



การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศึกษากรณีการบริหารจัดการ
โครงสร้างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิสุทธิ ทองสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565

MANAGEMENT OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY FUND: A CASE
STUDY OF THE MANAGEMENT OF THE STRUCTURE OF THE NATIONAL
HEALTH SECURITY FUND

PISUT THONGSUK

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Master of Laws
Department of Law, Pridi Bhanomyong Faculty of Law
Dhurakij Pundit University
Academic Year 2022

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศึกษากรณี การบริหารจัดการโครงสร้างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชื่อผู้เขียน	พิสุทธิ์ ทองสุข
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร
หลักสูตร	นิติศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งพบว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยไม่มีมาตรการทางกฎหมายในการจัดทำรายงานผลการประกอบการของกองทุนในการให้บริการทางสาธารณสุขและการรายงานผลการบริหารการเงินของคู่สัญญา หน่วยบริการและการกำหนดให้มีบทลงโทษปรับอย่างชัดเจนตามกฎหมายตามสัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์กรณีมีการฝ่าฝืน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของต่างประเทศเปรียบเทียบกับประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เน้นให้เป็นองค์กรเดียวที่มีบทบาทในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศ อีกทั้งเห็นควรให้มีหน้าที่ตามกฎหมายกำหนดให้หน่วยบริการคู่สัญญาต้องดำเนินการรายงานผลการประกอบการให้บริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่รวมทั้งบทกำหนดโทษในกรณีละเลยหรือฝ่าฝืน อันจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการบริหารจัดการอันจะส่งผลให้ง่ายต่อการตรวจสอบการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย

จากการศึกษาพบว่าในการจัดทำบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 บัญญัติหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจน โดยได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ ในมาตรา 55 ว่า “รัฐต้องดำเนินการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญา ด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง” ซึ่งในการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด 3 กองทุนแบบแยกส่วนทำให้เกิดความสับสนในระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทย กล่าวคือ ระบบประกันสังคมอยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลังและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการนี้ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 นั้น ย่อมไม่สอดคล้องกับหลักความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขของรัฐ เนื่องจากความแตกต่างกันของระบบการบริหารกองทุนสุขภาพของไทย ซึ่งมีอยู่ถึง 3 กองทุนเป็นผลให้เกิดความไม่เสมอภาคในการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์และเงื่อนไขของแต่ละกองทุน ดังนี้ ประการแรก ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบควรให้อยู่ภายใต้การควบคุมและกำกับดูแลโดยองค์กรเดียว โดยให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่มประชาชนทุกคนให้ได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐ ประการที่สอง การไม่มีมาตรการกฎหมายที่ชัดเจนตามกฎหมายกลางให้หน่วยบริการคู่สัญญามีการรายงานผลการประกอบการการให้บริการทางสาธารณสุขและกำหนดบทลงโทษปรับตามสัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์และเมื่อไม่มีการรายงานข้อมูลที่ต้องครบถ้วนทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาช่วยเหลือเงินคลาดเคลื่อนไม่ต้องตามวัตถุประสงค์ตามกฎหมาย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการกำหนดบทบังคับให้หน่วยบริการคู่สัญญา รายงานผลอย่างถูกต้องครบถ้วนการประกอบการให้บริการสาธารณสุขและกำหนดบทลงโทษให้ชัดเจนเมื่อทำการฝ่าฝืน ซึ่งพบว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่ได้มีกำหนดไว้ตามแนวทางของกฎหมายต่างประเทศอย่างชัดเจน เช่น ตามกฎหมายของประเทศอังกฤษ สาธารณฝรั่งเศสและประเทศญี่ปุ่น ดังนั้น จึงควรนำมาตรการทางกฎหมายต่างประเทศดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายอังกฤษมาปรับใช้ในการแก้ไขปรับปรุงในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้มีการเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อันเป็นผลให้พระราชบัญญัตินี้เป็นไปตามบทบัญญัติและเจตนารมณ์ของกฎหมายซึ่งจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเป็นธรรมต่อไป



อาจารย์ที่ปรึกษา

Thesis Title	MANAGEMENT OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY FUND: A CASE STUDY OF THE MANAGEMENT OF THE STRUCTURE OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY FUND
Author	Pisut Thongsuk
Thesis Advisor	Assistant professor Dr.Suthee Usathaporn
Program	Master of Laws
Academic Year	2022

ABSTRACT

The aim of this thesis was to study the management of National Health Security Office (NHSO) in accordance with the National Health Security Act (B.E. 2545). It identified problems concerning the management of national health security fund including the absence of legal measures to put together the report of national health security fund for health services and the report on finance management of service unit from counterparty. In the case of violation, the financial penalty according to network contract on medical services should be legally established. However, the researcher had studied the national health security fund of other countries comparing with Thailand for enhancing the efficiency of national health security fund management by positing that one organization should play role on health service of the country. In addition, the national health security fund had to set the responsibility to the counterparty to report the health service in the area including the management on financial penalty in case of violation. With efficiency and transparency, the management could help the national health security fund on management and inspection as well.

The study found that public health management covered health promotion, disease prevention, medical treatment, and health restoration. The constitution of Thailand, 2017 legislated the duty related to public health service management in the 5th chapter on the 55th section that “the government had to provide health service for people effectively on areas related to health promotion, disease controlling and prevention, medical treatment, and health restoration to gain basic knowledge on health promotion and disease prevention and also to support and to develop the wisdom of traditional Thai medicine for people as such the government have to develop qualified, high standard health service continually.” The operation

and management of national health security fund in 3 funds of different types brought about unsystematic health services to the country. Social security system was under the control of social security office, ministry of labor, system of welfare and medical expenses of government officers was under control of comptroller general's department, whereas national health security system was under control of the National Health Security office, and the Ministry of Public Health. The operation and management of National Health Security Fund in accordance with the National Health Security Act of (B.E. 2545) was not harmonized with the equality of national health services of the government because of the difference of management of 3 health insurance funds which affected the inequality of medical treatment in accordance with the criteria and condition of each fund as follows. Firstly, the health insurance system of 3 funds should be under control of only one organization by national health security system for all by government. Secondly, there was no legal measure to force the counterparty to report the public health service and set the financial penalty for health service units. The incomplete data from report brought about the incorrect consideration on health services for The National Health Service Fund which was not legally harmonize with the objective of public health services.

So, the legal measure concerning the prescription to force the counterparty to report the public health service completely should also set the financial penalty or punishment vividly. As the National Health Insurance Act of B.E.2545, there was no prescription as in Great Britain, France, and Japan. The legal measure from other country, especially from Great Britain, should be brought for developing the management of National Health Insurance Fund by adding in National Health Security Act of B.E.2545 for effective and comprehensive legal enforcement, in a society of equity.



Advisor

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์โดยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย มาตลอดนับตั้งแต่วันแรกที่ได้เข้ามาศึกษา ณ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตนี้ ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ผศ.ดร.สมชาย รัตนชื้อสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุธี อยู่สถาพร อาจารย์ที่ปรึกษาและ ผศ.ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ กรรมการสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำชี้แนะให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความช่วยเหลือและขอขอบพระคุณอย่างสูงจากใจจริงท่านกฤษณ์นพพร ศิริรักษ์ ผู้พิพากษาหัวหน้าศาลจังหวัดสวรรคโลก ท่านสมยศ ไทยเทศ ผู้อำนวยการสำนักงานประจำศาลสวรรคโลกและนายจักรพันธ์ มหาคีตะ เจ้าพนักงานศาลยุติธรรมชำนาญการพิเศษ หัวหน้าส่วนบริหารจัดการคดี และนางสาวฐาปณันท์ สกุลพาณิชย์นันท์ นิติกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้าส่วนงานไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาท ที่ให้ความเมตตากรุณาและให้โอกาสสนับสนุนผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของบิดามารดาที่ให้อาณัติและเลี้ยงดู ตลอดจนครูบาอาจารย์ทุกท่านที่เมตตาและประสิทธิ์ประสาทวิชา รวมทั้งขอขอบคุณ คุณมีชัย จ้อยชู คุณชญานาภา เสกสรรบุญชรรคุณวันดี บัวปรารงค์และคุณสาศิณี สุขเกษม ผู้ที่มีพระคุณที่มีส่วนในการวางรากฐานการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย

พิสุทธิ์ ทองสุข

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 สมมุติฐานการวิจัย.....	7
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	7
1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2. แนวคิดและทฤษฎีของกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....	9
2.1 ปรัชญาของระบบกองทุนสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ.....	9
2.2 สิทธิด้านสุขภาพ (The right in respect of health).....	10
2.3 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ.....	11
2.4 แหล่งรายได้ของระบบประกันสุขภาพ.....	20
2.5 สิทธิประโยชน์ของระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....	22
3. กฎหมายที่เกี่ยวกับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	26
3.1 บทบัญญัติรัฐธรรมนูญด้านสิทธิการสาธารณสุขของประชาชน.....	26
3.2 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	29
3.3 โครงสร้างของระบบกองทุนประกันสุขภาพในต่างประเทศ.....	34
3.4 โครงสร้างระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพประเทศไทยกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างประเทศ	56
4. วิเคราะห์ปัญหาการบริหารจัดการโครงสร้างกองทุนสุขภาพแห่งชาติ.....	61
4.1 ปัญหาทางกฎหมายกำหนดรูปแบบระบบกองทุนประกันสุขภาพไทย.....	61

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4.2 ปัญหาทางกฎหมายในการตรวจสอบข้อมูลในระบบกองทุนประกันสุขภาพ.....	68
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	72
5.1 บทสรุป.....	72
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม.....	78
ประวัติผู้เขียน.....	85

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 เปรียบเทียบระบบกองทุนสุขภาพของประเทศไทย	33
3.2 ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และระบบอื่น ๆ.....	34
3.3 การจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพประจำปี 2019.....	35
3.4 การบริหารจัดการระบบกองทุนสุขภาพในประเทศต่าง ๆ.....	55
3.5 เปรียบเทียบกฎหมายไทยกับกฎหมายต่างประเทศ.....	57
3.6 เปรียบเทียบระบบกองทุนสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ	59
5.1 โครงสร้างระบบกองทุนสุขภาพของประเทศไทย.....	77

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
3.1 โครงสร้างระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศไทย.....	46
3.2 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศไทย.....	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญถือว่าเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ ทุกประเทศล้วนต้องมีรัฐธรรมนูญบัญญัติขึ้นมาเพื่อใช้เป็นกฎหมายหลักในการปกครองประเทศ และเป็นกฎหมายแม่บทของกฎหมายฉบับอื่น ๆ ซึ่งให้รัฐธรรมาธิปไตยนำไปบริหารประเทศ กฎหมายอื่นใดจะขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญไม่ได้ อันรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายว่าด้วยการจัดระเบียบการปกครองของประเทศ ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนนั้น ได้มีบัญญัติไว้ในมาตรา 43 รัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2560 นี้อันมีสาระสำคัญ¹ ที่เกี่ยวกับด้านการบริการสาธารณสุข คือ

“บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ประชาชนไทยมีสิทธิจะได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้จัดให้ ในกลุ่มผู้ยากไร้จะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนดขึ้น และในประการสำคัญในการป้องกันโรคและควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งการจัดการเกี่ยวกับโรคติดต่ออันตรายที่เกิดขึ้นรัฐต้องเป็นผู้จัดการ ผู้ให้บริการโดยที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ² จะครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ในรัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2560 นี้ได้มีการบัญญัติหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจน โดยได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 คือ รัฐต้องดำเนินการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญา ด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก³ ที่ได้ให้คำนิยามของคำว่า “ระบบสุขภาพที่

¹ กัตติญญ แก้วหานาม, ‘บทบรรณาธิการฉบับพิเศษ’ (กันยายน 2560) 2 ฉบับพิเศษ วารสารการบริหารปกครอง.

² สุวิมล อีสริยานนท์ และคณะ, ‘สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2560 ภายใต้การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19’ (2564) 3 วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ <<https://shorturl.asia/kB4Nq>> สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2565.

³ กฤษณ์ ขุนลึก, ‘รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนไทย’ (กันยายน 2560) 2 ฉบับพิเศษ วารสารการบริหารปกครอง 39.

ดี” ไว้ว่า “ระบบสุขภาพที่ดี คือ การบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกคน ตามที่พวกเขาต้องการ การกำหนดการบริการจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่ในทุกกรณี ต้องใช้กลไกทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและได้รับค่าจ้างอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ซึ่งจะเป็นฐานในการตัดสินใจและกำหนดนโยบาย มีการอภิบาลโครงสร้างพื้นฐานและระบบส่งต่อที่ดีเพื่อส่งมอบการบริการและเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ” ตัวบ่งชี้ที่สำคัญของที่แสดงว่าระบบสุขภาพเป็นระบบที่ดีที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้แก่

1. การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
2. การป้องกันประชาชนจากสิ่งที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ
3. การป้องกันความเดือดร้อนของประชาชนจากผลกระทบทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย
4. การให้บริการและการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม และให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ

ระบบสุขภาพ เป็นองค์ประกอบ (Element) หรือระบบย่อย (Sub system) ระบบหนึ่งของระบบสังคม (Social system) อันเป็นกลไกทางสังคมซึ่งแปรทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้าให้เป็นผลผลิตในรูปแบบการบริการทางสุขภาพ (Health service) โดยมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย หรือส่งเสริมสุขภาพประชาชนในสังคม มีเป้าหมายที่ประชาชนเป็นหลัก

รัฐบาลได้นำนโยบายสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญมาใช้ในการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁴ เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่รับรองให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้ มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมทั้งได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน ส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยให้กันเงินส่วนหนึ่ง ไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย เพื่อใช้เป็นแม่บทหลักในการดำเนินงานระบบตามองค์ประกอบระบบหลักประกันสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บริหารงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้รับการยอมรับจากประชาชนชาวไทยและจากนานาชาติ รวมถึงองค์การอนามัยโลกว่าเป็นโครงการที่ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง ซึ่งประชาชนคนไทยกว่าร้อยละ 99.9 ต่างอยู่ในความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลางซึ่งดูแล

⁴ กระทรวงสาธารณสุข, 90 ปีการสาธารณสุขไทยเพื่อคนไทยสุขภาพดีการแสดงผลงานนวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข 2552).

ข้าราชการทั้งประเทศ รวมทั้งยังมีอีกส่วนหนึ่งที่ซื้อประกันภัยกับบริษัทเอกชนเป็นตัวเสริม แต่เนื่องจากทั้งสามระบบหลักของรัฐได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพการบริการสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร กล่าวคือ⁵ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับงบประมาณเฉลี่ย 2,600บาท/หัว สำนักงานประกันสังคมได้รับงบประมาณสนับสนุน 3,000บาท/หัว ส่วนสิทธิข้าราชการรัฐจ่ายให้เฉลี่ย 13,000บาท/หัว

ในการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น⁶ เพื่อเป็นการสมควร กำหนดให้ดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ รวมถึงการกำหนดหลักเกณฑ์ การบริหารจัดการกองทุนตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย ในอันที่จะส่งเสริมให้มีการจัดบริการนั้นครอบคลุมกับประชาชนทุกคนและคนไทยทุกสิทธิ ตามความในหมวด 3 หมวด 7 หมวด 9 และหมวด 11 อาศัยอำนาจตามมาตรา 7 มาตรา 18 (4) (14) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 46 วรรคหนึ่ง และมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง⁷ เพื่อเป็นหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้

⁵ พลเดช ปิ่นประทีป, *ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข* (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2562) 8.

⁶ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2563

⁷ ข้อ 6 และข้อ 10 แห่งระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยกรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558

-คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็น ต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559

-คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 41/2560 เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 13 กันยายน พุทธศักราช 2560

-คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 58/2559 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ 14 กันยายน พุทธศักราช 2559 และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 45/2560 เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 58/2559 ลงวันที่ 25 ตุลาคม พุทธศักราช 2560

-ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2564

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา แม้จะประสบความสำเร็จไม่ว่าจะเป็นด้านการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน หรือการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิให้มีความก้าวหน้า แต่ยังมีปัญหาของระบบที่ต้องได้รับการแก้ไข นั่นก็คือ ขาดระบบสารสนเทศและข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม มีความซ้ำซ้อนและขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ ขาดการบูรณาการข้อมูลของแต่ละระบบและไม่สามารถแลกเปลี่ยนกันข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานได้ ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้โปรแกรม NHSO สำนักงานประกันสังคมใช้โปรแกรม SSdata และกรมบัญชีกลางใช้โปรแกรม CSMBs ทำให้ฐานข้อมูลไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น โดยเฉพาะมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของการใช้ข้อมูลสุขภาพ นอกจากนี้ บุคลากรผู้ให้บริการต้องใช้เวลาจำนวนมากในการจัดทำรายงานข้อมูลและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพสุขภาพของตนระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเท่าที่ใช้กันอยู่ล้วนเป็นระบบที่ใช้หน่วยบริการเป็นฐาน เป็นระบบของแต่ละโรงพยาบาลที่ใช้เฉพาะส่วนของตน การส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งจึงมักมีช่องว่างและเกิดปัญหาหวนข้อมูล ทำให้คนไข้เสียประโยชน์ทั้งที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของตัวเอง จึงยังขาดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลกลางของประเทศ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถประมวลข้อมูลให้เห็นภาพรวมได้อย่างครอบคลุม แม้ว่าปัจจุบันจะมีระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน แต่ก็ยังขาดการเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมได้แบบทันท่วงที อีกทั้ง ปัญหาการบริหารงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลและการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในเรื่องการบริหารงบประมาณ ซึ่งในระยะต่อมาแม้มีการดำเนินการแต่ปัจจุบันก็ยังไม่มีความก้าวหน้ามากนัก และปัญหาความเท่าเทียมของระบบกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ อย่างไรก็ตาม แม้มีการแยกการดำเนินการให้บริการในระบบสาธารณสุขประเทศไทย โดยแบ่งแยกระบบกองทุนประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยเป็น 3 กองทุนหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ประเทศไทยก็ยังมีระบบการประกันความเสี่ยงตามกฎหมายว่าด้วยผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นเรื่องการครอบคลุมคนทั้งประเทศที่ประสบภัยจากรถ

ทั้งนี้ ปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยมีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการโดยสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งอาศัยอำนาจตามมาตรา 18 (4) และมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานในระดับเขตตามเขตความ

รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพได้ โดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เท่าเทียมกันของวงเงินแบบมีเพดาน เนื่องจากเป็นความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) แต่ในพื้นที่ ทั้งนี้ ปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพซึ่งมีผู้รับบริการในสิทธินี้เป็นบุคคลส่วนใหญ่ของประเทศไทยจึงก่อให้เกิดช่องว่างทางกฎหมายและนำไปสู่ปัญหา ดังนี้

ประการที่หนึ่ง การจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนแบบแยกส่วนทำให้เกิดความสับสนในระบบประกันสุขภาพไทย กล่าวคือ ระบบประกันสังคมซึ่งอยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลังและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การที่กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีการออกแบบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนดังนี้

1) ภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกัน สุขภาพ ระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายร่วมกับ นายจ้างและรัฐในขณะที่ข้าราชการและ ผู้ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นสวัสดิการของภาครัฐ ซึ่งรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้

2) สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลต่างกัน เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคมและ กองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าใช้บริการจากหน่วยบริการที่ได้เลือกหรือ ลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น เนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่สมาชิกกองทุนสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบจ่าย ตามจริง

3) คุณภาพในการรักษายาบาลต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษายาบาลที่แตกต่างกันโดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการ เบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามกลุ่มโรค (DRG) อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน นอกจากความไม่เท่าเทียมกัน ในมิติของการรักษายาบาลแล้ว การบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วนยังทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม

4) กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังที่ต่างกัน กล่าวคือระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนโดยได้รับเงินสมทบจากสามฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้างและภาครัฐ ในขณะที่อีกสองระบบ คือระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีแหล่งเงินมาจากภาษีเท่านั้น

ประการที่สอง การไม่กำหนดมาตรการบังคับให้มีการจัดทำรายงานผลการประกอบการบริการให้บริการทางสาธารณสุขของคู่สัญญาและกำหนดบทลงโทษปรับตามสัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์เมื่อมีการฝ่าฝืนที่ได้ทำกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 45 (5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ดังนั้น เมื่อไม่มีการแจ้งข้อมูลการเข้ารับบริการ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย หรือแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จ การปกปิดข้อมูลบางส่วนอันเป็นสาระสำคัญต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพกับหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญากัน อันเป็นเหตุให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาช่วยเหลือเงินคลาดเคลื่อน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่กำหนด กำกับ ตรวจสอบและประเมินผลของเงินที่ได้รับจากกองทุนให้สอดคล้องกับข้อเรียกร้องของหน่วยบริการนั้น จากการไม่รายงานข้อมูลการให้บริการทางสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความเป็นจริงเป็นผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์โดยขาดความรอบครอบและได้สัดส่วน ก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการกองทุน เนื่องจากหน่วยบริการ (สถานพยาบาล) จะทำการรักษาและวินิจฉัยโดยเกินความพอดี เพื่อป้องกันการฟ้องร้องทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีข้อมูลซึ่งขาดความถูกต้องในการรายงานทำให้การบริหารรายรับรายจ่ายไม่เป็นไปตามการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และถึงแม้ว่าปัจจุบันมีระบบตรวจสอบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและสิทธิอื่นจากทุกกองทุนโดยใช้ฐานข้อมูลสิทธิเดียวกับเจ้าของกองทุนก็ตาม แต่ก็ยังมีความไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลซึ่งยื่นต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพและไม่มีบทกำหนดความรับผิดชอบตามสัญญาที่ให้คู่สัญญาสามารถเรียกค่าปรับได้ (ค่าปรับตามสัญญาเครือข่ายบริการทางการแพทย์ที่ทำกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

จากปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นในด้าน การตรวจสอบการจัดทำข้อมูลของคู่สัญญาหน่วยบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ย่อมจะทำให้สามารถเข้าใจถึงสภาพปัญหาของบทบัญญัติแห่งกฎหมาย สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมาย และแนวทางการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษากิจการการจัดการกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีมาตรการตรวจสอบและบริหารจัดการระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งเป็นการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการบริหารจัดการฐานข้อมูลของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยบริการ อันจะเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อให้มีการวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2.2 เพื่อให้มีการวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับแนวทางและรูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2.3 เพื่อให้มีการวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับการกำกับตรวจสอบการบริหารจัดการของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2.4 เพื่อให้มีการวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้เหมาะสม ทันสมัย ครอบคลุมและเป็นธรรม

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

การที่พระราชบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มิได้กำหนดให้มีการรายงานผลการประกอบการการให้บริการทางสาธารณสุขของคู่สัญญาและการไม่ได้กำหนดค่าปรับตามสัญญาเครือข่ายบริการทางการแพทย์ที่ทำกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงก่อให้เกิดช่องว่างในการบังคับใช้กฎหมาย ส่งผลให้มีการใช้จ่ายทรัพยากรเกินความจำเป็น อีกทั้งจะเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขได้ดีอีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้น หากมีการแก้ไขพระราชบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดี่ยวครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่มและให้มีบทบังคับหน่วยบริการคู่สัญญารายงานผลการประกอบการการให้บริการสาธารณสุขให้ชัดเจน และกำหนดบทลงโทษถ้าไม่ปฏิบัติ อันจะเป็นผลให้เป็นไปตามบทบัญญัติและเจตนารมณ์ของกฎหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเป็นธรรมต่อไป

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ มีขอบเขตเชิงเนื้อหาเป็นการศึกษากฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารจัดการในกองทุนประกันสุขภาพทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศ รวมถึงสภาพปัญหาในการที่มีได้กำหนดให้หน่วยบริการคู่สัญญาต้องรายงานผลการประกอบการการให้บริการสาธารณสุขให้ชัดเจนและกำหนดบทลงโทษไว้ถ้าฝ่าฝืนไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาแบบวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาจากเอกสารชั้นปฐมภูมิ (Primary Document) ได้แก่ รัฐธรรมนูญพระราชบัญญัติ กฎ ระเบียบต่างๆ และเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง และจากเอกสารชั้นทุติยภูมิ (Secondary Document) ได้แก่ บทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ นอกจากนั้นยังต้องศึกษาจากคำพิพากษาและเอกสารอื่นๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.6.2 ทำให้มีการปรับปรุงแก้ไขการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติโดยได้มีการกำหนดบทลงโทษเมื่อหน่วยบริการคู่สัญญาไม่ปฏิบัติตาม

1.6.3 ทำให้มีการบริหารจัดการของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความครอบคลุมและเป็นธรรม และมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพโดยกำหนดให้กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยองค์กรเดียว

1.6.4 ได้แนวทางปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้เหมาะสม ครอบคลุมและเป็นธรรม

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

2.1 ประโยชน์ของระบบกองทุนสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ

เนื่องจากระบบกองทุนประกันสุขภาพของแต่ละประเทศ⁸ มีประโยชน์ที่แตกต่างกัน ซึ่งประโยชน์ของระบบกองทุนประกันสุขภาพ สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ คือ

(1) National Health Service (NHS / Beveridge Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่ถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิโดยชอบ และรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศโดยเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพใช้เงินภาษีอากรเป็นแหล่งทุนหลักประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น อังกฤษและสิงคโปร์

(2) Social Health Insurance (SHI / Bismarck Model) เป็นรูปแบบที่ถือว่าประชาชนผู้จ้างงานเป็นกลไกหลักที่ทำให้สังคมอยู่และเดินหน้าต่อไปได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยใช้เงินสมทบจากผู้จ้างงาน (Employer) ผู้ถูกจ้างงาน (Employee) และรัฐบาลกลางซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบบริการสุขภาพ (Health Benefit) และในรูปแบบเงินชดเชย (Cash Benefit) ประเทศที่ใช้ระบบนี้เช่น เยอรมันนี

(3) Private Health Insurance (PHI / Consumer Sovereignty Model) เป็นรูปแบบที่ถือว่าประชาชนแต่ละคนเป็นผู้บริโภคที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยก็รับผิดชอบค่าบริการสุขภาพของตนเองแต่เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยงจึงได้จัดเป็นกองทุนประกันสุขภาพเอกชนโดยอาศัยเงินทุนหลักจากการเก็บเบี้ยประกัน (Premium) จากผู้ประกันตนรายคนหรือรายกลุ่มรัฐบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคมเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น สหรัฐอเมริกา

(4) National Health Insurance (NHI) เป็นรูปแบบล่าสุดที่พัฒนาจาก 2 รูปแบบแรกโดยมีลักษณะเด่นคือ มีผู้ซื้อบริการแบบรวมศูนย์แห่งเดียวในขณะที่ผู้ให้บริการหลักมาจากภาคเอกชน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น ไต้หวันและเกาหลีใต้

การบริหารจัดการระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ ประเทศที่กล่าวนี้ได้รับการจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพ (Healthcare System Assessment) ในระดับต้น ๆ จากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) อันมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างไปจากประเทศไทย

⁸ เตือนเต๋น นิคมบริรักษ์ และคณะ, รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2556) 2-9.

2.2 สิทธิด้านสุขภาพ (The right in respect of health)

คำว่า“สุขภาพ”ในมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁹มีนิยามศัพท์ไว้ดังนี้ “สุขภาพ ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่นในระยที่มีภารกิจ ร่างกฎหมายดังกล่าวคณะอนุกรรมการร่างได้ใช้คำว่า“จิตวิญญาณ”แทนคำว่า“ปัญญา” ซึ่งแปลมาจากคำภาษาอังกฤษ spiritual health แต่ได้รับคำทักท้วงจากผู้รู้ทางพุทธศาสนาหลายท่านว่า คำว่า จิต และคำว่า วิญญาณ ในทางพุทธศาสนามีความหมายเหมือนกัน ซึ่งไม่ควรนำมาใช้ซ้ำกัน และในพุทธศาสนาเองก็ไม่มี การใช้คำว่า จิตวิญญาณในคัมภีร์

“สุขภาพ” ที่บัญญัติอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁹ มีความหมายที่กว้างกว่าที่คนทั่วไปเคยเข้าใจกันก่อน กล่าวคือ เดิมคนส่วนมากเข้าใจกันเพียงว่าสุขภาพมีความหมายเฉพาะความสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยอันตรายที่จะเกิดแก่ร่างกายและจิตใจของบุคคลเท่านั้นแต่ความหมายที่กล่าวมาในตอนต้นสุขภาพยังครอบคลุมถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ทางปัญญาของบุคคลและสุขภาพทางสังคมด้วยการกำหนดให้สุขภาพรวมถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ทางปัญญาของบุคคลเข้าด้วยนั้น ครอบคลุมถึงภาวะของบุคคลที่จะต้องมิจิตใจอันดีงามสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้ตั้งอยู่ศีลธรรม จริยธรรม ปราศจากการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่นตลอดจนดำรงตนให้สอดคล้องประสานกับภาวะของธรรมชาติไม่ทำลายธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเกินความจำเป็น เมื่อบุคคลเข้าถึงความพร้อมสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ก็จะเกิดชุมชนที่อยู่เย็นเป็นสุขแต่การจะเกิดสุขภาวะทางสังคมที่ถาวรและยั่งยืนได้ รัฐต้องเข้ามาจัดระเบียบของสังคมโดยควบคุมและขจัดปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพให้มึน้อยที่สุดหรือหมดสิ้นไป เช่น อาชญากรรมด้านต่างๆ อุบัติเหตุ อุบัติภัย ร้ายแรง มลภาวะด้านต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตยาเสพติด สินค้าที่ไม่ปลอดภัยต่างๆ เป็นต้นดังนั้นระบบสุขภาพในความหมายเดิมซึ่งมักหมายถึง ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่เมื่อมีการปรับขยายความหมายสุขภาพตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกและพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แล้วระบบสุขภาพจึงหมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ”

กล่าวโดยสรุป ระบบสุขภาพจึงมิใช่เรื่องการรักษาพยาบาล การแพทย์ตลอดจนบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ยังรวมถึงการศาสนา กระบวนการยุติธรรม และผนวกระบบเศรษฐกิจการเมืองเข้าไปด้วยทั้งหมดเพราะฉะนั้น คำว่า “สิทธิด้านสุขภาพ” (The Rights in respect of Health) จึงมีความหมายกว้าง ซึ่งในที่นี้อาจจะขอแบ่งเป็น สิทธิที่เข้าถึงสุขภาพ (The Rights to Health) (กับ) สิทธิที่จะได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (The Rights to Health Care) ซึ่งสิทธิทั้งสองนี้เกี่ยวข้องถึงสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ด้วย

⁹ เพิ่งอ้าง, 15.

ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว หมวดที่ 1 ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพนั้นมีบทบัญญัติในมาตรา 5 “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง” หมายถึงกำหนดสิทธิของบุคคลในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายความว่า ชุมชน สังคม หรือรัฐ ต้องมีหน้าที่จัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาลก็มีเครื่องมือที่จะดำเนินการได้โดยใช้กฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ เช่น กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ตลอดจนกฎหมายและขบวนการต่างๆ ที่จะจัดให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดังกล่าวส่วนวรรคสองนั้นก็กำหนดให้บุคคลต้องมีส่วนที่ให้ความร่วมมือในการจัดการดังกล่าวด้วย และหากไม่ให้ความร่วมมือถึงขนาดฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าว ก็ย่อมต้องได้รับโทษตามกฎหมายนั้นๆ” ในขณะที่เดียวกันได้กำหนดให้มีการจัดและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (participatory healthy public policy) และกำหนดให้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (Statute on the National Health System) เพื่อให้เป็นกรอบทิศทางสำหรับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งขณะนี้การจัดทำสำเร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกกำกับดูแลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 ซึ่งกลไกนี้มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคลอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ

2.3 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ

ในกรอบความคิดเดิมที่มีอิทธิพลมาจากตะวันตก สุขภาพมีความหมายผูกสัมพันธ์อยู่กับเรื่องที่ว่าด้วยโรค (Disease Paradigm) ดังนั้น การเอาชนะโรคร้ายเพื่อทำให้คนมีสุขภาพดีจึงวางอยู่บนวิธีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีทางชีวการแพทย์เป็นหลัก ประกอบกับนโยบายของรัฐทางด้านสาธารณสุข ซึ่งรัฐปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้จัดหาบริการเป็นหลัก ไปเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ของการประกัน และอาจเป็นผู้บริหารระบบประกันซื้อบริการสุขภาพเอง หรือมอบหมายในองค์กรอื่นเป็นผู้บริหารหรือผู้ซื้อบริการก็ได้ โดยที่รัฐไม่ได้มุ่งเน้นที่จะสร้างโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติมในรูปแบบของสถานพยาบาลดังเช่นแต่ก่อน แต่ใช้กลไกทางการเงินให้เกิดการบริการโดยสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้วทั้งของรัฐและเอกชน ด้วยกรอบความคิดนี้ การจัดระบบโดยให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นจึงถูกเรียกว่าเป็น “การประกันสุขภาพ” (Health Insurance)

2.3.1 ความหมายของระบบกองทุนประกันสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง กิจกรรมที่นำไปสู่การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนหรือ

สาธารณะ ทั้งนี้ การประกันสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วย ดังนั้น ประกันสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ

อนึ่ง การประกันสุขภาพ (Health Insurance) ถือเป็นเครื่องมือทางการคลังเพื่อจัดการความแตกต่างของราคาบริการสุขภาพและความเสี่ยงซึ่งเชื่อมโยงการผันแปรของค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนบุคคลโดยการประกันสุขภาพจะกระจายความเสี่ยงเหนือตัวบุคคล (Across Individuals) และเวลา (Over Time) ซึ่งประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์พื้นฐาน 2 ประการ¹⁰ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์การจ่ายล่วงหน้า (Pre-payment)

การรวบรวมและจัดการรายได้เพื่อที่จะแบ่งสรรสำหรับระบบบริการสุขภาพ ถูกจัดเก็บจากแต่ละบุคคลไปยังสิทธิประโยชน์การบริการสุขภาพของบุคคลนั้น

2. หลักเกณฑ์กองทุนรวม (Pooling)

การรวบรวมและจัดการรายได้ในทางที่ทำให้แน่ใจได้ว่า ความเสี่ยงของการจ่ายค่าบริการสุขภาพจะรับภาระโดยสมาชิกทั้งหมดของกองทุน และไม่ถูกจัดแจกจ่ายไปยังส่วนบุคคลทั้งนี้ การประกันสุขภาพสามารถกระจายความเสี่ยงทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพส่วนบุคคลได้ โดยอาศัยเงินจากกองทุนรวมที่เหนือเวลา (จากเงินโอนจ่ายล่วงหน้า) และเหนือตัวบุคคล (จากเงินโอนกองทุนรวม) ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงแตกต่างจากการจ่ายเงินออกจากกระเป๋าตัวเอง (Out-of-Pocket Payment) เพราะว่าการจ่ายออกจากกระเป๋าตัวเองไม่มีเงินโอนของการรวมกองทุนความเสี่ยงและไม่มีการจ่ายล่วงหน้า ในขณะที่บัญชีการออม¹¹ (Medical Saving Accounts) มีเงินโอนจ่ายล่วงหน้า แต่ไม่มีการรวมความเสี่ยงการประกันสุขภาพ (Health Insurance) จึงเป็นมาตรการที่เน้นการกลไกทางการเงิน (Financing Mechanisms) เป็นหลัก ซึ่งการประกันสุขภาพถูกสร้างขึ้นบนหลักการที่ว่าความเจ็บป่วยที่รุนแรงของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากว่าจะเกิดหรือไม่และเกิดเมื่อใด เมื่อความเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลนั้นจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่หนักพร้อม ๆ กับการสูญเสียความสามารถในการ

¹⁰ OECD, 'Proposal for a Taxonomy of Health Insurance' (OECD 2004)

<<https://shorturl.asia/zIOPu>> accessed 10 April 2023.

¹¹ บัญชีเงินออมหรือการออมเพื่อสุขภาพ เป็นวิธีการสำรองเงินที่มีการกันเงินหรือจัดเก็บเงินจากบุคคลเป็นรายเดือนหรือรายปีเข้าสู่บัญชีประกันเฉพาะตัวของบุคคลผู้นั้นเอง ไม่ไปรวมกับเงินที่เก็บจากผู้เอาประกันรายอื่น ๆ เมื่อมีการใช้บริการสุขภาพจะมีการหักเงินจากบัญชีของบุคคล นั้นเอง ไม่ใช่จากกองทุนที่มีการรวมเงินสำรอง การเก็บเงินสำรองไว้ก่อนเพื่อใช้เมื่อจำเป็นในแบบนี้ จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีกฎหมายหรือระเบียบที่กำหนดให้มีการสำรองเงินระบบนี้จึงเป็นระบบที่บังคับออมยามที่ไม่เจ็บป่วยเพื่อใช้ในเวลาที่เจ็บป่วย ระบบนี้เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในสิงคโปร์ เป็นแบบที่ใช้การสำรองเงินเป็นบัญชีบุคคล แต่สามารถโอนใช้กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ด้วยวิธีการออกแบบระบบเช่นนี้รัฐบาลสิงคโปร์ใช้หลักการที่ว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพควรเป็นสิ่งที่บุคคลมีส่วนรับผิดชอบเป็นหลัก รัฐเข้าช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และนอกจากนี้ยังเป็นระบบที่ตั้งอยู่บนหลักของวัฒนธรรมค่านิยมของเอเชีย (Asian Value) ที่เน้นการช่วยเหลือพึ่งพากันในครอบครัวด้วย ซึ่งในขณะนี้ในสหรัฐอเมริกาได้มีความสนใจวิธีนี้ แต่ประเด็นทางเลือกสำหรับบุคคลเฉพาะคนไม่มีประเด็นเรื่องการโอนกันในครอบครัวดังเช่นในสิงคโปร์

ทำงานหารายได้ ในทางตรงข้ามอัตราการเกิดความเจ็บป่วยของประชากรทั้งหมดหรือกลุ่มใหญ่สามารถที่จะคาดการณ์ได้ ฉะนั้น ค่าใช้จ่ายโดยรวมที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลจึงสามารถประมาณการได้ด้วยวิธีการทางสถิติ¹²

อนึ่ง ภาวะทางการเงินที่บุคคลจะต้องแบกรับเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยง (Risk) ประเภทหนึ่ง¹³ความแตกต่างของการมีและไม่มีประกันสุขภาพก็คือ การจัดการกับความเสี่ยงนี้ด้วยวิธีที่แตกต่างกัน ในกรณีที่ไม่มีประกันสุขภาพความเสี่ยง คือ ภาวะทางการเงินทั้งหมดที่เกิดจากการเจ็บป่วยนั้นเป็นส่วนของบุคคลและเกิดขึ้น ณ จุดบริการ ในกรณีที่มีระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพจะทำหน้าที่ในการรวมเอาเงินที่จะเป็นค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเมื่อภาวะความเจ็บป่วยของแต่ละคนเกิดขึ้นมารวมไว้ในกองเดียวกันและจัดระบบให้เกิดการเฉลี่ยหรือกระจายความเสี่ยงนั้น ในกรณีนี้ภาระทางการเงินของบุคคลจะเกิดขึ้นก่อนที่เกิดการเจ็บป่วยโดยที่บุคคลจ่ายเบี้ยประกันหรือจ่ายภาษีเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพตามอัตราที่กำหนดก่อนเมื่อเจ็บป่วย เงินจากกองทุนดังกล่าวก็จะถูกนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายของบริการที่เกิดขึ้น ภาระทางการเงินของผู้ป่วย ณ จุดที่ใช้บริการจึงต่ำมากหรือแทบไม่มีเลย หากบุคคลใดไม่มีการเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยในระหว่างช่วงเวลาที่มิประกัน เงินส่วนที่เหลือจากส่วนต่างของจำนวนที่บุคคลนั้นจ่ายเข้ากองทุนกับส่วนที่ใช้จ่ายเป็นค่าบริการสุขภาพ ก็จะถูกนำไปเป็นค่าใช้จ่ายของบุคคลอื่นซึ่งเจ็บป่วยมากกว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นมาตรการที่มีขึ้นเพื่อปกป้องบุคคลจากภาระความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วยโดยลดหรือขจัดความเสี่ยงในภาระทางการเงินของแต่ละบุคคลหรือครอบครัวโดยการจัดระบบให้มีการกระจายความเสี่ยง¹⁴ของบุคคลหรือครอบครัวจำนวนมากด้วยวิธีรวบรวมและสำรองเงินค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้านั่นเอง

โดยสรุป ระบบประกันสุขภาพเป็นความพยายามจัดระบบให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการให้บุคคลในสังคมไม่ว่าจะมีเศรษฐกิจ ฐานะ อายุ หรืออาชีพที่แตกต่างกันสามารถใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่มีอุปสรรคจากข้อจำกัดต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้านการเงินและตอบสนองต่อหลักการด้านอื่น ๆ เช่น ความเท่าเทียมของคนกลุ่มต่าง ๆ การช่วยเหลือเจือจานกันคนในสังคม ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของระบบ เป็นต้น

ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพจึงเป็นกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ

¹² เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, *ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก* (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545) 8.

¹³ สำหรับครัวเรือนจำนวนไม่น้อยนั้น ปัญหาโรคลายไข้เจ็บเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน (Unanticipated Shock) ที่สามารถส่งผลกระทบต่อระดับที่พลิกฐานะความเป็นอยู่ของครัวเรือนได้อย่างรวดเร็ว โดยในแต่ละปีจะมีครัวเรือนที่ไม่ยากจนจำนวนมากที่เสี่ยงกับการตกหล่มของความยากจนได้รวดเร็ว เมื่อสมาชิกของครัวเรือนป่วยหนัก

¹⁴ การเฉลี่ยความเสี่ยงในลักษณะนี้มักจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐมากกว่าการพึ่งกลไกตลาด หรือการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ทำกับประกันสุขภาพเอกชน

- (1) ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการประกันสุขภาพที่มีสิทธิผลเมื่อจำเป็น
- (2) ป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสียหายทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูง

2.3.2 รูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพ

รูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถจัดแบ่งออกได้เป็นหลายประเภทตามโครงสร้างหรือฐานการจัดแบ่ง ซึ่งในที่นี้ได้จัดแบ่งรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพตามโครงสร้าง 4 ประการ คือ การจัดแบ่งตามโครงสร้างการจัดการ การจัดแบ่งตามการรวบรวมเงินสำรองและกลุ่มเป้าหมาย การจัดแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วม และการจัดแบ่งตามจำนวนระบบประกัน

2.3.2.1 รูปแบบโครงสร้างการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแบบโครงสร้าง

ระบบหลักประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างการจัดการประกันสุขภาพสามารถแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็น 2 แบบหลัก ได้แก่

หลักที่ 1 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance)

หลักที่ 2 การประกันสุขภาพเอกชน (Private Health Insurance)

หลักที่ (1) ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance)

ซึ่งโดยทั่วไปการประกันสุขภาพของภาครัฐ (Public Health Insurance) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระบบ ตามประเภทผู้ที่เป็นสมาชิกในโครงการ ได้แก่

ระบบที่ 1 ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับครอบคลุมประชากรขนาดใหญ่ที่เป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ โดยรัฐหรือหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้นเป็นผู้บริหารระบบประกันนี้¹⁵ โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการประกัน ตัวอย่างเช่น ในประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์ เป็นต้น ส่วนระบบของบางประเทศให้แหล่งเงินภาษีผสมกับแหล่งเงินอื่น เช่น การเก็บเบี้ยประกันโดยหักจากเงินเดือนและรัฐเป็นผู้บริหารระบบได้แก่ ไต้หวัน ญี่ปุ่น เป็นต้น ในกรณีที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคคลในฐานะประชาชนต้องเสียภาษีในรูปแบบต่าง ๆ ให้กับรัฐบาลแล้วรัฐบาลจะจัดสรรเงินเป็นงบประมาณสำหรับการประกันสุขภาพโดยแหล่งเงินสำคัญมาจากภาษีทั่วไปซึ่งประเทศส่วนใหญ่มักเก็บในอัตราก้าวหน้าตามหลักการ ในระบบนี้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากันไม่ว่าจะเสียภาษีเท่าใดหรือไม่เสียภาษีก็ตาม ส่วนในกรณีของเบี้ยประกันจะมีหลักการเช่นเดียวกับประกันสังคม คือ การเก็บเบี้ยประกันมักทำโดยหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือนซึ่งบุคคลอาจจ่ายในจำนวนที่แตกต่างกันแต่สิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน¹⁶

ระบบที่ 2 โครงการประกันสังคม (Social Security Scheme) เป็นโครงการประกันภาคบังคับโดยเป็นการบังคับสำหรับกลุ่มคนที่กำหนด เช่น ผู้ทำงานและนายจ้างของพวกเขา ซึ่งการประกันจะครอบคลุมผู้ทำ

¹⁵ OECD (เชิงอรรถ 10) 10.

¹⁶ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (เชิงอรรถ 12) 14.

ประกันรวมถึงผู้อยู่ในอุปการะที่เจ็บป่วยหรือสูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วยทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้ค้ำประกันประโยชน์พื้นฐานและมีส่วนร่วมโดยตรงในการเงินของโครงการ¹⁷ โดยส่วนใหญ่กองทุนประกันสังคมจะมีการจัดสรรเงินภายในกองทุนประกันสังคม โดยแยกเป็นส่วนๆ ตามวิวัฒนาการของโครงการ เช่น ส่วนแรกใช้ในการจัดสรรเงินเพื่อใช้ในการประกันการเจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย ทูพพลภาพส่วนที่สองใช้สำหรับผลประโยชน์ในกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร และส่วนสุดท้ายใช้สำหรับประกันการว่างงานสำหรับแหล่งรายได้ของเงินประกันสุขภาพในระบบนี้นิยมมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะขึ้นมาแยกต่างหากจากภาษีอื่นๆ โดยแหล่งเงินหลักมาจากเงินสมทบประกันสังคม หรือเบี้ยประกัน โดยหลักการของการประกันสังคม คือ ผู้มีสิทธิหรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วมเป็นผู้จ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพตามรายได้ หรือความสามารถในการจ่ายของตนซึ่งมักทำโดยหักจากจ่ายเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ฉะนั้น ผู้ที่มีรายได้หรือเงินเดือนสูงต้องจ่ายเงินค่าประกันมากกว่าผู้มีรายได้ได้น้อยกว่าแต่มีสิทธิในการใช้บริการเท่ากัน บางประเทศกำหนดให้นายจ้างสมทบเข้ากองทุนด้วย และรัฐบาลก็อาจจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ในหลายๆ ประเทศใช้ระบบนี้ร่วมกับระบบอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทย ประเทศเยอรมนี ประเทศฝรั่งเศส เป็นต้น¹⁸

ระบบที่ 3 สวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits) สวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits)¹⁹ เป็นสิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาลซึ่งมักถูกใช้เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งของการจ้างงานที่นายจ้างให้กับลูกจ้างโดยที่นายจ้างอาจเป็นรัฐบาล รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรรูปแบบอื่นๆ ทั้งนี้ วิธีการที่ใช้ในการให้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลมักปรากฏในรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ลูกจ้าง เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการ โดยไม่ได้ซื้อประกันแบบนี้มักเรียกว่าสวัสดิการรักษาพยาบาลหรืออาจเรียกการประกันตนเอง (Self Insurance) ในกรณีนี้นายจ้างอาจจัดสรรเงินเป็นกองทุนสำหรับค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากงบประมาณอื่นๆ หรือไม่ได้

ระบบที่ 4 สวัสดิการข้าราชการ (Government Link Health Schemes for Government Employees) เป็นโครงการประกันสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงโดยรัฐบาลสำหรับลูกจ้างของรัฐบาลโดยรัฐบาลจะจ่ายโดยตรงเพื่อการรักษาพยาบาลสุขภาพสำหรับลูกจ้างของพวกเขาหรือร่วมจ่ายเบี้ยประกันส่วนใหญ่เพื่อประกันสุขภาพแก่

¹⁷ OECD (เชิงอรรถ 10) 9.

¹⁸ เสวคณธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (เชิงอรรถ 12) 12.

¹⁹ อย่างไรก็ตามนักวิชาการบางท่าน ได้ให้ความเห็นว่าระบบสวัสดิการของการจ้างงานอาจจัดเป็นระบบประกันหรือไม่จัดเป็นระบบประกันตามความหมายเฉพาะก็ได้ เพราะมองในแง่ของการกระจายความเสี่ยง อาจถือได้ว่านายจ้างเป็นผู้จัดการให้เกิดการกระจายความเสี่ยงสำหรับลูกจ้าง แต่หากมองในอีกแง่หนึ่ง ถ้านายจ้างเป็นผู้ซื้อที่ไม่ได้มีการดำเนินการทำข้อตกลงใดๆ กับผู้ให้บริการ เพียงจ่ายเงินเมื่อมีการใช้บริการเกิดขึ้นเท่านั้น ก็เท่ากับเป็นการเปลี่ยนภาระการจ่ายออกจากกระเป๋าจากกระเป๋าของลูกจ้าง ไปเป็นกระเป๋าของนายจ้างเท่านั้น

ลูกจ้างของพวกเขา อย่างไรก็ตาม กองทุนลูกจ้างดังกล่าวในบางกรณีอาจทำผ่านองค์กรสวัสดิการสังคม เช่น ใน ตุรกี หรืออาจใช้เงินคงคลังซื้อประกันสุขภาพจากผู้รับประกันภัยพาณิชย์ก็ได้ เช่น เยอรมัน เป็นต้น²⁰

หลักที่ (2) การประกันสุขภาพเอกชน(Private Health Insurance)

การประกันเอกชน ถือเป็นธุรกิจประเภทหนึ่งโดยการประกันสุขภาพเอกชนมีด้วยกัน 4 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 การประกันสุขภาพเอกชนภาคบังคับ คือ การประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งบังคับตามเงื่อนไขของกฎหมาย

รูปแบบที่ 2 ประกันสุขภาพตามกลุ่มการจ้างงานเอกชน คือ การประกันสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการจ้างงาน เช่น การที่นายจ้างซื้อประกันให้กับลูกจ้าง โดยนายจ้างจ่ายค่าเบี้ยประกันทั้งหมดหรือสมทบบางส่วนให้

รูปแบบที่ 3 การประกันสุขภาพเอกชนตามอัตราชุมชน คือ การประกันโดยสมัครใจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยผู้เอาประกันจะเรียกร้องเบี้ยประกันตามข้อกำหนดที่ใช้ในอัตราชุมชน ซึ่งการคำนวณเบี้ยประกันขึ้นอยู่กับอายุ สถานะทางสุขภาพ ประวัติการเรียกร้อง หรือปัจจัยอื่นๆ

รูปแบบที่ 4 การประกันเอกชนตามอัตราความเสี่ยง คือ การประกันโดยสมัครใจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลโดยผู้เอาประกันจะเรียกร้องเบี้ยประกันตามอัตราความเสี่ยงระบบการจัดเก็บเงินของการประกันสุขภาพภาคเอกชน ส่วนใหญ่อาศัยการคำนวณตัวบุคคลสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหมายความว่าเจ็บป่วยมากต้องรับผิดชอบเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่คาดว่าจะป่วยน้อย การสำรองเงินของประกันเอกชนทำโดยการเก็บเบี้ยประกัน(Premium) ซึ่งกำหนดมาจาก

การคำนวณความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เอาประกันหรือกลุ่มของผู้เอาประกัน ฉะนั้น ผู้ที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าต้องจ่ายเบี้ยประกันสูงกว่า เช่น ผู้สูงอายุต้องจ่ายเบี้ยประกันมากกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า ซึ่งในกรณีนี้ รัฐบาลอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดชนิดหรือประเภทของการประกัน แต่แหล่งเงินหลักของโครงการก็ไม่ได้มีช่องทางมาจากรัฐบาลโดยตรงทั้งนี้ ในการประกัน

ผู้เอาประกันกับผู้ให้ประกันต้องทำสัญญาซึ่งระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับอัตราระยะเวลาการจ่ายเบี้ยประกัน และสิทธิในการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งเงื่อนไขอื่นๆในระบบนี้ผู้เอาประกันแต่ละคนจึงอาจจ่ายเบี้ยประกันไม่เท่ากัน และอาจมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสัญญาที่ทำขึ้น ทั้งนี้ ในหลายประเทศใช้ประกันเอกชนเป็นส่วนเสริมกับระบบประกันหลักของรัฐ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย เป็นต้น ในขณะที่บางประเทศใช้ประกันเอกชนเป็นระบบหลัก เช่น สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีสวัสดิการประกันการจ้างงานของบริษัทเอกชน จำนวนมากเป็นต้น²¹

2.3.2.2 การจัดแบ่งตามการรวบรวมเงินและกลุ่มเป้าหมาย

²⁰ OECD (เชิงอรรถ 10) 10.

²¹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (เชิงอรรถ 12) 14.

ในอีกแง่หนึ่งระบบประกันสุขภาพอาจจัดแบ่งตามฐานของการรวบรวมเงินสำรอง และกลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิ โดยแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 ระบบประกันแบบอิงประชากร (Population-based Insurance) การมีสิทธิเข้าร่วมประกันแบบอิงประชากรนี้ขึ้นกับสถานะภาพเป็นพลเมืองของประเทศ ตัวอย่างเช่น โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งครอบคลุมประชากรขนาดใหญ่ที่เป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ ทั้งนี้ บางประเทศอาจครอบคลุมผู้อาศัยบางกลุ่มที่ไม่ใช่พลเมืองด้วย อย่างไรก็ตาม โดยส่วนใหญ่การประกันในรูปแบบนี้มักใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินทุน เช่น ระบบของอังกฤษและแคนาดา เป็นต้น โดยการประกันรูปแบบนี้นำมาซึ่งการลงทุนที่ดี เพราะผู้รับประกันค่อนข้างมีต้นทุนการบริหารจัดการที่ต่ำและกองทุนมีขนาดใหญ่

รูปแบบที่ 2 ระบบประกันแบบอิงการจ้างงาน (Employment-based Insurance) การประกันแบบอิงการจ้างงานคือ การประกันสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการจ้างงาน²² ในระบบนี้สิทธิการเข้าร่วมการประกันสุขภาพ มาจากการเป็นลูกจ้างของหน่วยงานที่กำหนด ซึ่งอาจเป็นบริษัทเอกชน รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือ องค์กรประเภทอื่นที่ระดมเงินเพื่อใช้ในระบอบอาจมาจากการหักเงินเดือนลูกจ้างบวกกับส่วนที่นายจ้างจ่ายสมทบหรือนายจ้างจ่ายทั้งหมดให้เป็นสวัสดิการ ตัวอย่างเช่น กองทุนสำหรับการเจ็บป่วยของเยอรมนี (Sickness Fund) การประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 ระบบประกันแบบอิงชุมชน (Community-based Insurance) การมีสิทธิเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพแบบอิงชุมชนนี้ขึ้นกับที่อยู่อาศัยในเขตทางภูมิศาสตร์โดยอาจแบ่งตามเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโดยขอบเขตตามการจัดตั้งของชุมชนแหล่งที่มาของเงินในระบบนี้มักมาจากภาษีท้องถิ่นแต่อาจสมทบด้วยภาษีทั่วไปจากรัฐบาลกลาง หรืออาจเป็นการเก็บเบี้ยจากคนในท้องถิ่นก็ได้ ตัวอย่างเช่น ระบบประกันแบบอิงชุมชนสำหรับเกษตรกรของญี่ปุ่น เป็นต้น

รูปแบบที่ 4 การประกันแบบอิงความเสี่ยง (Risk-based Insurance) การประกันแบบอิงความเสี่ยงเป็นการประกันที่กำหนดตามความเสี่ยงส่วนบุคคลโดยคำนวณจากหลักการสถิติการประกันภัย บนพื้นฐานของข้อเรียกร้องทางการแพทย์ที่คาดหวัง²³

2.3.2.3 การจัดแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วมการประกันสุขภาพสามารถแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วมได้ 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การประกันสุขภาพแบบบังคับ (Mandatory Health Insurance) หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคลในการประกันเป็นไปโดยการบังคับจากรัฐบาลผ่านบทบัญญัติของกฎหมายไม่ว่าจะเป็นไปโดยเข้มงวดหรือเปิดให้มีอิสระ ในการเลือกผู้รับประกันระดับเบี้ยประกัน และชนิดความครอบคลุมที่แตกต่างโดยรัฐจะกำหนดให้บุคคลทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายต้องเข้าร่วมในระบบประกันซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนี้อาจครอบคลุมเพียงคนบางกลุ่มในสังคม หรือครอบคลุมประชากรทั้งประเทศก็ได้ ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสังคม

²² OECD (เชิงอรรถ 10) 11.

²³ Ibid, 11.

ของไทยครอบคลุมลูกจ้างในบริษัทเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่วนระบบของอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา จีนได้หวั่นครอบคลุมประชากรทั่วประเทศประเทศที่จัดให้มีการประกันสุขภาพทั่วหน้าได้ต้องใช้การประกันแบบบังคับ คือ ออกข้อกำหนดให้ทุกคนเข้าร่วมหรือมีสิทธิที่จะได้รับการครอบคลุมจากระบบประกันสุขภาพการบังคับนี้ไม่ได้หมายความว่า เป็นการบังคับให้บุคคลในกลุ่มเป้าหมายต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเสมอไปและไม่ได้หมายความว่าต้องไปใช้บริการตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้นใช้ที่อื่นไม่ได้แต่เป็นไปในลักษณะที่ข้อกำหนดในเรื่องหลักประกันสุขภาพได้รับการตราเป็นกฎหมายหรือระเบียบที่มีผลบังคับใช้กำหนดว่า กลุ่มเป้าหมายคือบุคคลใดมีหน้าที่อะไรมีสิทธิที่จะใช้บริการอะไรสามารถเลือกที่ใช้สถานพยาบาลที่กำหนดใดเมื่อร่วมระบบประกันตัวอย่างเช่น ระบบของอังกฤษไม่ได้เก็บเบี้ยประกันโดยตรงแต่ใช้ภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลักสำหรับประกันสุขภาพชาวอังกฤษจึงไม่ได้มีหน้าที่จ่ายค่าประกันสุขภาพในรูปของเบี้ยประกันแต่จ่ายในรูปภาษี แต่ในส่วนของผู้ประกอบอาชีพอิสระในไต้หวันและในเกาหลีใต้ถูกหักเงินเดือนส่วนหนึ่งเพื่อใช้เป็นค่าเบี้ยประกันเป็นแบบบังคับตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติเป็นต้น

รูปแบบที่ 2 การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) หมายถึง การประกันที่ผู้ทำประกันมีส่วนร่วมบนพื้นฐานความสมัครใจ²⁴ โดยไม่มีกฎหมายบังคับว่าจะต้องเข้าร่วม บุคคลสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ หากจะเข้าร่วมก็ต้องมีการจ่ายค่าเบี้ยประกัน ตัวอย่างเช่น ประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้นทั้งนี้ระบบแบบบังคับและแบบสมัครใจสามารถอยู่ร่วมกันได้ในประเทศเดียวกัน กล่าวคือ ผู้มีสิทธิในประกันแบบบังคับอยู่แล้วอาจซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้โดยสมัครใจ เช่น ลูกจ้างในภาคธุรกิจของไทยแม้จะมีประกันสังคมอยู่แล้วบางคนอาจซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติม หรือในอังกฤษ แม้จะมีประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว อาจซื้อประกันเอกชนเพิ่มเพื่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมบางอย่าง หรือในสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุซึ่งมีสิทธิในระบบประกัน Medicare ซึ่งอาจซื้อประกันเอกชนที่ครอบคลุมการจ่ายค่ายาตามใบสั่ง (Prescription Drugs) เพิ่มเติมเป็นต้น

2.3.2.4 การจัดแบ่งตามจำนวนระบบประกัน

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพมีลักษณะแตกต่างกันหลายแบบ การใช้ระบบประกันในแต่ละประเทศอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือหลายแบบร่วมกันก็ได้

ระบบเดียวหรือหลายระบบหมายถึง การกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิแหล่งเงินและมาตรการจ่ายเงินที่แตกต่างกันแต่ไม่ได้หมายถึงจำนวนกองทุนซึ่งในหนึ่งระบบอาจมีหลายกองทุนก็ได้ ซึ่งมีรูปแบบดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 ระบบเดียว

ในอังกฤษและประเทศเครือจักรภพ เช่น ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ใช้ระบบที่คล้ายกัน คือ มีระบบประกันหลักหนึ่งระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะซื้อประกันเอกชนเสริมเพื่อความครอบคลุมในบริการบางด้านที่ระบบหลักมิได้จัดให้ระบบของประเทศทั้ง 3

²⁴ OECD (เชิงอรรถ 10) 10.

ประเทศนี้ ซึ่งเป็นแบบที่สิทธิในการมีหลักประกันขึ้นกับความเป็นประชากร (Population-based Health Insurance) อันไม่เกี่ยวกับการจ้างงานหรือในประเทศจีนและไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพที่อิงการจ้างงาน (Employment-based Health Insurance) ระบบเดียวโดยอัตราและวิธีการเก็บเบี้ยประกันขึ้นกับอาชีพและการจ้างงาน อย่างไรก็ตาม เปิดโอกาสให้มีประกันเสริมกับระบบหลักได้

รูปแบบที่ 2 ระบบคูกุชานาน

ประเทศเยอรมนีมีระบบประกัน 2 ระบบเป็นแบบคูกุชานาน กล่าวคือ มีระบบหลักคือกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness Funds) ที่เป็นภาคบังคับสำหรับประชากรส่วนใหญ่โดยอิงกับการจ้างงานแต่ยกเว้นให้ประชากรบางกลุ่มโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้สูงและข้าราชการเลือกว่าจะเข้าระบบหลักหรือจะซื้อประกันเอกชนเอง โดยที่หากเลือกที่จะไม่เข้าระบบหลักจะไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบหลักในภายหลังได้ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ระบบหลักต้องรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากการที่มีคนที่ซื้อประกันเอกชนในช่วงที่ไม่ป่วยหรือตอนอายุน้อยซึ่งเบี้ยประกันต่ำแล้วเปลี่ยนเข้าสู่กองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness Funds) เมื่อป่วยหรือสูงอายุขึ้น

รูปแบบที่ 3 ระบบช้อน

ประเทศสิงคโปร์สร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าโดยมี 3 ระบบที่มีลักษณะแตกต่างกันดังต่อไปนี้

ระบบที่ 1 Medisave เป็นบัญชีการออมที่หักจากเงินเดือนแบบบังคับโดยผ่านระบบการจ้างงาน

ระบบที่ 2 Medishield เป็นระบบประกันที่เสริมในกรณีที่ระบบแรกไม่เพียงพอและประชาชนมีสิทธิเลือกในการเข้าร่วม

ระบบที่ 3 ส่วนกลุ่มคนที่ยากจนและไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกัน 2 แบบดังกล่าวได้รัฐบาลจัดระบบ Medifund ให้โดยเฉพาะเป็นแบบสวัสดิการสังคม

รูปแบบที่ 4 ระบบผสมแบบชานานและแบบช้อน

ประเทศญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพเป็น 2 ประเภทหลัก โดยประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employment-based Health Insurance) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society-Managed Health Insurance) ส่วนประเภทที่สองคือระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) ทั้งนี้แต่ละระบบครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกันตามที่อยู่อาศัยการจ้างงานหรืออายุ

รูปแบบที่ 5 หลายระบบ

ในบางประเทศมีระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะแตกต่างกันมากมายหลายแบบการที่มีหลายระบบอาจเกิดจากการที่รัฐบาลไม่มีนโยบายในการจำกัดรูปแบบหรือจำนวนระบบประกันสุขภาพแต่เปิดเสรีให้มีระบบประกันแบบต่างๆได้หรือเกิดจากการที่นโยบายของรัฐบาลให้มีระบบประกันหลายระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันตัวอย่างเช่น ในประเทศไทยมีระบบประกันจำนวนมากซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆมีแหล่งเงินข้อกำหนดและรูปแบบการคลังที่ต่างกันบริหารจัดการโดยหน่วยงานต่างๆ กันด้วยวิธีการที่

ต่างกันเช่นโครงการประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งประเทศมาเลเซียไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรแต่เป็นแบบที่มีประกันหลายระบบอยู่ร่วมกันในขณะที่มีประชากรจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันเนื่องจากระบบประกันขนาดใหญ่ในประเทศครอบคลุมผู้ใช้แรงงานเป็นหลักสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ หากใช้บริการด้านสุขภาพก็ต้องจ่ายเองโดยในภาคเอกชนราคาค่าบริการจะสูงกว่าภาครัฐสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้รัฐจะยกเว้นค่าใช้จ่ายโดยจัดบริการเป็นระบบที่ช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส

ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีระบบประกันสุขภาพหลายแบบ ระบบใหญ่ๆเป็นของรัฐมี

2. ระบบ กล่าวคือMedicare ซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางกลุ่มดูแลโดย

รัฐบาลกลาง คือ รัฐบาลสหพันธ์ (Federal Government) และ Medicaid ซึ่งครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยและครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียวและบริหารโดยรัฐบาลของมลรัฐ นอกจากนี้ในภาครัฐยังมีระบบประกันสุขภาพของทหารส่วนในภาคเอกชนก็มีประกันสุขภาพจำนวนมากส่วนใหญ่เป็นแบบที่อยู่บนฐานของการจ้างงาน

อย่างไรก็ดี การจะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวหรือหลายระบบนั้นปัจจัยในการกำหนดขึ้นอยู่กับแหล่งเงินโครงสร้างอาชีพของประชาชนและวิธีการจัดเก็บรายได้สำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ สังเกตพบว่าประเทศที่อิงกับแหล่งเงินใดแหล่งเงินเดียว มักจะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว เช่น ประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ที่ใช้เงินจากภาษีอากรเป็นหลัก และเยอรมนีที่ใช้ระบบประกันสังคมเป็นต้นแต่สำหรับประเทศที่ต้องอิงแหล่งเงินมากกว่าหนึ่งแหล่งมีประชาชนจำนวนมากอยู่ในภาคที่ไม่มีรายได้ประจำ เช่น ภาคเกษตรกรรม มักจะมีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ เช่น ประเทศญี่ปุ่น โดยจะมีการแบ่งกลุ่มประชาชนตามลักษณะของการมีรายได้หรืออาชีพ เช่น ภาคอุตสาหกรรมและบริการที่มีรายได้ประจำกลุ่มประชาชนในภาคเกษตรกรรมหรืออาชีพอิสระและกลุ่มข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งการมีมากกว่าหนึ่งระบบนั้นอาจมาจากความเหมาะสมในการจัดเก็บและการคำนวณอัตราการจัดเก็บรายได้เข้าสู่ระบบประกันเป็นสำคัญอย่างไรก็ดีการเข้าสู่ระบบประกันจะถูกกำหนดตามลักษณะกลุ่มอาชีพของประชาชนโดยปริยาย การมีหลายระบบในลักษณะนี้จึงมิใช่เรื่องของการให้มีการแข่งขันระหว่างระบบหรือทางเลือกกับประชาชน

2.4 แหล่งรายได้ของระบบประกันสุขภาพ

การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระแสของเงิน (Flow of Funds) ในระบบจากแหล่งเงินผ่านองค์กรประกันถึงผู้ให้บริการ ครอบคลุมพันธกิจและ กระบวนการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุขตั้งแต่การเก็บรวบรวมเงิน (Revenue Collection) การรวมเงิน (Pooling) การซื้อบริการสุขภาพและการจ่ายเงิน (Purchasing and Payment Methods)²⁵

²⁵ OECD (เชิงอรรถ 10).

สำหรับการเก็บรวบรวมเงินเพื่อมาสำรองเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับซื้อบริการสุขภาพจัดเป็นภารกิจหลักอย่างแรกของการคลังระบบประกันโดยประเด็นหลักที่ต้องพิจารณาในเรื่องการรวบรวมเงิน คือ แหล่งที่มาของเงินว่าจะนำเงินมาจากแหล่งไหนและจะมีวิธีการเก็บรวบรวม อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพมีแหล่งที่มาของเงิน(Sources of Fund) ที่นำมาใช้ในการประกันสุขภาพหลักๆ 3 แหล่งได้แก่ เงินจากการจัดสรรภาษีอากร (Tax-Financing) เงินจากการสมทบจ่ายประกันสังคม(Contributory) และเบี้ยประกันเอกชน(Private Premium) ซึ่งการจัดเก็บและจัดสรรแหล่งเงินที่จะนำมาใช้ในระบบประกันสุขภาพอาจแตกต่างกันไปตามรูปแบบการประกันสุขภาพ เช่น บางระบบอาจใช้เงินภาษีทั่วไปเป็นค่าใช้จ่ายบางระบบเก็บเบี้ยใช้การประกันบางระบบใช้การสมทบโดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ใ้แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างๆการรวบรวมเงินอาจกำหนดให้แหล่งใดแหล่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือหลายแหล่งผสมผสานกันในส่วนที่ต่าง ๆ กันก็ได้

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาในอีกมุมมองหนึ่ง การจ่ายเงินสำหรับการบริการสาธารณสุขสามารถจำแนกได้ 2 วิธีด้วยกัน กล่าวคือ

1. วิธีการจ่ายล่วงหน้า(Pre-payment System) วิธีจ่ายล่วงหน้าอาจจำแนกได้เป็น 3 แบบ คือ (1) การจ่ายผ่านระบบภาษี (2) การจ่ายสมทบเข้าสู่กองทุนสุขภาพและ (3) การจ่ายเบี้ยประกัน โดยการจ่ายล่วงหน้าเป็นการจ่ายออกไปไม่ว่าผู้นั้นจะได้รับการรักษาพยาบาลหรือไม่

2. วิธีร่วมจ่าย ณ จุดบริการ(Cost-Sharing) การจ่ายรูปแบบนี้จะจ่ายต่อเมื่อได้รับบริการสุขภาพเท่านั้น เช่น การจัดเก็บจากส่วนร่วมจ่าย เป็นต้น

รูปแบบการจัดสรรรายได้ของระบบประกันสุขภาพ

การจัดสรรรายได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1. การจัดสรรผ่านกระบวนการงบประมาณ (Budget Process)

ในกรณีที่รัฐใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปี (Annual Budget) เป็นแหล่งรายได้สำหรับระบบประกันสุขภาพ การจัดสรรอาจดำเนินการโดยผ่านกระบวนการงบประมาณ(Budget Process) หรือวิธีการงบประมาณ(Budget Procedure) ซึ่งการจัดสรรงบประมาณหมายถึงการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายให้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจใช้จ่ายหรือก่อนนี้ผูกพันตามวัตถุประสงค์และภายในระยะเวลาที่กำหนดตามวงเงินงบประมาณรายจ่ายที่ได้รับอนุมัติจากรัฐสภา²⁶ซึ่งขั้นตอนและวิธีการจัดสรรงบประมาณของไทย ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการจัดเตรียมหรือจัดทำงบประมาณ โดยเป็นช่วงความรับผิดชอบของส่วนราชการ สำนักงบประมาณรวมถึงคณะรัฐมนตรีในการกำหนดวงเงินรายจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งส่วนราชการจะจัดทำคำขอของงบประมาณและส่งคำขอตั้งกล่าวไปยังสำนักงบประมาณเพื่อพิจารณา ซึ่งเมื่อสำนักงบประมาณจัดทำงบประมาณเรียบร้อยแล้ว จึงเสนอต่อคณะรัฐมนตรี(รัฐบาล) เพื่อจัดทำร่างและ

²⁶ ศิริพงษ์ อัทธัญญา, แนวทางการปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พุทธศักราช 2448 (สำนักงบประมาณ 2548) 13-14.

นำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรต่อไปกระบวนการอนุมัติงบประมาณเป็นภารกิจหลักของสภาผู้แทนราษฎร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การพิจารณารับหลักการ การพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาในรายละเอียดโดยรัฐสภา และการให้ความเห็นชอบซึ่งกระบวนการบริหารงบประมาณ เป็นกระบวนการใช้งบประมาณที่ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภา โดยส่วนราชการต้องจัดทำเรื่องขออนุมัติเงินประจำงวดจากสำนักงานงบประมาณทั้งนี้ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐจัดสรรส่วนใหญ่ได้มาจากการจัดเก็บภาษีทั่วไปโดยบุคคลในฐานะประชาชนจะเสียภาษีในรูปแบบต่างๆให้กับรัฐบาลแล้วรัฐบาลก็จะจัดสรรเงินเป็นงบประมาณรายจ่ายต่อไป ซึ่งตัวอย่างการจัดสรรรายได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพผ่านกระบวนการงบประมาณ เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นแหล่งรายได้หลักสำหรับระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น

2. การจัดสรรเข้าสู่กองทุนเฉพาะ (Earmarked Fund)

กองทุนเฉพาะ(Earmarked Fund) คือ การโอนเงินจากภาษีหรือกลุ่มของรายได้ไปยังกิจกรรมรัฐบาลเพื่อวัตถุประสงค์ใดวัตถุประสงค์หนึ่งโดยเฉพาะเจาะจง²⁷ ทั้งนี้กองทุนเฉพาะ ดังกล่าวถือเป็นกองทุนนอกงบประมาณ(Extra-Budgetary Fund) ซึ่งไม่รวมเข้ามาสู่งบประมาณ รายจ่ายประจำปี(Annual Budget) และไม่กลายเป็นส่วนหนึ่งของรายรับตามบัญชีงบประมาณ (General Consolidated Revenue) ดังนั้น จึงถือเป็นเงินนอกงบประมาณซึ่งการจัดสรรเงินนอก งบประมาณทำได้โดยง่ายตายกว่าการจัดสรรเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เนื่องจาก กระบวนการขั้นตอนการจัดสรรเงินงบประมาณมีระบบการควบคุมที่เข้มงวดกว่าสำหรับการจัดสรรรายได้เข้าสู่กองทุนเฉพาะของระบบประกันสุขภาพ สามารถแบ่งออก ได้เป็น 2 ลักษณะ คือการกั้นเงินที่จัดเก็บเฉพาะแล้วกำหนดเงินที่ได้นำไปเพื่อใช้จ่ายในโครงการเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ เป็นกองทุนภาษีเฉพาะที่จัดเก็บแยกและกั้นเงินแยกไว้ต่างหากสำหรับ วัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่น กองทุนจากเงินสมทบประกันสังคมที่จัดเก็บจากสมาชิกและกั้นเงินทั้งหมดเข้าสู่กองทุนการกั้นเงินจากกลุ่มเงินจำนวนหนึ่งแล้วนำเงินที่ได้ไปใช้จ่ายในโครงการเฉพาะเจาะจงกล่าว คือ กองทุนที่กั้นเงินจากรายได้จากภาษีทั่วไป แต่นำไปใช้จ่ายในวัตถุประสงค์ เฉพาะเช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย เป็นต้น

2.5 สิทธิประโยชน์ของระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ

สิทธิประโยชน์(Benefit Package) หมายถึง ชนิดของบริการสุขภาพที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพซึ่งผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด หรือบางส่วนบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่รวมถึงการตรวจวินิจฉัยการรักษาพยาบาลการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพยา วัสดุอุปกรณ์ต่างๆทั้งนี้ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการครอบคลุมอาจได้รับการกำหนดในลักษณะที่ผู้ให้ประกันจัดทำเป็นรายการของบริการยาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เบิกได้(Positive List) หรืออาจกำหนดเป็น

²⁷ William Mcclary, 'The Earmarking of Government Revenue: A Review of Some World Bank Experience' (1991) 1 The World Bank Research Observer 81, 81-87.

รายการยกเว้นคือเบิกไม่ได้(Negative List) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างก็ได้โดยส่วนใหญ่การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์แบ่งออกได้เป็น3 รูปแบบได้แก่

2.5.1 การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน

การกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานก็เพื่อจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้ใช้สำหรับชนิดของบริการที่ถือว่าจำเป็น เป็นการจำกัดรายการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในอีกด้านหนึ่งการที่แสดงรายการว่าบริการใดบ้างที่ผู้ให้ประกันจะต้องรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจนก็เป็นการระบุอย่างน้อยที่สุดผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจะได้รับหลักประกันอะไรจากระบบประกันบ้าง เนื่องจากการตัดสินใจเลือกว่าบริการประเภทใดควรเป็นบริการพื้นฐานที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันเป็นการใช้วิจารณญาณของผู้ให้ประกันหรือผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมักตัดสินบนพื้นฐานของความต้องการของสังคมหรือของระบบประกันโดยรวมสำหรับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในบางประเทศเป็นเรื่องของผู้ให้ประกันแต่ละรายที่จะกำหนดเองโดยอิสระในขณะที่บางประเทศรัฐบาลอาจกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน หรือชุดบริการหลัก(Basic Benefits Package or Core Health Services) ที่ครอบคลุมโดยระบบประกัน คือ กำหนดว่าระบบประกันหรือผู้ให้ประกันแต่ละรายต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายของบริการใดบ้างตามรายการที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานถือว่าเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็นโดยระบบประกันสุขภาพใน ประเทศต่างๆ มักให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวางแก่สมาชิกโดยส่วนใหญ่ให้สิทธิ ประโยชน์ทั้งบริการผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในยาบริการทันตกรรมการฉีดวัคซีน เป็นต้น

ระบบประกันสุขภาพของหลายประเทศในเอเชียให้สิทธิประโยชน์บางอย่างที่มีเอกลักษณ์แตกต่างจากประเทศในทวีปอื่นเช่นประกันสุขภาพแห่งชาติของจีนไต้หวันญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ครอบคลุมการแพทย์แผนตะวันออกด้วยซึ่งถือเป็นการเปิดทางเลือกให้กับผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้นในขณะที่เดียวกันก็เป็นการส่งเสริมการแพทย์ที่พัฒนาจากภูมิปัญญาดั้งเดิมของชาตินอกจากนี้บางประเทศยังให้สิทธิประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์โดยตรง เช่น ในญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ให้เบิกค่าเดินทางไปและกลับจากโรงพยาบาลและค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ในส่วนประเภทบริการที่ยกเว้นหรือที่ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ให้เบิกมักประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ประเภทที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยหรือความเสียหายจากการเจ็บป่วยเช่นศัลยกรรมตกแต่งแว่นตา เป็นต้น

2.5.2 การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมหรือส่วนเสริม

หากควบคุมจำกัดให้ทุกคนต้องอยู่ภายใต้กรอบของชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานโดยไม่มีทางเลือกอื่น ก็จะเป็นเหตุที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่มีความแตกต่างหลากหลายของแต่ละบุคคลได้ด้วยเหตุนี้ระบบประกันสุขภาพจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความประสงค์จะได้รับบริการเพิ่มเติมนอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและมีความพร้อมที่จะจ่ายได้ก็สามารถที่จะมีทางเลือกที่จะซื้อบริการเพิ่มเติมโดยอาจเป็นในรูปของการจ่ายเงินค่าบริการส่วนที่เกินจากสิทธิพื้นฐานให้กับผู้ให้บริการเมื่อไปใช้บริการหรืออาจเป็นไปในรูปของการซื้อประกันสุขภาพสมทบโดยที่บุคคลที่ต้องการใช้บริการเพิ่มเติมเป็นผู้ซื้อประกันสมทบเอง

หรือนายจ้างซื้อสมทบให้เป็นสวัสดิการการจ้างงานก็ได้หนึ่งสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในการให้โอกาสการใช้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมคือ การเคลื่อนย้ายทรัพยากรภายในระบบ เนื่องจากโอกาสที่จะได้รับเงินจ่ายเพิ่มหากมีผู้ใช้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นแรงจูงใจทางการเงินแบบหนึ่งสำหรับผู้ให้บริการโดยเฉพาะในกรณีที่การจ่ายเงินค่าบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัวมีโอกาสเป็นไปได้ที่สถานพยาบาล อาจจำกัดค่าใช้จ่ายโดยการจัดให้ทรัพยากรเช่นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือในการตรวจรักษา เป็นต้นไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิพิเศษในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ใช้สิทธิพื้นฐาน หากเป็นเช่นนี้ จะเป็นการบิดเบือนการจัดสรรทรัพยากรของระบบบริการฉะนั้นระบบประกันต้องบริหารให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปิดให้มีทางเลือกที่หลากหลายแก่ผู้ใช้บริการกับความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบโดยควรต้องกำหนดให้มีหลักเกณฑ์ในการควบคุมและตรวจสอบการให้สิทธิพิเศษเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการจัดสรรที่ไม่เป็นธรรม

2.5.3 การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามประเภทการเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยแต่ละชนิดก่อให้เกิดภาระต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาความไม่เท่ากันเจ็บป่วยบางชนิดมีค่าใช้จ่ายต่ำ เช่นไข้หวัดโรคระเพาะ โรคปวดหลังบางชนิดมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าเช่นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในทั่วไปกลุ่มโรคเรื้อรังได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้นในขณะที่บางชนิดเป็นกลุ่มโรคที่ต้องใช้ค่ารักษาแพงมากเช่นมะเร็ง การผ่าตัดหัวใจและโรคไต เป็นต้นทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยแต่ค่าใช้จ่ายต่ำอาจเกิดขึ้นปีละหลายครั้งการดูแลรักษาทำได้ง่ายอาจสามารถดูแลรักษาเองหรือใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับต้น (ปฐมภูมิหรือPrimary Care) ได้ ซึ่งมีค่ารักษาไม่แพงโดยทั่วไปบุคคลหรือครอบครัวมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษานั้นได้อยู่แล้ว ส่วนการเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นไม่มากแต่ค่าใช้จ่ายสูงมากต้องได้รับการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางมักต้องใช้บริการของโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงบุคคลหรือครอบครัวอาจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้บางรายอาจต้องกู้หนี้ยืมสินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลจนมีชื่อเรียกกลุ่มความเจ็บป่วยเหล่านี้ว่าความเจ็บป่วยแบบหายนะ(Catastrophic Illness)

การพิจารณากำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้ระบบประกันครอบคลุมหรือรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายสำหรับความเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยแต่ค่าใช้จ่ายต่ำกับความเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นไม่มากแต่ค่าใช้จ่ายสูงหรือทั้ง 2 ประเภทนั้น โดยปกติผู้ใช้บริการต้องการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมสำหรับทุกโรคและค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงศักยภาพทางการเงินของระบบด้วย กล่าวคือ ในระบบประกันที่อุดหนุนด้วยภาษีทรัพยากรย่อมมีจำกัดการนำเงินไปจ่ายค่ารักษาโรคไม่ร้ายแรงมากขึ้นทำให้การจ่ายค่ารักษาโรคร้ายแรงน้อยลงส่วนในระบบที่ใช้เบี้ยประกันการครอบคลุมมากอาจหมายถึงต้องเก็บเบี้ยประกันสูงขึ้น การจัดสรรทรัพยากรที่ต้องเลือกในแง่นี้ จึงมีประเด็นพิจารณาว่า ระบบประกันสุขภาพจะให้การครอบคลุมตั้งแต่เงินบาทแรก หรือครอบคลุมโรคเบื้องต้น(Front End Coverage)หรือไม่หรือจะให้ครอบคลุมเฉพาะในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงปานกลางและค่าใช้จ่ายหายนะ(Catastrophic Insurance) เท่านั้นอนึ่งระบบประกันสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่มักจัดให้ครอบคลุมโรคทั้งประเภทที่ค่าใช้จ่ายต่ำ ปานกลาง และสูงแต่ปรัชญาการให้บุคคลรับผิดชอบโรคค่าใช้จ่ายต่ำเองและระบบประกันรับผิดชอบโรคค่าใช้จ่ายสูงได้รับการนำมาใช้ใน

ภาคปฏิบัติในบางประเทศตัวอย่างเช่น สิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่สิทธิประโยชน์ของระบบประกันหลัก คือ Medisave ครอบคลุมบริการผู้ป่วยในและยกเว้นบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ซึ่งมักเป็นการดูแลความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆส่วนฝรั่งเศสกำหนดให้ผู้ใช้บริการร่วมจ่ายค่ายาร้อยละ 65 สำหรับรักษาความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ但对于โรคอื่นที่ร้ายแรงกว่าผู้ใช้บริการร่วมจ่ายค่ายาเพียง35% หรือไม่ต้องจ่ายเลยขึ้นกับกลุ่มโรคในทางตรงข้ามประกันสุขภาพเอกชนจำนวนมากกำหนดข้อยกเว้นการครอบคลุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากประเภทหายนะ(Catastrophic Insurance) เพื่อลดภาระความเสี่ยงของบริษัทประกันเองหรืออาจแยกขายเป็นประกันต่างหากออกจากประกันสุขภาพทั่วไปและเก็บเบี้ยประกันในอัตราสูง

บทที่ 3

กฎหมายที่เกี่ยวกับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 บทบัญญัติรัฐธรรมนูญด้านสิทธิการสาธารณสุขของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่ 20 ของประเทศไทย ซึ่งสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ได้ทรงพระราชทานตราไว้ ณ วันที่ 6 เมษายน พุทธศักราช 2560 มีทั้งหมด 16 หมวด มีทั้งสิ้น 279 มาตรา (ไม่รวมบทเฉพาะกาล) ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ดังนี้

ในหมวดที่ 1 ว่าด้วยบททั่วไป ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบัญญัติที่สำคัญของรัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติไว้เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนไทยที่ต้องได้รับการคุ้มครองในด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งทำให้การออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจะต้องเคารพถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของปวงชนชาวไทยและได้มีการบัญญัติเพิ่มเติมเพื่อขยายความไว้

ในหมวดที่ 3 ว่าด้วยเรื่องสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 27 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายมีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายที่เท่าเทียมกันและไม่ว่าชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันทางกฎหมาย ไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษาเพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือแม้กระทั่งความแตกต่างด้านความคิดเห็นทางการเมือง เป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น และประการสำคัญเพื่อเป็นการคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการหรือผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับสิทธิและการบริการจากภาครัฐอย่างเท่าเทียม

ในหมวดที่ 3 ว่าด้วยเรื่องสิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยได้บัญญัติไว้ในมาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐบุคคลยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนดบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายซึ่งรัฐธรรมนูญปัจจุบันได้กำหนดให้รัฐให้หลักประกันแก่ประชาชนในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ²⁸

ในด้านสิทธิของประชาชนเกี่ยวกับด้านการบริการสาธารณสุข ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 43 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสีย

²⁸ กฤษฎณ์ ขุนสิิก (เชิงอรรถ 3) 55.

ค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยได้บัญญัติไว้ในมาตรา 48 กล่าวโดยสรุป คือ สิทธิมารดาย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตร และประชาชนไทยผู้สูงอายุที่มีอายุเกินหกสิบปี และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสวัสดิการต่าง ๆ ที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติซึ่งประชาชนในกลุ่มเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการหรือผู้ด้อยโอกาส ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางในสังคมเป็นกลุ่มประชาชนที่รัฐต้องให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือ เพราะหากเกิดผลกระทบใด ๆ ต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ จะมีความเสี่ยงและความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ การบริการสาธารณสุขก็เป็นมิติที่สำคัญที่ประชาชนกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพและไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้อยู่ภาวะที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ได้รับความเดือดร้อนจากภาระค่าใช้จ่ายอันมีผลกระทบจากการไปรับบริการสาธารณสุข และในการออกนโยบายของรัฐต้องพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรง หรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด พิ้นฟูและเยียวยาหากเป็นผู้ถูกกระทำดังกล่าว ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 71

สิทธิธรรมชาติเป็นสิทธิที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปซึ่งไม่ต้องบัญญัติเป็นกฎหมาย เป็นสิทธิอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกัน ส่วนสิทธิอีกส่วนหนึ่งคือสิทธิทางกฎหมายเป็นสิทธิที่เกิดขึ้นโดยกฎหมายบัญญัติเพื่อการคุ้มครองผู้ป่วย เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 มาตรา 55 บัญญัติไว้ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุดบริการสาธารณสุขตามวาระหนึ่ง ต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

มาตรา 56 “รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุขุปกุณขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน โครงสร้างหรือโครงข่ายขั้นพื้นฐานของกิจการสาธารณสุขุปกุณขั้นพื้นฐานของรัฐอันจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนหรือเพื่อความมั่นคงของรัฐ ซึ่งรัฐจะกระทำด้วยประการใดให้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของเอกชนหรือทำให้รัฐเป็นเจ้าของน้อยกว่าร้อยละห้าสิบเอ็ดมิได้

การจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุขุปกุณตามวาระหนึ่งหรือวาระสอง รัฐต้องดูแลให้มีการเรียกเก็บค่าบริการจนเป็นภาระแก่ประชาชนเกินสมควรการนำสาธารณสุขุปกุณของรัฐไปให้เอกชนดำเนินการทางธุรกิจไม่ว่าด้วยประการใดๆ รัฐต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนอย่างเป็นธรรมโดยคำนึงถึงการลงทุนของรัฐ ประโยชน์ที่รัฐและเอกชนจะได้รับและค่าบริการที่จะเรียกเก็บจากประชาชนประกอบกันจะได้รับความคุ้มครอง และการบังคับให้เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีการละเมิดด้วย โดยการให้บริการสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญนี้

จะครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งในหมวด 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 54 ว่า รัฐต้องดำเนินการให้เด็กเล็กได้รับการดูแลพัฒนา ก่อนเข้ารับการศึกษาเพื่อพัฒนาร่างกายจิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัยส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ที่ได้ให้คำนิยามของคำว่า “ระบบสุขภาพที่ดี” ไว้ว่า ระบบสุขภาพที่ดี คือ การบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกคนตามที่พวกเขาต้องการ การกำหนดการบริการจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่ในทุกกรณีต้องใช้กลไกทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและได้รับค่าจ้างอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีปัจจัยซึ่งจะเป็นฐานในการตัดสินใจและกำหนดนโยบายการอภิบาลโครงสร้างพื้นฐานและระบบส่งต่อที่ดี เพื่อส่งมอบการบริการและเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ” ซึ่งตัวกำหนดที่สำคัญที่แสดงว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ดีที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้แก่

1. การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
2. การป้องกันประชาชนจากสิ่งที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ
3. การป้องกันความเดือดร้อนของประชาชนจากผลกระทบทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย
4. การให้บริการและการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม และให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ

ระบบสุขภาพเป็นองค์ประกอบ (Element) หรือระบบย่อย (Sub system) ระบบหนึ่งของ ระบบสังคม (Social system) เป็นกลไกทางสังคมซึ่งแพร่ทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้าให้เป็นผลผลิตในรูปแบบการบริการทางสุขภาพ (Health service) โดยมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย หรือส่งเสริมสุขภาพประชาชนในสังคม มีเป้าหมายที่ประชาชนเป็นหลัก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ เช่น วิถีชีวิต การศึกษา การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น²⁹

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

สิทธิของผู้รับบริการสาธารณสุข

นักกฎหมายมีความเห็นต่อความหมายของคำว่า “สิทธิ” แบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกเห็นว่า สิทธิ คือ “อำนาจที่กฎหมายให้แก่บุคคลในอันที่จะมีเจตจำนง” อีกกลุ่มหนึ่งมองว่าสิทธิ คือ “ประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองให้” เช่น สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังบทบัญญัติมาตรา 47 แห่งรัฐธรรมนูญต่อไปนี้

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

²⁹ จีระศักดิ์ เจริญพันธุ์ และเฉลิมพลตันสกุล, *พฤติกรรมผู้บริโภค* (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2550).

จากบทบัญญัติข้างต้นเป็นเรื่องสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุข จะเห็นได้ว่ารัฐมีหน้าที่ที่จะต้องให้บริการด้านสาธารณสุข เพื่อสุขภาพของประชาชน ดังนี้

- (1) เหมาะสมและได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคกัน
- (2) ไม่เสียค่าใช้จ่าย ถ้าเป็นประชาชนผู้ยากไร้
- (3) ทัวถึงและมีประสิทธิภาพ
- (4) ป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายและทันต่อเหตุการณ์

สิทธิของผู้รับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 นั้นหมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทย เนื่องจาก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 บัญญัติขึ้นตามรัฐธรรมนูญซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ดังนั้น ความหมายของชาวไทยหมวด 3 นี้หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยจึงไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าว

นอกจากนี้มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2549 ได้ชี้ว่า “กรณีสิทธิการได้รับการรักษาพยาบาลตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคนั้นใช้ได้สำหรับผู้ที่ได้รับสัญชาติไทยเท่านั้น สำหรับบุคคลที่มีสถานะอื่นจะต้องชำระค่าบริการ ยกเว้นกรณีเป็นการให้การรักษาพยาบาลตามหลักมนุษยธรรม” แม้ว่าฝ่ายกฎหมายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลจะระบุชัดเจนว่า ผู้มีสิทธิต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น แต่ข้าพเจ้ามีความเห็นว่าสิทธิในรัฐธรรมนูญมีทั้งส่วนสิทธิพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันโดยมีข้อยกเว้นและสิทธิพลเมืองซึ่งเป็นสิทธิที่ผูกติดกับประเทศที่เป็นเจ้าของสิทธิ จึงมีความเห็นว่า แม้เป็นคนต่างด้าวก็ควรจะได้รับสิทธิทางสาธารณสุขหากมีความจำเป็นโดยเฉพาะโรคติดต่อที่สามารถแพร่ระบาดซึ่งเป็นผลกระทบเชิงลบต่อสังคม เช่นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นต้น

3.2 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด้วยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถือได้ว่าเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย วางทิศทางระบบสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อลดความเจ็บป่วย โดยเน้นการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาควิชาการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาคประชาชน ภาคการเมือง และภาคราชการ ซึ่งจะเป็นการยกระดับสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น มีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายสุขภาพฉบับแรก ที่ผ่านกระบวนการจัดทำที่ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชนมีส่วนร่วม และก็ได้มีการประกาศ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกาเล่ม 124 ตอนที่ 16 ก ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด 55 มาตรา

โดยนิยามใหม่ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิต วิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรค

เท่านั้นสุขภาพจึงเป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่เฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น และวางกลไกการทำงานให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ภายใต้การเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์จากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” ประกอบด้วย

- (1) นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ
- (2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวง (ตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนด จำนวนสี่คน) เป็นกรรมการ
- (3) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ
- (4) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสี่คน) เป็นกรรมการ
- (5) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีกฎหมายรับรอง (ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสี่คน) เป็นกรรมการ
- (6) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม ด้านการศึกษา ด้านพัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการบริหารหรือกฎหมาย ด้านสื่อสารมวลชน ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านพัฒนาชุมชนเป้าหมายเฉพาะ (ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือห้าคน) เป็นกรรมการ
- (7) ผู้แทนองค์กรภาคประชาชน (ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือสิบสามคน) เป็นกรรมการ
- (8) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน (ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือสองคน) เป็นกรรมการ

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขาธิการแต่งตั้งข้าราชการในสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ และให้องค์กรภาคเอกชน ชื่นทะเบียนเพื่อส่งผู้แทนและเลือกกันเองเป็น คสช. โดยขึ้นทะเบียนตามกลุ่มกิจกรรม ดังนี้

- 1).กลุ่มขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิก
- 2). กลุ่มขององค์กรที่ดำเนินงานด้านอาสาสมัคร จิตอาสา หรือ รมรงค์เผยแพร่
- 3).กลุ่มขององค์กรที่ดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4).กลุ่มขององค์กรที่ดำเนินงานด้านการพัฒนาในพื้นที่ชุมชน
- 5).กลุ่มขององค์กรที่ดำเนินงานด้านพัฒนาชุมชน สังคม นโยบายสาธารณะ พัททกษสิทธิมนุษยชน การศึกษา ศาสนา หรืออื่นๆ โดยขอรับเอกสารได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สพช.) ทั้งนี้สาระสำคัญในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ได้กำหนดให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นความลับส่วนบุคคล ไม่สามารถนำไปเปิดเผยโดยไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้น ส่วนข้อมูลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน หน่วยงานของรัฐต้องเปิดเผยข้อมูลและวิธีป้องกันให้ประชาชนทราบโดยเร็ว ด้านการจัดการ จัดให้มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีฐานะเป็นนิติบุคคล³⁰ เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็น

³⁰ มาตรา 24 ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รับผิดชอบงานธุรการ และมีคณะกรรมการบริหารรายได้ ซึ่งได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้เป็นรายปีและรายได้อื่นตามกำหนดนอกจากนี้ กำหนดให้ คสช. มีหน้าที่จัดหรือสนับสนุนให้ประชาชนจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น และจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในเรื่องการจัดการแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพ โดยจะมีการตราธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพของประเทศ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้ จะส่งผลถึงสุขภาพของประชาชนไทยได้รับการคุ้มครองดูแลอย่างทั่วถึงทุกเพศ ทุกกลุ่มวัย อาชีพ ต่อไปนี้ประชาชนจะเป็นตัวหลักในการกำหนดนโยบายสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขต้องปรับมาเป็นผู้สนับสนุนและร่วมเรียนรู้กับประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับจะทำงานร่วมกับประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน ปรับบทบาทจากผู้คิดเองทำเองฝ่ายเดียว มาเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ สนับสนุนกระบวนการทำงานต่าง ๆ และเข้าร่วมกับประชาชนในการทำสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่มีผลดีต่อสุขภาพ ผ่านคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไปสู่คณะรัฐมนตรี ให้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกระทรวงต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่ายภาคประชาชน นำไปปฏิบัติในส่วนที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องให้เกิดผลสำเร็จ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งได้รับการกล่าวว่าเป็นกฎหมายฉบับแรก³¹ ของประเทศไทย ที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากสังคมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์ โดยใช้ระยะเวลาถึง 8 ปีเต็มจึงมีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการในฐานะธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย นั้นจึงมีความเป็นมาอันน่าสนใจและควรค่าต่อการศึกษาเรียนรู้สำหรับประชาชนอย่างยิ่ง ซึ่งมีสาระสำคัญโดยสรุปดังนี้ เมื่อปี พ.ศ. 2542 คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภาได้จัดทำรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ขึ้น³² เพื่อหวังให้เป็นแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมี ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นประธานจัดทำข้อเสนอ ถือกันว่าเป็นครั้งแรกที่คำว่า “ระบบสุขภาพ” (Health Systems) ถูกใช้อย่างเป็นทางการ เพื่อให้ความหมายที่ครอบคลุมกว้างกว่าระบบสาธารณสุข (Public Health Systems) ที่ใช้กันมาแต่เดิม ต่อมาปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ³³ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมี

³¹ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญสุขภาพคนไทย ให้ อะไรกับประชาชน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2540) 24.

³² สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ‘พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550’ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) <<https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/26902>> สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2565.

³³ การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2558).

วัตถุประสงค์การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทยซึ่งกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ใช้การทำงานทางวิชาการเป็นฐาน เชื่อมโยงเข้ากับการเคลื่อนไหวโดยให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นและเสนอแนะอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีประชาชนทั่วประเทศเข้าร่วมกระบวนการร่างกฎหมาย พ.ร.บ.สุขภาพ เป็นจำนวนมาก มีการรณรงค์เชิญชวนประชาชนลงชื่อสนับสนุนร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้กว่า 4.7 ล้านคน ผ่านโครงการรณรงค์ร่วมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาทเมื่อปี พ.ศ. 2545 และมีประชาชนรวมตัวกันเข้าชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในนามภาคประชาชนตามช่องทางของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 กว่า 1 แสนคน เมื่อปี พ.ศ.2547

ในระหว่างการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปี 2543-2549 มีการนำสาระสำคัญบางประการในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาทดลองปฏิบัติ³⁴ เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นต่างๆ เช่น ประเด็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ประเด็นผลกระทบด้านสุขภาพจากการทำอุตสาหกรรม ประเด็นเกษตรและอาหารปลอดภัย ประเด็นความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้นต่อมา ในปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้เห็นชอบให้ผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ออกมาใช้เป็นกฎหมายได้อย่างเป็นทางการพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงกลายมาเป็น “เครื่องมือใหม่” อีกชิ้นหนึ่งของสังคมไทย ที่จัดให้มีกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพด้วยกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายในสังคมที่ประกอบด้วยประชาชนที่มาจากวัฒนธรรม และสภาพเงื่อนไขที่กำหนดภาวะสุขภาพอันแตกต่างหลากหลาย กลไกต่าง ๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงมีหน้าที่หนุนเสริมกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็นกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ กลไกภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลไกภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กลไกภายใต้ พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ผสานตัวเข้าหากัน เพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่มุ่งสู่ทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ร่วมกันต่อไป

³⁴ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เชิงอรรถ 32).

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบระบบกองทุนสุขภาพของประเทศไทย

	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพของ ภาคเอกชน
1.ลักษณะพื้นฐาน	สวัสดิการสำหรับ ข้าราชการหรือครอบครัว ราชการ	สิทธิขั้นพื้นฐานของ ประชาชนโดยการร่วมจ่าย ยกเว้นผู้ยากไร้	ความมั่นคงด้านสังคม ต่อลูกจ้างภาคเอกชน	การประกันตนเอง
2.ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการและผู้อาศัย สิทธิของข้าราชการ	ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ใน สิทธิของข้าราชการและ ประกันสังคม	หน่วยงานเอกชนที่มี ลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป	ผู้ซื้อประกันภัยกับบริษัท ประกันภัยภาคเอกชน
3.จำนวนผู้มีสิทธิ	5.5 ล้านคน	48.6 ล้านคน	10.7 ล้านคน	3.4 ล้านคน
4.แหล่งเงินหรือ แหล่งรายได้	งบประมาณของรัฐ	งบประมาณของรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้างฝ่ายละ เท่ากัน คือร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน โดยมี เพดานเงินเดือนสูงสุดที่ ใช้คำนวณ 15,000 บาท	ผู้ซื้อประกันให้ตนเอง ประกันกลุ่ม หน่วยงาน เอกชนซื้อให้พนักงาน
5.รูปแบบวิธีการ จ่ายเงินให้แก่ สถานพยาบาล	กรณีผู้ป่วยนอก : จ่ายค่า รักษาพยาบาลตามจ่าย จริงกรณีผู้ป่วยใน : ตาม	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่า รักษาพยาบาล จำกัด อัตราเบิกของผู้ป่วยตาม รายโรค และจ่าย	เหมาจ่ายรายหัวรวม สำหรับบริการผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน และ จ่ายเพิ่มกรณีภาระเสี่ยง	ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์
	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพของ ภาคเอกชน
	รายโรคในอัตราที่กำหนด (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	เพิ่มในกรณีโรคร้ายแรง	และโรคร้ายแรง	
6.หน่วยงาน รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	บริษัทประกันภัย ภาคเอกชน
7.การเข้าถึงยา	ยาในบัญชียาหลัก และยา นอกบัญชี ภายใต้กรอบ การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	เฉพาะยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติเป็นหลัก แต่ไม่ จำกัดสิทธิการใช้ยานอก บัญชี	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยานอกบัญชี ตามสิทธิ ในกรมธรรม์ประกันภัย

ที่มา: สภาปฏิรูปแห่งชาติ

ตารางที่ 3.2 ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และระบบอื่น ๆ

	สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ (CSMBS)	สวัสดิการ รักษาพยาบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงาน รัฐอื่น ๆ	ประกันสังคม (SHI)	หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ (UCS)	หลักประกัน สุขภาพ สำหรับบุคคล ที่อยู่ระหว่าง รอพิสูจน์ สถานะและ สิทธิ	ประกันสุขภาพ สำหรับแรงงาน ต่างด้าวที่ได้รับ ผ่อนผันทำงาน	การสร้าง เสริมสุขภาพ (HP)	การเจ็บป่วย ฉุกเฉิน การกู้ชีพ และการส่งต่อ (EMS)	การประสภภัย จากรถ (RAV)
กฎหมาย	พระราชกฤษฎีกา ๒๕๒๓ และที่ แก้ไขเพิ่มเติม	ระเบียบ สวัสดิการค่า รักษาพยาบาล ของแต่ละ หน่วยงาน	พรบ.ประกัน สังคม ๒๕๓๓ และที่แก้ไข เพิ่มเติม	พรบ.หลัก ประกัน สุขภาพ แห่งชาติ ๒๕๔๕	มติ ครม.	มติ ครม.	พรบ.กองทุน สนับสนุน การสร้าง เสริมสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๔	พรบ. การแพทย์ ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑	พรบ.คุ้มครอง ผู้ประสบภัย จากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไข เพิ่มเติม
หน่วยงาน รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	แต่ละหน่วยงาน บริหารจัดการเอง	สำนักงาน ประกันสังคม (สปส.) กระทรวง แรงงาน	สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	สำนักงาน กองทุน สนับสนุน การสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)	สถาบัน การแพทย์ ฉุกเฉิน แห่งชาติ (สพฉ.)	สำนักงาน คกก.กำกับ และส่งเสริม ธุรกิจ ประกันภัย (คปภ.)

ที่มา: ผู้วิจัย

3.3 โครงสร้างของระบบกองทุนประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Healthcare) เพื่อที่จะให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นบริการพื้นฐานที่รัฐพึงจัดให้ ระบบดังกล่าวนี้มักเติบโตมาจากระบบประกันสุขภาพในสาขาธุรกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการต่อรองระหว่าง สหภาพแรงงานกับนายจ้างในสาขาธุรกิจนั้น ๆ โดยมักจะเป็นธุรกิจหรืออาชีพที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ หรือความปลอดภัยสูง เช่น ธุรกิจเหมืองแร่ ถลุงเหล็ก หรืออาชีพทหารตำรวจ เป็นต้น ต่อมาหลายประเทศได้ เพิ่มจำนวนสาขาธุรกิจหรืออาชีพที่มีการจัดทำประกันสุขภาพให้กับพนักงานเพื่อให้ครอบคลุมประชากรในวง กว้างมากขึ้น และสุดท้ายจะเป็นการพัฒนาไปสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งประชาชนทุกคนไม่ว่าจะประกอบอาชีพใด หรือผู้ที่ไม่มียานทำก็สามารถได้รับบริการการรักษาพยาบาลอย่าง ถ้วนหน้า

แม้พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งส่วนมากจะ คล้ายคลึงกัน แต่บางประเทศ เช่น อังกฤษ ซึ่งเป็นประเทศที่สามารถควมรวบระบบประกันสุขภาพที่ หลากหลายเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบเดียวกัน และในขณะที่ประเทศอื่น เช่น ประเทศฝรั่งเศส ซึ่งไม่สามารถควมรวบได้³⁵ ทำให้ประเทศฝรั่งเศสมีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ

³⁵ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (เชิงอรธ 8).

โดยมีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นลูกจ้างในภาคธุรกิจ ผู้ที่ยากจน กลุ่มธุรกิจ และกลุ่มอาชีพ ในการนี้ โดยทั่วไปแล้วระบบประกันสุขภาพในประเทศใดประเทศหนึ่งที่มีมากกว่าหนึ่งระบบนั้น อันเนื่องมาจากมีกลุ่มอาชีพบางกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้เกิดขึ้นภายหลัง โดยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการไทยกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามตารางนี้เป็นประเทศที่รัฐเป็นทั้งผู้ซื้อบริการสาธารณสุข (payer) และเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข (provider) อันเนื่องมาจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐและมีรูปแบบในลักษณะเดียวกับของประเทศไทย

ตารางที่ 3.3 การจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพประจำปี 2019

ลำดับที่	ประเทศ
1	ไต้หวัน
3	ญี่ปุ่น
8	ฝรั่งเศส
6	ไทย

ที่มา: <<https://Hfocus.org>, เจาะลึกระบบสุขภาพ สำนักข่าว Hfocus .มูลนิธิวิถีวัฒนธรรมสาธารณสุขไทย>

3.3.1 ประเทศญี่ปุ่น (Japan)

ประเทศญี่ปุ่นมีประชากรประมาณ 128 ล้านคน ซึ่งมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานที่สุดในโลก แต่ค่าใช้จ่ายสุขภาพไม่ได้สูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 7.8% ของ GDP (6.3% โดยภาครัฐ 1.5% โดยภาคเอกชน) ผู้ให้บริการส่วนใหญ่กว่า 83% เป็นภาคเอกชน งบประมาณหลัก (84%) ที่ใช้สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายจากผู้จ้างงาน ผู้ถูกจ้างงานและรัฐบาล ประเทศญี่ปุ่นมีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุนที่จำแนกตามกลุ่มอาชีพและทุกคนอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Kai Hoken)³⁶ โดยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือได้แก่

1. กลุ่มลูกจ้างและพนักงานภายใต้ระบบ (Employee's Health and Pension Insurance) ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเภท คือ

³⁶ ฤกษ์ณ พงศ์พิรุฬห์, การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพประสบการณ์จาก 10 ประเทศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551) 47.

(1) Society-managed Health Insurance (Kumiai) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการ อัตราเบี้ยประกันอยู่ที่ 8.5% ของรายได้

(2) Government-managed Health Insurance (Seikan) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดกลางและเล็ก มีอัตราเบี้ยประกัน 8.5% ของเงินเดือน

(3) Mutual Aid Associations (Kyosai Kumiai) ครอบคลุมพนักงานของรัฐ ครูเอกชน และผู้พึ่งพิง อัตราเบี้ยประกัน 8.5% ผู้ป่วยในระบบนี้ หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 10% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30%

2. ระบบประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของกิจการ ผู้เกษียณอายุและผู้พึ่งพิง (National Health Insurance, Kokuho)

3. กลุ่มบุคคลทุกคนที่ไม่มีประกันสุขภาพตาม ข้อ 1) และ 2) เช่น ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ที่ไม่มีอาชีพ ผู้ที่เกษียณอายุ เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly, Roken)

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของแต่ละกลุ่มจะไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก แต่อัตราการร่วมจ่ายสำหรับกลุ่มอาชีพอิสระหรือผู้เกษียณอายุจะค่อนข้างสูง เพราะไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง แต่สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 70 ปี รัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายให้เกือบทั้งหมด โดยโอนมาจากค่าเบี้ยประกันจากส่วนของลูกจ้างและผู้ทำงานอิสระ

รูปแบบระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นแบ่งเป็น 5 ประเภท³⁷ ประกอบด้วย

- 1) National Health Insurance
- 2) Mutual aid association
- 3) Advanced Elderly Medical Service System
- 4) Public-corporation-run Health Insurance
- 5) Society-managed, employment-based Health Insurance

โดยส่วนใหญ่จะมีบริษัทเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งมีการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้เอาประกันแต่ละกองทุนไว้ ในประเทศญี่ปุ่นจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไปสู่ระดับท้องถิ่น ซึ่งจะรับผิดชอบด้านสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเอง หากแต่จะต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นโดยส่วนกลางเป็นหลักโดยเฉพาะในส่วนของสิทธิประโยชน์ อัตราการร่วมจ่าย และการเก็บค่าเบี้ยประกันที่จะต้องเก็บตามรายได้เท่านั้น เพื่อที่จะให้บริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับมีความเท่าเทียมกันไม่ว่าจะมีสุขภาพหรือถิ่นที่อยู่อาศัยที่ใดก็ตาม ซึ่งหน่วยงานในระดับท้องถิ่นเป็นเพียงผู้รับผิดชอบด้านการคลัง การเบิกจ่าย ตลอดจนการจัดการจัดหาบริการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของคนในท้องถิ่นเท่านั้น (โดยการทำสัญญากับผู้ให้บริการ³⁸ เช่น

³⁷ เฟ็งอ้าง, 2-4.

³⁸ เฟ็งอ้าง, 2-35.

แพทย์ โรงพยาบาล รถพยาบาล และคลินิก เป็นต้น) ตัวอย่างเช่น ในกรณีของญี่ปุ่น รัฐบาลท้องถิ่นในระดับเทศบาล (municipality) เป็นผู้รับผิดชอบในการให้ประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่ไม่มีงานทำ รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมที่นายจ้างต้องจัดให้แก่ลูกจ้างตามกฎหมาย

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีกองทุนสุขภาพที่หลากหลายมาก³⁹ โดยมีกองทุนสุขภาพสำหรับลูกจ้างบริษัทที่บริหารโดยนายจ้างซึ่งเป็นบริษัทขนาดใหญ่หลายกองทุน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับทุกกองทุน ทำให้ไม่มีความแตกต่างกันเท่าใดนักเพียงแต่อัตราการร่วมจ่ายของกลุ่มอาชีพอิสระและกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าในกรณีของกลุ่มลูกจ้างบริษัท เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากนายจ้างและรัฐบาล ญี่ปุ่นไม่ได้เข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายแทนนายจ้างดังเช่นในกรณีของประเทศฝรั่งเศส ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับต่างกัน และรัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดค่าใช้จ่าย โดยรัฐเป็นผู้กำหนดอัตราค่าตอบแทนของแพทย์และอัตราการเบิกจ่ายของการรักษาพยาบาลทุกประเภท

National Health Insurance⁴⁰ เป็นระบบประกันสุขภาพชุมชน (Community-based Health Insurance) ซึ่งครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ เช่น เจ้าของกิจการชานา ผู้เกษียณอายุรวมทั้งผู้พึ่งพิง คิดเป็น 34.7% ของประชากร แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเหมือนกับ Employee's Health Insurance แต่ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้จะมีสิทธิร่วมจ่าย (cost sharing) ที่สูงกว่าและได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปเงินสดที่จำกัดกว่า ซึ่งอัตราการจ่ายเบี้ยประกันจะแตกต่างกันไปตามพื้นที่และขึ้นอยู่กับรายได้และทรัพย์สินที่มีอยู่ ผู้ป่วยในระบบนี้หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 30% หากเป็นผู้เกษียณอายุต้องจ่าย 20% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้เกษียณอายุต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30% อีกทั้งสามารถให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์และสถานพยาบาลได้ตามต้องการ

ประเทศญี่ปุ่นมีค่าธรรมเนียมการพบแพทย์และทันตแพทย์โดยจะคำนวณค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งจะกำหนดค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนในอัตราเดียว คือร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายตามจริง แต่ค่าธรรมเนียมจะลดลงเหลือร้อยละ 20 ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หรือ ผู้สูงอายุเกิน 70 ปี ซึ่งค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเกิน 75 ปี และผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลในอัตราร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงด้วย สำหรับประเทศญี่ปุ่นนั้นรัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดค่าใช้จ่าย โดยรัฐเป็นผู้กำหนดอัตราค่าตอบแทนของแพทย์ และอัตราการเบิกจ่ายของการรักษาพยาบาลทุกประเภท

ในเรื่องระบบกองทุนประกันสุขภาพ National Health Insurance และระบบกองทุนประกันสุขภาพ Employee's Health Insurance ได้มีการกำหนดเพดานการมีส่วนร่วมร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพไว้ที่

³⁹ เฟ็งอ๋าง, 2-4.

⁴⁰ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1977 Article 2.

64,000 เยนต่อเดือน ซึ่งสามารถต่ำกว่านี้ได้ หากมีฐานะยากจนมากหรือได้จ่ายถึงระดับสูงสุดมาแล้ว 3 เดือนใน 1 ปี⁴¹

ระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นมีพื้นฐานคล้ายกับ Sickness Fund ของประเทศเยอรมัน⁴² ดังจะเห็นได้จากกฎหมาย Health Insurance Law (Kenpo-ho) ปี ค.ศ. 1922 ที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญต่อการเพิ่มผลผลิตและการทหารของประเทศ ซึ่งต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลายครั้งจนมาถึงกฎหมาย National Health Insurance Law ซึ่งออกในปี ค.ศ. 1958 และบังคับใช้จริงจังกในปี ค.ศ. 1961 ทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจนถึงปัจจุบัน จากฐานข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีงบประมาณหลัก (84%) ที่ใช้สนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายจากผู้จ้างงานผู้ถูกจ้างงานและรัฐบาล และมีการจ่าย Out-of-pocket ประมาณ 12%

ระบบกองทุน Health Insurance for the Elderly เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1983⁴³ เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกองทุนต่าง ๆ และเพื่อเป็นการให้มีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น ดังนั้นผู้ประกันตนในสองระบบแรกที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้พิการที่มีอายุ 65-69 ปีจะต้องเข้าระบบนี้โดยผู้ป่วยต้องจ่าย 500 เยนต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 2,000 เยนต่อเดือน) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและ 1,100 เยนต่อวัน สำหรับบริการผู้ป่วยในซึ่งเงินที่ได้จะเป็นเงินกองทุนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (Pooled Fund for the Elderly)

ในประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานพยาบาลเอกชน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาระบบในการกำกับควบคุมคุณภาพและค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลเอกชน ในลักษณะเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา⁴⁴ นอกจากนี้ ประเทศญี่ปุ่นยังมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายคล้ายกับกรณีของประเทศไทย⁴⁵ ซึ่งประเทศญี่ปุ่นสามารถที่จะบริหารจัดการจัดทำมาตรฐานให้ทุกกองทุนประกันสุขภาพจ่ายในอัตราเดียวกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายสาธารณสุขในปัจจุบันของไทย ซึ่งประเทศไทยก็มีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายระหว่างระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบด้วย

ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น มีการกำหนดอัตราการร่วมจ่าย จำแนกตามกลุ่มอายุโดยมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 10-30 แล้วแต่กรณี ซึ่งในกรณีกลุ่มของอายุต่ำกว่า 6 ปีมีอัตราร่วมจ่ายร้อยละ 20 ในกลุ่มอายุ 7-69 ปีมีอัตราร่วมจ่ายร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 70-74 ปีร่วมจ่ายร้อยละ 20 และในกลุ่มอายุ 75 ปี ขึ้นไปร่วมจ่ายร้อยละ 10 ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนด ซึ่งจะเห็นได้ว่าโดยทั่วไปคนส่วนใหญ่จะร่วม

⁴¹ เฟ็งอ้าง, 44.

⁴² เฟ็งอ้าง, 41.

⁴³ เฟ็งอ้าง, 44.

⁴⁴ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (เชิงอรรถ 36) 2.

⁴⁵ เฟ็งอ้าง, 2-2.

จ่ายในอัตราร้อยละ 30⁴⁶ ซึ่งประเทศญี่ปุ่นไม่ได้มีการกำหนดการยกเว้นค่าธรรมเนียมนำให้กับผู้มีรายได้น้อย (low income person)⁴⁷ เนื่องจากญี่ปุ่นมีระบบ Social assistance สำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยรัฐบาลแต่ละท้องถิ่นจะเป็นผู้จ่ายเงินแทนและกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงสุดแทน สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีการกำหนดเพดานสูงสุดที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นยังได้รับส่วนลดค่าใช้จ่ายร่วม โดยจะชำระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเพียงร้อยละ 10 ถึง 20 ขึ้นอยู่กับช่วงอายุของผู้ป่วย

ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดเก็บภาษีจากเงินเดือน (Payroll Tax)⁴⁸ ร้อยละ 3-10 ของรายได้ขึ้นอยู่กับประกันสุขภาพที่นายจ้างกำหนดให้นอกจากค่าเบี้ยประกันที่คำนวณเป็นสัดส่วนของรายได้แล้ว ผู้ประกันตนในประเทศญี่ปุ่นก็มีส่วนร่วมจ่ายด้วยการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นซึ่งผู้ประกันตนต้องร่วมจ่าย รัฐมิได้ออกให้หมดโดยรัฐจะรับภาระโดยเฉลี่ยแล้วประมาณร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุ และรัฐจะรับภาระโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ 20 ของเด็ก ในประเทศญี่ปุ่นมีการจำกัดเพดานวงเงินที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเอง (Out of Pocket : OOP)⁴⁹ โดยผันแปรตามระดับของรายได้ของผู้ประกันตนและลักษณะของโรค

อนึ่ง ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการร่วมจ่ายสูงทำให้ผู้ประกันตนมักทำประกันเพิ่มเติมกับเอกชนเพื่อที่จะลดหรือจำกัดวงเงินที่ต้องร่วมจ่ายหรือเพื่อที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมในประกันของภาครัฐเช่น ทันตกรรม การตัดแว่นหรือบริการรถพยาบาล เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้มีรายได้น้อยรัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้นหรือบางกรณี⁵⁰ คือ รับทั้งหมด ในด้านประกันสุขภาพเอกชนในประเทศญี่ปุ่นก็มีบทบาทในด้านบริหารจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ที่มียาได้สูงออกจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐและทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนโดยการกำหนดค่าเบี้ยประกันสุขภาพของรัฐตามระดับรายได้ของผู้ประกันตน ทำให้ผู้มีรายได้สูงมีค่าใช้จ่ายสูงหากต้องการคงอยู่ในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งต่างจากในกรณีของประกันภาคเอกชนซึ่งคำนวณเบี้ยประกันจากอายุและสุขภาพของผู้ประกันตนมิใช่รายได้ ดังนั้น ผู้มีรายได้น้อยมักเลือกที่จะประกันตนกับรัฐเพราะค่าเบี้ยประกันต่ำ ในขณะที่ผู้มีรายได้สูงที่มีสุขภาพดีหรือผู้ที่มีอายุน้อยมักเลือกที่จะซื้อประกันสุขภาพจากเอกชนเนื่องจากค่าเบี้ยประกันจะต่ำกว่าเบี้ยประกันของรัฐ

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ต้องเผชิญปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วอันสืบเนื่องจากการเข้าสู่วัยชราของประชากร⁵¹ วิธีการในการควบคุมต้นทุนของญี่ปุ่นเริ่มจากการที่คณะรัฐมนตรี

⁴⁶ เฟ็งอ้าง, 2-5.

⁴⁷ เฟ็งอ้าง, 2-33.

⁴⁸ เฟ็งอ้าง, 2-5.

⁴⁹ เฟ็งอ้าง, 2-6.

⁵⁰ เฟ็งอ้าง, 2-6.

⁵¹ เฟ็งอ้าง, 2-18.

กำหนดเป้าหมายอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามข้อมูลสถิติ⁵²ในแต่ละปีและกระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการสังคมใช้กลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยการกำกับอัตราเบี้ยประกันและอัตราค่าบริการ โดยมีการกำหนดอัตราค่าบริการใหม่ทุก 2 ปีเพื่อให้ค่ารักษาพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถรับได้ เนื่องจากสถานพยาบาลไม่สามารถกำหนดอัตราค่าบริการที่สูงไปกว่าอัตราที่รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนด การควบคุมราคาจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของญี่ปุ่น นอกจากนี้แล้วญี่ปุ่นยังมีข้อมูลสถิติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁵³ในรายละเอียดของบริการแต่ละประเภทที่ละเอียดและครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

อย่างไรก็ดีแม้การใช้ฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพประกอบกับอำนาจต่อรองในฐานะที่เป็นรัฐ ซึ่งจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ แต่คุณภาพในการรักษาพยาบาลเริ่มตกต่ำลง⁵⁴ เนื่องจากแพทย์ส่วนมากเลือกที่จะให้บริการในการรักษาทั่วไปในคลินิกมากกว่าที่จะปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล เนื่องจากค่าบริการแพทย์ที่รัฐกำหนดนั้นค่อนข้างต่ำ ทำให้แพทย์ที่ต้องการรายได้สูงต้องบริการคนไข้จำนวนมาก เนื่องจากมีรายได้เพิ่มจากการส่งตรวจสอบทางการแพทย์ (tests) และการสั่งยา ซึ่งเหมาะกับการรักษาขั้นปฐมภูมิ ทำให้การรอการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือการผ่าตัดในโรงพยาบาลของญี่ปุ่นมีกำหนดนัดที่ยาว

สถานพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นเป็นองค์กรที่ไม่แสวงกำไร โดยมีทั้งเอกชน สมาคมทางการแพทย์ รัฐบาลท้องถิ่นและองค์กรอิสระเป็นเจ้าของ⁵⁵ ส่วนการบริการในคลินิกนอกเวลาจะอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งคลินิกนอกเวลา มีรัฐบาลท้องถิ่นเป็นเจ้าของแต่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางเช่นเดียวกัน นอกจากนี้แพทย์ในประเทศญี่ปุ่นจะมีทั้งรูปแบบของเจ้าของคลินิกหรือลูกจ้างโรงพยาบาล รับเงินเดือนการให้บริการผู้ป่วยนอกระบบสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นนั้นไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในลำดับแรกก่อนที่จะไปสถานพยาบาล หรือ Gate keeper⁵⁶ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถเข้ารับการรักษาจากทั้งแพทย์อิสระและสถานพยาบาล โดยผู้ให้บริการทางการแพทย์จะเรียกเก็บค่าบริการจากสองช่องทาง คือ เรียกเก็บจากกองทุนประกันสุขภาพ (fee-for-service) และค่าบริการส่วนที่สองมาจากการจ่ายร่วมของผู้ประกันตน ตามอัตราที่กำหนดไว้ในรายการสิทธิประโยชน์ (fee schedule) รายการสิทธิประโยชน์นั้นมีรายละเอียดการเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทุกประเภท ผู้ให้บริการไม่สามารถเก็บค่ารักษาแตกต่างไปจากรายการที่กำหนดไว้รายการความคุ้มครองนั้นครอบคลุม ค่าการให้คำปรึกษา การตรวจโรค การ

⁵² เฟ็งอ้าง, 2-18.

⁵³ เฟ็งอ้าง, 2-18.

⁵⁴ เฟ็งอ้าง, 2-18.

⁵⁵ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, *กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ* (สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ 2559) 23.

⁵⁶ เฟ็งอ้าง, 29.

ตรวจสอบผลจากห้องวิจัยการจัดการโรคเรื้อรังและรายการการให้บริการอื่นๆ มากกว่า 4,000 รายการ รวมถึงรายการยาถึง 130,000 รายการ⁵⁷

การให้บริการผู้ป่วยในร้อยละ 72 ของจำนวนเตียงเป็นของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรและร้อยละ 28 เป็นจำนวนเตียงของโรงพยาบาลรัฐบาล และประมาณร้อยละ 50 ของรายการค่าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเรียกเก็บในรูปแบบ การจ่ายค่าบริการตามรายการ (Fee-for-service) ส่วนค่าใช้จ่ายรายการอื่นๆ จะคำนวณด้วยระบบ Diagnosis Procedure Combination (DPC), Diagnosis-related group (DRG) และ Case-mixclassification ผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถได้เงินสนับสนุนเพิ่มเติม ถ้าให้ความร่วมมือกับนโยบายเพิ่มคุณภาพบริการ เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการดูแลแบบประคับประคองหรือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁵⁸

สำนักประกันสุขภาพ (Health Insurance Bureau (HIB))

สำนักงานประกันสุขภาพตั้งขึ้นในฐานะหน่วยราชการส่วนหนึ่งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ⁵⁹(Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) โดยมีสำนักงานย่อยดูแลในบทบาทหน้าที่ต่างๆ เนื่องจากสำนักประกันสุขภาพเป็นฝ่ายเลขานุการให้แก่สภาที่ปรึกษาาระบบประกันสุขภาพกลาง สำนักประกันสุขภาพจึงเปรียบเสมือนผู้อยู่เบื้องหลังการต่อรองในประเด็นต่างๆอย่างแท้จริง สำนักประกันสุขภาพมีหน่วยงานย่อยที่ติดต่อกับตัวแทนแต่ละฝ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

บทบาทหน้าที่หลักของสำนักประกันสุขภาพ⁶⁰

1. สนับสนุนเงินให้แก่กองทุนในระบบประกันสุขภาพที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้ต่ำและกองทุนสำหรับบุคคลที่มีอายุมากกว่า 75 ปีซึ่งมีสัดส่วนการสนับสนุนตั้งแต่ร้อยละ 16 ถึง ร้อยละ 74 ของค่าใช้จ่ายของแต่ละกองทุน

2. รับผิดชอบการจัดสรรเงินระหว่างกองทุนประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 50 ของรายรับค่าเบี้ยประกันของกองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ถูกจัดสรรโดยสำนักประกันสุขภาพตามหน้าที่นี้

3. กำกับการจ่ายเงินร้อยละ 95 ให้กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วยระบบ Fee Schedule โดยผ่านการตั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายสาธารณสุขไว้

4. เป็นตัวกลางในการเจรจาเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปของประเด็นต่างๆ ในระบบประกันสุขภาพของประเทศ

⁵⁷ เฟ็งอ้าง, 29.

⁵⁸ เฟ็งอ้าง, 29.

⁵⁹ เฟ็งอ้าง, 29.

⁶⁰ เฟ็งอ้าง, 29.

การสร้างความสะดวกระหว่างรายรับและรายจ่ายทางด้านรายจ่าย สำนักงานประกันสุขภาพจะต้องเจรจากับกระทรวงการคลัง ตัวแทนของกองทุน ตัวแทนนายจ้าง ลูกจ้าง เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้ต้องการลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ ส่วนในด้านรายจ่าย สำนักงานประกันสุขภาพต้องเจรจากับตัวแทนกองทุนต่างๆ เพื่อประเมินเงินสนับสนุนที่ควรจัดสรร

การสร้างความสะดวกระหว่างกองทุนสำนักงานประกันสุขภาพจำเป็นต้องประเมินจำนวนเงินสนับสนุนที่กองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่และกองทุนประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก (EHI) ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี⁶¹ ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพสำหรับบุคคลอื่นๆ (CHI)

การจัดการข้อมูล

รัฐบาลบังคับให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ร้อยละ 86 ของคลินิก และร้อยละ 95 ของร้านขายยา เรียกเก็บค่าบริการผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์⁶² ยกเว้นในเพียงบางพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์และเนื่องจากการผ่านกฎหมาย National Identification Number Act 2013 จึงทำให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเตรียมการใช้ระบบหมายเลขผู้ใช้บริการให้เป็นหมายเลขเดียวกันในปีพ.ศ. 2559 นอกจากนี้รัฐบาลญี่ปุ่นยังวางแผนการใช้เครือข่ายข้อมูลสุขภาพ (Health Information Network) ที่ครอบคลุมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายที่ประกาศใน New Strategy in Information and Communications Technology 2010 มีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

1. พัฒนาระบบข้อมูลการรักษาที่เข้าถึงได้โดยผู้ให้บริการทางการแพทย์ทุกราย
2. พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารทางสาธารณสุข (Telehealth Platform) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลให้เชื่อมโยงกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้
3. พัฒนาระบบในการตรวจสอบการใช้จ่ายได้เพื่อป้องกันผลไม่พึงประสงค์
4. สร้างระบบฐานข้อมูลการเบิก (Claim database) เพื่อประโยชน์ในการประเมินความต้องการของชุมชนและศึกษานโยบายที่เหมาะสมกับชุมชน⁶³

กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ⁶⁴ National Health Insurance Act 1983 มี 12 บท และบทเบ็ดเตล็ด (ส่วนเสริม)

กฎหมายกองทุนประกันสุขภาพฉบับนี้ เป็นการประกันในส่วนที่จำเป็นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยการบาดเจ็บ และการตาย รวมทั้งการคลอดบุตร การบริหารงานเกี่ยวกับระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ในส่วนใดให้อยู่ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับเดียวกันตามมาตรา 3 ไม่ว่าจะเป็เมืองหลวง

⁶¹ เฟิงอ้าง, 29.

⁶² เฟิงอ้าง, 29.

⁶³ เฟิงอ้าง, 29.

⁶⁴ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983

เมืองเล็ก ๆ หมู่บ้านหรือตำบลเล็ก ๆ ซึ่งจะทำหน้าที่บริหารระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันโดยมีองค์กรกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่บริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ ประชาชนหรือผู้ประกันตนสามารถเข้าสู่ระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติได้จะต้องเข้าไปในท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ในสถานทีนั้นๆ เช่น อยู่ในเมืองใดก็ต้องเข้าไปในเมืองนั้น การกำหนดให้รัฐบาลเข้ามามีส่วนช่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกันสุขภาพหลัก โดยที่รัฐบาลภายใต้คณะรัฐมนตรีจะรับภาระค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการบริการของระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติและในมาตรา 70 ได้ให้รัฐบาลเข้ามาช่วยในส่วนของเมืองหลวง เมืองเล็ก ๆ หรือหมู่บ้านที่มีผู้ประกันตนอยู่ ในกรณีมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นจริง ๆ โดยมีส่วนช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในอัตราสี่สิบต่อร้อยส่วนและค่าใช้จ่ายในส่วนในเรื่องสุขภาพโดยตรง คือ ค่ารักษาพยาบาลและค่ายา การเก็บค่าใช้จ่ายในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้ผู้ประกันหรือสมาชิกที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในทุกครั้งจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายในค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งนั้นๆด้วย โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะไม่เกี่ยวข้องกับภาษีสุขภาพที่จัดเก็บไว้แล้ว ผู้รับประกันตนจะเลือกเก็บเงินสนับสนุนจากหัวหน้าครอบครัว หรือสมาชิกของประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นๆ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดเก็บนั้นจะไม่นำมาเกี่ยวข้องกับภาษีสุขภาพที่จัดเก็บไว้แล้วโดยระบบจะจัดเก็บภาษีท้องถิ่นตามมาตรา 76

3.3.2 ประเทศอังกฤษ (UK)

ประเทศอังกฤษอังกฤษเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบรัฐสวัสดิการ แห่่งเงินมาจากภาษีที่รัฐจัดเก็บ (publicly funded)โดยมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี ค.ศ 1948 (พ.ศ. 2491) โดยรัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการ โดยมี National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการตามกฎหมาย National Health Service Act ค.ศ. 1977 และปัจจุบันเป็นกฎหมาย National Health Service act 2006 (NHS) ค.ศ.2006 (Section 223B, Section 223C)

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1988 นางมาร์กาเรต แทตเชอร์ นายกรัฐมนตรีอังกฤษในสมัยนั้นได้ประกาศว่าจะให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างถาวรถาวร และเป็นที่มาที่สำคัญของเอกสารนโยบาย (White Paper 1989) ที่ชื่อว่า Working for Patients ที่เสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างไม่เคยมีปรากฏในประเทศอังกฤษเลย และออกเป็นกฎหมาย National Health Service and Community Care Act 1990⁶⁵ ประเทศอังกฤษจึงมีระบบประกันสุขภาพของรัฐเพียงระบบเดียว⁶⁶ คือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้กับประชาชนทุกคน เนื่องจากมองว่าบริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายหรือกลุ่มอาชีพ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเอา

⁶⁵ อีริเกียรดิ เจริญเศรษฐศิลป์, รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศ อังกฤษ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544) 4.

⁶⁶ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (เชิงอรรถ 8) 2-3.

ประกันเอกชนในลักษณะของประกันเสริม (supplementary insurance) เพื่อที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายในส่วน
ของค่าใช้จ่ายสมทบ หรือเพื่อที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่มากกว่าที่ได้รับภายใต้ระบบ
ประกันของภาครัฐ ในอังกฤษไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการพบแพทย์ ส่วนการใช้บริการทางทันต
กรรมสามารถเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการรักษาได้ โดยจะกำหนดเพดานไว้ค่าธรรมเนียมไว้

ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ⁶⁷ ใช้แหล่งงบประมาณเงินภาษีเป็นหลัก
(81.5%) และมีเงินจากระบบประกันสุขภาพ (National Insurance) เพิ่มเติมอีกเล็กน้อย ในขณะที่การมีส่วนร่วม
ร่วมจ่ายคิดเป็น 2.1% ซึ่งได้จากค่ายา ค่าตรวจทางจักษุกรรม และค่าบริการทันตกรรม ซึ่งประชาชนทุกคน
สามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยค่าใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็น 8.1% ของ GDP ประเทศ (7%) โดย
ภาครัฐ และ(1.1%) โดยภาคเอกชน)

สำหรับรูปแบบการจัดการด้านการคลังนั้นอังกฤษเป็นประเทศแรกที่มีระบบการคลังที่จัดสรรจาก
งบประมาณอันได้จากการจัดเก็บภาษีทุกประเภท (Tax based system) โดยไม่มีการจัดเก็บภาษีเฉพาะ
(Earmarked Tax) แยกต่างหากจากการจัดเก็บภาษีรายได้บุคคลธรรมดาทั่วไปหรือจากค่าธรรมเนียม
ประกันสังคม สำหรับการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศอื่นๆที่ใช้รูปแบบดังกล่าวเหมือนกันคือ ประเทศไทย
มาเลเซีย สวีเดนและบราซิล⁶⁸

ประเทศอังกฤษที่มีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย โดยมีการจัดทำ
ประเมินคุณภาพและความพึงพอใจของบริการที่เปิดเผยต่อสาธารณชน รวมทั้งมีการจัดทำข้อตกลงในการ
ให้บริการที่มีคุณภาพกับสำนักงบประมาณ (Treasury) เพื่อแลกกับเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละ
ปี ประเทศอังกฤษไม่มีการจำกัดเพดานวงเงินที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเอง (Out of Own Pocket : OOP) ทำให้
ผู้ประกันตนต้องทำประกันเสริมกับบริษัทเอกชนเพื่อจำกัดค่าใช้จ่าย ในด้านประกันสุขภาพเอกชนสำหรับ
ประเทศอังกฤษมีบทบาทน้อยมากเนื่องจากประชาชนทุกรายได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพ
แห่งชาติประกันเอกชนจึงมีบทบาทเฉพาะในการให้สิทธิประโยชน์ “เพิ่มเติม” จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ
จากประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ⁶⁹ มี Department of Health ทำหน้าที่กำหนด
นโยบายสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งดูแล NHS (National Health Service) นอกจากนี้ยังมีกระทรวงอื่นๆที่
เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอีก คือ Department of Social Security, Department of the Environment,
Transport and the Regions, Ministry of Agriculture, Food and Fisheries, และ Department for
Education and Employment

⁶⁷ ระบบหลักประกันสุขภาพไทย 2555 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555) 4.

⁶⁸ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (เชิงอรรถ 8) 2-5.

⁶⁹ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (เชิงอรรถ 8) 75.

National Health Service (NHS)ได้รับการปฏิรูปเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากขึ้น โดยโครงสร้างปัจจุบันจะมี Primary Care Groups (PCGs)⁷⁰ ซึ่งหมายถึงกลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ 50,000 ถึง 250,000 คนส่วนที่สองคือ NHS Trusts เป็นคู่สัญญาที่มีหน้าที่ดูแลการให้บริการสุขภาพ ประเทศอังกฤษมีโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 230 แห่ง ซึ่งมี 5 กลุ่ม คือ General Healthcare Group Ltd., Nuffield Trust Ltd., BUPA Hospitals Ltd., Community Hospitals Group, และ PPP Columbia Healthcare Ltd. ที่เป็นผู้นำตลาด โดยเป็นเจ้าของกว่า 60% ของโรงพยาบาลเอกชนที่มีในประเทศ (65% ของจำนวนเตียงโรงพยาบาลเอกชน) ประชาชนเกือบทุกคนได้รับการขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner, GP)ซึ่งสามารถรับบริการได้ทุกอย่างตลอด 24 ชั่วโมง โดยสามารถเลือกแพทย์ที่ตนเองต้องการได้เฉพาะในพื้นที่ซึ่งแพทย์ GP จะเป็นผู้ดูแลเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเมื่อจำเป็น

จากข้อมูลมีแพทย์ GP(General Practitioner) 27,392 คน ซึ่งจะให้บริการเป็น 8,994 กลุ่มแพทย์ (Practice) คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3 คนต่อกลุ่ม โดยมีแนวโน้มที่กลุ่มจะใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบัน 63% ของกลุ่มแพทย์มีแพทย์ GP อยู่ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป กลุ่มแพทย์เหล่านี้ให้บริการในลักษณะการเป็นคู่สัญญากับ NHS(National Health Service)นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ (District General Hospital)⁷¹ เป็นระบบหลักในการดูแลสุขภาพ ขึ้นต่อมาแต่ละแห่งครอบคลุมประชากรประมาณ 150,000 - 200,000 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศอย่างทั่วถึง และยังมีโรงพยาบาลชุมชน ขนาดตั้งแต่ 50-200 เตียงตามพื้นที่ต่าง ๆ ด้วย อัตราการเพิ่มงบประมาณผ่านกลไกภาษีที่น้อยกว่าอัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายสุขภาพ ทำให้ประเทศอังกฤษกำลังประสบปัญหาแม้ว่าบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษจะให้ความครอบคลุมถ้วนหน้า แต่ข้อมูลพบว่า 14.6% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพยังอยู่ในภาคเอกชนมีประชาชนประมาณ 11% ที่มีประกันสุขภาพภาคเอกชน ข้อมูลดังกล่าวนี้ ปรากฏว่ามีบริษัทประกันสุขภาพเอกชนอยู่ 25 แห่ง (7 แห่งเป็นแบบไม่แสวงหากำไร)

ประเทศอังกฤษโครงสร้างเดิมการบริหารจะค่อนข้างซับซ้อนโดยมีการจัดตั้ง Strategic Health Authorities⁷² ขึ้นมา 10 แห่ง⁷³เพื่อรับผิดชอบในการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพในพื้นที่ที่แบ่งเป็น10 เขตและในแต่ละเขตก็จะมี Primary Care Trusts (PCTs) ซึ่งมักจะเป็นที่รู้จักกันในนามของ NHS ท้องถิ่นซึ่งเป็นองค์กรภายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่รับผิดชอบในการประเมินความต้องการด้านการรักษาพยาบาลในพื้นที่และต่อรองกับผู้ให้บริการรักษาพยาบาลในพื้นที่ได้แก่ หน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป (General Practice) หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาล เช่นโรงพยาบาลรพยาบาลฯ NHS trusts และหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับท้องถิ่น

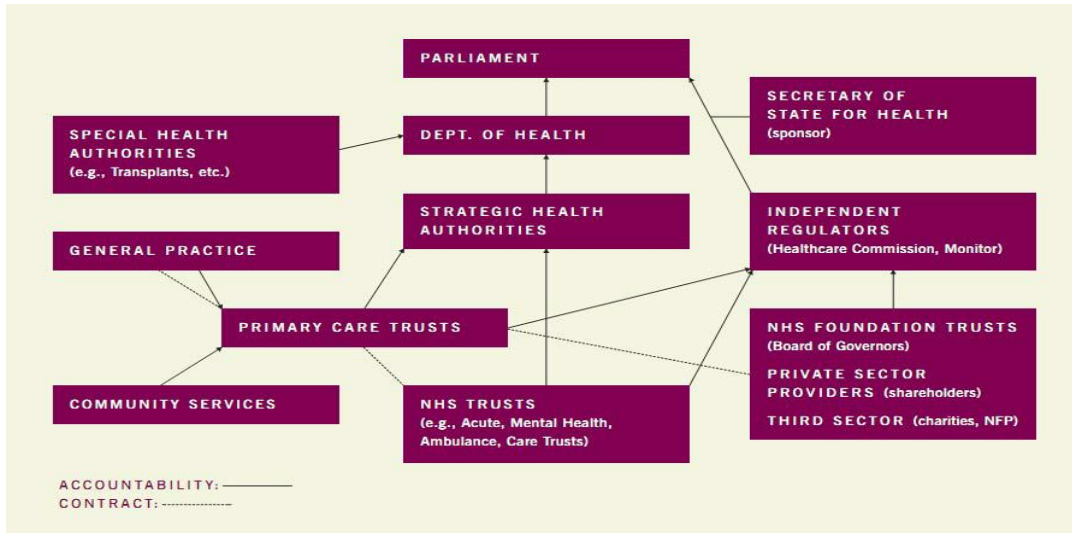
⁷⁰ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (เชิงอรรถ 12) 75.

⁷¹ เฟิงอ้าง, 77.

⁷² OECD (เชิงอรรถ 10) 2-10.

⁷³ เฟิงอ้าง.

(community services) เพื่อที่จะจัดหาบริการรักษาพยาบาล (commissioning agent) ให้แก่ประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบตามที่ปรากฏในภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 โครงสร้างระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ

ที่มา: The Change Foundation, 2019

ปัจจุบันได้มีกฎหมายที่ยุบเลิก Strategic Health Authorities และ Primary Healthcare Trusts ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านการคลังและกำกับดูแลบริการรักษาพยาบาล โดยมีการจัดตั้ง Clinical Commissioning Groups (CCGs) ในระดับท้องถิ่นทั่วประเทศขึ้นมาแทน CCGs⁷⁴ ดังกล่าวประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิของรัฐซึ่งต่างจากหน่วยงานเดิมที่ประกอบด้วยข้าราชการเป็นหลักภายใต้ระบบใหม่นี้ CCGs ในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านหน้า (gate keeper) จะเป็นผู้ประเมินความต้องการรักษาพยาบาลในระดับท้องถิ่นและจัดซื้อบริการรักษาพยาบาลเองการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้เกิดขึ้นจากความเห็นที่ว่าโครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา มีหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องที่หลากหลายในหลายลำดับชั้นทำให้การรักษาพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่จึงทำให้โครงสร้างใหม่แบบราบมากขึ้นและมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติหน้าที่มากกว่าเดิม

⁷⁴ เฟิงอ้าง.

ในประเทศอังกฤษมีหน่วยงานสองหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประเมิน ติดตามและตรวจสอบด้านการเงินและคุณภาพของบริการ⁷⁵ อันได้แก่ Monitor ซึ่งประเมินความคุ้มค่าของการใช้จ่ายเงินงบประมาณของระบบประกันสุขภาพและ Care Quality Commission เป็นหน่วยงานซึ่งประเมินคุณภาพของบริการรักษาพยาบาล ทั้งสองหน่วยงานนี้จะต้องรายงานต่อทั้งกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานหลักของฝ่ายบริหารที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารและในการจัดการระบบประกันสุขภาพโดยรวมของประเทศอังกฤษนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบต่อรัฐสภาหรือฝ่ายนิติบัญญัติในฐานะของหน่วยงานที่ตรวจสอบฝ่ายบริหารในเวลาเดียวกัน

กฎหมายระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ National Health Service Act ค.ศ. 1977 นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อการให้บริการทางสุขภาพของประเทศ โดยมีลักษณะที่สำคัญกล่าวคือ

- 1) มีลักษณะฟรีค่าบริการ ณ จุดที่ใช้บริการ
- 2) มีการบริหารจัดการด้านงบประมาณโดยอาศัยงบประมาณจากรัฐผ่านการจัดเก็บภาษีทั่วไป (General Tax)

- 3) ทุกคนสามารถเข้าสู่ระบบการดูแล แม้ว่าจะเป็นการอาศัยหรือมีภูมิลำเนาในประเทศอังกฤษเป็นการชั่วคราวหรือมีการเดินทางเข้าประเทศอังกฤษ (Even People Temporarily or Visiting the Country) ภายใต้แนวคิดในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

สาระสำคัญของกฎหมาย Nation Health Service and Community Care Act 1990⁷⁶

ส่วนแรก⁷⁷ เป็นเรื่องของ NHS ในเทศอังกฤษและเวลส์

1. มีการนิยามและกำหนดหน้าที่ Regional and District Health Authorities, Family Health Service Authority , NHS contracts

2. ให้มีการจัดตั้ง NHS trust หน้าที่รวมถึงการบริหารการโอนจากโรงพยาบาลเดิมไปยัง NHS trust และการโอนทรัพย์สินการบริหารทางการเงินของ trust

3. ให้มีการจัดตั้ง GP Fundholding และหน้าที่บริหารงานของ GP Fundholding

ส่วนที่สอง⁷⁸ เป็นเรื่อง NHS ในราชอาณาจักรสกอตแลนด์

⁷⁵ เฟ็งอ้าง 2-14.

⁷⁶ 'Nation Health Service and Community Care Act 1990' (Legislation.gov.uk)

<<http://www.legislation.gov.uk/pdf/1990/>> accessed 3 June 2020.

⁷⁷ Part I. The Nation Health Service: England and Wales. Nation Health Service and Community Care Act 1990.

⁷⁸ Part II. The Nation Health Service: Scotland Health Boards and other bodies. Nation Health Service and Community Care Act 1990.

ส่วนที่สาม⁷⁹ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริการชุมชนในประเทศอังกฤษและเวลส์โดยมีการจัดตั้งบริการสาธารณสุขชุมชน ทั้งจากฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายเทศบาลท้องถิ่น

ส่วนที่สี่⁸⁰ เป็นเรื่องบริหารชุมชนในราชอาณาจักรสกอตแลนด์

ส่วนที่ห้า⁸¹ เป็นเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับกฎกระทรวง ภาษี ฯลฯ

สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ เน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชากรทุกคน โดยหลัก NHS (National Health Service) ให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคทั้งด้านการแพทย์และโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือใน ครอบครัวด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม โดยการให้บริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่ทั้งนี้ยังคงต้องร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งยาของแพทย์ยกเว้นกรณีเป็นเด็กคนชรา หรือผู้ป่วยบางกลุ่ม

3.3.3 ประเทศฝรั่งเศส (France)

ระบบสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศสนั้นเป็นระบบที่ผสมผสานโดยอาศัยโครงสร้างทางด้านสาธารณสุขแบบ Bismarckian มาใช้ในระบบการจัดการสาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายตามแนวคิดแบบ Beveridge ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นโมเดลการจ่ายเงินแบบเดียว⁸² และในปี พ.ศ. 2543 มีการออกกฎหมาย Universal Health Coverage Act (CMU Act 2000) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นทำให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งครอบคลุมถึงบุคคลที่มีรายได้ต่ำ อันมีสัดส่วนร้อยละ 0.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยได้รับการคุ้มครองจากรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสมี 2 ประเภท คือ

1. ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ หรือ Statutory health insurance (SHI) ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับของประเทศฝรั่งเศสเริ่มต้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2488 และพัฒนามาจนกองทุน SHI Funds สามารถครอบคลุมจำนวนประชากรเกือบทั้งหมดในปี พ.ศ.2549 การเป็นสมาชิกของกองทุนจะถูกแบ่งตามสาขาอาชีพ ซึ่งครอบคลุมทั้งผู้รับเงินเดือน ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และสมาชิกในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย เป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่เกิดการแข่งขันกันระหว่างประเภทกองทุนเพราะผู้ประกันตนไม่มีอิสรภาพในการเลือกกองทุนได้ด้วยตนเองโดยกองทุน SHI แบ่งย่อยลงได้อีก 3 ประเภท⁸³ คือ

1.1 กองทุนประกันสุขภาพทั่วไป หรือ General Health Insurance Scheme กองทุนประกันสุขภาพทั่วไปคุ้มครองบุคคลที่เป็นลูกจ้างมีเงินเดือนหรือได้รับค่าตอบแทนคล้ายเงินเดือน ในภาคพาณิชย์กรรม

⁷⁹ Part III. Community Care England and Wales Provision of accommodation and welfare services. Nation Health Service and Community Care Act 1990.

⁸⁰ Part IV. Community Care :Scotland. Nation Health Service and Community Care Act 1990.

⁸¹ Part V. Miscellaneous and General. Nation Health Service and Community Care Act 1990.

⁸² วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ (เชิงอรธ 55) 13.

⁸³ เฟ็งอ้าง, 13.

ภาคอุตสาหกรรมและหน่วยงานรัฐ ซึ่งรวมไปถึงกองทุนสำหรับนักเรียนคนตกงาน และผู้เกษียณอายุ หรือ La Couverture maladie universelle (CMU Fund) สัดส่วนของผู้ประกันตนรวมคิดเป็นร้อยละ 89 ของประชากรทั้งหมด⁸⁴

1.2 กองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม หรือ Agricultural Scheme กองทุนประเภทดังกล่าวตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานรับประกันให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม ไม่ว่าจะเป็ นลูกจ้างหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมอิสระ โดยถ้าหากเป็นลูกจ้าง จะอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพที่เรียกว่า Assurance des SaliésAgricole (ASA) ถ้าไม่ใช่ลูกจ้าง จะอยู่ใต้การประกันสุขภาพที่เรียกว่า Assurance maladie, maternité, invalidité des exploitants agricole (AMEXA) กองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ประกันตนรวมเป็นร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมด⁸⁵

1.3 กองทุนประกันสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ (National Insurance Fund) กองทุน ประกันสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่ประกอบอาชีพ อิสระ มีสัดส่วนของผู้ประกันตนรวมเป็นร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด กองทุนประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะอยู่ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสวัสดิการสังคม กระทรวง เศรษฐกิจและการเงิน ส่วนกองทุนประกันสุขภาพเพื่อผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรมจะอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์⁸⁶

2. ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ หรือ Voluntary Health Insurance (VHI)

กองทุนภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจพัฒนามาจากกองทุนประกันสังคมต่างๆ ที่เคย ดำเนินงานก่อนหน้านี้ ในการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (SHI) และกองทุนภายใต้ระบบประกัน สุขภาพภาคสมัครใจดำเนินงานในรูปแบบบริษัทที่ไม่แสวงหาผลกำไร โดยสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับ ระหว่างกองทุน Voluntary Health Insurance (VHI) จะแตกต่างกันไปและส่วนมากมักอยู่ในรูปแบบของ สวัสดิการพิเศษจากนายจ้างหรือเป็นสวัสดิการจากภาครัฐให้แก่บุคคลรายได้ต่ำ La Couverture maladie universelle (CMU-C) ที่เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่รัฐบาลสนับสนุน

กองทุนประกันสุขภาพของสองระบบดังกล่าวมีองค์กรตัวแทน กล่าวคือ กองทุนประกันสุขภาพ ภาคบังคับมี National Union of Health Insurance Funds หรือ UNCAM เป็นองค์กรตัวแทน ส่วนกองทุน ประกันสุขภาพภาคสมัครใจมี National Union of Complementary Health Insurers โดยทั้งสององค์กร จะทำการต่อรองกับรัฐบาลและผู้ให้บริการ เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตนหรือประชาชน⁸⁷

⁸⁴ เฟิงอ๋าง, 13.

⁸⁵ เฟิงอ๋าง, 13.

⁸⁶ เฟิงอ๋าง, 14.

⁸⁷ เฟิงอ๋าง, 14.

แม้กองทุนเหล่านี้จะมีการบริหารทางการเงินที่แยกจากกัน แต่ทุกกองทุนก็อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance : NHI) ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน⁸⁸ ความแตกต่างของกองทุนเหล่านี้จะอยู่ที่ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนผู้ที่เป็นสมาชิกในแต่ละกองทุนต่างมีภาระค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันและชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับแตกต่างกัน จึงมีการบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วน ซึ่งฝรั่งเศสได้มีความพยายามที่จะควมรวมกองทุนสุขภาพของแต่ละกลุ่มอาชีพเข้าเป็นกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนเดียว⁸⁹ เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นเอกภาพ หากแต่ไม่ประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ดี เพื่อลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพของแต่ละกลุ่มอาชีพได้มีการปรับปรุงอัตราค่าเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลของทุกกองทุนให้เท่าเทียม ในกรณีของกลุ่มเกษตรกรและผู้มีอาชีพอิสระนั้น รัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายค่าเบี้ยประกันมากขึ้น เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง นอกจากนี้รัฐจะกำกับดูแลมิให้โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ซื้อประกันเสริมจากเอกชนหรือกรณีที่จ่ายเองและโรงพยาบาลของรัฐสำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะควบคุมไม่ทำให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติกลายเป็นระบบที่มีมาตรฐานคุณภาพต่ำ

ประเทศฝรั่งเศสกำหนดค่าธรรมเนียมการพบแพทย์และทันตแพทย์โดยจะคำนวณค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมดและจะกำหนดค่าธรรมเนียมแตกต่างกันไปในกรณีของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผู้ซึ่งป่วยในจะเสียค่าธรรมเนียมการพบแพทย์และบริการทางทันตกรรมร้อยละ 30 ขณะที่ผู้ป่วยนอกจะเสียค่าธรรมเนียมในอัตราคงที่ สำหรับกรณีต้องการขอพบแพทย์เฉพาะทางจะต้องเสียค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายตามจริง⁹⁰ และในประเทศฝรั่งเศสได้มีการกำหนดค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลเป็นสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามประเภทการรักษาพยาบาลด้วย⁹¹

รัฐบาลฝรั่งเศสจะเป็นผู้กำหนดค่า DRGs (Diagnostic-related groups) สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลและตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 Economic Committee for Health Products หรือ CEPS เป็นผู้กำหนดราคาขายที่สามารถเบิกได้ทุกตัวโดยการเจรจาต่อรองกับบริษัทผู้ผลิตยาจากเดิมที่ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้จัดซื้อจัดจ้างและต่อราคาขายเอง ประเทศฝรั่งเศสมีการจัดเก็บภาษีจากรายได้ (Income Tax) ในอัตราร้อยละ 0.68 นอกจากค่าเบี้ยประกันที่คำนวณเป็นสัดส่วนของรายได้แล้ว ผู้ประกันตนในประเทศฝรั่งเศสมีส่วนร่วมจ่ายด้วยการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่าย รัฐมิได้ออกให้หมดโดยรัฐจะรับภาระโดยเฉลี่ยแล้วประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายในขณะที่ร้อยละ 30 นั้นผู้ใช้สิทธิ

⁸⁸ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (เชิงอรรถ 8) 2-42.

⁸⁹ เฟ็งอ้าง, 2-4.

⁹⁰ เฟ็งอ้าง, 2-31.

⁹¹ เฟ็งอ้าง, 2-32.

จะต้องออกเอง ประเทศฝรั่งเศสไม่มีการจำกัดเพดานวงเงินที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเอง (Out of Own Pocket : OOP) ทำให้ผู้ประกันตนต้องทำประกันเสริมกับบริษัทเอกชนเพื่อจำกัดค่าใช้จ่าย

อนึ่งประเทศฝรั่งเศสมีอัตราการร่วมจ่ายสูงทำให้ผู้ประกันตนมักทำประกันเพิ่มเติมกับเอกชน เพื่อที่จะลดหรือจำกัดวงเงินที่ต้องร่วมจ่ายหรือเพื่อที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมในประกันของภาครัฐ เช่น ทันตกรรม การตัดแว่นหรือบริการรถพยาบาล เป็นต้นสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้มีรายได้น้อย รัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้นหรือบางกรณีรัฐจะรับผิดชอบทั้งหมดในด้านประกันสุขภาพเอกชน สำหรับประเทศฝรั่งเศสมีบทบาทน้อยมากเนื่องจากประชาชนทุกรายได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งประกันเอกชนจะมีบทบาทเฉพาะในการให้สิทธิประโยชน์ “เพิ่มเติม” จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากประกันสุขภาพแห่งชาตินอกจากนี้แล้วประเทศฝรั่งเศสกำหนดให้รัฐมนตรีที่รับผิดชอบต้องจัดทำแผนงานในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้อยู่ภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรทุก 2 ปี ในกรณีที่วงเงินงบประมาณรวมที่กำหนดขึ้นมานั้นไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ประเทศฝรั่งเศส⁹²มีความพยายามที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐให้รัดกุมขึ้นเช่นกัน โดยได้มีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพซึ่งจำแนกตามอาชีพที่มีจำนวนมากให้รวมศูนย์มากขึ้นในอดีตกองทุนแต่ละกองทุนจะมีการบริหารจัดการที่ค่อนข้างเป็นเอกเทศโดยคณะกรรมการกองทุนซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้างอย่างละครั้งหนึ่งโดยมีรัฐบาลเป็นผู้กำหนดอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในแต่ละปีซึ่งในปี พ.ศ.2547 ได้มีปฏิรูปโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐครั้งใหญ่โดยมีวัตถุประสงค์สองประการ

ประการแรก คือ การลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพของการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนซึ่งเป็นประเด็นที่มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากทางสื่อ ณ เวลานั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวได้มีการตรากฎหมายว่าด้วยสาธารณสุข (Public Health Act 2004) ซึ่งจัดตั้งหน่วยงานที่เข้ามากำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในภาพรวมที่เรียกว่า National Health Authority หรือมีตัวย่อว่า HAS (Haute Autorite de Sante) เพื่อที่จะกำหนดมาตรฐานกลางของคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลสำหรับทุกกองทุนหน่วยงานดังกล่าวมีภารกิจในการประเมินคุณภาพของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์การรับรอง (accreditation) มาตรฐานของหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลการให้ใบรับรองแพทย์ ฯลฯ โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับทั้งกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามผลการประเมินคุณภาพของ HAS (Haute Autorite de Sante) และสหภาพกองทุนประกันสุขภาพซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆทั้งของรัฐและเอกชนตาม

ประการที่สอง คือ รัฐต้องการจะสร้างอำนาจต่อรองให้ผู้ซื้อบริการสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยกองทุนสุขภาพของหน่วยงานทั้งรัฐและบริษัทประกันสุขภาพเอกชนในการเจรจากับผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้ผลิตยากฎหมายดังกล่าวจึงกำหนดให้มีการจัดตั้งสหภาพกองทุนประกันสุขภาพของภาครัฐ (National

⁹² เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (เชิงอรรถ 8) 2-11.

Union of Insurance Funds) ซึ่งประกอบไปด้วยกองทุนสุขภาพรายอาชีพที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐและสหภาพผู้รับประกันเสริม (National Union of Complementary Health Insurers) ซึ่งประกอบไปด้วยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่ให้บริการประกันสุขภาพเสริมจากประกันสุขภาพของภาครัฐการจัดตั้งหน่วยงานดังกล่าวเพื่อสร้างอำนาจต่อรองของผู้ซื้อบริการสุขภาพที่เป็นทั้งรัฐบาลและเอกชนอื่นเป็นการช่วยประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่ายและเพื่อให้คุณภาพและมาตรฐานในการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนต่างๆเท่าเทียมกัน นอกจากนี้แล้วอำนาจในการควบคุมงบประมาณในการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ถูกโอนถ่ายจากสภาของสหภาพทั้งสองสหภาพซึ่งมักจะประกอบด้วยผู้แทนจากสหภาพแรงงานเป็นหลักมาอยู่ที่ผู้อำนวยการกองทุนซึ่งรัฐบาลเป็นผู้แต่งตั้งจึงอาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลเข้ามามีอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายแต่ในขณะเดียวกันกฎหมายก็ได้ให้การคุ้มครองสมาชิกของสภาของสหภาพฯซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากนายจ้างและลูกจ้างโดยกำหนดให้สมาชิกฯ มีวาระ 5 ปี ซึ่งในช่วงเวลาที่ดำรงตำแหน่งนั้น รัฐบาลไม่สามารถปลดออกจากตำแหน่งได้

ประเทศฝรั่งเศสได้บัญญัติถึงสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการรับรองและดูแลจากรัฐในเรื่องความมั่นคงในการดำรงชีวิตซึ่งเห็นได้จาก วรรค 10 และวรรค 11 แห่งคำปรารภของกฎหมายรัฐธรรมนูญ ค.ศ.1946 คือ

“ชาติจะต้องให้หลักประกันแก่ประชาชนและครอบครัวของเขาตามความจำเป็นเพื่อการพัฒนาของประชาชน”

“ชาติจะต้องรับรองการคุ้มครองทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัยในสิ่งต่าง ๆ ที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม การมีเวลาสำหรับพักผ่อน และการจัดให้ประชาชนมีความผ่อนคลาย โดยเฉพาะแก่ เด็ก ผู้หญิงที่มีสถานะเป็นมารดา และคนชราที่ทำงาน”

มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสมในกรณีที่ไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขเรื่องอายุ สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ”

รัฐได้รวมระบบประกันต่าง ๆ เข้ากับระบบประกันสังคมหลัก ซึ่งในช่วงต้นของการพัฒนาแนวคิดดังกล่าวมีบางระบบประกันที่พยายามที่จะไม่รวมกับระบบประกันสังคมหลัก แต่ท้ายที่สุดระบบประกันที่มีขนาดเล็กและที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่ด้อยกว่าก็ต้องจำยอมเข้าร่วมกับระบบประกันที่เป็นหลัก รัฐได้ออกกฎหมายหลายฉบับ เพื่อให้ระบบประกันสังคมมีความเป็นเอกภาพและครอบคลุมถึงประชาชนทุก ๆ คนมากขึ้น อาทิเช่น พระราชบัญญัติลงวันที่ 9 เมษายน ค.ศ. 1947 ว่าด้วยการทำประกันสังคมของข้าราชการ พระราชบัญญัติลงวันที่ 17 มกราคม 1948 ว่าด้วยการประกันชราภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพอิสระแต่มีใช้เกษตรกรรม (ช่างฝีมือ ค้าขาย ฯลฯ) พระราชบัญญัติลงวันที่ 22 ธันวาคม ค.ศ. 1966 ว่าด้วยการสร้างระบบประกันเสริมที่มีสภาพบังคับแก่กลุ่มเกษตรกรเพื่อการประกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน และประกันอุบัติเหตุนอกเหนือจากการทำงาน พระราชบัญญัติลงวันที่ 28 กรกฎาคม ค.ศ. 1999 ว่าด้วยการจัดตั้งหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเจ็บป่วยสำหรับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ เป็นต้น

ซึ่งเห็นได้ว่าวิวัฒนาการที่ผ่านมา ประเทศฝรั่งเศสได้ปฏิรูประบบเฉพาะรูปแบบของการบริหารจัดการระบบประกันสังคมเท่านั้น แต่ยังคงปฏิรูประบบการเงินของระบบประกันสังคมอีกด้วย⁹³ กล่าวคือโดยนับจากปี ค.ศ. 1945 เป็นต้นมา รายได้หลักของหน่วยงานประกันสังคมมาจากเงินของผู้ประกันตนกับนายจ้างส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐซึ่งนำมาจากเงินภาษีและเงินสะสมที่รัฐได้หักจากรายได้ของประชาชน นอกจากนั้นแล้ว รัฐยังได้ตราพระราชกำหนดลงวันที่ 24 มกราคม ค.ศ. 1996 กำหนดให้บริษัทต่างๆ มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเพื่อนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการสร้างความมั่นคงในสังคม โดยรัฐจะนำเงินดังกล่าวมาจัดสรรให้แก่หน่วยงานประกันสังคมเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายของหน่วยงานต่อไป

การจัดการข้อมูล

หน่วยงานดูแลระบบข้อมูลสุขภาพ (Agency Health Information Systems) ถูกตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2552 เพื่อดูแลข้อมูลและทำระบบข้อมูลส่วนบุคคล (ID) ของผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งในอดีตประเทศฝรั่งเศสมีระบบการจัดการข้อมูลสาธารณสุขหลักสองระบบ คือ 1.ระบบ hospital admission (PSMSI) ซึ่งเป็นระบบที่บันทึกรายการการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการเรียกชำระเงินกับกองทุน SHI ภายใต้ระบบการจ่าย DRG และ 2.ระบบ patient reimbursement claim ที่มีรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วย โดยก่อนหน้านี้ระบบทั้งสองระบบไม่ได้มีความเชื่อมโยงกันแต่อย่างใด จนในปี พ.ศ. 2547 ประเทศฝรั่งเศสได้จัดตั้ง National Health Insurance Inter-Plan Information System เพื่อบูรณาการระบบสารสนเทศทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน และมี ID ของผู้เข้ารับบริการเดียวกันในทั้งสองระบบ นอกจากนี้ หน่วยงานในระดับภูมิภาคยังพัฒนาระบบข้อมูล telehealth และ electronic patient record เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพขึ้น แต่ต้องได้รับการอนุญาตในการเปิดเผยข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยความสมัครใจก่อน และด้วยจุดประสงค์ที่ต้องการเพิ่มฐานข้อมูลผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนทางการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจ เช่น การเพิ่มอัตราการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล (co-payment rate) เป็นต้น

โครงการบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) (Projet dossier Medical partagé) ครอบคลุมผู้ป่วยประมาณ 1,882,503 ราย ณ สิ้นปี 2561 และโรงพยาบาลประมาณ 731 แห่ง (หนึ่งในสามของโรงพยาบาลทั้งหมด) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลและที่ทำงานในสำนักงานและผู้ป่วยมีการระบุตัวอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ซ้ำกัน ในการนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทุกคนสามารถที่เข้าถึงข้อมูลและบันทึกข้อมูลโดย

⁹³ วีรนุช คำแคล้ว, 'ปัญหาการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานของคนไทยที่ไม่สามารถพิสูจน์สัญชาติได้' (วิทยานิพนธ์ นิตยสารตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม 2564) 105.

ภายใต้การอนุญาตของผู้ป่วย โดยกระบวนการในการทำงานร่วมกันผ่านอุปกรณ์ซีปในบัตรสุขภาพของผู้ป่วย
นั่นเอง⁹⁴

การรวมระบบข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพและโรงพยาบาลยังคงมีข้อจำกัด⁹⁵
ตามกฎหมายแล้ว ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเต็มที่ในบันทึกของตนเอง ทั้งทางข้อมูลกระดาษหรือทาง
อิเล็กทรอนิกส์ ไม่ว่าจะโดยตรงหรือผ่าน GP ของพวกเขา ซึ่งมีการวางแผนที่จะแบ่งปันข้อมูลระหว่าง
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ โดยเป็นส่วนหนึ่งของการนำ EHRs ไปใช้กับสถานพยาบาล ซึ่งเริ่ม
ในปี 2019⁹⁶ นี้เอง

สหภาพกองทุนประกันแห่งชาติหรือ National Union of Insurance Funds (UNCAM)⁹⁷

สหภาพกองทุนประกันแห่งชาติตั้งโดยรัฐบัญญัติที่ 2004-810 เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีลักษณะ
เป็นหน่วยงานทางปกครอง และอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ เป็นองค์กรที่มีการรวมตัวกันของกองทุนทั้ง 3
กองทุนหลัก คือกองทุนทั่วไป (สำหรับผู้มีเงินเดือน) กองทุนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม กองทุน
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ

บทบาทหน้าที่หลักของสหภาพกองทุนประกันแห่งชาติ⁹⁸

1. เจรจกัับตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับ
กองทุนประกันสุขภาพ

2. กำหนดเรื่องการเรียกเก็บเงินเข้ากองทุน และการกำหนดการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้
เอาประกัน

3. สหภาพกองทุนประกันแห่งชาติต้องเป็นหลักประกันที่สำคัญในความคงอยู่ของการประกัน
สุขภาพขั้นต่ำในประเด็นด้านรายการสิทธิประโยชน์กลาง จะมีการกำหนดในระดับประเทศซึ่งบังคับใช้ทั่ว
ประเทศฝรั่งเศส ในทุกๆ หน่วยงานรัฐของแต่ละภูมิภาค โดยรายการยาและเครื่องมือทางการแพทย์จะถูก
เพิ่มเติมโดยกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการบริการและขั้นตอนทางการแพทย์จะถูกเพิ่มเติมโดยองค์กรตัวแทน
กองทุน SHI (UNCAM) โดยผ่านคำแนะนำการคณะกรรมการที่ปรึกษาโดยเฉพาะของ National Authority

⁹⁴ Ministère de la Santé, 'INSTRUCTION N° SG/DSSIS/DGOS/DGCS/CNAM/2018/72 du 13 mars 2018
relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé (DMP)'
<<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43291>> accessed 22 June 2020.

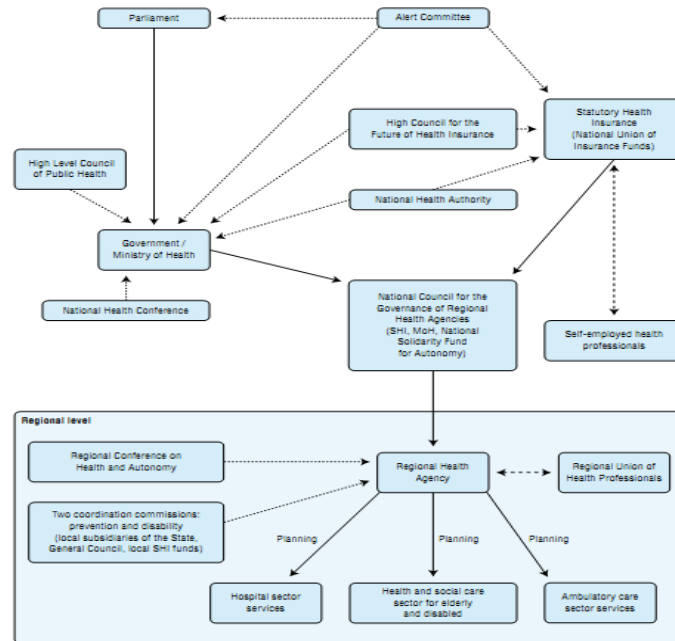
⁹⁵ Zeynep Or and others, 'Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés
(Paerpa)' (Irdes, August 2018) <<https://shorturl.asia/oaPhg>> accessed 22 June 2020.

⁹⁶ กิตติยาพร ทองไทย, น้องเล็ก คุณวราดิศัย และแสง วชิระชนกิก, 'การยอมรับการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
ของคลินิกแพทย์และทันตแพทย์' (กรกฎาคม-ธันวาคม 2560) 2 วารสารเภสัชกรรมไทย <<https://shorturl.asia/tuorl>>
สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2562.

⁹⁷ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ (เชิงอรธ 55) 19.

⁹⁸ เฟิงอ้าง, 20.

for Health (HAS) เนื่องจากหนึ่งในหน้าที่หลักของ HAS คือ การให้คำปรึกษาในแง่วิทยาศาสตร์และควมคั่งค่าทางเศรษฐศาสตร์ตามกฎหมาย Social Security Financing⁹⁹



ภาพที่ 3.2 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศส

ที่มา: (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ 2556)

ตารางที่ 3.4 การบริหารจัดการระบบกองทุนสุขภาพในประเทศต่าง ๆ

	โครงการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ		การจัดการด้านการคลัง		ประกันเอกชน	
	กองทุนเดียว	หลายกองทุน	General Tax	Specific Tax/social Security	เฉพาะเสริมประกันของรัฐ (supplementary)	ประกันสุขภาพ
อังกฤษ	/		/		/	
ฝรั่งเศส		/	/	/	/	
ญี่ปุ่น		/	/	/	/	

ที่มา : ผู้วิจัย

⁹⁹ เฟ็งอ้าง, 20.

ในด้านของค่าใช้จ่ายนั้นจะเห็นได้จากตารางที่ 3.4 ด้านบนว่า ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในการรักษาพยาบาลค่อนข้างดี (หากไม่นับประเทศไทยซึ่งเป็นระบบการจ่ายเหมารายหัวเป็นหลัก) เนื่องจากรัฐใช้อำนาจต่อรองในฐานะของผู้ซื้อบริการสุขภาพรายเดียวในการกดดันลดต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีกระบวนการและวิธีการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ซับซ้อนในหลายประเทศ ทำให้อัตราการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ให้บริการถูกปรับลดลงได้หากงบประมาณของประเทศมีน้อยโดยสถานพยาบาลที่ประสบผลขาดทุนจากการรัดเข็มขัดจะต้องแสดงหลักฐานเพื่อขอเงินชดเชยในลักษณะเดียวกันกับรัฐบาลญี่ปุ่นซึ่งต่อรองค่ารักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลเอกชนและแพทย์ทุก 2 ปี ทำให้อัตราเงินเดือนของแพทย์ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ส่งผลให้ญี่ปุ่นขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

3.4 โครงสร้างระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพประเทศไทยกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างประเทศ

การศึกษาโครงสร้างระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนในการบริหารจัดการและช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเป็นปัญหาหลักในประเทศที่มีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงสร้างองค์กรในการบริหารจัดการระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ¹⁰⁰ในกรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศนี้พบว่า ประเทศญี่ปุ่นและฝรั่งเศสจะมีกองทุนประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งกองทุนสำหรับกองทุนแต่ละกลุ่มบุคคลที่มีต่างกันตามอาชีพ ซึ่งการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสจะอยู่ภายใต้กระทรวงที่ดูแลด้านสาธารณสุขเพียงองค์กรเดียว คือ Ministry of Health ตามกฎหมาย Universal Health Coverage Act 2000 (CMU Act 2000) และประเทศอังกฤษมี Department of Health ตามกฎหมาย National Health Service ค.ศ.2006 (NHS) ซึ่งทำให้การบริหารจัดการกองทุนต่างๆมีหลักเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกัน อันเป็นผลให้มีการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนแต่ละกองทุน แต่ประเทศไทยนั้นมีกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบกองทุนประกันสังคมอยู่ภายใต้ของสำนักงานประกันสังคมสังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กองทุนหลักประกันสุขภาพของไทย ไม่มีระบบการควบคุมและตรวจสอบการเบิกจ่ายที่ชัดเจนและรัดกุมอย่างเพียงพอ สามารถทำการทุจริตเบียดบังเงินได้ง่ายขึ้น ซึ่งระบบ Platform ที่ไม่เชื่อมโยงข้อมูลก่อให้เกิดปัญหาการรับรองข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพให้ประชาชนทั่วไปในการเข้าถึง กรณีเกิดปัญหาการโอนประวัติผู้ป่วยและปัญหาฐานข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามรักษาผู้ป่วย อีกทั้งฐานข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายโรงพยาบาลคู่สัญญาไปโรงพยาบาลอื่น เหล่านี้ ก่อให้เกิดปัญหาในการรวมฐานข้อมูล (Platform การเชื่อมโยง

¹⁰⁰ เตือนเด่น นิคมปริรักรัษ และคณะ (เชิงอรธธ 8) 2-9.

ข้อมูลสุขภาพ) ทำให้การตรวจสอบยากขึ้น ในการนี้พบว่าในประเทศญี่ปุ่นมีกฎหมาย National Identification Number Act 2013 เชื่อมโยงฐานข้อมูลของผู้ป่วย และในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายการใช้เครือข่ายข้อมูลสุขภาพ (Health Information Network) ให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายของประเทศญี่ปุ่นที่ประกาศใน New Strategy in Information and Communications Technology 2010 ในการนี้ในประเทศฝรั่งเศสมีหน่วยงานดูแลระบบข้อมูลสุขภาพ (Agency Health Information Systems) ซึ่งตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2552 เพื่อดูแลข้อมูลและทำระบบข้อมูลส่วนบุคคล (ID) ของผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน ต่อมาได้จัดตั้ง National Health Insurance Inter-Plan Information System อันเป็นการบูรณาการของ 2 ระบบสารสนเทศ คือ 1.ระบบ hospital admission (PSMSI) ซึ่งเป็นระบบที่บันทึกรายการการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาลและ 2.ระบบ patient reimbursement claim ที่มีรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยเข้ารวมกันเป็นฐานข้อมูลเดียวกันของฐานข้อมูลผู้ป่วยและโรงพยาบาลคู่สัญญา

ตารางที่ 3.5 เปรียบเทียบกฎหมายไทยกับกฎหมายต่างประเทศ

กฎหมายไทย	กฎหมายอังกฤษ	กฎหมายฝรั่งเศส	กฎหมายญี่ปุ่น
- พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่	- กฎหมายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service act 2006: NHS) ค.ศ. 2006 Section 223B, Section 223C - กฎหมาย National Health Service and Community Care Act 1990	-กฎหมาย Universal Health Coverage Act 2000 (CMU Act 2000) -National Health Insurance Inter-Plan Information System	-กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance act 1983) - กฎหมายเชื่อมโยงข้อมูลระบบสุขภาพของผู้ป่วย (National Identification Number Act 2013)

ตารางที่ 3.5 (ต่อ)

กฎหมายไทย	กฎหมายอังกฤษ	กฎหมายฝรั่งเศส	กฎหมายญี่ปุ่น
<p>คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด</p> <p>- การไม่มีกฎหมายบังคับให้มีการรายงานผลการประกอบการให้บริการทางสาธารณสุขของโรงพยาบาลคู่สัญญาและกำหนดบทลงโทษปรับตามสัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์เมื่อมีการฝ่าฝืนที่ได้ทำกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>-ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพไทยที่ประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลาย คือ ระบบกองทุนประกันสังคมอยู่ภายใต้ของสำนักงานประกันสังคมสังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		<p>- มีระบบบันทึกรายการการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการเรียกชำระเงินกับกองทุน SHI ภายใต้ระบบการจ่าย DRG และมีระบบ Patient reimbursement claim ที่มีรายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งนี้เดิมระบบทั้งสองไม่ได้มีความเชื่อมโยงกัน ต่อมาจึงมีหน่วยงานที่ดูแลระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย โดยรวม ทั้ง 2 ระบบ คือ (Agency Health Information Systems)</p>	<p>- สัดส่วนการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะเป็นสัดส่วนที่สูง</p> <p>- เป็นสังคมผู้สูงอายุทำให้มีผู้ขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการรักษายาบาล เนื่องจากไม่ได้ทำงานแล้ว</p>

ที่มา : ผู้วิจัย

ตารางที่ 3.6 เปรียบเทียบระบบกองทุนสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ

	กฎหมายไทย	กฎหมายอังกฤษ	กฎหมายฝรั่งเศส	กฎหมายญี่ปุ่น
ข้อดี	มีระบบประกันสุขภาพหลักๆอยู่ 3 ระบบซึ่งครอบคลุมคนไทยทุกกลุ่ม	รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ระบบสุขภาพมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการให้บริการประชาชนทุกกลุ่ม	ระบบสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม และสามารถเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ได้โดยเข้าร่วมกองทุนในภาคสมัครใจ	ระบบสุขภาพถูกกำหนดโดยกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองกับประชาชนทุกคน ครอบคลุมผู้มีรายได้ทั้งหมดรวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย
ข้อเสีย	ไม่คุ้มครองคนไร้สัญชาติชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลและยากจน ทั้งยังมีความด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการอยู่	กำหนดรูปแบบให้รักษาพยาบาลโดยแพทย์ซึ่งตนได้ลงทะเบียนก่อนและโดยเฉพาะในชนบท โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐในการเข้ารับบริการยังนานอยู่	ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล กลุ่มคนพื้นเมืองก็ไม่ได้เข้าร่วม - มีหลายกองทุน มีการต่อต้านจากกลุ่มอาชีพที่มีสวัสดิการดีอยู่แล้ว เช่น ข้าราชการ ลูกจ้างรถไฟ ลูกจ้างธนาคารแห่งชาติซึ่งได้รับสวัสดิการที่น้อยลง	ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีกองทุนสุขภาพที่หลากหลายมาก โดยมีกองทุนสุขภาพสำหรับลูกจ้างบริษัทที่บริหารโดยนายจ้าง ซึ่งเป็นบริษัทขนาดใหญ่หลายกองทุน ซึ่งปัจจุบันสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุสูงมีจำนวนมากขึ้น

ตารางที่ 3.6 (ต่อ)

	กฎหมายไทย	กฎหมายอังกฤษ	กฎหมายฝรั่งเศส	กฎหมายญี่ปุ่น
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ	รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากภาษี ยกเว้นในระบบประกันสังคมที่ต้องมีการจ่ายสมทบเพิ่มโดยนายจ้าง	ผู้ใช้บริการ ต้องจ่ายสมทบ เมื่อมีการจ่ายยา คนที่ไม่ต้องร่วมจ่าย คือ เด็ก คนสูงอายุแลคนที่ไม่มืงานทำ ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเข้าสู่สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้เอง โดยไม่มีการส่งต่อ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน)	ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายโดยมีอัตราต่างๆกันตามลักษณะการรักษา รัฐให้การช่วยเหลือเป็นบางส่วน เช่น ในกรณีผู้ยากไร้ เป็นต้น	อัตราการร่วมจ่ายของกลุ่มอาชีพ อีสระและกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าในกรณีของกลุ่มลูกจ้างบริษัท เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากนายจ้างและรัฐบาลไม่ได้เข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายแทนนายจ้าง ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับแตกต่างกัน

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหาการบริหารจัดการโครงสร้างกองทุนสุขภาพแห่งชาติ

บทนี้เป็นบทวิเคราะห์ถึงปัญหาระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพไทยที่ประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลายและมีการบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการบริหารจัดการที่มีความซ้ำซ้อนของแต่ละกองทุนและปัญหาการไม่มีบทบังคับให้หน่วยบริการคู่สัญญารายงานผลการประกอบการในการให้บริการทางสาธารณสุขและกำหนดบทลงโทษปรับตามสัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์เมื่อมีการฝ่าฝืนอันนำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาโดยการกำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นเพียงกองทุนเดียวและมีบทบังคับให้หน่วยบริการคู่สัญญารายงานผลการประกอบการในการให้บริการทางสาธารณสุขแก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกำหนดค่าปรับตามสัญญาเครือข่ายบริการทางการแพทย์เมื่อไม่ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1 ปัญหาทางกฎหมายกำหนดรูปแบบระบบกองทุนประกันสุขภาพไทย

ประเทศไทยมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักที่ดำเนินการโดยองค์กรของรัฐหรือจัดตั้งจากนโยบายของรัฐบาลไทย ได้แก่

- 1) ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage, UC)
- 2) ระบบกองทุนประกันสังคม (Social Security, SS)
- 3) ระบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefits, CSMB)

นอกเหนือจากนี้ก็เป็นระบบประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย

ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ความคุ้มครองกลุ่มประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ซึ่งระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 6 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนจำนวน 12 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของกองทุนสวัสดิการข้าราชการและระบบกองทุนประกันสังคมนอกจากระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบแล้ว ยังมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เป็นรัฐสวัสดิการสำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบกองทุนประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของคณะรัฐมนตรี ในการจัดระบบแรงงานต่างด้าวในประเทศทั้งยังมีสวัสดิการสำหรับพนักงานบริษัทเอกชน และสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งเป็นสวัสดิการของหน่วยงานโดยขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในหน่วยงานเองซึ่งประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบกองทุนประกันสังคมอยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคมสังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบกองทุนสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และระบบกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้ปวงชนชาวไทยมีสิทธิและเท่าเทียมในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง กอปรกับมีการตรากฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยส่งผลทำให้สิทธิของผู้รับบริการสาธารณสุขครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและเป็นการส่งเสริมให้สิทธิแก่คนยากจนได้มากขึ้น ซึ่งปัจจุบันชาวไทยมากกว่าร้อยละ 99 มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพหลักอย่างหนึ่งอย่างใด ใน 3 ระบบกรณีดังกล่าวมีประเด็นที่ต้องพิจารณาการจัดเก็บเงินเข้าสู่ระบบและการเฉลี่ยความเสี่ยงในเรื่องของการจัดการบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมีแหล่งเงินได้จากภาษีทั่วไปเป็นหลัก ซึ่งมีการจัดการโดยเฉลี่ยความเสี่ยงประชาชนชาวไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่นอกเหนือจากประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานบริหารจัดการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในระบบนี้

ประเทศที่มีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพเพียงระบบเดียวที่ดำเนินการโดยรัฐ ได้แก่ ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษ (National Health Service act 2006: NHS) ค.ศ. 2006 ในบรรพที่ 6 เรื่องการคลัง โดย ¹⁰¹Section 223B เป็นเรื่องบริหารกองทุนคณะกรรมการสุขภาพของ

¹⁰¹ National Health Service Act 2006 (223B) Funding of

(1) The Secretary of State must pay to [F2NHS England] in respect of each financial year sums not exceeding the amount allotted for that year by the Secretary of State towards meeting the expenditure of [F2NHS England] which is attributable to the performance by it of its functions in that year.

(2) An amount is allotted to [F2NHS England] for a financial year under this section when [F2NHS England] is notified in writing by the Secretary of State that the amount is allotted to it for that year.

(3) The Secretary of State may make a new allotment under this section increasing or reducing the allotment previously so made only if—

(a) [F2NHS England] agrees to the change,

(b) a parliamentary general election takes place, or

(c) the Secretary of State considers that there are exceptional circumstances that make a new allotment necessary.

(4) The Secretary of State may give directions to [F2NHS England] with respect to the payment of sums by it to the Secretary of State in respect of charges or other sums referable to the valuation or disposal of assets.

(5) Sums falling to be paid to [F2NHS England] under this section are payable subject to such conditions as to records, certificates or otherwise as the Secretary of State may determine.

อังกฤษ และ ¹⁰²Section 223C เป็นเรื่องหน้าที่การเงินการคลังของคณะกรรมการสุขภาพอังกฤษ (การบริหารรายจ่ายกองทุนสุขภาพ) ซึ่งมีแนวความคิดการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย มีรายได้สูงหรือต่ำหรือความแตกต่างด้านอาชีพ โดยต่างมีสิทธิในการรับการรักษา

[F3[F4(6)The Secretary of State may direct NHS England— (a)that an amount of the sums paid to it under this section in respect of a financial year is to be used for purposes relating to service integration;

(b) about the use by NHS England of that amount for those purposes.]

(7) The amount referred to in [F5subsection (6)(a)]—

(a) is to be determined in such manner as the Secretary of State considers appropriate, and

(b) must be specified in the [F6direction].

[F7 (7A)The power under subsection (6)(b) includes power to give NHS England directions about the exercise of any of its functions under or by virtue of section 223GA (including directions requiring consultation with the Secretary of State or other specified persons).

(7B) The Secretary of State must publish any direction under subsection (6).]

(8) The reference in subsection (6) to service integration is a reference to the integration of the provision of health services with the provision of health-related services or social care services, as referred to in sections 13N and

¹⁰² National Health Service Act 2006 (223C).Financial duties of NHS England: expenditure

(1)NHS England must exercise its functions with a view to ensuring that expenditure incurred by the following bodies in a financial year (taken together) does not exceed the aggregate of any sums received by them in the year—

(a) NHS England;

(b) integrated care boards.

(2) The Secretary of State may by direction—

(a) specify descriptions of expenditure that are, or are not, to be treated for the purposes of this section as expenditure incurred by a body, or expenditure incurred by it in a particular financial year;

(b) specify descriptions of sums that are, or are not, to be treated for the purposes of this section as having been received by a body, or as having been received by it in a particular financial year;

(c) provide for sums received by NHS England under section 223B in a year but not spent to be treated for the purposes of this section as expenditure incurred by it in a particular financial year;

(d) provide for sums received by an integrated care board under section 223G in a year but not spent to be treated for the purposes of this section as expenditure incurred by it in a particular financial year.

(3) For the purposes of this section any sum allotted to NHS England for a year under section 223B is to be treated as received by it in that year (subject to any direction under subsection (2)(b)).

ภายใต้เงื่อนไขเดียวกันสำหรับประเทศที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่แล้ว มักมีหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกำหนดนโยบาย หรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพียงหน่วยงาน หรือองค์กรเพียงแห่งเดียวเพื่อความรวดเร็วและมีเสถียรภาพในการทำงาน ซึ่งจะพบในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นที่มีกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลจึงทำให้รัฐสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลของทุกโครงการได้อย่างเท่าเทียมกันและทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่เสมอภาคกันสำหรับในประเทศไทยซึ่งมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพหลายหลายกองทุน ซึ่งแต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพล้วนแล้วแต่มีกฎหมายและมีหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการหรือการดำเนินนโยบาย และกำหนดสิทธิประโยชน์เป็นของตนเอง จึงทำให้แต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย มีเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการรวมถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันไป อาทิ สิทธิการเข้าถึงคุณภาพการบริการและยาและเวชภัณฑ์ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดปัญหาความไม่เสมอภาคกันด้านการรักษาพยาบาลจากการใช้สิทธิที่แตกต่างกัน

ประเทศไทยมีแหล่งที่มาของรายได้ของกองทุนประกันสุขภาพมาจากการสนับสนุนจากทางภาษีภาคีรัฐและจากการร่วมสมทบเงินจากประชาชน กล่าวคือในระบบประกันสังคมมีแหล่งที่มาของเงินทุน

จาก 3 ส่วนได้แก่รัฐบาล นายจ้าง และจากการร่วมสมทบเงินจากลูกจ้าง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการของข้าราชการของประเทศไทยมีแหล่งเงินได้จากการจัดสรรเงินงบประมาณรายปีจากรัฐบาลซึ่งแหล่งเงินทุนของระบบนี้มีความคล้ายคลึงกับแหล่งเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษที่มีแหล่งเงินทุนจากการจัดเก็บภาษีทั่วไปจากประชาชน(General Taxation) ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของการที่รัฐแบกรับภาระการจ่ายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีรายได้หรือไม่ หรือประกอบอาชีพใด แต่ในขณะที่เดียวกันมีข้อเสียคือการบริหารจัดการกองทุนดังกล่าวมักจะประสบปัญหาภาวะทางการเงินเนื่องจากไม่มีการลดต้นทุนรายจ่าย

ดังนั้นการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพแต่ละกองทุนจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อเป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ที่ระบุไว้ว่า “เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น” ซึ่งความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยอันเนื่องมาจากการมี 3 กองทุนที่มีการบริหารจัดการโดย 3 หน่วยงาน จึงเป็นปัญหาขาดการบูรณาการกันในเชิงนโยบายอันนำมาซึ่งการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันและมีวิธีการบริหารการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวของกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการนั้นสูงกว่าอีกสองระบบอย่างมาก อีกทั้งระบบกองทุนสวัสดิการของข้าราชการมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูงมาก แต่อย่างไรก็ดี

ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่สูงมากนี้คงจะไม่ใช่เพราะความแตกต่างในด้านโครงสร้างอายุเพียงประการเดียว ยังมีปัจจัยด้านคุณภาพบริการชุดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุที่สำคัญด้วยเช่นกันซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีช่องว่างระหว่างของแต่ละระบบกองทุน การที่จะทำให้แต่ละกองทุนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพรวมทั้งงบประมาณรายหัวที่รัฐบาลจ่ายให้ต่อปีและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับมีความเท่าเทียมกันนั้นก็ต้องอาศัยแนวทางทางการเมืองนำด้านนโยบายออกกฎหมายและกำหนดกฎหมาย ซึ่งเป็นมาตรการของรัฐประการหนึ่งที่จะช่วยให้สังคมเกิดความสงบเรียบร้อยและเป็นการจัดระเบียบสังคมด้วยอีกทั้งก็ต้องใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎเกณฑ์ต่างๆ ตลอดจนการกำหนดนโยบายแผนงานและโครงการต่างๆนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลตามที่ต้องการการบัญญัติกฎหมายให้มีความเสมอภาคจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ขับเคลื่อนไปได้ดังนั้นก็การพัฒนากฎหมาย ให้สามารถผลักดันระบบกองทุนสุขภาพแห่งชาติไปสู่ความเท่าเทียมกันในสังคมจึงมีความจำเป็น ซึ่งในการดำเนินการนี้ควรจะให้คนไทยทุกคนได้รับหลักประกันสุขภาพจากรัฐอย่างเท่าเทียมกันมีสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันภายใต้ระบบเดียวกันเพราะทุกๆระบบได้ดำเนินการโดยใช้งบประมาณของแผ่นดินเฉกเช่นเดียวกัน ดังนั้นในการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพนั้นเป็นเพียงกองทุนเดียวของกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยตามแนวทางของกฎหมาย National Health Service Act 2006 ของประเทศอังกฤษ ซึ่งจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันและส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่าร้อยละ 80 เป็นองค์กรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้กิจกรรมต่างๆในการดำเนินงานช่วงแรกของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่กระทรวงสาธารณสุขไปบริหารจัดการเองทั้งหมด ตามบทเฉพาะกาลมาตรา 65 วรรคสามของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545ซึ่งได้บัญญัติไว้ อันมีเจตจำนงให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับตัวให้เข้ากับระบบใหม่ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดังกล่าวแล้วในการนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ทำหน้าที่จัดสรร

งบประมาณให้แก่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปัญหางบประมาณในการดำเนินการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอประกอบกับมีการจัดสรรงบประมาณใหม่ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (ด้านอุปสงค์) ซึ่งเปลี่ยนจากเดิมที่จัดสรรตามขนาดของหน่วยบริการ (ด้านอุปทาน) และการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำเงินไปใช้จ่ายเองสูงพอกับที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งให้กระทรวงสาธารณสุขนำไปใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท ทำให้กระทรวงสาธารณสุขขาดเงินในการนำไปรักษาผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลหลายแห่งประสบภาวะขาดดุลงบประมาณในการดำเนินการรักษาพยาบาลประชาชน โรงพยาบาลหลายแห่งมีสถานะทางการเงินติดลบ (บัญชีตัวแดง) หลายแห่ง

สู่ความเสี่ยงต่อการล้มละลาย บางแห่งสามารถจัดหายให้ผู้ป่วยได้เพียง 30% (3 ใน 10 ของที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ) ทั้งนี้คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาการบริหารงานและการใช้จ่ายงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 11/2558 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2558 ได้สรุปว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำผิดกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลายประเด็น และการใช้จ่ายเงินโดยไม่ต้องตามวัตถุประสงค์ในมาตรา 40 ของพระราชบัญญัติกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ทำให้มีการใช้จ่ายเงินอย่างสูงในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจน ทำให้งบประมาณที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทขาดแคลน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการแพทย์อย่างทั่วถึง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพของประเทศ การที่มีเพียงกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงกองทุนเดียวนั้น แม้จะสามารถอำนวยความสะดวกของผู้เป็นสมาชิกได้โดยตรงก็จริง แต่ก็มีข้อเสียในแง่ของการกีดกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบรวมทั้งปัญหาการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน และการจัดการในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนของตามบทเฉพาะกาล มาตรา 65 วรรคสามของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดการระบบเดียว (unification) มีหน่วยงานเดียวที่สามารถบูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบโดยไม่ต้องตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อให้สะดวกต่อการจัดการและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำได้ตามกฎหมายตามกฎหมาย National Health Service Act ค.ศ. 2006 ของประเทศอังกฤษ

ตามที่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และในมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องมีการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแล โดยเป็นให้มีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อดำเนินการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และส่งผลให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้ในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบทำให้เกิดการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อน จึงเห็นควรนำระบบการดำเนินการดังกล่าวมาบริหารจัดการรวมกันเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน และเป็นการจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัตินี้

บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่

มาตรา 29 การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ

มาตรา 35 เสรีภาพในเคหสถาน

มาตรา 48 สิทธิในทรัพย์สิน

มาตรา 52 สิทธิเสมอกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งรับรองสิทธิของบุคคลให้มีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และให้ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ นอกจากนี้ยังเป็นไปตาม¹⁰³

ในมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญ ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐ ซึ่งได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง¹⁰⁴ และเมื่อสำรวจบทบัญญัติมาตราต่างๆ แล้ว ไม่มีบทบัญญัติที่ไม่สอดคล้องหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ

ในหมวด 4 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตรา 38ซึ่งให้จัดตั้งกองทุนกองทุนหนึ่ง ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการปฏิรูปจากเจตนารมณ์แห่งการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ที่ระบุไว้ว่า “เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น..”

จึงได้มีการบัญญัติไว้ในมาตรา 9, มาตรา10, มาตรา11 และมาตรา 12แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว แต่ปัจจุบันก็ยังคงทำไม่ได้และต้องชะลอการจัดการรวมกันของกองทุนต่างๆออกไป อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามในการผสมผสานกองทุนทั้ง 3 โดยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสาน 3 กองทุนเพื่อแสวงหาความร่วมมือกันระหว่างกองทุน แต่ในการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นเพียงการประสานได้เฉพาะการดำเนินงานด้าน

¹⁰³ กระทรวงสาธารณสุข (เชิงอรรถ 4).

¹⁰⁴ เพิ่งอ้าง, 100.

เทคนิคเป็นหลัก ยังเชื่อมประสานในเชิงยุทธศาสตร์ไม่ได้ ดังนั้นการผสมผสานเชิงยุทธศาสตร์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพนั้น จึงยังคงเป็นประเด็นสำคัญและต้องมีการแก้ไขต่อไป ซึ่งการลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าวอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น

1. การรวมกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกันให้เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนเดียว แนวทางนี้หากดำเนินการได้ก็จะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพไทยเป็นมาตรฐานเดียวกันและลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างไรก็ตามความเป็นไปได้ทางปฏิบัติอาจไม่มากนักเนื่องจากแรงต้านจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม

2. การมีกลไกดำเนินนโยบายที่อยู่เหนือกองทุนต่างๆ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาโดยไม่ต้องรวมกองทุน แต่จำเป็นต้องมีกลไกกลางเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ หลายด้านโดยให้มีอำนาจในการกำกับดูแล เช่นกลไกในการกำหนดสิทธิประโยชน์กลางกลไกในการพัฒนาและกำหนดอัตราการจ่าย, กลไกการเบิกจ่าย, กลไกการตรวจสอบการเบิกจ่าย

3. การมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่เป็นมาตรฐานแต่มีความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นมาจากรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกันนั้นอาจส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติดังนั้นหากกำหนดให้มีรูปแบบและอัตราจ่ายที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 3 กองทุนได้ ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการลดความเหลื่อมล้ำได้โดยอาจไม่จำเป็นต้องมีการรวมกองทุน

4.2 ปัญหาทางกฎหมายในการตรวจสอบข้อมูลในระบบกองทุนประกันสุขภาพ

ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพของไทยขาดระบบการควบคุมและตรวจสอบการเบิกจ่ายที่ชัดเจนและรัดกุมอย่างเพียงพอ อันพิจารณาจากพฤติกรรมการใช้จ่ายงบประมาณของโรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบ(โรงพยาบาลคู่สัญญา) สามารถทำการทุจริตเบียดบังเงินได้ง่ายขึ้น ซึ่งแต่เดิมมีความพยายามรวมระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้เป็นระบบประเมินผลการใช้จ่ายเงินในกองทุนอย่างเหมาะสม ยิ่งกว่านั้น กรณีเกิดปัญหาการโอนประวัติผู้ป่วยและปัญหาฐานข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามรักษาผู้ป่วย อีกทั้งฐานข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายโรงพยาบาลคู่สัญญาไปโรงพยาบาลอื่น เหล่านี้ ก่อให้เกิดปัญหาในการรวมฐานข้อมูล (Platform การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ) ทำให้การตรวจสอบยากขึ้นอีกทั้งการมีระบบ Platform ที่ไม่เชื่อมโยงข้อมูลก่อให้เกิดปัญหาการรับรองข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพให้ประชาชนทั่วไปในการเข้าถึง ตามที่เห็นได้จากการขาดการประสาน Platform เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Ministry of Digital Economy and Society) แพทยสภา บริษัทโทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (มหาชน) และกรมการปกครอง อีกทั้งยังขาดการประสาน Platform ข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ข้อมูลระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง

ในเรื่องฐานข้อมูลในการให้บริการทางแพทย์อีกอย่างหนึ่งคือ การรายงานผลการดำเนินให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ชัดเจน เช่น การรายงานข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงทำให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียขาดข้อมูลที่จำเป็นในการตรวจสอบ รวมทั้งปัญหาการรายงานผลของการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขนั้นไม่มีความต่อเนื่อง ทำให้การติดตามการใช้จ่ายงบประมาณไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งจะต้องเพิ่มระบบการแจ้งเตือนการรายงานผลหรือเพิ่มช่องทางการรายงานผ่านทางระบบออนไลน์ (Online) และมีช่องทางการรายงานผลการดำเนินโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณด้วยภาพถ่ายหรือภาพวิดีโอและให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) งดการสนับสนุนงบประมาณในกรณีที่หน่วยงานไม่รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณตามหลักเกณฑ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้นด้วย

อีกทั้งพบมูลเหตุจูงใจที่ทำให้เกิดการทุจริตคือ การสมคบกันระหว่างโรงพยาบาล แพทย์ กับบริษัทผู้ผลิตจำหน่ายยาในรูปแบบของค่าคอมมิชชั่น เนื่องจากโรงพยาบาลและแพทย์มีความสัมพันธ์กับยอดจำหน่ายยาของแต่ละบริษัทที่จำหน่ายยาให้กับโรงพยาบาล และแพทย์มีความเห็นสนับสนุนยานิดินั้นๆ ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น ยาแถม ตัวเงิน หรืออาจเป็นการท่องเที่ยวต่างประเทศในรูปแบบของการสัมมนาในงานในต่างประเทศเกิดจากช่องโหว่ฐานข้อมูลระบบยา การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง โดยผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลไม่ต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองเหมือนในอดีตส่งผลให้ผู้ใช้สิทธิไม่รู้ว่าตนเองใช้สิทธิไปเท่าใด ขณะที่โรงพยาบาลคู่สัญญาผู้รักษาแจ้งค่ารักษาพยาบาลกรมต่อบัญชีกลางเท่าใด จึงสมควรต้องมีฐานข้อมูลแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยกรมบัญชีกลางต้องจ่ายงบประมาณชัดเจนใช้คืนเท่านั้น การที่ระบบคอมพิวเตอร์ของแต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีสังกัดหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบการจ่ายยาได้ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง

ดังนั้น เมื่อไม่มีแนวทางการวิเคราะห์ผลลัพธ์การใช้งบประมาณโดยเปรียบเทียบกับต้นทุนที่ใช้ไป (Cost-Benefit Analysis) อาจส่งผลให้โครงการบางอย่างไม่มีความคุ้มค่า จึงควรมีการวางแนวทางการดำเนินการวิเคราะห์โดยนำรายงานข้อมูลทางการแพทย์ที่หน่วยบริการได้จัดเก็บไว้นำมาใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการพิจารณาอนุมัติโครงการนั้นด้วย ซึ่งจะพิจารณาทั้งมิติด้านการเงินและมิติเชิงสังคม และความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

อีกปัญหาการที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขาดการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกให้ประชาชนทราบถึงการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อันส่งผลให้ขาดการมีส่วนร่วมในการช่วยตรวจสอบและแจ้งเบาะแสการกระทำผิดทุจริต จึงเห็นควรให้นำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการงบประมาณมาสรุปเป็นรูปแบบอินโฟกราฟิกและนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ โดยเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยและให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ช่วยส่งเสริมให้มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกมากอีกทางหนึ่ง

ด้วย จะทำให้ประชาชนทั่วไปทราบถึงการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจะเป็นประโยชน์ในด้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการแจ้งเบาะแสการทุจริตอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ควรกำหนดให้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการเข้ามามีส่วนร่วมประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องอีกทางหนึ่งด้วย

จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่าในหมวด 5 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในมาตรา 45 บัญญัติว่า ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน กำหนด

เมื่อระบบหลักประกันสุขภาพประเทศไทยเป็นระบบที่ประกอบด้วยกองทุนที่หลากหลาย ดังนั้น เมื่อผู้รับบริการ(ประชาชน)ได้ลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วย บริการ(สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน) หน่วยบริการดังกล่าว¹⁰⁵จึงมีหน้าที่ต้องจัดทำระบบข้อมูลการ ให้บริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการดำเนินการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขและในขณะเดียวกันคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข¹⁰⁶ ก็มีอำนาจและหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ¹⁰⁷และเครือข่ายหน่วยบริการ¹⁰⁸ในจัดทำ บริการสาธารณสุข ซึ่งหากหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ไม่ได้แจ้งข้อมูลหรือแจ้งข้อมูลหรือแสดง ข้อมูลโดยทุจริตต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวที่แจ้งนั้นเป็นข้อมูลที่เกิดจากการ กระทำโดยทุจริต¹⁰⁹และไม่ได้มีการตรวจสอบหรือไม่มีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันของฐานข้อมูลสำนักหลักประกัน สุขภาพอันจะส่งผลให้การบริหารของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินงานโดยปราศจากหลัก ธรรมาภิบาล (Good Governance) อันเป็นผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มั่นคง เมื่อการกระทำ

¹⁰⁵ มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

¹⁰⁶ มาตรา 50 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 45

¹⁰⁷ “ หน่วยบริการ ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

¹⁰⁸ เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายตาม พระราชบัญญัตินี้

¹⁰⁹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 1 (1) “โดยทุจริต” หมายความว่า เพื่อแสวงหาประโยชน์ที่มีควรได้โดยชอบ ด้วยกฎหมายสำหรับตนเองหรือผู้อื่น

ดังกล่าวเป็นการแสวงหาผลประโยชน์โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งตามบทบัญญัติ มาตรา 45 ที่ให้หน่วยบริการ มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ฯลฯซึ่งบทบัญญัตินี้ดังกล่าวไม่ได้กำหนด บทบังคับและกำหนดความรับผิดชอบการรายงานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคู่สัญญาไว้ ส่งผลให้เกิด ช่องว่างทางกฎหมาย ทำให้ไม่มีการตรวจสอบได้อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ ในการนี้ควรที่จะมีการแก้ไขบท กฎหมายให้ชัดเจนและครอบคลุม ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ควรให้มีการแก้ไขโดยกำหนดบทบังคับให้หน่วย บริการหรือเครือข่ายบริการรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ให้มีความถูกต้องชัดเจนยิ่งขึ้นและ กำหนดบทลงโทษปรับตามสัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์เมื่อมีการฝ่าฝืน โดยให้มีการเพิ่มเติม “และแจ้งผลการดำเนินการ” ใน (5) มาตรา 45 อีกทั้งเพิ่มเติมให้วรรคท้าย “ในกรณีฝ่าฝืน ให้มีโทษปรับตาม สัญญาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์ที่กำหนดไว้”

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

หน่วยบริการในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่าร้อยละ 80 เป็นองค์กรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้กิจกรรมต่างๆ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานจัดสรรเงินผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่บังคับบัญชาหน่วยบริการ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ของประเทศไทยนั้นมีความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมระหว่างระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ 3 กองทุนใหญ่ กล่าวคือทุกกองทุนใช้แหล่งงบประมาณจากภาษีเป็นหลัก ซึ่งกองทุนประกันสังคมต้องจ่ายสมทบเพิ่มโดยนายจ้างตามมาตรา 46¹¹⁰ ในขณะที่เดียวกันนายจ้างก็ไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคมได้ ในการนี้มีค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ต่างกัน (กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้ค่าใช้จ่าย 14,000 บาทต่อผู้มีสิทธิ ระบบกองทุนประกันสังคมมีค่าใช้จ่าย 3,800 บาทต่อผู้มีสิทธิ และระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีค่าใช้จ่าย 3,700 บาทต่อผู้มีสิทธิ) ซึ่งในแต่ละกองทุนจะมีวิธีการให้บริการและชุดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน โดยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะคุ้มครองบริการรักษายาบาลให้กับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่ต้องตามกฎหมาย) เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษายาบาลได้ที่โรงพยาบาล ของรัฐ โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังควบคุมตามพระราช

¹¹⁰ มาตรา 46 ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ออกเงินสมทบเข้ากองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย และกรณีคลอดบุตร ฝ่ายละเท่ากัน ตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ต้องไม่เกินอัตราเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัตินี้

ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ออกเงินสมทบเข้ากองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงานตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ต้องไม่เกินอัตราเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัตินี้

สำหรับการประกันตนตามมาตรา 39 ให้รัฐบาลและผู้ประกันตนออกเงินสมทบเข้ากองทุนโดยรัฐบาลออกหนึ่งเท่าและผู้ประกันตนออกสองเท่าของอัตราเงินสมทบที่แต่ละฝ่ายต้องออกตามที่กำหนดในวรรคหนึ่ง และวรรคสอง

การกำหนดอัตราเงินสมทบตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง ให้กำหนดโดยคำนึงถึงประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานตามมาตรา 24

ค่าจ้างขั้นต่ำและค่าจ้างขั้นสูงที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แต่ละคน ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนแต่ละคนสำหรับเศษของเงินสมทบที่มีจำนวนตั้งแต่ห้าสิบสตางค์ขึ้นไปให้นับเป็นหนึ่งบาทถ้าไม่น้อยกว่านั้นให้ปัดทิ้ง ในกรณีที่ ผู้ประกันตนทำงานกับนายจ้างหลายรายให้คำนวณเงินสมทบจากค่าจ้างที่ได้รับจากนายจ้างแต่ละราย

กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 สิทธิประกันสังคม คู่ครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามสิทธิ สามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทำหน้าที่ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สิทธิหลักประกันสุขภาพ คู่ครองบุคคลที่เป็นคนไทยมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจหรือสิทธิอื่นๆจากรัฐ ให้ได้รับบริการสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล (การเสียชีวิต) ไม่ต่างกัน นอกจากนี้ยังมีกองทุนย่อยที่ไม่อยู่ใน 3 ระบบใหญ่ ซึ่งมีความเสี่ยงที่กองทุนและผู้มีสิทธิจะล้มละลายได้ เมื่อผู้มีสิทธิได้เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการปรับปรุงและยกระดับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายนั้น ตามนโยบายและยุทธศาสตร์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ได้กำหนดให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการจัดการและการเข้าถึงซึ่งบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและสะดวกในระดับทัดเทียมกัน โดยในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดให้สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำโดยให้รัฐบาลมุ่งเน้นด้านการจัดบริการสาธารณสุขและระบบความคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม และนำไปสู่ความเสมอภาคต่อไป ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนการปฏิรูปประเทศด้านหลักประกันสุขภาพได้กำหนดให้กำหนดให้เกิดความเป็นธรรมสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม (รวมทั้งบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและคนต่างด้าว) ซึ่งในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมีคุณภาพ

การที่มีกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลายภายใต้กฎหมายพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2533 ของข้าราชการ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของผู้ประกันตน และตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คู่ครองบุคคลที่เป็นคนไทยที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจหรือสิทธิอื่นๆจากรัฐ และการไม่มีบทบัญญัติกำหนดให้มีการรายงานผลการประกอบการการให้บริการทางสาธารณสุขของคู่สัญญาและการไม่ได้กำหนดค่าปรับตามสัญญาเครือข่ายบริการทางการแพทย์ที่ทำกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น จึงก่อให้เกิดช่องว่างในการบังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่งผลให้เกิดการเหลื่อมล้ำและความไม่เสมอภาคและส่งผลก่อให้เกิดการใช้จ่ายทรัพยากรเกินความจำเป็น ทั้งนี้การกำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียวและการกำหนดให้มีบทบังคับการรายงานผลประกอบการ อันจะเป็นผลให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หากมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยให้มีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นระบบเดียวครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่ม โดยให้ประชาชนทุกคนต้องได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐและให้มีพื้นฐานทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกัน และกำหนดบทบังคับการจัดทำรายงานผลการประกอบการการให้บริการทางสาธารณสุขของคู่สัญญาและกำหนดโทษปรับตามสัญญาเครือข่ายบริการทาง

การแพทย์เมื่อทำการฝ่าฝืน อันจะส่งผลให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2560 และกฎหมาย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อันจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเป็นธรรมต่อไป

ในส่วนของการจัดทำฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เกี่ยวกับกิจกรรมให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการเครือข่ายของหน่วยบริการและเกี่ยวกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เห็นควรให้มีการรวบรวมฐานข้อมูลและการตรวจสอบข้อมูลนั้นอย่างเป็นระบบตรวจสอบได้ โดยควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นเครือข่ายแต่ละเครือข่าย เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพแห่งชาติทราบถึงข้อมูลของการรักษาของผู้รับบริการและความต้องการของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามเป็นจริง ซึ่งในแต่ละปีงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็ต้องมีการรายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนต่อกระทรวงสาธารณสุข อาทิ ข้อมูลเชิงลึกการรักษาผู้ป่วย วิธีการ จำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วย จำนวนของผู้รับบริการ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลดังกล่าวกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการตรวจสอบว่ามีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ อย่างไร โดยผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นระบบตรวจสอบได้ว่าบริการมีการดำเนินการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพต้องตามวัตถุประสงค์ อีกทั้งยังจะเป็นการตรวจสอบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเอง (Review) ด้วยว่ากองทุนเองได้ใช้เงินในกองทุนสมดังเจตนาในมาตรา 40 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะต้องรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย เพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษาพยาบาลและสามารถตรวจสอบฐานข้อมูลของหน่วยบริการและผู้รับบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการจัดทำบริการสาธารณะอย่างหนึ่งของรัฐให้บรรลุผล ดังนี้ 1) ให้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายแม่บท ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนทุกกลุ่ม ควรจัดระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นระบบเดียวอยู่ภายใต้กำกับโดยองค์กรเดียว อันจะส่งผลให้บริการในพื้นฐานทางการแพทย์ที่เท่าเทียมกัน โดยให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่มประชาชนทุกคนสามารถรับการประกันสุขภาพโดยรัฐ แต่ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพมีการให้บริการจะต้องมีการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุม ซึ่งอาจมีการออกประกาศกองทุนกำหนดรายละเอียด โดยจ่ายเงินเพิ่มโดยกฎหมายกำหนดให้สิทธิประโยชน์มากกว่าระบบกองทุนประกันสุขภาพแบบเดิมที่มีอยู่ ดังนั้นการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวควรมีบทบัญญัติให้มีกระบวนการตรวจสอบกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นระบบเดียว อันจะส่งผลให้ถ่ายทอดการตรวจสอบการบริหารจัดการงบประมาณกองทุน อีกทั้งให้มีการส่งเสริมความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่

ให้บริการสุขภาพอาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ทั้งนี้ในการควบคุมและตรวจสอบรวมทั้งการบัญญัติกฎหมาย รัฐควรกำหนดในกฎหมายดังกล่าวให้มีระบบการตรวจสอบที่เป็นอิสระจากระบบราชการของกระทรวง กลุ่มทุนและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ รวมถึงการเมือง

2) แก้ไขบทนิยามในมาตรา 3 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งคำว่า “ค่าบริการ” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการดังต่อไปนี้

(1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่น ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าฝากครรภ์ ค่าคลอดบุตรและอภิบาลบุตร

(5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(6) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยหรือผู้ทุพพลภาพ

(7) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

(8) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

(9) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่คณะกรรมการกำหนด

3) แก้ไขมาตรา 9 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ดังต่อไปนี้ “ให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด รวมทั้งผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมและผู้สิทธิดังต่อไปนี้ด้วย

(1) ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการ

(2) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(3) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่ หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ

(4) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (1) (2) หรือ (3)

4) แก้ไขมาตรา 13 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังต่อไปนี้ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ประกอบด้วย

(1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

(2) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณและผู้แทนของกรมบัญชีกลาง

(3) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์กรการบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์กรการบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท คัดเลือกกันเอง

(4) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มเหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าว คัดเลือกกันเองให้เหลือห้าคน

(ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานด้านสตรี

(ค) งานด้านผู้สูงอายุ

(ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช

(จ) งานด้านผู้ติดเชื้อไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

(ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นตัวแทนฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้างฝ่ายละหนึ่งคน

(ช) งานด้านชุมชนแออัด

(ซ) งานด้านเกษตรกร

(ฌ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(5) ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวนห้าคน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละหนึ่งคน

(6) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุขการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ด้านละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (4) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการถ้าองค์กรใดใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่มให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิ คัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

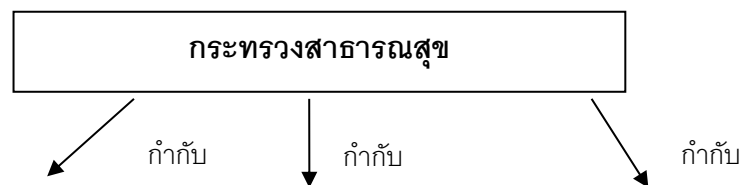
หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (3) และ (4) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้กรรมการตาม (1) (2) (3) (4) และ (5) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (6)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่ รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขธิการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

5) เมื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพของไทยขาดระบบการควบคุมและตรวจสอบการเบิกจ่ายที่ชัดเจนและรัดกุมอย่างเพียงพอ ก่อให้เกิดปัญหาในการรวมฐานข้อมูล (Platform และการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ) เป็นผลให้การดำเนินการตรวจสอบยากขึ้น อีกทั้งระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกองทุนดังกล่าวประสบปัญหาด้านระบบ Platform ที่ไม่เชื่อมโยงข้อมูลอันก่อให้เกิดปัญหาการรับรองข้อมูลด้านสุขภาพ จึงเห็นควรนำระบบการสื่อสารผ่านเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical records and communication) มาใช้แก้ปัญหาดังกล่าว โดยข้อมูลการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ดังกล่าวจะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลทั้งหมดในส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งฐานข้อมูลการส่งตัวผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการอื่น ๆ โดยทำผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพียงอย่างเดียว รัฐควรศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้ครอบคลุมการบริหารจัดการระบบสุขภาพทั้งประเทศ เพื่อหน่วยงานของรัฐและเอกชนสามารถดึงประวัติผู้ป่วยมาใช้ได้ทุกเมื่อ ในส่วนของการตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เมื่อได้มีการรายงานข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขต่อสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว หากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการต่อไป เพื่อจัดเก็บฐานข้อมูลเพื่อการกำหนดแผนนโยบายการบริการสาธารณสุขในปีงบประมาณถัดไป

ตารางที่ 5.1 โครงสร้างระบบกองทุนสุขภาพของประเทศไทย



คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริหารสาธารณสุข	คณะกรรมการประกันสังคม	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
ตามกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545	ตามกฎหมายพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533	ตามกฎหมายพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ออกตามพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัตัญญู แก้วหานาม, 'บทบรรณาธิการฉบับพิเศษ' (กันยายน 2560) 2 ฉบับพิเศษ วารสารการบริหารปกครอง.
- กฤษณ์ ชุนลึก, 'รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
แก่ประชาชนไทย' (กันยายน 2560) 2 ฉบับพิเศษ วารสารการบริหารปกครอง 39.
- กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, *การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพประสบการณ์จาก 10 ประเทศ* (สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2551).
- กระทรวงสาธารณสุข, *90 ปีการสาธารณสุขไทยเพื่อคนไทยสุขภาพดีการแสดงผลงานนวัตกรรมเทคโนโลยีทาง
การแพทย์และสาธารณสุขและผลิตภัณฑ์สุขภาพ* (กระทรวงสาธารณสุข 2552).
- กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, *การคลังสาธารณะ: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้* (สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 2561).
- การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2558).
- กิตติยาพร ทองไทย, น้องเล็ก คุณวราดิศัย และแสง วังระชนกิจ, 'การยอมรับการใช้เวชระเบียน
อิเล็กทรอนิกส์ของคลินิกแพทย์และทันตแพทย์' (กรกฎาคม-ธันวาคม 2560) 2 วารสารเภสัช
กรรมไทย <<https://shorturl.asia/tuorl>> สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2562.
- เกษมสันต์ วิลาวรรณ, *คำอธิบายกฎหมายแรงงาน* (พิมพ์ครั้งที่ 29, สำนักพิมพ์วิญญูชน 2564).
- คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, *ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน* (สำนักงานคณะกรรมการสิทธิ
มนุษยชนแห่งชาติ 2564).
- คณะทำงานจัดทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ, *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย
พ.ศ.2562-2563* (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2565).
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพลตันสกุล, *พฤติกรรมผู้บริโภค* (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม 2550).
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกัน
สุขภาพ* (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2556).
- ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, *รายงานการศึกษาวินิจฉัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศ อังกฤษ
(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544).*
- นวลน้อย ตรีรัตน์ และเบ็ญจ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2557).*
- พลเดช ปิ่นประทีป, *ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข* (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2562).

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิรุฬ ลิ้มสวาท, การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2555).
- ระบบหลักประกันสุขภาพไทย 2555 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555).
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ (สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ 2559).
- วีรนุช คำแคล้ว, ‘ปัญหาการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานของคนไทยที่ไม่สามารถพิสูจน์สัญชาติได้’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม 2564).
- ศิริพงษ์ อัทธัญตา, แนวทางการปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พุทธศักราช 2448 (สำนักงบประมาณ 2548).
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และททัยชนก สุมาลี, ทางเลือกเชิงนโยบาย เรื่องกองทุนสร้างเสริมความล้มพันธ์ที่ดีในระบบการบริการสาธารณสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553).
- ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโนทัย, ‘ความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย’ (การประชุมสัมมนาทางวิชาการ, โรงแรมมิราเคิลแกรนด์, 27-28 มิถุนายน 2548).
- สมเกียรติ์ สาธิตพิฐกุล, กฎหมายแรงงานและประกันสังคม (ไอดี ออล ดิจิตอล พรีนซ์ 2564).
- สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะ, โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน (สำนักพิมพ์เครือเถา 2547).
- สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ, ระบบหลักประกันสุขภาพไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555).
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2554.)
- สุวิมล อีสริยานนท์ และคณะ, ‘สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2560 ภายใต้การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19’ (2564) 3 วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ <<https://shorturl.asia/kB4Nq>> สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2565.
- สุภาวณีย์ อมรจิตสุวรรณ, หลักกฎหมายมหาชนทางเศรษฐกิจ (พิมพ์ครั้งที่ 2, สำนักพิมพ์วิญญูชน 2563).
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545).

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักกำกับและพัฒนาการตรวจสอบภาครัฐ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, *แนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการของส่วนราชการ เฉพาะที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล* (กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ธันวาคม 2554).
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ‘พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550’ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) <<https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/26902>> สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2565.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญสุขภาพคนไทย ให้ อะไรกับประชาชน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2540).
- สำนักงานประกันสังคม, *รายงานประจำปี 2560* (สำนักงานประกันสังคม 2560).
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, *รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน การคลังของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวประจำปี 2560* (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2560).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กับการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนในสังคม* (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555).
- _____, *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2562* (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2562).
- _____, *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2562* (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2562).
- _____, ‘เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ’ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) <<https://shorturl.asia/mSTqO>> สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2562.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, *โครงการศึกษาแนวทางการพัฒนาภารกิจกระทรวงสาธารณสุข สู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทางการคลังสุขภาพของประเทศ* (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2552).
- SAS Institute, ‘เหตุใดปัญญาประดิษฐ์จึงมีความสำคัญยิ่งนัก’ (SAS Institute) <<https://shorturl.asia/T2GXK>> สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2564.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Assurance Maladie, 'Dossier Medical partagé: Le service est désormais disponible pour tous (Assurance Maladie, 6 November 2018) <<https://shorturl.asia/URnvr>> accessed 3 June 2020.
- Akira Babazono and others, 'A study on a reduction in visits to physicians after introduction of 30% co-payments in the employee health insurance in Japan' (2004) 1 Industrial Health 50-56 <<https://shorturl.asia/6YZA5>> accessed 3 June 2020.
- Carsten G. Ullrich. 'Managing the behavior of the medically insured in Germany: the acceptance of cost-sharing and risk premiums by members of the statutory health insurance' (2002) 1 Journal of Health & Social Policy <https://doi.org/10.1300/J045v15n01_02> accessed 10 April 2023.
- Christian Krauth and Friedrich Wilhelm Schwartz, 'Cost-benefit principle and cost containment' (January 1998) 1 Medizinische Klinik <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03045042>> accessed 3 June 2020.
- Evan Doran and others, 'Patient co-payments and use of prescription Medicines' (February 2004) 1 Australian and New Zealand Journal of Public Health 62-67 <<https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00634.x>> accessed 3 June 2020.
- European Observatory on Health Systems and Policies, 'Health care systems in transition: Germany' (2000) European Observatory on Health Care Systems <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108301?show=full>> accessed 3 June 2020.
- _____, 'Health systems in transition: United Kingdom' (1999) European Observatory on Health Care Systems <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108272>> accessed 3 June 2020.
- G. Griesinger, K. Diedrich and C. Altgassen, 'Stronger reduction of assisted reproduction technique treatment cycle numbers in economically weak geographical regions following the German healthcare modernization law in 2004' (November 2007) 11 Human Reproduction <<https://doi.org/10.1093/humrep/dem293>> accessed 3 June 2020.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Garland R. Marshall, 'Institutionalising cost sharing for catchment management: lessons from land and water management planning in Australia' (June 2002) 11 Water Science & Technology <<https://doi.org/10.2166/wst.2002.0385>> accessed 3 June 2022.
- 'Health Care in France' <https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_France> accessed 6 November 2022.
- 'Health Care in Australia' <https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Australia> accessed 18 November 2022.
- 'Health Care in England' <https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_England> accessed 10 October 2022.
- 'Health Care in United Kingdom'
<https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_United_Kingdom>
accessed 28 December 2022.
- Judith Healy, Evelyn Sharman and Buddhima Lokuge, 'Australia: health system review' (2006) 5 Health systems in transition
<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107803>> accessed 3 June 2020.
- Masanori Ito, 'Health insurance systems in Japan: a neurosurgeon's view' (2004) 12 Neurologia medico-chirurgica <<https://doi.org/10.2176/nmc.44.617>> accessed 3 June 2020.
- Masatsugu Tsuji, Wataru Suzuki and Fumio Taoka, 'An empirical analysis of a telehealth system in terms of cost sharing' (2003) 1 Journal of Telemedicine and Telecare
<<https://doi.org/10.1258/135763303322196303>> accessed 28 December 2022.
- Ministère de la Santé, 'INSTRUCTION N° SG/DSSIS/DGOS/DGCS/CNAM/2018/72 du 13 mars 2018 relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé (DMP)' <<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43291>> accessed 22 June 2020.
- Naoki Ikegami, 'Japan, Health System of' (2008) International Encyclopedia of Public Health
<<https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00310-5>> accessed 3 June 2022.
- National Health Insurance Japan,
<[https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_\(Japan\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_(Japan))>
accessed 10 October 2022.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- 'Nation Health Service and Community Care Act 1990' (Legislation.gov.uk)
<<http://www.legislation.gov.uk/pdf/1990/>> accessed 3 June 2020.
- OECD, 'Proposal for a Taxonomy of Health Insurance' (OECD 2004)
<<https://shorturl.asia/zIOPu>> accessed 10 April 2023.
- Tetsuji Yamada, 'Private Health Insurance and Hospitalization under Japanese National Health Insurance' (2009) 2 The Open Economics Journal
<<https://doi.org/10.2174/1874919400902010061>> accessed 10 April 2023.
- Tetsuo Fukawa, *Public Health Insurance in Japan* (World Bank Institute 2002).
- William Mcclary, 'The Earmarking of Government Revenue: A Review of Some World Bank Experience' (1991) 1 The World Bank Research Observer.
- John H. Wlodarczyk and others, 'Public funding of bosentan for the treatment of pulmonary artery hypertension in Australia: cost effectiveness and risk sharing' (2006) 9 Pharmacoeconomics <<https://shorturl.asia/tYl57>> accessed 10 April 2023.
- 'World Health Report' <https://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Report> accessed 10 April 2023.
- Zeynep Or and others, 'Évaluationd'impact de l'expérimentationParcours santé des aînés (Paerpa)' (Irdes, August 2018) <<https://shorturl.asia/oaPhg>> accessed 22 June 2020

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - นามสกุล พิสุทธิ์ ทองสุข

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2552 - นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- พ.ศ. 2553 - ประกาศนียบัตรหลักสูตรวิชาว่าความ รุ่นที่ 39
สำนักฝึกอบรมวิชาว่าความแห่งสหภาพนายความ

ประสบการณ์ทำงาน

- พ.ศ. 2563 - เจ้าพนักงานคดีปฏิบัติการ ศาลจังหวัดสวรรคโลก
- พ.ศ. 2562 - เจ้าพนักงานคดีปฏิบัติการ ศาลจังหวัดแม่สะเรียง
- พ.ศ. 2561 - เจ้าพนักงานคดีปฏิบัติการ ศาลจังหวัดสระบุรี
- พ.ศ. 2560 - นิติกรปฏิบัติการ สำนักงานส่งเสริมศาลยุติธรรม