

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพของรับบริการ ณ โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้นำมาเป็นข้อมูลและแนวทางการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพ
2. ความเป็นมา สิทธิประโยชน์และค่ารักษาพยาบาลของสิทธิประกันสุขภาพ
3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิด

#### 1. ความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพก่อนปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลไทยจัดให้มีการประกันสุขภาพ และการจัดสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลให้กับประชาชน โดยดำเนินการในรูปแบบต่างๆ และวิวัฒนาการไปสู่รูปแบบของการประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบ กล่าวโดยสรุปก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีระบบหลักประกันดังนี้

1. ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรประกันสุขภาพ) เป็นต้น

2. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ สำหรับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และบุคคลในครอบครัว

3. ระบบประกันสังคมภาคบังคับ สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการภาคเอกชน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

4. การประกันสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น พระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ

## 5. ระบบประกันสุขภาพเอกชน

ซึ่งในปัจจุบัน โครงการ สปร. ได้เปลี่ยนมาเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งครอบคลุม สปร. เดิม และประชากรกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพทั้งหมด (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544)

## 2. ความเป็นมา สิทธิประโยชน์และค่ารักษาพยาบาลของสิทธิประกันสุขภาพ

### 2.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

#### 2.1.1 ความเป็นมาของโครงการสปร.

รัฐบาลได้เริ่มจัดให้มีการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย โดยใช้โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และการถือฤกษ์ของสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยผู้มีรายได้น้อยในกลุ่มแรกที่มีบัตรสปน. หรือสปร. เรียกว่าคนไข้ประเภท ก และในกลุ่มที่สองที่ไม่มีบัตรฯเรียกว่าคนไข้ประเภท ข สำหรับกรณีของโครงการสปน.นั้น ได้มีการเริ่มโครงการฯ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยในช่วงแรกของโครงการฯนั้น การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้ให้การรักษาพยาบาล แต่ต่อมาได้เริ่มมีการออกบัตรฯที่มีอายุ 3 ปี โดยรุ่นที่ 1 ได้เริ่มในปี พ.ศ. 2524 โครงการฯได้มีการดำเนินงานจนถึงปี พ.ศ. 2537 (ชุตินา สุวรรรัตน์เดชา, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของวิโรจน์ ณ ระนองและอัญชญา ณ ระนอง (2545) พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้

พ.ศ. 2518 เริ่มมีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล (เป็นงบหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปให้สถานพยาบาล) ที่การออกบัตรสงเคราะห์เฉพาะในเขตเมือง เช่น กทม. และจังหวัดใหญ่ โดยถือเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย

พ.ศ. 2519 – 2522 ยกเลิกการออกบัตรแล้วมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือได้รับ มอบอำนาจเป็นผู้พิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน สำหรับครอบครัว และให้หัวหน้าสถานพยาบาล หรือ ผู้ได้รับมอบหมาย เป็นผู้พิจารณา

พ.ศ. 2524 – 2525 ประกาศให้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และออกบัตรสงเคราะห์เป็นราย

ครอบครัวให้บัตรมี อายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลไว้ในบัตร สามารถให้บริการได้ทุกแห่ง กำหนดรายได้ของผู้ที่จะได้รับสิทธิใหม่สำหรับคนโสดเป็นต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน

พ.ศ. 2527 – 2530 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2527 โดยหลักเกณฑ์รายได้คงเดิม แต่กำหนดสถานพยาบาลในบัตร 2 แห่ง คือ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2530 – 2533 ออกบัตรสงเคราะห์ ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวคือ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

พ.ศ. 2534 – 2537 ประกาศใช้ พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุสามเณร และผู้นำศาสนาเข้ามาในโครงการด้วย

พ.ศ. 2537 เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาลเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยกเลิกระเบียบสำนักนายกฯ พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่ เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว

### 2.1.2 สิทธิประโยชน์ของโครงการสปร.

ในการดำเนินงานโครงการ สปร. ได้มีข้อวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับคุณภาพและสิทธิประโยชน์ของโครงการสปร. หลายประการเช่น

- การเลือกปฏิบัติหรือเลือกวิธีการรักษาที่ต่างไปจากคนไข้ที่เบิกได้ หรือจ่ายเงินเอง (รวมทั้งในด้านความสะดวก เช่น ต้องรอนานกว่า ฯลฯ)

- สิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมในบางด้าน (เช่น การผ่าตัดกระจกไม่มีเลนส์ตาเทียมให้ ซึ่งสิทธิประโยชน์นี้มีการปรับเพิ่มให้หลังจากที่มิงงานวิจัยชิ้นหนึ่งนำปัญหานี้มาเสนอผ่านสื่อมวลชนอย่างครึกโครม) และมีข้อจำกัดบางด้าน (เช่น ห้ามใช้ห้องพิเศษ)

- การใช้จ่ายกับผู้ป่วยในโครงการ ซึ่งเน้นการใช้จ่ายในบัญชียาหลัก (แม้ว่าโครงการสปร.จะไม่มีข้อกำหนดเรื่องที่จะต้องใช้จ่ายยาในบัญชียาหลักและระเบียบสปร. ในอดีตก็เปิดช่องให้สถานพยาบาล สามารถใช้งบสปร. ซื้อยาสำหรับใช้กับผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล ดังนั้นยานอกบัญชียาหลักที่ซื้อโดยงบ สปร. จะถูกใช้สำหรับผู้ป่วยที่เบิกได้หรือจ่ายเงินเองด้วย)

- สิทธิในการเลือกสถานพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้ถือบัตรจะต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรเท่านั้น (ในบางช่วงเคยกำหนดให้ผู้มีสิทธิที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยที่กำหนดให้ไปที่สถานีอนามัยก่อน แต่ในระยะหลังกำหนดสถานพยาบาลไว้สองแห่ง คือโรงพยาบาลหนึ่งแห่งและสถานีอนามัยหนึ่งแห่ง) และไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาล ยกเว้นในพื้นที่รอยต่อซึ่งอาจจะมีสิทธิเลือกแต่ก็มักจะต้องเลือกแบบยกหมู่บ้าน

ระบบส่งต่อที่มีข้อจำกัดมาก เช่น ในหลายจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทบวง ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทบวงบางแห่ง จะต้องจ่ายเงินเอง (วิโรจน์ ฅ ระนอง และ อัญชญา ฅ ระนอง, 2545)

### 2.1.3 ค่ารักษาพยาบาลของโครงการสปร.

ในปี พ.ศ. 2541 ได้ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. โดยใช้หลักการให้เงินตามจำนวนผู้มีสิทธิ (money follows patient) เพื่อจูงใจให้สถานพยาบาลปรับปรุงระบบการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อความต้องการประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น จุดเปลี่ยนที่สำคัญคือ การออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนระบบงบประมาณของโครงการ จากเดิมที่เคยจัดสรรให้เป็นก้อน(global budget) เป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้ว งบเหมาจ่ายรายหัวที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรไปให้จังหวัดในปีงบประมาณ 2541- 2543 อยู่ระหว่าง 366 บาท – 403 บาทต่อบัตร (วิโรจน์ ฅ ระนอง และ อัญชญา ฅ ระนอง, 2545) ซึ่งการที่สถานพยาบาลได้รับงบประมาณน้อย รายรับต่ำกว่ารายจ่าย จึงไม่ยอมรับผู้ป่วยบัตร สปร. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ไม่รับคนไข้ สปร. สรุปคือเป็นโครงการที่ขาดทุนร่วมกัน ประชาชนขาดทุนเพราะได้รับบริการที่ไม่ดี และสถานพยาบาลก็ขาดทุนเพราะรายรับน้อยกว่ารายจ่าย (วิจิตร ระวีวงศ์และคณะ, 2543) ซึ่งแม้กระทั่งหลังจากที่มีการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณของโครงการสปร. แล้ว ภาพที่สถานพยาบาลมีต่อโครงการสปร. ในแง่ความเป็นภาระของโครงการต่อสถานพยาบาล มักจะมีสองภาพที่ขัดกันซึ่งมักจะขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลเหล่านั้น กล่าวคือสถานพยาบาลที่เปรียบเทียบกับ สปร. ที่ได้รับกับ “ค่าใช้จ่าย (charge)” ในการรักษาผู้ป่วย สปร.

(โดยคิดในอัตราที่เท่ากับที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง) มักจะระบุว่าสถานพยาบาลประสบกับการ “ขาดทุน” จากโครงการ สปร. เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับ (หักหรือบวกค่าใช้จ่ายในการส่งต่อหรือรับส่งต่อผู้ป่วย) มักจะต่ำกว่า “ค่าใช้จ่าย (charge)” ในการรักษาผู้ป่วยสปร. (วิโรจน์ ฅ ระนอง และ อัญชานา ฅ ระนอง, 2545)

งบประมาณที่รัฐจัดสรร (โดยผ่านสำนักงบประมาณ) ให้กับโครงการนี้อยู่ในหมวดเงินอุดหนุน ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 457 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2524 เป็น 4,950 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2539 หากพิจารณาถึงงบประมาณที่ปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อในหมวดบริการสุขภาพแล้วจะพบว่า ตามมูลค่าปี พ.ศ. 2524 งบประมาณที่แท้จริงเป็น 2,368 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2539 (โดยใช้อัตราการเพิ่มของภาวะเงินเฟ้อในหมวดบริการสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2534-2539 เป็นประมาณร้อยละ 209) (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2541)

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาล (โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน) ที่เปรียบกับ สปร. กับเฉพาะต้นทุน material cost ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์) โดยถือว่าโรงพยาบาลได้รับเงินเดือน และงบประมาณด้านอื่นๆอยู่ก่อนแล้วนั้น มักจะเห็นพ้องต้องกันว่าหลังจากที่มีการปฏิรูป ระบบงบประมาณของโครงการในปี 2541 แล้วนั้น งบ สปร. ที่ได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโครงการ และมีส่วนช่วยทำให้ฐานะทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งกระเตื้องขึ้นด้วย ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่คำนวณต้นทุนการดำเนินงานของโครงการสปร. ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบการศึกษาในหกจังหวัดโครงการ SIP (ซึ่งต่อมาได้กลายมาเป็นจังหวัดนำร่องกลุ่มแรกของโครงการ 30 บาท) ในปีงบประมาณ 2542 พบว่าต้นทุนการดำเนินการที่รวมค่าแรงอยู่ที่ 698 บาทต่อบัตร ซึ่งต่ำกว่างบสปร.เฉลี่ยที่หกจังหวัดนี้ได้รับ (381 บาทต่อบัตร) เล็กน้อย ดังนั้นโดยเฉลี่ยแล้ว งบสปร.ที่จังหวัดกลุ่มนี้ได้รับหลังจากการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณ ในปี 2541 น่าจะเพียงพอกับค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost) ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ซึ่งในกรณีของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่คือค่ายา และเวชภัณฑ์) เมื่อคำนึงว่าในระบบงบประมาณปกตินั้นได้จัดสรรงบที่ครอบคลุมเงินเดือน งบลงทุนและค่าใช้จ่ายส่วนอื่นๆของโรงพยาบาลเอาไว้แล้ว แต่อย่างไรก็ตามการที่โดยเฉลี่ยแล้ว สถานพยาบาลในจังหวัดเหล่านี้ อาจจะได้รับงบ สปร. เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย สปร. นั้น เป็นเพียงข้อเท็จจริงที่ยังไม่ได้บ่งบอกได้ว่า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้แปรมาเป็นบริการที่ประชาชนผู้มีสิทธิ สามารถเข้าถึงได้ดีแค่ไหน และมีระดับคุณภาพที่เป็นที่น่าพอใจหรือยอมรับได้เพียงใด (วิโรจน์ ฅ ระนอง และ อัญชานา ฅ ระนอง, 2545)

## 2.2 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 2.2.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปี พ.ศ. 2543 เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทางสุขภาพที่เท่าเทียมกัน เป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้คนไทยมีหลักประกัน หรือมีความมั่นใจเมื่อมีการเจ็บป่วย ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนตามวิธีที่ได้กำหนด นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะทำให้แต่ละคนตามความจำเป็นในระยะเร่งด่วน รัฐบาลจัดโครงการ 30 บาทเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แกคนไทยทุกคนโดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่มีสิทธิใดๆ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน (สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์, 2546)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การสร้างระบบประกันสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความจำเป็น ตามขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไม่ได้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทุกชนิด แต่มีมาตรฐานและเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องภาระค่าใช้จ่าย สถานะทางสังคม และที่อยู่อาศัย (อำพล จินดาวัฒนะและสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2546) โดยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรบรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องความเสมอภาค (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) และการ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งการปรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้น มีแนวคิดที่สำคัญในการปฏิรูปได้แก่ ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีการบริหารจัดการที่จัดความซ้ำซ้อน มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพเอกชนอย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในสังคม (อัมมาร สยามวาลาและคณะ, 2544)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นการพัฒนานโยบายที่ชัดเจนของรัฐบาลพรรคไทยรักไทย หลังจากที่ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งปี 2544 รัฐบาลใช้เกณฑ์การร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ (copayment) “30 บาท” เพื่อบอกถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนไทยทุกคน อย่างไรก็ตามแม้ไม่มีเงิน 30 บาทก็มีกระบวนการที่ทำให้สามารถรับบริการโดยยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาทนี้ได้ นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” ไม่ระบุปรัชญาแนวคิดเบื้องหลังอย่างชัดเจนนัก เพราะข้อจำกัดของการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์จริง ที่หลักประกันสุขภาพของรัฐหลายชนิดให้สิทธิทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ปีแรกของ “30 บาทรักษาทุกโรค” จึงเป็นการวางแผนปฏิบัติให้สามารถดำเนินงานตามนโยบายได้ในระยะเวลาที่เริ่มนำร่อง แนวปฏิบัตินี้เองที่เป็นจุดอ่อน ทำให้แนวคิดปรัชญาเบื้องหลัง ขาดความ

ชัดเจน และอาจกลับไปสู่การสงเคราะห์คนจน (targeting the poor) เช่นเดิมตามปรัชญาของสังคมที่พึ่งกลไกตลาดในการจัดบริการสาธารณะ (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย, 2545)

## 2.2.2 สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาทเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรับมาจากชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม โดยปรับเพิ่มสิทธิในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งเป็นจุดเน้นประการหนึ่งของกลุ่มผู้ผลักดันโครงการ 30 บาท) และปรับสิทธิด้านทันตกรรมโดยอิงโครงการสปร. ในขณะเดียวกันก็ตัดสิทธิในด้านการล้างไต สำหรับกรณีไตวายเรื้อรัง และการให้ยาก็ให้สิทธิเฉพาะยาในบัญชียาหลัก และไม่รวมยาต้านไวรัสเอดส์ (HIV) (ยกเว้นกรณีใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก) นอกจากนี้ความแตกต่างอีกประการหนึ่งคือ โครงการ 30 บาทยังไม่ได้ให้สิทธิในการเลือกสถานพยาบาล

สาเหตุหลักที่ไม่รวมยาต้านไวรัสเอดส์ (HIV) ก็เพราะจากการประเมินค่าใช้จ่ายเบื้องต้นคาดว่าอาจมีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูงถึง 50,000 ล้านบาทต่อปี ส่วนการล้างไตสำหรับกรณีไตวายเรื้อรังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องอ้างว่ามีประสิทธิผลต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่สูง และในระหว่างดำเนินโครงการนำร่องและโครงการจริงในช่วงหนึ่งปีเศษที่ผ่านมา โครงการได้มีการปรับสิทธิประโยชน์ดังต่อไปนี้คือ

- การคลอดบุตร ซึ่งเมื่อเริ่มโครงการให้สิทธิเฉพาะสตรีที่มีบุตรไม่เกินสองคน เปลี่ยนมาเป็นให้สิทธิในการคลอดอีกไม่เกินสองครั้งหลังจากเริ่มดำเนินโครงการนี้
- อวัยวะเทียมนอกร่างกาย (เช่น รถเข็นคนพิการ) แต่เดิมโครงการนี้ให้สิทธิเฉพาะอวัยวะเทียมในร่างกาย แต่รวมเข้ามาด้วยหลังจากที่ได้รับการร้องเรียนว่าโครงการ สปร. ให้สิทธิประโยชน์ส่วนนี้ด้วย
- ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเดิมไม่รวมในชุดสิทธิประโยชน์ แต่เมื่อถูกประท้วงจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ ก็รวมเข้ามาภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดโดยคณะกรรมการฯ (เนื่องจากงบประมาณที่จัดสรรเพิ่มให้เพียงพอสำหรับผู้ติดเชื้อเพียงประมาณ 5,000 คน ในขณะที่การประมาณการทางระบาดวิทยาคาดว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อแปลแสนถึงหนึ่งล้านคน)
- การรักษาโรคจิตในฐานะผู้ป่วยในที่เกินกว่า 15 วัน ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ แต่ยังคงใช้การเบิกจ่ายงบประมาณในระบบเดิม (ไม่อยู่ในงบของโครงการ 30 บาท) (อัญชานา ณ ระนอง วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์, 2545)

### 2.2.3 คำรักษาพยาบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2549

#### 2.2.3.1 แนวคิดการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว

การที่รัฐบาลจัดให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ก็เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิได้หมายความว่าสามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการเสมอไป หากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขและกลไกในระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะรูปแบบการจัดสรร/จ่ายเงินไม่ได้ถูกออกแบบอย่างเหมาะสม ดังนั้นการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจึงมีบทบาทสำคัญในการนำไปสู่เป้าประสงค์ของระบบการคลังสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ จัดให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากร และให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549 จึงประกอบด้วยแนวคิดหลักสำคัญ ๆ ดังนี้

1) **จัดสรรงบประมาณให้กองทุนสาขาไม่น้อยกว่าที่เคยได้รับ ในปีงบประมาณ 2548** ให้ทุกกองทุนสาขาได้รับงบประมาณต่อประชาชนผู้มีสิทธิไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา เนื่องจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับในปีเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วประมาณ 18%

2) **ปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็น ด้านสุขภาพ (differential capitation) ของประชาชนในแต่ละจังหวัด** เพื่อให้แต่ละจังหวัดได้รับงบประมาณสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และเพียงพอในการจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

3) **ปกป้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อชีวิตและมีค่าใช้จ่ายสูง (high cost care)** ปกป้องบริการค่าใช้จ่ายสูงบางรายการที่มีความสำคัญด้วยการกำหนดอัตราค่าตอบแทนให้ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ แยกรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมออกมายกเว้นจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมได้รับการชดเชยที่เหมาะสมมากขึ้น และเพิ่มราคาและรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพอื่นและราคาในตลาด

4) **จัดให้มีการบริการระบบการดูแลรักษาโรค และส่งต่อผู้ป่วย (disease management and managed referral system)** สำหรับโรคที่มีคำรักษาพยาบาลแพงมาก



**และต้องได้รับบริการต่อเนื่อง** เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วย โดยให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และสถานพยาบาล และจ่ายค่าบริการตามแผนการรักษาตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่กำหนด จัดระบบการส่งต่อและมีการติดตามกำกับ เพื่อตรวจสอบมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพ บริการ

5) **ปกป้องการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยข้ามกองทุนสาขา** เพื่อให้ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับบริการ ผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้รับบริการตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อข้ามกองทุนสาขา โดยให้ยกเลิกเดพานการจ่าย 700 บาท สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกส่งต่อ และเพดาน 700 คะแนนสำหรับผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

6) **จัดให้มีการจ่ายเงิน ตามความครอบคลุม/ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เนื่องจากบริการดังกล่าวมีอุปสงค์น้อยและต้องการแรงกระตุ้นมากกว่า บริการรักษาพยาบาลทั่วไป การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการเท่าที่ควรในบริการดังกล่าว การจ่ายโบนัสแก่จังหวัดและหน่วยบริการตามความครอบคลุม/ผลงานเพิ่มเติมจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวจะทำให้ประสิทธิผลการจัดบริการดังกล่าวเพิ่มขึ้น

### 2.2.3.2 โครงสร้างเบรมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549

ในปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,659.20 บาทต่อประชากรสำหรับประชากร ผู้มีสิทธิจำนวน 47.75 ล้านคน งบประมาณดังกล่าวจะจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ การลงทุนเพื่อการทดแทน และการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (วัฒนาสินธุ์ สุวรรตนานนท์, 2549)

## 2.3 ระบบประกันสังคม

### 2.3.1 ความเป็นมาของระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคม ได้เริ่มนำเข้ามาใช้ในประเทศไทยปลายปี พ.ศ. 2533 โดยความครอบคลุมในระยะแรกคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างจำนวน 20 คนขึ้นไปก่อน หลังจากนั้นในปี 2536 จึงได้ขยายขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน เมื่อเดือนเมษายน 2545 ซึ่งมีผลทำให้ลูกจ้างอยู่ในระบบประกันสังคมมีจำนวนเพิ่มจากปี 2534 ซึ่งมี 2.93 ล้านคน หรือคิดเป็น 9.13% ของกำลังแรงงานรวม เพิ่มขึ้นเป็น 7.94 ล้านคน ณ กันยายน

2546 เป็นผลให้สัดส่วนของผู้อยู่ในความคุ้มครองของระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้น 22.80% ของกำลังแรงงานทั่วประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 1 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547)

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้ประกันตนเปรียบเทียบกับกำลังแรงงานรวม ปี 2541 – 2546

ปี	ผู้ประกันตน (ล้านคน)	ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน (ล้านบาท)	ร้อยละของผู้อยู่ใน กำลังแรงงาน
2541	5.42	32.70	16.57
2542	5.68	32.60	17.42
2543	5.81	33.30	17.45
2544	5.87	34.10	17.21
2545	6.90	34.60	19.94
2546 (ก.ย.)	7.94	34.82	22.80

- ที่มา:**
1. รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ปี 2541 – 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
  2. กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม

#### การปฏิรูปตามกฎหมาย

สำนักงานประกันสังคมได้ประมาณการและกำหนดเป้าหมายจำนวน

ลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง 1-9 คน ซึ่งอยู่ในข่ายต้องขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคมในสิ้นปี 2546 จำนวน 2.62 ล้านคน และในเดือน กันยายน 2546 มีลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กเข้ามาอยู่ในระบบประกันสังคม จำนวน 745,424 คน หรือคิดเป็น 28.45% ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ เนื่องจากยังมีนายจ้างอีกจำนวนมากที่หลีกเลี่ยงไม่ขึ้นทะเบียนและยังมีบางส่วนที่การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง

นอกเหนือจากลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่ลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปแล้ว ภายใต้ระบบประกันสังคมของไทยยังได้คุ้มครองผู้ประกันตน มาตรา 39 ซึ่งเป็นผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว แต่มีความต้องการที่จะอยู่ในระบบประกันสังคมต่อ โดยได้แจ้งความจ้างต่อสำนักงานประกันสังคมและจ่ายเงินสมทบต่อ โดยต้องจ่ายเงินสมทบเองทั้งในส่วนของนายจ้างและลูกจ้าง ทั้งนี้ผู้ประกันตนมาตรา 39 ดังกล่าวได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในจำนวนนี้

จากการศึกษาของกลุ่มงานวิจัยกองวิชาการและแผนงาน ปี 2542 พบว่าผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ส่วนใหญ่จะใช้สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยสูงถึง 83.2% ดังแสดงในตารางที่ 2 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547)

**ตารางที่ 2** จำนวนผู้ประกันตนมาตรา 39 เปรียบเทียบปี 2541 – 2546

ปี	ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (คน)
2541	47,223
2542	70,354
2543	89,379
2544	118,231
2545	147,415
2546 (ก.ย.)	166,859

### 2.3.2 สิทธิประโยชน์ระบบประกันสังคม

ประเทศไทยเริ่มมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เมื่อเดือนกันยายน 2533 ซึ่งระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงานมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ตามมาตรา 62 ดังนี้

1. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
2. ค่าบำบัดทางการแพทย์
3. ค่าห้องพัก ค่าอาหารและรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
4. ค่ายาและเวชภัณฑ์
5. ค่ารถพยาบาลและค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
6. ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

สำนักงานประกันสังคมตัดสินใจตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนและวิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์ดังนี้

1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์
2. ได้รับการบริการ รวมถึงการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

สำหรับคนไข้ใน

3. ได้รับยา และเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
4. การจัดส่งต่อเพื่อรับการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
5. ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยให้ภูมิคุ้มกันตามโครงการแห่งชาติ (สุรเดช วลีอิทธิกุล, 2544)

การรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมให้สมาชิกได้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในรวมถึงโรคหรือการรักษาที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง ๆ โดยให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเป็นผู้รับผิดชอบยกเว้นกรณีปลูกถ่ายไขกระดูกและบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีวิธีการจ่ายแยกออกไปเมื่อเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะพบว่าส่วนของประกันสังคมครอบคลุมในเรื่องที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงได้มากกว่า แต่ในส่วนของส่งเสริมสุขภาพระบบต่อและการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกนั้น ระบบของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมและพัฒนาไปมากกว่า ดังตารางที่ 3 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547)

### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคมกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประโยชน์ทดแทน	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รักษาพยาบาล	มี	มี
อุบัติเหตุ / อุกฉิน	มี	มี
คลอดบุตร	แยกต่างหาก	มี
บำบัดทดแทนไต	มี	ไม่มี
โรคเอดส์	มี	มี
ปลูกถ่ายอวัยวะ	มี	ไม่มี
โรคจิต	ไม่มี	มี
ส่งเสริมสุขภาพ	ไม่มี	มี
ระบบส่งต่อ	ขึ้นกับเครือข่ายคู่สัญญา	มี
แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ไม่มี	มี
มาตรการเสริม	เพิ่มเงินตามอัตราการใช้บริการ เพิ่มเงินตามความเสี่ยง	เงินเพิ่มตามกลุ่มวินิจฉัยโรค โดยมีเพดานรวม

### 2.3.3 ค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสังคม

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่เริ่มโครงการประกันสังคม โดยการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลโดยวิธีเหมาจ่าย (บัณฑิตย ชนชัยเศรษฐวุฒิ และมูลนิธิอารมณ พงศ์พจน์, 2540) และมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะขึ้นมา ไม่รวมกับภาษีอื่นๆ หลักการของระบบนี้คือผู้มีสิทธิ หรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วม เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้หรือความสามารถในการจ่ายของตน การเก็บเบี้ยประกันมักทำโดยหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ดังนั้นผู้มีรายได้สูงต้องจ่ายเงินค่าประกันมากกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า แต่มีสิทธิในการใช้บริการเท่ากัน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2544)

ประโยชน์ทดแทนในระบบประกันสังคม ด้วยประโยชน์ทดแทนในรูปของตัวเงิน ซึ่งได้แก่การจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อสมาชิกประสบเหตุการณ์ที่มีผลทำให้ต้องหยุดงานทำให้ต้องสูญเสียรายได้บางส่วนหรือทั้งหมด รวมถึงประโยชน์ทดแทนในรูปของการให้บริการ ซึ่งในที่นี้จะเน้นในส่วนของการบริการทางการแพทย์ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการโดยยึดหลักการของการให้ทุกคนได้รับบริการโดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน ภายใต้ระบบบริการที่มีคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเงินประโยชน์ทดแทนที่จ่ายออกทั้งหมดกับเงินสมทบที่จัดเก็บได้ ณ สิ้นปี 2545 พบว่า เฉพาะประโยชน์ทดแทน 4 กรณีกับเงินสมทบเมื่อเปรียบเทียบแล้วจะคิดเป็น 79.39% ของเงินสมทบ 4 กรณี ส่วนประโยชน์ทดแทน 2 กรณีต่อเงินสมทบคิดเป็น 6.13% ทั้งนี้เนื่องจากประโยชน์ทดแทน 2 กรณีส่วนหนึ่งเป็นเงินผูกพันสำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนระยะยาวกรณีชราภาพ ซึ่งจะต้องนำไปจ่ายเป็นบำนาญให้แก่ผู้ประกันตนไปจนตลอดชีวิต ดังนั้นในช่วงนี้กองทุนชราภาพยังอยู่ในช่วงของการสะสมสิทธิจึงยังไม่มีเงินจ่ายเป็นบำนาญออกไป ทำให้สัดส่วนของประโยชน์ทดแทน 2 กรณีต่อเงินสมทบค่อนข้างต่ำ

เมื่อพิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ (รวมค่าคลอดแต่ไม่รวมเงินทดแทนการขาดรายได้) พบว่าจำนวนค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมมีจำนวนสูงขึ้นทุกปีโดย ณ สิ้นปี 2545 มีจำนวนเท่ากับ 10,056.73 ล้านบาทสูงกว่าปีถึง 1,066.36 ล้านบาท หรือคิดเป็น 11.86 % ของปี 2544 ดังตารางที่ 4 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547)

**ตารางที่ 4** ค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม ปี 2541 – 2546  
(มกราคม – สิงหาคม)

ปี	ค่าบริการทางการแพทย์								รวม	เพิ่ม / ลด (%)
	กรณี เหมาจ่าย	กรณี อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน	กรณี แพทย์ พิเศษ	กรณี ทันต กรรม	กรณีไต วาย	กรณี ปลูกถ่าย ไข กระดูก	กรณี คลอด บุตร	กรณี การ ปลูกถ่าย		
2541	5,957.37	153.73	58.69	105.94	-	5.40	712.70	6,993.83	-	
2542	5,375.18	149.74	73.95	131.67	14.65	4.95	670.73	6,420.87	-8.2	
2543	6,130.47	147.63	87.02	139.91	58.47	9.83	734.72	7,308.05	13.82	
2544	7,736.54	162.79	96.49	156.87	94.57	6.01	737.10	8,990.37	23.02	
2545	8,686.37	146.30	117.81	175.46	136.14	16.09	778.56	10,056.73	11.86	
2546 (ม.ค.- ธ.ค.)	6,190.30	129.72	104.92	128.84	113.48	10.76	571.94	7,249.96	-	

**ที่มา:** กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประมาณประกันสังคม

**หมายเหตุ:** ค่าบริการทางการแพทย์กรณีเหมาจ่ายรวมค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้สถานพยาบาลตามอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนและตามอัตราค่าบริการสำหรับโรคที่มีภาระเสี่ยง

## 2.4 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

### 2.4.1 ความเป็นมาของระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ และพนักงาน

#### รัฐวิสาหกิจ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้การคุ้มครองค่ารักษายาบาล เมื่อเจ็บป่วยของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ รวมทั้งบุคคลในครอบครัวได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกิน 3 คน เนื่องจากไม่มีการลงทะเบียนและจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทั้งหมด จึงไม่สามารถระบุขนาดของประชากรเป้าหมายในสวัสดิการนี้ จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ เพิ่มขึ้นจาก 1.95 ล้านคนในปี 2531 เป็น 2.45 ล้านคนในปี 2541 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 2-3 % ระหว่างปี 2536-2541 (จงกล เลิศเชียรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540)

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 3 ตุลาคม 2543 จัดให้มีการปฏิรูประบบสวัสดิการ  
รักษาพยาบาล โดยมาตรการหลักในการปฏิรูปได้มาจากข้อเสนอการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษา  
พยาบาลข้าราชการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เสนอผ่านกรมบัญชีกลางไปเมื่อ  
กรกฎาคม ในปีเดียวกัน โดยมีสาระสำคัญ คือ

1. ใช้เพดานงบประมาณและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมบริหารจัดการค่า  
รักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

2. ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวในกรณีการรักษาผู้ป่วยนอก

3. ปรับปรุงระบบกำกับและตรวจสอบ

4. จัดทำบัญชีราคายาเพื่อใช้กำกับค่าบริการเบิกจ่าย

การเตรียมการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีนี้ ใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง และได้  
เริ่มขึ้นภายหลังจากมีการผ่านกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว (ที่เรียกกันติดปากว่าโครงการ  
30 บาท รักษาทุกโรค) ในระยะเวลาที่ดำเนินการตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพกำลังเริ่มต้น  
ข้าราชการส่วนมากเกรงกังวลว่า จะมีการลดสิทธิประโยชน์ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของ  
ตน ในขณะที่สำนักงานประกันสังคมก็กังวลว่ากองทุนการรักษาพยาบาลอาจจะถูกยุบรวมกัน แนว  
ทางการปฏิรูประบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการของ สวรส. ตามมติคณะรัฐมนตรีมา  
ดำเนินการอย่างจริงจัง โดยตกลงให้ สวรส. เริ่มงานการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาล  
ข้าราชการ ตั้งแต่ปลายเดือนสิงหาคม 2544 และให้ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา  
ซึ่งระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ปัจจุบันมีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการให้ไปเป็น  
ตามหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายที่บัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา  
พยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 7 พ.ศ. 2541 และการเบิกจ่ายให้เป็นไปตาม  
ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2538  
และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541 และมีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร  
และคณะ, 2547)

#### 2.4.2 สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

2.4.2.1 ผู้มีสิทธิในสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลครอบคลุมข้าราชการ  
ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติ  
ภาวะ ไม่เกิน 3 ราย และบิดา มารดา ยกเว้นข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม  
ก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ประจำ

2.4.2.2 กำหนดให้บุคคลในครอบครัวของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลได้เฉพาะการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้นั้นประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัยในคราวเดียวกับผู้มีสิทธิดังกล่าวและผู้มีสิทธินั้นได้เสียชีวิต เนื่องจากอุบัติเหตุ อุบัติภัยในคราวนั้น

2.4.2.3 ผู้มีสิทธิที่ได้รับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่นแล้ว ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจากทางราชการ เว้นแต่ค่ารักษายาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่า ให้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ เช่นเดียวกับกรณีที่มีผู้มีสิทธิที่ได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษายาบาลจากผู้อื่นแล้ว, ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจากทางราชการ เว้นแต่ค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษายาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่า ให้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่

2.4.2.4 สถานพยาบาลของทางราชการ สามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยสถานพยาบาลของทางราชการ หมายถึง สถานพยาบาลตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน รวมถึงสถานพยาบาลของกรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ สภากาชาดไทย ครุสภา สมาคมปราบวัณโรค กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ องค์การทหารผ่านศึก และสถานพยาบาลอื่นที่กระทรวงการคลังกำหนด

2.4.2.5 ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชน เบิกค่ารักษายาบาลจากสวัสดิการรักษายาบาลได้เฉพาะประเภทผู้ป่วยใน ในกรณีที่ข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญและผู้มีสิทธินั้นประสบอุบัติเหตุ หรือมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษายาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของบุคคลดังกล่าว โดยความหมายของสถานพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกิน 25 เตียง

2.4.2.6 มาตรา 11 และ มาตรา 11 ทวิ การจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลอย่างอื่น ที่ไม่ใช่เป็นการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของทางราชการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยใน ให้เบิกค่ารักษายาบาลได้เต็มจำนวนที่ได้จ่ายไปจริง เว้นแต่

- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

- ค่าห้องและค่าอาหาร ให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยอัตราค่าห้องค่าอาหารที่กระทรวงกำหนด สำหรับค่าเตียงสามัญและค่าอาหารให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 200 บาท โดยไม่จำกัดจำนวนวัน และค่าห้องและค่าอาหารให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริง



แต่ไม่เกิน 600 บาท เป็นระยะเวลาไม่เกิน 13 วัน เว้นแต่มีคณะแพทย์รับรองว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษาเกิน 13 วัน

- กรณีสถานพยาบาลทางราชการไม่มี ยา เลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรือสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค การตรวจจากห้องทดลอง เอ็กซเรย์ และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดโรค ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรคให้ชื่อจากสถานที่อื่น โดยมีแพทย์ผู้ตรวจรักษารับรอง สามารถนำมาเบิกตามหลักเกณฑ์ได้

2) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน จากสถานพยาบาลของเอกชนเฉพาะกรณีฉุกเฉิน หรือมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เมื่อมีใบรับรองของแพทย์จากสถานพยาบาลของเอกชนมาประกอบให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนี้

- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดเช่นเดียวกับผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของทางราชการ

- ค่ารักษาพยาบาลประเภทอื่น ๆ (ได้แก่ ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรือสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจนและอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดโรค ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ) ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายไปจริงแต่จะต้องไม่เกิน 3,000 บาท การตรวจสุขภาพประจำปีทำได้เฉพาะตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ เข้ารับการตรวจจากสถานพยาบาลของทางราชการ ให้ตรวจได้ปีละ 1 ครั้ง และเบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (สำหรับกลุ่มผู้มีอายุไม่เกิน 35ปี มีสิทธิเบิกได้ไม่เกิน 400 บาท กลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เบิกได้ไม่เกิน 860 บาท และเบิกค่าแพทย์ได้ไม่เกิน ครั้งละ 50 บาท)

2.4.2.7 ข้าราชการที่มีตำแหน่งหน้าที่ประจำอยู่ในต่างประเทศ มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาล โดยหลักเกณฑ์เป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด และให้สิทธิรวมไปถึงคู่สมรสและบุตรซึ่งไปอยู่ต่างประเทศกับข้าราชการผู้นั้นขณะที่อยู่ต่างประเทศ

2.4.2.8 กระทรวงการคลัง มีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลของเอกชน ที่มีพฤติการณ์ในทางทุจริตในเรื่องการเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ส่วนราชการทราบ (นิภา ศรีอนันต์, 2545)

### 2.4.3 ค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็นระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามรายการที่เบิกจริง (fee for service) เป็นการเบิกย้อนหลังให้แก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิภายใต้กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยนอกใช้ได้เฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2542) และนิภา ศรีอนันต์ (2545) ได้ศึกษาขนาดของการเบิกเงินสวัสดิการเพื่อการรักษายาบาล ความครอบคลุมกลุ่มผู้มีสิทธิความเสมอภาคของการใช้สิทธิ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

#### 2.4.3.1 ขนาดของการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

ค่ารักษาพยาบาลที่เบิกจ่ายของโครงการนี้ในช่วย 10 ปี (พ.ศ. 2531-2544) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วถึงร้อยละ 274 ในอัตราเฉลี่ย (รวมช่วงที่ลด) ร้อยละ 14 ต่อปี จาก 3,156 ล้านบาท ในปี 2531 เพิ่มขึ้นเป็น 19,181 ล้านบาท ในปี 2544 ในขณะที่จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก (ดูตารางที่ 5) จากการสำรวจของวิโรจน์ และคณะ 2542 ข้อมูลในปี 2538 พบว่าจำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ รวมกับบุคคลในครอบครัว (ประมาณ 4.8 ล้านคน) มีจำนวนผู้มีสิทธิทั้งสิ้นในสวัสดิการข้าราชการประมาณ 7 ล้านคน หากแยกค่ารักษาพยาบาลออกเป็น การเบิกจ่ายสำหรับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในช่วงระหว่างปี 2531 – 2544 พบว่าอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายทั้งสองประเภท เท่ากับร้อยละ 14 ใกล้เคียงกัน (รวมช่วงที่ลดลง)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

**ตารางที่ 5** ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และครอบครัว  
ปีงบประมาณ 2531 - 2545

ปี	ค่าใช้จ่ายทั้งหมด		ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน					
					รวม		รพ.รัฐ		รพ.เอกชน	
	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่มต่อปี	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่มต่อปี	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่มต่อปี	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่มต่อปี	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่มต่อปี
2531	3,156	-	1,306	-	1,850	-	1,501	-	349	-
2532	3,521	11.50	1,485	13.71	2,036	10.50	1,635	8.93	401	14.90
2533	4,316	22.58	1,729	16.43	2,587	27.06	2,054	25.63	533	32.92
2534	5,127	18.79	2,022	16.95	3,106	20.06	2,453	19.43	653	22.51
2535	5,854	14.18	2,337	15.58	3,627	16.77	2,782	13.41	845	29.40
2536	7,906	35.05	2,766	18.36	5,140	41.71	3,870	39.11	1,207	42.84
2537	9,954	25.90	3,374	21.98	6,580	28.02	4,875	25.97	1,705	41.26
2538	11,156	12.08	3,972	17.72	7,184	9.18	5,476	12.33	1,708	0.18
2539	13,587	21.79	4,822	21.40	8,761	21.95	6,660	21.62	2,101	23.01
2540	15,503	14.10	5,625	16.65	9,878	12.75	7,520	12.91	2,358	12.23
2541	16,440	6.04	5,866	4.28	10,574	7.05	8,772	16.65	1,822	22.73
2542	15,253	7.22	6,206	5.80	9,048	14.43	8,239	6.08	788	56.75
2543	17,058	11.83	7,007	12.91	10,050	11.07	9,083	10.24	967	22.72
2544	19,181	12.44	8,123	15.92	10,058	10.03	9,775	7.62	1,283	32.68
2545	18,718	2.41	8,374	3.09	10,342	6.48	8,407	14.00	1,935	50.82

#### 2.4.3.2 ปัญหาของระบบสวัสดิการข้าราชการรักษาพยาบาลข้าราชการ

การเบิกจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลนี้ เป็นแบบตาม

รายการที่จ่ายจริง (fee for service) ซึ่งเป็นการเบิกย้อนหลังให้แก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิ ยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ค่าใช้จ่ายของโครงการมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2542) ได้สรุปภาพรวมเกี่ยวกับระบบสวัสดิการข้าราชการรักษาพยาบาลข้าราชการไว้โดยเห็นว่า ถึงแม้จะมีกลไก มีขั้นตอนที่ชัดเจน แต่ผู้ตรวจสอบไม่มีความรู้ทางการแพทย์ในการตรวจสอบสิ่งเหล่านี้ หรือถึงแม้จะมีความรู้ทางการแพทย์ สถานพยาบาลสร้างหลักฐานที่ทำให้ยากแก่การตรวจสอบได้ ฐานข้อมูลที่สำนักงานคลังจังหวัด หรือกรมบัญชีกลาง ไม่เอื้ออำนวยแก่การ

กำกับ และการเฝ้าระวัง และไม่สามารถหาเจ้าภาพที่แท้จริงที่จะรับผิดชอบในการกำกับให้ได้ กระทรวงการคลัง ได้มอบภาระให้ส่วนราชการผู้เบิกเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกตามระเบียบที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา ส่วนราชการเพียงแต่ตรวจสอบให้ถูกต้องเพื่อให้การเบิกจ่ายถูกต้องตามสิทธิ์เท่านั้น (คูกรอบที่ 1) (นิภา ศรีอนันต์, 2545)

### กรอบที่ 1 สรุปภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ประเด็น	ลักษณะที่สำคัญ	จุดอ่อน
<b>รูปแบบ</b>	เป็นการเบิกย้อนหลังตามรายการรักษาพยาบาล (retrospective fee for service reimbursement model)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* รูปแบบนี้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจให้บริการเกินจำเป็น เช่น จ่ายยาราคาแพงและจำนวนมากเกินจำเป็น</li> <li>* ผู้ป่วยนอกและใน รพ.รัฐเกือบไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษา มีแนวโน้มใช้บริการเกินจำเป็น นอกโรงพยาบาลมากกว่าประชาชนทั่วไป</li> </ul>
<b>การบริหาร</b>	หน่วยงานผู้เบิก ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วย คือ กรมบัญชีกลางและสำนักงานคลังจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ทำงานแบบตั้งรับ ทำหน้าที่เพียงเป็นทางผ่านของเงิน โดยอนุมติฎีกาที่ส่วนราชการผู้เบิก หรือสถานพยาบาลรัฐที่ตั้งเบิกมา</li> </ul>
<b>ระบบฐานข้อมูล</b>	มีเพียงรายงานจ่ายภายใต้ 4 รายการ คือผู้ป่วยนอกข้าราชการ ผู้ป่วยในข้าราชการ ผู้ป่วยนอกบำนาญ ผู้ป่วยในบำนาญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ไม่มีการเจรจาต่อรองราคาและคุณภาพของบริการแทนผู้มีสิทธิ</li> <li>* ไม่ทราบจำนวนผู้มีสิทธิ โครงสร้างเพศ อายุ การเจ็บป่วย การป่วยและอัตราการใช้บริการ ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</li> </ul>

**กรอบที่ 1** สรุปภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะที่สำคัญ	จุดอ่อน
การตรวจสอบ การกำกับ	ส่วนราชการผู้เบิก กรมบัญชีกลาง สำนักงานคลังจังหวัด ตรวจสอบและ อนุมัติฎีกา	* ตรวจสอบโดยส่วนราชการต้นสังกัด ยัง หยาบหวม มีทุจริต มีการใส่ชื่อผู้ป่วยที่ไม่มี สิทธิ
ค่า รักษายาบาล ประสิทธิภาพ ระบบ	ค่ารักษาเพิ่มขึ้น 20 % ต่อปี ขณะที่ข้าราชการและผู้มีสิทธิ ไม่ได้เพิ่มขึ้น	* ไม่สามารถถ่วงดุล ความสมเหตุสมผลของ การรักษายาบาลจำนวนวันป่วย ค่ารักษาที่ขอ เบิก และความถูกต้องโปร่งใสในการของเบิก * การใช้บริการรพ.เอกชน มีการทำหลักฐานเท็จ เปลี่ยนจากผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยใน ระบบไม่ สามารถถ่วงดุลและป้องกันได้ * ทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วย ไม่มีแรงจูงใจในให้ เกิดการประหยัดและความสมเหตุสมผลของ การใช้ทรัพยากร * ประสิทธิภาพต่ำ ใช้ทรัพยากรมาก มุ่งเน้นการ รักษายาบาล ไม่มีมาตรการส่งเสริมอย่างเป็น ระบบ ผลตอบแทนสุขภาพข้าราชการไม่คุ้ม ค่าเงินที่ลงไป

**3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

**3.1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคล  
ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยประเภทและขอบเขต  
ของบริการ สาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามคณะกรรมการประกาศกำหนด ซึ่ง  
ประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 หลังจากที่โครงการ 30 บาทได้ดำเนินการผ่าน  
พื้นที่แรกไปแล้ว แต่ความเป็นมาและเส้นทางวิวัฒนาการของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ฉบับนี้ รวมทั้งการผลักดันให้มีการแก้ไข พรบ. ฉบับนี้ตั้งแต่ พรบ. เพิ่งจะผ่านสภาได้ไม่นาน ก็

สะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงสองปีของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เป็นอย่างดี

การที่ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกผลักดันขึ้นมาโดยรัฐบาลอย่างรวดเร็ว ทำให้มีกระบวนการที่ต่างจากร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งเน้นกระบวนการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากเวทีต่างๆ ก่อนข้างมากเป็นเวลามากกว่าหนึ่งปี) อย่างไรก็ตามเนื่องจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจค่อนข้างมาก จึงมีผู้เสนอร่างพรบ. นี้เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร ถึง 6 ร่าง ซึ่งรวมทั้งร่างของคณะรัฐมนตรี ร่างของ สส. พรรครัฐบาล และร่างของ สส. ฝ่ายค้าน นอกจากนี้ยังมีร่างขององค์กรภาคประชาชน ซึ่งได้เริ่มล่ารายชื่อผู้สนับสนุน 50,000 ชื่อเพื่อเสนอ พรบ. นี้เข้าสู่สภาตั้งแต่ปี 2543 ด้วย แต่เนื่องจากกระบวนการล่ารายชื่อไม่ได้มีหลักฐานประกอบ (เช่น สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน) ที่สมบูรณ์พอและไม่สามารถหาหลักฐานมาเพิ่มเติมทันเวลาที่ประธานสภาจะบรรจุร่างพรบ. นี้เข้าสู่สภา) ร่างขององค์กรภาคประชาชน ซึ่งมีหลายประเด็นที่แตกต่างจาก 6 ร่างที่เหลือ จึงไม่ได้รับการพิจารณาในสภา

ในระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรนั้น ร่าง พรบ. ฉบับของรัฐบาลได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรอย่างรวดเร็ว สภาได้ผ่านร่าง พรบ. นี้เมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2545 โดยไม่มีผู้ที่ออกเสียงคัดค้าน และการแก้ไขเพียงเล็กน้อย แต่ในระหว่างการพิจารณาของวุฒิสภานั้น ได้มีการโต้แย้งกันอย่างกว้างขวางทั้งในกรรมาธิการและในวุฒิสภาเอง ประเด็นสำคัญที่มีการโต้แย้งกันค่อนข้างมากอาจแบ่งได้เป็นสามประเด็นคือ (ก) ทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ (ข) สัดส่วนของกรรมการฝ่ายต่างๆ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และ(ค) ประเด็นเรื่องการกันเงินร้อยละหนึ่งสำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และการ “ไล่บี้” ในกรณีที่มีผู้กระทำความผิด (มาตรา 41 และ 42) (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547 )

### 3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 16 พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ”

“การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็น ไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้” และ “การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์

ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” ดังนั้นการให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนจึงถือเป็นหน้าที่สำคัญของรัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง และใช้บริการด้านสุขภาพได้แต่พบว่าในปี 2543 ยังมีประชาชนมากกว่าร้อยละ 25 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ (อัญชญา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง และ นิภา ศรีอนันต์, 2544 )

#### 4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิลวรรณ อยู่ภักดี และคณะ (2546) ได้ศึกษาค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา 3 จังหวัด จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาปัจจัยทำนายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยใช้ฐานข้อมูลการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ย้อนหลังปีงบประมาณ 2545 ของโรงพยาบาลรัฐใน 3 จังหวัด ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาล 2 แห่ง กรุงเทพมหานคร ได้รับข้อมูลผู้ป่วยนอกทั้งหมด 900,000 รายผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกทั่วไปทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนที่มีสวัสดิการข้าราชการมีค่ารักษามากกว่าสิทธิประเภทอื่น ที่โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยส่งต่อและมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง และการมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยส่งต่อและมีสวัสดิการข้าราชการทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและการมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง

วิโรจน์และคณะ (2536) ศึกษาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยนอก แก่ผู้ป่วยภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ โดยการสำมะโนแบบ บก.ชล. 2 จากกรมตัวอย่าง 6 กรม ได้ข้อมูลหนึ่งปีระหว่างเดือนมีนาคม 2534 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2535 จำนวน 5,295 ราย ตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นตัวแทนผู้ป่วยในกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า สำหรับข้าราชการมีค่ารักษาพยาบาลต่อรายเป็นเงิน 666 บาท ข้าราชการบำนาญมีค่ารักษาพยาบาลต่อรายเป็นเงิน 1,382 บาท ซึ่งค่ารักษาพยาบาลต่อราย ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง ค่ายาต่อราย อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการบำนาญ สูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลยังแตกต่างกันอย่างมากสำหรับโรคเดียวกันในโรงพยาบาลต่างกัน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐในกรุงเทพฯ 6 แห่งมีส่วนแบ่งการตลาดถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยนอกตัวอย่างทั้งหมด

จากหนังสือการบริหารการคลังของรัฐ กรณีศึกษาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) ได้เปรียบเทียบงบประมาณต่อจำนวนประชากรที่มีบัตรแล้ว งบ สปร. ตกประมาณ 403 บาทต่อคน ในปี 2543 อย่างไรก็ตาม งบส่วนนี้ไม่รวมเงินเดือนและงบลงทุนซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรให้สถานพยาบาลแยกต่างหาก ข้อมูลจากการศึกษาสถานพยาบาลของรัฐหลายแห่งพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วสถานพยาบาลมีค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่เงินเดือน และค่าตอบแทนประมาณร้อยละ 50 ถ้าใช้อัตราส่วนนี้คำนวณโดยหยาบๆ ก็จะประมาณได้ว่างบที่รัฐบาลใช้สำหรับประชากรผู้มีบัตร สปร. ตกประมาณ 800 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วยังต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในโครงการ 30 บาท (1,202 บาทต่อคน จัดสรรไปที่สถานพยาบาล 1,052 บาทต่อคน) โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน (ประมาณ 1, 606 บาทต่อคน) และสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว (เบิกจ่ายประมาณ 5,000 บาทต่อคน)

## 5. กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการศึกษา ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงคาดว่า ค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพน่าจะมีค่าที่แตกต่างกัน

