎหมายนั้น มีค่าความยืดหยุ่นของราคาสูง และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ซื้อบุหรี่ที่ไม่เสียภาษี ดังนั้น ภาษีบุหรี่จึงไม่เป็นเครื่องมือที่ดีในการหารายได้เพิ่ม แต่คาดว่าจะลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้บ้างเท่านั้น ส่วนการขึ้นภาษี มูลค่าเพิ่มในอัตราร้อยละ ๑๐ จะทำให้รายได้จากภาษีมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้น ๑.๔-๒.๐ แสนล้านบาท

^๑ วรารณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, เรื่องเดียวกัน.

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

บาท ต่อปีในช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒ โดยการขึ้นอัตราภาษีนั้น ไม่จำเป็นต้องเลือกขึ้นอัตราภาษีของสินค้าอย่างใดอย่างหนึ่ง รัฐสามารถขึ้นอัตราภาษีจากภาษีหลายประเภทได้ในขณะเดียวกัน ทั้งนี้ทำได้โดยประมาณให้ได้ผลรวมของรายรับเพียงพอต่อการบริการสาธารณะที่จะต้องจ่ายเงินเพิ่มเติมซึ่งภายใต้โครงสร้างภาษีของประเทศไทยนั้น รัฐสามารถหารายได้เพิ่มเติมด้วยการขึ้นภาษีสินค้าประเภทบันเทิง น้ำมันเชื้อเพลิง และเครื่องนุ่งห่ม ส่วนการขึ้นภาษีสินค้าชนิดอื่น โดยเฉพาะภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะยิ่งทำให้ราคาสัมพัทธ์บิดเบือนขึ้น และทำให้การจัดสรรทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจด้อยประสิทธิภาพลงไปอีก ซึ่งจะส่งผลต่อสวัสดิการสังคม

การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์ ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ มงคล ณ สงขลา) ในขณะนั้น อ้างเหตุผลว่าเก็บเงินได้น้อยและเป็นภาระยุ่งยากของเจ้าพนักงานลงบัญชี พร้อมกันนั้นได้เสนอให้รัฐบาลเพิ่มรายจ่ายอุดหนุนรายหัว เป็น ๒,๐๘๙ บาทต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตามในระยะแรกของการดำเนินโครงการ ได้มีนักวิชาการ และสถาบันวิจัยหลายแห่ง เช่น สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้เสนอความเห็นว่ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่ใช้งบประมาณในการดำเนินงานสูง ดังจะเห็นได้จากตัวเลขต้นทุนต่อครั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับสถานีนอามัยในภาพรวมเท่ากับ ๖๓.๘ บาทต่อครั้ง หากเป็นโรงพยาบาลจะเพิ่มเป็น ๓๑๒ บาทต่อครั้ง และต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยในต่อครั้งของการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ ๒,๘๕๐ บาท^๑ ซึ่งการที่ประชาชนผู้รับบริการจ่ายค่าบริการ ๓๐ บาทต่อครั้ง น่าจะทำให้รายรับเพิ่มขึ้น ๓,๐๐๐ ล้านบาท^๒ ประกอบกับจากการสำรวจความพึงพอใจต่อบริการตามโครงการที่ผ่านมา ประชาชนมีความพึงพอใจในการรับบริการในระดับสูง สูงกว่าร้อยละ ๙๐ และเมื่อถามถึงความพร้อมในการร่วมจ่าย หากมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น พบว่าประชาชนพร้อมจะจ่ายหากมีการบริการที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การที่รัฐบาลประกาศยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมการให้บริการ โอกาสที่จะกลับมาเรียกเก็บค่าธรรมเนียมอีกครั้งย่อมเป็นไปได้ยาก หรือแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยโดยเฉพาะในระบอบประชาธิปไตยที่รัฐบาลจะมาจากความนิยมของประชาชน

^๑ สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ, “ผลการดำเนินงานสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้า”, รายงานประจำปี ๒๕๔๙ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ, ๒๕๕๐), หน้า ๕๒-๕๓.

^๒ คิดจากจำนวนผู้ใช้บริการเฉลี่ย (นับเฉพาะผู้ป่วยนอก) ประมาณ ๑๑๐ ล้านครั้งต่อปี

บทที่ ๕ บทสรุปและวิเคราะห์โครงการหลักประกันสุขภาพ

๒. มิตিদ้านสาธารณสุข

การที่โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) โดยการเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk Pooling) ของผู้ป่วยที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก กรณีเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยรัฐเข้ามาดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ทั้งหมด อาจส่งผลให้รัฐต้องหาวิธีการจัดเก็บภาษีบางประเภทเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสถานะการคลังสาธารณะในระยะยาวได้ ประกอบกับการที่ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่ายจะช่วยไม่ให้เกิดภาวะการใช้บริการเกินความจำเป็น

ทั้งนี้ ภายหลังจากเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมบริการทางการแพทย์แล้ว เห็นได้ชัดว่าตัวเลขการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยจากในปั๊บบประมาณ ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นกว่าในปั๊บบประมาณ ๒๕๔๙ อย่างเห็นได้ชัด* ทำให้เชื่อได้ว่าภาวะการใช้บริการเกินความจำเป็นนี้ อาจจะเป็นภาระแก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ และสถานพยาบาลในระยะยาวได้

ทั้งนี้ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ โดยมี Career path ชัดเจน รวมทั้งแรงจูงใจอื่นๆ ให้เพียงพอ เหมาะสมต่อบุคลากรทางการแพทย์ประเภทต่างๆ เพื่อจูงใจให้อยู่ในระบบบริการภาครัฐมากขึ้น ควบคู่กับการวางแผนผลิตบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นเพื่อรองรับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต โดยอาจร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเข้าใจปัญหาในระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถรักษาความมีคุณภาพของการบริการสาธารณสุขไว้ได้

* รายละเอียดของข้อมูล แสดงในบทที่ ๔ ตารางที่ ๒๔ การใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๐

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมประชาสัมพันธ์. (๒๕๓๐). แผนประชาสัมพันธ์แม่บท (๒๕๒๙-๒๕๓๔).
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศูนย์สงเคราะห์และฝึกอาชีพสตรีภาคกลาง.
- _____. (๒๕๒๒). ความมั่นคงทางสังคมและการประกันสังคม เอกสารลำดับที่ ๓๔
 เล่มที่ ๑/๒๕๑๔. นนทบุรี: โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด.
- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานของคณะรัฐมนตรี ตามแนวนโยบาย
 พื้นฐานแห่งรัฐและนโยบายรัฐบาล รัฐบาลพันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ปีที่ ๑
 (๒๓ มีนาคม ๒๕๔๘-๒๓ มีนาคม ๒๕๔๙) ในมาตราที่เกี่ยวข้องกับกระทรวง
 สาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
- เกษม วัฒนชัย และคณะ. (๒๕๔๗). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุมมองที่ต้องเติม.
 พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ. (๒๕๓๔). “แผนพัฒนาสวัสดิการสังคม
 และสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ”. เอกสารทางวิชาการ ลำดับที่ ๒๕๗ เล่มที่
 ๑๘/๒๕๓๔.
- คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๔๒). โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค:
 การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง.
 สนับสนุนโดย สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- จเร วิชาไทย. (๒๕๔๒). รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษา
 ประเทศออสเตรเลีย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิราลักษณ์ จงสถิตย์มั่น. (๒๕๓๕). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสังคมสงเคราะห์.
 เอกสารประกอบการบรรยาย. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, บรรณาธิการ. (๒๕๔๔). ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
 เอกสารประกอบการประชุมเชิงนโยบาย หลักประกันสุขภาพไทย: ทิศทางในวันนี้
 สู่วันหน้า. วันพฤหัสบดีที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ
 เอกสารอัดสำเนา.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิชช เกษมทรัพย์. (๒๕๔๒). การประกันสุขภาพภาคเอกชน:
 ประสบการณ์ของต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.

- ประทีป ธนกิจเจริญ. (๒๕๕๖). บทบาทหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใต้
บริบทการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. เอกสารประกอบการบรรยาย.
- นักศึกษาหลักสูตรการปฏิบัติการจิตวิทยาฝ่ายอำนวยการ รุ่นที่ ๔๙ คณะ ๑. (๒๕๕๑).
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย:โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค.
เสนอ สถาบันจิตวิทยาความมั่นคง กองบัญชาการทหารสูงสุด.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (๒๕๕๑). เศรษฐศาสตร์การเมือง (เพื่อชุมชน) ฉบับที่ ๗
คนจนไทยในภาวะวิกฤติ. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิสันเพรสโปรดักส์ จำกัด.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (๒๕๓๘). “ทรัพยากรมนุษย์กับสวัสดิการสังคม”. การพัฒนา
ทรัพยากรมนุษย์ในประเทศไทย ตอนที่ ๖. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ฐิติมา ชูเชิด และรัชชานา พงศาปาน. (๒๕๕๐). โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:
การประเมินผลเพื่อความยั่งยืนของโครงการ. เอกสารรายงาน.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (๒๕๕๔). การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Policy Recommendation on Geographical of
Physician’s Distribution under Universal Coverage Health Insurance).
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (๒๕๕๓). รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ:
กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสงครามชัย ลีทองดี. (๒๕๕๐). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข.
พิมพ์ครั้งที่ ๗. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (๒๕๕๔). โครงการวิจัยวิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Extra Funding for Universal Healthcare
Coverage). สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง. (๒๕๕๕). ถ้วนหน้าหรือช่วยคนจน เส้นทางสู่
อนาคต ของโครงการ ๓๐ บาท. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: แสงสว่างเวิลด์เพรส
- ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (๒๕๓๕). ระบบความมั่นคงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. (๒๕๕๒). ระบบประกันสุขภาพของ
ประเทศไทย มองบทเรียนต่างประเทศในระยะเปลี่ยนผ่าน ๒๕๕๔. มปท.

- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (๒๕๔๙). ผลกระทบของโครงการ ๓๐ บาทฯ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๓๙). การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์. แปลจาก AFFordable Health Care. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” วันที่ ๑-๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๓๙ โรงแรมรอยัลลอร์ดคิดเซอราตัน กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (๒๕๔๓). รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศเยอรมัน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. (๒๕๕๐). “ผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย”. วารสารระบบสาธารณสุข ปีที่ ๑, ฉบับที่ ๑ (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๐, หน้า ๔๗-๖๒).
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (๒๕๔๓). รายงานการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสิงคโปร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (๒๕๔๔). ระบบประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก ๑๐ ประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (๒๕๔๕). ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุมาลี ปิตยานนท์. “การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านการศึกษาและการฝึกอบรม” ใน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในประเทศไทย ตอนที่ ๓. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล. (๒๕๔๘). ต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สนับสนุนโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ไสว พรหมณี. (๒๕๓๖). สาส์นจากอธิบดีถึงเพื่อนข้าราชการและเจ้าหน้าที่กรมประชาสงเคราะห์. นิตยสารกรมประชาสงเคราะห์. กันยายน - ตุลาคม ๒๕๓๖.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (๒๕๔๔). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (๒๕๔๗). รายงานการวิจัย เรื่อง ศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ต่อสังคมไทย (สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ). กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์.

- สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๔๗). **ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ลงวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๔๗. ที่ นร ๑๑๑๗/๑๓๕.**
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๙). **ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานประจำปี ๒๕๔๘. เอกสารอัดสำเนา.**
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๖). **ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (๑ ต.ค. ๒๕๔๕-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๖).** [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_46_141105.pdf. วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘. เวลา ๑๐.๓๐ น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๗). **ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (๑ ต.ค. ๒๕๔๖-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๗).** [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_47_141105.pdf. วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘. เวลา ๑๐.๐๐ น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๘). **ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ (๑ ต.ค. ๔๗-๓๐ ก.ย. ๔๘).** [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_48141105.pdf. วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙. เวลา ๑๔.๐๐ น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๘). **ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” รอบ ๓ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ (๑ ต.ค.-๓๑ ธ.ค. ๔๘).** [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_48_141105.pdf. วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙. เวลา ๑๔.๓๐ น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๙). **ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ (๑ ต.ค.-๓๐ ก.ย. ๔๙).** [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_49_141105.pdf. วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙. เวลา ๑๖.๓๐ น.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๐). ผลการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ (๑ ต.ค.-๓๐ ก.ย. ๕๐). [ข้อมูลออนไลน์]. สืบค้นจาก http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/UC_Trend/URLFILE/trimat4_50_141105.pdf.
วันที่ ๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑. เวลา ๑๖.๓๐ น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๕). การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๙). การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) พ.ศ. ๒๕๕๙. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- อนันต์ เฉลิมชัย และ เขียวลักษณ์ สุขวิวัฒน์พร, บรรณาธิการ. (๒๕๕๗). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท รักษาทุกโรค). พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- อิศรา ศานติศาสตร์. (๒๕๕๖). การประเมินราคาทางศุลกากร การตรวจสอบสินค้าก่อนส่งออก และอุปสรรคทางด้านเทคนิค : อุปสรรคแฝงทางการค้า. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- โอกาส ไทยพิสูทธิกุล. (๒๕๕๙). “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. วารสารราชบัณฑิตยสถาน ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๒. เม.ย.- มิ.ย. ๒๕๕๙

ภาษาอังกฤษ

- ICFTU-APRO. (๒๕๕๒). **การคุ้มครองทางสังคมในเอเชียและแปซิฟิก เพื่อพรุ่งนี้
ที่ดีกว่านี้: แดงการณและข้อเสนอแนะ**. กรุงเทพฯ: สภาแรงงานแห่งประเทศไทย.
- Jimenez, E. (๑๙๙๙). **Issues in Modernizing Social Safety Nets**. Presented to Manila
Social Forum, The New Social Agenda for Central, East & Southeast Asia.
Organized by World Bank. ๙-๑๒ November ๑๙๙๙.
- Meek, R. L. (๑๙๗๓). **Studies in the Labour Theory of Value**. London: Lawrence &
Wishart.
- The World Bank. (๑๙๙๗). **Poverty Reduction and The World Bank: Progress in
Fiscal ๑๙๙๖ and ๑๙๙๗**. Washington D.C.
- Vatikiotis, M. (๑๙๙๘). No Safety Net. **Far Eastern Economic Review**, Oct, ๘:
pp. ๑๐-๑๖.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๑. หลักการและเหตุผล

โดยที่มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา ๘๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

๒. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพในมาตราใดของรัฐธรรมนูญ^๑ ซึ่งได้แก่

มาตรา ๒๘ การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ

มาตรา ๓๕ เสรีภาพในเคหสถาน

^๑ รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง กฎหมายที่มีบทบัญญัติที่ไม่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยกฎหมายเสนอต่อคณะกรรมการปรับปรุงกฎหมายเพื่อการพัฒนาประเทศ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๔๘ สิทธิในทรัพย์สิน

มาตรา ๕๒ สิทธิเสมอกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน

๓. สาระสำคัญของกฎหมาย

๓.๑. รับรองสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนด

๓.๒. กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ กำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสาธารณสุข ตามที่พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนด

๓.๓. กำหนดให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน ทั้งมีหน้าที่รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการบริการสาธารณสุข จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด และกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

๓.๔. กำหนดให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

๓.๕. กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามที่กฎหมายกำหนด และมีอำนาจสั่งให้หน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดชำระค่าปรับทางปกครอง

๔. การวิเคราะห์กฎหมาย

พระราชบัญญัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งรับรองสิทธิของบุคคลให้มีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และให้ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ นอกจากนี้ยังเป็นไปตามมาตรา ๘๒ ของรัฐธรรมนูญ ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐ ซึ่งได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และเมื่อสำรวจบทบัญญัติมาตราต่าง ๆ แล้ว ไม่มีบทบัญญัติที่ไม่สอดคล้องหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ

๕. ผู้รักษาการตามกฎหมายและวันบังคับใช้

ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้ (มาตรา ๕)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๙ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๑ ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ โดยให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป (มาตรา ๒)

ภาคผนวก ข

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๑
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕



พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕

เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้
ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่ง
มาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๔ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติ
ให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา
ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา
เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู
สมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่าย หน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้

“ค่าบริการ” หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุข แต่ละครั้ง

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- (๑) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- (๒) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (๓) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (๔) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- (๕) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (๖) ค่าทำคลอด
- (๗) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- (๘) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด
- (๙) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (๑๐) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (๑๑) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- (๑๒) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา แล้วแต่กรณี

หน้า ๓
เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน แล้วแต่กรณี ให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑ สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา ๕ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๖ บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา ๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา ๗ บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วย

บริการประจำของคนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ วันแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๘ ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา ๕ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา ๖ อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา ๖ และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนี้จากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๙ ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใดๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

- (๑) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
- (๒) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๓) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
- (๔) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (๑) (๒) หรือ (๓)

ในกรณี ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐแล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามให้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

หน้า ๖
 เกม ๑๑๕ คอเที ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด มีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

หมวด ๒
 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๓ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ประกอบด้วย

- (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- (๒) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ
- (๓) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
- (๔) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน
 - (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน
 - (ข) งานด้านสตรี
 - (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
 - (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
 - (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
 - (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๗
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

(ข) งานด้านชุมชนแออัด

(ง) งานด้านเกษตรกรรม

(ฉ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๕) ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำวนห้าคน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภา
การพยาบาล สภานิติศาสตร์ ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ตำบลละหนึ่งคน

(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้าน
ประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง
กฎหมายและสังคมศาสตร์ ตำบลละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (๕) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาซึ่ง
ทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่เหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการถ้าองค์กรใด
ดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๕) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศ
กำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) และ (๕) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือก
ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๖)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไป
ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขานุการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

มาตรา ๑๕ กรรมการตามมาตรา ๑๓ จะดำรงตำแหน่งกรรมการตามมาตรา ๕๕ ในขณะที่
เดียวกันมิได้

มาตรา ๑๕ กรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) และ (๖) มีวาระอยู่ใน
ตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระ
ติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓
วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) หรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๖) ขึ้นใหม่
ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการ
ซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจาก
ตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ที่ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในกรณี ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา ๑๖ นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระตามมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่งแล้ว กรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) และ (๖) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๖) คณะรัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

มาตรา ๑๗ การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุม การปฏิบัติงานของคณะกรรมการ และส่วนได้เสียซึ่งกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้งให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๘ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ
- (๒) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
- (๓) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕
- (๔) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
- (๕) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการออกดอนเลขาธิการตามมาตรา ๓๑ และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา ๓๒
- (๖) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา ๔๐
- (๗) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๕๑
- (๘) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๕๗
- (๙) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๕๗
- (๑๐) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- (๑๑) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน
- (๑๒) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

หน้า ๑๐

(๑๓) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

(๑๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๕ ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อำนาจหน้าที่เช่นนี้ให้รวมถึง

(๑) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

(๒) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

(๓) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงิน และทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

มาตรา ๒๐ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ให้นำมาตรา ๑๗ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๒๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตรวจสอบขึ้นคณะหนึ่งมีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล มีความโปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

อนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็นผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งต้องห้ามมิให้ดำเนินการที่เป็นการจัดกันระหว่างประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ส่วนรวมตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตด้วย

มาตรา ๒๒ ในกรณีการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณี มีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๒๓ ให้กรรมการและอนุกรรมการได้รับเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๑๑
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๔

หมวด ๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๔ ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วย แรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และ ลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา ๒๕ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หรือในเขต จังหวัดใกล้เคียง

ให้คณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้ง รวม หรือยุบเลิกสำนักงานสาขาในเขตพื้นที่ โดยประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา

การจัดตั้งสำนักงานสาขาให้คำนึงถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าในการดำเนินการเมื่อเปรียบเทียบ กับค่าใช้จ่าย และให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทำหน้าที่สำนักงาน สาขาแทนก็ได้ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน
- (๒) เก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
- (๓) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๔) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
- (๕) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและ เครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๖
- (๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- (๗) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

(๘) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

(๙) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ

(๑๐) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

(๑๑) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน

(๑๒) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

(๑๓) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน

(๑๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

มาตรา ๒๗ ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

มาตรา ๒๘ บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้ หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้จ่ายและจัดหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา ๒๙ ให้คณะกรรมการเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

มาตรา ๓๐ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

มาตรา ๓๑ ให้สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง

ให้คณะกรรมการเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการ

ในการจ้างและแต่งตั้งเลขาธิการ ให้คณะกรรมการคัดเลือกคณะกรรมการสรรหาจำนวนห้าคน ซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒ (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๑๐) (๑๑) และ (๑๒)

หน้า ๑๓
 เด่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

ให้คณะกรรมการสรรหาทำหน้าที่สรรหาบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เหมาะสมที่จะเป็นเลขาธิการซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒ (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) (๑๐) (๑๑) และ (๑๒) นอกจากนี้ จะต้องไม่เป็นกรรมการในคณะกรรมการและมีอายุไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์ในวันขึ้นใบสมัครเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาทำสัญญาจ้างและแต่งตั้งเป็นเลขาธิการ ทั้งนี้ โดยอาจเสนอชื่อผู้มีความเหมาะสมมากกว่าหนึ่งชื่อก็ได้

กรรมการสรรหาไม่มีสิทธิได้รับการเสนอชื่อเป็นเลขาธิการ

ให้กรรมการสรรหาประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการสรรหาและเลือกอีกคนหนึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

ให้สำนักงานทำหน้าที่เป็นหน่วยธุรการในการดำเนินการสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการ

มาตรา ๓๒ เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) สามารถทำงานให้แก่สำนักงานได้เต็มเวลา
- (๓) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (๔) ไม่เป็นหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลาย
- (๕) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

- (๖) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะรื้อขาย

ผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ

- (๗) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจอื่น หรือกิจการอื่นที่แสวงหากำไร

(๘) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการ ส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

- (๙) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่น

หรือผู้บริหารท้องถิ่น

- (๑๐) ไม่เป็นกรรมการหรือที่ปรึกษาพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง

(๑๑) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๑๔
 ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

(๑๒) ไม่เป็นหรือภายในระยะเวลาหนึ่งปีก่อนวันได้รับแต่งตั้ง ไม่เคยเป็นกรรมการหรือผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการจัดการหรือมีส่วนได้เสียในนิติบุคคลซึ่งเป็นผู้สัญญา ผู้เข้าร่วมงาน หรือมีประโยชน์ ได้เสียเกี่ยวข้องกับกิจการของสำนักงาน

(๑๓) คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๓๓ เลขานุการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒

(๔) ต้องทำพิพาทจนถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือความผิด ลหุโทษ

(๕) ขาดการประชุมคณะกรรมการเกินสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

(๖) คณะกรรมการถอดถอนจากตำแหน่งเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(๗) ถูกเลิกสัญญาจ้าง

มาตรา ๓๔ ให้เลขานุการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะ ดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อตำแหน่งเลขานุการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขานุการคนใหม่ หรือในกรณีเลขานุการ ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราว ให้คณะกรรมการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคนหนึ่งเป็น ผู้รักษาราชการแทนเลขานุการ

ให้ผู้รักษาราชการแทนมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับเลขานุการ

มาตรา ๓๕ ให้เลขานุการเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูงและให้ถือเป็น ผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งต้องห้ามมิให้ดำเนินกิจการที่เป็นการขัดกันระหว่างประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ ส่วนรวมตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตด้วย

มาตรา ๓๖ เลขานุการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ถด คัดเงินเดือน หรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง ของสำนักงาน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ ตามข้อบังคับที่ คณะกรรมการกำหนด และในกรณีของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในสำนักตรวจสอบ ให้ฟังความเห็น ของคณะกรรมการตรวจสอบประกอบการพิจารณาด้วย

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๑๕
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

(๒) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด นโยบาย หรือมติของคณะกรรมการ

ในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงาน เพื่อการนี้เลขาธิการ จะมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ใดของสำนักงานปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนก็ได้ ทั้งนี้ ตามข้อบังคับที่ คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๓๗ ให้มีสำนักตรวจสอบชั้นในสำนักงานทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ คณะอนุกรรมการตรวจสอบ และให้รับผิดชอบชั้นตรงต่อคณะอนุกรรมการตรวจสอบและรายงาน เลขาธิการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด ๔

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๓๘ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัด บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

มาตรา ๓๙ กองทุนประกอบด้วย

- (๑) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (๒) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (๓) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- (๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- (๕) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- (๖) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- (๗) เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
- (๘) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๑๖
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (๑) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบด้วยรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะจัดทำคำขอดังกล่าว

มาตรา ๕๐ การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๕๑ ให้คณะกรรมการกักเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๕๒ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๕๑ เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิได้เบี้ยเอาจากผู้กระทำผิด

มาตรา ๕๓ ภายในสามเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด ๕

หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๕๔ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา ๖

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางวิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา ๔๖ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา ๑๘ (๑๓) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) อาศัยโรคกลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมานเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา ๕๐ (๔)

(๒) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

(๓) คำนึงถึงความแตกต่างในการกิจของหน่วยบริการ

(๔) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

หน้า ๑๘
เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

มาตรา ๔๗ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

หมวด ๖

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๔๘ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

(๑) อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

(๒) ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภาทนายความ

(๓) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคน

(๔) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(๕) ผู้แทนผู้ประกอบการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน

(๖) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาสูตินรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน

(๗) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขาภาพถ่ายบำบัด สาขาศัลยกรรมทันตกรรม สาขาการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของกรรสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน

หน้า ๑๕
 เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

(๘) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

- (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน
- (ข) งานด้านสตรี
- (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
- (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
- (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- (ฉ) งานด้านผู้ไร้แรงงาน
- (ช) งานด้านชุมชนแออัด
- (ซ) งานด้านเกษตรกร
- (ฅ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๙) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนหกคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (๘) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิได้มีการคัดเลือกกรรมการ ตัวองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) และ (๘) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) และ (๘) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๙)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตามวรรคหนึ่งประชุม และเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ

ให้เลขานุการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

มาตรา ๔๕ การดำรงตำแหน่ง วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและการประชุมของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ให้ใช้มาตรา ๑๔ มาตรา ๑๕ มาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หน้า ๒๐
 เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

มาตรา ๕๐ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕
- (๒) กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณี
 ที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕
- (๓) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
 หน่วยบริการ
- (๔) เสนอแนะอัตราค่ากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์
 กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา ๔๖
- (๕) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการ
 ใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่ง
 ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่อง
 ร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน
- (๖) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
 หน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและ
 ติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
- (๗) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการ
 และเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๘) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการ
 รักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายใน
 ระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด
- (๙) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ
 ในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- (๑๐) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ
 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา ๕๑ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ
 เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมายได้

หน้า ๒๑
เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

ให้นำมาตรา ๑๗ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และวิธีปฏิบัติของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานโดยอนุโลม

มาตรา ๕๒ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และคณะกรรมการมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ต่อคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๕๓ ให้กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและอนุกรรมการได้รับค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด ๗ พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๕๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอดถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันจะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๕๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๒๒
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

หมวด ๘
การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชน หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา ๕๘ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๕๗ ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (๑) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง
- (๒) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการทั้งชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำผิดความผิดแต่ละครั้ง และให้ยับยั้งใบอนุญาตเกี่ยวกับการบังคับ

(๓) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการ
ในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(๔) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือ
ข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ
และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๖๑ ผู้ร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ
มาตรฐานตามหมวดนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือ
วันที่ได้รับทราบคำสั่ง แล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่
คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๒ เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา ๖๑ ผลเป็นประการใดแล้ว
ให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
เพื่อทราบ

หมวด ๘

บทกำหนดโทษ

มาตรา ๖๓ ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงาน
เจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๒ มาตรา ๕๒ มาตรา ๕๔ หรือมาตรา ๕๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน
หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๔ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการ
ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๕๕ วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
หรือทั้งจำทั้งปรับ

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

หน้า ๒๕

บทเฉพาะกาล

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๖๕ ในวาระเริ่มแรก มิให้นำบทบัญญัติมาตรา ๖ มาตรา ๗ มาตรา ๘ มาตรา ๑๑ และมาตรา ๑๒ มาใช้บังคับ จนกว่าจะได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตาม บทบัญญัติดังกล่าว

เมื่อได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้รัฐมนตรี ประกาศกำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕๖ สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ ของกระทรวงสาธารณสุข ให้สำนักงานจ่ายให้กระทรวงสาธารณสุขก่อนเป็นระยะเวลาสามปีนับแต่ วันที่เริ่มให้บริการสาธารณสุขตามวรรคสอง

มาตรา ๖๖ ให้ตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา ๕ และมาตรา ๑๐ ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และหากไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาได้ครั้งละหนึ่งปี โดยให้สำนักงาน หรือสำนักงานและสำนักงานประกันสังคม แล้วแต่กรณี รายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อ คณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และจัดให้มีการเผยแพร่รายงานนั้นต่อสาธารณชน

มาตรา ๖๗ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตาม มาตรา ๑๓ (๓) (๔) (๕) และ (๖) รวมทั้งสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการเพื่อให้ได้คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัตินี้ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติ ฉบับนี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง ประกอบด้วย รัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนห้าคนโดยในจำนวนนี้ ให้เป็นผู้แทนผู้บริโภคจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ

ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งรองปลัดกระทรวงคนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เลขาธิการ เป็นการชั่วคราวจนกว่าเลขาธิการซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามพระราชบัญญัตินี้เข้ารับหน้าที่

ให้ผู้ซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เลขาธิการตามวรรคสามเป็นเลขาธิการของคณะกรรมการตาม วรรคสอง และให้รัฐมนตรีแต่งตั้งข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข จำนวนสองคนเป็นผู้ช่วยเลขาธิการ

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๒๖
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

มาตรา ๖๘ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตาม มาตรา ๔๘ (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) และ (๙) เพื่อให้ได้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานตามพระราชบัญญัตินี้ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งประกอบด้วย อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ เลขาธิการทันตแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการสภาการพยาบาล เลขาธิการสภากศักรกรรม นายกสภาทนายความ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนเจ็ดคน โดยให้เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านคุ้มครอง ผู้บริโภคจำนวนสามคน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ

ให้กรรมการตามวรรคสองประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการและให้ประธาน กรรมการแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการคนหนึ่งตามมาตรา ๖๗ เป็นเลขานุการคนหนึ่ง และแต่งตั้ง ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขจำนวนสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๖๙ ให้โอนกิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และความรับผิดชอบ รวมทั้งเงินงบประมาณของ กระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวกับงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนเงินทุนหมุนเวียน บัณฑิตประกันสุขภาพ ไปเป็นของสำนักงานในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๗๐ ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใดสมัครใจจะเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้างของสำนักงาน ให้แจ้งความจำนงเป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชา และจะต้องผ่านการคัดเลือก หรือการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

ข้าราชการซึ่งเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการ เพราะเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุน บำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ลูกจ้างซึ่งเปลี่ยนไปเป็นลูกจ้างของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการเพราะ ทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวง การคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับของสำนักงาน ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการผู้ใดเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงานตามมาตรา นี้ ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานในขณะที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างต่อเนื่องกับเวลาทำงาน ของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงาน แล้วแต่กรณี ก็ให้มีสิทธิกระทำได้โดยแสดงความจำนงว่าไม่ขอ รับบำเหน็จหรือบำนาญ

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก หน้า ๒๗
ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสี่ จะต้องกระทำภายในสามสิบวันนับแต่วันที่โอน
สำหรับกรณีของข้าราชการให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมาย
ว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี สำหรับกรณีของลูกจ้างให้กระทำเป็นหนังสือ
ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานยื่นต่อผู้ว่าจ้างเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ
พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร
นายกรัฐมนตรี

หน้า ๒๘

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา ๘๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ภาคผนวก ง.



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์

โดยที่เป็นการสมควรให้บุคคลที่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บ ในอัตราสามสิบบาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายมงคล ฅ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก จ.

สิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ ซึ่งบุคคลในที่นี่ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย

ดังนั้น ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ (ได้แก่ ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ ครูโรงเรียนเอกชนในระบบ)

สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

1. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
 2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
 3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
 4. การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ท่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และ การทำหมันถาวร)
 5. ยาด้านไวรัสเฮตส์ กรณีป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่ตั้งครรภ์สู่ลูก
 6. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
 8. การให้คำปรึกษา และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
 9. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก
- การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน สำหรับบริการด้านการตรวจวินิจฉัย ได้แก่

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) นับตั้งแต่ใช้สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ
4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
6. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ



“...โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ
เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ
อย่างทั่วหน้าและครอบคลุม (Universal Coverage)
โดยยึดหลักความเท่าเทียม (Equity)...”

กลุ่มงานบริการวิชาการ สำนักวิชาการ

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๔๔ ๒๐๖๔ , ๐๒ ๒๔๔ ๒๐๗๐

โทรสาร ๐๒ ๒๔๔ ๒๐๕๙