



มาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณ ของโรงพยาบาล
เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร ตามกฎหมายว่า
ด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์
คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566

**LEGAL MEASURES TO CHECK THE USE OF BUDGET NETWORK
HOSPITALS AND COMMUNITY CLINIC IN BANGKOK METROPOLITAN
IN ACCORDANCE WITH THE NATIONAL HEALTH INSURANCE**

NARONGSAK SANGUNGPRANG

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Law
Department of Law,
Pridi Bhanomyong Faculty of Law
Dhurakij Pundit University
Academic Year 2023**



ใบรับรองวิทยานิพนธ์


คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต


ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ มาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่าย
และคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เสนอโดย ณรงค์ศักดิ์ สวงวนปรางค์
สาขาวิชา นิติศาสตร์
หมวดวิชา กฎหมายมหาชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร.จิรวุฒิ ลิปิพันธ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาชะ)


.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร)


.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.จิรวุฒิ ลิปิพันธ์)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว


..... คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
(อาจารย์ ดร. สุทธิพล ทวีชัยการ)
วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

หัวข้อวิทยานิพนธ์
งบประมาณ

มาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้

ของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น
ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน

สุขภาพ

แห่งชาติ

ชื่อผู้เขียน

ณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. จิรวิมล ลิ้มปีพันธ์

หลักสูตร

นิติศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา

2566

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้เป็นการวิจัยเอกสารโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาแนวความคิดพื้นฐานและวิวัฒนาการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขตามหลักการประกันสุขภาพของประเทศไทย และหลักกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษและราชอาณาจักรเบลเยียมเพื่อนำมาเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการหลักประกันสุขภาพและมุ่งเน้นวิเคราะห์ถึงกฎหมายของประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาในการตรวจสอบการใช้งบประมาณในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำปัญหาที่เกิดขึ้นไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหการให้บริการสาธารณสุขการแก้ไขกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับในการเบิกจ่ายค่าให้บริการทางสาธารณสุขกับโรงพยาบาลเอกชนเครือข่ายในจังหวัดอื่นนอกจากกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่ดีต่อไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศมีผู้ใช้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้มีสิทธิใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่กรุงเทพมหานครและข้อจำกัดของโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น จึงมีโครงการให้เอกชนเข้ามาร่วมให้บริการในรูปแบบของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดย มีการกำหนดคุณสมบัติ เงื่อนไขการให้บริการ สิทธิเรียกค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไว้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ของหน่วยบริการ แต่ในปี พ.ศ.2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจพบปัญหา 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณโดยทุจริตไม่เป็นไปตามตามมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยกำหนดไว้ในข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในข้อ 3.2 (2) ปัญหาการกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณโดยใช้อำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 20 (3) ปัญหาการกำหนดมาตรฐานทางกฎหมายในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 50 และ (4) ปัญหาการกำหนดโทษทางปกครองและโทษทางอาญาที่เหมาะสมแก่โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 54 บัญญัติให้อำนาจหน้าที่กับพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ผู้ตรวจสอบสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ตลอดเวลาที่หน่วยบริการเปิดทำการ บทความนี้ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะดังนี้ (1) ให้มีการเบิกจ่ายงบประมาณด้วยการแก้ไขมาตรา 18 ให้รายงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก 6 เดือน เพื่อให้สามารถตรวจสอบการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) ให้มีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณ โดยการแก้ไขมาตรา 20 ในการตั้งคณะกรรมการตรวจสอบในระดับเขตเพื่อตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง (3) ให้มีการกำหนดมาตรฐานทางกฎหมายในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการบริการโดยการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 50 ให้มีคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ทำการตรวจสอบการเปิดให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่นและคุณภาพการให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่นอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และ (4) ให้มีการกำหนดโทษทางปกครองและโทษทางอาญาด้วยการนำความผิดอาญาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมาบัญญัติไว้ในมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

คำสำคัญ: โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น, กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การตรวจสอบการใช้งบประมาณ



Thesis Title LEGAL MEASURES TO CHECK THE USE OF BUDGET NETWORK
 HOSPITALS AND COMMUNITY CLINIC IN BANGKOK
METROPOLITAN
 ACCORDANCE WITH THE NATIONAL HEALTH INSURANCE

Author Narongsak Sangungprang

Thesis Advisor Assistant Professor Dr.Suthee Usathaporn

Co-Thesis Advisor Dr. Jirawut Lipipun

Program Master of Laws

Academic Year 2023

ABSTRACT

The objective of this article is to study legal issues regarding budget utilization in network hospitals and warm community clinics. It aims to explore fundamental concepts and developments in public health services based on Thailand's healthcare insurance principles, as well as the primary healthcare service laws of the United States, the United Kingdom, and Belgium. This analysis seeks to address budget utilization issues in Bangkok, within the jurisdiction of the National Health Security Office, and proposes solutions to these legal challenges. Additionally, it examines regulations concerning the reimbursement of healthcare services to private network hospitals in provinces other than Bangkok.

The National Health Security Office is a state agency responsible for managing comprehensive health insurance nationwide. It serves beneficiaries under the National Health Security Program. However, beneficiaries in the Bangkok area face different limitations due to the structure of the state healthcare system, which differs from other provinces. This leads to four main issues: (1) Misappropriation of funds, violating Section 18 of the National Health Security Act B.E. 2545, as stipulated in the service agreement under Article 3.2 of the National Health Security Act. (2) Lack of legal measures to audit budget utilization, utilizing the authority of the National Health Security Committee under Section 20. (3) Lack of legal standards in defining quality standards for network hospitals and warm community clinics under the jurisdiction of the Quality and Standards Control Committee, according to Section 50. (4) Inadequate imposition of administrative and criminal penalties suitable for network hospitals and warm community clinics under Section 54 of the National Health Security Act B.E. 2545. This grants inspectors the authority to conduct audits during service hours

This article presents the following recommendations by the researchers:

(1) Implement budget disbursement by amending Section 18 to require the National Health Security Committee to report every 6 months, enabling efficient budget utilization monitoring. (2) Establish legal measures for budget utilization audits by amending Section 20 to appoint regional audit committees for further scrutiny. (3) Set legal standards for service quality by amending Section 50 to mandate inspections of warm community clinic service provision quality at least twice a year by committees or designated officers. (4) Include penalties for overspending by network hospitals and warm community clinics in Section 54 of the National Health Security Act B.E. 2545 by enacting provisions relating to overspending offenses

Keywords: hospitals in the network and warm community clinics, National Health Security Act, budget utilization audits



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้มีความรู้หลายๆ ท่าน ซึ่งกรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่ผู้เขียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับความเมตตาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร ซึ่งท่านเมตตาได้สละเวลาอันมีค่าให้เกียรติรับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดียิ่ง

ผู้เขียนขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ ซึ่งท่านกรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำให้สมบูรณ์อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.จิรวุฒิ ลิปิพันธ์ ซึ่งได้กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำแนะนำและคอยให้ความช่วยเหลือตลอดมา

ผู้เขียนขอขอบพระคุณครอบครัวซึ่งกระตุ้น และแนะนำให้ข้าพเจ้าสามารถเขียนวิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้สำเร็จ

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกๆ คนซึ่งต่างก็คอยให้กำลังใจ คำแนะนำ และคำปรึกษาด้วยความปรารถนาดีเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้เขียนหวังว่าวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ซึ่งสนใจไม่มากนักน้อย แต่หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขออภัยไว้แต่เพียงผู้เดียว

ณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
.....	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
.....	
กิตติกรรมประกาศ	ช
.....	
สารบัญ	ณ
.....	
บทที่	
1. บทนำ	1
.....	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
.....	
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
.....	
1.3 สมมติฐานของการศึกษา	6
.....	
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	7
.....	
1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา	7
.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	
.....	
2. แนวความคิดพื้นฐานและวิวัฒนาการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขตามหลักการประกัน	8
.....	
สุขภาพ	
2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข	8
.....	
2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทย	12
.....	

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพภาคประชาชน	14
.....	
2.4 วิวัฒนาการของการประกันสุขภาพในประเทศไทย	20
.....	
2.5 ความเป็นมาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	23
.....	25
2.6 แนวคิดและความเป็นมาของการบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาล เครือข่าย	26
และคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร	35
2.7 หลักการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข	
.....	
2.8 แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายอาญา	
.....	
3. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและ	38
.....	
การบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ของประเทศไทย	
3.1 มาตรการกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ	38
.....	50
3.2 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย	
.....	

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 วิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายในตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาล เครือข่าย.....	68
และคลินิกชุมชนอบอุ่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
4.1 ปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณเกินจริงให้โรงพยาบาลเครือข่าย	69
.....	
และคลินิกชุมชนอบอุ่น	
4.2 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณ	74
.....	
โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น	

4.3 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่น	80
4.4 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการในการลงโทษทางปกครองและทางอาญา กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น	83
4.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทย	88
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ	92
5.1 บทสรุป	92
5.2 ข้อเสนอแนะ	98
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	105
ก. สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาล เครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร	106
ข. ลักษณะความผิดที่ตรวจพบในการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร	108
ค. สัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ	110
ง. ตารางเปรียบเทียบระบบการรักษาพยาบาลของประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรเบลเยียม และประเทศไทย	133
ประวัติผู้เขียน	133

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้รับรองสิทธิด้านสาธารณสุข¹ เป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในรัฐธรรมนูญมากกว่ารัฐธรรมนูญของไทยทุกฉบับที่ผ่านมา² และยังกำหนดหน้าที่ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย ทั้งนี้ รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่องด้วย³

อย่างไรก็ดี จากการที่มีการรับรองสิทธิด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญของไทยอย่างต่อเนื่องดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพทุกถ้วนหน้า นับจากประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁴ จนถึงปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุข⁵ ตามสิทธิพึงได้ในฐานะเป็นประชาชนชาวไทย⁶ ความสำคัญของการดำเนินงานอยู่ที่

¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55

⁴ หมายเหตุท้าย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

⁵ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

⁶ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ความร่วมมือจากภาคส่วนทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และที่สำคัญอย่างมากคือผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน⁷ โดยมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข⁸ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการเฉพาะ⁹

การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นยุทธศาสตร์หลักที่ถูกนำมาใช้ในการสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำตัวของประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกคน หรือคิดเป็นจำนวนประชากรในระบบประมาณ 48 ล้านคนทั่วประเทศ จากประชากรทั้งสิ้น 77 ล้านคนโดย ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 มีผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวนทั้งสิ้น 4,772,296 คน แบ่งเป็นเจ้าของสิทธิ จำนวน 2,244,102 คน และบุคคลในครอบครัว จำนวน 2,528,194 คน¹⁰ และเป็นผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากประกันสังคมอีกประมาณ 22 ล้านคน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) มีเป้าประสงค์สำคัญเพื่อให้ประชาชน ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า ในขณะเดียวกันที่มุ่งให้ระบบใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในประเทศไทยได้นำหลักการทางการสร้างสุขภาพมาประยุกต์ใช้เป็น กลยุทธ์ที่สำคัญ เช่น “สร้างนำซ่อม” อันได้แก่ การนำการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ และ “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการใช้ประโยชน์จากการจัดเครือข่าย บริการและการส่งต่อ ทั้งนี้ การขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในปี พ.ศ. 2544 เป็นผลจาก “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ก่อนที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จะประกาศใช้โดยโครงการดำเนินการแบบนำร่องในพื้นที่ต่างจังหวัดก่อนในช่วงปี พ.ศ.2544 และ ขยายสู่พื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่สุดท้ายในเดือนเมษายน พ.ศ.2545 ซึ่งมีประชาชนผู้มีสิทธิลงทะเบียน เพื่อรับบริการทางการแพทย์และ

มาตรา 258 ข. ด้านอื่น ๆ

...

(4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

...

⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 48

⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 50

¹⁰ กรมบัญชีกลาง <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/73025>

ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคกับหน่วยบริการตามทะเบียนราษฎรในพื้นที่ 14 โชน จำนวน 3.28 ล้านคนในเดือนตุลาคม 2545 และ 3.23 ล้านคนในเดือนกรกฎาคม 2546¹¹

พื้นที่กรุงเทพมหานครมีลักษณะเฉพาะและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่มีความแตกต่าง จากพื้นที่อื่นของประเทศ กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีระบบการปกครองท้องถิ่นแบบพิเศษ เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายของตนเอง มีหน้าที่และอำนาจในการจัดการ บริการสาธารณะในหลายเรื่องซึ่งรวมถึงบริการด้านสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้เบ็ดเสร็จทั้งหมด การให้บริการสุขภาพ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากทั้งโดยหน่วยงานจากหลากหลายสังกัดในภาครัฐ และโดยผู้ ให้บริการในภาคเอกชน อีกทั้งไม่ได้มีการจัดระบบเครือข่ายการ ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ เหมือนในต่างจังหวัดที่สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ที่ประกอบด้วยเครือข่ายของ อาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด อันเป็นผลมาจากการมี นโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ดำเนินการมาตั้งแต่ในรัฐบาลยุคก่อนซึ่ง ได้วางไว้ เป็นพื้นที่ที่มัก ได้รับการยกเว้นในการจัดทรัพยากรในระบบสาธารณสุข เช่น แพทย์ใช้ทุน ทันตภิบาล รวมถึงการ ดำเนินการร่วมกันในระดับนโยบายร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขที่มักเป็นไปในลักษณะการประสาน ความร่วมมือ มากกว่าการสั่งการ ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้พื้นฐานของการให้บริการสุขภาพโดย กรุงเทพมหานครจำกัดอยู่เฉพาะในส่วนที่ตนเองมีศักยภาพที่จะดำเนินการได้ในฐานะที่เป็นเพียง “ผู้เล่น” คน หนึ่งในระบบเท่านั้น ไม่มีการวางเครือข่ายบริการรับผิดชอบประชากรในลักษณะ “Catchment area” ที่ชัดเจน ประชาชนที่ต้องดูแลมีทั้งผู้ที่มีทะเบียนบ้าน (ประชากรในเขต) และผู้ที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด อื่น (ประชากรนอกเขต) ในสัดส่วนที่สูง

ดังนั้น จึงเป็นที่แน่ชัดว่าโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพภาครัฐในช่วงเวลานั้นไม่เพียงพอที่จะรองรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิ นพ. ประพันธ์ กิตติ สิ้น รองผู้ว่าราชการจังหวัด ในขณะนั้น จึงมีการหารือร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการจัดบริการ สุขภาพปฐมภูมิในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีชื่อเรียกว่า “คลินิกชุมชนอบอุ่น” โดย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติได้มีมติให้คลินิกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็นคู่สัญญา ให้บริการระดับปฐมภูมิในการดำเนินการ หลักประกันสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ในวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2546 และให้มีการจัดทำสัญญาหรือข้อตกลงการ ให้บริการกับคลินิกคู่สัญญาให้บริการ ระดับปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ 14 เขต เป็นระยะเวลา 2 ปี ได้แก่ เขตหนองจอก เขตประเวศ เขตวัฒนา เขตทวีวัฒนา เขตลาดกระบัง เขตคลองสามวา เขตคลองเตย เขตหลักสี่(ทุ่งสองห้อง) เขตพระโขนง เขตสัมพันธวงศ์ (เยาวราช) เขตทุ่งครุ เขตบางขุนเทียน เขตบางบอน และเขตบางนา ทั้งนี้มีการขยายสู่ พื้นที่อื่นในระยะต่อมา มีคลินิกเข้าร่วมโครงการในจำนวนที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี แม้ว่าการใช้บริการภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครยังน้อยกว่าในต่างจังหวัดก็ตาม จนถึงปี 2563 มีคลินิกชุมชนอบอุ่น เพิ่มขึ้นมากถึง 205 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ

¹¹ ข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545).

เนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นไปที่การให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง จึงมุ่งเน้นไปที่การจัดหา โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยไม่มีการตรวจสอบการเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการของ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพในการให้บริการ จนกว่าจะมีผู้ร้องเรียนหรือมีประเด็นปัญหาหรือพบความผิดปกติในการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการให้บริการในปี 2563 ทำให้พบว่าการมีมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานครในประเด็นดังต่อไปนี้

1) ปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

เนื่องจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมีสิทธิการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการให้บริการใน 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และจ่ายตามรายการ (Fee schedule) โดยแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลการใช้บริการของผู้เข้ารับบริการหรือผู้ป่วยผู้มีสิทธิรับบริการแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการจัดสรรเงินกองทุนให้เป็นรายหัว แต่ด้วยมีนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบาย “บัตรทองรักษาทุกที่” ใน ปีงบประมาณ 2564 โดยให้พื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่อง ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการเปลี่ยน โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในการเข้ารับบริการของประชาชน ซึ่งมีผลกระทบต่อการเบิกจ่ายค่าให้บริการ นอกจากนี้ การจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการ (Fee schedule) ซึ่งเป็นการจ่ายค่าให้บริการตามที่ประชาชนมาใช้บริการในแต่ละครั้ง แต่การเบิกจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการนั้นทำให้เกิดการทุจริตได้ง่าย เนื่องจากการจ่ายตามรายการนั้นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นสามารถเบิกเงินได้แบบไม่จำกัดและไม่จำเป็นต้องเป็นประชาชนในพื้นที่บริการ เพียงแค่มาใช้บริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ก็สามารถจัดส่งไฟล์เอกสารพร้อมแนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินกองทุนได้แล้ว ทำให้มีการปลอมแปลงเอกสารหรือมีการจัดทำข้อมูลอันเป็นเท็จเพื่อประกอบการเบิกเงินกองทุน ทำให้ในปี 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจพบที่มีการจ่ายค่าบริการที่เกินจริงหรือที่เป็นเท็จให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นจำนวนมาถึง 235,920,000 บาท

2) ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจคุณภาพการให้บริการ สถานที่ให้บริการรวมถึงเรื่อง โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีข้อบังคับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 สัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แต่ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น กลับมีการเบิกจ่ายที่ผิดปกติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ตรวจสอบย้อนหลังพบว่า มีการทำผิดในการเบิกจ่ายโดยมีลักษณะความผิด ทำให้ต้องมีการยกเลิกสัญญา กับโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 37 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 177 แห่ง รวมเป็นจำนวน 214 แห่งในรอบการตรวจในปีที่เบิกจ่าย ปี 2562 ซึ่งเป็นมูลค่าความเสียหายเป็นจำนวนมากถึง 235,920,000 บาท¹²

3) ปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 และสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับระยะเวลาการให้บริการและคุณภาพการให้บริการไว้ โดยให้อำนาจและหน้าที่แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการกำกับดูแลโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานในการให้บริการโดยมีการกำหนดโทษทั้งทางปกครองและทางอาญาไว้ แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีการใช้อำนาจหน้าที่ดังกล่าวในการกำกับดูแลและตรวจสอบโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

4) ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการในการลงโทษทางปกครองและทางอาญากับโรงพยาบาลเอกชน เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

กรณีนี้ที่โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทำการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยไม่สุจริต และเข้าข่ายเป็นการกระทำความผิดอาญา แต่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 57 และมาตรา 59 รวมถึงสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ มิได้กำหนดโทษทางอาญาไว้โดยเฉพาะ ทำให้ต้องมีการนำโทษทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาตามความผิดที่มีการกระทำมาพิจารณาลงโทษกับการเบิกจ่ายค่าให้บริการโดยการเบิกจ่ายเกินจริงหรือเบิกจ่ายโดยไม่สุจริต ส่วนโทษทางอาญาที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 63 และมาตรา 64 ไม่ใช่โทษทางอาญาในความผิดเบิกจ่ายเกินจริงหรือเบิกจ่ายโดยไม่สุจริต แต่เป็นโทษที่กำหนดไว้สำหรับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน การขัดคำสั่งหรือขัดขวางการเข้าไปตรวจสอบของเจ้าหน้าที่เท่านั้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาแนวความคิดพื้นฐานและวิวัฒนาการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขตามหลักการประกันสุขภาพ แนวคิดและความเป็นมาของการบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร

¹² ภาคผนวก ก สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

1.2.2 เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ และการบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในประเทศไทย

1.2.3 เพื่อศึกษาวิเคราะห์ วิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

1.2.4 เพื่อเสนอแนะการแก้ไขกฎหมายในตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อนำไปใช้กับหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายทั่วประเทศต่อไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

ด้วยภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน้าที่ในการจัดทำโครงการสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันในนามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานครที่มีโครงสร้างของหน่วยพยาบาลที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ต้องหาแนวทางในการให้บริการที่เข้าถึงของประชาชนในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจึงมีโครงการให้โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกของเอกชนเข้าร่วมในการให้บริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 นำไปสู่ข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ต่อมาตรวจพบว่ามีปัญหาทางกฎหมายในตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น และรัฐบาลเนื่องจากมีความเสียหายจากการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่ไม่สุจริตเป็นจำนวนมาก จึงสมควรที่จะมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อนำไปเป็นหลักการในการโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนที่จะเข้าร่วมโครงการในต่างจังหวัดต่อไป

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาสภาพปัญหาการตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีเฉพาะในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ศึกษาทฤษฎี แนวคิด และกฎหมายที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2545 นอกจากนี้ยังศึกษา ปัญหา ความเหมาะสม และแนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนศึกษา เปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการวิจัย เอกสาร (Documentary Research) โดยทางการศึกษารวบรวมแนวคิด หลักการเกี่ยวกับการให้ความ ค้ำครองด้านสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงตัวบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้แก่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร ไทย พุทธศักราช 2560 ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตลอดจนศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับแนวคิด หลักการและกฎหมายที่ให้การ ค้ำครองด้านสุขภาพของประชาชนในต่างประเทศ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบเพื่อศึกษาแนวความคิดพื้นฐานและวิวัฒนาการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขตาม หลักการหลักประกันสุขภาพ แนวคิดและความเป็นมาของการบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาล เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

1.6.2 ทำให้ทราบมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ และการบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นของประเทศไทย

1.6.3 ทำให้ทราบผลการวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหา โดยการหาระเบียบ หรือกฎหมายทาง กฎหมายในตรวจสอบการใช้งบประมาณของโรงพยาบาลโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1.6.4 เพื่อนำข้อเสนอแนะที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อนำไปใช้กับหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายทั่ว ประเทศต่อไป

บทที่ 2

แนวความคิดพื้นฐานและวิวัฒนาการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข ตามหลักการประกันสุขภาพ

บริการสาธารณสุขจากทางภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน แต่ละประเทศล้วน มีแนวคิดและจุดเริ่มต้นมาจากหลักการที่เกี่ยวกับสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตลอดจน หลักการเกี่ยวกับความเสมอภาคเท่าเทียมกันในสิทธิของความเป็นพลเมืองในรัฐนั้นๆ เป็นสำคัญ ดังนั้น การศึกษาถึงความเสมอภาคเท่าเทียมกันของบริการทางด้านสุขภาพในประเทศไทย จึงมีความ จำเป็นต้องศึกษาถึงประวัติศาสตร์ ความเป็นมาและวิวัฒนาการ แนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับสิทธิและ เสรีภาพของมนุษย์ชน ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และหลักการว่าด้วยความเสมอภาค รวมถึงระบบ การให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนของประเทศไทย

2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข

การให้บริการสาธารณสุขมาความเป็นมา แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข ดังนี้

2.1.1 ความเป็นมา

การให้บริการสาธารณสุข (Public Service Delivery) ได้มีวิวัฒนาการมาตั้งแต่มนุษย์มา รวมกันอยู่เป็นประเทศ แต่ละประเทศก็มีลักษณะของบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันตามความ เหมาะสม ซึ่งบริการสาธารณสุขที่จัดทำขึ้นส่วนใหญ่ มักจะมาจากฝ่ายปกครองและอาจจะถือได้ว่าเป็นหน้าที่ที่สำคัญ ยิ่งในการบริหารงานของภาครัฐบริการสาธารณสุขเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะ หรือสิ่ง ที่รัฐบาลจัดทำให้แก่ประชาชนเพื่อตอบสนองการเสียภาษีอากรของ ประชาชน บริการสาธารณสุขเป็น กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะ หรือสิ่งที่รัฐบาลจัดทำให้แก่ประชาชนเพื่อตอบสนองการเสีย ภาษีอากรของประชาชน

ทฤษฎีบริการสาธารณสุข¹³ เป็นแนวคิดที่แพร่หลายอยู่ในประเทศฝรั่งเศส เกิดขึ้นจากนัก กฎหมายสำนักบอร์โกโดซ์ หรือที่เรียกว่า “สำนักบริการสาธารณสุข” และได้พัฒนาต่อมาเพื่อหา กฎเกณฑ์ ร่วมที่จะนำไปสู่ระบบกฎหมายทั่วไปของบริการสาธารณสุขจนเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในนามของ หลักกฎหมายบริการสาธารณสุข

2.1.2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข

แนวความคิดของกฎหมายปกครองฝรั่งเศส “บริการสาธารณสุข” คือกิจกรรมที่ ฝ่ายปกครอง ดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะเพื่อสนองความต้องการของมหาชน เช่น การจัดสาธารณสุขปโภค สาธารณูปการ และการดำเนินการอื่นๆ เพื่อสนองความต้องการของมหาชน บริการสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่ ฝ่ายปกครองต้องรับผิดชอบโดยตรง อาจเป็นการที่ฝ่ายปกครองได้ลงมือกระทำเอง หรือให้ผู้อื่นกระทำ

¹³ ธีระชัย จาตุรนต์สวัสดิ์, ‘ทฤษฎีบริการสาธารณสุขในกฎหมายปกครองฝรั่งเศส’ <http://thaiaixois.online.fr/etc/chai_service1.htm> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561).

แทนแต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของฝ่ายปกครองเมื่อฝ่ายปกครองได้ก่อตั้งบริการสาธารณะแล้ว ฝ่ายปกครองจะต้องดำเนินการจัดทำและกำกับดูแลให้มีการจัดทำบริการสาธารณะให้ได้ผลดีตามความมุ่งหมายของการก่อตั้งบริการสาธารณะขึ้นมาส่วนในระบบกฎหมายปกครองของประเทศไทย บริการสาธารณะ หมายถึง กิจการที่อยู่ในความอำนาจการหรืออยู่ในความควบคุมของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน การจัดทำบริการสาธารณะของไทยมีหลักเกณฑ์พื้นฐานที่สอดคล้องกับพื้นฐานของการบริการสาธารณะของประเทศฝรั่งเศส

ทั้งนี้ ในการจัดทำและกำกับดูแล ฝ่ายปกครองมีเครื่องมือที่ใช้ในการจัดทำอยู่ 4 ประการ คือ มาตรการทางกฎหมาย บุคคลากร ทรัพย์สิน และอำนาจพิเศษของฝ่ายปกครอง ในส่วนของทรัพย์สินของฝ่ายปกครอง การได้มามี 2 วิธี คือ การได้มาโดยวิธีการพิเศษ เช่น การเวนคืน การรับทรัพย์สินการยึดทรัพย์ เป็นต้น และการได้มาโดยการทำสัญญาทางแพ่งซึ่งต้องผ่าน กระบวนการจัดหาพัสดุตามวิธีการที่กฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบัญญัติของรัฐได้กำหนดเอาไว้ ดังนั้น การจัดหาพัสดุของภาครัฐจึงอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์พื้นฐานของการบริการสาธารณะ คือ

(1) หลักว่าด้วยความเสมอภาค

หลักว่าด้วยความเสมอภาคที่มีต่อการบริการสาธารณะมีที่มาจากหลักความเสมอภาคกันในสิทธิซึ่งบัญญัติไว้ในคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ลงวันที่ 26 สิงหาคม ค.ศ. 1789 มาตรา 1 ที่ว่า “มนุษย์ทุกคนเกิดมาและดำรงอยู่อย่างมีอิสระและเสมอภาคกันในสิทธิการแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้ก็แต่เพื่อประโยชน์ร่วมกัน” หลักการนี้เป็นการรับรอง ขึ้นพื้นฐานของสิทธิที่จะเสมอภาคกันทางกฎหมาย อันหมายถึงความเสมอภาคทางด้านสถานภาพของผู้ใช้บริการและระหว่างคู่สัญญาซึ่งสอดคล้องกับระบบกฎหมายปกครองของไทยที่มุ่งเน้น ให้บริการสาธารณะที่จัดทำขึ้นต้องให้เอกชนมีสิทธิได้รับประโยชน์เท่าเทียมกันเนื่องจากบริการสาธารณะเป็นกิจการที่รัฐจัดทำขึ้นโดยอาศัยอำนาจทางกฎหมาย ดังนั้น ประชาชนจึงต้องมีสิทธิ โอกาสและประโยชน์จากบริการสาธารณะเท่าเทียมกัน

รัฐจะเลือกปฏิบัติโดยจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของบุคคลหนึ่งบุคคลใดไม่ได้ ดังนั้น หลักการนี้จึงเป็นหลักเกณฑ์ที่สำคัญ ประการแรกในการจัดทำบริการสาธารณะ ทั้งนี้ เนื่องจากการที่รัฐเข้ามาจัดทำบริการสาธารณะ รัฐมิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะทำบริการสาธารณะขึ้นเพื่อประโยชน์ของผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะแต่เป็นการจัดทำเพื่อประโยชน์ของประชาชนทุกคน กิจการใดที่รัฐจัดทำเพื่อประโยชน์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยเฉพาะจะไม่มีลักษณะเป็นบริการสาธารณะ ประชาชนทุกคนย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติหรือ ได้รับผลประโยชน์จากการบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคกัน และประชาชนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค ความเสมอภาคนอกจากหมายถึงประโยชน์ที่ได้รับจากบริการ สาธารณะอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ยังหมายถึงความเสมอภาคที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นราคาค่าบริการหรือการบริการ รวมทั้งความเสมอภาคในการเข้าเป็นคู่สัญญาของรัฐโดยในแต่ละเรื่องต่างก็มีกฎเกณฑ์ที่แตกต่างกันออกไปในการดำเนินการเพื่อความเสมอภาค¹⁴ เช่น การจัดหาคู่สัญญาเพื่อเข้ามาจัดทำบริการสาธารณะ รัฐ ไม่สามารถคัดเลือกคู่สัญญาได้

¹⁴ นันทวัฒน์ บรมานันท์, มาตรฐานใหม่ของการจัดทำบริการสาธารณะระดับชาติในประเทศไทย (สำนักพิมพ์วิญญูชน 2555) 89.

ตามอำเภอใจ กรณีนี้ รัฐจำเป็นต้องใช้วิธีการแข่งขันเพื่อให้เกิดความเสมอภาค การจัดหาพัสดุเป็นวิธีหนึ่งที่ ภาครัฐหรือฝ่ายปกครองเลือกใช้ในการดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะและวิธีการของการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่ก่อให้เกิดความเสมอภาคของหน่วยงานของรัฐในประเทศไทย ได้แก่ วิธีการประกาศเชิญชวนทั่วไป สำหรับวิธีคัดเลือก และวิธีเฉพาะเจาะจง ถือเป็นเหตุจำเป็นที่ได้รับยกเว้นไม่ต้อง นำหลักว่าด้วยความเสมอภาคมาใช้ในการจัดหาพัสดุจึงควรนำมาใช้ให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นแก่กรณีเท่านั้น

(2) หลักว่าด้วยความต่อเนื่อง¹⁵

หลักการพื้นฐานกฎหมายปกครองมุ่งเน้นให้บริการสาธารณะต้องดำเนินการไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และฝ่ายปกครองมีหน้าที่ต้องจัดทำบริการสาธารณะให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังรวมถึงกิจการที่ฝ่ายปกครองมอบให้เอกชนดำเนินการก็ต้องมีความต่อเนื่อง เช่นเดียวกัน เนื่องจากบริการสาธารณะเป็นกิจการที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชน ดังนั้น หากบริการสาธารณะหยุดชะงักไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตามประชาชนผู้ใช้บริการสาธารณะย่อมได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายได้ ด้วยเหตุนี้บริการสาธารณะจึงต้องมีความต่อเนื่องในการจัดทำหลักการสำคัญของความต่อเนื่องของบริการสาธารณะคือ นิติบุคคลผู้มีหน้าที่จัดทำบริการสาธารณะจะต้องดำเนินการจัดทำบริการสาธารณะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดเวลา หากมีกรณีที่เกิดการหยุดชะงักจะต้องมีการรับผิดชอบและในกรณีที่เกิดการหยุดชะงักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรมหาชนอิสระ องค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลจะต้องเข้าดำเนินการแทนเพื่อเป็นการประกัน ความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ ซึ่งบริการสาธารณะที่รัฐจะต้องจัดให้แก่ประชาชนในประเทศ รัฐอาจเป็นผู้เข้าดำเนินการเองหรือให้ผู้อื่นกระทำการแทนโดยอยู่ในความควบคุมของรัฐ ในการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุของหน่วยงานของรัฐ เมื่อสามารถหาคู่สัญญาที่เหมาะสมได้แล้วผู้ประกอบการที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าเป็นคู่สัญญาจะต้องดำเนินการตามสัญญา ในกรณีที่คู่สัญญาทำงานล่าช้าไม่อาจเสร็จตามสัญญาได้ ภาครัฐสามารถเข้าทำการแทนเองหรือจะมอบให้ผู้อื่นเข้าทำการแทนโดยคู่สัญญาต้องเสียค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ยให้ โดยภาครัฐเพียงบอกกล่าวล่วงหน้าพอสมควรและไม่ จำเป็นต้องมีข้อกำหนดในสัญญาที่ให้อำนาจไว้ ทั้งนี้ เพื่อให้การบริการสาธารณะไม่หยุดชะงัก

(3) หลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง

หลักการพื้นฐานกฎหมายปกครองมุ่งเน้นให้การจัดทำบริการสาธารณะต้องปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนตลอดเวลา รัฐจึงสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพียงฝ่ายเดียวโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมาย เพื่อให้บริการสาธารณะปรับเปลี่ยนได้ทันตามความต้องการของ ประชาชน และแม้การแก้ไขเปลี่ยนแปลงบริการสาธารณะนั้นจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่งก็ตาม บุคคลนั้นจะอ้างสิทธิประโยชน์ที่เคยได้รับการบริการสาธารณะมาขัดขวางการเปลี่ยนแปลงบริการสาธารณะโดยกฎหมายไม่ได้ หลักการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บริการสาธารณะที่ดีจะต้องสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมกับเหตุการณ์และความจำเป็นในทางปกครองที่จะรักษาประโยชน์สาธารณะ รวมทั้งเพื่อปรับปรุงให้เข้ากับ วิวัฒนาการของความต้องการส่วนรวมของประชาชน

¹⁵ เฟิงอ้าง.

ด้วย หลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจึงมุ่งหมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบริการสาธารณะให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการอยู่ เสมอ เพื่อให้บริการสาธารณะที่ฝ่ายปกครองจัดทำมีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนหรือประโยชน์มหาชน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อหน่วยงานของรัฐใช้งบประมาณในการจัดซื้อจัดจ้าง พัสดุจนได้ตัวคู่สัญญาและลงนามในสัญญาเรียบร้อยแล้ว รัฐก็ยังสามารถแก้ไข ข้อสัญญาได้ฝ่ายเดียวแม้ในสัญญาไม่มีอำนาจให้ไว้ ทั้งนี้ เพื่อให้บริการสาธารณะทันกับความต้องการของประชาชน

นักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะพอสังเขป 5 ประการดังนี้

1) บริการสาธารณะเป็นกิจกรรมที่อยู่ในความอำนาจหรือในความควบคุมของฝ่ายปกครอง

2) บริการสาธารณะมีวัตถุประสงค์ในการสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน

3) การจัดระเบียบและวิธีดำเนินการบริการสาธารณะย่อมจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้เสมอ เพื่อให้เหมาะสมแก่ความจำเป็นแห่งกาลสมัย

4) บริการสาธารณะจะต้องจัดดำเนินการอยู่เป็นนิจและโดยสม่ำเสมอไม่มีการหยุดชะงัก ถ้าบริการสาธารณะจะต้องหยุดชะงักลงด้วยประการใด ๆ ประชาชนย่อมได้รับความเดือดร้อนหรือได้รับความเสียหาย

5) เอกชนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะเท่าเทียมกันจาก แนวคิดดังกล่าวข้างต้น ถึงแม้ว่าจะมองแนวคิดของการให้บริการสาธารณะจำกัดขอบเขตอยู่เพียงหน้าที่ของฝ่ายปกครองซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐเท่านั้น แต่เมื่อพิจารณาในแง่ของวัตถุประสงค์แล้วอาจกล่าวได้ว่าค่อนข้างจะครอบคลุมกล่าวคือเป็นการมองว่าการให้บริการสาธารณะมีวัตถุประสงค์ เพื่อสนองต่อความต้องการส่วนรวมของประชาชนมิใช่เพียงบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้คุณค่าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเน้นหลักการ การให้บริการสาธารณะอันได้แก่ ความต่อเนื่องและความยุติธรรมในการให้บริการสาธารณะ ซึ่งหลักการทั้งสองนี้ได้ถูกนำไปใช้ใน การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยเช่นกัน¹⁶

เทพศักดิ์ บุณยรัตพันธุ์ได้ให้ความหมายของการให้บริการสาธารณะ ซึ่งหมายถึง¹⁷ การที่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน ที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณะซึ่งอาจจะเป็นของรัฐหรือเอกชนมีหน้าที่การส่งต่อการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม การให้บริการสาธารณะที่เป็นระบบ “ระบบ” มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ส่วน คือ

1) สถานที่และบุคคลที่ให้บริการ

2) ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร

¹⁶ ประยูร กาญจนตุล, *กฎหมายการปกครอง* (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2549) 199.

¹⁷ เทพศักดิ์ บุณยรัตพันธุ์, 'ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างประสิทธิภาพของการนำนโยบายการให้บริการแก่ประชาชนไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร' (วิทยานิพนธ์ พัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา) คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2536) 13.

- 3) กระบวนการและกิจกรรม
- 4) ผลผลิตหรือตัวบริการ
- 5) ช่องทางการให้บริการและ
- 6) ผลกระทบที่มีต่อผู้รับบริการ

การให้บริการสาธารณะ จึงหมายถึง กิจกรรมที่จัดทำขึ้นโดยฝ่ายปกครอง โดยจัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ของสาธารณะให้บริการแก่ประชาชน เช่น การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพแก่ ประชาชนในประเทศเพื่อสนองความต้องการของประชาชน เป็นต้น

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทย

การศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาถึงความหมายของการประกันสุขภาพ และแนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพดังต่อไปนี้

2.2.1 ความหมายของการประกันสุขภาพ

ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายในแง่กฎหมายของการประกันว่า หลักทรัพย์ที่ให้ไว้เป็นเครื่องรับรองและให้ความหมายสุขภาพว่าภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้นิยามของสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางจิตวิญญาณ ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงหมายถึงเวลาที่มีโรคภัยไข้เจ็บสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยไม่มีภาระด้านค่าใช้จ่าย หลักประกันสุขภาพ จึงหมายถึง สิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น¹⁸

การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม หมายถึง การที่รัฐเข้าไปดำเนินการเพื่อที่ว่าประชาชนจะได้มีโอกาสได้รับการประกันในด้านสุขภาพอนามัยเงินเลี้ยงชีพอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค¹⁹ การประกันสุขภาพเป็นการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยอาจแยกเป็น 2 นัย นัยหนึ่งเป็นหลักประกันทางตรงด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา และค่ารักษาพยาบาลกับอีกนัยหนึ่งเป็นหลักประกันทางอ้อมด้วยการ ชดเชยส่วนของรายได้ที่ต้องสูญเสียไปอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพราะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น²⁰

2.2.2 แนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพ

กฎหมายเป็นมาตรการของรัฐประการหนึ่งที่จะช่วยให้สังคมเกิดความสงบเรียบร้อยการจัดระเบียบสังคมก็ต้องใช้กฎหมายระเบียบข้อบังคับและกฎเกณฑ์ต่างๆเพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนด การ

¹⁸ อัมมาร สยามวาลา, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:เป้าหมายเชิงนโยบาย (สถาบันวิจัยเพื่อ การพัฒนาประเทศไทย2544) 7.

¹⁹ อนงค์ โรจน์วณิชย์, รายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องผลกระทบของการประกันสุขภาพต่อการ จัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2545) 11.

²⁰ ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ, ระบบประกันสุขภาพของไทย:ศูนย์ศึกษาในงานสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยมหิดล 2532) 12.

ประกันสุขภาพเป็นสิทธิส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์ทุกคนในโลกนี้ที่จะ ช่วยคุ้มครอง ป้องกันให้ชีวิตมนุษย์ให้สามารถดำรงคงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระดับหนึ่ง จึงจำเป็นที่ จะต้องมีการบัญญัติกฎหมาย เพื่อให้ความคุ้มครองสุขภาพของมนุษย์เอาไว้

ประเทศไทยได้มีแนวคิดในเรื่องการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพมายาวนาน นอกจาก กระแสแนวคิดการปฏิรูปสุขภาพที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานของไทยยังสอดคล้องกับกระแสที่เกิดขึ้น ทั่วโลก เนื่องจากเหตุผลหลายประการ อาทิ ค่าใช้จ่ายของคนไทยในเรื่องการรักษาพยาบาลสูงขึ้น มากถึงปี ละ 2 - 3 แสนล้านบาท และมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี²¹ เข้าลักษณะค่าใช้จ่าย ที่ควบคุม ไม่ได้ การดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการด้านสาธารณสุขเพื่อการ รักษาพยาบาลมากกว่าการมุ่งเน้นการรักษาสุขภาพ แม้ตัวระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และ เอกชนจะมีการพัฒนาโดยตลอด ทั้งในเชิงปริมาณ การกระจายและคุณภาพ แต่ยังคงมีปัญหา มาก ทั้งในแง่ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ²² คุณภาพบริการที่แตกต่างกันมาก และมีการใช้ ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ

การขาดหลักประกันในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดดังกล่าวยังไม่ได้ออก ตัว เป็นรูปร่างจนกระทั่งเมื่อมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 คณะกรรมการการ สาธารณสุข วุฒิสภาในขณะนั้น ได้มีความเห็นว่าเป็นเนื้อหาของรัฐธรรมนูญ มี เรื่องที่เกี่ยวข้องกับ สาธารณสุขอยู่หลายเรื่องด้วยกัน จึงควรแยกเรื่องเหล่านั้นออกมาพิจารณา เพื่อจะได้พัฒนาในส่วนที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้โดยตรงและเหมาะสมกว่า ดังนั้นกลุ่มของ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะทำงานในเรื่องนี้ จึงประชุมและได้ข้อสรุปออกมาเป็นรายงานเรื่อง “ระบบสุขภาพ ประชาชาติ” ที่นำเสนอต่อวุฒิสภาก่อนที่จะหมดวาระเมื่อ วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2543

ต่อมาแนวคิดระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพได้นำไปสู่การออกพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นหน่วยงานของรัฐซึ่งอยู่ภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมี เจตนาารมณ์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน ด้วยระบบการบริหาร และการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ จึง เป็นการเน้นด้านให้บริการเรื่องการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนเป็นหลักรวมถึงการ ให้บริการ ต้อง เป็นไปอย่างเข้าถึงและมีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงส่วนเสริมของการให้บริการ ต้องเป็นไป อย่างเข้าถึงและมีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงส่วนเสริมของการ บริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่ง แหล่งเงินทุนของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเงินที่ได้จากงบประมาณแผ่นดินโดยจัดสรรจากภาษีที่ ได้รับจากประชาชน โดยสำนักงานงบประมาณสามารถควบคุมรายจ่ายของกองทุน การใช้งบประมาณของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยึดตามรูปแบบระเบียบราชการ

²¹ วิชัย สติมัย และคณะ, การศึกษาผลกระทบการรวมกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ กับ กองทุนหลักประกัน สุขภาพต่อสังคมไทย (รายงานการวิจัย) (สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา 2548) 5.

²² สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ‘ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกัน สุขภาพ ในประเทศไทย’ <www.hisro.or.th/main> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

ในปัจจุบันปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้จัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มเป็น 3,197.32 บาทต่อหัวประชากร แต่สถานพยาบาลยังคงประสบปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน การจัดสรรงบประมาณรายหัวได้ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมโดยวิธีจัดสรรตามโครงสร้างอายุประชากร มีการเพิ่มงบสำหรับพื้นที่ทุรกันดาร เบื้องต้นมีการจัดสรรให้หน่วยบริการคฤหาสน์ในส่วนของการบริการผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยบริการคฤหาสน์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรในอัตราเดียวกัน แต่จะหักเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ที่ระบุไว้ใน งบประมาณรายจ่ายประจำปีแล้วโอนส่วนที่เหลือให้ กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการ ซึ่งงบ เหมาจ่ายรายหัวที่เพิ่มขึ้นยังไม่สามารถบอกได้ว่าเพียงพอต่อต้นทุนที่แท้จริงหรือไม่

ระบบบริหารจัดการที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงในหลายด้าน เช่น ระบบข้อมูล ระบบการส่งต่อการให้สิทธิประชากรเลือกสถานพยาบาล การให้ข้อมูลข่าวสารสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาคคุณภาพการให้บริการและการลาออกของแพทย์ เป้าหมายของการสร้างหลักประกันให้แก่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญและทำในลักษณะเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขด้วยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงินที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ระบบหลักประกันสุขภาพของ ไทยในปัจจุบัน คือเหมาจ่ายรายหัว ทั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีมาตรฐานและการ เกื้อกูลกันมากขึ้น โดยมีเป้าประสงค์หลักคือ

- 1) ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า
- 2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ในค่ายา ค่าผ่าตัด ค่ารักษาพยาบาลต่างๆที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 3) มีการจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนทาง นโยบายทางการเงินและทางสถาบันหรือองค์กร

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสมบูรณ์ทาง สุขภาพกายและใจของตนเอง สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสังคมของตนระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นระบบสุขภาพที่ทุกมิติในลักษณะองค์รวม ซึ่งรวมถึงระบบการจัดการ สิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ยาระบบ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วิถีชุมชนและวัฒนธรรม²³

2.3.1 แนวคิดรัฐสวัสดิการ

²³ ชุมชนออนไลน์เพื่อการจัดการความรู้, 'ระบบสุขภาพภาคประชาชน'
<[https:// www.gotoknow.org/posts/274010](https://www.gotoknow.org/posts/274010)> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

แนวคิดรัฐสวัสดิการ มีจุดมุ่งหมายในการพยายามสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคม หรือสร้างสวัสดิการสังคม โดยรัฐพยายามที่จะเข้าไปมีส่วนในการจำกัดความเป็นอยู่ของประชาชน ในทุกด้าน รัฐสวัสดิการ (Welfare state) เป็นระบบทางสังคมที่รัฐให้หลักประกันแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในด้านปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น หลักประกัน ด้านสุขภาพ ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการ ในการป้องกันและรักษาโรคฟรี หลักประกันด้านการศึกษาทุกคนมีโอกาสได้รับการศึกษาตามความสามารถ โดยได้รับทุนการศึกษาฟรี จนทำงานได้ ตาม ความสามารถในการเรียน หลักประกันด้านการว่างงาน รัฐต้องช่วยให้ทุกคนได้งานทำ ใครยังหางานไม่ได้รัฐต้องให้เงินเดือนขั้นต่ำไปพลางก่อน หลักประกันด้านชราภาพ รัฐให้หลักประกันด้านบำนาญ สำหรับผู้สูงอายุทุกคน หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย ที่ดินทำกิน เป็นต้น

พจนานุกรมศัพท์เศรษฐศาสตร์ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2546 โดยสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อธิบายถึงรัฐสวัสดิการ (Welfare State) ไว้ว่า “เป็นแนวคิดที่ประเทศทุนนิยมนำมาใช้ โดยรัฐจัดให้มีการประกันความมั่นคงให้แก่ ประชาชนอย่างกว้างขวาง และเป็นระบบ การประกันดังกล่าว เป็นการให้เปล่าหรือเกือบให้เปล่า เช่น การศึกษา การรักษาพยาบาล การ สงเคราะห์ มารดาและทารกการสงเคราะห์เด็กกำพร้า คนชราและคนพิการ การให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ด้อยงาน และการฌาปนกิจ เป็นต้น”

เบอร์ตัน อัลเลน (Burton Allen, 1975) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีรัฐสวัสดิการ (Welfare State Theory) โดยเสนอว่า ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานภาพและบทบาทขององค์การประชาสังคมขึ้นอยู่กับความสามารถของรัฐในการให้สวัสดิการสังคมแก่ประชาชนถ้ารัฐสามารถ จัดสวัสดิการสังคม ให้แก่ประชาชนมาก บทบาทขององค์การประชาสังคมก็จะมีน้อยลง อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์ยังขึ้นกับว่ารัฐบาลมีการรวมศูนย์อำนาจอย่างไรด้วย²⁴

ดร.ไสว บุญมา (1 ต.ค. 2553) กล่าวว่า รัฐบาลสวัสดิการมีด้วยกันหลายแบบซึ่งอาจแยกได้ เป็นสองแนวหลักๆ จากวิธีการปฏิบัติ คือ แนวคิดที่หนึ่ง เป็นการเลือกส่งความช่วยเหลือไปยังกลุ่ม ที่ขาดปัจจัยในการดำรงชีวิตเบื้องต้นเท่านั้น รัฐตั้งองค์กรขึ้นมา เพื่อรับผิดชอบในการทดสอบอย่าง เข้มงวดว่าใครควรได้รับความช่วยเหลือ และเพื่อป้องกันมิให้ ความช่วยเหลือนั้นรั่วไหลไปถึงผู้ไม่ สมควรได้รับ แนวนี้ไม่จำเป็นต้องเก็บภาษีในอัตราสูงมากนัก และมีสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่าง แนวคิดที่สอง วางอยู่บนบรรทัดฐานของการไม่คอยเข้มงวดเรื่องการขาดปัจจัย ผู้ที่มีลูกหรือผู้ที่ เจ็บป่วยอาจได้รับความช่วยเหลือจากรัฐทันทีไม่ว่าเขาจะเป็นเศรษฐีหรือยาก เพราะฉะนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ จึงได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นต้องเก็บภาษีในอัตราที่สูงมาก จึงสรุปได้ว่า ภาครัฐจึงต้องเข้ามาบทบาทหน้าที่ในระบบรัฐสวัสดิการดังต่อไปนี้²⁵

²⁴ อภินันท์ จันตะณี, 'พุทธรัฐศาสตร์สำหรับการส่งเสริมความมั่นคงแห่งพลเมือง' วารสารวิชาการ, มหาวิทยาลัยปทุมธานี 10(2), (2561), 294.

²⁵ ไสว บุญมา, 'รัฐสวัสดิการคนในอยากออกคนนอกอยากเข้า' <<http://www.108acc.com/index.php?lite=article&qid=517662>> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

- 1) รัฐต้องมีหลักประกันความเท่าเทียมกันของรายได้ขั้นต่ำของแต่ละบุคคล และครอบครัว และสนับสนุนให้มีการกระจายผลผลิตจากการทำงาน
- 2) รัฐต้องจัดหาความมั่นคงทางสังคมให้แก่บุคคลในกรณีต่าง ๆ เช่น การเจ็บป่วย การ ชราภาพ การว่างงาน เป็นต้น
- 3) รัฐต้องให้สิทธิแก่พลเมือง โดยเท่าเทียมกันในอันที่จะได้รับการบริการทางสังคม อย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

จากแนวคิดของรัฐสวัสดิการดังที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า รัฐสวัสดิการเป็น แนวความคิดที่สามารถนำไปปรับใช้และสามารถปฏิบัติจริงได้ในทุกประเทศ ทุกสถานการณ์ เพราะรายละเอียดต่างๆ ของเงื่อนไขในการเข้ามาดูแลประชาชนของแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับว่า รัฐจะเข้ามาจัดสวัสดิการหรือให้บริการในเรื่องใดแก่ประชาชนบ้าง ส่วนการที่รัฐจะเข้ามามีบทบาทใน จัดการระบบรัฐสวัสดิการมากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อตกลงของฝ่ายปกครอง หรือฝ่าย ผู้บริหารของแต่ละประเทศ จะมีการตกลงและทำความเข้าใจกับประชาชน รวมถึงภาคเอกชนใน ประเทศของตนเอง เพราะรัฐบาลสามารถเปิดโอกาส โดยให้ภาคเอกชนหรือองค์กรอื่นๆที่มี องค์กรของรัฐ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการในด้านการทำงาน ด้านการช่วยเหลือประชาชนควบคู่ไปกับการทำงานของภาครัฐด้วยย่อมสามารถทำได้

รัฐสวัสดิการ จึงหมายถึง รูปแบบการปกครองในระบอบประชาธิปไตยรูปแบบหนึ่งที่รัฐจะเข้ามา มีบทบาทหน้าที่ในการดูแล บริหารจัดการให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสในการเข้าถึง บัณฑิตพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต พร้อมทั้งรัฐจะมีหลักประกันถึงความมั่นคงในเรื่องต่างๆ ให้แก่ประชาชน อาทิ เรื่องของการศึกษาเรื่องบริการทางการแพทย์ เรื่องการมีงานทำ เป็นต้น ทั้งนี้ รัฐสวัสดิการมีจุดมุ่งหมาย คือ ต้องการให้เกิดความเป็นธรรมขึ้นในสังคม (Equity) กับประชาชนทุกคนในประเทศนั้นๆ

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องจากปัจจุบันทั่วโลกมีแนวโน้มให้การสนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัวและสังคมมี สภาวะสุขภาพที่ดี องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความ สมบูรณ์ของจิตใจ สังคม กลุ่มชุมชนและบุคคลต้องเข้าใจปัญหาความอยากได้ความต้องการ และการ ปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

จากการประชุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี ค.ศ. 1986 เป็นผลให้มีการออกกฎบัตร (Charter) ขึ้น เรียกว่า กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)²⁶ ได้มีการกำหนดกลยุทธ์และการดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วน หน้า ในปี พ.ศ. 2543 จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดที่มาของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของ หลายๆ ประเทศ ซึ่งทุกประเทศจะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมทางการเมืองและเศรษฐกิจที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับ การสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทยการส่งเสริมสุขภาพที่มาจากคำ ว่า Health

²⁶ สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ:แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย (สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2550) 33.

Promotion มีความหมาย 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ โดย บุคลากร สาธารณสุขให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่เป็นโรครามีสุขภาพแข็งแรง ลักษณะที่ 2 คือ

กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัย กำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งในคนปกติทั่วไปและผู้เจ็บป่วย ดังนั้น เพื่อป้องกัน ไม่ให้ สับสนจึงใช้คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ”

จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว จึงนำไปสู่การออกพระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 และให้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.)) ขึ้นเป็นองค์กรอิสระทำหน้าที่เป็นส่วนเชื่อมโยงให้แก่องค์กรทางด้าน สุขภาพ ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน สำนักงานดังกล่าวจึงหน้าที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน มีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่การมีสุขภาพกายที่สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้บทบาทของสำนักงานยังทำการขับเคลื่อนงานภายใต้กระบวนทัศน์ใหม่ของ “การ สร้างเสริมสุขภาพ” การสร้างสุขภาพจะเกิดผลอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการพัฒนาสังคมไทยไปพร้อม ๆ กัน ในหลายจุดอันอาจเรียกว่า “ระบบสุขภาพ”²⁷

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้บัญญัติความหมาย ของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุข ภาวะทาง กาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะ นำไปสู่การมี ร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลไกหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประชาชนมีสภาวะ สุขอนามัย ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ทำงาน โรงเรียน ชุมชน โดยเก็บภาษีสินค้าที่เป็นอันตรายสุขภาพ ต่อเพื่อเป็น กองทุนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประเทศแรกที่มีกองทุนนี้ คือ เครือรัฐออสเตรเลีย เรียกว่า Victoria Health Foundation หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า Vic Health²⁸ มูลนิธิดังกล่าวมีบทบาทอย่าง มากในการให้ทุน สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่ดำเนินการโดยชุมชน บริษัทเอกชนวงการกีฬา และ มีการโฆษณาณรงค์ ผ่านสื่อและเครื่องมือต่าง ๆ แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การสนับสนุนให้เกิด กิจกรรมและการทำงาน โดยผ่านชุมชนองค์กรท้องถิ่นและบริษัทเอกชน เพื่อสร้างเงื่อนไขและ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพจนเกิดกระแสค่านิยมในสังคมขึ้น เช่น การอุปถัมภ์สนาม กีฬาหรือการสนับสนุนการแข่งขันกีฬา โดยรณรงค์ให้เป็นการกีฬาที่ปลอดภัยเสพติด และจะไม่มีการรับการอุปถัมภ์รวมทั้งโฆษณาจากผู้ผลิต สินค้าประเภทบุหรี่และสุรา เป็นต้น ซึ่งมูลนิธิใน ลักษณะเดียวกันนี้ ที่ได้รับงบประมาณจากภาครัฐที่มีใน ประเทศนิวซีแลนด์

ภาษีบาป หรือ Sin Tax (Sumptuary Tax) เป็นการจัดเก็บภาษีบนฐานของสินค้าและ บริการ ที่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและศีลธรรมอันดี อันได้แก่ สุรา ไฟ ยาสูบ การบริโภคสุรา

²⁷ กองสุศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, ‘การส่งเสริมสุขภาพ’ <www.thaihed.com/html/show> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

²⁸ ศรีวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, ‘บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ’ <www.thailocaladmin.go.th upload/document/type4/2553>. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

ยาสูบในปริมาณที่มากจะเกิดผลเสียเป็นอันตรายต่อสุขภาพตัวเองและผู้ใกล้ชิด อีก ทั้งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา ทำให้ต้นทุนทางสังคมเพิ่มขึ้น จึงมีการเก็บภาษีสุรา ยาสูบ เพื่อควบคุมและลดการบริโภค รวมทั้งเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐในการจ่ายงบประมาณ การ จัดเก็บภาษีบาป กับการจัดสรรภาษีเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือที่เรียกว่า Earmarked Tax หรือDedicated tax

ปัญหาของประเทศไทยอีกส่วนหนึ่งที่พบ คือ ภายหลังจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ ค่าใช้จ่ายของคนไทยในเรื่องการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นมาก สัดส่วนรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพยังมีสัดส่วนน้อยมาก เพราะขั้นตอนการนำพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ไปปฏิบัติยังเน้นที่วิธีการรักษาสุขภาพ²⁹ ซึ่งต้องใช้เวลารักษายาวนานและใช้งบประมาณมากมายมหาศาลมากกว่าการ ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ

2.3.3 สถานการณ์เกี่ยวกับการบังคับใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กล่าวโดยสรุป หลังบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังคงมีปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการและการเงิน การคลัง การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้าทั้งใน ส่วนกองทุนเองและในส่วนของสถานพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างสุขภาพก็ยังคงขาด

แนวทางการทำงานที่ชัดเจน ส่วนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพมีเพิ่ม มากขึ้น ในส่วนของผู้ให้บริการต้องมีภาระเพิ่มขึ้นกว่าเดิมควรที่รัฐบาลจะต้องสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่างๆ เช่น การเพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทน

ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลซึ่งพัฒนามาจากสถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขยังขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ยังมีคุณภาพและมาตรฐานที่ไม่เท่า เทียมกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรพัฒนาหน่วยบริการให้มีมาตรฐานเดียวกันเพื่อสร้าง

ความเชื่อมั่นให้กับประชาชนให้ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรก ในส่วนของการ บริการระดับตติยภูมิควรรักษาได้ทุกโรค กรณีให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ควรมีการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการในระดับเครือข่ายบริการและการส่งต่อ เพื่ออำนวยความสะดวก และลดค่าใช้จ่ายของประชาชน

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในหลายๆประเทศทั่วโลก อาจจะมีรูปแบบกัน ในบางประเทศ การรับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอาจเป็นรัฐเป็นผู้จ่าย โดยอาศัยเงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีแล้วนำกลับไปใช้ในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพประชาชนหรือบางประเทศจ่ายผ่านผู้เก็บเงินจากผู้ บริการ เช่น บริษัทประกัน หรือบางประเทศอาจใช้สองลักษณะ แต่ละลักษณะก็จะมีข้อดีและมี ข้อเสียที่แตกต่างกัน ลักษณะการเก็บภาษี แล้วนำไปจ่ายสนับสนุนผู้ไม่มีรายได้ สถานบริการผู้จ่าย ภาษีอาจจะเห็นว่าไม่เป็นธรรมที่จะนำเงินบางส่วนของตนไปแบกรับภาระของผู้ที่ไม่ได้จ่ายภาษี แต่ถ้ามองในลักษณะการเกื้อกูลกันในสังคมก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี สำหรับลักษณะที่ดำเนินการผ่านบริษัท ประกัน ผู้รับบริการอาจจะได้ใช้เงินของตนอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดการสร้างนิสัยของการไม่ดูแล ตนเอง เพราะทุกอย่างต้องพบแพทย์

²⁹ เฟิงอ้าง.

ตลอด ผู้ที่ไม่มีอาชีพและไม่มีศักยภาพในการซื้อประกันการได้รับบริการก็อาจต้องไปด้วย จึงทำให้เกิดลักษณะผสมผสานรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการ โดยที่ทั้งระบบจ่ายเองและรัฐร่วมสนับสนุนการให้บริการระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทยในขณะนี้หลากหลายแบบเข้ามาดำเนินการตั้งแต่รัฐจัดให้บริการรักษาพยาบาลฟรี โดยไม่มีค่าใช้จ่าย การใช้ระบบประกันสังคมสำหรับภาคเอกชนหรือระบบสวัสดิการของข้าราชการ แต่ไม่ว่าจะด้วยระบบหรือแม้แต่การใช้การซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทซึ่งการใช้สิทธิ ในการรักษาฟรีกับการใช้บริการกับคนทุกกลุ่ม โดยไม่คำนึงถึงฐานะรวยหรือจน อาจให้รัฐต้องแบกรับภาระในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการให้บริการ ถ้าหากสามารถช่วยกันร่วมจ่ายหรือแบกรับภาระได้บางส่วนเช่นในอดีตที่ใช้บัตรประกันสุขภาพโดยมีส่วนแบ่งจากรัฐครึ่งหนึ่งและจากภาคประชาชนครึ่งหนึ่งจึงจะเป็นการถูกต้อง

ประเด็นปัญหาต่อมาที่พบจากระบบการรักษาพยาบาลฟรี คือ ค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวถูกจัดสรรให้กับการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจตกเป็นภาระกับกลุ่มคนบางกลุ่มจึงน่าจะเพิ่มงบประมาณในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าใน ปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อลดภาระและลดช่องว่างในส่วนของการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าการ สร้างเสริมสุขภาพให้ น้อยลง รัฐจึงควรทบทวนทฤษฎีเกี่ยวกับระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงการสร้างความเป็นธรรมในสังคม³⁰

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจึงเป็นเรื่องที่อารยะประเทศที่มีระบบประกันสังคมและมีระบบประกันสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการให้ความคุ้มครองหรือเป็น สวัสดิการให้แก่ประชาชน และเพื่อให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ ค่ารักษาพยาบาลจึงจะต้องไม่ แพงเกินเหตุ แต่ควรมีกำไรอย่างพอสมควร เช่น ประเทศญี่ปุ่น³¹ โรงพยาบาลควรมีโครงสร้างเป็น องค์กรในลักษณะที่ไม่แสวงหากำไร (Non-Profit Organization) แต่ควรมีรายได้พอเลี้ยงตนได้ ระบบประกันสุขภาพควรหลากหลายเพื่อให้มีโอกาสเลือก หรือต้องเลือกเข้าระบบประกันสุขภาพบังคับตามที่รัฐบาลกำหนดให้เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกตัวบุคคล (Universal Coverage)

ในสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนก็เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่พรรคการเมืองต่างแข่งขันกันกำหนดนโยบายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย มนุษย์สามารถจะรักษาสุขภาพของตนเองมิให้เจ็บป่วยได้มากขึ้นตามแต่สถานการณ์ แต่ข้อเท็จจริงกลับปรากฏในทางตรงกันข้ามเพราะประชากรกลับป่วยเป็นโรคที่รุนแรงหรือเรื้อรังมากขึ้น ใช้เงินค่ารักษามากขึ้น เป็น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกและการที่ประเทศไทยใช้ระบบเหมาจ่ายเป็นหลัก ในทางทฤษฎีถือว่า เป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Containment) ได้ดีที่สุด โดยมีการศึกษาไว้ชัดเจนว่า ระบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลรายหัวส่งผลให้กองทุนประกันสังคมมีเสถียรภาพเป็นผลดีที่ไม่ต้อง จ่ายเพิ่ม เพราะไม่ถูกจำกัดวงเงินค่ารักษาไม่เป็นภาระแก่แรงงานส่วนใหญ่ที่ยากจน แต่ก็มีผลลบ ด้านคุณภาพและประสิทธิภาพในการ

³⁰ ฐิชาลักษณ์ ฌรงควิทย์, ทบทวนทฤษฎีระบบจ่ายค่าบริการทางการแพทย์:สร้างความเป็นธรรมในสังคม (เครือข่ายมติชน 2550) 10.

³¹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, การปฏิรูประบบสุขภาพ:กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น (สำนักงาน ประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2544) 10-11.

รักษาพยาบาลที่อาจได้รับน้อยกว่าที่ควรเป็น เพราะสถานพยาบาลจะพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างเข้มงวด

2.4 วิวัฒนาการของการประกันสุขภาพในประเทศไทย

การดูแลสุขภาพสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยเริ่มต้นโดยอาศัยภูมิปัญญาชาวบ้านมาตั้งแต่สมัยโบราณ ซึ่งต่อมาเมื่อมีชาวตะวันตกเดินทางเข้ามาติดต่อค้าขายในประเทศมากขึ้นจึงมีการรับวัฒนธรรมต่างๆรวมทั้งความรู้ในการรักษาพยาบาลจากมิชชันนารีชาวตะวันตกเพิ่มมากขึ้น โดยต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 4 มีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชขึ้น ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของ ประเทศไทยในปี พ.ศ.2449 เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชน โดยต้องเสียค่าใช้จ่าย

รัฐเริ่มมีการจัดสรรสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่ประชาชนที่ยากจน โดยในปี พ.ศ.2488 มีการออกกฎระเบียบค่ารักษายาบาลของตมยากจน เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ยากจนโดยการ ยกเว้นค่ารักษาทั้งนี้ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์

ในปี พ.ศ.2515 อาศัยประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2515 ได้มีการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นโดยให้หลักประกันการรักษายาบาลครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีจำนวนตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ซึ่งนับเป็นก้าวแรกของระบบประกันสุขภาพของไทย³²

ต่อมาในปี พ.ศ.2523 ส่วนงานราชการได้มีการตั้งงบประมาณขึ้นมาสำหรับการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดและลูกจ้างชาวต่างชาติที่ได้รับค่าจ้างจากกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ เนื่องจากข้าราชการมีอัตราเงินค่าตอบแทนน้อย และเพื่อเป็นการตอบแทนความดีจากการปฏิบัติราชการ เพื่อขวัญกำลังใจ และจูงใจให้ข้าราชการตั้งใจทำงานให้เกิด ประสิทธิภาพ โดยให้การช่วยเหลือด้านต่างๆครอบคลุมไปถึงยังกลุ่มข้าราชการบำนาญ และกลุ่ม ลูกจ้างประจำ รวมไปถึงบิดามารดา คู่สมรสของข้าราชการ และบุตรของข้าราชการด้วย

ดังนี้ จึงมีการออกกฎหมายซึ่งเรียกว่า พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 โดยข้าราชการสามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ ณ สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ซึ่งต่อมาในภายหลังได้มีการยกเลิกกฎหมายฉบับดังกล่าวไป และมีการแก้ไขเพิ่มเติมและบัญญัติกฎหมายฉบับใหม่ขึ้นมาเรียกว่า พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2553 โดยพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาและช่วยเหลือเมื่อข้าราชการเกิดการเจ็บป่วย หรือเดือดร้อนด้านต่างๆ³³ ต่อมามีการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ในปี พ.ศ. 2555 โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้ยังคงให้สิทธิสวัสดิการแก่ข้าราชการในการ รักษาพยาบาลเหมือนเช่นเดิม แต่มี

³² สำนักนโยบายและแผนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, *กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วน (2547)*

1.

³³ อัจฉริยา รสฉ่ำ, 'ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของข้าราชการ ลูกจ้าง และประชาชนทั่วไป : ศึกษากรณีการรวมระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขา นิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2550) 3.

การเพิ่มสิทธิให้สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ของเอกชนได้ ในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การประกันสุขภาพได้ขยายตัวไปถึงหน่วยงานเอกชน โดยแนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคมเริ่มมีขึ้นในสมัยของจอมพล ป.พิบูลสงคราม ซึ่งมีแนวคิดให้ความช่วยเหลือประชาชน ในลักษณะสังคมสงเคราะห์ ได้มีการกำหนดโดยลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการหากประสบ อุบัติเหตุ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต การคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร การว่างงาน จึงมีการตรา พระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้นเป็นครั้งแรกในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ต่อมาได้รับการคัดค้าน และต่อต้านจากประชาชน เนื่องจากมีการให้ประชาชนร่วมสมทบเงินในกองทุนดังกล่าวอันเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ประชาชน

ต่อมาได้มีการออกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 วันที่ 16 มีนาคม 2515 โดยกำหนดให้มี การจัดตั้งกองทุนทดแทนภายใต้กรมแรงงาน และเก็บเงินสมทบจากกลุ่มนายจ้างและลูกจ้าง เพื่อ แลกกับสิทธิประโยชน์ที่ลูกจ้างจะได้รับ เช่น การประสบอุบัติเหตุจากการทำงานหรือเจ็บป่วย ให้ ได้รับเงินระหว่างการรักษา หรือเงินค่ารักษาพยาบาล โดยที่ลูกจ้างสามารถรับเงินทดแทนได้จาก กองทุนเงินทดแทนได้

ในปี พ.ศ. 2533 ได้มีการกฎหมายประกันสังคมขึ้นมาใหม่ภายใต้ชื่อกฎหมายที่เรียกว่า พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยมีสำนักงานประกันสังคมที่อยู่ภายใต้การกำกับของ กระทรวงแรงงาน และยังมีมีการออกพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ขึ้นมาเพื่อทดแทน ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ที่ยกเลิกไป นอกจากนี้มีการจัดตั้ง สำนักงานประกันสังคมขึ้นภายใต้สังกัดของกระทรวงมหาดไทยในวันที่ 2 กันยายน 2533 ซึ่งต่อมาในปัจจุบัน สำนักงานประกันสังคมจึงโอนย้ายมาอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการ³⁴

ในปี พ.ศ.2540 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนได้ริเริ่ม และช่วยผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฉบับแรกเข้าสู่สภา แต่ในระหว่างที่ พิจารณานั้นได้มี ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าออกมาเสียก่อน โดยในปี พ.ศ.2544 ภายใต้รัฐบาลพรรคไทยรักไทยซึ่งนำโดยพันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้จัดทำนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาเพื่อให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน โดยให้ ประชาชนร่วมจ่ายเป็นเงินจำนวน 30 บาท ซึ่งเป็นที่รู้จักดีในชื่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค โดย มีเงื่อนไขการรักษาพยาบาลตามที่คณะกรรมการกำหนด³⁵

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 จึงได้เกิดเป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ระบบหลักประกันสุขภาพจึงเป็นระบบที่ เกิดขึ้นหลังที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทุกคนที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบสวัสดิการข้าราชการและจากระบบประกันสังคม โดยประชาชนสามารถใช้สิทธิในการ

³⁴ เฟิงอ้าง, 36.

³⁵ รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด, 'ผู้ผลักดันหลักประกันสุขภาพไทยที่มาโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค' <<https://thepeople.co/sanguan-nityaramphong-universal-health-care/>> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

รักษาพยาบาลได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งโครงการดังกล่าวมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่กำกับและดูแล³⁶

ในปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนโดยได้มีการ ร่างแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 4 ประการ คือ ³⁷

- 1) เร่งส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุกสุขภาพ
- 2) สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ
- 3) พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้าน
- 4) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ ปัจจุบันประเภทของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบัน มีดังต่อไปนี้

1) ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบประกันอุบัติเหตุตาม พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

2) ระบบประกันสุขภาพประเภทสมัครใจ ได้แก่ ระบบประกันชีวิตภาคเอกชน, การประกันวินาศภัย รัฐวิสาหกิจ

3) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) คือ สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น เหตุผลของการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพื่อเป็นการ ประกันสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ และเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดและส่งเสริมการ สาธารณสุขให้แก่ประชาชน เป็นการแก้ปัญหาของการซ้ำซ้อน ของงานระบบประกันสุขภาพในอดีต และเป็นการลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในอดีต

หลังมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2545 โดยรวมทั้งผู้มี สิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาล และโครงการบัตรประกันสุขภาพเดิมแล้วทำการขยาย ไปสู่ผู้ไม่มีหลักประกันมาก่อนทำให้ประชาชนไทย ได้มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพร้อยละ 92.5 โดยแบ่งเป็น 3 ระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 74.2 ระบบ สวัสดิการข้าราชการร้อยละ 6.6 และระบบประกันสังคมร้อยละ 11.5 นอกนั้นเป็นระบบย่อยหรือระบบเสริม³⁸

ทั้งนี้แต่ละระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามประเภท จึงมีแนวความคิดที่แตกต่างกันไป โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ถือเป็นสวัสดิการที่ภาครัฐมอบให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติ ระบบประกันสังคม ถือเป็นระบบที่เพิ่มความมั่นคงและ หลักประกันให้แก่ลูกจ้างและนายจ้างโดยทั้งสองฝ่ายร่วมกันสมทบเบี้ยประกัน และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็น

³⁶ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ (2556) 3-4.

³⁷ ร่างแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)

³⁸ รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี พ.ศ. 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐสวัสดิการที่ภาครัฐจัดให้แก่ประชาชนไทยกลุ่มอื่นๆที่เหลืออยู่ และไม่สามารถใช้สิทธิในหลักประกันใดๆได้

2.5 ความเป็นมาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการบริการด้านสุขภาพของรัฐที่ให้ความเป็นธรรมกับประชาชนทุกคน ทุกคนในสังคมควรได้รับการประกันสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันบนหลักการสำคัญที่ว่า บริการที่จำเป็นด้านสุขภาพเป็นของทุกคน ซึ่งนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ คือ ผู้ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งผู้หนึ่งในการริเริ่มผลักดันเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดยผ่านการเรียนรู้ทดลองปฏิบัติและต่อสู้กับอุปสรรค จนสามารถผลักดันเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศและใช้จริงมาจนถึงปัจจุบัน

โครงการประกันสังคม เมื่อ พ.ศ. 2533 เป็นอีกส่วนหนึ่งโดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้มีส่วนในการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคม ด้วยแนวคิดว่าจะใช้พลังทางด้านการเงิน (financial power) ในการกำกับทิศทางของโรงพยาบาลตามที่ต้องการ ทำให้ได้เรียนรู้ การทำให้โครงการใหญ่ๆ มีความยั่งยืนทางการเงิน ใช้การจัดสรรงบประมาณและสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว พัฒนาการเกิดเครือข่ายสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่จับกลุ่มกับคลินิกเอกชน

นอกจากนี้ยังมีโครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป (EU) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ระยะแรก (phase 1) ได้นำแนวคิดและประสบการณ์การพัฒนาในรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิจากโครงการอยุธยาและจังหวัดอื่นๆ มาพัฒนาต่อ ทั้งในพื้นที่ อยุธยา พะเยา ยโสธร ขอนแก่น สงขลา นครราชสีมา สมุทรสาคร และจังหวัดที่อยู่ภายใต้งานเวชปฏิบัติครอบครัวของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8³⁹

ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ เนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ทำหน้าที่ยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยมีการทำงานทางวิชาการควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวทางสังคมภายใต้แนวคิดสำคัญ คือ “สร้างนำซ่อม” ในช่วงเดียวกัน ภาคประชาชนได้ “ร่วมผลักดัน” กฎหมายหลักประกันสุขภาพด้วยการ “ขับเคลื่อนสังคม” อย่างกว้างขวาง

โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” จากการขยายแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่พรรคการเมืองหลายพรรค ในช่วงเลือกตั้ง พรรคไทยรักไทย เห็นถึงความเป็นไปได้ จึงนำมาเป็นนโยบายในการหาเสียง และได้นำมาใช้เมื่อพรรคได้รับเลือกให้จัดตั้งรัฐบาลภายใต้การนำของ ดร. ทักษิณ ชินวัตร

³⁹ Health Care Reform Project ปี พ.ศ. 2540 – 2543

นายกรัฐมนตรี ในขณะนั้นได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน ในชื่อ โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544⁴⁰

รัฐบาลเริ่มนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทย โดยการนำร่องในโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” เริ่มดำเนินการในระยะที่ 1 เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ใน 6 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา และยะลา ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ในเดือนมิถุนายน 2544 และได้ขยายพื้นที่ดำเนินการจนสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา

จากผลการสำรวจของโพล ประชาชนพอใจกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นอย่างมาก จึงได้มีการผลักดันจนเกิดเป็น “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ได้สำเร็จ และจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)” ขึ้นเป็นหน่วยงานบริหารระบบ เพื่อทำหน้าที่เป็น “ตัวแทน” ของประชาชนในการกำหนดสิทธิประโยชน์ และเป็นตัวแทนในการคุ้มครองดูแลให้ประชาชนได้รับบริการอย่าง เท่าเทียม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ เป็นเป้าหมายสำคัญ โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นเลขาธิการ สปสช. คนแรก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และด้วยการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน สปสช. จึงได้รับรางวัลทุนหมุนเวียนดีเด่น จากกระทรวงการคลังมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2551

นอกจากนี้ สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยความสัมพันธ์แบบ partnership ในฐานะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทั้งนี้เพื่อก้าวไปให้ถึงจุดมุ่งหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข

พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ชนชาว

⁴⁰ ที่มาของแนวคิด “30 บาท รักษาทุกโรค” : โครงการอยุธยาเป็นโครงการเล็กๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข เริ่มต้นทดลองพัฒนาสถานพยาบาลใกล้บ้านที่มีคุณภาพเพื่อคอยดูแลประชาชนถึงครอบครัวและชุมชน เริ่มโครงการระดับอำเภอที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ตามมาด้วยระดับจังหวัดที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และได้ขยายกลายเป็นโครงการในระดับประเทศในชื่อว่า “โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข”

ไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่าย ในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

2.6 แนวคิดและความเป็นมาของการบริการหลักประกันสุขภาพของ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร

บทบาทของภาคเอกชน โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐสามารถแยกได้เป็นสองส่วนส่วนแรกคือบทบาทในฐานะผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (service provider) และบทบาทในการเป็นผู้รับประกันสุขภาพ (insurer) กรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่า สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ สำหรับการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (not-for-profit) มีบทบาทสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับโรงพยาบาลของภาครัฐโดยเฉพาะในประเทศเบลเยียมที่กฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลของรัฐมิใช่บริการเชิงพาณิชย์หากแต่เป็นบริการที่มีมิติของบริการสังคมด้วย สำหรับการรักษาในระดับปฐมภูมินั้น บทบาทของสถานพยาบาลเอกชนในท้องถิ่น เช่นคลินิกจะโดดเด่นมากเป็นพิเศษเนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่จึงสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่า สถานพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ

สำหรับบทบาทของภาคเอกชนในฐานะผู้รับประกันสุขภาพนั้นเนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมาก มีระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่ให้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมแก่ประชาชนในประเทศทุกรายทำให้ประกันสุขภาพเอกชนจะมีพื้นที่ตลาดน้อยโดยจำกัดเพียงประกันในส่วนที่เป็นการให้สิทธิประโยชน์“เพิ่มเติม” (add-on) จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับภายใต้ประกันสุขภาพของภาครัฐ หรือในส่วนที่เป็นการลดความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนนี้สืบเนื่องมาจากภาระในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามข้อกำหนดของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ในประเทศที่

ระบบประกันสุขภาพของรัฐให้สิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างดีและมีอัตราการร่วมจ่าย (co-payment) ต่ำ เช่น ในสหราชอาณาจักร

ผู้ประกันตนอาจไม่จำเป็นต้องไปทำประกันเอกชน ยกเว้นในกรณีที่ต้องการบริการที่รวดเร็วและสะดวกสบายมากขึ้น โดยสรุปแล้ว บทบาทของประกันสุขภาพเอกชนในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับนโยบายของภาครัฐว่าส่งเสริมให้ประชาชนทำประกันกับภาคเอกชนหรือไม่แต่โดยทั่วไปแล้วประกันสุขภาพเอกชนมิได้แข่งกับประกันของภาครัฐเท่าใดนัก หากแต่เป็นการให้บริการ “เสริม” ประกันสุขภาพของภาครัฐมากกว่านอกจากนี้แล้วบริษัททำประกันเอกชนไม่เน้นการแข่งขันในด้านราคา กับภาครัฐแต่แข่งในด้านคุณภาพของบริการ ความรวดเร็ว ความสะดวกตลอดจนการให้สิทธิในการใช้วิธีการรักษาที่ทันสมัยกว่าซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาแบบมาตรฐานการศึกษาบทบาทของภาคเอกชนในประเทศไทย พบว่า ภาคเอกชนยังมีบทบาทค่อนข้างน้อยในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยส่วนมากเป็นองค์กรที่แสวงหากำไรต่างจากในต่างประเทศ เนื่องมาจากองค์กรทางด้านศาสนาในศาสนาพุทธมิได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริการรักษาพยาบาลซึ่งต่างจากองค์กรศาสนาคริสต์ทำให้ประเทศไทยมีสถานพยาบาลที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรน้อยกว่าในประเทศ ตะวันตก

ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลในกรณีของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 200 กว่าแห่ง และกองทุนประกันสังคมประมาณ 90 แห่ง ในขณะที่สถานพยาบาลขนาดเล็กในชุมชนมีส่วนร่วมเฉพาะในกรณีของกองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

2.7 หลักการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข

การบริหารงานงบประมาณด้านสาธารณสุขเป็นการใช้งบประมาณเพื่อประโยชน์กับประชาชนผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยต้องมีการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่ามากที่สุดตามหลักธรรมาภิบาลและหลักนิติธรรมกับการบริหารงบประมาณดังนี้

2.7.1 หลักธรรมาภิบาลในประเทศไทย⁴¹

แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance) เมื่อเข้ามาแพร่หลายในประเทศไทยได้มีการบัญญัติศัพท์ไทยขึ้นมาหลายอาทิเช่น ธรรมาภิบาล ประชาธิปไตย ธรรมรัฐ ระบบบริหารกิจการ บ้านเมืองและสังคม การปกครองโดยธรรม กรอบการกำกับดูแลที่ดี บรรษัทภิบาล เป็นต้น ซึ่งมีการตกลงโดยคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนพฤษภาคม 2542 ให้ใช้คำว่าระบบการบริหารและ การจัดการบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล (Good Governance) ธรรมาภิบาลให้ความหมาย ไปในทางบริหารราชการเพื่อให้แตกต่างจากบรรษัทภิบาล (Corporate Governance) ซึ่งความหมายของคำว่า ธรรมาภิบาล (Good Governance) หรือการบริหารจัดการที่ดี คือ ระบบโครงสร้าง กระบวนการต่างๆ ที่ได้วางแนวปฏิบัติหรือวางกฎเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม เพื่อให้ส่วนต่างๆ ของสังคมมีการพัฒนาและอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขและเป็นธรรม เนื่องจากการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ทุก

⁴¹ นันทวัฒน์ บรมานันท์ (เชิงอรรถ 14) 108.

ภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นกลไกภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคประชาชน ต่างก็เป็นองค์การรวมในการแสดงความคิดเห็นเพราะประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์โดยตรง

ธรรมาภิบาล (Good Governance) ในภาคราชการเกิดจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงของไทยในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งภาควิชาการและผู้ได้รับผลกระทบเห็นว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความหย่อนประสิทธิภาพของกลไกการบริหารกิจการบ้านเมืองการบริหารราชการ การกำหนดนโยบายสาธารณะ และการทุจริตประพฤติมิชอบในวงราชการอันเป็นความรับผิดชอบของภาคราชการทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายประจำ ขณะเดียวกันในภาคประชาชนอันเป็นพลังสำคัญก็มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความตื่นตัวและรับผิดชอบต่อสังคมตลอดจนตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของแต่ละฝ่ายเพิ่มขึ้น หากความอ่อนแอและหย่อนประสิทธิภาพดังกล่าวไม่ได้รับการจัดการแก้ไขอย่างจริงจังและรีบด่วน โอกาสที่จะนำพาประเทศฟื้นตัวจากวิกฤติข้อมเป็นไปได้อย่างยาก ทั้งอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองมากยิ่งขึ้นอีกด้วย ดังนั้น คณะรัฐมนตรีได้มอบให้สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศ (TDRI) ศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ และต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มอบให้สำนักงาน ก.พ. นำผลการศึกษาและข้อเสนอแนะดังกล่าวมาจัดทำบันทึก เรื่องการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2542 เห็นชอบกับข้อเสนอแนะให้ออกเป็นระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อให้ส่วนราชการถือปฏิบัติ ต่อมาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2542 ได้ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 และเริ่มมีผลบังคับใช้กับหน่วยงานของรัฐ ตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2542 ซึ่งนับได้ว่าเป็น ก้าวแรกหรือเรียกได้ว่าเป็นการวางรากฐานในการบริหารราชการแนวใหม่ ซึ่งมีรายละเอียดโดย สรุปและพัฒนาการเกี่ยวกับธรรมาภิบาล ดังนี้

1) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและ สังคมที่ดี พ.ศ. 2542 ได้กำหนดหลักพื้นฐานของการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี 6 ประการ คือ⁴²

(1) หลักนิติธรรม ได้แก่ การตรากฎหมาย กฎข้อบังคับต่างๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของสังคมและสังคมยินยอมพร้อมใจปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับเหล่านี้ โดยถือ ว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่ตามอำเภอใจหรืออำนาจของตัวบุคคล

(2) หลักคุณธรรม ได้แก่ การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม โดยรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐยึดหลักนี้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างแก่สังคมและส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนา ตนเองไปพร้อมกัน เพื่อให้คนไทยมีความซื่อสัตย์ จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัย ประกอบอาชีพ สุจริตเป็นนิสัยประจำชาติ

(3) หลักความโปร่งใส ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชาติ โดยปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรทุกวงการให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกและมีกระบวนการให้ประชาชนตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนได้

⁴² เฟิงอ้าง.

(4) หลักความมีส่วนร่วม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และเสนอความเห็นในการตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศ ไม่ว่าจะด้วยการแจ้งความเห็น การโต้ สวนสาธารณะ การแสดงประชามติ หรืออื่นๆ

(5) หลักความรับผิดชอบ ได้แก่ การตระหนักในสิทธิหน้าที่ ความสำนึกในความ รับผิดชอบ ต่อสังคม การใส่ใจปัญหาสาธารณะของบ้านเมืองและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา ตลอดจนการเคารพในความเห็นที่แตกต่าง และความกล้าที่จะยอมรับผลจากการกระทำของตน

(6) หลักความคุ้มค่า ได้แก่ การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้เป็น ประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม โดยธรรมาภิบาลให้คนไทยมีความประหยัดใช้ของอย่างคุ้มค่า สร้างสรรค์สินค้า และบริการที่มีคุณภาพสามารถแข่งขันได้ในเวทีโลก และรักษาทรัพยากรธรรมชาติให้ สมบูรณ์ยั่งยืน

2) พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 3/1 วรรคสาม ได้กำหนดให้การปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงความรับผิดชอบต่อผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของ ประชาชน การเปิดเผย ข้อมูล การติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ตามความ เหมาะสมของแต่ละภารกิจ และวรรคสี่ กำหนดว่า จะตราเป็นพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการปฏิบัติราชการ และการสั่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติก็ได้

3) พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เนื่องจากตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 3/1 เป็นเพียงการกำหนดเป้าหมายหลักที่ต้องดำเนินการ จึงต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสามารถ ในการปฏิบัติราชการ และการสั่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติให้ชัดเจนเป็นแนว เดียวกัน โดยไม่ก่อให้เกิดการใช้ดุลยพินิจในการเลือกปฏิบัติของแต่ละส่วนราชการ 1 ทั้งนี้ วัดผลการปฏิบัติงาน ได้ รวมทั้งเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนได้ จึงได้มีการตราพระราช กฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และ วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ขึ้นเพื่อให้ทุกส่วนราชการมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม

(1) วัตถุประสงค์ของหลักธรรมาภิบาลหรือการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี หลักธรรมาภิบาล เป็นหลักการบริหารราชการที่มีกรอบแนวคิดในการบริหารสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับ ประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์และแนวทางการปฏิบัติราชการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ดังนี้

ก. การบริหารราชการเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน หมายถึง การปฏิบัติ ราชการที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ความสงบและ ปลอดภัยของสังคม ส่วนรวม โดยยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลางในการได้รับบริการจากรัฐ โดยการกำหนดภารกิจของรัฐและ ส่วนราชการต้องเป็นไปเพื่อเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นและสอดคล้องกับ แนวนโยบายของรัฐ การปฏิบัติ ภารกิจของส่วนราชการต้องเป็นไปโดยซื่อสัตย์สุจริต สามารถ ตรวจสอบได้ ก่อนเริ่มดำเนินการใน ภารกิจใดต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ผลดีและผลเสียให้ครบถ้วน ทุกด้าน มีการวางกลไกการทำงานชัดเจน ทุกขั้นตอนและโปร่งใส ในกรณีที่มีผลกระทบต่อประชาชนต้องมีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน หรือมีการชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชนให้ได้ทราบถึงประโยชน์ที่ส่วนรวมจะได้รับจากภารกิจนั้น เมื่ออยู่ในระหว่างการดำเนินการตาม ภารกิจใดต้องรับฟังความคิดเห็นและสำรวจความพึงพอใจของ

สังคมโดยรวม เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ เหมาะสมอยู่เสมอ กรณีพบปัญหาอุปสรรคต้องจัดให้มีการแก้ไข โดยเร็ว

ข. การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ หมายถึง การบริหารงานที่ มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับภารกิจและ วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นไว้สำหรับงานนั้นๆ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความคุ้มค่ากับการใช้ ทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน โดยในการ จัดทำภารกิจ ต่างๆ ต้องมีแผนปฏิบัติงานล่วงหน้าที่กำหนดขึ้นต่อระยะเวลา และงบประมาณที่ จะต้องใช้ เป้าหมาย ของภารกิจ ผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ และตัวชี้วัดความสำเร็จของภารกิจ รวมทั้งมี ระบบการติดตามและ ประเมินผล ทั้งนี้ ในกรณีที่มีผลกระทบต่อประชาชนส่วนราชการต้องแก้ไข หรือบรรเทาผลกระทบ หรือ เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม โดยยึดการบริหารงานแบบบูรณาการ การ พัฒนาส่วนราชการให้เป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้ ซึ่งมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ สอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการไว้ล่วงหน้า ที่ สามารถแสดงผลและวัดผลงานได้อย่างชัดเจน ตลอดจนให้ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ซึ่งต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อ รัฐสภา และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง

ค. การบริหารราชการอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ โดย กำหนดวิธีการทำงานของส่วนราชการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและสามารถวัดความคุ้มค่า ในการปฏิบัติแต่ละภารกิจ ซึ่งส่วนราชการต้องยึดหลักความโปร่งใส โดยประกาศกำหนด เป้าหมาย แผนการทำงาน ระยะเวลาแล้วเสร็จ และงบประมาณที่ต้องใช้เพื่อให้ข้าราชการและ ประชาชนทราบ ซึ่ง จะทำให้การทำงานมีความโปร่งใสสามารถตรวจสอบแผนการทำงานได้ นอกจากนี้ ส่วนราชการต้องยึด หลักความคุ้มค่า โดยจัดทำบัญชีต้นทุนและรายจ่ายต่อหน่วยของ บริการสาธารณะ และทำการ เปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่างปัจจัยนำเข้ากับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อ ปรับปรุงการทำงานและประเมิน ว่าภารกิจใดสมควรทำต่อไปหรือยุบเลิก โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่รัฐและประชาชนจะพึงได้รับจากภารกิจ นั้น และในการประเมินความคุ้มค่าจะต้องคำนึงถึงประเภท และสภาพของแต่ละภารกิจ ความเป็นไปได้ ประโยชน์ที่รัฐและประชาชนจะได้รับ โดยเทียบกับรายจ่ายของรัฐ และให้คำนึงถึงประโยชน์ได้เสียของ สังคมนอกเหนือจากการคำนวณเป็นตัวเงินด้วย

รวมทั้งในการจัดซื้อจัดจ้างจะต้องกระทำโดยเปิดเผยและเที่ยงธรรม โดยจะต้องชั่งน้ำหนักถึง ประโยชน์และผลเสียต่อสังคม ภาระต่อประชาชน คุณภาพ วัตถุประสงค์ที่จะใช้ ราคา และ ประโยชน์ ระยะยาวของส่วนราชการ ซึ่งมีใช้ถือราคาต่ำสุดเป็นเกณฑ์อย่างเด็ดขาด แต่คำนึงถึงการ ใช้ ทรัพยากรอย่าง คุ้มค่าในระยะยาวที่จะทำให้ต้นทุนการบริการสาธารณะลดลงได้ นอกจากนี้ ส่วน ราชการต้องยึดหลัก ความชัดเจนในการปฏิบัติราชการ กล่าวคือ การให้ความเห็นชอบหรืออนุญาตของ ส่วนราชการต้อง เป็นไปตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด การวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาใดกำหนดให้ที่ส่วนราชการเป็นผู้ พิจารณาให้กระทำโดยเร็วและหลีกเลี่ยงการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นพิจารณา แทน ในกรณีที่เป็นการ พิจารณาในรูปแบบคณะกรรมการให้มีผลผูกพันผู้แทนส่วนราชการแม้จะมีได้เข้าร่วมประชุมและจะต้องมี

การบันทึกฝ่ายข้างน้อยไว้ด้วย การสั่งการต้องเป็นลายลักษณ์อักษร ถ้ามีการสั่งการด้วยวาจาต้องบันทึกคำสั่งนั้นไว้ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนตามหลักความรับผิดชอบ

ง. การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน โดยกำหนดหน้าที่ให้ส่วนราชการปฏิบัติเพื่อเป็นการลดระยะเวลาในการพิจารณา การสั่ง การอนุญาต การอนุมัติหรือการปฏิบัติราชการที่มีผลโดยตรงต่อประชาชนให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วขึ้น โดยส่วนราชการต้องจัดให้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจลงไปสู่ผู้ดำรงตำแหน่งที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการในเรื่องนั้นโดยตรง และต้องจัดให้มีหลักเกณฑ์การควบคุม ติดตาม และกำกับดูแลการใช้อำนาจและความรับผิดชอบของผู้รับ มอบอำนาจ และผู้มอบอำนาจ ส่วนราชการต้องจัดทำแผนภูมิขั้นต้น และระยะเวลาการดำเนินการ รวมทั้งรายละเอียดอื่น โดยเปิดเผยเพื่อให้ประชาชนตรวจสอบได้ การบริการประชาชนและการติดต่อประสานงานระหว่างส่วนราชการด้วยกันต้องกระทำโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลกลาง นอกจากนี้ ยังต้องจัดตั้งศูนย์บริการร่วมในแต่ละกระทรวง

จ. การปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการ โดยให้ส่วนราชการทบทวนภารกิจของตนว่า ภารกิจใดมีความจำเป็น หรือสมควรที่จะยกเลิก ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินการต่อไป หรือไม่ โดยคำนึงถึงยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกำลัง เงินงบประมาณของประเทศ ความคุ้มค่าของภารกิจ และสถานการณ์อื่นประกอบกัน นอกจากนี้ ส่วนราชการมีหน้าที่สำรวจ และทบทวนเพื่อยกเลิก ปรับปรุง หรือจัดให้มีขึ้นใหม่สำหรับกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และประกาศ ที่อยู่ในความรับผิดชอบเพื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอ และเพื่อให้ลด ภาระของประชาชน โดยต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชนด้วย และให้สำนักงานคณะกรรมการ กฤษฎีกามีหน้าที่ตรวจสอบกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และประกาศ ของทุกส่วนราชการที่ไม่ เหมาะสมแก่กาลสมัยหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศหรือเป็นภาระแก่ประชาชน เพื่อเสนอให้มีการแก้ไข ปรับปรุง หรือยกเลิกต่อไป

ฉ. การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน เป็นการ กำหนดแนวทางที่ส่วนราชการต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนให้ได้รับบริการ โดยเร็ว ในขณะเดียวกันก็จะสามารถตรวจสอบความต้องการของประชาชน รับรู้ สภาพปัญหาและแก้ไข ปัญหาได้ต่อไป โดยมีการกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติงานและประกาศให้ประชาชนได้รับทราบ ส่วนราชการต้องจัดให้มีระบบเครือข่ายสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวก แก่ประชาชน เพื่อติดต่อสอบถาม หรือใช้บริการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมต้องจัดให้มี ระบบเครือข่ายสารสนเทศกลางเพื่อให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างส่วนราชการ ส่วนราชการต้อง จัดให้มีระบบการตอบคำถามเกี่ยวกับงานในหน้าที่ให้ประชาชนได้ทราบ โดยต้องมีระยะเวลาใน การตอบให้ชัดเจน ในกรณีที่ส่วนราชการได้รับคำ ร้องเรียน ข้อเสนอแนะ หรือความคิดเห็นจาก ประชาชนในการชี้แจง ปัญหาอุปสรรค ความยุ่งยาก หรือ ปัญหาในวิธีปฏิบัติราชการ ส่วนราชการ จะต้องนำมาพิจารณาดำเนินการให้ลุล่วงไปและแจ้งผลให้ผู้แจ้ง ทราบด้วย ส่วนราชการที่มีหน้าที่ออกกฎเพื่อบังคับส่วนราชการอื่นให้ปฏิบัติตาม มีหน้าที่ต้องตรวจสอบ ว่ากฎนั้นเป็นอุปสรรคหรือ เกิดความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน หรือล่าช้าหรือไม่ เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสม และถ้า ได้รับการร้องเรียนจากส่วนราชการหรือข้าราชการ ให้ส่วนราชการที่ออกกฎพิจารณาโดยทันทีและแจ้ง

ผลให้ทราบ ส่วน ราชการมีหน้าที่ต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการให้ทราบโดยทั่วไป เว้นแต่กรณี จำเป็นต้องกระทำเพื่อความลับเพื่อความมั่นคงหรือรักษาความสงบเรียบร้อยหรือคุ้มครองสิทธิของ ประชาชน ส่วนราชการต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่าย รายการจัดซื้อ จัดจ้าง และ สัญญาใดๆ ที่มีการดำเนินการ โดยห้ามทำสัญญาใดที่มีข้อความห้ามมิให้เปิดเผยข้อความหรือ ข้อตกลง ในสัญญา เว้นแต่ข้อมูลที่ได้รับ ความคุ้มครองโดยกฎหมาย

ข. การประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีขึ้นเพื่อการวัดผลการปฏิบัติราชการว่า มีผลสัมฤทธิ์ ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ คุณภาพและความพึงพอใจอยู่ในระดับที่ยอมรับ ได้หรือไม่ รวมทั้ง การตรวจสอบการปฏิบัติราชการภายในองค์กร โดยให้มีการประเมินผลโดยคณะผู้ประเมินอิสระเพื่อวัด ผลสัมฤทธิ์ของภารกิจความพึงพอใจของผู้รับบริการและความคุ้มค่าในภารกิจ การประเมินผล ประสิทธิภาพในการบังคับบัญชา การประเมินผลการปฏิบัติงานของ ข้าราชการ ซึ่งต้องกระทำทั้งการ ปฏิบัติงานเฉพาะตัว และประโยชน์ของหน่วยงานที่ผู้นั้นสังกัดอยู่ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานใน ลักษณะที่เป็นทีมทำงานมากขึ้น ในกรณีการปฏิบัติราชการของส่วนราชการใดผ่านการประเมินที่แสดง ว่าอยู่ในมาตรฐานและการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย อย่างมีผลดี ให้มีการจัดสรรเงินเพื่อเป็น บำเหน็จความชอบของส่วนราชการหรือเป็นเงินรางวัลการเพิ่มประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการจูงใจให้ ส่วนราชการพัฒนาการปฏิบัติราชการ ให้บังเกิด ประสิทธิภาพตามความมุ่งหมาย

2.7.2 หลักนิติธรรมกับการบริหารงบประมาณ⁴³

ระบบงบประมาณของประเทศไทยปัจจุบันเป็นแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็น การกำหนดระบบงบประมาณเพื่อให้รัฐบาลสามารถใช้วิธีการและกระบวนการงบประมาณเป็นเครื่องมือ ในการจัดสรรทรัพยากรของประเทศให้เกิดผลสำเร็จตามนโยบายที่ได้วางไว้โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุด คือ การให้ประชาชนและประเทศชาติได้รับประโยชน์สูงสุด มีการใช้จ่ายงบประมาณโดยคำนึงถึงความ โปร่งใส มีความคุ้มค่า ให้เกิดประสิทธิผล และมีดุลยภาพระหว่างวินัยทางการเงินการคลังกับความ คล่องตัวในการจัดทำและบริหารงบประมาณให้แก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งผู้ปฏิบัตินั้นก็ต้องมีความรับผิดชอบในการ นำงบประมาณไปใช้ให้เกิดผลตามยุทธศาสตร์และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และโดย ความหมายของ “งบประมาณแผ่นดิน” คือ เงินของคนไทยทั้งชาติ ดังนั้น การใช้จ่าย งบประมาณแผ่นดิน ต้องมีหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่ชัดเจน มีความชอบด้วยกฎหมาย โดยไม่รวมอำนาจเสรีเด็ดขาด ไว้ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นการเฉพาะ ซึ่งในการปกครองระบอบ ประชาธิปไตยรูปแบบรัฐสภา การใช้จ่ายเงินแผ่นดินจะกระทำได้อีกต่อเมื่อรัฐสภาที่มีบทบาทเป็นผู้แทน ของประชาชนทุกคนเป็นผู้อนุมัติเป็นพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีพระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม โดยสำนักงบประมาณเป็นหน่วยงานกลาง มีหน้าที่จัดทำ งบประมาณแผ่นดินเพื่อเสนอนายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติก่อนที่รัฐบาลจะนำเสนอรัฐสภาเพื่อ อนุมัติประกาศใช้เป็นพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีดังกล่าว ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักความ ยินยอมหรืออำนาจในการอนุมัติงบประมาณ อีกทั้งการจัดทำงบประมาณต้องมี การกำหนดระยะเวลาไว้

⁴³ สมศักดิ์ โชติรัตน์ศิริ, หลักนิติธรรมกับการบริหารงบประมาณ (รายงานการวิจัย) (สำนักงานศาล รัฐธรรมนูญ) 14.

อย่างแน่นอนชัดเจน เพื่อกำหนดกรอบการใช้งบประมาณตามที่ได้รับอนุมัตินั้น ปิงงบประมาณของประเทศไทยตามพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 4 กำหนดให้ปีงบประมาณเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ของปีหนึ่ง ถึงวันที่ 30 กันยายนของปีถัดไป เช่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติหลังจากที่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจได้รับอนุญาตให้ใช้งบประมาณตามที่รัฐสภาได้รับนั้น อาจมีบางกรณีที่ต้องการเปลี่ยนแปลงการใช้งบประมาณดังกล่าวด้วยหลายสาเหตุ เช่น สภาพการณ์ไม่เหมาะสมกับแผนงาน โครงการ หรือรายการที่ตั้งไว้ตอนต้น หรือไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนหรือโครงการที่ตั้งเป้าหมายไว้ หรือเมื่อดำเนินการตามแผนแล้วเสร็จยังมีเหตุการณ์บางประการแทรกแซงเกิดขึ้นทำให้ต้องมีการใช้งบประมาณในการอื่นเพิ่มเติม ซึ่งกฎหมายวิธีการงบประมาณก็ได้มีการบัญญัติถึงหลักเกณฑ์ในการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณ รายจ่ายไว้ หลักคือ พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 และที่แก้ไขเพิ่มเติม หมวด 4 มาตรา 18 วางหลักการว่ารายจ่ายที่กำหนดไว้สำหรับส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจที่ได้รับอนุมัติจาก สภาแล้ว จะโอนหรือนำไปใช้สำหรับส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจอื่นไม่ได้ เว้นแต่ต้องมีพระราชบัญญัติ โอนหรือนำไปใช้ได้ หรือมีพระราชกฤษฎีกาโอนส่วนราชการเข้าด้วยกัน มาตรา 19 วางหลักการว่า รายจ่ายที่ได้กำหนดไว้ในรายการใด สำหรับส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะโอนหรือนำไปใช้ในรายการอื่นไม่ได้ เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ หรือได้รับอนุมัติจาก คณะรัฐมนตรีแล้วแต่กรณี รวมทั้งระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม หมวด 4 การโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณรายจ่าย ข้อ 23 - ข้อ 28 ที่กำหนดหลักเกณฑ์ให้หัวหน้าส่วนราชการหรือหัวหน้าส่วนรัฐวิสาหกิจมีอำนาจโอนและหรือเปลี่ยนแปลงรายการงบประมาณรายจ่ายที่ได้รับการจัดสรรได้ในบางกรณี รวมถึงมาตรการเชิงรุกของฝ่ายบริหารต่าง ๆ ตามมติคณะรัฐมนตรี เช่น มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2558 เพื่อเป็นแนวทางและหลักเกณฑ์ให้ส่วนราชการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลระหว่างวินัยทางการเงินการคลังและเพื่อความคล่องตัวในการขับเคลื่อนโครงการหรือแผนงานของรัฐบาลด้วย เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นไปด้วยความ เรียบร้อย มีความคุ้มค่า มีความโปร่งใส และความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของรายจ่ายงบกลาง หรือรายจ่ายที่ตั้งไว้เพื่อจัดสรรให้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยทั่วไปใช้จ่าย ตามรายการที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ของผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณในการจัดสรรให้ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจนั้น ๆ เบิกจ่ายโดยตรง หรือเบิกจ่ายในรายการต่าง ๆ ตามความจำเป็น ซึ่งก็ต้องใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย โครงการที่ได้รับอนุมัติด้วย

ดังนั้น ในภาพรวมจึงถือได้ว่าสำนักงานงบประมาณได้นำกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการงบประมาณมาใช้ในการปฏิบัติงานตามภารกิจ และส่วนราชการต่าง ๆ นำไปยึดถือปฏิบัติด้วย อันสอดคล้องกับหลักนิติธรรมที่ทุกหน่วยงานของรัฐอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน และมี

ความเสมอภาค รวมทั้งมาปรับใช้และเป็นแนวทางในการบริหารงบประมาณ โดยกำหนดเป็น กฎหมายระเบียบ หลักเกณฑ์ เพื่อให้ทุกส่วนราชการถือปฏิบัติ ได้แก่

- 1) พระราชบัญญัติงบประมาณวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2561
- 2) พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ....
- 3) พระราชบัญญัติโอนงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ...
- 4) ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ. 2548
- 5) หลักเกณฑ์ ข้อปฏิบัติ เฉพาะเรื่องที่ได้รับความคิดเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี

จะเห็นว่า การดำเนินการต่าง ๆ ในการบริหารงบประมาณต้องเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในกฎหมาย โดยทุกขั้นตอนจะมีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานอยู่เสมอ โดยมีหลักการสำคัญ ตามที่ศาสตราจารย์ ดร. ป่วย อึ้งภากรณ์ ผู้อำนวยการท่านแรกของสำนักงานงบประมาณได้ให้หลักการ สำคัญของงบประมาณที่ดีไว้ ที่ดีไว้ 5 ประการ คือ⁴⁴

- 1) หลักคาดการณ์ไกล (Foresight) คือ การมีวิสัยทัศน์ (Vision) หรือการสามารถวาง ทิศทางกับจุดมุ่งหมายที่ดีได้ไกลออกไปถึงในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น
- 2) หลักประชาธิปไตย (Democracy) คือ ความโปร่งใส มีเหตุผล สามารถตรวจสอบได้ รวมทั้งสามารถชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ทราบและยอมรับได้
- 3) หลักดุลยภาพ (Balance) คือ การรักษาดุลยภาพกับการใช้จ่ายเงิน หรือสภาพคล่อง (Liquidity) ที่ต้องรักษาไว้เป็นวินัยอย่างหนึ่งให้มืออยู่อย่างถาวร เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาหนี้สินล้นพ้นตัว
- 4) หลักสารัตถประโยชน์ (Utility) คือ หลักประสิทธิผลของการใช้จ่ายงบประมาณ เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่คุ้มค่าแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยประชาชนพึงได้รับผลที่ดีจากการใช้จ่ายเงินมากที่สุด
- 5) หลักยุติธรรม (Equity) คือ การกระจายหรือจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ โดยใช้หลักความเสมอภาค และความชอบธรรมแก่ทุกภาคส่วน ต้องรู้จักจัดลำดับความสำคัญ และจัดสรรให้แก่ผู้ที่อยู่ในฐานะลำบากกว่าได้รับก่อน
- 6) หลักสมรรถภาพ (Efficiency) คือ การรู้จักควบคุมและตรวจสอบการใช้จ่าย งบประมาณของหน่วยงานต่าง ๆ ให้เกิดความถูกต้อง ปราศจากการฉ้อราษฎร์บังหลวง ใช้หลักบริหารที่ดี คือ ทำงานด้วยความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ แต่ต้องเป็นไปด้วยความรอบคอบถูกต้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

หลักการสำคัญของงบประมาณที่ดีไว้ 5 ประการ ดังกล่าวเป็นหลักการพื้นฐานที่สอดคล้องกับหลักนิติ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้เงินของประเทศ หรือด้านการงบประมาณต้องพึงระลึกไว้เสมอ รวมทั้งสอดคล้องกับหลักสากลเกี่ยวกับการงบประมาณ ที่เป็นกรอบกฎหมายการคลังและการงบประมาณซึ่งองค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา หรือ OECD ได้กำหนดไว้ ดังนี้

- 1) หลักความยินยอมหรืออำนาจในการอนุมัติงบประมาณ
- 2) หลักระยะเวลาหนึ่งปีของงบประมาณ

⁴⁴ เฟิงอั้ง, 16.

- 3) หลักรายได้ต้องมีลักษณะทั่วไป
- 4) หลักความเป็นเอกภาพของงบประมาณ
- 5) หลักรายจ่ายต้องมีลักษณะเฉพาะเจาะจง
- 6) หลักดุลยภาพของงบประมาณ หรือการมีรายได้พอดีกับรายจ่าย
- 7) หลักการตรวจสอบได้
- 4) หลักความโปร่งใส
- 4) หลักเสถียรภาพ
- 10) หลักประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การบริหารงบประมาณ เป็นกระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการงบประมาณ โดยเป็นขั้นตอนการนำเงินงบประมาณของประเทศไปใช้จ่าย ดังนั้น ต้องมีการบริหารอย่างชัดเจน รัดกุม โดยจะทำให้ได้ต้องมีกฎหมายอนุญาต แม้การดำเนินงานหรือนโยบาย ของรัฐบาลจะต้องการความรวดเร็ว คล่องตัว เพื่อให้ทันต่อสภาพการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แต่ก็ต้องมีบทกฎหมายให้อำนาจหัวหน้าส่วนราชการหรือหัวหน้ารัฐวิสาหกิจในการบริหารจัดการเงินที่ได้รับการจัดสรรให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์นั้น ๆ ตลอดจนหัวหน้าส่วนราชการหรือหัวหน้ารัฐวิสาหกิจก็ยังคงต้องผูกพันและยึดมั่นอยู่กับกฎหมายและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการงบประมาณที่บัญญัติขึ้นเป็นหลักเกณฑ์กลางนั่นเอง

2.8 แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายอาญา⁴⁵

1) ความหมาย

กฎหมายอาญา คือ กฎหมายที่บัญญัติว่า การกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใด เป็นความผิดและกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดไว้ด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่ง กฎหมายอาญา คือ กฎหมายที่บัญญัติห้ามมิให้มีการกระทำความผิดหนึ่งอย่างใด หรือบังคับให้มีการกระทำความผิดหนึ่งอย่างใด โดยผู้ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามจะต้องได้รับโทษ

2) ลักษณะของกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายมหาชนว่าด้วยความผิดและโทษอาญา เป็นบทบัญญัติที่กล่าวถึงความเกี่ยวพันระหว่างเอกชนกับรัฐ แม้การกระทำความผิดบางอย่างจะได้กระทำตรงต่อเอกชนให้ได้รับอันตรายเสียหายก็ดี การกระทำความผิดนั้นยังได้ชื่อว่ากระทบกระเทือนต่อมหาชนเป็นส่วนรวม ถึงขนาดที่รัฐต้องเข้าดำเนินการป้องกันและปราบปรามได้เอง โดยไม่ต้องให้ผู้อื่น มาร้องทุกข์กล่าวโทษ ยกเว้นความผิดบางประเภทที่เรียกว่าความผิดอันยอมความได้เท่านั้นซึ่งเป็นความผิดที่มีลักษณะประกอบด้วยเหตุผลอันเป็นส่วนตัวของผู้เสียหายบางประการ ควรที่รัฐจะเข้ามา ดำเนินการก็ต่อเมื่อ

⁴⁵ เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1* (หจก. จีระชัยการพิมพ์ 2549) 1.

เอกชนผู้เสียหายได้ร้องทุกข์ขึ้นก่อน การกระทำใดจะถือเป็นความผิดอาญา ต้องมีกฎหมายบัญญัติไว้ เป็นลายลักษณ์อักษรโดยชัดแจ้งแล้ว สำหรับการกระทำในภายหน้าไม่มีผลย้อนหลังไปลงโทษการกระทำที่ได้เกิดขึ้นก่อนที่จะมีกฎหมายบัญญัติความผิดนั้นขึ้น เนื่องจากการทำความผิดอาญาเป็นการกระทำที่กระทบกระเทือนถึงความสงบเรียบร้อย แห่งชุมชนเป็นส่วนรวมอันมีลักษณะเป็นความผิดต่อรัฐที่รับผิดชอบต่อความมั่นคงของชุมชนนั้น จึงถือเป็นเรื่องของแต่ละรัฐโดยเฉพาะ (local matter) และโดยปกติรัฐจะเข้าดำเนินการก็แต่การ กระทำความผิดที่เกิดขึ้นในอาณาเขตของรัฐนั้น นอกจากกรณีที่มีเหตุพิเศษบางอย่าง ซึ่งแม้จะได้เกิดการกระทำนอกอาณาเขตก็ถือว่ากระทบกระเทือนถึงความมั่นคงหรือความสงบเรียบร้อยในอาณาเขตอันรัฐมีสิทธิเข้าดำเนินการในกรณีเช่นนั้นด้วยเหมือนกัน ตามที่กล่าวนี้พอจะสรุปลักษณะของ กฎหมายอาญาได้ ดังนี้

- (1) เป็นกฎหมายมหาชน
- (2) ว่าด้วยความผิดและโทษอาญา
- (3) ตามปกติบังคับเฉพาะการกระทำในอาณาเขต
- (4) บัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษร
- (5) ไม่มีผลย้อนหลังในทางลงโทษบุคคลหรือให้รับโทษหนักขึ้น

3) ที่มาของกฎหมายอาญา⁴⁶

เนื่องจากประเทศไทยใช้ระบบ civil law ซึ่งกฎหมายส่วนใหญ่เป็นกฎหมายที่ได้รับ การบัญญัติขึ้น และกฎหมายอาญามีหลักการที่สำคัญที่เป็นหลักประกันในกฎหมายอาญา คือหลักที่ว่า “nullum crimen, nulla poena sine lege” แปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ โดยไม่มีกฎหมาย” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเป็น “กฎหมายที่เกิดจากการบัญญัติ” ของกฎหมายอาญาอย่างชัดเจน

- 4) วัตถุประสงค์ของการลงโทษ
- 4.1) ทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษ⁴⁷

(1) ทฤษฎีเด็ดขาด (absolute theory) ถือว่าการที่กฎหมายอาญาบัญญัติ ให้ลงโทษผู้กระทำความผิดนั้น เพราะเหตุที่ได้มีการกระทำความผิดเกิดขึ้นอย่างเดี๋ยวจึงจะต้องมีการลงโทษ เพื่อให้มีการตอบแทนแก่แก่นที่ถูกต้องต่อผู้กระทำความผิด

(2) ทฤษฎีสัมพัทธ์ (relative theory) ไม่ได้พิจารณาในแง่ของการกระทำความผิด แต่ได้พิจารณาในแง่ที่ว่าควรลงโทษอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์ และโดยเหตุนั้น การลงโทษจึงต้องคำนึงถึงตัวผู้กระทำความผิดกับเพื่อนมนุษย์อื่นๆ โทษนั้นควรจะมีผลเป็นการกระทำ ให้ผู้กระทำความผิดหวาดกลัว ทำให้ผู้กระทำความผิดกลับตนเป็นคนดี หรือทำให้สังคมปลอดภัย จากการกระทำความผิด ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันขัดขวางมิให้การกระทำความผิดเกิดขึ้นอีก

4.2) วัตถุประสงค์ของการลงโทษ⁴⁸

⁴⁶ คณิต ณ นคร, *กฎหมายอาญาภาคทั่วไป* (บริษัท สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด 2547) 47.

⁴⁷ หยุด แสงอุทัย, *กฎหมายอาญาภาค 1* (สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2551) 250-252.

⁴⁸ เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์ (เชิงอรธ 45) 812-813.

(1) เพื่อเป็นการแก้แค้นทดแทน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดที่ว่า ผู้ใดกระทำการใด ย่อมได้รับผลตอบแทนการกระทำนั้น (2) เพื่อเป็นการข่มขู่ ไม่ให้คนทั่วไปกระทำและไม่ให้ผู้กระทำแล้วทำผิดซ้ำอีก (3) เพื่อเป็นการคุ้มครองสังคมให้พ้นจากภัยอันตรายในระหว่างที่ผู้กระทำ (4) เพื่อเป็นการปรับปรุงแก้ไขตัวผู้กระทำความผิด โดยจะมีการแยกประเภท นักโทษเพื่อสะดวกแก่การอบรมถูกตัดขาดจากสังคมไป (5) การรักษาพยาบาล

ทฤษฎีเหล่านี้หรือวัตถุประสงค์เหล่านี้ บางกรณีก็ขัดแย้งกัน เช่น การลงโทษเพื่อเป็นการแก้แค้นทดแทน ข่มขู่ จะต้องให้ผู้ต้องโทษได้ประสบกับความยากลำบากพอสมควร ซึ่งถ้าผู้ต้องโทษได้รับความทุกข์ทรมาน อาจจะทำให้โอกาสที่จะปรับตัวเป็นพลเมืองดีมีน้อยลงไป

ถ้าพิจารณาในแง่ของการปรับปรุงแก้ไขตัวผู้กระทำผิดแต่อย่างเดียว หรือในแง่ของการคุ้มครองสังคมให้ปลอดภัย ผลคือ เมื่อใดที่ผู้นั้นกลับตัวเป็นคนดีจะต้องปล่อยเขาให้พ้นโทษทันทีเพราะไม่มีเหตุใดๆ ที่จะควบคุมตัวต่อไปอีกแล้ว แต่การปล่อยตัวดังกล่าวเป็นการขัดต่อทฤษฎีข่มขู่บุคคลอื่น และทฤษฎีแก้แค้นทดแทน เพราะหากกระทำความผิดร้ายแรงแต่เผชิญผู้กระทำความผิดกลับตัวเป็นคนดี อย่างแน่นอนแล้ว จำต้องปล่อยก่อนกำหนดมาก ผลของการข่มขู่ก็ไม่มี การแก้แค้นทดแทนก็ไม่มี ด้วยเหตุนี้ การลงโทษจึงมุ่งเพื่อวัตถุประสงค์ประการหนึ่งประการใดแต่เพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงประการอื่นๆ ไม่ได้ การลงโทษจะต้องมีความมุ่งหมายหลายประการประกอบกัน จะพิจารณาแง่หนึ่งแง่ใดโดยไม่คำนึงถึงจุดประสงค์อื่นๆ ด้วยไม่ได้

5) หลักเกณฑ์ในการกำหนดความผิดทางอาญา⁴⁹

โดยที่จารีตประเพณี ศาสนา และศีลธรรม มีส่วนสำคัญในการก่อให้เกิดกฎหมาย และการปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งกฎหมายอาญาและศีลธรรมนั้นมีความเกี่ยวพันกัน ความผิดอาญา ที่ร้ายแรง เช่น ฆ่าคน ชิงทรัพย์ เป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม แต่มีหลายกรณีที่ถือว่าผิดศีลธรรมแต่ไม่ผิด กฎหมายอาญา เช่น การพูดโกหก การดื่มสุรา และมีการกระทำบางอย่างที่ไม่ผิดศีลธรรม แต่ผิดกฎหมายอาญา เช่น กรณีความรับผิดชอบโดยเด็ดขาดในทางอาญา กล่าวคือ ไม่เจตนา ไม่ประมาท แต่กฎหมายบัญญัติให้การกระทำนั้นๆ เป็นความผิด จึงเห็นได้ว่า ศีลธรรมและกฎหมายอาญา ไม่ได้สอดคล้องกันทุกกรณี ซึ่งเห็นได้ชัดในหลายประเทศที่ยอมรับให้มีการกระทำซึ่งเห็นได้ชัดว่า ผิดศีลธรรม เช่น การทำแท้ง เป็นต้น

Herbert L. Packer ได้ให้หลัก 5 ประการ ในอันที่จะถือว่าการกระทำเรื่องนั้น ควรเป็นความผิดอาญาหรือไม่ ดังต่อไปนี้

(1) การกระทำนั้นเป็นที่เห็นได้ชัดในหมู่มชนส่วนมากว่า เป็นการกระทำ ที่กระทบกระเทือนต่อสังคม และหมู่มชนส่วนมากมิได้ให้อภัยแก่การกระทำเช่นนั้น

(2) ถ้าการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดทางอาญาแล้ว จะไม่ขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ ของการลงโทษประการต่างๆ

(3) การปราบปรามการกระทำเช่นนั้น กล่าวคือ การถือว่าการกระทำนั้น เป็นความผิดทางอาญา จะไม่มีผลเป็นการลดการกระทำที่สังคมเห็นว่าถูกต้องให้น้อยลงไป และเท่าเทียมกัน

⁴⁹ เฟิ่งอ้าง, 2-10.

- (4) หากเป็นความผิดอาญาแล้ว จะมีการใช้บังคับกฎหมายอย่างเสมอภาค
- (5) การใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญากับการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลทำให้เกิดการใช้กระบวนการนั้นอย่างเกินขีดความสามารถทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ
- 5) ไม่มีมาตรการควบคุมอย่างสมเหตุสมผลอื่นๆ แล้ว นอกจากการใช้กฎหมายอาญากับกรณีที่เกิดขึ้น

หลักเกณฑ์ในการกำหนดขอบเขตของกฎหมายอาญาดังกล่าวนี้จะช่วยแก้ปัญหา การเกิดกฎหมายอาญาเพื่อ (Overcriminalization) ขึ้นได้ เพราะหากรัฐมุ่งแต่จะควบคุม ความประพฤติของสมาชิกในสังคมโดยใช้กฎหมายอาญาเป็นเครื่องมือ โดยไม่พิจารณาถึง ประสิทธิภาพและความสามารถของกลไกของรัฐที่จะใช้บังคับกฎหมายอาญาแล้ว กฎหมายจะให้ความหมาย ขาดความศักดิ์สิทธิ์ และเป็นการเปิดโอกาสให้เจ้าพนักงานของรัฐที่ประพฤติมิชอบ

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของ ต่างประเทศและ การบริการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชน อบอุ่นของประเทศไทย

สุขภาพของประชากรในประเทศถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของแต่ละประเทศ หากประชากรประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากจะเป็นภาระให้กับรัฐบาลที่ต้องจัดสรรเงินงบประมาณในการดูแลสุขภาพพยาบาลประชากรเหล่านั้นแล้วยังต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อป้องกันไม่ให้โรคดังกล่าวแพร่กระจายไปสู่ประชากรในกลุ่มอื่นๆ ในประเทศด้วย ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วหรือมีศักยภาพในการจัดสรรงบประมาณหรือแต่ละประเทศพยายามหาระบบหลักประกันสุขภาพมาดูแลประชากรเหล่านั้นตามองค์การอนามัยโลกกำหนด และตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ขององค์การสหประชาชาติ⁵⁰ อีกด้วย จึงต้องมีการศึกษาถึงระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงหรือแก้ไขระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

3.1 มาตรการกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ

ประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพที่นำศึกษาได้แก่ สหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษและประเทศเบลเยียม เนื่องจาก 3 ประเทศมีระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันเล็กน้อย แต่ทั้งสองประเทศมีระบบหลักประกันสุขภาพโดยรัฐบาลเช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งแต่ละประเทศมีระบบหลักประกัน สุขภาพดังนี้

3.1.1 สหรัฐอเมริกา

(1) ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบการบริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1798 (พ.ศ.2341) รัฐสภาของสหรัฐอเมริกามีการบังคับให้โรงพยาบาลทหารเรือของรัฐเริ่มต้น ทำประกันสุขภาพให้กับทหารเรือ ทุกคนโดยการหักเงินเดือนบางส่วนเพื่อไว้สำหรับเป็นเบี้ยประกัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1870 (พ.ศ. 2413) และ ค.ศ. 1880 (พ.ศ.2423) มีการซื้อประกันสุขภาพ ให้กับแรงงานภาคเอกชน ทำให้แรงงานภาคเอกชนเจริญรุ่งเรืองมาก ยิ่งขึ้นและส่งผลให้เกิด การประกันสุขภาพแบบหมู่เป็นครั้งแรกด้วย และใน

⁵⁰ รณกฤต กุศลสมบุญ, 'การศึกษาเชิงเปรียบเทียบปัญหาทางกฎหมายในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2558) 10.

ปี ค.ศ.1910 (พ.ศ.2453) และเริ่มมีแนวความคิด ในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยผ่านระบบประกันสังคม แต่แนวความคิดนี้ กลับถูกคัดค้านและท้ายที่สุดจึงได้ถูกล้มเลิกไป

ต่อมาในปี ค.ศ.1920 (พ.ศ.2463) สหรัฐอเมริกาประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ประธานาธิบดี รูสเวลล์ จึงมีแนวความคิดในการปฏิรูปสวัสดิการด้านต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาการว่างงานของแรงงาน ในประเทศ ความล้มเหลวของเกษตรกรรม การล้มละลายของระบบการเงิน และการธนาคาร ในขณะนั้นจึงมีการรวมตัวกันของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เพื่อดำเนินการศึกษาและมีการ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยที่คณะกรรมการนี้ได้มีการเสนอให้มีการประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุม ประชาชน ทุกคน ต่อมาในปี ค.ศ.1935 (พ.ศ.2478) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิเศษของ คณะรัฐมนตรีขึ้น เพื่อพิจารณาข้อเสนอการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน เพื่อทบทวนสถานการณ์ ของสวัสดิการสังคม การงาน สุขภาพ และความยากจน โดยเฉพาะ ในกลุ่มของผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงสวัสดิการสังคม ซึ่งขณะนั้น ประธานาธิบดีรูสเวลล์ที่ไม่มั่นใจ ในแนวความคิดดังกล่าวว่าจะได้รับการสนับสนุนหรือไม่จึงไม่ได้ มีการเสนอแผนปฏิรูป ระบบประกันสุขภาพให้เกิดอย่างเป็นรูปธรรม

ในสมัยของประธานาธิบดีแฮร์รีทรูแมนปี ค.ศ.1948 (พ.ศ.2491) มีนโยบายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติแต่กับถูกต่อต้านจากประชาชนเนื่องมาจาก ประชาชนส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นแนวคิดในลักษณะสังคมนิยมหรือแนวคิดแบบคอมมิวนิสต์จึงทำให้ แนวความคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมาจึงเปลี่ยนแนวความคิดจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้กลายเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพให้แก่ผู้ได้รับสิทธิ ประโยชน์จากการประกันสังคม ซึ่งต่อมาภายหลัง คือ โครงการจัดการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “Medicare” และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย หรือที่เรียกว่า “Medicaid” โดยรัฐบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านแหล่งเงินทุน และถือได้ว่าเป็นครั้งแรกที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาเข้ามามีบทบาททางด้านประกันสุขภาพ แม้ว่าทั้งสองโครงการเป็นแนวทาง ในการแทรกแซงเพื่อให้มีการประกันสุขภาพแบบครอบคลุมประชากรมากที่สุด แต่ก็ยังคงมี ประชาชนอีกบางส่วนที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพเลย

ต่อมาในปี ค.ศ.1970 (พ.ศ.2533) ได้มีแนวความคิดปฏิรูประบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง โดยมีการนำเสนอกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพ อาทิเช่น ร่างกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพที่ทำให้ล้มละลายทางการเงิน (Catastrophic proposal) ร่างกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทั้งสองร่างก็ล้มเหลวไม่ได้รับการสนับสนุนแต่อย่างใด

(2) โครงสร้างและสิทธิประโยชน์

ในปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายรูปแบบ เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่านิยม ประชาชนโดยส่วน ใหญ่ที่ เป็นผู้ใช้แรงงานและมีรายได้เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างมักใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบ ประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แต่สหรัฐอเมริกามีระบบบริการทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลหลักเป็นผู้รับผิดชอบมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ 1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่

ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระบบบริการทางด้านสุขภาพให้กับกลุ่มบุคคลมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการ Medicare บริหารงาน ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลกลาง 2) Medicaid คือโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ซึ่งมีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว ซึ่งจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้แต่ละมลรัฐต้องดำเนินการโดยมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ซึ่งทั้ง 2 โครงการมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) ซึ่ง อยู่ภายใต้

1. Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ Medicare คือ 1) ประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไป 2) ผู้พิการอย่างถาวรโดยไม่จำกัดช่วงอายุ 3) ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือรักษาโดยการผ่าตัดโดยไม่จำกัดช่วงอายุ

2) องค์กรที่มีอำนาจดูแลอยู่ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลกลางของ สหรัฐอเมริกา คือ Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) อยู่ภายใต้ US Department of health and human service โครงการ Medicare มีแหล่งเงินทุนจากรายได้การเก็บ ภาษีจาก ประชาชนเฉพาะกลุ่มลูกจ้างที่มีเงินได้จากการทำงาน

3) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการ Medicare ประกอบด้วย โครงการย่อย ดังนี้

(ก) Medicare Part A ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้จะได้รับสิทธิในการ รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน การบริการในสถานพยาบาลที่มีพยาบาลซึ่งมีทักษะ และการรักษาพยาบาลที่บ้าน รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและบริการเยี่ยมที่บ้าน

ผู้มีสิทธิในโครงการนี้เมื่ออายุครบ 65 ปี จะได้รับสิทธิโครงการ Medicare โดยทันทีโดยที่ผู้ใช้สิทธิไม่จำเป็นต้องร้องขอและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้มีสิทธิได้ร่วมสมทบ จ่ายค่าเบี้ยประกันมาก่อนแล้วในรูปแบบของภาษี โดยร่วมสมทบมาตั้งแต่ในขณะที่ตนเองอยู่ในวัย ทำงาน ในกรณีที่มิบางบุคคลได้เคยร่วมจ่ายภาษีในขณะที่ทำงานเลย ก่อนเข้าทำการรักษาพยาบาล ภายใต้โครงการนี้ผู้สูงอายุจะต้องซื้อประกัน Medicare Part A⁵¹

แหล่งที่มาของเงินค่ารักษาพยาบาลภายใต้โครงการที่ได้มาจากภาษีจากรัฐ และจากการร่วมสมทบจากลูกจ้างในวัยทำงานและบริษัทผู้ว่าจ้าง

(ข) Medicare Part B เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้สามารถ เลือกเพิ่มเติมได้ โดยจะครอบคลุมถึงค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการด้านอื่นที่ Medicare Part A ไม่ครอบคลุมถึง เช่น ค่ากายภาพบำบัด ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจกระดูก การฉีดวัคซีนป้องกัน โรค การตรวจ

⁵¹ วายุภักษ์ ทานุกูมา, 'พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 : ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับสิทธิบริการสาธารณสุข' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2556) 89.

มะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซึ่งจะต้องจ่ายเป็นรายเดือนจำนวนร้อยละ 25 ของ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วน อีกร้อยละ 85 จะได้รับจากการสนับสนุนจากภาษีของรัฐ⁵²

สิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการนี้ จะครอบคลุมถึงค่าบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก รวมถึงค่าห้องฉุกเฉิน ค่าตรวจในห้องปฏิบัติการและตรวจโรคเพื่อ ป้องกัน เช่น การตรวจเต้านม การล้างไต การฉายรังสี ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ และการรักษา ที่บ้าน นอกจากนี้ Medicare Part B ยังครอบคลุมถึงการผลิตยา วัคซีน

แหล่งที่มาของรายได้ภายใต้โครงการนี้ส่วนใหญ่มาจากจัดเก็บภาษีจาก ประชาชนทั่วไป และมีค่าบริการเพิ่มเติมที่เก็บจากผู้ป่วย

(ค) Medicare Part C บริการเสริมเช่นกัน ได้ Medicare Part C เป็นบริการที่จัดโดย บริษัทประกันที่เป็นเอกชนและเป็นเอกชนที่ได้รับการ รับรองจาก CMS โดยจะมีข้อตกลงที่บริษัทประกัน สุขภาพซึ่งอาจอยู่ในลักษณะของ Health Maintenance Organizations หรือ Preferred Provider Organizations หรือรูปแบบที่เป็น Free For Service บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนจะยื่นเสนอแผน โครงการประกันสุขภาพเสริมอื่นๆ เพิ่มเติมจากโครงการ Medicare Part A และ Medicare Part B ได้ ส่วนมากบริษัทประกันเอกชน เหล่านี้จะให้บริการ ส่วนทางด้านเบี้ยประกันที่จะจ่ายให้แก่บริษัทประกัน เอกชนจะขึ้นอยู่กับการตกลงกันระหว่างบริษัทประกันเอกชนและแผนประกันสุขภาพที่ผู้มีสิทธิเลือกซื้อ นั้นๆ

สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการนี้มาจากการจัดสวัสดิการด้าน สุขภาพ ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยที่บริษัทประกันเอกชนทำข้อตกลงให้กับ Medicare และจ่ายค่าตอบแทน แบบเหมา รายหัวเป็นรายปี

(ง) Medicare Part D บริการเพิ่มเติมให้ผู้มีสิทธิสามารถซื้อเพิ่มเติมได้ เพื่อให้ได้รับสิทธิ ประโยชน์ทางด้านตัวยา ซึ่งบริการเสริมชนิดนี้กำหนดให้ผู้มีสิทธิแ่จ้งความ ประสงค์ที่จะใช้บริการ Medicare Part D ภายในเวลา 3 เดือนก่อนและหลังเมื่ออายุครบ 65 ปี ในกรณีที่แ่จ้งความประสงค์ช้า กว่าช่วงเวลาดังกล่าว ผู้มีสิทธินั้นจะต้องเสียเบี้ยประกันในอัตราที่ สูงขึ้น

สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการ Medicare Part D มีแหล่งที่มา ของรายได้ จากการจ่ายเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิ

2. Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มี รายได้น้อย

(1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ คือ ผู้ซึ่งมีรายได้น้อย เด็กในครอบครัวที่มี ผู้ปกครองคน เดียว และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนด ผู้มีสิทธิ ภายใต้โครงการนี้ มี การผูกโยงถึงคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของ สวัสดิการสังคมของผู้มีสิทธิ ได้รับประโยชน์ซึ่งผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์จะต้องพิสูจน์ให้เห็นว่า ตนเองยากจนหรือมีรายได้น้อย⁵³

⁵² จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร, 'สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ:ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือ สิทธิบัตรยา' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต 2552) 80.

⁵³ เฟิงอั้ง, 80.

(2) องค์กรที่มีอำนาจกำกับดูแล Medicaid เป็นโครงการที่ดำเนินการโดย รัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้รัฐบาลในมลรัฐต่างๆบริหารจัดการ ซึ่งแต่ละมลรัฐจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์แตกต่างกันไป ในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีสิทธิภายใต้ โครงการ Medicaid ซึ่งในการพิจารณาอาศัยหลักเกณฑ์ทางด้านรายได้ทั้งส่วนบุคคลและของ ครอบครัว และกำหนดสิทธิต่างๆ ทางด้านการแพทย์และยา ดังนี้ แม้ทุกมลรัฐจะรับนโยบายมาจาก รัฐบาลกลาง แต่สิทธิประโยชน์ซึ่งจะได้รับแต่ละมลรัฐย่อมแตกต่างกัน

(3) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ โดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicaid แต่ละรัฐ จะมีความแตกต่างกันเนื่องจากสาเหตุดังที่กล่าวมา แต่อย่างไรก็ตามจะต้องมีการ บริการพื้นฐานที่เหมือนกัน เนื่องจากการกำหนดจากรัฐบาลกลางที่จะช่วยเหลือในเรื่องเงินอุดหนุน เช่น การบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกและใน การฝากครรภ์ การให้บริการวัคซีนแก่ เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนบริการเสริมซึ่งแต่ละ มลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิภายใต้โครงการ Medicare และภายใต้โครงการ Medicaid จะได้รับเงินสนับสนุนช่วยเหลือในการซื้อหลักประกันของ Medicare Part D ซึ่งจะเป็น การลดค่าใช้จ่ายของโครงการ Medicaidอีกทางหนึ่งด้วย ที่มาของรายได้ของโครงการ Medicaid ภายใต้โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทางด้านการเงินจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งได้รับจาก การเก็บภาษีจากประชาชนในแต่ละรัฐนั้น

สรุป ระบบหลักประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

อนึ่ง แม้สหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ยังคงไม่มีระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน ประชาชนพึ่งพาประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นหลัก สหรัฐอเมริกามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลอยู่ 2 ระบบใหญ่ คือ 1) Medicare คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและ 2) Medicaid คือ สิทธิใน โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย ซึ่งทั้งระบบ Medicaid และ ระบบ Medicare จะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากภาษีที่ได้รับมาจากการจัดสรร ของรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจากภาษีที่ได้มาจากการจัดเก็บจากประชาชนในแต่ละมลรัฐ ดังนี้ ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทั้งสองระบบนี้ในแต่ละมลรัฐจึงมีความ แตกต่างกันทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่มลรัฐนั้นๆ กำหนด แต่โดยรวมแล้วสิทธิประโยชน์ ชั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะได้รับจะเหมือนกันเนื่องมาจาก รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนด การกำหนดอัตราค่าจ่ายค่า รักษาพยาบาลในแบบลักษณะเหมาจ่ายรายหัวในสหรัฐอเมริกาพบได้ในโครงการจัดสรรสวัสดิการ ด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ซึ่งมีรายได้น้อย (Medicaid)

3.1.2 ประเทศอังกฤษ

(1) ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพ

ความพยายามที่เป็นรูปธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษที่ 20 โดยในยุคนั้นเป็นการมุ่งเป้าหมายไปยังกลุ่มผู้ซึ่งใช้แรงงานก่อน เช่นเดียวกับประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆอีกหลายประเทศ หลังจากผ่านสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงเกิด การ

ปฏิรูปครั้งใหญ่ที่ทำให้ประเทศอังกฤษประสบความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกัน สุขภาพภายใต้ระบบที่รัฐเป็นผู้แบกรับรายจ่ายและเป็นผู้จัดบริการสุขภาพทั้งหมด ส่วนหนึ่งระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษเป็นระบบสุขภาพที่มีเอกลักษณ์จำเพาะจนถือได้ว่าเป็นตัวแบบหลักของระบบสุขภาพที่มีอยู่ในโลก⁵⁴

รัฐบาล Lloyd George พรรค Liberal ได้ออกกฎหมายเรียกว่า พระราชบัญญัติหลักประกัน (National Insurance Act ในปี ค.ศ. 1911(พ.ศ.2454)) ถึงแม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะใช้ชื่อซึ่งดูเสมือนเป็นการสร้างระบบ ประกันที่ครอบคลุมทั่วประเทศ แต่จุดมุ่งหมายแท้จริงเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ใช้แรงงาน เท่านั้น ทั้งยังไม่ได้รวมถึงครอบครัวของผู้ใช้แรงงาน ด้วย ระบบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายฉบับนี้ คือมีสวัสดิการให้กับผู้ใช้แรงงานและคนยากจนที่จัดการ โดยรัฐส่วนผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้ยังคงให้ใช้บริการในระบบเอกชน ต่อมารัฐบาลของประเทศอังกฤษได้พยายามเพิ่มบทบาทด้านสุขภาพโดยการสนับสนุนทางการเงินแก่ โรงพยาบาลที่ให้บริการในลักษณะการกุศล⁵⁵

ต่อมาในปี ค.ศ. 1942 (พ.ศ.2485) Sir William Beveridge เสนอรายงานของ Beveridge Report เสนอให้มีระบบสุขภาพที่ให้หลักประกันแก่ประชากรทั้งหมดโดยให้รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบการ จัดบริการโรงพยาบาล หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการเตรียมการอย่างจริงจัง ท่ามกลางการคัดค้านของผู้ให้บริการ แพทย์สมาคม (British Medical Association) และราชวิทยาลัย ต่าง ๆ คัดค้านการ เข้าสังกัดภายใต้รัฐบาลท้องถิ่น ด้วยเหตุผลในเรื่องความเป็นอิสระทางวิชาชีพและค่าตอบแทน การ เจริญโดยรัฐมนตรีสาธารณสุข คือ Aneurin Bevan ยอมตกลงตามข้อเรียกร้องของกลุ่มแพทย์ ใน เรื่องอิสระทางวิชาชีพและการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องงบประมาณ โดยให้มีคณะกรรมการ บริหารประจำภาค (Regional Board) ทำหน้าที่บริหารงานในโรงพยาบาล และขึ้นตรงต่อรัฐมนตรี สาธารณสุข กลุ่มแพทย์ จึงยอมรับกฎหมาย National Health Service ดังกล่าวในที่สุด⁵⁶

พระราชบัญญัติสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service Act) ของประเทศอังกฤษออก ในปี ค.ศ. 1946 (พ.ศ.2491) และในปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ.2491) ยังได้มีการก่อตั้ง National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการบริการด้านสุขภาพ หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพก่อตั้งบนพื้นฐานของการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและให้ความ ครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาคโดยใช้กลไกสองอย่าง⁵⁷ คือ ให้แพทย์ พิจารณาตัดสินใจว่าใครสมควรจะได้รับการรักษาหรือไม่และบัญชีรอกอย (Waiting List) เมื่อเป็นเช่นนี้เห็นได้ว่า จากสภาพทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง NHS จึงต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ตั้งแต่เมื่อเริ่มก่อตั้งในปี ค.ศ. 1942 (พ.ศ.2485) และปรับปรุงเรื่อยมา

⁵⁴ อัจฉริยา รสฉ่ำ (เชิงอรรถ 33) 51.

⁵⁵ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ (รายงานการศึกษาวิจัย) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2543) 15.

⁵⁶ เฟิงอ้าง, 16.

⁵⁷ เฟิงอ้าง, 18.

ปัญหาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระยะต่อ ๆ มา คือ ความไม่พอใจของผู้ใช้บริการ เห็นว่าบริการไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ รอบบริการนาน จำนวนวันเฉลี่ยในโรงพยาบาลลดลง การ ปิดโรงพยาบาล ปิดหออผู้ป่วย เพราะรัฐบาลให้งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ความไม่เสมอภาค ของการ ให้บริการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระจุกตัวเพียงในเมืองใหญ่ๆ ความแตกต่างระหว่างสถานะ สุขภาพของคน จนกับคนรวย ปัญหาในระบบบริหาร การบริหารใช้ระบบคล้ายตามความคิดเห็น ของกลุ่มคนส่วนใหญ่ ทำให้เกิดความล่าช้า ในระยะต่อมาพบว่า ยังคงมีการรอคอยการบริการนาน เช่นเดิม GP (General Practitioner : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) มีพฤติกรรมที่พยายามเลือกรับขึ้น ทะเบียนเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพดี กีดกันผู้สูงอายุและผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี (Skimming) และจำกัดบริการที่ให้ (Skimming) Health authorities บางแห่งมีพฤติกรรมงดจ่ายค่ารักษาบางอย่างความไม่พอใจของผู้ ให้บริการ GP ไม่พอใจสถานะของตน เมื่อเทียบกับแพทย์ในโรงพยาบาล พนักงานของ NHS ไม่ พอใจการปฏิรูปในปี ค.ศ.1974 (พ.ศ.2517) พยาบาลจึงมีการนัดหยุดงานในช่วงนั้น ต่อมาในปี ค.ศ.1978 (พ.ศ.2521) พนักงาน NHS นัดหยุดงาน ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของ NHS

รัฐบาลได้ออกกฎหมายโดยปฏิรูป NHS ให้ Regional Health Authority (RHA) ในปี ค.ศ. 1974⁵⁸ (พ.ศ.2517) ซึ่งมี 14 หน่วยซึ่งมีหน้าที่วางแผนการเงินและนำ Area Health Authority ซึ่งมี 90 หน่วย ซึ่งอยู่ภายใต้ RHA องค์กรที่มีอยู่ภายใต้การกำกับของ Area Health Authority คือ Family Practitioner Committees (FPC) ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการ GPs ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักตัดแว่น (Opticians) และสิ่งที่ตั้งขึ้นใหม่ คือ ให้โอน Local Community Health Care Service จากเทศบาล ท้องถิ่นกลับมา สู่ NHS

พรรคอนุรักษนิยมภายใต้นายกรัฐมนตรี Margaret Thatcher ได้ชนะการเลือกตั้งและมี โอกาสเข้ามาบริหารประเทศในปี ค.ศ. 1979 ช่วงแรกนายกรัฐมนตรี Thatcher เพียงปรับปรุง NHS ให้มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นโดยการกระจายอำนาจลงไปให้กับผู้จัดการใน โรงพยาบาลต่าง ๆ แต่ ละแห่ง ซึ่งทำให้การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นการปรับปรุงเพื่อให้ทำงานมี ประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้นและได้มี การออกเป็นกฎหมาย Nation Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ.2533)⁵⁹

ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ.2540)รัฐบาลพรรคแรงงานเข้าบริหารประเทศ มีการปรับระบบ อีกครั้ง ภายใต้ต้นนโยบาย White Paper : Patient First หรือ The New NHS : Modern, Dependable โดยมี มาตรการหลักของการเปลี่ยนแปลง คือ The New NHS : Modern, Dependable After 1997 (พ.ศ. 2540)⁶⁰ โดยรัฐบาลนี้ “ตั้งใจที่จะให้ประชาชนในประเทศ มีระบบสุขภาพที่ดี ที่สุดในโลก” จึงมีการ กำหนด หลักการที่เป็นรูปธรรมในการเปลี่ยนแปลง คือ

1) รัฐบาลต้องการให้ NHS เป็นองค์กรแห่งชาติทุกคนมีสิทธิรักษาฟรีอย่างเท่า เทียม และเสมอภาค ถึงแม้ NHS จะมีมาตรฐานระดับชาติแต่ความรับผิดชอบด้านบริการจะต้องเป็น ของ

⁵⁸ เฟ็งอ้าง, 20.

⁵⁹ เฟ็งอ้าง, 21.

⁶⁰ เฟ็งอ้าง, 42.

ท้องถิ่น (Local Responsibility) เพราะบุคลากรทางการแพทย์ในท้องถิ่นไม่ว่าแพทย์หรือพยาบาล รู้ดีที่สุดว่าประชาชนในท้องถิ่นต้องการอะไร

2) รัฐบาลตั้งใจจะให้องค์กรต่างๆ ที่อยู่ภายใต้การกำกับของ NHS ทำงานร่วมกัน โดยถือว่าเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกัน (Partnership)

3) NHS จะปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพโดยการลดสายงานบริหารที่ซ้ำซ้อนลงไป และใช้เวลาในการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่มากขึ้น

4) NHS จะต้องเน้นที่คุณภาพ (Quality) ให้มีการบริการที่เป็นเลิศ

5) NHS จะต้องทำให้สาธารณชนมั่นใจ (Public Confidence) เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เพียงการเพิ่มงบประมาณ แต่มีความต้องการให้การเพิ่มผลิตภาพ (productivity) และการคงไว้ซึ่งหลักประกันสำหรับประชาชนทุกคนและการใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุน

(2) โครงสร้างและสิทธิประโยชน์

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ (Nation Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ.2533)) ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษเป็นแบบการให้บริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดย ภาครัฐเพื่อทำหน้าที่จัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยมีบริการจากทางเอกชนประกอบ ด้วยแต่เป็นส่วนน้อย

ลักษณะที่โดดเด่นของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ คือ การที่รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการและเป็นเจ้าของเองทั้งหมด โดย NHS จะมุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) มากกว่าในระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ซึ่ง NHS เป็นระบบบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนชาวอังกฤษสามารถเข้ามาใช้บริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โครงสร้างของ NHS ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ⁶¹

1) Strategic Health Authorities หรือ SHA ซึ่งจะรับผิดชอบจำนวนประชากรล้าน คน และมีหน้าที่จัดบริการทางสุขภาพให้มีคุณภาพทุกท้องถิ่น มีการกระจายอำนาจมาสู่การตัดสินใจในระดับท้องถิ่น รวมทั้งการนำนโยบายและวิธีการดำเนินการของ NHS มาปฏิบัติติดตาม ผลของกลุ่มโรงพยาบาลอิสระและองค์กรที่เรียกว่า PCT และ NHS Trusts

2) Primary Care Trust หรือ PCT เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐบาลในปี ค.ศ.2002 (พ.ศ. 2545) มีหน้าที่ในการวางแผน ดูแล และสร้างความมั่นคงให้กับบริการสุขภาพแห่งชาติ NHS สนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ช่วยบูรณาการ ด้านบริการสังคม (Social Care)

3) NHS Trusts⁶² เป็นองค์กรอิสระที่ประกอบไปด้วยกลุ่มโรงพยาบาลและอยู่ภายใต้ การควบคุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงสามารถทำงานได้อย่างอิสระโดยไม่ขึ้น ตรงต่อ

⁶¹ สุณี วงศ์คงคาเทพ, รายงานการศึกษาส่วนบุคคล: เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพ ช่องปาก 4 ประเทศ (สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ 2560) 12-13.

⁶² Nation Health Service and Community Care Act 1990 section 4

District Health Authority และทำหน้าที่บริการโรงพยาบาลหรือ Secondary Care it ที่ พร้อมและสามารถแสดงหลักฐานว่าสามารถบริหารทางการเงินได้ดีในปัจจุบันและอนาคต ก็ สามารถที่จะเลือกเป็นอิสระจาก Health Authority และขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุขไม่ใช่เป็นการทำโรงพยาบาล เป็นเอกชน (Privatization) แต่ยังคงเป็นของรัฐบาลอยู่แต่เป็นองค์กรอิสระที่สามารถควบคุมทรัพย์สินของตนเองได้ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็สามารถเลือกกลับไปอยู่ ภายใต้การควบคุมของ Health Authority เมื่อไม่ชอบอยู่เป็น Trust

สาระสำคัญของกฎหมาย Nation Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ.2533)⁶³

ส่วนแรก เป็นเรื่องของ NHS ในประเทศอังกฤษและเวลส์ 1.มีการนิยามและกำหนดหน้าที่ Regional and District Health Authorities , Family Health Service Authority , NHS contracts 2.ให้มีการจัดตั้ง NHS trust หน้าที่รวมถึงการบริหาร การโอนจากโรงพยาบาลเดิมไป ยัง NHS trust และการโอนทรัพย์สิน การบริหารทางการเงินของ trust 3.ให้มีการจัดตั้ง GP Fundholding และ หน้าที่บริหารงานของ GP Fundholding

3.1.3 ประเทศเบลเยียม⁶⁴

ประเทศเบลเยียมมีระบบการปกครองแบบสหพันธรัฐภายใต้รัฐธรรมนูญเดียวกัน ซึ่งสามารถแบ่ง ระดับการปกครองเป็นสามลำดับ คือ ระดับรัฐบาล (Federal Government) ระดับภูมิภาค (Federated entities) โดยในระดับภูมิภาคแบ่งออกเป็นสามภูมิภาค และสามชุมชนหลัก คือ ชุมชนฟรังเศส ชุมชนเยอรมัน และชุมชนดัตช์ และแบ่งย่อยต่อมาในระดับท้องถิ่น (Local governments)

การดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นความรับผิดชอบของทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลระดับภูมิภาค (Federated entities) ซึ่งมีสามภูมิภาค และระดับท้องถิ่น (Local governments) ซึ่งใช้ช่องทางการดำเนินนโยบาย สนับสนุนและกำกับดูแล ผ่านทางองค์กรของรัฐและคณะกรรมการจำนวนมาก ซึ่งระดับชั้นของความรับผิดชอบแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างองค์กรของรัฐที่มีหน่วยปฏิบัติงานที่หลากหลายในระยะหลังได้มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่การบริหารระดับชุมชน แต่การกระจายอำนาจยังจำกัดอยู่แค่บางความรับผิดชอบ แต่ความรับผิดชอบของภาครัฐที่สำคัญยังอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรค (curative medicine)

ในระดับภูมิภาค ซึ่งประกอบไปด้วยชุมชนฟรังเศส ชุมชนเยอรมัน และชุมชนดัตช์ รัฐบาล (Federated authorities) หน่วยงานของรัฐจะดูแลเรื่องการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ ประสานงาน และ ร่วมงานกับบุคลากรในการรักษาระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับรองมาตรฐาน และการ ลงทุนของโรงพยาบาล โดยมีการจัดการประชุมระหว่างรัฐบาลระดับภูมิภาคและรัฐบาลกลาง เพื่อให้การ ทำงานของความสอดคล้องกัน แต่การประชุมดังกล่าวไม่ได้มีการตัดสินใจ แต่เป็นไปเพื่อทำการปรึกษาและ ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น โดยยังคงความเป็นอิสระในการบริหารงานของฝ่ายบริหารในแต่ละระดับ

⁶³ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ (เชิงอรธ 55) 46-47.

⁶⁴ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ (มูลนิธิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2559) 29-33.

ในระดับประเทศ รัฐสภาเป็นผู้กำหนดตัวบทกฎหมาย ส่วนรัฐบาลกลางและกระทรวงสวัสดิการสังคม และสาธารณสุขเป็นคณะกรรมการบริหาร โดยหน้าที่หลักของกระทรวงสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข คือ ดูแลเรื่องกฎระเบียบและการจัดสรรเงิน มาตรฐานโรงพยาบาล การสนับสนุนอุปกรณ์ราคาแพงแก่โรงพยาบาล การกำหนดคุณสมบัติผู้ให้บริการทางการแพทย์ การขึ้นทะเบียนยา และการกำหนดราคา ยา และมีหน่วยงาน ของรัฐบาลกลางที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ หรือ The National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI)⁶⁵

สิทธิการรักษาพยาบาลของประชากรประเทศเบลเยียมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance) โดยร้อยละ 89 ของประชากรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั่วไป (General Scheme) และร้อยละ 10 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอิสระ

ระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียม ตั้งอยู่บนอิสรภาพในการรักษาสุขภาพของแพทย์ อิสรภาพในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่ราคามาตรฐาน นอกจากการประกันสุขภาพภาคบังคับแล้ว ยังมีการประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ให้ความคุ้มครองเพิ่มเติมอีกด้วย โดยการประกันสุขภาพแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

(1) ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ

ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพรูปแบบดังกล่าวจะเป็นสมาชิกกับหนึ่งกองทุนในระบบประกัน สุขภาพภาคบังคับหรือ กองทุน Sickness Funds โดยผู้ประกันตนมีอิสรภาพในการเลือกเป็นสมาชิกกับ กองทุน Sickness Funds ใดกองทุนหนึ่ง ยกเว้นพนักงานของการรถไฟ ซึ่งต้องเป็นสมาชิกกองทุนประกัน สุขภาพของบริษัทการรถไฟเบลเยียมโดยอัตโนมัติ และกองทุน Sickness Funds ไม่สามารถทำการคัดเลือก สมาชิกตามปัจจัยเสี่ยงเหมือนกับกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนได้

ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ประกันตนจะเป็นสมาชิกกับกองทุน Sickness Funds ด้วยปัจจัยทางด้าน ศาสนาหรือทางด้านการเมือง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กองทุนที่ดำเนินงานโดยเอกชนแบบไม่หวังผลกำไร และ 1 กองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐ⁶⁶ และมีกองทุนเสริมอีก 1 กองทุนสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการอยู่ภายใต้กองทุนอื่นๆ

กองทุน Sickness funds แต่ละกองทุนมีหน้าที่ตามกฎหมาย Sickness Funds Act ดังนี้

- 1) ควบคุมค่าใช้จ่ายของการประกันสุขภาพ และทำการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพต่างๆ
- 2) เป็นตัวแทนของผู้ประกันตนในเรื่องต่างๆ เช่น การเจรจากับผู้ให้บริการสุขภาพเรื่อง

การกำหนด รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์และมาตรฐานการเบิกจ่าย

⁶⁵ วรวรรณ ชาตด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2560) 18.

⁶⁶ เฟิงอ้าง.

3) ตรวจตราคุณภาพการให้บริการและป้องกันไม่ให้อสมาชิกกองทุนถูกเอาเปรียบโดยทางกองทุน Sickness Funds จะมีผู้ตรวจการสุขภาพเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบการให้บริการ

4) ควบคุมให้การปฏิบัติงานของกองทุนเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น การเบิกค่าบริการบางรายการ จะมีคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งทำหน้าที่ให้การอนุมัติการเบิกจ่ายหลังจากการ พิจารณาความเหมาะสมแล้ว

5) สามารถจัดสรรกิจกรรมหรือบริการเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกกองทุนซึ่งนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ถูกกำหนดได้

ดังนั้นการแข่งขันระหว่างกองทุน Sickness Funds นั้นเกิดจากความแตกต่างของการให้บริการและกิจกรรมพิเศษต่างๆ ที่กองทุนมอบให้แก่สมาชิก ซึ่งหากสมาชิกกองทุนต้องการจะเปลี่ยนกองทุน Sickness Funds ก็สามารถเปลี่ยนได้ในทุกๆ ไตรมาส โดยต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี แต่ในความเป็นจริง จำนวนผู้ประกันตนที่ประสงค์จะเปลี่ยนกองทุนมีน้อยมาก เพียงร้อยละ 1 ของผู้ประกันตนทั้งหมด

(2) ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

ค่าใช้จ่ายของระบบการประกันสุขภาพภาคสมัครใจคิดเป็น ร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมด ซึ่งกองทุน Sickness Funds และกองทุนประกันสุขภาพเอกชนที่แสวงหากำไรจะเป็นหน่วยงานผู้ รับประกัน และสามารถแบ่งการประกันดังกล่าวออกเป็น 2 รูปแบบคือ การประกันแบบเพิ่มเติม (Complementary insurance) และการประกันแบบสมัครใจ (Voluntary insurance)

การประกันแบบเพิ่มเติมจะเสริมความคุ้มครองผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยค่าใช้จ่ายในการสมัครการประกันแบบเพิ่มเติมนั้นจะถูกกำหนดโดยกองทุนแต่ละกองทุน และสมาชิกกองทุน Sickness Funds อาจจะสามารถทำการประกันแบบเพิ่มเติมอัตโนมัติโดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง ส่วน รายการที่ผู้ประกันจะได้รับคือ การจัดฟัน แพทย์ทางเลือก การรักษากระดูก และการบริการรถไถกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพพิเศษบางรายการในโรงพยาบาล

การประกันสุขภาพภาคสมัครใจรูปแบบที่สองคือ การประกันสุขภาพด้านการรักษาในโรงพยาบาล ภาคสมัครใจ (Voluntary Hospital Costs) ที่ไม่ได้คุ้มครองในการประกันสุขภาพแบบเพิ่มเติม สมาชิกกองทุน Sickness hospitalization insurance) ซึ่งให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก Funds สมัครการประกันรูปแบบนี้เนื่องจากต้องการเข้าพักรักษาในห้องพักผู้ป่วยเดี่ยวในโรงพยาบาล แต่การ ประกันประเภทนี้จะพิจารณา ความเสี่ยงของผู้ประกันตน (risk selection) ถึงแม้ว่าจะมีการพิจารณาความเสี่ยงของผู้ประกันตนได้ แต่ทางกองทุน Sickness Funds ไม่สามารถกีดกันผู้ประกันตนที่มีโรคหรือความ ผิดปกติของร่างกาย แต่อาจจะปรับลดความคุ้มครองลงได้

(3) กลไกด้านผู้ประกันสุขภาพและผู้ให้บริการ

ประชากรมากกว่าร้อยละ 99 มีสิทธิในการใช้บริการตามรายการสิทธิประโยชน์มากกว่า 8,000 รายการ โดยมีอัตราการจ่ายร่วม (co-payment) ทั้งค่ารักษาผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และค่ายา วิธีการจ่ายค่ารักษามี 2 รูปแบบ รูปแบบแรกคือ ผู้ประกันสุขภาพจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน

และเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุน Sickness Funds ภายหลังด้วยอัตราการร่วมจ่ายร้อยละ 25 ถึง ร้อยละ 40 รูปแบบ การจ่ายดังกล่าวส่วนใหญ่ใช้กับการบริการผู้ป่วยนอก รูปแบบที่สองคือ ระบบการจ่ายจากบุคคลที่สาม (third-party-payer system) ซึ่งทางกองทุน Sickness Funds จ่ายให้กับผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรง และผู้ประกันสุขภาพจ่ายเพียงสัดส่วนของอัตราการร่วมจ่าย รูปแบบการจ่ายดังกล่าวส่วนมากใช้กับการบริการผู้ป่วยในและในกลุ่มผู้ประกันตนบางส่วนที่ไม่มีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกก่อนตามรูปแบบการจ่ายเงินแบบแรกได้ และมีมาตรการช่วยเหลือสำหรับกลุ่มผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำด้วยการกำหนดอัตราจ่ายสูงสุด (maximum billing system) เพื่อให้กลุ่มคนดังกล่าวเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพสูงได้

การคืนเงิน (reimbursement of services) จากทางกองทุน Sickness Funds จะขึ้นอยู่กับชนิดของการบริการ รายได้ สถานะทางสังคมของผู้ประกันตนและจำนวนยอดสะสมของมูลค่าการร่วมจ่าย ณ ปี นั้นๆ

1) กลไกด้านผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศเบลเยียมมีด้วยกัน 2 ส่วน ซึ่งไม่มีการจำกัดสิทธิของผู้รับบริการในการใช้บริการ ดังนี้

(1) การให้บริการจากแพทย์อิสระ

การให้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประเทศเบลเยียมเป็นจุดบริการแรกของผู้ป่วยใน ระบบสาธารณสุข และเนื่องจากในประเทศเบลเยียมไม่มีระบบการส่งต่อ ดังนั้นแพทย์เฉพาะทางจึงเป็นจุด บริการแรกของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน ในปัจจุบัน เริ่มมีการให้บริการรักษาพยาบาลที่เชื่อมโยงกันมากขึ้น โดยมี การจัดตั้งเป็นกลุ่ม (medical houses) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าหนึ่งคน เจ้าหน้าที่ ชูรการ พยาบาล นักกายบำบัด และนักจิตวิทยาเพื่อการให้บริการที่ครบวงจร

การให้บริการระดับปฐมภูมิในประเทศเบลเยียมส่วนใหญ่ให้บริการโดยเอกชนและมีหลักการรักษาที่มีความเป็นอิสระ โดยได้รับค่าตอบแทนตามอัตราค่าบริการที่กำหนดไว้ (fee-for-service) และผู้ป่วยสามารถ เข้ารับการรักษากับแพทย์ได้อย่างอิสระ แพทย์เฉพาะทางจะทำการรักษาทั้งในสถานพยาบาลต่างๆ หรือทำ การรักษาแบบอิสระ (private practice) ดังนั้นหากพิจารณาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทั้งหมด ส่วนใหญ่จะ ประกอบอาชีพอิสระ มีเพียงส่วนน้อยที่ทำการรักษาในโรงพยาบาล ยกเว้นการคลอดบุตรและการรักษาฉุกเฉิน ส่วนการให้บริการเป็นกลุ่มนั้นจะได้รับค่าตอบแทนตามอัตราค่าบริการที่กำหนดไว้ (fee-for-service) ตามปกติหรือการเหมาจ่ายรายหัว (capitation)

(2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ประเทศเบลเยียมจะทำการตรวจรักษาตามพื้นที่ต่างๆ เป็นประจำ โดยจาก จำนวนครั้ง การตรวจรักษาทั้งหมด แต่ละปี สัดส่วนการตรวจรักษาตามพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วน แพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาล ดังนั้น ประชาชนชาวเบลเยียมจึงสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องรอนาน

2) การให้บริการจากโรงพยาบาล

ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลมีสองประเภทคือ โรงพยาบาลทั่วไป 139 แห่ง และโรงพยาบาลทางด้านจิตเวช 68 แห่ง ซึ่งเป็นองค์กรหรือโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไร อยู่ภายใต้การดำเนินงานของทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ โดยให้บริการรักษาโรคที่ร้ายแรง จิตเวช อายุรเวชและการรักษาที่อาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และประชาชนก็มีอิสระในการเลือกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และโรงพยาบาลของภาครัฐไม่มีสิทธิในการปฏิเสธผู้ป่วย ดังนั้น ระบบสาธารณสุขของประเทศเบลเยียมจึงไม่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนระหว่างการรักษาระดับปฐมภูมิ ขั้นทุติยภูมิและขั้นตติยภูมิ แต่ในทางปฏิบัติ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางจะเป็นบุคคลที่ตัดสินใจส่งผู้ป่วยต่อมาที่โรงพยาบาล โดยปัญหาการรอรักษาไม่ค่อยเกิดขึ้นในระบบสาธารณสุข ของประเทศเบลเยียม ส่วนมากจะเกิดจากปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น การรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาค เป็นต้น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางและดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่น

ระบบการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 ทางตามประเภทของการบริการ กล่าวคือ งบประมาณของโรงพยาบาล (hospital budget) เช่น รายการค่าพักรักษาในโรงพยาบาล (Services of accommodation) ค่าบริการฉุกเฉิน ค่าพยาบาลแก่ผู้ป่วยใน ซึ่งภาครัฐจะจ่ายเป็นสัดส่วนกับงบประมาณ และรายได้ส่วนที่สองคือ ค่าบริการทางการแพทย์ (Physicians' fee) เช่น ค่าบริการให้คำปรึกษา ค่าการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ค่าหัตถการ ซึ่งรายได้ส่วนนี้จ่ายตามค่าตอบแทนตามอัตราค่าบริการที่กำหนดไว้ (fee- for-service) สัดส่วนของรายได้ทั้งสองประเภทนี้เป็นมูลค่าร้อยละ 80 ของรายได้ทั้งหมด ของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีรายได้ส่วนอื่น ๆ เช่น ค่ายา ค่าการให้บริการผู้ป่วย นอกจากการฟอกไตหรือการ บำบัดฟื้นฟู ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเอง (OOP) เงินลงทุนจากรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น เงินบริจาคและ รายได้อื่น ๆ ที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล

3.2 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการบริการหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชนที่จะได้รับบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงหลายฉบับ แบ่งออกเป็น 3 ระบบใหญ่ คือ

- (1) ระบบประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
- (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2553 และ
- (3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งรู้จักในนามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเกิดขึ้นจากการผลักดันตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้รับสวัสดิการในการรักษา พยาบาลโดยปราศจากอุปสรรค ทางด้านการเงิน ต่อมาเมื่อการจัดตั้งโครงการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ประชาชน ได้รับสิทธิในการได้รับบริการทางด้านสุขภาพ อย่างเสมอภาคและมีมาตรฐานมากขึ้น โดยได้รับงบประมาณจากภาษีที่ได้รับจัดสรรในรูปแบบของ งบประมาณประจำปีจากรัฐบาล ซึ่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

สิทธิการเข้าถึงสาธารณสุขในการเข้ารับบริการประกันครั้งแรกโดยบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ได้บัญญัติถึงสิทธิการเข้าถึงสาธารณสุขว่า บุคคล ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ⁶⁷ การบริการทางสาธารณสุข ของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน มีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้ให้ความสำคัญกับคำว่า “บุคคลย่อมมี สิทธิเสมอกัน” และ “บริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน” เพื่อเป็นหลักประกันในการรับรองสิทธิตาม รัฐธรรมนูญให้ชัดเจนขึ้น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ใน หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐ ได้บัญญัติรับรองว่าบุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย⁶⁸

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ให้ความสำคัญกับคำว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน” และ “บริการทาง สาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน” โดยเพิ่มเติมคำว่า “ที่เหมาะสม” เพื่อขยายความมาตรฐานทาง สาธารณสุขของปวงชนชาวไทยจะได้รับอย่างเหมาะสมนั่นเอง

บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ⁶⁹ และบุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความ ช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ บุคคลวิกลจริตย่อมได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ⁷⁰

ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย ได้บัญญัติถึงสิทธิการเข้าถึงสาธารณสุขว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ⁷¹ รัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้ประชาชน ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่อ อันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสิทธิของ

⁶⁷ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52.

⁶⁸ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51

⁶⁹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 53

⁷⁰ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 54

⁷¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47

มารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับ ความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมถึงผู้ซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยผู้ร่าง รัฐธรรมนูญฉบับนี้ยืนยันว่า สิทธิด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนชาวไทยได้จะได้รับการคุ้มครองโดยตรงและคุ้มครองมากกว่ารัฐธรรมนูญทุกฉบับที่ผ่านมา

นอกจากนี้ หมวด 5 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กำหนดให้ เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและ สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุข ดังกล่าว ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง⁷² อีกทั้งในหมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐได้กำหนดไว้ว่า รัฐจึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อัน เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและ พัฒนาการ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง รัฐจึงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติ หาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องละเลย อาจเข้าข่ายละเว้นปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบได้ นอกจากนี้ในหมวดการปฏิรูป ประเทศรัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ว่าให้ มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้ดูแล ในสัดส่วนที่เหมาะสมโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดตั้งโครงการคลินิกหมอครอบครัว ซึ่ง หมอหนึ่งทีมจะต้องดูแลประชาชน หนึ่งหมื่นรายในพื้นที่ที่ ตันรับผิดชอบ และทีมหมอครอบครัวนี้จะ ประกอบไปด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญและการดำเนินการ ของกระทรวง สาธารณสุขนี้ เป็นการดำเนินการด้านสุขภาพเชิงรุก คือ ไม่ใช่รอให้ประชาชนป่วยเสียก่อน แล้วจึง ไปรับ บริการสถานพยาบาลต้องแบกรับเนื่องจากการเข้ามารับบริการการรักษาพยาบาลและการรับบริการ สาธารณสุขจากรัฐ แต่เป็นการที่รัฐส่งเสริมบุคลากรให้เข้าไปดูแลประชาชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และ เป็น มาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดำเนินการเช่นนี้ นอกจากจะทำให้ประชาชนมี สุขภาพแข็งแรงและ เป็นการป้องกันการเจ็บป่วยแล้วยังเป็นการช่วยลดต้นทุนที่รัฐบาลและทาง สาธารณสุขของประชาชน จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงสาธารณสุขของประชาชนในประเทศไทยนั้น รัฐธรรมนูญทุกฉบับได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยมีการบัญญัติไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ ทั้งนี้เพราะ ต้องการให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิในการได้รับการ บริการสาธารณสุขและสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลหรือการบริการทางสาธารณสุขได้อย่างเท่า เทียมเหมาะสมและมีประสิทธิภาพโดยรัฐต้องจัดให้มีบริการทางสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและทั่วถึงกับ ประชาชนทุกคนเนื่องจากสิทธิใน การได้รับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิ มนุษยชนที่มนุษย์ทุกคนควรพึงมีและพึงได้รับ นอกจากนี้รัฐยังต้องให้ความสำคัญกับ ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีรายได้น้อย และผู้พิการ โดยการจัดสวัสดิการและ ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ให้กับกลุ่มคน

⁷² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55

ดังกล่าวนี้เนื่องจากกลุ่มคนดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสทางสังคมมีข้อจำกัดเรื่องรายได้ มีความยากลำบากในการดำรงชีวิตในสังคม

3.2.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 52 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁷³

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁷⁴ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้⁷⁵

- (1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ
- (2) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- (3) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5
- (4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
- (5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา 32
- (6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40

⁷³ เหตุผลในการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

⁷⁴ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13

⁷⁵ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18

(7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41

(8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 กำหนด

(9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

(10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

(11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

(12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สมาชิกแทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

(13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

(14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อำนาจหน้าที่เช่นว่านี้ให้รวมถึง⁷⁶

- (1) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน
- (2) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน
- (3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงิน และทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้⁷⁷

- (1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน
- (2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการบริการสาธารณสุข

⁷⁶ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 19

⁷⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26

(3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
 (4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
 (5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46

(6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

(8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

(9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ

(10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

(11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน

(12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

(13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน

(14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน⁷⁸

ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้ว ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา 6⁷⁹

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดประกาศได้ กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้⁸⁰

⁷⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47

⁷⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 44

⁸⁰ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 45

(1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางวิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

3.2.3 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นตามสิทธิของตนเองไม่ว่าจะเป็นสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งการบริหารงาน ของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 สิทธิมุ่งให้การดูแลผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณ ด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรค่าชดเชยบริการแก่สถานพยาบาล/ หน่วยบริการให้ได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม โดยกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องภายหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้แก่สถานพยาบาล/หน่วยบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งที่ผ่านมาแต่ละกองทุนสุขภาพได้มีการดำเนินการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ระเบียบ ประกาศและแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ใช้อำนาจในการบริหาร กำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการออกประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาหลายฉบับ โดยมีประกาศที่สำคัญดังนี้

(1) ประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 เป็นประกาศที่อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 26 (14) มาตรา 31 และมาตรา 36 ประกอบกับข้อ 5 วรรคสอง ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงาน บริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2558 โดยประกาศดังกล่าวได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยื่นประเมินของสถานบริการเอกชนเพื่อรับการตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบพิธีการตรวจประเมิน กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขและหลักประกันการเป็นหน่วยบริการ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2558 เพื่อให้การตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยกำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่ รับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

เป้าหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) คือการคุ้มครอง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ตามความจำเป็นของประชาชน และปกป้องครัวเรือน จากความยากจนภายหลังการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และกำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (SDGs)⁸¹ อีกทั้งปฏิญญาทางการเมืองของการประชุม ระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า :ขับเคลื่อนไปด้วยกันเพื่อสร้างโลก ที่สุขภาพดีขึ้น” การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์ป้องกัน หรือยาที่ใช้รักษา จึงเป็นความท้าทายอย่างมากทั้งในเรื่อง ความเพียงพอและการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพในระบบ การบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงเน้นการเข้าถึงบริการ ภายใต้บริบทการปรับตัวกิจกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New Normal) รวมถึงคุณภาพมาตรฐานการบริการ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จึงได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลายฉบับเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 อีกด้วย

(2) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ⁸²

ประกาศฉบับนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนด

⁸¹ ธนกฤต กุศลสมบุญ (เชิงอรรถ 50) 10.

⁸² ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135/ตอนพิเศษ 211 ง/หน้า 8/31 สิงหาคม 2561

ขึ้นใหม่ตามประกาศนี้ โดยให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้⁸³

ส่วนการจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559⁸⁴

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 ประกอบด้วยรายการต่าง ๆ จำนวน 7 รายการ ได้แก่ บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว⁸⁵

ส่วนการเบิกจ่ายเงินเป็นไปตามข้อ 7 ซึ่งกำหนดว่าเพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2562 กำหนดภายใต้แนวคิดหลักดังนี้

- (2.1) การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- (2.2) การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- (2.3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข
- (2.4) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย
 - (2.4.1) ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global Budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึง

⁸³ ข้อ 3

⁸⁴ ข้อ 4

⁸⁵ ข้อ 6

บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

(2.4.2) แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

(2.4.3) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหายา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

(2.4.4) การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ 2562

(2.4.5) การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

(2.4.6) ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

(2.4.7) สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช. ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2562 ไม่เพียงพอภายหลังการปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

(2.4.8) ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณหากจ่าย หรือ งบประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด 2 ถึงหมวด 8 เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2562 แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คั้นเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังมีจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ขอ งบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากร ให้หน่วยบริการ

นอกจากนี้ยังมีประกาศอีกหลายฉบับเพื่อรองรับการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ รวมถึงหลักเกณฑ์และวิธีการการเบิกจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา (คลินิกชุมชนอบอุ่น) อีกด้วย

3.2.4 หลักเกณฑ์และวิธีการการเบิกจ่ายเงินให้โรงพยาบาลโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) เป็นหนึ่งในเป้าหมายของสหประชาชาติด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน⁸⁶ ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งนับเป็นการลงทุนที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคนไทยในการพัฒนาประเทศสร้างเป็นธรรมด้านสุขภาพ อันเป็นพื้นฐานสำคัญไปสู่ประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และประชาชนไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 รายละเอียดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่บรรจุไว้ในคู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ส่วนใหญ่เหมือนปีที่ผ่านมา ยกเว้น บางรายการที่ถูกปรับปรุงรายละเอียดเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทาง นโยบายรัฐบาล สิทธิประโยชน์ ที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้ดียิ่งขึ้น

(1) แนวคิดการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีไม่เท่ากัน เช่น ในงบประมาณปี 2562 จำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย 1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดงพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคำนึงถึงความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 18(4) มาตรา 38

⁸⁶ ธนกฤต กุศลสมบุญ (เชิงอรรถ 50) 10.

มาตรา 41 มาตรา 45 มาตรา 46 และมาตรา 47 คำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติที่ 37/2559 (คำสั่ง คสช.ที่ 37/2559) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561 - 2564 และ แผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561 - 2564 ภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

1.2 การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และการบริการสาธารณสุข

1.4 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

1.4.1 ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ที่ ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

1.4.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการ สาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบ เหมาะจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตาม โครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและ ประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

1.4.3 เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็น แกนกลางหรือเป็นแม่ข่ายดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ตามที่คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหาย) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านยา และเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

1.4.4 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการให้ เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ 2562

1.4.5 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วย บริการเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและ ภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ หน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และ ผลิตผลหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.4.6 ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับรวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

1.4.7 สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะและบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตามกำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2562 ไม่เพียงพอภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณ เพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

1.4.8 ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ในปีงบประมาณ 2562 ในหมวด 2 ถึงหมวด 8 เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2562 แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจ เหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือ จึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

(2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1) วัตถุประสงค์

(1) เพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยตามประเภทและ ขอบเขตบริการสาธารณสุข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภท และขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2559 (ประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 10)

(2) ป้องกันหรือลดปัญหาสาธารณสุข หรือภาวะโรคที่สำคัญของประเทศ 3. สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ 4. เพิ่มคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข. วงเงินงบที่ได้รับ ปีงบประมาณ 2562 สปสช.ได้รับจัดสรร จำนวน 431.43 บาทต่อผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน หรือ เท่ากับ 318.98 บาทต่อคน (จำนวนบาทต่อประชาชนไทยทุกคน) เพื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย บริการให้แก่ประชาชนไทยทุกคน จำนวน 65.7000 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภท บริการย่อย 5 รายการ ได้แก่

(2.1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)

(2.2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

(2.3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P Area based)

(2.4) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

(2.5) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ทั้งนี้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยได้ตามจำนวนประชากรไทย หรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2) แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน 29.64 บาท ต่อคน มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1.1. ค่าวัคซีนป้องกันโรค จำนวน 28.72 บาท ต่อคน จ่ายเป็นค่าวัคซีนให้เครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี) ดำเนินการจัดหาวัคซีน ตามแผนความต้องการจัดหายา เวชภัณฑ์อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2562 โดยจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่น เพื่อสนับสนุนวัคซีนให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บริการวัคซีนสำหรับคนไทยทุกคน ตามกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย โดยความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ต้องไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ภายใต้การให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้วัคซีนประเภทต่างๆ ได้แก่

1.1.1 วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ(Expanded Program Immunization:EPI) เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อต่างๆอยู่ในระดับที่สูงพอ ต่อการป้องกันโรค ได้แก่ โรควัณโรค ตับอักเสบบีคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไข้มองอักเสบเฉียบและโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัคซีนที่สนับสนุนมี ดังนี้ BCG, HB, DTwP-HB/ DTwP-HB-Hib, OPV, IPV, MMR/MR, JE, DTP และ dT

1.1.2 วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human Papillomavirus: HPV) กลุ่ม เป้าหมายคือ นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และเด็กหญิงไทย อายุ 11 - 12 ปีในพื้นที่ รับผิดชอบที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา เช่น เด็กหญิงไทยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเด็กหญิงไทยซึ่งมีความพิการทางสมอง เป็นต้น

1.1.3 วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza: Flu) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ(หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจเบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) 2) ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป 3) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 4 เดือน ขึ้นไป 4) เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี 5) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 6) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และ 7) ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

1.1.4. ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่ายา และเวชภัณฑ์ตามความจำเป็น จ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมาย ให้

ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็น ค่าชดเชย ค่ายา และเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

3) ค่าบริการติดตามเด็กที่ผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติ ให้ได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง จ่ายให้หน่วยบริการ สังกัดกรมการแพทย์เป็นผู้ดำเนินการและ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

4) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตกรุงเทพมหานคร (พชช.) เพื่อให้เกิดการ ขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนักได้แก่ กลุ่มเด็กเล็ก และเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุพระสงฆ์และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) ปีงบประมาณ 2562 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชนจำนวน 45 บาท ต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการจัดสรร โดย

(1) พื้นที่ สปสช.พื้นที่ สปสช.เขต 1 - 12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับ อปท.ตามประกาศของคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพ ต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ.

(2) พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องและการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน สิทธิหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชช.

(3) ค่าบริการตามข้อ (1) และข้อ (2) หากมีเงินเหลือ สปสช.จะจัดสรรเป็น ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

2) แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการ 1) พื้นที่ สปสช.เขต 1 – 12 เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 2) พื้นที่ สปสช.เขต 13 เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเรื่อง

การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

3) หลักเกณฑ์การสมทบเงินเข้ากองทุนฯ ท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561

4) การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน อปท.บันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงานด้านการเงิน รายงานการประเมิน ตนเอง ผ่านระบบโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์

3.2.5 ความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้อง

1) ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสาร และการใช้เอกสารปลอม

(1) ความผิดฐานปลอมเอกสาร

การทำเอกสารปลอม ตามมาตรา 264 สามารถทำขึ้นมาได้ในหลายลักษณะ ไม่จำเป็น ว่าจะต้องเป็นการทำปลอมขึ้นมาทั้งฉบับเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าเข้าเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นการปลอมเอกสารทั้งสิ้น

1. ทำปลอมขึ้นใหม่ทั้งฉบับ หรือแต่บางส่วน คือ ทำขึ้นใหม่เหมือนเดิมทุกอย่างหรือ ทำขึ้นใหม่บางส่วน โดยมีเจตนาให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง และผลของ การกระทำนั้น น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน

2. เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใด ๆ ในเอกสารที่แท้จริง เช่น เติมตัวเลขในสัญญาเงินกู้ มีผลทำให้บุคคลที่กระทำมีความผิดฐานปลอมเอกสาร

3. ประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร ดังนั้น ผู้ลงลายมือชื่อแทน ผู้อื่นในเอกสารหรือสัญญาใด ๆ อาจมีความผิดฐานปลอมเอกสารได้ เนื่องจากการประทับ ตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสารสามารถทำให้เอกสารนั้นเป็นเอกสารปลอมได้

ดังนั้น การลงลายมือชื่อของผู้อื่นโดยที่เขาไม่อนุญาต หรือแม้แต่เจ้าของชื่อสั่งให้ลงลายมือ ชื่อต่อหน้าเขา ก็เป็นเอกสารปลอมได้ การลงลายมือชื่อของตัวเองจึงเป็นการดีที่สุดเพราะจะอย่างไรก็เป็นของแท้

4. กรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่น โดยไม่ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำเพื่อนำไปใช้ในกิจการที่ อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน ทั้งนี้ นอกจากจะมีการกระทำความผิดที่กล่าวข้างต้นแล้ว การกระทำความผิดดังกล่าวยังต้องมีพฤติการณ์พิเศษ คือ “โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน” ด้วย กล่าวคือ พิจารณาจากความคิดธรรมดาของบุคคลทั่วไปในฐานะเดียวกับจำเลยว่าการกระทำ เช่นนี้น่าจะเกิดความเสียหายหรือไม่ โดยแม้จะไม่เกิดความเสียหายขึ้นจริงก็ถือว่ามีความผิด พิเศษตามนี้ได้

องค์ประกอบสุดท้าย คือ ผู้กระทำต้องมีเจตนาพิเศษ คือ “ได้กระทำเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง” ด้วย ดังนั้นหากเป็นการทำปลอมขึ้นมาเล่น ๆ ก็จะไม่เป็น ความผิดฐานปลอมเอกสาร

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะต้องรับผิดชอบในความผิดฐานปลอมเอกสารได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ ครบทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1. ได้ทำการปลอมเอกสารโดยเจตนา ในลักษณะใด ลักษณะหนึ่งจากสี่ลักษณะดังอธิบายข้างต้น 2. ต้องมีพฤติการณ์น่าจะเกิดความเสียหายแก่ ผู้อื่นหรือประชาชน และ 3. มีเจตนาเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง

(2) ความผิดฐานใช้เอกสารปลอม

กรณีจะต้องรับผิดชอบในความผิดฐานนี้ คือ ผู้กระทำได้ ใช้หรืออ้างเอกสารที่มีการทำ ปลอมขึ้น ตามที่ได้อธิบายข้างต้น ไม่ว่าผู้หนึ่งจะทำปลอมขึ้นเสียเอง หรือเป็นเอกสารที่ผู้อื่นปลอมไว้ก็ตาม โดยมีพฤติการณ์ที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนจึงจะเป็นความผิดและต้องระวางโทษเช่นเดียวกับความผิดฐานปลอมเอกสาร

อย่างไรก็ดี หากผู้ใช้หรืออ้างเอกสารปลอม เป็นผู้ปลอมเอกสารขึ้นเองด้วย ให้ลงโทษในความผิดฐานใช้เอกสารปลอมนี้แต่เพียงกระหนเดียว

2) ความผิดฐานฉ้อโกง

ความผิดฐานฉ้อโกง (Offences of Cheating and Fraud) มีองค์ประกอบภายนอก ของความผิดในส่วนของกรกระทำ และองค์ประกอบภายในที่เกี่ยวกับจิตใจของผู้กระทำผิด ประกอบด้วย การหลอกลวงผู้อื่น

1) โดยการหลอกลวงจะต้องเกิดจากการกระทำของผู้หลอกลวงโดยอาจเป็นการ แสดงข้อความเท็จ หรือปกปิดความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้งก็ได้ การหลอกลวงกฎหมายมิได้จำกัด วิธีการผู้กระทำอาจใช้วิธีการอย่างใดก็ได้ ซึ่งต้องเป็นการหลอกลวงด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ประการดังต่อไปนี้ คือ

(1) ด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หมายความว่า ข้อความที่แสดงต่อผู้อื่น ในการหลอกลวงเป็นการกล่าวอ้างถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งต้องเป็นเท็จ

(2) ปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง

ปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง หมายความว่า การที่มีข้อความจริง อยู่อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วปกปิดเอาไว้หรือไม่เปิดเผยบอกให้ทราบความจริง (La Dissimulation de Faith Varies) ซึ่งผู้กระทำมีหน้าที่ต้องแจ้งให้ทราบความจริงแต่ไม่แจ้ง หน้าที่ในที่นี้เช่น หน้าที่ตาม กฎหมาย (Legal Obligation) ที่บัญญัติไว้ว่า จะต้องแจ้งข้อความจริงอย่างไรบ้างแล้วปกปิดไว้เสีย หน้าที่ตามสัญญาซึ่งกำหนดกันไว้ระหว่างคู่กรณีว่า กรณีเช่นไรบ้างที่จะต้องแจ้งความจริงต่อกันให้ ทราบ ถ้าปกปิดข้อความจริงเสียก็ย่อมเป็นความผิดเหมือนกัน หน้าที่เนื่องจากเคยปฏิบัติต่อกันมา ก่อน ไม่มีกฎหมายกำหนดไว้โดยตรงว่าเรื่องใดบุคคลมีหน้าที่ต้องแจ้งความจริง โดยผู้หลอกลวงรู้ยู่ว่าข้อความจริงหรือเหตุการณ์นั้น มีอยู่อย่างไร กลับนิ่งเสียไม่บอกให้แจ้งโดยเจตนาให้ผู้ถูกหลอกลวง เข้าใจผิดและหลงเชื่อตามนั้น โดยไม่ใช้การหลอกลวงเพราะไม่รู้ข้อความจริงที่ปกปิดนั้น โดยการหลอกลวงตั้งว่านั่นได้ไปซึ่ง (1) ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือ บุคคลที่สาม หรือ (2) ทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม ทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ 2) เจตนาพิเศษ โดยมีมูลเหตุชักจูง โดยทุจริต

มาตรา 341 บัญญัติว่า “โดยทุจริต” ไว้ข้างต้น ซึ่งแสดงว่า เป็นการหลอกลวง เพื่อแสวงหาประโยชน์ที่มีควรได้ ความในตอนที่ว่า “โดยการหลอกลวงตั้งว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม” ก็ต้องแสดงว่า ได้ทรัพย์สินไปตามมูลเหตุชักจูงใจอันเป็น ประโยชน์ที่มีควรได้ ไม่จำเป็นต้องถึงได้กรรมสิทธิ์ไป ดังนี้เป็นเจตนาพิเศษ

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายในตรวจสอบการใช้งบประมาณของ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ของประเทศไทยเกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามแนวความคิด “บริการสาธารณะ” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ฝ่ายปกครองดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะเพื่อสนองความต้องการของมหาชน ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการให้หลักประกันทางสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงการดูแลสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้โดยไม่ให้ภาระทางการเงินเป็นอุปสรรค ช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพในภาพรวมโดยงบประมาณในการดำเนินการทั้งหมดมาจากรัฐบาล ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศระดับรายได้ปานกลางเพียงไม่กี่ประเทศที่สามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) ซึ่งเป็นเป้าประสงค์สำคัญประการหนึ่งขององค์การอนามัยโลก และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ขององค์การสหประชาชาติ⁸⁷

การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นยุทธศาสตร์หลักที่ถูกนำมาใช้ในการสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการสาธารณะตามหลักความเสมอภาค โดยจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำตัวของประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกคน หรือคิดเป็นจำนวนประชากรในระบบประมาณ 48 ล้านคนทั่วประเทศ จากประชากรทั้งสิ้น 77 ล้านคนโดย ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 มีผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวนทั้งสิ้น 4,772,296 คน แบ่งเป็นเจ้าของสิทธิ จำนวน 2,244,102 คน และบุคคลในครอบครัว จำนวน 2,528,194 คน⁸⁸ และเป็นผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากประกันสังคมอีกประมาณ 22 ล้านคน

ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครผู้มีสิทธิในระบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนประมาณ 3.8 ล้านคน อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น เนื่องจากไม่มีการจัดโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เดิมเรียกว่า สถานีอนามัย) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล แต่ต้องพึ่งพาเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนเพียง 68 แห่ง และคลินิกบริการของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ของรัฐเป็น

⁸⁷ ธนกฤต กุศลสมบุรณ์ (เชิงอรรถ 50) 10.

⁸⁸ กรมบัญชีกลาง <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/73025>

หลักทำให้มีการประเมินไว้ตั้งแต่ในช่วงแรกของการจัดระบบบริการเพื่อรองรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐเพียงฝ่ายเดียวจะไม่เพียงพอรองรับความต้องการทางสุขภาพของประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพจึงนำแนวทาง คิดตามหลักการปรับตัวของการบริการสาธารณะมาใช้โดยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การให้บริการสาธารณสุข จากโรงพยาบาลรัฐ มาให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิด้วยในรูปแบบโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นโดยมีคลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวนประมาณ 205 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการทำสัญญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยก่อนเข้าทำสัญญาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการตรวจสอบคุณสมบัติของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เงื่อนไขในการให้บริการรวมถึงการเบิกจ่ายในการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไว้ในสัญญาอย่างชัดเจนด้วย

อย่างไรก็ตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบความผิดปกติในการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มบริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการตรวจพบหลักฐานจนเชื่อได้ว่าเป็นเหตุทุจริต และขยายวงอย่างกว้างขวางจนทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศยกเลิกสัญญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นจำนวนรวมกันเกินกว่า 179 แห่ง คิดเป็นมูลค่าความเสียหายกว่า 195 ล้านบาท⁸⁹

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องประสบปัญหาในการบริหารจัดการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยการยกเลิกสัญญาโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมาจากการตรวจสอบการใช้งบประมาณจากกองทุนประกันสุขภาพในประเด็นต่อไปนี้

4.1 ปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณเกินจริงให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณรายจ่ายประจำปีแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีงบประมาณ โดยในประกาศดังกล่าวได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไว้ด้วย โดยในปัจจุบัน ยังคงใช้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากยังไม่มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่มายกเลิกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว

⁸⁹ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, รายงานโครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์: ทางเลือกของการบริหารจัดการคลินิกชุมชนอบอุ่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2563) 1.

โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมี สิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขใน ลักษณะเหมาจ่ายรายหัว และหรือค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามประเภทของ หน่วยบริการ โดยการจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับ การส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการ แสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการใน อำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความ สงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการ จัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559⁹⁰

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 7 รายการ ได้แก่ บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บริการผู้ป่วยไต วายเรื้อรัง บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟึ่งฝิง และค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดการจ่ายเงินค่าบริการให้โรงพยาบาลเครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นในแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และจ่ายตามรายการ (Fee schedule) ซึ่ง ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้งแบบ เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และจ่ายตามรายการ (Fee schedule) ดังต่อไปนี้

4.1.1 ปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้ง แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

การจ่ายเงินค่าบริการให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแบบเหมาจ่ายราย หัว (Capitation) เป็นการจ่ายเงินล่วงหน้าโดยอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปีแก่ผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาล เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น สำหรับการให้การดูแลสุขภาพกับประชากรในความรับผิดชอบ โดย อาจปรับอัตราต่างกันได้ตามปัจจัย เสี่ยง เช่น อายุ เพศ ความ เจ็บป่วย ในปีงบประมาณ 2562 สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรเงินงบประมาณ จำนวน 431.43 บาทต่อผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้าน คน หรือ เท่ากับ 318.98 บาทต่อคน (จำนวนบาทต่อประชาชนไทยทุกคน) การจ่ายค่าบริการแบบเหมา รายหัว เป็นผลดีกับการบริหารจัดการเงินกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถควบคุมการใช้ค่าใช้จ่ายได้ตามวงเงินงบประมาณที่ประมาณการไว้

⁹⁰ คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 ๗ ข้อ 4

ตามจำนวนประชากรที่มีสิทธิหรือมีการลงทะเบียนไว้ นอกจากนี้ในส่วนของการใช้จ่ายในการบริหารจัดการและค่าจ่ายชุดเวชภัณฑ์โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทราบรายได้โดยรวมล่วงหน้า เพื่อให้บริการผู้ป่วยและเหนี่ยวนำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพที่นำไปสู่การประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อน ปรับปรุงการประสาน การบริการรวมถึงการส่งเสริมกิจกรรม เสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคได้

แต่การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายหวั่งก่อให้เกิดผลเสียให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นได้เช่นกัน เนื่องจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมีความเสี่ยงทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรครณีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงหรือโรคที่มีค่ารักษาแพงมาก หรือเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคปอด โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีจำนวนผู้มีสิทธิในความรับผิดชอบน้อยอาจได้รับค่าบริการไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายประจำ และความพยายามในการควบคุม ต้นทุนทำให้เสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดการชะลอการให้การรักษาหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอันเป็นผลให้ผู้ป่วยบริการไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่

นอกจากนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบาย “บัตรทองรักษาทุกที่” ใน ปีงบประมาณ 2564 โดยให้พื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่อง ทำให้เกิดปัญหาต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงต้นปีงบประมาณ 2564 มากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากนโยบายดังกล่าวอยู่ภายใต้กรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่า “ไปไหนก็ได้” ทำให้มีกระทบต่อกลไกการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขอย่างสำคัญ เนื่องจากการจ่ายค่าบริการในแบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ขึ้นอยู่กับบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งต้องมีการลงทะเบียนผู้ป่วยกับหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่สามารถรองรับการไปใช้บริการแบบไปไหนก็ได้ ประกอบกับไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า สถิติการใช้บริการเพิ่มขึ้นหรือลดลง คุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแต่ละแห่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้ลงทะเบียนแบบรายหัวไว้มีความแตกต่างกัน สร้างภาระให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทำให้ต้องใช้มาตรการควบคุมต้นทุนในการให้บริการ รวมถึงปัญหาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานในการเข้ารับบริการและการเบิกเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นว่ามีประชาชนเข้าใช้บริการแบบรายหัวจริงตามที่มีการเบิกจ่ายมาหรือไม่ เนื่องจากประชาชนหรือผู้ป่วยดังกล่าวไม่ได้มีการลงทะเบียนสิทธิไว้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นซึ่งนำไปสู่ปัญหาการทุจริตในการเบิกจ่ายอันเกิดการกระทำของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จะทำได้ยากกว่าแบบจ่ายตามรายการ แต่ความยุ่งยากในการจัดการการเบิกจ่ายแบบรายหัวมีการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งหนึ่งไปแล้ว ต่อมาผู้ป่วยรายดังกล่าวไปเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นอีกแห่งหนึ่ง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสามารถเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งแรกเพื่อไปจ่ายให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิก

ชุมชนอบอุ่นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดสรรเงินงบประมาณมาเพื่อจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นอีกครั้ง ซึ่งปัญหานี้ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถควบคุมการใช้งบประมาณตามที่เคยตั้งงบประมาณไว้

4.1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้งแบบจ่ายตามรายการ (Fee schedule)

การจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการ (Fee schedule) เป็นกลไกการจ่ายเงินตามรายการของบริการ ยา เวชภัณฑ์ วัสดุหรือเครื่องมือที่แพทย์นำมาใช้กับผู้ป่วยตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ซึ่งการจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการเป็นการกระจายงบประมาณเป็นไปตามภาระงานในการให้บริการจริงของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น จะทราบรายการในชุดสิทธิประโยชน์ได้ง่าย ตรงไปตรงมา และรับทราบถึงการได้รับการจ่ายชดเชยแต่ละรายการที่แน่นอน สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสร้าง การเข้าถึงบริการบางเรื่อง โดย กำหนดอัตราจ่ายในระดับที่สูงจูงใจผู้ให้บริการเร่งดำเนินการ

แต่การเบิกจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการนั้นทำให้เกิดการทุจริตได้ง่าย เนื่องจากการจ่ายตามรายการนั้นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นสามารถเบิกเงินได้แบบไม่จำกัดและไม่จำเป็นต้องเป็นประชาชนในพื้นที่บริการ เพียงแค่มีหลักฐานการเข้ารับบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ก็สามารถจัดส่งไฟล์เอกสารพร้อมแนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินกองทุนเงินประกันสุขภาพแห่งชาติได้แล้ว ทำให้มีการปลอมแปลงเอกสารหรือมีการจัดทำข้อมูลอันเป็นเท็จเพื่อประกอบการเบิกเงินกองทุนได้เนื่องจากในการตรวจใช้ระบบคอมพิวเตอร์หรือ AI ในการตรวจหลักฐานในการเบิกจ่าย โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นส่งเอกสารหรือแนบไฟล์เอกสารมาตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น การส่งประวัติการรักษา การแนบไฟล์เอกสารจำนวนแผ่นตามที่ตั้งระบบไว้ เป็นต้น ก็สามารถเบิกจ่ายแบบจ่ายตามรายการได้แล้ว ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำการตรวจสอบว่า ประวัติการรักษาพยาบาลถูกต้องตรงกับที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งไว้หรือไม่ หรือเอกสารที่แนบตรงกับเงื่อนไขของเอกสารที่ต้องแนบมาประกอบการเบิกจ่ายหรือไม่ เช่น ต้องมีใบ LAB ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไต แต่โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นกลับแนบเพียงสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการมาเท่านั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานครตรวจสอบพบว่าการมีการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ โดยเฉพาะในส่วนของงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นส่งผลให้มีการใช้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารที่ส่งมาทำการเบิกจ่าย พบว่ามีการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องเป็นจำนวน 24 ลักษณะ จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการทำการสอบสวนข้อเท็จจริง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เข้าไปรวบรวมและตรวจสอบจนมีเหตุเชื่อได้ว่าอาจมีการทุจริตเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เมื่อคณะกรรมการสอบสวนได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วรายงานต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงนำไปสู่การประกาศยกเลิก

สัญญาับหน่วยบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นกลุ่มๆ รวม 3 ระยะ รวม 192 รายที่กระจายตัวอยู่เกือบทุกพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร ดังนี้⁹¹

(1) วันที่ 9 กรกฎาคม 2563 ประกาศยกเลิกสัญญาับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 20 แห่ง เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 18 แห่ง และคลินิกทันตกรรม จำนวน 2 แห่ง

(2) วันที่ 18 กันยายน 2563 ประกาศยกเลิกสัญญาับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 64 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น 54 แห่งโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 7 แห่ง และคลินิกทันตกรรม จำนวน 3 แห่ง

(3) วันที่ 30 กันยายน 2563 ประกาศยกเลิกสัญญาับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 108 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายจำนวน 1 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 107 แห่ง และ รวมจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ทั้งสิ้น 179 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้งสิ้นที่มีอยู่จำนวน 191 แห่ง ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูงมากซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่ตรวจพบมาจากการเบิกจ่ายตามรายการเกือบทั้งสิ้น

เมื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการตรวจสอบลงรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น โดยตรวจสอบย้อนหลังถึงการเบิกจ่ายค่าใช้บริการที่มีการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2562 มี โรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 37 แห่ง เป็นเงินจำนวน 115 ล้านบาท คลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 177 แห่ง เป็นเงิน

จำนวน 120 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 214 แห่ง รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 235 ล้านบาท ที่มีการเบิกจ่ายที่เกินจริง⁹²

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังตรวจสอบย้อนยังไปถึงการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในปีเงินประมาณ 2560 ,2561 และ 2563 พบว่า มีโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 40 แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่น 200 แห่ง และร้านยาที่เข้าร่วมโครงการอีก 33 แห่ง มีการเบิกจ่ายที่เกินจริง⁹³ ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่สูงมาก

เนื่องจากเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็น “งบประมาณแผ่นดิน” ซึ่งเป็นเงินของคนไทยทั่วประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรตระหนักถึงหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) โดยการใช้จ่ายงบประมาณแผ่นดินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่ชัดเจน ตามหลักงบประมาณที่ดี ข้อ 4 หลักสารัตถประโยชน์ (Utility) คือ หลักประสิทธิผลของการใช้จ่ายงบประมาณ เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่คุ้มค่าแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยประชาชนพึงได้รับผลที่ดีจากการใช้จ่ายเงินมากที่สุด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องมีมาตรการและระบบในการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่าบริการของ โรงพยาบาล

⁹¹ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (เชิงอรรถ 89).

⁹² ภาคผนวก ก สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

⁹³ ภาคผนวก ก สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นก่อนที่จะมีการเบิกจ่ายเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดดังเช่นที่มีการตรวจพบความเสียหายข้างต้น

4.2 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

เนื่องจากประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นตามสิทธิของตนเอง ซึ่งในปัจจุบันมีการแบ่งสิทธิในการรักษาพยาบาลเป็น 3 สิทธิได้แก่ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการบริหารงานของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 สิทธิมุ่งให้การดูแลผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณ ด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรค่าชดเชยบริการแก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ รวมถึงโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ให้ได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ถูกต้องรวดเร็ว และเป็นธรรม โดยกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องภายหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้แก่ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการรวมถึงโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยกองทุนสุขภาพได้มีการดำเนินการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ระเบียบ ประกาศและแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด

ระบบตรวจสอบทางการแพทย์ เป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมต่อสถานพยาบาล ประชาชนผู้รับบริการ และกองทุนต่าง ๆ ในการชดเชยค่าบริการต่อสถานพยาบาลในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน อีกทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการที่ส่งผลต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน และการเรียกเก็บและการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข สำหรับสถานพยาบาล หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการรักษาพยาบาลยังมีข้อขัดแย้ง หรือแนวทางที่แตกต่างกันไป ดังนั้น เพื่อลด ภาระของสถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการ ในการบริหารจัดการเวชระเบียนเพื่อรองรับ การตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 3 กองทุนสุขภาพหลักในการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชนของประเทศไทย ได้แก่

(1) สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (บก.) เป็นกองทุนที่รับผิดชอบด้านสวัสดิการในการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

(2) กองทุนประกันสังคม (สปส.) เป็นกองทุนที่รับผิดชอบด้านการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน

(3) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกองทุนที่รับผิดชอบด้านการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนที่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีกองทุนสวัสดิการรักษายาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการตรวจสอบค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ต่อมากรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงร่วมกันหาแนวทางการเรียกเก็บและการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข สำหรับสถานพยาบาล หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการรักษาพยาบาลให้เป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบร่วมของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ จึงได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2560 ซึ่งการจัดระบบการตรวจสอบเอกสาร หลักฐานนี้เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่ายสำหรับการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และยังเป็น การช่วยลดภาระด้านการจัดการของสถานพยาบาล/หน่วยบริการรวมทั้งโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ในการเตรียมการรองรับการตรวจสอบของ ทั้ง 3 กองทุน อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาระบบการตรวจสอบให้ เป็นไปตามมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน โดยแนวทางดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง แล้วด้วย

ต่อมาได้มีการได้มีจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2560 ขึ้นตามหลักสมรรถภาพ (Efficiency) คือ การรู้จักควบคุมและตรวจสอบการใช้จ่าย งบประมาณของหน่วยงานต่าง ๆ ให้เกิดความถูกต้อง ปราศจากการฉ้อราษฎร์บังหลวง ใช้หลักบริหารที่ดี คือ ทำงานด้วยความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ แต่ต้องเป็นไปด้วย ความรอบคอบถูกต้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดซึ่งในคู่มือดังกล่าวได้มีรายละเอียดในการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานต่างๆ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไว้อย่างละเอียด ได้แก่ มีรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน การตรวจสอบเวชระเบียน ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์) ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์) แบบเรียกตรวจส่วนกลาง หรือรวมศูนย์ หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน แนวทางการพิจารณาเอกสาร ประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณี ผู้ป่วยนอก แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก แนว ทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อน การเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูง สำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนว ทางการตรวจประเมินคุณภาพหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการ รักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁹⁴

เอกสารที่โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ต้องใช้มากที่สุดได้แก่ หลักฐาน ประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก ซึ่งหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณี ผู้ป่วยนอก มีรายละเอียดดังนี้

⁹⁴ สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน (หจก.แสงจันทร์การพิมพ์ 2560) 12-16.

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียน และหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้น ๆ โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นไฟล์ pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1) เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ หรือในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบตามแต่ละประเภทการตรวจสอบของแต่ละกองทุนที่มีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปีรวมถึง Visit ที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกรณีเป็น known case จากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย

1.2) ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, Bleeding time, Cardiac enzyme ฯลฯ หรือ บันทึกการแปลผล การตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.3) ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยรังสีแพทย์ และหรือ บันทึกการแปลผล การตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.4) ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจ ของแพทย์ในเวชระเบียน

1.5) ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย (ใบสั่งยา) และหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชี

1.6) ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

1.7) หลักฐานการทำหัตถการต่าง ๆ (ถ้ามี)

1.8) หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและ เวชกรรมฟื้นฟูและการบริการพิเศษอื่น ๆ

1.9) เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น

1.10) กรณีที่มีการรับเข้านอนรพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวม ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในรพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลง ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่ง การรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไข โดยผู้อื่นได้

2) เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย

3) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้

3.1) หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer)

3.2) อื่น ๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสาร การให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น

4) กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มี การเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

5) เอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก ซึ่งแนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบ รายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน ทูกรายการ ค่าใช้จ่ายต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1) บันทึกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกการวินิจฉัยเป็นชื่อโรค หรืออาการ พร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ได้แก่ หลักฐานการซักประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจต่าง ๆ เป็นต้น

2) บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยการเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1) บันทึกการให้การรักษารวมถึงกรณีรับคำสั่ง (รคส.) เช่น การสั่งยา การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษ อื่น ๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ และแพทย์ลงนามกำกับ สำหรับ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำ ให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับ โดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2) กรณีที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัยล่วงหน้า โดยไม่มี คำสั่งแพทย์ ต้องแสดงหลักฐาน CPG/Protocol ของหน่วยบริการนั้น

2.3) กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (Investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จาก ใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้ทั้งนี้ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยใน ใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4) กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการส่งการรักษานั้น ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3) หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปล ผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมียางานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนด สถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2) หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3) หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ไบสังยา และบันทึกการรับ อุปกรณ์รายบุคคล และหรือ serial number หรือ sticker เป็นต้น

4) ไบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1) ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2) ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิและหรือ HN และหรือ Visit number (VN) จำนวนเงิน ที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของ ผู้มีสิทธิ

4.3) ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่มีการใช้อำนาจหรือมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นอย่างจริงจังในขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารก่อนจ่ายเงิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น กรอกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมอินเทอร์เน็ต โดยให้มีการแนบไฟล์เอกสารที่กำหนด ซึ่งระบบดังกล่าวไม่มีระบบตรวจสอบว่าไฟล์เอกสารที่แนบมานั้น เป็นไฟล์เอกสารที่ครบถ้วนถูกต้องกับข้อบังคับในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการเบิกเงินกองทุนหรือไม่ อย่างไรก็ตามทำให้มีโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นหลายแห่ง มีการเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขที่ไม่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นการจงใจหรือกระทำโดยความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนไป เป็นเหตุให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อว่าโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นส่งเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกเงินกองทุนอย่างครบถ้วนถูกต้องแล้ว จึงได้จ่ายเงินกองทุนให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไป จนกระทั่งมีเรื่องร้องเรียนถึงความผิดปกติของการเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชน ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้อำนาจตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ข้อ 6 ซึ่งบัญญัติอำนาจหน้าที่ในการตรวจสอบและใช้อำนาจทางปกครองไว้ว่า “ถ้าสำนักงานตรวจพบในภายหลังว่าการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้องหรือผิดพลาดคลาดเคลื่อน จะด้วยเหตุอันใดก็ตามสำนักงานอาจจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเก็บเงินคืนก็ได้ดังนี้ ... (2) กรณีที่ตรวจสอบพบ ว่าหน่วยบริการได้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงโดยความผิดพลาด อันเกิดจากความไม่เข้าใจหรือความไม่รู้หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการให้สำนักงาน เรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที

(3) กรณีที่ตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า หน่วยบริการได้จงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงไม่ว่าจะเป็นกรณีการสรุปโลกมากเกินหลักฐานในเวชระเบียน หรือสรุปการทำผ่าตัดการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียนหรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐานหรือมีการเพิ่มรหัสเหตุการณ์โดยไม่มีหลักฐานหรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปเกินควรแก่กรณี...”

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ตรวจสอบย้อนหลังพบว่า มีการทำผิดโดยมีลักษณะความผิดที่ตรวจพบ จำนวน 24 ลักษณะ ได้แก่⁹⁵

- (1) ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้
- (2) ไม่เคยเข้ารับบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์
- (3) แจ้งสถานะบิดามารดาเป็นเท็จ
- (4) หน่วยที่ส่งเบิกชดเชยไม่ตรงกับหน่วยที่คัดกรอง
- (5) ชื่อและนามสกุลในใบคัดกรองไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิก
- (6) มีการแก้ไขชื่อและนามสกุลในใบคัดกรอง
- (7) มีการแก้ไข PID ในใบคัดกรอง
- (8) มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว
- (9) ใบตรวจคัดกรองมากกว่า 1 ใบ วันที่รับบริการเดียวกัน
- (10) ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรองแต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง
- (11) ใบคัดกรองไม่ระบุวันที่ตรวจ
- (12) วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อนวันที่คัดกรอง
- (13) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับผู้รับบริการรายอื่นมากกว่า 5 ราย
- (14) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับลายมือผู้ให้บริการ
- (15) ไม่มีการลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ
- (16) พบใบคัดกรองความเสี่ยงเป็นใบแทน
- (17) มีใบรายงานผล LAB มากกว่า 1 ใบ ข้อมูลไม่ตรงกัน
- (18) ไม่มีข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB
- (19) วันที่รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง
- (20) ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกับหน่วยที่ตรวจคัดกรอง
- (21) วันที่เจาะ LAB หลังวันตรวจคัดกรอง มากกว่า 1 เดือน
- (22) มีการแก้ไขข้อมูลในใบ LAB
- (23) ไม่มีการระบุวัน เจาะในใบ LAB
- (24) ใบรายงาน LAB ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์

เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบลักษณะความผิดดังกล่าวข้างต้นจึงเสนอต่อคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อมามีการตรวจพบว่า โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมีการเบิกจ่ายที่เกินจริง โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 37 แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 177 แห่ง รวมเป็นจำนวน 214 แห่งในรอบการตรวจในปีที่เบิกจ่าย ปี 2562 ซึ่งเป็นมูลค่าความเสียหายเป็นจำนวนมากถึง 235,920,000 บาทซึ่งการบอกละเมิดสัญญาดังกล่าวเป็นการใช้อำนาจทางปกครองคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการ

⁹⁵ ภาคผนวก ข ลักษณะความผิดที่ตรวจพบในการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ข้อ 6 (3) ยังให้อำนาจในการเรียกเงินค่าใช้จ่ายคืนจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชน

ปัญหาดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้นในประเทศเบลเยียม เนื่องจาก สถานพยาบาลเอกชนของประเทศเบลเยียมมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้นเป็นการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (not-for-profit) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับโรงพยาบาลของภาครัฐตามที่กฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลของรัฐมิใช่บริการเชิงพาณิชย์ แต่เป็นบริการที่มีมิติของบริการสังคมด้วย สำหรับการรักษาระดับปฐมภูมินั้น บทบาทของสถานพยาบาลเอกชนในท้องถิ่น เช่น คลินิกจะโดดเด่นมากเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่จึงสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ

4.3 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครผู้มีสิทธิในระบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนประมาณ 3.8 ล้านคน ด้วยข้อจำกัดของโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น เนื่องจากไม่มีการจัดโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เดิมเรียกว่า สถานีอนามัย) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล แต่ต้องพึ่งพาเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุขของ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนเพียง 68 แห่ง และคลินิกบริการของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ของรัฐเป็นหลักทำให้มีการประเมินไว้ตั้งแต่ในช่วงแรกของการจัดระบบบริการเพื่อรองรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐเพียงฝ่ายเดียวจะไม่เพียงพอรองรับความต้องการทางสุขภาพของประชาชน จึงมีแนวคิดในการให้ภาคเอกชนเข้าร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิด้วยในรูปแบบโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยมีจำนวนประมาณ 205 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการทำสัญญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยก่อนเข้าทำสัญญาได้มีการตรวจสอบคุณสมบัติของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น มาตรฐานในการให้บริการรวมถึงการเบิกจ่ายในการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไว้ในสัญญาอย่างชัดเจนด้วย⁹⁶

แต่เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบความผิดปกติในการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลเครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มบริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการตรวจพบหลักฐานจนเชื่อได้ว่าเป็นเหตุทุจริต และขยายวงกว้างขวางจนทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศยกเลิกสัญญากับ โรงพยาบาล

⁹⁶ ภาคผนวก ค สัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ

เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในปี 2563 เป็น 3 ระยะ รวมเป็นจำนวน 192 แห่งจึงต้องมาวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ว่า เหตุใดจึงได้มีการกระทำได้ดังกล่าวเป็นจำนวนมาก ซึ่งน่าจะมาจากปัญหาดังต่อไปนี้

4.3.1 ปัญหาเกี่ยวกับระยะเวลาการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

โรงพยาบาลเครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นมีหน้าที่ต้องการเปิดทำการเพื่อให้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดตามมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยกำหนดไว้ในข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อตกลงดังกล่าวกำหนดว่าโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการต้องมีการทำสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสัญญาในปี พ.ศ.2562 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับเวลาเปิดทำการและให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแก่ผู้มีสิทธิทั้งสิ้นต้องไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่สำหรับกรณีหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีผู้มีสิทธิมากกว่า 10,000 คน จะปฏิบัติตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยหน่วยบริการสามารถกำหนดเวลาเองได้ ไม่ต้องยึดตามเวลาราชการ

กรณีหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ไม่เปิดทำการในวันเวลาที่กำหนดไว้ จะกระทำผิดต่อเมื่อหน่วยบริการได้ขอความยินยอมเป็นหนังสือจากสำนักงานล่วงหน้าก่อนไม่น้อยกว่า 7 วันทำการ และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสำนักงานแล้วเท่านั้น และเมื่อหน่วยบริการได้รับความยินยอมจากสำนักงานแล้ว หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น มีหน้าที่ปิดประกาศประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าก่อนวันปิดทำการไม่น้อยกว่า 3 วัน โดยปิดประกาศไว้ในที่สามารถ ให้ผู้มีสิทธิมองเห็นได้อย่างชัดเจน รวมทั้งในการปิดประกาศนั้นต้องแจ้งให้ผู้มีสิทธิทราบว่า ในขณะที่ปิดทำการผู้มีสิทธิสามารถไปเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการหรือสถานบริการใดได้บ้าง⁹⁷

เมื่อสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ชั่วโมงการให้บริการกับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นต่อสัปดาห์มากถึง 56 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ คือ เฉลี่ยเป็นรายวัน วันละ 8 ชั่วโมง ซึ่งหากเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนก็ไม่จำเป็นว่าเป็นปัญหาในการให้บริการ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลในรูปแบบคลินิกขนาดเล็กซึ่งแพทย์ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ประจำโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลอื่นมาปฏิบัติงานภายหลังการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลต้นสังกัด ทำให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นดังกล่าวไม่อาจมีเวลาการให้บริการเป็นจำนวนชั่วโมงเท่าที่กำหนดในสัญญาได้ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีสิทธิเข้ารับบริการในเขตโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นนั้นๆ

อีกทั้ง ปัญหาเรื่องระยะเวลาการเปิดให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ระบุในข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงหลักเกณฑ์เกี่ยวกับข้อยกเว้นกรณีหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่เปิด

⁹⁷ ภาคผนวก ค สัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ข้อ 3.2

ทำการในวันเวลาที่กำหนดไว้ ประชาชนทั่วไปไม่ทราบข้อมูลว่าโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแต่ละแห่งจะเปิดทำการในเวลาใดบ้าง ทำให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการหลบเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามสัญญาได้ โดยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ทราบข้อมูลหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 54 ไม่เคยเข้าไปตรวจสอบเวลาเปิดบริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเลย โดยอ้างว่า ประชาชนไม่ได้ร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการในเรื่องวันเวลาเปิดทำการ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาหนึ่งที่น่าไปสู่การให้บริการที่ทั่วถึงของระบบการบริการสาธารณสุขถ้วนหน้าด้วย

4.3.2 ปัญหาการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 เป็นประกาศที่อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 26 (14) มาตรา 31 และมาตรา 36 ประกอบกับข้อ 5 วรรคสอง ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงาน บริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2558 โดยประกาศดังกล่าวได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยื่นประเมินของสถานบริการเอกชนเพื่อรับการตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบพิธีการตรวจประเมิน กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขและหลักประกันการเป็นหน่วยบริการ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2558 เพื่อให้การตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยกำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่ รับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการที่รับการส่ง ต่อเฉพาะด้าน

เมื่อมีการตรวจสอบโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเบื้องต้นแล้วว่าผ่านคุณสมบัติจะมีการทำสัญญาการให้บริการสาธารณสุข ที่จัดทำขึ้นระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น สัญญาได้กำหนดให้อำนาจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะทำงานหรือมอบหมายให้ ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหรือองค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือการจัดบริการและให้บริการสาธารณสุข ให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยให้บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายดังกล่าวมีสิทธิเข้าไปตรวจสอบประเด็นต่อไปนี้

- (1) การปฏิบัติงาน
- (2) ตรวจยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์
- (3) เอกสารของหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 54 บัญญัติให้อำนาจหน้าที่กับพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ผู้ตรวจสอบสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ตลอดเวลาที่หน่วยบริการเปิดทำการ โดยหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นจะต้องอำนวยความสะดวกและให้

ความช่วยเหลือในการดำเนินการนั้นตามสมควร และไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการบ้ายเบี่ยง ขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ให้สำเร็จ หรือล่าช้าเกินสมควร หรือทำให้บุคคลคณะบุคคลที่ได้รับมอบหมายดังกล่าวได้รับความเสียหายต่อเสรีภาพชีวิตร่างกายหรือทรัพย์สิน และยังกำหนดให้การที่หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบ คณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงาน องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นแล้วไม่ทำให้หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นนั้นพ้นความรับผิดชอบ

บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมาย มีสิทธิที่จะสั่งให้หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น แก้ไขเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญานี้ได้และหน่วยบริการต้องปฏิบัติตามคำสั่งภายในระยะเวลาที่กำหนด

กรณีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายตรวจพบหรือมีเหตุให้เชื่อได้ว่าหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นจัดบริการและให้บริการสาธารณสุขไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด หรือมีข้อร้องเรียนว่าหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่จัดบริการ และหรือไม่ให้บริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของหน่วยบริการด้านหนึ่ง ด้านใดตามสัญญานี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิให้หน่วยบริการอื่นหรือจ้างสถานบริการอื่นจัดบริการและให้บริการสาธารณสุขด้านนั้นให้แก่ผู้มีสิทธิได้โดยหักค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในส่วนที่จะพึงจ่ายให้แก่หน่วยบริการนั้นเพื่อจ่ายให้แก่หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น อื่นหรือสถานบริการอื่นที่จัดบริการและให้บริการสาธารณสุขด้านนั้นแทนได้ด้วย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 56 ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่เข้าไปตรวจสอบสถานที่ของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามีอำนาจ ตรวจสอบสอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐานถ่ายภาพถ่ายสำเนาหรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบหรือกระทำการอื่นใดตามสมควร เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง อันที่จะ ปฏิบัติการให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และ ถ้าพบการกระทำความผิด พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐานทรัพย์สินหรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไปได้อีกด้วย

แต่เนื่องจากยังไม่มีปรากฏว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มีการใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 54 เข้าไปตรวจสอบการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น นอกจากมีประชาชนเข้ามาร้องเรียนจึงจะเข้าไปตรวจสอบ ซึ่งการตรวจสอบลักษณะนี้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ถูกร้องเรียนย่อมทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจึงทำการแก้ไขก่อนที่จะมีเจ้าหน้าที่เข้าตรวจสอบแล้ว ทำให้ไม่สามารถตรวจพบการกระทำความผิดตามที่ร้องเรียนได้

4.4 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการในการลงโทษทางปกครองและทางอาญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

เนื่องจากในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ตรวจสอบพบว่าการมีการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่สูงผิดปกติ โดยเฉพาะในส่วนของงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคลินิกชุมชนอบอุ่น ประกอบกับมีการร้องเรียนถึงการเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ไม่ถูกต้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้เข้าใช้อำนาจตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เข้าไปรวบรวมและตรวจสอบจนมีเหตุเชื่อได้ว่าอาจมีการทุจริตเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยพบว่า มีลักษณะการกระทำผิดจำนวน 24 ลักษณะได้แก่⁹⁸ (1) ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้ (2) ไม่เคยเข้ารับบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์ (3) แจ้งสถานะบิดา มารดาเป็นเท็จ (4) หน่วยที่ส่งเบิกชดเชยไม่ตรงกับหน่วยที่คัดกรอง (5) ชื่อและนามสกุลในใบคัดกรอง ไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิก (6) มีการแก้ไขชื่อและนามสกุลในใบคัดกรอง (7) มีการแก้ไข PID ในใบคัดกรอง (8) มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว (9) ใบตรวจคัดกรองมากกว่า 1 ใบ วันที่รับบริการ เดียวกัน (10) ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรองแต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง (11) ใบคัดกรองไม่ระบุวันที่ ตรวจ (12) วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อนวันที่คัดกรอง (13) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับ ผู้รับบริการรายอื่นมากกว่า 5 ราย (14) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับลายมือผู้ให้บริการ (15) ไม่มีการ ลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ (16) พบใบคัดกรองความเสี่ยงเป็นใบแทน (17) มีใบรายงานผล LAB มากกว่า 1 ใบ ข้อมูลไม่ตรงกัน (18) ไม่มีข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB (19) วันที่ รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง (20) ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกับหน่วยที่ตรวจ คัดกรอง (21) วันที่เจาะ LAB หลังวันตรวจคัดกรอง มากกว่า 1 เดือน (22) มีการแก้ไขข้อมูลในใบ LAB (23) ไม่มีการระบุวัน เจาะในใบ LAB (24) ใบรายงาน LAB ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสหภาพเทคนิค การแพทย์

เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจพบการกระทำผิดดังกล่าวจึงแต่งตั้ง คณะทำงานตรวจสอบระดับเขตพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามที่ กำหนดไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ข้อ 7 เมื่อตรวจสอบพบว่าโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงโดยหลงผิด อันเกิดจากความไม่เข้าใจหรือความไม่รู้หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและ คลินิกชุมชนอบอุ่น ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที⁹⁹ ส่วนกรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อว่าหน่วยบริการได้ตั้งใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงไม่ว่าจะเป็นกรณี การสรุปโรคมามากเกินหลักฐานในเวชระเบียนหรือสรุปการทำหัตถการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน

⁹⁸ ภาคผนวก ข ลักษณะความผิดที่ตรวจพบในการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิก ชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

⁹⁹ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ข้อ 6 (2)

หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐานหรือมีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน หรือ การกระทำได้อันเป็นเหตุให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปจนแก่กรณีให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนออนุกรรมการเพื่อพิจารณาหากค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมส่วนที่เรียกคืน¹⁰⁰ไปแล้วได้อีกด้วย

นอกจากการเรียกค่าใช้จ่ายค่าบริการคืนจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น แล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นกลุ่มๆ รวม 3 ระยะ 192 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวันที่ 9 กรกฎาคม 2563 ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 20 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 18 แห่ง และคลินิกทันตกรรม จำนวน 2 แห่ง วันที่ 18 กันยายน 2563 ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 64 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น 54 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 7 แห่ง และคลินิกทันตกรรม จำนวน 3 แห่ง และวันที่ 30 กันยายน 2563 ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 108 แห่ง เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 107 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 แห่ง รวมจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ทั้งสิ้น 179 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ทั้งสิ้นที่มีอยู่จำนวน 205 แห่ง ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก ซึ่งการใช้อำนาจดังกล่าวเป็นการใช้อำนาจตามสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 60 (1) ซึ่งนำไปสู่ประเด็นปัญหา 2 ประการ ดังนี้

4.4.1 อำนาจในการยกเลิกสัญญาหรือการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

การใช้อำนาจในการยกเลิกสัญญาหรือการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 60 (1) เป็นการใช้มาตรการบังคับทางปกครอง แต่เมื่อพิจารณาบทบัญญัติในมาตรา 57 และมาตรา 59 ซึ่งเป็นฐานการกระทำอันเป็นเหตุให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจในการยกเลิกสัญญาหรือการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นได้นั้นต้องมาจากการกระทำดังนี้

(1) ในกรณีที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด

(2) กรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จากหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

¹⁰⁰ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ข้อ 6 (3)

(3) หน่วยบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บ

(4) หน่วยบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด

(5) ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นภายในระยะเวลาอันสมควร

หลักเกณฑ์ทั้ง 5 ประการดังกล่าวเป็นบทบัญญัติในมาตรา 57 และมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งไม่ปรากฏว่าเป็นการเรียกเก็บค่าให้บริการสาธารณสุขที่เกิดจริงหรือเป็นเท็จแต่อย่างใด

อีกทั้งเมื่อพิจารณาจาก ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เกินจริง พ.ศ. 2552 ก็ไม่ปรากฏการให้อำนาจสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการยกเลิกสัญญา หรือการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นใน กรณีที่มีการเบิกค่าใช้จ่ายที่เกินจริงหรือเป็นเท็จ มีเพียงการให้อำนาจในการเรียกเงินที่เบิกเกินจริงหรือ เป็นเท็จจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เท่านั้น

ทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาว่า หากมีโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นอุทธรณ์ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้อำนาจในการยกเลิกสัญญาหรือการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน ของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นโดยไม่มีอำนาจ แล้วนำคดีไปสู่ศาล ปกครอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะอ้างได้หรือไม่ว่า เป็นการยกเลิกสัญญาหรือการสั่ง เพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นตามข้อตกลง ให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้

4.4.2 มาตรการลงโทษทางอาญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจพบว่าการเบิกจ่ายเกินจริงหรือเป็นเท็จเกิดขึ้นใน โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยพบว่า มีลักษณะการกระทำผิดจำนวน 24 ลักษณะ ได้แก่ (1) ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้ (2) ไม่เคยเข้า รับบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์ (3) แจ้งสถานะบิดามารดาเป็นเท็จ (4) หน่วยที่ส่งเบิกชดเชยไม่ ตรงกับหน่วยที่คัดกรอง (5) ชื่อและนามสกุลในใบคัดกรองไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิก (6) มีการแก้ไขชื่อ และนามสกุลในใบคัดกรอง (7) มีการแก้ไข PID ในใบคัดกรอง (8) มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบ เอว (9) ใบตรวจคัดกรองมากกว่า 1 ใบ วันที่รับบริการเดียวกัน (10) ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรอง แต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง (11) ใบคัดกรองไม่ระบุวันที่ตรวจ (12) วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อน วันที่คัดกรอง (13) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับผู้รับบริการรายอื่นมากกว่า 5 ราย (14) ลายมือชื่อ ผู้รับบริการคล้ายกับลายมือผู้ให้บริการ (15) ไม่มีการลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ (16) พบ ใบคัดกรองความเสี่ยงเป็นใบแทน (17) มีใบรายงานผล LAB มากกว่า 1 ใบ ข้อมูลไม่ตรงกัน (18) ไม่มี ข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB (19) วันที่รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง (20)

ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกับหน่วยที่ตรวจคัดกรอง (21) วันที่เจาะ LAB หลังวันตรวจคัดกรองมากกว่า 1 เดือน (22) มีการแก้ไขข้อมูลในใบ LAB (23) ไม่มีการระบุวัน เจาะในใบ LAB (24) ใบรายงาน LAB ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังตรวจสอบแล้วว่า มีลักษณะการกระทำจำนวน 11 ลักษณะที่เข้าข่ายเป็นความผิดทางอาญา ได้แก่ ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้ ไม่เคยเข้ารับบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์ แจ้งสถานะบิดามารดาเป็นเท็จ มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรองแต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อนวันที่คัดกรอง ไม่มีการลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ ไม่มีข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB วันที่รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกับหน่วยที่ตรวจคัดกรอง ไม่มีการระบุวัน เจาะในใบ LAB ซึ่งลักษณะการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่เข้าข่ายเป็นความผิดอาญา ตามแนวคิดกฎหมายอาญามีหลักการที่สำคัญ คือ หลัก “nullum crimen, nulla poena sine lege” แปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ โดยไม่มีกฎหมาย” ในฐานปลอมเอกสารโดยการทำเอกสารปลอมตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 264 สามารถกระทำได้ในหลายลักษณะ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นการทำปลอมขึ้นมาทั้งฉบับเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าเข้าเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นการปลอมเอกสารทั้งสิ้น

1) ทำปลอมขึ้นใหม่ทั้งฉบับ หรือแต่บางส่วน คือ ทำขึ้นใหม่เหมือนเดิมทุกอย่างหรือ ทำขึ้นใหม่บางส่วน โดยมีเจตนาให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง และผลของ การกระทำนั้น น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน

2) เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใด ๆ ในเอกสารที่แท้จริง เช่น เติมตัวเลขในสัญญาเงินกู้ มีผลทำให้บุคคลที่กระทำมีความผิดฐานปลอมเอกสาร

3) ประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร ดังนั้น ผู้ลงลายมือชื่อแทน ผู้อื่นในเอกสารหรือสัญญาใด ๆ อาจมีความผิดฐานปลอมเอกสารได้ เนื่องจากการประทับ ตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสารสามารถทำให้เอกสารนั้นเป็นเอกสารปลอมได้

ซึ่งการกระทำความผิดทั้ง 11 ลักษณะมีทั้งการปลอมเอกสารโดยการทำขึ้นทั้งฉบับ เช่น ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้ ไม่เคยเข้ารับบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์ ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรองแต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง ไม่มีการลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ

ส่วนกรณีแจ้งสถานะบิดามารดาเป็นเท็จ มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อนวันที่คัดกรอง ไม่มีข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB วันที่รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกับหน่วยที่ตรวจคัดกรอง ไม่มีการระบุวัน เจาะในใบ LAB เป็นการปลอมเอกสารบางส่วนโดยเติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใด ๆ ในเอกสารที่แท้จริง

เมื่อโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นนำเอกสารดังกล่าวมายื่นต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็เป็นการใช้เอกสารปลอมด้วย นอกจากนี้ การส่งเอกสารดังกล่าวเพื่อ

ประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้งที่ไม่มีการให้บริการหรือให้บริการแต่ไม่ใช่ตามรายการที่นำมาเบิกจ่ายล้วนแต่เป็นการการหลอกลวง โดยโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นใช้วิธีการอย่างใดก็ได้ ซึ่งต้องเป็นการหลอกลวงด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ประการดังต่อไปนี้ คือ

(1) ด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หมายความว่า ข้อความที่แสดงต่อผู้อื่น ในการหลอกลวงเป็นการกล่าวอ้างถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งต้องเป็นเท็จ

(2) ปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง

โดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินอันได้แก่ค่าให้บริการทางสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้ถูกหลอกลวง อันเป็นความผิดอาญาฐานฉ้อโกงแล้ว

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ไม่ได้กำหนดให้การเบิกจ่ายเงินค่าใช้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นความผิดอาญาที่มีโทษจำคุกและโทษปรับไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยเฉพาะ จึงทำให้ต้องนำบทบัญญัติตามประมวลกฎหมายอาญามาใช้บังคับ เนื่องจากโทษทางอาญาตามมาตรา 63 และมาตรา 64 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นโทษทางอาญาสำหรับความผิดตามมาตรา 57 และมาตรา 59 ซึ่งเป็นเรื่องการตรวจมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่อย่างไรก็ดี ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แจ้งความร้องทุกข์ดำเนินคดีกับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เบิกจ่ายเกินจริงหรือเบิกจ่ายอันเป็นเท็จโดยการแจ้งความดำเนินคดีอาญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นแล้ว

4.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทย

เมื่อศึกษาระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกาประเทศอังกฤษและประเทศเบลเยียม พบว่า แต่ละประเทศมีรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยแต่ละประเทศมีระบบหลักประกันสุขภาพที่มีจุดเด่นและจุดด้อยในประเด็นต่อไปนี้¹⁰¹

1) รูปแบบและโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพ

รูปแบบและโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรัฐจัดทำเพื่อสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาพยาบาลและถือเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในรัฐนั้นที่พึงจะได้รับทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างเสมอภาคโดยไม่เลือกอาชีพและไม่เลือกปฏิบัติ เพราะสถานะทางการเงิน ซึ่งถือเป็นต้นแบบของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยไม่เลือกปฏิบัติและถือเป็นสวัสดิการของรัฐ แต่อย่างไรก็ดี ทั้งประเทศอังกฤษและประเทศไทย ประชาชนผู้มีรายได้อาจเลือกใช้ประกันสุขภาพกับ

¹⁰¹ ภาคผนวก ง ตารางเปรียบเทียบระบบการรักษายาบาลของประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรเบลเยียม และประเทศไทย

ภาคเอกชนเพิ่มเติมในรูปแบบของประกันเสริม เพื่อให้ตนเองได้รับสิทธิประโยชน์จากการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นหรือได้รับความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมากขึ้น

ส่วนสหรัฐอเมริกา ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกัน สุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แต่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีระบบบริการทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลหลักเป็นผู้รับผิดชอบมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ 1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระบบบริการทางด้านสุขภาพให้กับกลุ่มบุคคลมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท 2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ ยากจนหรือผู้ซึ่งมีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มี ผู้ปกครองเพียงคนเดียว

สิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชนประเทศเบลเยียมอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance) แบ่งเป็นระบบประกันสุขภาพทั่วไป (General Scheme) และระบบประกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอิสระ และยังมีระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจอีกด้วย

2) กฎหมายและหน่วยงานที่ใช้ในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพ

ประเทศอังกฤษใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพ (Nation Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ.2533)) โดยมี National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการบริการด้านสุขภาพ สหรัฐอเมริกา มี Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา หน่วยงานของรัฐบาลกลางของประเทศ เบลเยียมที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ได้แก่ สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ หรือ The National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) โดยมีกองทุน Sickness Funds ด้วยปัจจัยทางด้าน ศาสนาหรือทางด้านการเมือง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กองทุนที่ดำเนินงานโดยเอกชนแบบไม่หวังผลกำไร และ 1 กองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐและมีกองทุนเสริมอีก 1 กองทุนสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการอยู่อาศัยใต้กองทุนอื่นๆ เป็นองค์กรที่ดูแลผู้ประกันตน ส่วนประเทศไทยใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นกฎหมายหลักในการกำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามระบบหลักประกันสุขภาพ

3) งบประมาณหรือเงินที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพ

งบประมาณหรือเงินที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยและประเทศไทยมาจากงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้จากงบประมาณแผ่นดิน โดยมีแนวคิดในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย รายได้สูงสุดต่ำหรือความแตกต่างด้านอาชีพ ประชาชนทุกคนมีสิทธิรับการรักษาพยาบาลภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน

รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้จัดงบประมาณระบบบริการทางด้านสุขภาพเฉพาะ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท (Medicare) และโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ ยากจนหรือผู้ซึ่งมีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัว ที่มี ผู้ปกครองเพียงคนเดียว (Medicaid) เท่านั้น ส่วนการบริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกัน สุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นการจ่ายเงินสมทบกันระหว่างผู้ประกันตนและนายจ้าง

เมื่อเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยและต่างประเทศแล้ว ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากเงินงบประมาณของรัฐหรือจากการจัดเก็บภาษีในทุกประเภทจากประชาชนเป็นหลัก โดยจะไม่มีการจัดเก็บภาษีเฉพาะ (Earmarked Tax) จึงทำให้มีข้อเสียในเรื่องของการสร้างภาระทางการเงินในกับภาครัฐเป็นอย่างมาก การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทยจึงอยู่ภายใต้หน่วยงานเดียว คือ กระทรวงที่ทำหน้าที่ดูแลด้านสาธารณสุข (Department of Health) ซึ่งคล้ายคลึงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยที่ให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนโดยปราศจากค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ประเทศไทยมีระบบการจัดทำเพื่อประเมินคุณภาพและความพอใจจากประชาชนในการรักษาพยาบาลและมีการจัดทำข้อตกลงในการรักษาพยาบาลกับสำนักงานงบประมาณ ทั้งนี้เพื่อเสนอและแลกเปลี่ยนกับเงินงบประมาณการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากรัฐในแต่ละปีเช่นเดียวกับที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยต้องมีหน้าที่ในการจัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานรวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำคำของบประมาณต่อไปด้วย

แต่ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยแตกต่างกับประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ได้จัดระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมให้บริการกับประชาชนทั้งประเทศ เนื่องจากประชาชนที่มีรายได้หรือลูกจ้างทั่วไปส่วนใหญ่นิยมใช้ประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยบริษัทเอกชนเป็นหลัก ระบบประกันสุขภาพลักษณะนี้ผู้เอาประกันมีหน้าที่ในการจ่ายเงินหรือค่าเบี้ยประกันร่วมด้วย ทั้งนี้เป็นไปตามสัญญาประกันที่คู่สัญญาตกลงทำกันไว้ ระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนในสหรัฐอเมริกาจึงไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์พื้นฐานไว้อย่างแน่นอน โดยสหรัฐอเมริกามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐอยู่ 2 ระบบหลัก ได้แก่ 1) Medicare คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ และ 2) Medicaid คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้มีฐานะยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย ซึ่งทั้งระบบ Medicaid และระบบ Medicare จะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากภาษีที่ได้รับมาจากการจัดสรรของรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่ง คือ ภาษีทั่วไปที่ได้มาจากการจัดเก็บจากประชาชนในแต่ละมลรัฐ ดังนั้น ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทั้งสองระบบนี้ในแต่ละมลรัฐจึงมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่มลรัฐนั้นๆ เป็นผู้กำหนด แต่หากมองโดยรวมแล้วสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนในทุกมลรัฐจะได้รับจะเหมือนเช่นเดียวกันทั้งหมด เนื่องมาจากรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกาจะเป็นผู้กำหนด

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่สามารถนำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ซึ่งเป็นเป้าประสงค์สำคัญขององค์การอนามัยโลก และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ขององค์การสหประชาชาติ¹⁰² โดยการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยมอบหมายการบริหารจัดการโครงการให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการทำให้การดำเนินการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตกรุงเทพมหานครที่ผู้มีสิทธิใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนประมาณ 3.8 ล้านคน ด้วยข้อจำกัดของโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นอยู่แล้ว เนื่องจากกรุงเทพมหานครไม่มีโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) ประกอบกับเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร มีเพียง 68 แห่ง และคลินิกบริการของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ของรัฐจึงไม่เพียงพอในการจัดระบบบริการเพื่อรองรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงจัดให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมในการจัดบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยในรูปแบบ “โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น” โดยในปีงบประมาณ 2563 มี โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นเข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก โดยมีคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 205 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีทำสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพการควบคุมตรวจสอบคุณภาพการให้บริการการเบิกจ่ายงบประมาณให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552.และข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าจะมีกฎหมายที่กำหนดสิทธิแลหน้าที่ของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น และข้อสัญญาให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นปฏิบัติ แต่ในปี พ.ศ.2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเรื่องร้องเรียนและทำการตรวจสอบพบว่า โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมีการทุจริตในการเบิกจ่ายค่าบริการ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องประกาศยกเลิกสัญญากับประกาศยกเลิกสัญญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นจำนวนรวมกันเกินกว่า 179 แห่ง คิดเป็นมูลค่าความเสียหายกว่า

¹⁰² ธนกฤต กุศลสมบุญ (เชิงอรรถ 50) 10.

195 ล้านบาท¹⁰³ จากการตรวจสอบการใช้งบประมาณจากกองทุนประกันสุขภาพในประเด็นปัญหาต่อไปนี้

5.1.1 ปัญหาเกี่ยวกับการการเบิกจ่ายงบประมาณให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในแต่ละปีงบประมาณ และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ไว้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 ประกอบด้วยรายการต่าง ๆ จำนวน 7 รายการ ได้แก่ บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ประกอบกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบาย “บัตรทองรักษาทุกที่” ใน ปีงบประมาณ 2564 ซึ่งภายใต้ันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่า “ไปใช้ที่ไหนก็ได้” ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นประสบปัญหาในการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายค่าบริการในแบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ขึ้นอยู่กับบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากต้องมีการลงทะเบียนผู้ป่วยกับหน่วยบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นไว้ล่วงหน้า และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินค่าบริการให้ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ตามที่มีการลงทะเบียนไว้ โดยค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เป็นการจ่ายเงินล่วงหน้าโดยอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปีแก่โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น สำหรับการให้การดูแลสุขภาพกับประชากรในความรับผิดชอบซึ่งมีจำนวนเงินที่น้อยมากอยู่แล้ว เช่น ปีงบประมาณ 2562 คลินิกชุมชนอบอุ่นได้รับเงินค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว จำนวน 318.98 บาทต่อคนเท่านั้น ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่น ที่มีความเสี่ยงในการบริหารจัดการการเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวจากกรณีผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงจากโรคที่มีค่ารักษาสูงหรือใช้บริการบ่อยครั้ง ยังต้องมาแบกรับปัญหาที่ต้องรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นจากนโยบายบัตรทองรักษาทุกที่อีก ทำให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมาใช้วิธีการเบิกจ่ายโดยการนำค่าบริการมาเบิกจ่ายในรูปแบบจ่ายตามรายการ (Fee schedule) ซึ่งเป็นการจ่ายเงินตามรายการของบริการ ยา เวชภัณฑ์ วัสดุหรือเครื่องมือที่แพทย์นำมาใช้กับผู้ป่วยตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

การเบิกจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการตรวจสอบพบว่าการทุจริตเป็นเงินจำนวนมาก สามารถทุจริตได้ง่าย เนื่องจากการจ่ายตามรายการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นสามารถเบิก

¹⁰³ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (เชิงอรรถ 89) 1.

เงินได้แบบไม่จำกัดและไม่จำเป็นต้องเป็นประชาชนในพื้นที่บริการ เพียงแต่มีประชาชนมาใช้บริการ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นสามารถจัดส่งไฟล์เอกสารพร้อมแนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพได้ โดยในระยะเริ่มต้นการตรวจการเบิกจ่ายใช้ระบบการตั้งโปรแกรม (AI) ในการตรวจและไม่ได้จัดให้เจ้าหน้าที่ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารที่แนบประกอบการเบิกจ่ายหรือความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร ทำให้มีการปลอมแปลงเอกสารหรือมีการจัดทำข้อมูลอันเป็นเท็จเพื่อประกอบการเบิกเงินกองทุนเพื่อเบิกจ่ายค่าให้บริการเป็นจำนวนมาก

5.1.2 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของ โรงพยาบาล เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่มีการใช้อำนาจหรือมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นอย่างจริงจังในขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารก่อนจ่ายเงิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น กรอกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมอินเทอร์เน็ต โดยให้มีการแนบไฟล์เอกสารที่กำหนด ซึ่งระบบดังกล่าวไม่มีระบบตรวจสอบว่าไฟล์เอกสารที่แนบมานั้น เป็นไฟล์เอกสารที่ครบถ้วนถูกต้องกับข้อบังคับในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการเบิกเงินกองทุนหรือไม่ อย่างไรก็ตามถึงไม่มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบอีกครั้งว่าไฟล์เอกสารที่แนบมานั้น เป็นไฟล์เอกสารที่ครบถ้วนถูกต้องกับข้อบังคับในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการเบิกเงินกองทุนหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ทำให้มีโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นหลายแห่งแนบเอกสารที่ไม่ถูกต้องหรือเอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย ไม่ว่าจะเป็นการจงใจหรือกระทำโดยความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนไป เป็นเหตุให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเชื่อว่าโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นส่งเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกเงินกองทุนมาครบถ้วนถูกต้องแล้ว จึงได้จ่ายเงินกองทุนให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ทั้งที่ไฟล์เอกสารหลักฐานประกอบการเบิกเงินกองทุนนั้น ไม่ครบถ้วนถูกต้อง

ต่อมาเมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานครได้รับเรื่องร้องเรียนและพบความผิดปกติในการเบิกจ่ายค่าให้บริการที่สูงขึ้นผิดปกติจึงทำการตรวจสอบพบว่า มีการทุจริตในการเบิกจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการย้อนหลังถึงการเบิกจ่ายค่าใช้บริการในปีงบประมาณ 2562 มีโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 37 แห่ง เป็นเงินจำนวน 115 ล้านบาท คลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 177 แห่ง เป็นเงินจำนวน 120 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 214 แห่ง รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 235 ล้านบาท ที่มีการเบิกจ่ายที่เกินจริง¹⁰⁴

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังตรวจสอบย้อนยังไปถึงการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในปีเงินประมาณ 2560 ,2561 และ 2563 พบว่า มีโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 40 แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่น 200 แห่ง และร้านยาที่เข้าร่วมโครงการอีก

¹⁰⁴ ภาคผนวก ก สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

33 แห่ง มีการเบิกจ่ายที่เกินจริง ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่สูงมากจนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องประกาศยกเลิกสัญญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 192 แห่ง¹⁰⁵

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการบอกเลิกสัญญากับ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวนหลายแห่ง

5.1.3 ปัญหาเกี่ยวกับแนวทางในการประเมินคุณสมบัติโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา (คลินิกชุมชนอบอุ่น)

โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ที่เข้าร่วมโครงการต้องมีการทำสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสัญญาในปี พ.ศ.2562 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เช่น เปิดทำการและให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา (คลินิกชุมชนอบอุ่น) แก่ผู้มีสิทธิทั้งสิ้นต้องไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่สำหรับกรณีหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ที่มีผู้มีสิทธิมากกว่า 10,000 คน จะเป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยหน่วยบริการ สามารถกำหนดเวลาเองได้ ไม่ต้องยึดตามเวลาราชการ เป็นต้น ซึ่งอาจมีข้อยกเว้นได้บ้างโดยได้รับความยินยอมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่วงหน้า แต่คลินิกชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลในรูปแบบคลินิกขนาดเล็กซึ่งแพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ประจำโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลอื่นมาปฏิบัติงานภายหลังการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลต้นสังกัด ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นไม่อาจมีเวลาการให้บริการเป็นจำนวนชั่วโมงเท่าที่กำหนดในสัญญาได้ ประกอบกับ หากไม่มีประชาชนเข้ามาร้องเรียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ไม่อาจทราบว่า คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งใดมีเวลาทำการตามที่กำหนด หรือไม่เปิดทำการตามที่กำหนดไว้ในเงื่อนไขสัญญา

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการตรวจสอบการทำงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น แม้ว่าประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 เป็นประกาศที่อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 26 (14) มาตรา 31 และมาตรา 36 ประกอบกับข้อ 5 วรรคสอง ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงาน บริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2558 โดยประกาศดังกล่าวได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยื่นประเมินของสถานบริการเอกชนเพื่อรับการตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบพิธีการตรวจประเมิน กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขและหลักประกันการเป็นหน่วยบริการ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2558 เพื่อให้การตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยกำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่ รับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านโดย

¹⁰⁵ ภาคผนวก ก สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะทำงานหรือมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหรือองค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือการจัดบริการและให้บริการสาธารณสุข ให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยให้บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายดังกล่าวมีสิทธิเข้าไปตรวจสอบ การปฏิบัติงาน ตรวจยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเอกสารของหน่วยบริการ จนกระทั่งมีการบอกเลิกสัญญา กับคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 192 แห่ง ในปี 2563

แต่เนื่องจากยังไม่มีปรากฏว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มีการใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 54 เข้าไปตรวจสอบการให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น นอกจากนี้มีประชาชนเข้ามาร้องเรียนจึงจะเข้าไปตรวจสอบ ซึ่งการตรวจสอบลักษณะนี้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ถูกร้องเรียนย่อมทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจึงทำการแก้ไขก่อนที่จะมีเจ้าหน้าที่เข้าตรวจสอบแล้ว ทำให้ไม่สามารถตรวจพบการกระทำ ความผิดตามที่ร้องเรียนได้

5.1.4 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการในการลงโทษทางปกครองและทางอาญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้เข้าใช้อำนาจตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เข้าไปรวบรวมและตรวจสอบจนมีเหตุเชื่อได้ว่าอาจมีการทุจริตเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยพบว่า มีลักษณะการกระทำผิดจำนวน 24 ลักษณะได้แก่ (1) ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้ (2) ไม่เคยเข้ารับบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์ (3) แจ้งสถานะบิดามารดาเป็นเท็จ (4) หน่วยที่ส่งเบิกชดเชยไม่ตรงกับหน่วยที่คัดกรอง (5) ชื่อและนามสกุลในใบคัดกรองไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิก (6) มีการแก้ไขชื่อและนามสกุลในใบคัดกรอง (7) มีการแก้ไข PID ในใบคัดกรอง (8) มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว (9) ใบตรวจคัดกรองมากกว่า 1 ใบ วันที่รับบริการเดียวกัน (10) ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรองแต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง (11) ใบคัดกรองไม่ระบุวันที่ตรวจ (12) วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อนวันที่คัดกรอง (13) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับผู้รับบริการรายอื่นมากกว่า 5 ราย (14) ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับลายมือผู้ให้บริการ (15) ไม่มีการลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ (16) พบใบคัดกรองความเสี่ยงเป็นใบแทน (17) มีใบรายงานผล LAB มากกว่า 1 ใบ ข้อมูลไม่ตรงกัน (18) ไม่มีข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB (19) วันที่รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง (20) ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกับหน่วยที่ตรวจคัดกรอง (21) วันที่เจาะ LAB หลังวันตรวจคัดกรอง มากกว่า 1 เดือน (22) มีการแก้ไขข้อมูลในใบ LAB (23) ไม่มีการระบุวัน เจาะในใบ LAB (24) ใบรายงาน LAB ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้อำนาจตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ในการเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นได้ และยังมีกรยกเลิกสัญญาสัญญากับหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นกลุ่มๆ รวม 3 ระยะ รวม 192 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวันที่ 9 กรกฎาคม

2563 ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 20 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 18 แห่ง และคลินิกทันตกรรม จำนวน 2 แห่ง วันที่ 18 กันยายน 2563 ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 64 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น 54 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 7 แห่ง และคลินิกทันตกรรม จำนวน 3 แห่ง และวันที่ 30 กันยายน 2563 ประกาศยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการภาคเอกชน จำนวน 108 แห่ง เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน 107 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 แห่ง รวมจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น ทั้งสิ้น 179 แห่ง¹⁰⁶ ซึ่งเป็นการใช้อำนาจทางปกครองตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อำนาจทางปกครองดังกล่าว กฎหมายให้อำนาจเฉพาะกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิ มีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กำหนด หรือผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาอันสมควร ซึ่งหลักเกณฑ์ทั้ง 5 ประการดังกล่าวเป็นบทบัญญัติในมาตรา 57 และมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งไม่ปรากฏว่าเป็นการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขที่เกิดจริงหรือเป็นเท็จแต่อย่างใด

อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ก็ไม่ปรากฏการให้อำนาจสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการยกเลิกสัญญาหรือการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในกรณีที่มีการเบิกค่าใช้จ่ายที่เกินจริงหรือเป็นเท็จ มีเพียงการให้อำนาจในการเรียกเงินที่เบิกเกินจริงหรือเป็นเท็จจากโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เท่านั้น

โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายเงินที่เกินจริงทั้ง 24 ลักษณะดังกล่าวมีการกระทำที่เข้าข่ายลักษณะการกระทำความผิดอาญาจำนวน 11 ลักษณะ ซึ่งครบองค์ประกอบของความผิดทางอาญาฐานปลอมเอกสาร ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 264 ความผิดฐานใช้เอกสารปลอมตาม มาตรา 268 และความผิดฐานฉ้อโกง ตามมาตรา 341 ซึ่งขณะนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำลังแจ้งความดำเนินคดีอาญากับ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่กระทำความผิดดังกล่าว

เมื่อพิจารณาหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้แบบอย่างมาจากประเทศอังกฤษที่มีการจัดบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรัฐจัดทำเพื่อสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาพยาบาลและถือเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในรัฐนั้นที่พึงจะได้รับทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างเสมอภาคโดยไม่เลือกอาชีพและไม่เลือกปฏิบัติ เพราะสถานะทางการเงิน ซึ่งถือเป็นต้นแบบของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยไม่เลือกปฏิบัติและถือเป็นสวัสดิการของรัฐ โดยรัฐเป็นผู้จัดให้มีหน่วยบริการสาธารณสุข ขณะที่ประเทศ

¹⁰⁶ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (เชิงอรรถ 89) 1.

เบลเยียม แม้รัฐจะเป็นผู้ดูแลการบริการสาธารณสุขแต่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance) แบ่งเป็นระบบประกันสุขภาพทั่วไป (General Scheme) และระบบประกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอิสระ และยังมีระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจโดยมีกองทุน Sickness Funds ด้วยปัจจัยทางด้าน ศาสนาหรือทางด้านการเมือง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กองทุนที่ดำเนินงานโดยเอกชนแบบไม่หวังผลกำไร และ 1 กองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐและมีกองทุนเสริมอีก 1 กองทุนสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการอยู่ภายใต้กองทุนอื่นๆ เป็นองค์กรที่ดูแลผู้ประกันตน ส่วนสหรัฐอเมริกาจัดบริการสาธารณสุขฟรีให้เฉพาะกลุ่มคนใน 2 ระบบ ได้แก่ 1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระบบบริการทางด้านสุขภาพให้กับกลุ่มบุคคลมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท 2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ ยากจนหรือผู้ซึ่งมีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มี ผู้ปกครองเพียงคนเดียวเท่านั้น

5.2 ข้อเสนอแนะ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการดูแลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่ให้อำนาจในการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่าบริการตามคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2560 ที่ผ่านการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลางแล้ว มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะทำงานหรือมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหรือองค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือการจัดบริการและให้บริการสาธารณสุข ให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยให้บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายดังกล่าวมีสิทธิเข้าไปตรวจสอบ การปฏิบัติงาน ตรวจยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเอกสารของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่การใช้อำนาจดังกล่าวยังขาดกฎหมายรองรับการใช้อำนาจ ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้นดังนี้

5.2.1 ปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น เพื่อให้การเกิดความเป็นธรรมกับคลินิกชุมชนอบอุ่นในการเบิกจ่ายแบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ควรมีการตรวจสอบว่า ผู้ที่ลงทะเบียนแบบการเหมาจ่ายรายหัวกับคลินิกชุมชนอบอุ่น มีการใช้บริการในคลินิกชุมชนนั้นๆ จริง หรือไปใช้บริการในคลินิกชุมชนอบอุ่นอื่นในแต่ละปีเพื่อให้มีการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่นอย่างเหมาะสม รวมถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลด้วยว่า โรคหรืออาการบาดเจ็บนั้นมีฐานค่ารักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ

ส่วนการเบิกจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการต้องมีการตรวจสอบเอกสารที่แนบมาเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการทุกรายการก่อนการเบิกจ่ายตามคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2560 โดยเจ้าหน้าที่ต้องตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเวชระเบียน เอกสารประกอบการเบิกก่อนการจ่ายเงินค่าให้บริการกับ โรงพยาบาล

เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น และต้องมีการรายงานให้กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทราบทุก 6 เดือน เพื่อให้สามารถตรวจสอบการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.2 ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของ โรงพยาบาล เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องใช้อำนาจหรือมาตรการทางกฎหมายในการ ตรวจสอบ โรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นอย่างจริงจังในขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารก่อน จ่ายเงิน เมื่อโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น กรอกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมอินเทอร์เน็ต โดยให้มีการแนบไฟล์เอกสารที่กำหนด ต้องมีระบบหรือเจ้าหน้าที่ตรวจสอบว่าไฟล์เอกสารที่แนบมานั้น เป็นไฟล์เอกสารที่ครบถ้วนถูกต้องกับข้อบังคับในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการเบิก เงินกองทุน เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตรวจสอบแล้วว่าส่งเอกสารหลักฐาน ประกอบการเบิกเงินกองทุนมาครบถ้วนถูกต้องแล้วสามารถจ่ายเงินกองทุนให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นได้ ไม่ใช่ให้เบิกจ่ายไปก่อนแล้วมาตรวจสอบย้อนหลัง โดยควรต้องมีการตั้ง คณะกรรมการตรวจสอบในระดับเขตเพื่อตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งด้วย

5.2.3 ปัญหาเกี่ยวกับแนวทางในการประเมินคุณสมบัติของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชน อบอุ่น

กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลเครือข่ายและ คลินิกชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการต้องมีการทำสัญญาให้บริการสาธารณสุข(ข้อตกลงให้บริการ สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ โดยสัญญาในปี พ.ศ.2562 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 รวมถึงยังให้อำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจสอบหรือคณะทำงานหรือมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหรือองค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นเพื่อ ดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือการจัดบริการและให้บริการสาธารณสุข ให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยให้ บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายดังกล่าวมีสิทธิเข้าไปตรวจสอบ การปฏิบัติงาน ตรวจยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเอกสารของหน่วยบริการ ต้องมีการจัดคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ทำการ ตรวจสอบการเปิดให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่นและคุณภาพการให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่น อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติก่อนหรือเริ่มต้นเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาล เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น และมีการตรวจสอบอีก 1 ครั้งหลังการเข้าร่วมเป็น โรงพยาบาล เครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นให้ให้มีการรักษามาตรฐานการให้บริการตามเงื่อนไขข้อตกลงให้บริการ สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2.4 มาตรการในการลงโทษทางปกครองและทางอาญากับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชน อบอุ่น

ส่วนมาตรการใช้บังคับทางปกครองในการยกเลิกสัญญาหรือการเรียกเงินที่เบิกจ่ายเกินจริง ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมโดยควรนำบทบัญญัติในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า ด้วยการบริหารจัดการกองทุน และการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 มาบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

และกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจในการเพิกถอนทะเบียนหรือยกเลิกสัญญา กับโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่น รวมถึงการนำความผิดอาญาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเกินจริงของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นมาบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ด้วย

แนวทางการแก้ไขดังกล่าวจะทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สามารถใช้อำนาจของคณะกรรมการในการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ คุณสมบัตินของสถานบริการคลินิกชุมชนอบอุ่นรวมถึงคุณภาพของการให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อดำเนินการตามนโยบายโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ภายใต้นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่า “บัตรทองรักษาทุกที่” หรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่า “ไปใช้ที่ไหนก็ได้” ให้บรรลุเป้าประสงค์สำคัญขององค์การอนามัยโลก และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ขององค์การสหประชาชาติ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กองสุศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, 'การส่งเสริมสุขภาพ' <www.thaihed.com/html/show>

สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 (หจก. จีรัชการพิมพ์ 2549).

คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (บริษัท สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด 2547).

จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร, 'สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือ

สิทธิบัตรยา' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต 2552).

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, รายงานโครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์: ทางเลือกของการบริหารจัดการคลินิกชุมชน
อบอุ่น

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2563).

ชุมชนออนไลน์เพื่อการจัดการความรู้, 'ระบบสุขภาพภาคประชาชน'

<[https:// www.gotoknow.org/posts/274010](https://www.gotoknow.org/posts/274010)> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

ฐิชาลักษณ์ ณรงค์วิทย์, ทบทวนทฤษฎีระบบจ่ายค่าบริการทางการแพทย์:สร้างความเป็นธรรมในสังคม

(เครื่องมือคิด 2550).

เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์, 'ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างประสิทธิภาพของการนำนโยบายการให้บริการแก่

ประชาชนไปปฏิบัติ:กรณีศึกษาสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร'

(วิทยานิพนธ์ พัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา) คณะรัฐประศาสนศาสตร์

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2536).

ชนกฤต กุศลสมบุรณ์, 'การศึกษาเชิงเปรียบเทียบปัญหาทางกฎหมายในระบบประกันสุขภาพของ
ประเทศไทย

และประเทศสิงคโปร์' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2558).

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย (รายงานการศึกษารายวิจัย)

(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2543).

ธีระชัย จาตุรนต์สวัสดิ์, 'ทฤษฎีบริการสาธารณสุขในกฎหมายปกครองฝรั่งเศส'

<http://thaiaixois.online.fr/etc/chai_service1.htm> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561).

นนท์วัฒน์ บรรมานันท์, มาตรฐานใหม่ของการจัดทำบริการสาธารณสุขระดับชาติในประเทศไทย

(สำนักพิมพ์วิญญูชน 2555).

ประยูร กาญจนตุล, *กฎหมายการปกครอง* (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2549).

ปรารกรม วุฒิพงศ์และคณะ, *ระบบประกันสุขภาพของไทย: ศูนย์ศึกษาในงานสาธารณสุข*

(มหาวิทยาลัยมหิดล 2532).

บรรณานุกรม (ต่อ)

รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด, 'ผู้ผลักดันหลักประกันสุขภาพไทยที่มาโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค'

<<https://thepeople.co/sanguan-nityaramphong-universal-health-care/>>

สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

รวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, *กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ*

(มูลนิธิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2559).

รวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2560).

วายุภักษ์ ทาบุญมา, 'พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 : ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วน

ร่วมจ่ายในการเข้ารับสิทธิบริการสาธารณสุข' (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต 2556).

วิชัย สติมัย และคณะ, *การศึกษาผลกระทบการรวมกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพ*

ต่อสังคมไทย (รายงานการวิจัย) (สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา 2548).

ศรีวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, 'บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ'

<www.thailocaladmin.go.th upload/document/type4/2553>.

สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, *โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ* (2556).

สมศักดิ์ โชติรัตน์ศิริ, *หลักนิติธรรมกับการบริหารงบประมาณ* (รายงานการวิจัย) (สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ).

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, *การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไทยปี*

(สำนักงาน ประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2544).

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*

(สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2550).

สุณี วงศ์คงคาเทพ, รายงานการศึกษาส่วนบุคคล: เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพ ช่องปาก 4 ประเทศ (สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ 2560).

ไสว บุญมา, 'รัฐสวัสดิการคนในอยากออกคนนอกอยากเข้า'

<<http://www.108acc.com/index.php?lite=article&qid=517662>>

สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

สำนักนโยบายและแผนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, *กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (2547).

บรรณานุกรม (ต่อ)

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, *คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน*

การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน (หจก.แสงจันทร์การพิมพ์ 2560).

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 'ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย' <www.hisro.or.th/main> สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561.

หยุด แสงอุทัย, *กฎหมายอาญาภาค 1* (สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2551).

อนงค์ โรจน์วณิชช์, *รายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องผลกระทบของการประกันสุขภาพต่อการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข* (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2545).

อภิรักษ์ จันตะนี, 'พุทธรัฐศาสตร์สำหรับการส่งเสริมความมั่นคงแห่งพลเมือง' วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี 10(2), (2561).

อัจฉริยา รสน้ำ, 'ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของข้าราชการ ลูกจ้าง และประชาชนทั่วไป : ศึกษากรณีการรวมระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ'

(วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต)

2550).

อัมมาร สยามวาลา, *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เป้าหมายเชิงนโยบาย*

(สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2544).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเกินจริง
ของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

สรุปผลการสอบเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายเงินจริงของ รพ/คลินิก ชุมชนอุ้ม ในเขตกรุงเทพมหานคร
สรุปผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ

หน่วยบริการตรวจสอบ				เอกสารเวชระเบียน (ครั้ง)				เงินค่าบริการ (บาท)		
ปีที่ตรวจสอบ	ปีที่เบิกจ่าย	ประเภท	จำนวนหน่วยบริการ	จำนวนเบิก	ถูกต้อง	ผิดปกติไม่เข้าข่ายประเด็นอาญา	ผิดปกติเข้าข่ายประเด็นอาญา	เงินที่เบิก	เบิกถูกต้อง	เบิกไม่ถูกต้อง
2563	2562	รพ.เอกชน	37	731,956	163,033	190,267	378,656	143,374,000	27,882,400	115,491,600
		คลินิก	177	532,385	159,810	60,684	311,891	158,043,000	37,614,600	120,428,400
		รวม	214	1,264,341	322,843	250,951	690,547	301,417,000	65,497,000	235,920,000
2565	2560	รพ.เอกชน	40	475,245	1	0	475,244	76,725,800	100	76,725,700
	2561	คลินิก	200	174,381	0	0	174,381	59,897,300	0	59,897,300
	2563	ร้านยา	33	374	0	0	374	37,400	0	37,400
	รวม	273	650,000	1	0	649,997	136,660,500	100	136,660,400	

ที่มาจาก คณะอำนวยการและดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ภาคผนวก ข

ลักษณะความผิดที่ตรวจพบในการขอเบิกจ่ายเกินจริง
ของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร

**ลักษณะความผิดที่ตรวจพบในการขอเบิกจ่ายเกินจริง
ของโรงพยาบาลเครือข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร**

1. ไม่พบเวชระเบียนที่ส่งตรวจ และเวชระเบียนที่ส่งตรวจไม่สามารถตรวจสอบได้
2. ไม่พบบริการจากการสอบถามทางโทรศัพท์
3. แจ้งสถานะบิดามารดาเป็นเท็จ
4. หน่วยที่ส่งเบิกชดเชยไม่ตรงกับหน่วยที่คัดกรอง
5. ชื่อและนามสกุลในใบคัดกรองไม่ตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิก
6. มีการแก้ไขชื่อและนามสกุลในใบคัดกรอง
7. มีการแก้ไข PID ในใบคัดกรอง
8. มีการแก้ไขน้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว
9. ใบตรวจคัดกรองมากกว่า 1 ใบ วันที่รับบริการเดียวกัน
10. ไม่มีใบคัดกรอง หรือมีใบคัดกรองแต่ไม่พบข้อมูลการคัดกรอง
11. ใบคัดกรองไม่ระบุวันที่ตรวจ
12. วันที่ให้บริการในข้อมูลส่งเบิกก่อนวันที่คัดกรอง
13. ลายมือชื่อผู้บริการคล้ายกับผู้รับบริการรายอื่นมากกว่า 5 ราย
14. ลายมือชื่อผู้รับบริการคล้ายกับลายมือผู้ให้บริการ
15. ไม่มีการลงลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ
16. พบใบคัดกรองความเสี่ยงเป็นใบแทน
17. มีใบรายงานผล LAB มากกว่า 1 ใบ ข้อมูลไม่ตรงกัน
18. ไม่มีข้อมูลหน่วยบริการในใบรายงานผล LAB
19. วันที่รายงานผลการตรวจ LAB ก่อนวันที่คัดกรอง
20. ชื่อหน่วยบริการในใบ LAB ไม่ตรงกันกับหน่วยที่ตรวจคัดกรอง
21. วันที่เจาะ LAB หลังวันตรวจคัดกรอง มากกว่า 1 เดือน
22. มีการแก้ไขข้อมูลในใบ LAB
23. ไม่มีการระบุวันที่เจาะในใบ LAB
24. ใบรายงาน LAB ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์

ภาคผนวก ค

สัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ

เอกสารประกอบ



Wan Noy



สัญญาให้บริการสาธารณสุข
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สัญญาเลขที่.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๑๒๐ ม.๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวม
หน่วยงานราชการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ซอย - ถนน แจ้งวัฒนะ แขวง
ทุ่งสองห้อง เขต หลักสี่ จังหวัด กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นางเบญจมาศ เลิศชาคร ผู้ช่วยเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่
๑๗๕/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๘ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า
“สำนักงาน” ฝ่ายหนึ่ง กับ.....ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติ
บุคคล ณ.....มีสำนักงานใหญ่อยู่เลขที่.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โดย.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรอง
ของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(และหนังสือมอบอำนาจ ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....) แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งเป็นผู้ได้รับอนุญาต
ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
ตามใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ
และเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “คู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันมีข้อความ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บทนิยาม

เว้นแต่ข้อความจะแสดงให้เห็นเป็นอย่างอื่นในสัญญานี้

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า บุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรง
แก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตามกฎหมายว่าด้วย การประกอบโรคศิลปะ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒

“ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพหรือตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ผู้มีสิทธิพึงได้รับความคุ้มครองค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายถึง คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า เจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งผู้มีสิทธิมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

ถ้อยคำอื่นใดที่มีได้ระบุนความหมายหรือบทยินยอมไว้ในสัญญานี้ ให้พิจารณาความหมายของถ้อยคำนั้นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๒ เอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา

เอกสารแนบท้ายสัญญาดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

๒.๑ ผนวก ๑ เอกสารการสมัคร/การประเมินและข้อมูลพื้นฐาน หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการในรูปอิเล็กทรอนิกส์ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ จำนวน..... (.....) หน้า

๒.๒ ผนวก ๒ ประเภทและรายชื่อบุคลากรประจำหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ จำนวน..... (.....) หน้า

๒.๓ ผนวก ๓ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน..... (.....) หน้า

๒.๔ ผนวก ๔ ตัวอย่างแสดงวิธีการคำนวณค่าปรับตามสัญญา (ข้อ ๑๕.๒) จำนวน (.....) หน้า

๒.๕ ผนวก ๖.๓

ความใดในเอกสารแนบท้ายสัญญาที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในสัญญานี้ ให้ใช้ข้อความในสัญญานี้บังคับ และในกรณีที่เอกสารแนบท้ายสัญญาขัดแย้งกันเอง คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของสำนักงาน คำวินิจฉัยของสำนักงานให้ถือเป็นที่สุด และคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกร้องค่าชดเชย ค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติมจากสำนักงานทั้งสิ้น

ข้อ ๓ ข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข

๓.๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการได้รับขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ที่เกี่ยวกับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและหรือเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และหรือตามที่คณะกรรมการ หรือสำนักงานกำหนด เพื่อให้บริการสาธารณสุขในกิจกรรมบริการผู้ป่วยใน หรือกิจกรรมบริการผู้ป่วยนอก หรือกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค หรือกิจกรรมบริการอื่น ๆ

ประเภทหน่วยบริการ

หน่วยบริการประจำ

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ คือ

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แนบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓

- หน่วยบริการปฐมภูมิ
- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
 - ทั่วไป
 - เฉพาะด้าน

คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ตามสิทธิประโยชน์ ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ตามประเภทของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการประจำตกลงให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิอย่างเป็นทางการเป็นประจำในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่สำนักงานตรวจสอบได้ในฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำไว้

หน่วยบริการประจำต้องมีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อมาทดแทนภายใน ๙๐ (เก้าสิบ) วัน นับแต่ได้รับการแจ้งจากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อว่าไม่ประสงค์จะเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อของหน่วยบริการประจำดังกล่าว และแจ้งผลการจัดหาต่อสำนักงาน หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้วยังไม่สามารถจัดหาหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทดแทนได้ อันเป็นเหตุให้หน่วยบริการประจำนั้นไม่มีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ให้ถือว่าหน่วยบริการประจำนั้นขาดคุณสมบัติการเป็นหน่วยบริการประจำตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากไม่มีเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด

กรณีหน่วยบริการประจำประสงค์เปลี่ยนแปลงหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ให้ทำเป็นหนังสือแจ้งต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนถึงกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดสัญญาตามข้อ ๙.๑ หรือข้อ ๙.๒ แล้วแต่กรณี ไม่น้อยกว่า ๑๘๐ (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน โดยให้มีผลในวันที่ ๑ ตุลาคมของปีงบประมาณถัดไป เว้นแต่มีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจบอกกล่าวตามกำหนดระยะเวลาดังกล่าวได้และต้องได้รับความเห็นชอบจากสำนักงาน

(๒) หน่วยบริการปฐมภูมิตกลงให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในพื้นที่หรือในความรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำในเครือข่ายของหน่วยบริการขั้นพื้นฐานระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรม หรือทันตกรรม ขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่สำนักงานตรวจสอบได้ในฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำไว้

(๓) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตกลงให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิโดยจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะด้าน ให้แก่ผู้มีสิทธิที่ได้รับการส่งต่อ หรือได้รับความเห็นชอบมาจากหน่วยบริการประจำ หรือมาจากหน่วยบริการอื่น หรือจากสำนักงาน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่สำนักงานตรวจสอบได้ในฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำไว้

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔

ทั้งนี้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตกลงให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำ กรณีที่หน่วยบริการประจำในเครือข่ายปิดทำการ หรือไม่เปิดให้บริการตามวันและเวลาที่แจ้งไว้ตามข้อ ๓.๒ ด้วย

๓.๒ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงเปิดทำการและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิไม่น้อยกว่าวันและเวลาที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ กรณีหน่วยบริการประจำ และ/หรือปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า ๕๖ (ห้าสิบหก) ชั่วโมง ต่อสัปดาห์

(๑) วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา

(๒) วันเสาร์ - วันอาทิตย์ เวลา

๓.๒.๒ กรณีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป และ/หรือเฉพาะด้าน ไม่น้อยกว่า ๕๖ (ห้าสิบหก) ชั่วโมง ต่อสัปดาห์

(๑) วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา

(๒) วันเสาร์ - วันอาทิตย์ เวลา

กรณีหน่วยบริการที่มีผู้มีสิทธิมากกว่า ๑๐,๐๐๐ (หนึ่งหมื่น) คน รวมเวลาเปิดทำการและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศ กำหนด

กรณีหน่วยบริการไม่เปิดทำการในวันเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ ๓.๒ จะกระทำได้อีกเมื่อ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ขอความยินยอมเป็นหนังสือจากสำนักงานล่วงหน้าก่อนไม่น้อยกว่า ๗ (เจ็ด) วันทำการ และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสำนักงานแล้วเท่านั้น และเมื่อคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้รับความยินยอมจากสำนักงานแล้ว คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ปิดประกาศประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าก่อน วันปิดทำการไม่น้อยกว่า ๓ (สาม) วัน โดยปิดประกาศไว้ในที่ที่สามารถให้ผู้มีสิทธิมองเห็นได้อย่างชัดเจน รวมทั้ง ในการปิดประกาศนั้นต้องแจ้งให้ผู้มีสิทธิทราบว่าในขณะที่ปิดทำการผู้มีสิทธิสามารถไปเข้ารับบริการได้ที่หน่วย บริการหรือสถานบริการใดได้บ้าง

กรณีที่หน่วยบริการไม่เปิดให้บริการตามวันและเวลาที่แจ้งไว้ข้างต้น ทำให้ผู้มีสิทธิ ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ เป็นเหตุให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อหรือหน่วยบริการอื่นใด ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนั้นต้องตามจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อหรือหน่วยบริการอื่น ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ตามจ่าย คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงยินยอม ให้สำนักงานหักค่าใช้จ่ายที่พึงได้ทุกประเภทของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนั้น เพื่อจ่ายให้แก่หน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อหรือหน่วยบริการอื่นได้

๓.๓ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงจัดให้มีบุคลากรประจำหน่วยบริการของคู่สัญญา ฝ่ายหน่วยบริการ ตลอดเวลาที่เปิดทำการและให้บริการสาธารณสุข ตามประเภทของบุคลากรทางการแพทย์ ตามเอกสารแนบท้ายสัญญาผนวก ๒ ปรับปรุงข้อมูลในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ ให้สอดคล้องกับ จำนวนประชากร กิจกรรมบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ ต้องไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สำนักงานกำหนด

๓.๔ ภายหลังจากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการลงนามในสัญญานี้แล้ว ต่อมาหากคู่สัญญา ฝ่ายหน่วยบริการประสงค์รับดำเนินกิจกรรมหรือแผนงานหรือโครงการที่เป็นการให้บริการสาธารณสุขอันอยู่ใน ขีดสิทธิประโยชน์ หรือขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือการดำเนินกิจกรรมหรือแผนงานหรือโครงการที่เป็นการจ่ายชดเชยตามผลงาน ตามกฎ ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ คู่มือ แนวทางปฏิบัติ ที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ต้องทำ นิติกรรมใด ๆ เพิ่มเติมอีก โดยให้ถือว่ากิจกรรมหรือแผนงานหรือโครงการที่ตอบรับดำเนินการที่แนบมาเพิ่มเติม

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Wm

๕

นั้นเป็นเงื่อนไขหนึ่งของสัญญาให้บริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่
คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ลงนามเข้าเป็นคู่สัญญากับสำนักงานไว้แต่แรกแล้ว

กรณีคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงรับดำเนินการกิจกรรมหรือแผนงานหรือโครงการ
ของสำนักงานเพิ่มเติมภายหลังลงนามในสัญญานี้ และกิจกรรมหรือแผนงานหรือโครงการนั้น มีลักษณะตามที่
คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนดให้มีการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ หากเป็นกรณีวงเงินสนับสนุนไม่เกิน
๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน) ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการทำหนังสือแสดงความจำนง
ตอบรับการดำเนินงาน หรือกรณีที่มีวงเงินสนับสนุนเกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน) ขึ้นไป
ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการ ตามแบบที่สำนักงานกำหนด

๓.๕ การที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการยังคงให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิจนสิ้นสุดการรักษา
ในครั้งนั้นตามข้อ ๕.๑๓ ไม่เป็นเหตุให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะอ้างสิทธิใด ๆ ในการต่ออายุสัญญานี้หรือ
เพื่อให้สำนักงานเข้าทำสัญญา เพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าทำการรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการนั้นต่อไป แต่ประการใด

ข้อ ๔ การตรวจสอบหน่วยบริการหรือการบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

๔.๑ หากสำนักงานได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะทำงานหรือมอบหมายให้
ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงาน หรือองค์กรอื่นหรือบุคคลอื่น เพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือการจัดบริการ
และให้บริการสาธารณสุขให้แก่ผู้มีสิทธิ ให้บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายดังกล่าวมีสิทธิเข้าไป
ร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
ในการตรวจการปฏิบัติงาน ตรวจยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ หรือเอกสารของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ตลอดเวลา
ที่หน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเปิดทำการ โดยคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวก
และให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการนั้นตามสมควร และไม่กระทำการใด ๆ ที่เป็นการบ้ายเบี่ยง ขัดขวาง
การปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ให้สำเร็จหรือล่าช้าเกินสมควร หรือทำให้บุคคล คณะบุคคล ที่ได้รับมอบหมายดังกล่าว
ได้รับความเสียหาย ต่อเสรีภาพ ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน

ทั้งนี้ การที่หน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ
ตรวจสอบ คณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงาน องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นแล้ว ไม่ทำให้คู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการนั้นพ้นความรับผิดชอบตามสัญญานี้

๔.๒ บุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายตามข้อ ๔.๑ มีสิทธิที่จะให้คำปรึกษา
แนะนำแก่พนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายในการสั่งให้คู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการ แก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม หรือปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญานี้ได้ และคู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการต้องปฏิบัติตามคำสั่งภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้คณะกรรมการตรวจสอบ
คณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงาน องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นไม่มีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงสัญญานี้

ข้อ ๕ หน้าที่ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ

เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ใน
กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๕.๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และมีหน้าที่อื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายแพ่ง
กฎหมายอาญาและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับที่ 07

วันที่ 12 มกราคม 2565

๖

คำสั่ง คู่มือหรือแนวปฏิบัติ ของคณะกรรมการ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน หรือ คณะอนุกรรมการ หรือสำนักงาน ที่กำหนดขึ้นก่อนหรือระหว่างหรือภายหลังที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับและให้ถือว่า กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง คู่มือหรือแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้ด้วย

ทั้งนี้ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงกับหน่วยบริการอื่น หรือสถานบริการอื่นเป็นอย่างอื่นที่ขัดแย้ง หรือฝ่าฝืนหน้าที่ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ สำนักงานจะไม่ผูกพันตามข้อความและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ตกลงกับหน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการอื่นนั้น

๕.๒ หน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนดให้เป็นหน่วยงานรับค่าของทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๓ กรณีเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ เครือข่ายปฐมภูมิ หรือเครือข่ายเพื่อการส่งต่อ ผู้รับบริการ ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิแทนหน่วยบริการประจำ ในกรณีหน่วยบริการประจำปิดทำการ หรือให้บริการนอกเวลาทำการของหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการเครือข่ายนั้นจะเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการไม่ได้

๕.๔ สถานบริการที่ได้รับขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิหรือเฉพาะด้าน ให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด

๕.๕ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการต้องแจ้งสิทธิดังกล่าวให้ผู้รับบริการรับทราบ โดยห้ามเรียกเก็บค่าบริการจากผู้มีสิทธิหรือผู้เกี่ยวข้อง และห้ามกระทำการใด ๆ ที่ขัดขวางหรือโน้มน้าวให้ผู้รับบริการสละสิทธิ หรือไม่ประสงค์ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่ผู้รับบริการจะได้รับตามกฎหมาย หรือหากพบว่าผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีหนึ่งกรณีใด ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ที่มีสิทธิของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ

(๒) เป็นผู้ที่มีสิทธิของหน่วยบริการอื่นที่เข้ารับบริการในกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร

(๓) เป็นผู้ที่มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียน

หากผู้รับบริการได้รับทราบสิทธิของตนแล้ว แต่ไม่ประสงค์จะใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายในครั้งนั้น ให้ผู้รับบริการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ขอใช้สิทธิด้วยลายมือตนเองทั้งฉบับไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ต้องพิจารณาเหตุฉุกเฉินหรือการโน้มน้าวตามวรรคหนึ่งประกอบด้วย และหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้รับบริการจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องทำเป็นหนังสือเนื่องจากเป็นสิทธิที่กฎหมายรองรับ

หากเป็นกรณีที่นอกเหนือจากวรรคหนึ่งและวรรคสอง และคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องอธิบายให้ผู้มีสิทธิหรือผู้เกี่ยวข้องรับทราบรายละเอียดและขอเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้สิทธิ พร้อมทั้งให้ผู้มีสิทธิเขียนหนังสือแสดงเจตนาว่าได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมชำระค่าใช้จ่ายไว้เป็นหลักฐานด้วยลายมือของผู้มีสิทธิหรือผู้เกี่ยวข้องด้วยตนเอง ทั้งนี้ ต้องพิจารณาเหตุฉุกเฉินหรือการโน้มน้าวผู้มีสิทธิหรือผู้เกี่ยวข้องตามวรรคหนึ่งและวรรคสองประกอบด้วย

๕.๖ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเตียงและห้องสามัญให้แก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่มีเตียงและไม่มีห้องสามัญให้บริการแก่ผู้มีสิทธิและได้จัดให้ผู้มีสิทธิพักในห้องพักเพื่อรอเตียงตามสิทธิ หรือกรณีจัดให้ผู้รับบริการพักในห้องพักโดยมิใช่ความต้องการของผู้รับบริการ

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓

ในขณะที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีเตียงและมีห้องสามัญที่เพียงพอ ห้ามคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ เว้นแต่ผู้รับบริการแสดงความประสงค์จะพักในห้องพิเศษ ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าห้องพิเศษในส่วนที่เกินจากค่าห้องค่าเตียงสามัญได้เท่านั้น

๕.๗ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตลอดเวลาที่เปิดทำการ และให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีมีเหตุสมควร รวมทั้งผู้มีสิทธิตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๕.๘ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ปรับปรุงและบันทึกข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามเอกสารแนบท้ายสัญญาผนวก ๑ ให้เป็นปัจจุบัน

๕.๙ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ส่งรายงาน ข้อมูล สถิติการให้บริการสาธารณสุขของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ และคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานกำหนด

๕.๑๐ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงเครือข่ายหน่วยบริการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ตามข้อ ๓.๑ (๑) วรรคสองและวรรคสาม ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบ และในการเปลี่ยนแปลงเครือข่ายหน่วยบริการทุกกรณีคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ปิดประกาศประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีสิทธิทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๑๕ (สิบห้า) วัน ก่อนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวด้วย

๕.๑๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหน้าที่ติดตั้งป้ายสัญลักษณ์หรือป้ายประชาสัมพันธ์ที่แสดงถึงการเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้วัสดุและรูปแบบของป้าย รวมถึงสถานที่ติดตั้งตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๑๒ กรณีคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะย้ายที่ตั้งใหม่ ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งเป็นหนังสือมายังสำนักงานก่อนวันที่จะย้ายที่ตั้งไม่น้อยกว่า ๓ (สาม) เดือน และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสำนักงานก่อน เมื่อได้รับความยินยอมจากสำนักงานแล้ว คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องปิดประกาศและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่แจ้งล่วงหน้าตามที่กำหนด สำนักงานขอสงวนสิทธิที่จะไม่ยินยอมให้ย้ายที่ตั้งใหม่ได้ และหากเกิดความเสียหายใด ๆ ที่เกิดจากการที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการย้ายที่ตั้งใหม่ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นโดยไม่ได้แย้งใด ๆ ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน

๕.๑๓ ในกรณีผู้มีสิทธิได้เข้าทำการรักษาพยาบาลจากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตั้งแต่วันที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับต่อเนื่องจนถึงวันสิ้นสุดสัญญาตามข้อ ๙.๑ แต่ปรากฏว่าการให้บริการสาธารณสุขในครั้งนั้นยังไม่สิ้นสุดการรักษาคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการยังคงต้องมีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิต่อไปจนสิ้นสุดการรักษา

การวินิจฉัยว่าการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิได้สิ้นสุดแล้วหรือไม่ แพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาลของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะต้องใช้ความรู้และวิจารณญาณตามหลักวิชาการทางการแพทย์ในการวินิจฉัยอย่างเต็มความสามารถเช่นเดียวกับที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยหรือผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยคนอื่น ซึ่งได้เข้าทำการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนั้น

ทั้งนี้ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการฝ่าฝืนข้อ ๕.๑ ถึงข้อ ๕.๑๓ สำนักงานมีสิทธิขอผลการจ่ายเงินและ/หรือหักค่าใช้จ่าย ตามข้อ ๑๓ และ/หรือข้อ ๑๔ รวมถึงการใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาได้ด้วย

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๘

ข้อ ๖ หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา

๖.๑ ในขณะที่ทำสัญญานี้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้นำหลักประกันสัญญาเป็น.....
เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) มา
มอบให้แก่สำนักงานเพื่อเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญานี้

การวางหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) หน่วยบริการประจำตามข้อ ๓.๑ (๑)

กรณีจำนวนผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำตามฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ทำสัญญา น้อยกว่า ๒,๐๐๐ (สองพัน) คน ให้วางหลักประกันในอัตรา ๒๐๐,๐๐๐ บาท
(สองแสนบาทถ้วน)

กรณีจำนวนผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำตามฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ทำสัญญา เกินกว่า ๒,๐๐๐ (สองพัน) คน ให้คิดในอัตรา ๒๐๐,๐๐๐ บาท (สองแสนบาทถ้วน)
ต่อผู้มีสิทธิทุก ๆ ๒,๐๐๐ (สองพัน) คน ถ้าจำนวนผู้มีสิทธิเกินกว่า ๒,๐๐๐ (สองพัน) คน ให้ปิดส่วนเกินนี้ขึ้น
เต็มจำนวน ๒,๐๐๐ (สองพัน) คน

(๒) หน่วยบริการปฐมภูมิตามข้อ ๓.๑ (๒) ให้วางหลักประกันในอัตรา ๒๐๐,๐๐๐ บาท
(สองแสนบาทถ้วน) ถ้าจำนวนผู้มีสิทธิของหน่วยบริการปฐมภูมิตามฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ณ วันที่ทำสัญญา เกินกว่า ๑๐,๐๐๐ (หนึ่งหมื่น) คน ให้วางหลักประกันเพิ่มอีกในอัตรา ๒๐๐,๐๐๐
บาท (สองแสนบาทถ้วน)

(๓) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตามข้อ ๓.๑ (๓) ให้วางหลักประกัน ดังนี้

(ก) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ให้วางหลักประกันในอัตรา ๒๐๐,๐๐๐ บาท
(สองแสนบาทถ้วน)

(ข) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่จัดบริการในระดับทุติยภูมิ และระดับตติย
ภูมิ ให้วางหลักประกันในอัตรา ๒๐๐,๐๐๐ บาท (สองแสนบาทถ้วน) ต่อด้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

(ค) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่จัดบริการในระดับปฐมภูมิ ให้วาง
หลักประกันในอัตรา ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ต่อด้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

กรณีคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการมากกว่าหนึ่งประเภทและ
ให้บริการกับผู้มีสิทธิคนเดียวกัน ให้วางหลักประกันสัญญาเฉพาะหลักประกันสัญญาของประเภทหน่วยบริการที่
มีมูลค่าสูงสุด

๖.๒ หลักประกันสัญญาที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนำมามอบให้กับสำนักงานตามข้อ ๖.๑
จะต้องครอบคลุมความรับผิดของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตลอดอายุสัญญา

๖.๓ ในระหว่างสัญญาที่มีผลใช้บังคับ ถ้าสำนักงานตรวจสอบพบการเปลี่ยนแปลงจำนวน
ผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้นเป็นเหตุทำให้ต้องเพิ่มหลักประกันสัญญาตามหลักเกณฑ์ในข้อ ๖.๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ
ต้องนำหลักประกันเพิ่มเติมให้มีจำนวนครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ในข้อ ๖.๑ มามอบให้สำนักงานภายใน ๑๕
(สิบห้า) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน

๖.๔ ในกรณีที่หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนำมามอบให้
ตามข้อ ๖.๑ และข้อ ๖.๓ ลดลง หรือเสื่อมค่าลง หรือมีอายุไม่ครอบคลุมถึงความรับผิดของคู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการตลอดอายุสัญญาไม่ว่าด้วยเหตุใด คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องนำหลักประกันฉบับใหม่ หรือ

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักประกันเพิ่มเติมให้มีจำนวนครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ในข้อ ๖.๑ มามอบให้สำนักงานภายใน ๑๕ (สิบห้า) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน

๖.๕ หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรนำมามอบให้ตามข้อ ๖.๑ ข้อ ๖.๓ และข้อ ๖.๔ สำนักงานจะคืนให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรโดยไม่มีดอกเบี้ยเมื่อคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรพ้นจากข้อผูกพันและความรับผิดชอบทั้งปวงตามสัญญานี้แล้ว

ข้อ ๗ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกร

๗.๑ หน่วยบริกรประจำมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว และ/หรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุน หรือจากสำนักงาน หรือจากหน่วยบริกรอื่น

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริกรประจำมีสิทธิได้รับตลอดอายุสัญญานี้ ซึ่งคำนวณจากจำนวนผู้มีสิทธิตามข้อ ๓.๑ (๑) คูณอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิหนึ่งคนตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด และจากผลงานบริการของหน่วยบริกรประจำและเครือข่ายหน่วยบริกร โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรต่อเมื่อสำนักงานได้ตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายรายหัวที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรได้รับจริง ต้องเป็นไปตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด

๗.๒ หน่วยบริกรปฐมภูมิมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริกรประจำหรือจากกองทุนหรือจากสำนักงาน ตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด

๗.๓ หน่วยบริกรที่รับการส่งต่อมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จากหน่วยบริกรประจำ หรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด

๗.๔ สำหรับการให้บริการกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีมีเหตุอันสมควร หรือกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือกรณีอื่นใด ให้ได้รับค่าใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด

๗.๕ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพิ่มเติมได้ตามสัญญาข้อ ๓.๔ แล้วแต่กรณี

๗.๖ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมีความรวดเร็ว และหรือเพื่อไม่ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรขาดสภาพคล่องในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ สำนักงานอาจจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขล่วงหน้าเป็นงวด ๆ ให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกร แต่หลังจากที่สำนักงานได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว ถ้าค่าใช้จ่ายไม่ครบตามสิทธิที่ได้รับสำนักงานจะจ่ายให้ครบถ้วน แต่หากสำนักงานตรวจสอบว่าจ่ายค่าล่วงหน้าที่เกิน หรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ละงวดหรือแต่ละครั้งเกินกว่าสิทธิที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรพึงได้รับจริง สำนักงานมีสิทธิหักคืนจากค่าใช้จ่ายในงวดถัดไปจนครบจำนวน

ถ้าสำนักงานจ่ายค่าล่วงหน้าที่เกินกว่าสิทธิที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรพึงได้รับจริงในงวดนั้นหรืองวดใด คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรต้องคืนค่าใช้จ่ายส่วนเกินนั้นให้แก่สำนักงาน ถ้าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรไม่คืน สำนักงานมีสิทธิหักจากหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาตามข้อ ๖.๑ ข้อ ๖.๓ และข้อ ๖.๔ ได้ด้วย

หลักเกณฑ์การคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด หรือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่หรือสำนักงานกำหนด

๗.๗ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรยินยอมให้สำนักงานทำหน้าที่หักเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับหน่วยบริกรอื่น (Clearing House) ในกรณีที่ผู้มีสิทธิของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริกรอื่น หรือสถานบริการอื่นตามสิทธิที่บัญญัติไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริกรหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ค้างชำระแก่หน่วยบริการอื่น อยู่ก่อนที่คุณสัญญานี้มีผลใช้บังคับ สำนักงานมีสิทธิหักเงินที่พึงจ่ายให้แก่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการนั้นเพื่อจ่ายให้กับหน่วยบริการอื่นได้

๗.๘ สำหรับในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือสำนักงาน มีสิทธิกันเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่พึงจ่ายให้แก่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการตามที่กำหนดได้ โดยกันเงินค่าใช้จ่ายไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อสำหรับใช้ในวัตถุประสงค์แต่ละกรณี ดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

ก. ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เครือข่ายเดียวกันในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเครือข่ายเดียวกันในนี้หมายถึงหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อโรงพยาบาลตามโครงการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัดผู้ป่วยนอก

ข. กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก (OP refer)

ค. จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีพิการ

(๒) กรณีผู้ป่วยเรื้อรังเดิมที่รับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลตามโครงการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัดผู้ป่วยนอกก่อนที่คุณสัญญานี้มีผลใช้บังคับ

(๓) หักไม่เกินร้อยละ ๑ (หนึ่ง) ของงบประมาณเงินเหมาจ่ายรายหัวที่จัดสรรให้แก่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการ สำหรับการกำกับเชิงพัฒนาและการแก้ไขปัญหาาระบบส่งต่อตามโครงการพัฒนาระบบเพื่อลดความแออัดผู้ป่วยนอก

ภายหลังจากลงนามในสัญญานี้แล้ว ต่อมาคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือสำนักงาน ใช้สิทธิกันเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่พึงจ่ายให้แก่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการตามที่กำหนดได้ โดยกันเงินค่าใช้จ่ายไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อสำหรับใช้ในวัตถุประสงค์แต่ละกรณีเพิ่มเติม นอกเหนือจาก (๑) ถึง (๓) ตามวรรคหนึ่ง และ คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงยินยอมปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติ คำสั่ง หลักเกณฑ์ คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือสำนักงานกำหนด

๗.๙ กรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าคุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีพฤติกรรมการในการกระทำการทุจริตหรือเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขอันเป็นเท็จในกิจกรรมหนึ่งกิจกรรมใดตามข้อ ๓.๑ ที่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงให้บริการสาธารณสุขไว้ สำนักงานมีสิทธิยุติการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขให้แก่คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการในกิจกรรมนั้น และให้สำนักงานมีสิทธิระงับหรือยกเลิกกิจกรรมประเภทที่เกี่ยวข้องกับการทุจริตหรือการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขอันเป็นเท็จนั้น ๆ หรือยกเลิกกิจกรรมทั้งหมดตามที่สำนักงานเห็นสมควร

ข้อ ๘ การรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน หรือที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอเชตบริการหรือการจ่ายให้คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการเป็นไปตาม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติ คำสั่ง หลักเกณฑ์ เงื่อนไข คู่มือหรือแนวปฏิบัติ ที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงานและ

Wink

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คุณสัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนดในแต่ละปีงบประมาณ

ภายในระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี นับแต่วันที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปีงบประมาณ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ลาออกจากการเป็นหน่วยบริการ หรือถูกเพิกถอนการเป็นหน่วยบริการ หรือไม่กระทำความผิดเงื่อนไขการรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนในปีงบประมาณนั้น ๆ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ต้องคืนเงินในส่วนนี้ให้แก่สำนักงาน

ในกรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการผิดเงื่อนไขแห่งสัญญา หรือไม่ต่อสัญญาทำให้สัญญาสิ้นสุดหรือคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการถอนตัวจากการให้บริการสาธารณสุขในฐานะหน่วยบริการ หรือถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียนหรือถูกยกเลิกการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ หรือมีเหตุอื่นใดที่ทำให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ได้เป็นหน่วยบริการ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องคืนเงินที่ได้รับจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนตามวรรคหนึ่ง ตามสัดส่วนของระยะเวลาที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณตามประกาศคณะกรรมการ พร้อมด้วยดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ ๑๕ (สิบห้า) ต่อปี ให้แก่สำนักงานภายใน ๑๕ (สิบห้า) วัน นับถัดจากวันที่มีเหตุให้คืนเงิน

กรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่คืนเงินภายในกำหนดตามวรรคสาม คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการยินยอมให้สำนักงานคิดดอกเบี้ยผิดนัดได้ในอัตราร้อยละ ๑๕ (สิบห้า) ต่อปี นับแต่วันที่ผิดนัด และให้สำนักงานมีสิทธิหักค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการพึงได้รับจากสำนักงานทุกกรณี และ/หรือไม่ว่ากรณีใด ๆ ได้ทั้งสิ้น เพื่อชำระหนี้ได้ด้วย

ข้อ ๙ กำหนดเวลาการให้บริการสาธารณสุข

ให้ยกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างสำนักงานกับคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการที่มีอยู่ก่อนวันที่ โดยให้ใช้สัญญานี้แทน และให้สัญญานี้เริ่มกำหนดเวลาการให้บริการสาธารณสุข สิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบเนื่องกัน ดังต่อไปนี้

๙.๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตกลงเริ่มให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... สิ้นสุดวันที่.....๓๐..... เดือน.....กันยายน..... พ.ศ.....

๙.๒ โดยปกติเมื่อถึงกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดสัญญาตามข้อ ๙.๑ หากสำนักงานหรือคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมิได้บอกเลิกสัญญา ให้ถือว่าระยะเวลาการให้บริการสาธารณสุขตามสัญญานี้ขยายออกไปอีกทุก ๆ หนึ่งปีงบประมาณ โดยให้สัญญามีผลบังคับใช้ต่อไป เริ่มต้นนับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๐ กันยายนของแต่ละปีงบประมาณนั้นเป็นต้นไปทุก ๆ ปี เว้นแต่กรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการถูกเพิกถอนหรือถูกยกเลิกการเป็นหน่วยบริการหรือถูกสำนักงานบอกเลิกสัญญา ก่อนครบกำหนดเวลาตามข้อ ๙.๑ ให้สัญญานี้สิ้นสุดลงตามประกาศของสำนักงาน

๙.๓ ในกรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ประสงค์จะต่อสัญญาในปีงบประมาณใดต่อไปอีก ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งความประสงค์เป็นหนังสือต่อสำนักงานก่อนสัญญาสิ้นสุดไม่น้อยกว่า ๑๘๐ (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน การที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งความประสงค์ดังกล่าวแล้วก็ยังคงมีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิไปจนกว่าสิ้นสุดระยะเวลาตามสัญญานี้ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งความประสงค์ไม่ต่อสัญญาน้อยกว่า ๑๘๐ (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสำนักงาน หากสำนักงานไม่ตกลงให้ความยินยอม คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการยังคงต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีเงื่อนไข และสำนักงานขอสงวนสิทธิเรียกค่าเสียหายดังกล่าวโดยมีสิทธิหักจากหลักประกันสัญญาตามข้อ ๖ ได้ด้วย

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒

ในกรณีที่กำหนดเวลาในสัญญาซื้อขายออกไปอีกตามข้อ ๙.๒ และเป็นกรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ใช้หนังสือค้ำประกันของธนาคารภายในประเทศเป็นหลักประกันสัญญาในกรณีที่หนังสือค้ำประกันสัญญานั้นระวันคุ้มครองสัญญาปีต่อปี ให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนำหนังสือค้ำประกันของธนาคารฉบับใหม่ในอัตราตามข้อ ๖.๑ มาเปลี่ยนแทนหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาเดิมทุกครั้งที่สัญญามีผลให้ขยายกำหนดเวลาออกไปทุก ๆ ปีงบประมาณโดยให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อ ๖.๒

ในกรณีที่หนังสือค้ำประกันสัญญาของธนาคารระบุว่าคุ้มครองสัญญาโดยไม่มีกำหนดระยะเวลานั้น หากวงเงินค้ำประกันสัญญาไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการก็ไม่จำเป็นต้องนำหนังสือค้ำประกันของธนาคารมาเปลี่ยนแต่อย่างใด แต่หากวงเงินประกันสัญญาเปลี่ยนแปลงไปเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิม คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องนำหลักประกันสัญญามาเพิ่มให้ครบจำนวนตามแต่ละกรณี โดยให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อ ๖.๓ และข้อ ๖.๔

ในกรณีที่หลักประกันสัญญาเป็นเงินสด หรือเช็คที่ธนาคารสั่งจ่ายให้สำนักงาน โดยเป็นเช็คลงวันที่ทำสัญญาหรือก่อนหน้านั้น ไม่เกิน ๓ (สาม) วันทำการทางราชการ (แคชเชียร์เช็ค) หากวงเงินค้ำประกันสัญญาไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการก็ไม่จำเป็นต้องนำเงินสดหรือแคชเชียร์เช็คมาเปลี่ยนแต่อย่างใด แต่หากวงเงินประกันสัญญาเปลี่ยนแปลงไปเพิ่มขึ้นจากเดิม คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องนำหลักประกันสัญญา เป็นเงินสดหรือแคชเชียร์เช็คมาเพิ่มให้ครบจำนวนตามแต่ละกรณี

ข้อ ๑๐ การให้สถานบริการอื่นรับช่วงการให้บริการสาธารณสุข

๑๐.๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องไม่เอาการให้บริการสาธารณสุขทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญานี้ไปให้สถานบริการอื่นรับช่วงการให้บริการอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การให้บริการสาธารณสุขแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากสำนักงานแล้ว แต่ทั้งนี้การให้สถานบริการอื่นรับช่วงการให้บริการดังกล่าวต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้มีสิทธิและเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ดียิ่งขึ้นเท่านั้น

๑๐.๒ กรณีที่สำนักงานได้อนุญาตให้สถานบริการอื่นรับช่วงการให้บริการสาธารณสุขแต่บางส่วนดังกล่าวตามข้อ ๑๐.๑ ไม่เป็นเหตุให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหน้าที่ตามสัญญานี้ และคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของสถานบริการอื่นที่รับช่วงการให้บริการสาธารณสุขหรือตัวแทนหรือลูกจ้างของสถานบริการที่รับช่วงการให้บริการสาธารณสุขนั้นทุกประการ

ข้อ ๑๑ ความรับผิดในความบกพร่อง

๑๑.๑ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมิได้ทำการรักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการทางการแพทย์ หรือเกิดความเสียหายใด ๆ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ จากการใช้สิ่งของหรือเวชภัณฑ์หรือครุภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐาน หรือแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความประมาทเลินเล่อหรือเกิดขึ้นเพราะเหตุสุดวิสัยอันมิใช่ความผิดของสำนักงาน คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในบรรดาความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยไม่มีสิทธิเรียกร้องค่าใช้จ่ายหรือค่าทดแทนใด ๆ จากสำนักงานทั้งสิ้น

๑๑.๒ สำนักงานไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ตามข้อ ๑๑.๑ อันเกิดขึ้นกับคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ คนงาน ผู้ปฏิบัติงาน หรือพนักงาน หรือบุคลากร ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการที่ปฏิบัติหน้าที่ตามสัญญานี้ทุกกรณี

Wm

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๒ การบอกเลิกสัญญา

๑๒.๑ กรณีคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด ละทิ้งงาน หรือถูกสั่งปิดสถานพยาบาล หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตขยายแผนปัจจุบัน หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตให้จัดตั้งสถานบริการอื่น ๆ หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตอื่น ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการ หรือตกเป็นผู้ล้มละลาย หรือความปรากฏแก่สำนักงานว่าข้อมูลที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจัดส่งให้สำนักงานตามข้อ ๕ เป็นเท็จ หรือเพิกเฉยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการหรือสำนักงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม หรือมีเหตุทำให้สำนักงานเชื่อได้ว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามสัญญานี้ได้หรือถ้าทำแล้วอาจจะทำไม่ได้ตามที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนดไว้ สำนักงานมีสิทธิที่จะบอกเลิกสัญญานี้ได้และมีสิทธิให้ยกเลิกการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ โดยสำนักงานจะไม่พิจารณาปรับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี นับจากวันที่ประกาศยกเลิกการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ในกรณีที่สำนักงานได้ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามวรรคหนึ่ง อันเนื่องมาจากข้อมูลที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจงใจส่งเบิกค่าใช้จ่ายชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่สำนักงานเป็นเท็จ สำนักงานจะไม่พิจารณาปรับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นระยะเวลา ๓ (สาม) ปี นับจากวันที่ประกาศยกเลิกการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

กรณีตามวรรคหนึ่ง หรือวรรคสอง หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการชี้แจงแสดงเอกสารหลักฐานประกอบให้สำนักงานเชื่อได้ว่ามิได้เป็นเช่นนั้น หรือสำนักงานพิจารณาแล้วเห็นว่าเพื่อประโยชน์ของผู้มีสิทธิที่จะเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง หรือเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับการรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ หรือด้วยเหตุอื่นใด สำนักงานอาจพิจารณาปรับขึ้นทะเบียนสถานบริการนั้น ๆ ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี หรือก่อนระยะเวลา ๓ (สาม) ปี แล้วแต่กรณีก็ได้

๑๒.๒ ในกรณีสำนักงานใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๒.๑ สำนักงานมีสิทธิ ดังนี้

(๑) ริบหลักประกันหรือเรียกร้องเอาจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกัน ตามข้อ ๖.๑ ข้อ ๖.๓ และข้อ ๖.๔ เป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนตามแต่สำนักงานจะเห็นสมควร

(๒) เรียกเอาเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้จ่ายไปแล้วจากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการคืนได้ และมีสิทธิระงับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีสิทธิพึงรับจากสำนักงาน ที่ค้างจ่ายอยู่ในงวดถัดไปได้

(๓) เรียกค่าปรับเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๗๕ (เจ็ดสิบห้า) ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ตรวจสอบพบว่ามี การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขอันเป็นเท็จ หรือปรับเป็นจำนวนเงินน้อยกว่านั้นตามที่สำนักงานจะเห็นสมควร ทั้งนี้สำนักงานมีสิทธิหักเอาจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีสิทธิพึงรับจากสำนักงาน และ/หรือสำนักงานจะบังคับจากหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา ตามข้อ ๖ ก็ได้

(๔) เรียกร้องค่าเสียหายอื่นใดจากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ โดยมีสิทธิหักเอาจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีสิทธิพึงรับจากสำนักงาน และ/หรือสำนักงานจะบังคับจากหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา ตามข้อ ๖ ก็ได้

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๔

๑๒.๓ การที่สำนักงานไม่ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๒.๑ ไม่เป็นเหตุให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการพ้นจากความรับผิดตามสัญญา

๑๒.๔ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดเวลาตามข้อ ๙.๑ ไม่ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขยายเวลาตามข้อ ๙.๒ และคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้มีหนังสือแจ้งบอกเลิกสัญญานี้ล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า ๑๘๐ (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน ก่อนสัญญาสิ้นสุดหรือสำนักงานได้ให้ความยินยอมเป็นหนังสือแล้วในกรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการบอกเลิกสัญญาน้อยกว่า ๑๘๐ (หนึ่งร้อยแปดสิบ) วัน

ข้อ ๑๓ การชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

๑๓.๑ กรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ดำเนินการถ่ายโอน ไม่ส่งข้อมูล สถิติ รายงาน ภายในเวลาที่กำหนดตามข้อ ๕.๙ สำนักงานมีสิทธิชะลอการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในเดือนที่ตรวจพบจนถึงวันที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้ดำเนินการตามเงื่อนไขของสัญญานี้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

๑๓.๒ กรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการอยู่ระหว่างถูกสำนักงานตรวจสอบข้อเท็จจริงว่ามีการกระทำผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือผิดกฎหมาย หรือขัดกับกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติ คำสั่ง คู่มือ เงื่อนไข หรือแนวทางปฏิบัติที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด สำนักงานมีสิทธิชะลอค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่พึงรับทุกประเภทจากสำนักงาน

๑๓.๓ กรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีหนี้ค้างชำระจากการถูกเรียกคืนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานมีสิทธิชะลอการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จนกว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะมีรายได้พึงรับมากกว่ามูลค่าหนี้ค้างชำระ หรือจนกว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะชำระหนี้ครบถ้วน

ข้อ ๑๔ การหักค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สำนักงานสงวนสิทธิหรือมีสิทธิหักค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่พึงจ่ายให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ กรณีคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามสัญญา หรือคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการดำเนินการดังต่อไปนี้

๑๔.๑ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการย้ายสถานที่ตั้ง หรือเปลี่ยนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในแต่ละครั้ง สำนักงานมีสิทธิหักค่าใช้จ่ายหรือให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนำเงินมาชำระ เพื่อเป็นค่าดำเนินการใด ๆ ที่สำนักงานจำเป็นต้องจ่ายในอัตรา ดังนี้

(๑) คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการย้ายสถานที่ตั้ง หักค่าใช้จ่ายในอัตรา ๔ บาท (สี่บาทถ้วน) ต่อผู้มีสิทธิ ๑ (หนึ่ง) คน โดยอ้างอิงจากฐานผู้มีสิทธิ ณ วันที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งสำนักงาน

(๒) หน่วยบริการประจำของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเปลี่ยนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หักค่าใช้จ่ายในอัตรา ๗ บาท (เจ็ดบาทถ้วน) ต่อผู้มีสิทธิ ๑ (หนึ่ง) คน โดยอ้างอิงจากฐานผู้มีสิทธิ ณ วันที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการแจ้งสำนักงาน เว้นแต่มิใช่เป็นเหตุจากหน่วยบริการประจำ ให้อยู่ในดุลพินิจของสำนักงาน

๑๔.๒ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากสำนักงานเกินจริงหรืออันเป็นเท็จเป็นการฝ่าฝืนกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ที่คณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนด หากสำนักงานตรวจสอบข้อมูลบริการสาธารณสุขของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการโดยสุ่มจากข้อมูลบริการสาธารณสุขหรือเวชระเบียนทั้งหมด แล้วพบว่าการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไม่ถูกต้อง

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Wm

๑๕

ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดเป็นเหตุให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินกว่าที่พึงได้รับโดยส่วนที่เกินดังกล่าวมีมูลค่าไม่เกินกว่าร้อยละ ๑๕ (สิบห้า) ของวงเงินที่เรียกเก็บตามข้อมูลบริการสาธารณสุขหรือเวชระเบียนที่สุ่มตรวจครั้งนั้น สำนักงานจะหักค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บเกินจริงหรืออันเป็นเหตุดังกล่าวคืนได้ทันทีหรือหักเอาจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการพึงได้รับจากสำนักงานในงวดถัดไป และมีหนังสือแจ้งเตือนคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ

๑๔.๓ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่เปิดทำการและให้บริการตามวันเวลาที่แจ้งไว้ตามสัญญาข้อ ๓.๒

๑๔.๔ สำนักงานเข้าตรวจสอบหน่วยบริการของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตามสัญญาในข้อ ๔ แล้วผลการตรวจสอบไม่พบบุคลากรผู้ให้บริการประจำหน่วยบริการตามสัญญาข้อ ๓.๓

กรณีตามข้อ ๑๔.๒ ถึงข้อ ๑๔.๔ สำนักงานมีสิทธิหักค่าใช้จ่ายที่พึงจ่ายให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการในอัตราร้อยละ ๕๐ (ห้าสิบ) ของค่าใช้จ่ายที่พึงจ่ายให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการในเดือนที่พบเหตุนี้ ๆ

๑๔.๕ กรณีสำนักงานตรวจสอบพบว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเจตนาให้ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ โดยใช้กลฉ้อฉล หรือลงทะเบียนโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้มีสิทธิ ซึ่งขัดกับกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติ คำสั่ง คู่มือ เงื่อนไขหรือแนวทางปฏิบัติที่คณะกรรมการ หรือสำนักงานกำหนด คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องคืนเงินเหมาจ่ายรายหัว ในอัตราร้อยละ ๕๐ (ห้าสิบ) เท่าของจำนวนเงินที่ไม่มีสิทธิได้รับโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยสำนักงานจะหักเงินดังกล่าวจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่จะพึงจ่ายให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ และคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือค่าเสียหายอื่นที่เกิดขึ้น

๑๔.๖ กรณีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายตามข้อ ๔.๑ ตรวจพบหรือมีเหตุให้เชื่อได้ว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจัดบริการและให้บริการสาธารณสุขไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด หรือมีข้อร้องเรียนว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่จัดบริการ และ/หรือไม่ให้บริการสาธารณสุข หรือคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการด้านหนึ่งด้านใดตามสัญญานี้ สำนักงานมีสิทธิให้หน่วยบริการอื่นหรือจ้างสถานบริการอื่น จัดบริการและให้บริการสาธารณสุขด้านนั้นให้แก่ผู้มีสิทธิได้ โดยหักค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่จะพึงจ่ายให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการนั้นเพื่อจ่ายให้แก่หน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการอื่นที่จัดบริการและให้บริการสาธารณสุขด้านนั้นแทนได้ และให้ถือว่าเงินจำนวนดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สำนักงานได้จ่ายแก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการในการปฏิบัติตามสัญญานี้ โดยคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกร้องใด ๆ จากสำนักงาน

ข้อ ๑๕ ค่าปรับ

ในกรณีที่สำนักงานยังไม่ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๒.๑ สำนักงานมีสิทธิเรียกเอาค่าปรับเป็นเงิน ดังนี้

๑๕.๑ เว้นแต่สัญญานี้จะกำหนดเป็นอย่างอื่น กรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการละทิ้งงาน หรือเพิกเฉยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการหรือสำนักงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม ผิดสัญญาหรือไม่สามารถทำการตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด สำนักงานมีสิทธิเรียกเอาค่าปรับเป็นเงิน เดือนละเท่ากับร้อยละ ๗๕ (เจ็ดสิบห้า) ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สำนักงานจะต้องจ่ายให้ในแต่ละเดือนตามข้อ ๗ หรือปรับเป็นจำนวนเงินน้อยกว่านั้นตามที่สำนักงานจะเห็นสมควรจนกว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วย

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญา โดยสำนักงานขอสงวนสิทธิในการเรียกค่าปรับเพื่อชำระหนี้ตามสัญญา
นี้ได้ด้วย

๑๕.๒ กรณีที่สำนักงานตรวจสอบข้อมูลบริการสาธารณสุขของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ โดยสุ่มจากข้อมูลบริการสาธารณสุขหรือเวชระเบียนทั้งหมด แล้วพบว่าการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดเป็นเหตุให้คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการได้รับเงินค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขเกินกว่าที่พึงได้รับโดยส่วนที่เกินดังกล่าวมีมูลค่าเกินกว่าร้อยละ ๑๕ (สิบห้า) ของวงเงินที่
เรียกเก็บตามข้อมูลบริการสาธารณสุขหรือเวชระเบียนที่สุ่มตรวจครั้งนั้น ให้สำนักงานนำร้อยละของวงเงินเรียก
เก็บที่ตรวจพบว่าเป็นเหตุต้องดังกล่าว ไปคำนวณย้อนกลับจากมูลค่าในภาพรวมทั้งหมดที่คู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการได้รับ ตามตัวอย่างแสดงวิธีการคำนวณค่าปรับตามเอกสารแนบท้ายสัญญาผนวก ๔ และ
เรียกค่าปรับจากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการตามจำนวนมูลค่าที่ได้จากการคำนวณย้อนกลับนั้น หรือ
หักเอาจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการพึงได้รับจากสำนักงาน ทั้งนี้
หากสำนักงานเห็นว่าการเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวส่อไปในทางทุจริต
หรือคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการมีเจตนาเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขอันเป็นเท็จ สำนักงานอาจเรียก
ตรวจสอบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขหรือเวชระเบียนทั้งหมดเพื่อตรวจหามูลค่าความเสียหายที่แท้จริง
ทั้งหมดได้ และสำนักงานมีสิทธิเรียกคืนเงินตามมูลค่าทั้งหมดที่ตรวจพบ

ทั้งนี้หากการตรวจสอบดังกล่าวพบว่าเป็นเหตุจากความจงใจของคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ
เมื่อสำนักงานได้ดำเนินคดีอาญา คดีแพ่ง คดีปกครองและศาลมีคำพิพากษาเป็นที่สุด สำนักงานมีสิทธิเรียกค่าปรับ
อีกไม่เกิน ๑๐ (สิบ) เท่า ของจำนวนเงินที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการบริการครั้งนั้นอีกด้วย

ข้อ ๑๕.๓ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการเอากิจกรรมการให้บริการสาธารณสุข
ทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญานี้ไปให้สถานบริการอื่นรับช่วงการให้บริการอีกทอดหนึ่งโดยฝ่าฝืน
ความในข้อ ๑๐ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินทั้งหมด
ของวงเงินของงานให้บริการสาธารณสุขที่ให้สถานบริการอื่นรับช่วงการให้บริการ ทั้งนี้ไม่ตัดสิทธิ
สำนักงานในการบอกเลิกสัญญาหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๗
ไว้ก่อน จนกว่าคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญา

ข้อ ๑๕.๔ หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่รับลงทะเบียน หรือไม่รับคำขอ
ลงทะเบียนหรือคำขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิที่ยื่นคำขอตามเงื่อนไข คู่สัญญาฝ่าย
หน่วยบริการต้องชำระค่าปรับในอัตรา ๑๐,๐๐๐ (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) บาทต่อรายที่ตรวจสอบพบในครั้ง
นั้น

ข้อ ๑๖ การบังคับค่าปรับ และค่าเสียหาย

ในกรณีที่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อใดข้อหนึ่งด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม
จนเป็นเหตุให้เกิดค่าปรับหรือค่าเสียหายแก่สำนักงาน คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องชดใช้ค่าปรับหรือ
ค่าเสียหายดังกล่าวให้แก่สำนักงานโดยสิ้นเชิงภายในกำหนด(.....) วัน นับถัดจากวันที่
ได้รับแจ้งเป็นหนังสือจากสำนักงาน หากคู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการไม่ชดใช้ให้ถูกต้องครบถ้วนภายในระยะเวลา
ดังกล่าว ให้สำนักงานมีสิทธิที่จะหักเอาจากจำนวนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภทที่พึงจ่ายให้แก่
คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ หรือบังคับจากหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาตามข้อ ๖ ได้ทันที

(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ)คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๗

หากบังคับค่าปรับ หรือค่าเสียหาย จากจำนวนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทุกประเภท ที่พึงจ่ายให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ หรือจากหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาตามข้อ ๖ แล้วยังไม่เพียงพอ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการยินยอมชำระส่วนที่เหลือที่ยังขาดอยู่จนครบถ้วนตามจำนวนค่าปรับ หรือค่าเสียหาย นั้นภายในกำหนด(.....) วันนับถัดจากวันที่ได้รับแจ้งเป็นหนังสือจากสำนักงาน

หากมีเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในส่วนที่จะพึงจ่ายให้แก่คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ ตามสัญญาที่หักไว้จ่ายเป็นค่าปรับ ค่าเสียหาย หรือค่าใช้จ่ายแล้วยังเหลืออยู่อีกเท่าใด สำนักงานจะคืนให้แก่ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการทั้งหมด

ข้อ ๑๗ ขอบเขตแห่งสิทธิของผู้มีสิทธิ

ในกรณีที่ผู้มีสิทธิประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากทางอื่น นอกเหนือจากสัญญานี้ โดยมีหน่วยงานหรือบุคคลใด เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการ สาธารณสุขแทนผู้มีสิทธิ ไม่ว่าจะสิทธิที่ได้รับนั้นจะเกิดจากสัญญา ละเมิด หรือเพราะเหตุอื่นก็ตาม ผู้มีสิทธิ จะเลือกใช้สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขในทางใดก็ได้ ถ้าผู้มีสิทธิขอใช้สิทธิจากทางอื่น คู่สัญญาฝ่าย หน่วยบริการจะต้องให้ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ไว้เป็นหนังสือ และหากผู้มีสิทธิเลือกใช้สิทธิในฐานะเป็น ผู้มีสิทธิตามสัญญานี้ คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการต้องให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามสัญญานี้ โดยจะกำหนด เงื่อนไขใด ๆ แก่ผู้มีสิทธิมิได้

ข้อ ๑๘ การตีความ

คู่สัญญาที่มีความเข้าใจตรงกันว่าข้อตกลงในสัญญานี้กำหนดขึ้นเพื่อให้คู่สัญญาปฏิบัติให้เป็นไป ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้องครบถ้วน ข้อความใด ในสัญญาซึ่งขัดหรือแย้ง หรือไม่สอดคล้องกับกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติ คำสั่ง หรือหลักเกณฑ์ คู่มือหรือแนวปฏิบัติ ของคณะกรรมการหรือสำนักงานที่กำหนดขึ้น และให้ถือว่าข้อความในสัญญานี้ไม่มีผลบังคับ ให้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๙ การวินิจฉัยชี้ขาด

กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามสัญญานี้ ให้สำนักงานเป็นผู้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัย ของสำนักงานให้ถือเป็นที่สุด



(ลงชื่อ).....สำนักงานหรือพยาน (ลงชื่อ).....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการหรือพยาน
แบบสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๒๐ การบอกกล่าว

การบอกกล่าวใดที่คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งจะต้องแจ้งให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งทราบตามสัญญา นี้ จะต้องทำเป็นหนังสือส่งไปยังที่อยู่ของคู่สัญญาที่ระบุไว้ในสัญญานี้ หากคู่สัญญาเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ต้องแจ้งให้ คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งทราบภายใน ๗ (.....เจ็ด.....) วัน นับแต่วันเปลี่ยนแปลงที่อยู่ หากไม่แจ้งและคู่สัญญา ฝายใดฝ่ายหนึ่งได้ส่งหนังสือบอกกล่าวแก่คู่สัญญา ณ ที่อยู่ตามที่ระบุไว้ในสัญญานี้ ให้ถือว่าได้ส่งโดยชอบแล้ว

สัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียด ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และแต่ละฝ่ายต่างยึดถือไว้ ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....สำนักงาน
(.....)

ลงชื่อ.....คู่สัญญาฝ่ายหน่วยบริการ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

Wm

ภาคผนวก ง

ตารางเปรียบเทียบระบบการรักษาพยาบาลของประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา
สหราชอาณาจักรเบลเยียม และประเทศไทย

ตารางเปรียบเทียบระบบการรักษาพยาบาลของประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร
อาณาจักรเบลเยียม และประเทศไทย

ลำดับ	เรื่อง	ประเทศอังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	สหราชอาณาจักร เบลเยียม	ประเทศไทย
1	รูปแบบ	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน (ประกันสังคม)	ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance)	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2	ผู้จัดการ	รัฐบาล	เอกชน รัฐบาลดูแลเฉพาะ 2 ระบบ ผู้รับผิดชอบมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ 1) Medicare และ 2) Medicaid	รัฐบาลกลาง	รัฐบาล
3	หน่วยงานที่ดำเนินการ	National Health Service (NHS)	Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)	สถาบันการประกันสุขภาพและผู้พิการแห่งชาติ หรือ The National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
4	กฎหมายที่ใช้	พระราชบัญญัติประกันสุขภาพ (Nation Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ.2533))			พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
5	ผู้มีสิทธิใช้บริการ	ประชาชนทุกคนโดยไม่เลือกอาชีพและไม่เลือกปฏิบัติ เพราะสถานะทางการเงิน	โครงการ Medicare คือ ผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและ กลุ่มผู้ป่วยโรคไต บางประเภท และโครงการ Medicaid คือ ผู้ยากจนหรือ ผู้ซึ่งมีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มี ผู้ปกครองเพียงคนเดียว	ประชากร ร้อยละ 89 ของประชากรทั้งหมด	ประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบกองทุนรักษาพยาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคม
6	งบประมาณหรือเงินที่ใช้	งบประมาณจากรัฐบาล	ระบบประกันสุขภาพ โดยเอกชนเป็นการจ่ายเงิน	ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ	งบประมาณแผ่นดิน

ลำดับ	เรื่อง	ประเทศ อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	สหราชอาณาจักร เบลเยียม	ประเทศไทย
			สมทบกันระหว่าง ผู้ประกันตนและนายจ้าง ยกเว้น 2 โครงการที่มา จากงบประมาณจาก รัฐบาลกลาง บริหารโดย แต่ละมลรัฐ	หรือ กองทุน Sickness Funds	

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล ณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2539 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ประสบการณ์ทำงาน

พ.ศ. 2539 – 2541 องค์การบริหารส่วนตำบลสะพลี อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

พ.ศ. 2541 – 2565 กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2565 – 2567 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2567 - ปัจจุบัน ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์