

เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ
“พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ภาคที่ 2

กลไกการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพ ของประเทศ (Financing mechanism)

- บทที่ 1 การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต
โดย :
 นพ.วีโรจน์ ตังเจริญเสถียร
 นางจิตปราณี วาศวิท
 นางสาวกัญจนา ศิษยาธิคม
 นางวลัยพร พิธธนกุล
 นพ.ภูษิต ประครองสาย
 โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- บทที่ 2 การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม
โดย :
 นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล
- บทที่ 3 กลไกทางการเงินการคลังในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล
โดย :
 นพ.สุชาติ สรณสทาพร
- บทที่ 4 การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย
โดย :
 รศ.ดร.สุวณีย์ สุรเสียงสังข์
- บทที่ 5 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535
โดย :
 นายชูวัตร ประมูลพล

เกริ่นนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์ทางด้านการจัดบริการทางสุขภาพและการจัดการการเงินการคลังทางด้านสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล กระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างไปจากกลวิธีทางการบริหารภาครัฐที่เคยใช้ดำเนินมาในอดีต ในระดับพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขที่ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนขยายตัวขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อตัวและขับเคลื่อนไปภายใต้เจตนารมณ์แห่งรัฐ อันเป็นผลมาจากการปฏิรูปปรัชญา แนวคิด และโครงสร้างทางการเมืองและสังคมไทยภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 คู่ขนานไปกับการรื้อสร้างฐานคติของระบบสุขภาพของประชาคมไทยอย่างกว้างขวางในวาระการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543

แม้ว่านักการสาธารณสุขไทยจะค่อยๆ เรียนรู้กรอบกลวิธีในการจัดการให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนจากหลายประเทศและปรับใช้กับระบบและวิถีของคนไทยมาหลายทศวรรษแล้วก็ตาม แต่กระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับแนวคิดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมไทยอย่างเหนียวแน่นยังไม่เกิดขึ้นกว้างขวางนัก ดังจะเห็นได้จากความจำกัดในแวดวงนักวิชาการและนักวิจัยทางด้านนี้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ หากยอมรับจากบทเรียนของนานาประเทศว่า กระบวนการเปลี่ยนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องสะสมความรู้จากบทเรียนอีกยาวนาน สังคมไทยจำเป็นต้องลงทุนสร้างฐานนักคิดนักวิจัยและนักวิชาการจากพื้นฐานทางวิชาการสหสาขาเข้ามาร่วมกันลงรากฐานทางความรู้จะช่วยให้การก่อวิวัฒนาการของปรัชญาแนวคิด เป้าหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญสำหรับใช้กำหนดโครงสร้างและกฎเกณฑ์ในการบริหารจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทั้งในระดับชาติระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่นต่อไปอย่างยั่งยืนนาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้เกิดเครือข่ายของนักวิจัยทางสุขภาพเพื่อสร้างกระบวนการศึกษาเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง อันจะช่วยให้สังคมไทยได้มีข่าวสารและความรู้ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนทิศทางการจัดการการเปลี่ยนผ่านหลักประกันสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนไทยทั้งปวง

เอกสารและบทความวิเคราะห์สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพเล่มนี้ เป็นผลจากความเพียรพยายามของนักวิชาการและนักวิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้เริ่มทำการศึกษาสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดและวิธีการที่นำมาใช้อย่างต่อเนื่อง บทความวิเคราะห์ทางวิชาการที่เกิดจากสติปัญญาของนักวิชาการเหล่านี้จะเป็นเอกสารส่วนหนึ่งที่น่าเข้าสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับนักวิชาการที่หลากหลายในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร เพื่อนำสู่การปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ บนพื้นฐานทางวิชาการและความคิดเห็น ข้อเสนอที่หลากหลาย อันจะนำสู่เอกสารวิชาการที่มีคุณค่าสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารจะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาปรับแก้นโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติให้เกิดผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ บทความจากนักวิชาการเหล่านี้จะช่วยเป็นเสมือนเครื่องบันทึกประวัติศาสตร์การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของการจัดการระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย และเป็นฐานทางความรู้ที่จะช่วยให้เกิดการขยายตัวของนักวิจัยสาขาต่างๆ ให้เกิดแรงกระตุ้นเตือนให้เข้ามาร่วมสานเครือข่ายแวดวงนักวิจัยในด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยจนเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องช่วยให้การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง รูปแบบ และวิธีการต่างๆ ที่จำต้องนำมาใช้ในกลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับคนไทยได้อย่างแท้จริง

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่ 1

การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต	7
ความนำ	9
1. ระบบประกันสุขภาพและรายจ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี พ.ศ. 2544	10
1.1 ระบบประกันสุขภาพ	10
1.2 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย	12
2. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณและผลสัมฤทธิ์	14
2.1 งบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14
2.2 ความเป็นธรรมของการได้รับประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15
2.3 รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	18
2.4 รายจ่ายสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	21
2.5 อัตราการเจ็บป่วยและการเลือกใช้บริการ	21
2.6 การใช้สิทธิของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22
3. การคลังของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23
3.1 ความเป็นมา	23
3.2 ประเมินการความต้องการงบประมาณและรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ	24
3.3 ฉกทศน์ที่ดี	29
3.4 ฉกทศน์ที่ไม่ดี	30
3.5 แนวทางการป้องกันฉกทศน์ที่ไม่ดี	30
3.6 ความเป็นไปได้ด้านการเงินของมาตรา 39(8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ	32
4. สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	39
เอกสารอ้างอิง	41

บทที่ 2

การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม	43
1. ความครอบคลุมของระบบประกันสังคม	45
2. การปฏิบัติตามกฎหมาย	45
3. การจัดเก็บเงินสมทบ	46
4. การจ่ายประโยชน์ทดแทน	47
5. สิทธิประโยชน์	50
6. มาตรการในการควบคุมสถานพยาบาลประกันสังคม	53

7. มาตรการในการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลประกันสังคม	53
8. การวิเคราะห์มาตรการการควบคุมคุณภาพของระบบประกันสังคม	56
9. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	58
10. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	61

บทที่ 3

กลไกทางการเงินการคลังในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล

1. ความเป็นมา	65
2. บทบาทของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ	65
3. การจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน ภายใต้เพดานงบประมาณ โดยใช้ DRG	66
4. ระบบข้อมูล การส่งต่อข้อมูล และสารสนเทศบริการผู้ป่วยใน	67
5. การกำกับ และตรวจสอบ	69
6. ผลการดำเนินงาน	70
7. แผนการขยายงาน	79

บทที่ 4

การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย

1. ความนำและความหมาย	83
2. แบบประกันสุขภาพและข้อยกเว้นทั่วไปของการคุ้มครอง	83
2.1 แบบประกันสุขภาพที่จำหน่ายในประเทศไทย	83
2.2 ข้อยกเว้นทั่วไปของการคุ้มครอง	89
3. ภาพรวมของธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย	90
3.1 บริษัทที่ดำเนินธุรกิจการประกันสุขภาพ	90
3.2 การเติบโตของธุรกิจประกันสุขภาพ	91
4. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหา	92
4.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพ	92
4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา	94
5. การเปลี่ยนแปลงของการประกันสุขภาพภาคเอกชนในช่วงหลังปี พ.ศ. 2543	95

6. แนวโน้มของธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย	96
7. ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อธุรกิจประกันสุขภาพและการเชื่อมโยงของระบบ	99
เอกสารอ้างอิง	108

บทที่ 5

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535	109
1. หลักการและเหตุผล ของการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535	111
2. สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535	111
2.1 หลักประกันที่สำคัญ	112
2.2 ความคุ้มครอง	112
2.3 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย	117
2.4 บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด	118
2.5 การกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัย	120
2.6 การนำเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยไปใช้ในการลดอุบัติเหตุ	125
2.7 ปัญหาการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	126
3. ความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	127
4. บทสรุป	127
ภาคผนวก	128

บทที่ 1 การคลังของระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต

โดย :

นพ.วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นางจิตปราณี วาศวิก

นางสาวกัญจนา ตีษยาริคม

นางวลัยพร พิษณุณกุล

นพ.ภูษิต ประครองสาย

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ความนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทยมีหลักประกัน สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับบริการที่มีคุณภาพมีมาตรฐาน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย เป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญของรัฐบาล ทั้งนี้ เจตจำนงทางการเมือง และศักยภาพของระบบสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการสุขภาพภาครัฐ เป็นกลไกหลักในการผลักดันให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้บรรลุไปสู่เป้าหมาย ทั้งในด้านการดำเนินการ และการออกกฎหมายรองรับ

การดำเนินโครงการนี้ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข ทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการวางแผนด้านการคลังสาธารณสุขในระยะยาว รัฐบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องทราบว่าต้องใช้งบประมาณเท่าไรใน 5-10 ปีข้างหน้า และอยู่ในวิสัยความสามารถด้านการคลังของรัฐบาลที่จะอุดหนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงไร รายงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Financing of universal healthcare coverage) และประมาณการความต้องการงบประมาณในระยะปานกลาง ความสามารถในการคลังของรัฐบาลที่จะรองรับความต้องการนี้ และความเป็นไปได้ของแหล่งการคลังอื่นๆ ที่จะรองรับต่อไปในอนาคต

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์ประมวลผลฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีความสำคัญในประเทศไทยเพื่อประกอบการเขียนรายงานฉบับนี้ รายงานนี้แบ่งออกเป็น 4 บท

- ตอนที่ 1** สรุปสถานการณ์การคลังในระบบสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544
- ตอนที่ 2** วิเคราะห์สถานการณ์ด้านงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2544-2546 สัมฤทธิ์ผลของโครงการ โดยวิเคราะห์อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิในโครงการฯ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเปรียบเทียบก่อนและหลังมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใคร (คนจน หรือ คนรวย) ได้รับประโยชน์จากงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งอัตราการใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ตอนที่ 3** การคลังของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแหล่งการคลังอื่น
- ตอนที่ 4** สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



1. ระบบประกันสุขภาพและรายจ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ก่อนปีพ.ศ. 2544

1.1 ระบบประกันสุขภาพ

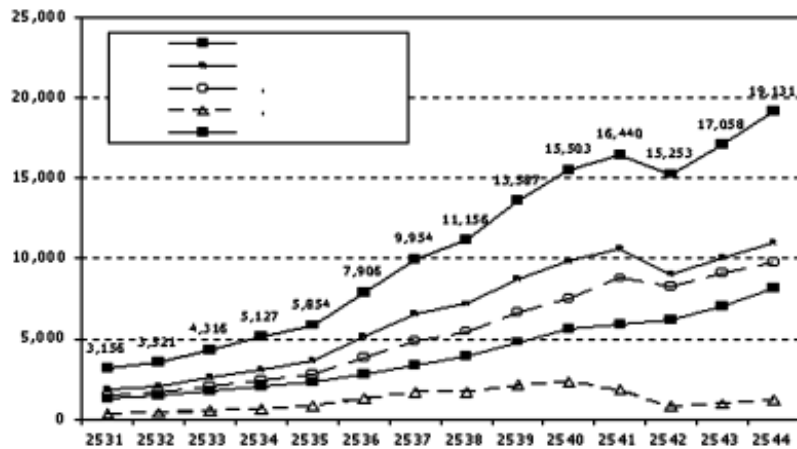
รัฐบาลไทย มีบทบาทค่อนข้างมากในการจัดให้มีการประกันสุขภาพ และการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน โดยดำเนินการในรูปแบบต่างๆ เริ่มจากช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง อย่างไม่เป็นทางการผ่านการพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์ ในปี พ.ศ. 2488¹ และวิวัฒนาการไปสู่รูปแบบของการประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบ กล่าวโดยสรุป ก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมี ระบบหลักประกันดังนี้

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สำหรับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และบุคคลในครอบครัว
- ระบบประกันสังคมภาคบังคับ สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการภาคเอกชน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
- ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรประกันสุขภาพ) เป็นต้น
- การประกันสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น พระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ
- ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{2,3,4} ได้บทสรุปว่า สวัสดิการที่หลากหลาย ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์ กล่าวคือ ระบบ **สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ**นั้น มีการจ่ายแบบเบิกย้อนหลัง (Reimbursement model) ตามจำนวนรายการและชนิดของรักษาพยาบาลที่ให้ (fee for services) ซึ่งรูปแบบนี้ พบว่า มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะได้มีการปรับปรุงกฎเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาเป็นระยะๆ (โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี พ.ศ. 2540) ก็ตาม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ยังคงมีรายจ่ายต่อปี สูงขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลกรมบัญชีกลาง พบว่า รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพิ่มจาก 9,954 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 19,131 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2544 (เพิ่มขึ้น 1.92 เท่าในช่วงระยะเวลา 7 ปี)⁵ และจากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁶ พบว่า จำนวนผู้มีสวัสดิการดังกล่าวมีประมาณ 5.3 ล้านคน จึงประมาณค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจในปี พ.ศ. 2544 ได้ 3,610 บาทต่อคนต่อปี (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1

รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2531 ถึง 2544



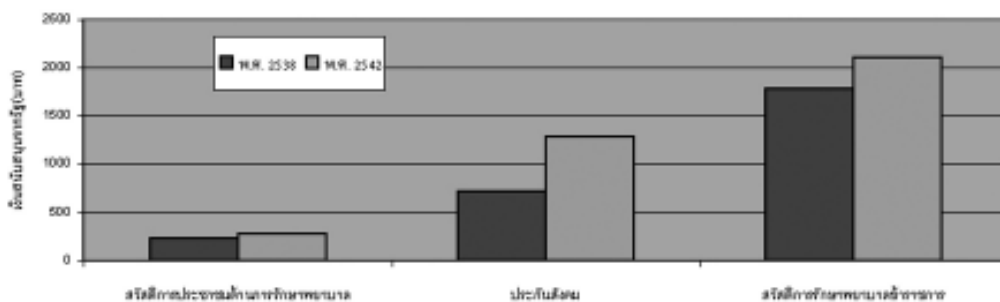
ที่มา : Tangcharoesathien V, et al. Universal Health Care Coverage and Medium Term Financing Implications. 2002⁵

ระบบประกันสังคม ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับและครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด มีแหล่งที่มาของเงินกองทุนประกันสังคมมาจากเงินสมทบ 3 แหล่ง คือ ผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล รวมกันเป็นกองทุนประกันสังคม โดยเงินที่ใช้เพื่อซื้อบริการสุขภาพสำหรับผู้ประกันตน ในปี พ.ศ. 2538 ประมาณ 712 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มเป็น 1,284 บาทต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2542

โครงการ **สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)** ซึ่งเป็นหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด บริหารจัดการบนฐานการให้ สวัสดิการจากรัฐ ได้รับงบประมาณสนับสนุนประมาณ 225 บาทต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2538 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 273 บาทต่อคนต่อปี (แผนภูมิที่ 2) ในปี พ.ศ. 2542 ความแตกต่างระหว่างเงินที่รัฐสนับสนุนในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมากกว่าสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลประมาณ 8 เท่าโดยคงที่อย่างต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 2

งบประมาณที่รัฐสนับสนุน (บาทต่อคนต่อปี) สำหรับระบบประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2538 และ 2542



ที่มา : ภูษิต ประคองสาย “การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” 2544³

นอกจากนี้ รัฐยังได้จัดระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ คือ โครงการบัตรสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่วมออกเงินซื้อบัตรสุขภาพเพื่อประกันความเสี่ยงล่วงหน้า และรัฐจัดเงินอุดหนุนสมทบโครงการดังกล่าวประมาณ 249 บาทต่อคนต่อปีในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2538-2542 จุดอ่อนของโครงการคือ เป็นโครงการภาคสมัครใจ ทำให้ผู้ที่มีโอกาสใช้บริการสูง หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับประโยชน์จากโครงการฯ จะสมัครเข้าเป็นสมาชิก (adverse selection) ผู้ที่แข็งแรงจะไม่สมัครเข้าเป็นสมาชิก ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงแคบ (limited risk pooling) การคลังของโครงการไม่สามารถอยู่ได้ แม้จะมีงบประมาณอุดหนุนร้อยละ 50 ก็ตาม

นอกจากระบบประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้กับประชาชนจะมีความเหลื่อมล้ำในด้านงบประมาณที่รัฐสนับสนุนแล้ว จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีประชากรเพียงประมาณร้อยละ 71 ของประชากรทั้งหมดที่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลระบบใดระบบหนึ่ง กล่าวคือ ก่อนที่จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่หลากหลายสามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71 และมีประชากรอีกประมาณร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมดที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

1.2 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย

การศึกษาถึงปริมาณ แหล่งที่มา และแบบแผนของรายจ่ายสุขภาพในระดับประเทศ มีความสำคัญอย่างมาก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ ทิศทางและนโยบายการลงทุนด้านการคลัง ในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้จัดทำระบบข้อมูลรายจ่ายสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งเป็นรายจ่ายหมวดหนึ่งในบัญชีประชาชาติ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2503 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (National Economic and Social Development Board - NESDB) ได้จัดทำขึ้นตามระบบบัญชีสากล (United Nation System of National Account: - UN SNA) เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดปริมาณการใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสุขภาพ โดยแสดงเป็นมูลค่าของการใช้จ่ายภาพรวมในระดับมหภาค และมีรายงานอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดทุกๆ ปี

ในปี พ.ศ. 2538-2543 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับ วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำโครงการวิจัยระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2537⁷ (National Health Account 1994 - NHA1) ระยะที่สอง ปี พ.ศ. 2539, และ 2541⁸ (National Health Account 1996 & 1998 - NHA2) โดยประยุกต์หลักการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพของประเทศในกลุ่มองค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economics Cooperation and Development - OECD) ในปัจจุบัน สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นผู้รับผิดชอบ ดำเนินการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระยะที่ 3 โดยปรับปรุงแบบตารางนำเสนอใหม่ ตามระบบของ Systems of Health Account (OECD - SHA⁹) เพื่อจัดทำข้อมูลปี พ.ศ. 2542 - 2544 และทำการปรับปรุงรายงาน ย้อนหลังไปจนถึงปี พ.ศ. 2537

ผลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในครั้งนี้พบว่าประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2537 จำนวน 130,456 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.59 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในปีต่อๆ มา จนมีมูลค่า 194,975 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 4.12 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. 2540 กระทั่งประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทาง

■ การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต

เศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 รายจ่ายสุขภาพประชากรจึงมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2541-2542 อย่างไรก็ดีรายจ่ายสุขภาพประชากรในปีถัดมาก็เพิ่มสูงขึ้นจนในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวน 178,945 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.51 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ¹⁰ (ตารางที่ 1)

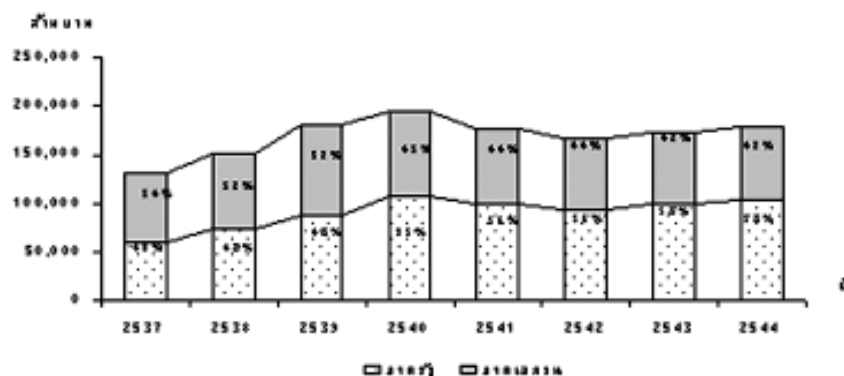
ตารางที่ 1 รายจ่ายสุขภาพประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2537-2544 (ล้านบาท) ราคาประจำปี (current year price)

	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ GDP	3,629,341	4,186,212	4,611,041	4,732,610	4,626,447	4,632,132	4,904,725	5,100,677
รายจ่ายสุขภาพรวม	130,456	151,417	181,100	194,975	178,007	167,068	173,869	178,945
ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อ/GDP	3.59	3.62	3.93	4.12	3.85	3.61	3.54	3.51
รายจ่ายภาครัฐบาล	59,686	72,893	87,519	106,787	99,853	93,885	100,496	104,520
รายจ่ายภาคเอกชน	70,771	78,524	93,581	88,188	78,155	73,183	73,372	74,424
สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐบาล	46	48	48	55	56	56	58	58
สัดส่วนรายจ่ายภาคเอกชน	54	52	52	45	44	44	42	42
จำนวนประชากร (คน)	59,095,419	59,460,382	60,116,182	60,816,227	61,466,178	61,661,701	61,878,746	62,308,887
รายจ่ายสุขภาพต่อหัว (บาท)	2,208	2,547	3,012	3,206	2,896	2,709	2,810	2,872

ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. “ร่างรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544”¹⁰

รายจ่ายโดยภาคเอกชน ประกอบด้วย คริวเรือน บริษัทประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการจากนายจ้างและองค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร มีบทบาทในรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สูงถึงร้อยละ 54 ในปี พ.ศ. 2537 แต่มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ ในปี พ.ศ. 2544 ภาคเอกชนมีสัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพเหลือเพียง ร้อยละ 42 ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพประชากรระหว่างภาครัฐ และเอกชน



ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. “ร่างรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2544”¹⁰

2. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณและผลสัมฤทธิ์

2.1 งบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากบทเรียนด้านบวกและด้านลบของวิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล 2 รูปแบบหลักในประเทศไทย ได้แก่การจ่ายตามจำนวนรายการรักษาพยาบาล (fee for service) ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กับการเหมาจ่ายรายหัวผู้มีสิทธิ (capitation) ในโครงการประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้เลือกวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยยกเลิกโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และรวมผู้ไม่มีสิทธิใดๆ เข้าอยู่ใร่มเดียวกัน ส่วนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและการประกันสังคม ยังคงดำเนินการเช่นเดิมในปัจจุบัน

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสมทั้งต่อผู้มีสิทธิ และต่อสถานพยาบาล จะต้องศึกษาฐานข้อมูลของจำนวนประชากรเป้าหมาย อัตราการเจ็บป่วยทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แบบแผนของการเลือกใช้สถานพยาบาลระดับต่างๆ ต้นทุนต่อหน่วยบริการในการรักษายาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านการรักษาฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ตลอดจนรายจ่ายกรณีค่ารักษายาบาลราคาแพง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ 2545 ได้เท่ากับ 1,202 บาทต่อคนต่อปี¹¹ ในปี 2546 และ 2547 เท่ากับ 1,414 บาท¹²และ 1,447 บาท¹³ ต่อคนต่อปี ตามลำดับ (อัตรา 1,202 บาท ใช้สำหรับ 6 เดือนท้ายของปีงบประมาณ 2544 โดยเฉพาะในจังหวัดทดลอง 6 จังหวัดในเดือนเมษายน 2544 และอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544) อย่างไรก็ตาม อัตราที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณให้ในปีงบประมาณ 2546 ยังคงอยู่ที่ 1,202 บาท ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ และอัตราการใช้สิทธิของผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวน 94,335 ล้านบาท เป็นงบประมาณเพื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 51,515 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 55 ของงบประมาณทั้งสิ้นที่รัฐจ่ายเพื่อสุขภาพและในปี 2546 มีงบประมาณ 95,098 ล้านบาท เป็นงบประมาณเพื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 52,697 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 55 เช่นกัน (ตารางที่ 2)

■ การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต

ตารางที่ 2 งบประมาณด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545 และ ปีงบประมาณ 2546 หน่วยล้านบาท ณ ราคาปี

หน่วยงาน/ ปีงบประมาณ	งบปม 2543	งบปม 2544	งบปม 2545			งบปม 2546		
	ไม่สามารถจำแนกได้		UC	NON UC	TOTAL	UC	NON UC	TOTAL
กระทรวงสาธารณสุข	58,425.90	58,695.39	51,425.42	17,687.11	69,112.53	52,697.24	16,436.70	69,133.94
กระทรวงอื่นๆ	7,318.07	7,558.91	89.17	25,133.45	25,222.62	-	25,964.47	25,964.47
ด้านสาธารณสุข	65,743.97	66,254.30	51,514.59	42,820.56	94,335.15	52,697.24	42,401.17	95,098.41

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : งบประมาณ ปี 2546 ของกระทรวงอื่นๆ สำนักงบประมาณได้ตั้งงบประมาณไว้ในงานสร้างหลักประกันสุขภาพ จำนวน 3,075.24 ล้านบาทแต่กระทรวงอื่นๆ (กลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ) วิเคราะห์ว่าเป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน เป็นเรื่องการสนับสนุนความมั่นคงของประเทศ ซึ่งงบก้อนนี้ไม่ควรตั้งไว้ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น 4 ด้านได้แก่

- ความเป็นธรรมของการได้รับประโยชน์จากงบประมาณในโครงการ
- รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- รายจ่ายสุขภาพที่สูงถึงกับครัวเรือนต้องล้มละลาย ขายทรัพย์สิน หรือเป็นหนี้สิน
- การเจ็บป่วย การเลือกใช้บริการ และการใช้สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 ความเป็นธรรมของการได้รับประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาความเป็นธรรมของการได้รับประโยชน์จากงบประมาณภาครัฐ ที่อุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจำแนกครัวเรือนไทยออกเป็น 10 percentile (decile) ตามค่าใช้จ่ายของครัวเรือนต่อคนต่อเดือน (monthly per capita consumption expenditure) ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁴ และข้อมูลต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับต่างๆ จากข้อมูลรายงานทางการเงิน 0110 รง5 ในปี 2543 โดยการคำนวณวิธีตัด ได้ผลดังนี้คือ ต้นทุนสถานอนามัย เท่ากับ 64 บาท ต้นทุนผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลจังหวัดเท่ากับ 228 และ 421 บาทตามลำดับ ต้นทุนผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ 3,186 และ 7,578 บาทตามลำดับ¹⁵ กรณีนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลระดับจังหวัดนอกจังหวัดของสมาชิกครัวเรือน (ตามคำถามของการสำรวจ) ผู้วิจัยกำหนดให้ ต้นทุนผู้ป่วยในต่อรายเท่ากับ ต้นทุนโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากมีข้อจำกัดของฐานข้อมูลที่ไม่สามารถจำแนกได้ว่าการไปรักษาที่โรงพยาบาลนอกจังหวัดนั้นเป็นโรงพยาบาล ระดับใด

เมื่อได้ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามระดับสถานพยาบาลของรัฐแล้ว นำต้นทุนต่อหน่วยเหล่านี้ คูณกับอัตราการใช้บริการ (Utilization Rate) ผลคูณนั้น ต้องหักด้วยค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองและไม่สามารถเบิกได้จากที่อื่น จะเป็นผลประโยชน์ที่ครัวเรือน decile ต่างๆ ได้รับอุดหนุน (แทนที่จะได้เป็นเงิน แต่เป็นบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน) จากรัฐบาล ใน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เรียกว่า อุบัติการณ์ของการได้รับประโยชน์ Benefit incidence) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$S_{ki} = q_{ki} c_k - f_{ki}$$

โดยที่ S_{ki} คือ มูลค่าที่ประชากร i ได้รับประโยชน์จากการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับ k
 q_{ki} คือ จำนวนการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับ k ของประชากร i
 c_k คือ ต้นทุนต่อหน่วยของ สถานพยาบาลระดับ k
 f_{ki} คือ จำนวนเงินที่ประชากร i จ่ายเอง สำหรับบริการ k

การศึกษานี้ พิจารณาเฉพาะการใช้สถานพยาบาลในภาครัฐเท่านั้น เนื่องจากเราต้องการศึกษาประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณภาครัฐในโครงการ การวิเคราะห์นี้ไม่เกี่ยวกับการใช้บริการของครัวเรือนในภาคเอกชน เช่น การซื้อยาเกินเอง การใช้บริการที่คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับการวัดความเป็นธรรมของอุบัติการณ์การได้รับประโยชน์ (Benefit incidence) ใช้ Concentration Index เป็นดัชนีวัดความเป็นธรรมของการคลังสาธารณสุข กล่าวคือ ถ้าปรับให้ประชากรทุกกลุ่มรายได้มีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากันแล้ว ปริมาณการใช้บริการสุขภาพก็ควรที่จะเท่ากันด้วย

การศึกษาค่าการได้รับประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ครัวเรือนระดับรายได้ปานกลาง ได้รับการประโยชน์จากบริการสุขภาพที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากกว่าครัวเรือนที่มีฐานะยากจน และร่ำรวย โดยมี ดัชนี Concentration index (CI) เท่ากับ -0.11 ดัชนีนี้มีค่าเท่ากับ -1 ถึง 1 หากดัชนีมีเครื่องหมายเป็น บวก แสดงว่า ลักษณะของการได้รับประโยชน์จากการคลังสุขภาพ ของภาครัฐ มีความถดถอย (Regressive) ต่อรายได้ ในขณะที่ค่าดัชนีเป็นลบ แสดงว่า มีความก้าวหน้า (Progressive) ต่อรายได้ จากการศึกษาค้นครั้งนี้ ดัชนี CI บ่งชี้ว่า ครัวเรือนที่มีฐานะยากจน ได้รับประโยชน์มากกว่าครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวย (ตารางที่ 3)

สำหรับการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน พบว่าครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางและครัวเรือนที่มีฐานะยากจน ได้รับประโยชน์มากกว่า ครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวย ดังจะเห็นได้จากค่า CI ในระดับสถานอนามัยเท่ากับ -0.272 และในระดับโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ -0.247 ส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า ครัวเรือนที่มีฐานะระดับสูงและระดับกลางจะได้รับประโยชน์มากกว่าระดับต่ำ โดยมีค่า CI เท่ากับ 0.052 นั้นแสดงว่าเป็นการถดถอยต่อรายได้ (ตารางที่ 3)

สำหรับการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน พบว่า ครัวเรือนระดับรายได้ปานกลาง และ ที่มีฐานะยากจน ได้ประโยชน์มากกว่าครัวเรือนที่มีรายได้ระดับสูง ในการใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน (CI เท่ากับ -0.189) ส่วนการใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ครัวเรือนระดับรายได้ปานกลางขึ้นไปจะได้รับประโยชน์มากกว่าครัวเรือนรายได้ระดับต่ำ (CI เท่ากับ -0.008) ในกรณีการให้บริการรัฐนอกจังหวัด จะเห็นได้ว่าจะมีทั้งครัวเรือนที่มีระดับสูง (เดซีล์ที่ 8) และระดับต่ำ (เดซีล์ที่ 1) ได้รับประโยชน์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ค่า CI เท่ากับ -0.154

เมื่อพิจารณาจากแผนภาพ (แผนภูมิที่ 4) จะเห็นได้ว่า การใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐ กรณีเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล (กรณีผู้ป่วยใน) ครัวเรือน จะได้รับความเป็นธรรมมากกว่าผู้ป่วยนอก

ในกรณีที่ความเท่าเทียมเต็มที่ การได้รับประโยชน์จากงบประมาณรัฐ จะเท่ากับ 10% เท่ากันในทุก decile (ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ประชากรทุกกลุ่มรายได้มีความต้องการด้านสุขภาพที่เท่ากัน แต่ในความเป็นจริงประชากรในกลุ่มรายได้ร่ำรวยจะมีความต้องการด้านสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มรายได้ต่ำกว่า) ข้อค้นพบของการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า มีความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพไทย (structural inequity in healthcare systems) โดยที่บริการผู้ป่วยในในสถานพยาบาลตติยภูมิ (โรงพยาบาลระดับจังหวัด) เอื้อประโยชน์ต่อคนร่ำรวยมากกว่าคนจน เนื่องจากคนร่ำรวยซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในเขตเมือง สามารถเข้าถึงบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับจังหวัดได้มากกว่าในด้านภูมิศาสตร์ (geographical accessibility) และเชิงเศรษฐกิจ (economic accessibility) เนื่องจากค่าเดินทางในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลระดับจังหวัด ต่ำกว่าคนจนในชนบทโดยเปรียบเทียบ

ถ้านโยบาย มุ่งพัฒนา และอุดหนุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลระดับอำเภอแล้ว ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดสูงขึ้น การอุดหนุนคนมีฐานะดีในตัวเมืองจะเพิ่มขึ้น เป็นการขยายช่องว่างความไม่เสมอภาคในการได้รับประโยชน์จากงบประมาณเพื่อสุขภาพของภาครัฐให้กว้างมากขึ้น

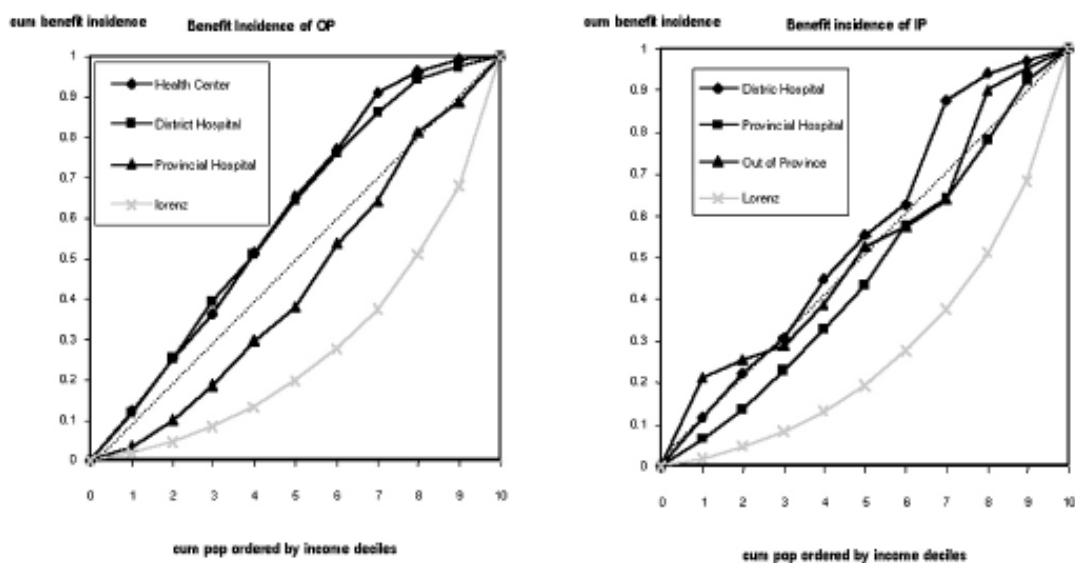
ตารางที่ 3 สัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากรัฐ กรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกครัวเรือนเป็น 10 กลุ่มเดซิล (2545)

กลุ่มเดซิล ตาม ระดับ รายจ่าย ต่อคนต่อเดือน	กรณีบริการผู้ป่วยนอก			กรณีบริการผู้ป่วยใน			รวม
	สถานีนามัย	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.ทั่วไป/ ศูนย์	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.ทั่วไป/ ศูนย์	ร.พ.นอก จังหวัด	
10% จนที่สุด	12.2%	11.5%	3.5%	11.7%	6.7%	21.1%	8.90%
2	13.1%	13.6%	6.5%	10.5%	7.0%	4.3%	9.29%
3	10.8%	14.1%	8.7%	8.6%	9.2%	3.2%	9.98%
4	15.4%	11.5%	10.7%	14.2%	9.8%	10.1%	11.53%
5	13.7%	13.2%	8.5%	10.4%	10.8%	13.7%	11.03%
6	11.7%	11.8%	15.6%	7.4%	14.2%	4.7%	12.12%
7	13.9%	10.2%	10.6%	24.9%	6.7%	6.6%	12.38%
8	5.6%	8.2%	17.0%	6.5%	13.8%	26.4%	11.77%
9	2.9%	3.3%	7.8%	2.8%	14.0%	5.3%	7.13%
10% รวยที่สุด	0.7%	2.5%	11.1%	3.0%	7.8%	4.6%	5.87%
รวม	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CI	-0.272	-0.247	0.052	-0.189	-0.008	-0.154	-0.110
Robust SE of CI	0.043	0.038	0.043	0.054	0.042	0.186	0.023
Kakwani Index; KI	-0.689	-0.663	-0.334	-0.599	-0.399	-0.560	-0.511
Robust SE of KI	0.048	0.044	0.048	0.060	0.047	0.205	0.027

ที่มา : วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545 เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁴

ผู้วิจัยวิเคราะห์ เฉพาะไตรมาสสุดท้ายของปี พ.ศ. 2545 เนื่องจาก ในไตรมาสนี้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ดำเนินการครบหนึ่งปีเต็ม กล่าวคือ เริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2544 ครึ่งเรือนไทย ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สมบูรณ์เต็มที่ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนนั้นถามอัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอก และค่าใช้จ่ายในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา และถามครัวเรือน ถึงอัตราและแบบแผนการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในรอบปีที่ผ่านมา

แผนภูมิที่ 4 สัดส่วนการได้รับประโยชน์จากรายจ่ายของรัฐโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของครัวเรือน 10 กลุ่ม จำแนกตามค่าใช้จ่าย ต่อคน ต่อเดือน จากน้อยไปมาก



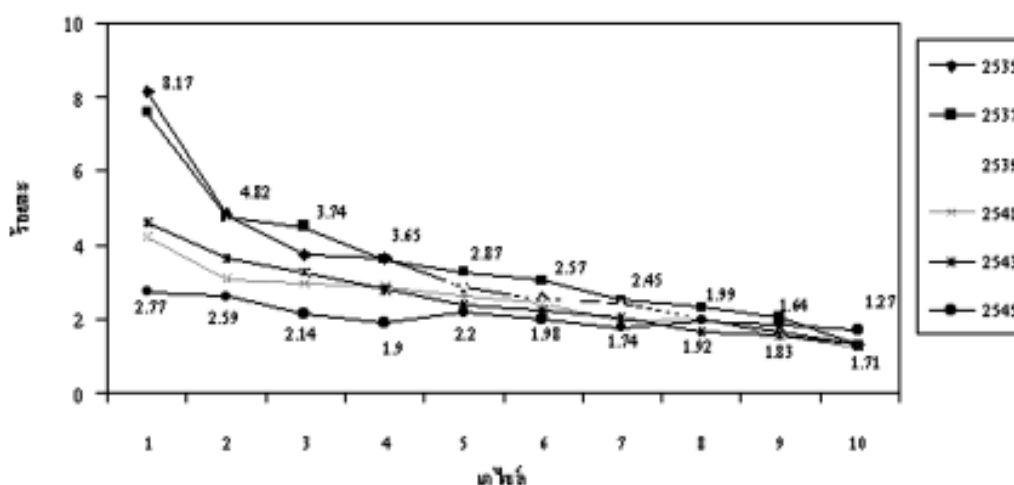
ที่มา : วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545 เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁴

2.3 รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รายจ่ายของครัวเรือน เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทย ปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของครัวเรือน เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของรายได้จำแนกตามรายได้ของครัวเรือนเป็น 10 deciles พบว่า ในปี พ.ศ. 2535 คนจนมีรายจ่ายสุขภาพสูงกว่าคนรวย ถึง 6.4 เท่า ความแตกต่างนี้ มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ เนื่องจากรัฐได้จัดหลักประกันสุขภาพ สำหรับบุคคลที่ควรเกื้อกูลประเภทต่างๆ เพิ่มขึ้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในปี พ.ศ. 2543 สัดส่วนดังกล่าวลดลงเป็น 3.6 เท่า และลดลงเป็น 1.6 เท่าในปี พ.ศ. 2545 หลังจากเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความแตกต่างในด้านภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนใน 10 deciles ลดลง แสดงให้เห็นว่า ความเสมอภาคของภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ในประเทศดีขึ้นตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5 และตารางที่ 4)

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน 10 กลุ่มเรียงตามรายได้ประจำของครัวเรือน พ.ศ. 2535-2545



ที่มา : ข้อมูล พ.ศ. 2535-2543 อ้างอิงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543¹⁵
ข้อมูล พ.ศ. 2545 ผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545¹⁴

ตารางที่ 4 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน 10 กลุ่มเดซิส์ เรียงตามรายได้ประจำของครัวเรือน

พ.ศ.	เดซิส์ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27
2537	7.56	4.75	4.49	3.6	3.26	3.03	2.53	2.32	2.03	1.26
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.1
2541	4.22	3.07	2.95	2.90	2.59	2.43	1.94	2.00	1.57	1.23
2543	4.58	3.67	3.29	2.78	2.38	2.22	2.06	1.68	1.55	1.27
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.2	1.98	1.74	1.92	1.83	1.71

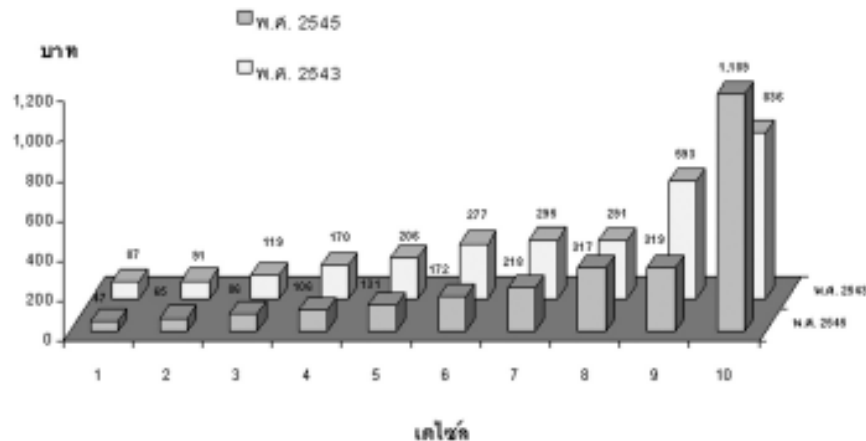
ที่มา : ข้อมูล พ.ศ. 2535-2543 อ้างอิงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543¹⁶
ข้อมูล พ.ศ. 2545 ผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545¹⁴

เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการเมื่อเดือนตุลาคม 2544 ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลังดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะในช่วงไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545 กล่าวคือ เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2543 กับช่วงเวลาเดียวกัน ในปี 2545 เพื่อขจัดอิทธิพลของความแตกต่างในเรื่องฤดูกาล และเป็นช่วงที่สะท้อนถึงข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินโครงการฯ อย่างแท้จริง เนื่องจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน เก็บข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพที่เป็นผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 12 เดือน

การศึกษาเฉพาะไตรมาสนี้ ผู้วิจัย พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงในทุกระดับเศรษฐกิจ เนื่องจากมาตรการที่รัฐได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้า กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายลดลงมากที่สุด คือกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 9 ลดลงถึงร้อยละ 45 และ 46 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าใช้จ่ายลดลงตั้งแต่ร้อยละ 26 ถึงร้อยละ 33 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่รวยที่สุดก็ยังคงมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลือกใช้บริการที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ หรือ การไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แผนภูมิที่ 6 และตารางที่ 5)

แผนภูมิที่ 6 เปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่ม ก่อนและหลังนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาเฉพาะไตรมาสสุดท้ายของปีพ.ศ. 2543 และ 2545



ที่มา : วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543¹⁷ และ พ.ศ. 2545¹⁴ เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 5 รายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน ตาม per capita expenditure decile ก่อนและหลังนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า วิเคราะห์เฉพาะไตรมาสสุดท้าย

Per capita expenditure Decile	ไตรมาสสุดท้าย พ.ศ. 2543				ไตรมาสสุดท้าย พ.ศ. 2545				% การเปลี่ยนแปลง
	ซื้อยา กินเอง	กรณี ผู้ป่วย นอก	กรณี ผู้ป่วย ใน	รวม	ซื้อยา กินเอง	กรณี ผู้ป่วย นอก	กรณี ผู้ป่วย ใน	รวม	
1	22.03	46.48	18.45	86.96	14.63	24.22	8.61	47.46	-45%
2	25.32	50.52	14.92	90.76	18.96	29.98	15.82	64.75	-29%
3	30.89	75.27	12.39	118.55	22.99	44.37	18.74	86.10	-27%
4	34.18	110.41	25.36	169.94	28.12	50.40	27.37	105.89	-38%
5	39.22	126.60	39.94	205.76	33.83	73.05	24.31	131.18	-36%
6	53.07	163.53	60.63	277.23	31.46	103.58	36.64	171.68	-38%
7	57.14	173.51	64.61	295.26	42.74	119.26	56.32	218.33	-26%
8	50.71	179.85	60.11	290.67	50.33	177.63	88.78	316.75	9%
9	98.43	404.85	89.54	592.82	38.80	201.51	78.76	319.07	-46%
10	76.94	570.96	188.40	836.30	111.24	727.81	350.43	1,189.48	42%

ที่มา : วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2543¹⁷ และ พ.ศ. 2545¹⁴ เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.4 รายจ่ายสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ผู้วิจัยวิเคราะห์สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพสูง ที่อาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางการเงินของครอบครัว (Catastrophic health expenditure) เช่น ต้องขายทรัพย์สินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือต้องกู้หนี้ยืมสินมาเพื่อการนี้ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพ กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน (Household capacity to pay) ซึ่งเป็นรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมดหักลบด้วยรายจ่ายด้านอาหาร ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการดำรงชีวิต¹⁸

หากกำหนดให้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ 25 ของความสามารถในการจ่าย เป็นระดับที่ทำให้ครัวเรือนถึงกับต้องล้มละลาย ขายทรัพย์สิน หรือเป็นหนี้สิน พบว่า ในปี พ.ศ. 2535 มีครัวเรือนที่ประสบภาวะดังกล่าว ร้อยละ 4.9 และลดลงเป็น ร้อยละ 4.4 , 3.8 และ 3 ในปี พ.ศ. 2541, 2543 และ 2545 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม ปี 2544 มีครัวเรือนที่ประสบภาวะดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ตารางที่ 6)

ถ้าพิจารณาความรุนแรงของปัญหา หากพิจารณารายจ่ายสุขภาพเกินกว่า ร้อยละ 50 ของความสามารถในการจ่ายแล้ว ครัวเรือนที่ประสบปัญหาดังกล่าวลดลงจาก ร้อยละ 1.4 เป็น ร้อยละ 0.5 ในช่วงดังกล่าว

ตารางที่ 6 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตาม สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ต่อความสามารถในการจ่าย

% non food expenditure on health	2539	2541	2543	2545
0-0.5%	31.9	33.2	34.5	41.2
0.5-10%	51.3	51.5	50.8	48.1
10-25%	11.9	10.9	11	7.6
25-50%	3.5	3.6	3.1	2.5
>50%	1.4	0.8	0.7	0.5
total	100	100	100	100

ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ(2546) Social Welfare System in Thailand: Challenges of Implementing Universal Coverage¹⁹

2.5 อัตราการเจ็บป่วยและการเลือกใช้บริการ

เมื่อวิเคราะห์ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของคนไทย พ.ศ. 2544⁶ และ 2546²⁰ เพื่อแสดงการเจ็บป่วยทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่ควรได้รับสิทธิ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า (ตารางที่ 7)

- กรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาล มีการรายงานอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.1 โดยเพิ่มขึ้นจาก 4.101 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544 เป็น 4.926 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546
- กรณีต้องนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน มีการรายงานอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.8 โดยเพิ่มขึ้นจาก 0.076 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544 เป็น 0.083 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546

ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีภาระค่าใช้จ่ายมากนักในการเลือกใช้บริการนอกสถานพยาบาล (non-institutional care) ซึ่งไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ ได้แก่ การใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ชี้อายากินเอง หรือการพักผ่อนโดยไม่ได้รับการรักษา พบว่า จะมีอัตราลดลงร้อยละ 8.5 ส่วนการรักษาในสถานพยาบาล (institutional care) มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.7 โดยเฉพาะในภาครัฐซึ่งครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ จะมีอัตราเพิ่มร้อยละ 4.4 มากกว่าในภาคเอกชน ที่มีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 1.4 แต่ในการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า อัตราการเลือกใช้บริการในภาครัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 ในขณะที่ในภาคเอกชนลดลง ถึงร้อยละ 11.8

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บป่วย และการเลือกใช้สถานพยาบาล ของผู้ที่ควรได้รับสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 และ 2546

	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
	2544	2546	% เปลี่ยนแปลง	2544	2546	% เปลี่ยนแปลง
อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	4.101	4.926	20.1%	0.076	0.083	8.8%
การเลือกใช้บริการ						
นอกสถานพยาบาล	30.6	28.0	-8.5%			
ในสถานพยาบาล	69.4	72.0	3.7%	100.0	100.0	
ภาครัฐ	54.8	57.2	4.4%	89.0	90.3	1.5%
ภาคเอกชน	14.6	14.8	1.4%	11.0	9.7	-11.8%

ที่มา : วิเคราะห์จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544 และ 2546

2.6 การใช้สิทธิของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเมื่อเจ็บป่วย จะสามารถรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุได้ แต่ยังคงพบว่าบางครั้งเมื่อเจ็บป่วยผู้มีหลักประกันดังกล่าวก็ยังคงไม่มาใช้สิทธิตามที่ระบุไว้ในบัตรนั้นๆ โดยไปเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ครอบคลุม เช่น การรักษา นอกสถานพยาบาล การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน การไปรักษาพยาบาลข้ามเขตที่ระบุในบัตร และการเลือกจ่ายเงินเอง โดยไม่ใช้สิทธิบัตรเป็นต้น

กรณีผู้ป่วยนอก พบว่า มีการใช้สิทธิบัตรทองสูงถึงร้อยละ 56.6 ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้สิทธิบัตรทอง ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล การใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยนอกสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรธรรุณทัย และคณะซึ่งทำการศึกษจากครัวเรือนใน 4 จังหวัด (ภูเก็ต สมุทรสาคร สุโขทัย และอุบลราชธานี) พบว่า การใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 59²¹ เมื่อพิจารณาตามสิทธิบัตรทองที่ได้รับพบว่า กลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการบัตรทองที่มี ท. เมื่อป่วยจะมาใช้สิทธิ ทั้งหมดร้อยละ 62.6 ส่วนผู้ที่ได้รับสวัสดิการบัตรทองไม่มี ท. จะมาใช้สิทธิร้อยละ 49.2 (ตารางที่ 8)

กรณีผู้ป่วยใน มีการใช้สิทธิมากกว่ากรณีผู้ป่วยนอก โดยใช้สิทธิบัตรทองสูงถึงร้อยละ 80.9 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายในการเข้าพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจะใช้สิทธิมากกว่าการเป็นผู้ป่วยนอก มีผู้ไม่ใช้สิทธิร้อยละ 19.1 ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้สิทธิบัตรทอง ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล การใช้สิทธิในกรณีผู้ป่วยในนี้สูงกว่าการศึกษาของ ศุภสิทธิ์

พรรณารุณทัย และคณะ ซึ่งพบว่าการใช้สิทธิหลักประกัน เท่ากับร้อยละ 69²⁰ เมื่อพิจารณาตามสิทธิบัตรทองที่ได้รับพบว่า กลุ่มที่มีบัตรทองมี ท. เมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใช้สิทธิร้อยละ 84.8 ส่วนผู้ที่ไม่มีบัตรทองไม่มี ท. ใช้สิทธิร้อยละ 77.3 โดยผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล จะเป็นผู้ที่มาใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่า ในเขตเทศบาล

ตารางที่ 8 ร้อยละของการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2546

	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
	ทั่วประเทศ	ในเขต	นอกเขต	ทั่วประเทศ	ในเขต	นอกเขต
ไม่ใช้สิทธิ	43.4	58.8	39.5	19.1	34.7	14.9
ใช้สิทธิ	56.6	41.2	60.5	80.9	65.3	85.1
รวม	100	100	100	100	100	100
• กลุ่มบัตรทอง มี ท. ใช้สิทธิ	62.6	50	65.1	84.8	72.7	87
• กลุ่มบัตรทอง ไม่มี ท. ใช้สิทธิ	49.2	34.3	54.3	77.3	60.8	83.1

ที่มา : วิเคราะห์จาก ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

3. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 ความเป็นมา

เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐบาลที่หาเสียงในการเลือกตั้งทั่วไป เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 มีความจำเป็นต้องดำเนินการโครงการให้สำเร็จ ความเป็นไปได้ทางการคลังคือใช้งบประมาณของรัฐเป็นแหล่งการคลังเพื่ออุดหนุนโครงการนี้ โดยยืมรวมงบประมาณแหล่งต่างๆ ในขณะนั้นได้แก่

- งบประมาณปกติในแผนงานบริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล
- งบประมาณในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล
- งบประมาณอุดหนุนโครงการบัตรสุขภาพ

ในเชิงนโยบาย มีการหารือถึงความเป็นไปได้ของการประหยัดจากงบกลาง ที่ให้การอุดหนุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งน่าจะมี Potential saving ไม่น้อยกว่า 30-40% รวมทั้งการตัดเงินที่เป็นกำไรอย่างไม่เป็นธรรม ของการดำเนินการตามพระราชบัญญัติ คุ่มครองผู้ประสพภัยจากรถ ซึ่งเมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว เป็นโครงการที่ซ้ำซ้อนและไม่น่าจะมีความจำเป็น เมื่อพิจารณากรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถยนต์ ข้อหารื้อดังกล่าวไม่เป็นที่ตกลงจากเหตุผลต่างๆ คือ

- มีความเป็นไปได้ทางการเมืองไม่มากนัก
- เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้อัตราเหมาจ่ายและการคำนวณเบื้องต้นพบว่าอัตราดังกล่าว (1,202 บาท) เมื่อคูณกับประชากรที่คาดว่าจะอยู่ในโครงการแล้ว ความต้องการงบประมาณและงบประมาณก้อนต่างๆ ที่มีอยู่ไม่แตกต่างกันมากนัก ความจำเป็นที่ต้อง “หักด้ามพร้าด้วยเข่า” จึงมีน้อยลง

ในขณะนั้น (เดือนมีนาคมถึงตุลาคม 2544) ไม่ปรากฏว่ามีการวิเคราะห์เชิงนโยบาย ความเป็นไปได้ของแหล่งการคลังอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเก็บเงินสมทบ (contribution) จากผู้มีสิทธิ

เนื่องจากไม่มีบรรยากาศทางการเมืองที่เอื้ออำนวย (enabling political environment) การหาเสียงในระบกก่อนการเลือกตั้งทั่วไปไม่กี่เดือนนั้น ไม่ปรากฏวาระทางการเมือง (political agenda) ที่จะนำไปสู่การเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ อาจจะมีการวิเคราะห์คร่าวๆ แล้วว่า ความเป็นไปได้ทางการคลังของโครงการนี้มีสูง โดยอาจจะเพิ่มขึ้นจากงบประมาณเดิมที่มีอยู่ไม่มากนัก และอยู่ในวิสัยที่จะเจียดมาได้

เมื่อบริบทเป็นเช่นนี้ การคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงใช้ General tax เป็นแหล่งการคลังสุขภาพหลักโดยปริยาย การวิเคราะห์ปริมาณรายได้จากการเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้ง ไม่พบว่าเป็นแหล่งการคลังที่สำคัญแต่อย่างใด เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของการเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้ง ณ จุดให้บริการก็เพื่อป้องกันการให้บริการที่มากเกินไปจนความจำเป็น (moral hazard) และยังพบว่าเงินที่ประมาณการว่าจะเก็บได้จากการใช้บริการของผู้มีสิทธิ (บัตรทองที่ไม่มี ท.) เป็นเพียง 2.4% ของงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ

3.2 ประเมินการความต้องการงบประมาณและรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยได้ใช้เค้าโครงการประมาณการความต้องการงบประมาณและรายจ่ายแห่งชาติที่เคยนำเสนอในการสัมมนาเรื่อง Medium Term Public Finance and Sustainable Development ซึ่งจัดโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อเดือนกันยายน 2545⁵ โดยทำการประมาณการความต้องการงบประมาณทั้งในส่วนรายจ่ายภาครัฐและภาคเอกชน ในช่วง 5 ปี (แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 2545-2549)

รายจ่ายภาครัฐ (public source of finance) ประกอบด้วยสามส่วน ส่วนแรกเป็นรายจ่ายสำหรับระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีการกำหนดเป็นฉันทมติของการพัฒนาต่างๆ 3 ฉันทมติ

- **ฉันทมติที่ 1** แบบอนุรักษ์นิยม (conservative scenario) ไม่มีการปฏิรูปใดๆ ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคมในช่วงแผน 9 อัตราเพิ่มของรายจ่ายเป็น historical projection สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดอัตราเหมาจ่ายในปี 2545 และ 2546 ตามงบที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐ ปี 2547 กำหนดตามการคาดการณ์ที่น่าจะได้รับสนับสนุนจากรัฐ ปี 2548 ทำการคำนวณด้วยอัตราการใช้บริการปี 2546 และต้นทุนการบริการปี 2545 ที่ปรับเพิ่มด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค 1.41% สำหรับค่าวัสดุ และปรับเพิ่มขึ้น 5% สำหรับค่าแรงตามอัตราค่าเงินเดือนราชการ และ ปี 2549 ปรับอัตราเหมาจ่ายปี 2548 เพิ่มขึ้นด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค 2.6%
- **ฉันทมติที่สอง** แบบก้าวหน้าปานกลาง (progressive) ฉันทมตินี้ กำหนดให้มีอัตราเหมาจ่าย 3 อัตรา สำหรับระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ โดยคำนวณจากต้นทุนการบริการของประชากรทั้งหมด (ไม่แบ่งตามระบบ) แต่ใช้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในของแต่ละระบบทำให้ได้อัตราเหมาจ่ายที่แตกต่างกัน เช่น พ.ศ. 2545 อัตราเหมาจ่ายสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 1,202 บาทต่อคนต่อปี สำหรับสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมเท่ากับ 1,947 และ 1,217 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ
- **ฉันทมติที่สาม** แบบก้าวหน้ามาก (advance) ฉันทมตินี้ มีการดำเนินการตามมาตรา 9, 10

⁵ การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต

และ 11 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยปฏิรูปทั้ง 3 ระบบให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ใช้อัตราเหมาจ่ายอัตราเดียวทั้ง 3 ระบบ โดยใช้อัตราการให้บริการของคนไทยทั้งประเทศ และต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยทั้งหมดทั่วประเทศ จะได้อัตราเหมาจ่ายเป็น 1,202 บาทในปี พ.ศ. 2545 และเท่ากับ 1,347 1,450 1,493 และ 1,532 บาทในปี พ.ศ. 2546-2549 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

รายจ่ายภาครัฐส่วนที่สอง คือ งบประมาณที่นอกเหนือจากอัตราเหมาจ่าย เช่น งานระบาดวิทยา งานวิชาการต่างๆ ของปี 2545-2546 ใช้ข้อมูลตามที่ได้รับงบประมาณจริง ข้อมูลปี 2547 เป็นตัวเลขที่ได้รับอนุมัติตามการตั้งแผนของงบประมาณ รายจ่ายในปี 2548-2549 กำหนดให้เท่ากับงบประมาณปี 2547 และปรับด้วยดัชนีผู้บริโภคให้เป็นราคาปี 2548-2549

รายจ่ายภาครัฐส่วนที่สาม คือ ค่าบริหารจัดการ กำหนดให้เท่ากับ ร้อยละ 2.5 ของรายจ่ายที่คำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว และกำหนดให้ทุกภาคส่วนมีค่าบริหารจัดการที่เท่ากันกับภาคพื้นที่หนึ่งแบบอนุรักษนิยม

รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน (private source of finance) ประกอบด้วยสี่ส่วน ส่วนแรก คือ ประกันสุขภาพเอกชน และ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และ ส่วนที่สอง คือ สวัสดิการจากนายจ้าง ใช้ข้อมูลรายจ่ายจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2537-2544 เป็นฐานข้อมูลในการทำนายรายจ่ายปี 2545-2549 ด้วยการเลือกใช้สมการที่ให้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (Correlation: R) สูงที่สุด ในที่นี้ได้แก่ สมการลอการิทึม (Logarithmic trend type) ค่า $R^2=0.899$ สำหรับประกันสุขภาพเอกชน และ $R^2=0.858$ สำหรับ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ รายจ่ายภาคเอกชนส่วนที่สาม คือ รายจ่ายขององค์กรที่ไม่ได้มุ่งแสวงกำไรและอื่นๆ (Non Profit Institution: NPI and other) กำหนดให้รายจ่ายปี 2545-2549 เท่ากับรายจ่ายจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2544 ทั้งนี้เนื่องจากการทำนายด้วยสมการที่ค่า R^2 ที่ดีที่สุด ($R^2=0.7313$) ให้ค่ารายจ่ายเป็นลบในปี 2547 ซึ่งไม่เป็นจริง รายจ่ายภาคเอกชนส่วนสุดท้ายคือรายจ่ายจากครัวเรือน อ้างอิงบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2537-2544 ผู้วิจัยใช้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนเป็นสัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ระหว่างปี 2537-2544 เป็นฐานในการทำนาย สัดส่วนนี้ไปในปี 2545-2549 เมื่อได้สัดส่วนนี้แล้ว คำนวณกลับเป็นจำนวนเงิน ตามผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศระหว่างปี 2545-2549 ผู้วิจัยไม่ได้เลือกใช้สมการที่ให้ค่า R^2 สูงสุด ซึ่งคือ polynomial trend type แต่ตัดสินใจเลือกใช้สมการเส้นตรง (Linear trend type) ซึ่งให้ค่า R^2 สูงเป็นอันดับถัดไป ($R^2=0.8357$) เพราะเห็นว่าผลการทำนายจะมีความสอดคล้องกับสถานการณ์มากกว่า คือ รายจ่ายไม่ลดต่ำเร็วเกินไปนัก เนื่องจากสมการ polynomial ที่ให้ค่า R^2 สูงสุด ทำนายผลสัดส่วนรายจ่ายจากครัวเรือนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมลดต่ำลงอย่างรวดเร็วมากจนกระทั่งเป็นค่าติดลบในปี 2553 ซึ่งไม่เป็นจริง

การศึกษานี้พบว่า

- กรณีอนุรักษนิยม รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (ทั้งภาครัฐ 3 ระบบ รวมรายจ่ายภาครัฐด้านอื่น คือ non-UC budget และ ค่าบริหารจัดการ และรายจ่ายจากภาคเอกชน) จะเท่ากับ 3.91% GDP ในปี 2545 และเป็น 3.49% GDP ในปี พ.ศ. 2549 ตามลำดับ

- กรณีก้าวหน้าปานกลาง รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 3.72% GDP ในปี พ.ศ. 2545 และเท่ากับ 3.25% GDP ในปี พ.ศ. 2549 ตามลำดับ
- กรณีก้าวหน้ามาก รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 3.63% GDP ในปี พ.ศ. 2545 และเท่ากับ 3.22% GDP ในปี พ.ศ. 2549 ตามลำดับ

แบบแผนรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติตามที่วิเคราะห์ในตารางที่ 9 นั้น แสดงให้เห็นว่า รายจ่ายภาครัฐ จะมีบทบาทสูงถึง 65% ถึง 68% ในปี 2549 ซึ่งใกล้เคียงกับแบบแผนของประเทศที่พัฒนาแล้ว (ตารางที่ 10) ซึ่งมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามานาน และแหล่งการคลังภาครัฐ (general tax, social insurance contribution) มีบทบาทหลักในระบบการคลังสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะปานกลางของรัฐบาลในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พบว่า อยู่ในวิสัยของการคลังภาครัฐ ทั้งนี้ ยังต้องพิจารณาความต้องการงบประมาณในภาคอื่นๆ โดยเฉพาะการปฏิรูประบบการศึกษา ซึ่งต้องการใช้งบประมาณค่อนข้างมาก อาจจะมีผลกระทบต่องบประมาณของด้านสาธารณสุข

ผู้วิจัยเห็นว่า ฉากทัศน์ที่หนึ่ง มีความเป็นไปได้สูงสุด เนื่องจากบริบททางการเมืองและสถานการณ์แวดล้อมไม่เอื้ออำนวยให้มีการปฏิรูป ดังในฉากทัศน์ที่สองและสาม

ตารางที่ 9 ประมาณการความต้องการงบประมาณ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย
ปี 2545 - 2549

	2544	2545	2546	2547	2548	2549
ประชากร (ล้านคน)	63	64	64	65	65	66
มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (พันล้านบาท)	5,101	5,325	5,650	6,068	6,529	7,052
I. อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อคนต่อปี)						
1. อัตราเดียว (สำหรับฉากทัศน์ที่ 3 แบบก้าวหน้ามาก)		1,202	1,347	1,450	1,493	1,532
2. สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		1,202	1,311	1,414	1,487	1,525
3. สำหรับสวัสดิการข้าราชการ		1,947	1,947	1,947	1,972	2,023
4. สำหรับประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน		1,217	1,217	1,217	1,295	1,329
II. งบประมาณนอกเหนือจากอัตราเหมาจ่าย เช่น ระบาดวิทยา, งานวิชาการต่าง ๆ (ล้านบาท)		42,821	42,407	43,254	44,379	45,533
III. ความต้องการงบประมาณทั้งหมด (ล้านบาท)						
ฉากทัศน์ที่ 1 แบบอนุรักษ์นิยม						
อัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		59,739	65,686	71,589	75,897	78,522
งบประมาณสำหรับสวัสดิการข้าราชการ		20,510	21,834	23,158	24,483	25,807
รายจ่ายสุขภาพในส่วนของประกันสังคม		11,480	12,424	13,368	14,312	15,255
รายจ่ายสุขภาพที่นอกเหนือจากโครงการหลักประกันสุขภาพ		42,821	42,407	43,254	44,379	45,533
ค่าบริหารจัดการ		2,293	2,499	2,703	2,867	2,990
รวมรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ		136,843	144,850	154,073	161,937	168,107
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)		0.29	5.85	6.37	5.10	3.81
ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม		2.57	2.56	2.54	2.48	2.38
ฉากทัศน์ที่ 2 แบบก้าวหน้าปานกลาง						
อัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		59,739	65,686	71,589	75,897	78,522
งบประมาณสำหรับสวัสดิการข้าราชการ		13,629	13,629	13,629	13,804	14,163
รายจ่ายสุขภาพในส่วนของประกันสังคม		8,397	8,641	8,727	9,379	9,719
รายจ่ายสุขภาพที่นอกเหนือจากโครงการหลักประกันสุขภาพ		42,821	42,407	43,254	44,379	45,533
ค่าบริหารจัดการ		2,293	2,499	2,703	2,867	2,990
รวมรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ		126,879	132,861	139,902	146,326	150,927
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)		0.19	4.71	5.30	4.59	3.14
ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม		2.38	2.35	2.31	2.24	2.14

	2544	2545	2546	2547	2548	2549
ฉากทัศน์ที่ 3 แบบก้าวหน้ามาก						
อัตราเหมาจ่ายสำหรับประชากรไทยทุกคน ด้วยอัตราเดียว		76,447	86,477	93,960	97,486	100,787
รายจ่ายสุขภาพที่นอกเหนือจากโครงการ หลักประกันสุขภาพ		42,821	42,407	43,254	44,379	45,533
ค่าบริหารจัดการ		2,293	2,499	2,703	2,867	2,990
รวมรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ		121,561	131,383	139,917	144,732	149,309
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)		0.14	8.08	6.50	3.44	3.16
ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม		2.28	2.33	2.31	2.22	2.12
IV. รายจ่ายสุขภาพจากภาคเอกชน (ล้านบาท)						
ประกันสุขภาพเอกชนและพรบ.คุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ	10,123	10,396	10,631	10,843	11,037	11,215
สิทธิประโยชน์จากนายจ้าง	6,969	6,307	6,094	5,880	5,666	5,452
Non profit institutions และอื่นๆ	695	695	695	695	695	695
รายจ่ายจากครัวเรือน	54,977	54,077	57,065	58,253	59,414	60,647
รวม	72,765	71,476	74,484	75,670	76,811	78,009
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)	0	-0.02	0.04	0.02	0.02	0.02
ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม	1.43	1.34	1.32	1.25	1.18	1.11
V. รวมรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (ล้านบาท)						
ฉากทัศน์ที่ 1 แบบอนุรักษ์นิยม		208,319	219,334	229,743	238,748	246,115
ฉากทัศน์ที่ 2 แบบก้าวหน้าปานกลาง		198,355	207,346	215,573	223,137	228,935
ฉากทัศน์ที่ 3 แบบก้าวหน้ามาก		193,037	205,867	215,587	221,544	227,318
VI. รายจ่ายสุขภาพเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม						
ฉากทัศน์ที่ 1 แบบอนุรักษ์นิยม		3.91	3.88	3.79	3.66	3.49
ฉากทัศน์ที่ 2 แบบก้าวหน้าปานกลาง		3.72	3.67	3.55	3.42	3.25
ฉากทัศน์ที่ 3 แบบก้าวหน้ามาก		3.63	3.64	3.55	3.39	3.22
VII. รายจ่ายจากภาครัฐ (ร้อยละของรายจ่ายทั้งหมด)						
ฉากทัศน์ที่ 1 แบบอนุรักษ์นิยม		66	66	67	68	68
ฉากทัศน์ที่ 2 แบบก้าวหน้าปานกลาง		64	64	65	66	66
ฉากทัศน์ที่ 3 แบบก้าวหน้ามาก		63	64	65	65	66

ตารางที่ 10 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพตามกลุ่มประเทศ ข้อมูลในระหว่าง พ.ศ. 2533-2541

กลุ่มประเทศ	รายจ่าย สุขภาพ ภาครัฐเป็น ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์ มวลรวม	รายจ่าย สุขภาพ ภาคเอกชน เป็นร้อยละ ของ ผลิตภัณฑ์ มวลรวม	รายจ่าย สุขภาพ ทั้งหมดเป็น ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์ มวลรวม	รายจ่าย สุขภาพ ภาครัฐเป็น ร้อยละของ รายจ่าย ทั้งหมด	รายจ่าย ต่อหัว ประชากร (PPP: Purchasing Power Parity)	รายจ่าย ต่อหัว ประชากร (ดอลลาร์)
Low income	1.2	3.1	4.5	27%	74	21
Middle income	2.5	2.6	5	50%	267	117
Lower Middle	2.3	2.5	4.7	49%	190	62
Upper middle	3.4	2.9	6.2	55%	549	318
Low and middle income	1.9	2.8	4.8	40%	179	73
East Asia and Pacific	1.7	2.4	4.2	40%	151	43
Europe and Central Asia	4	1.6	5.2	77%	326	138
Latin America and the Caribbean	3.2	3.3	6.5	49%	452	272
Middle East and North Africa	2.3	2.3	4.6	50%	228	126
South Asia	0.9	3.8	5.1	18%	87	19
Sub-Saharan Africa	1.7	2.6	4.3	40%	89	42
High income	6	3.7	9.7	62%	2,587	2,702
Europe EMU	6.7	2.3	8.9	75%	1,980	2,045

ที่มา : http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_15.pdf, search September 20, 2002

ผู้วิจัยเห็นว่ามีความจำเป็นต้องการวิเคราะห์ฉากทัศน์จริงในทางปฏิบัติซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับสำนักงบประมาณ เพื่อเตรียมการแก้ไขปัญหา ในกรณีที่น่าจะเกิดจากทัศน์ดังกล่าว

3.3 ฉากทัศน์ที่ดี (best case scenario)

สัมฤทธิ์ผลของโครงการนี้ ดังแสดงในตอนที่สอง จะทำให้ระบบสุขภาพไทยมีประสิทธิภาพ มีความสมเหตุสมผลของการให้บริการที่ใกล้บ้าน การส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอน คราวเรือนมีภาระรายจ่ายสุขภาพน้อยลงหรือเกือบไม่มี โดยแทบจะไม่มีรายจ่ายสุขภาพที่สูงมากจนถึงกับต้องกู้หนี้ยืมสิน ระบบบริการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มีการเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เป็นไปในทิศทางที่ดี การจ่ายเงินสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวจะส่งสัญญาณไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะการใช้ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์

สภาพนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อประชาชนให้ความเชื่อมั่น และมั่นใจในคุณภาพบริการ ในสถานพยาบาลที่ตนสังกัด บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความสามารถ ทั้งด้านวิชาการ (clinical competency)

และด้านสังคม (non-clinical competency) สถานพยาบาลได้รับอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสม เพียงพอ และจูงใจให้บริการที่ดี บุคลากรได้รับค่าตอบแทนที่ดีพอสมควร

รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนที่ต่างกันต่างจ่าย และไม่มีอำนาจต่อรอง และเคยมีบทบาทมาก จะลดบทบาทลงตามลำดับ เกิดอำนาจการซื้อขนาดใหญ่ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมทั้งสำนักงานประกันสังคม) ซึ่งซื้อบริการ เจรจาต่อรอง กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ แทนคน 45 ล้านคน (และแทนผู้ประกันตนอีก 7 ล้านคน) ผู้ซื้อรายใหญ่ (monopsonistic purchaser) นี้จะมีบทบาทมาก ในการสร้างระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากกว่ารายจ่ายแบบ fee for services ณ จุดซื้อขายบริการ ของครัวเรือนแต่ละครัวเรือน นอกจากนี้ อัตราเหมาจ่ายจะตรึงรายจ่ายสุขภาพของทั้งระบบมิให้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้

น่าจะเชื่อได้ว่า ในระยะปานกลางและระยะยาว รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (total national health expenditure) จะชะลอตัวลง และเป็นสัดส่วนของ GDP ที่เหมาะสม

3.4 ฉากทัศน์ที่ไม่ดี (worst case scenario)

มีกลางบอกเหตุพอสมควรที่จะเกิดฉากทัศน์ที่ไม่ดี หากโครงการหลักประกันสุขภาพไม่ได้รับ การสนับสนุนงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายที่ผู้วิจัยคำนวณตามหลักวิชาการภายใต้การยอมรับของคณะทำงานที่มีอาจารย์อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ซึ่งคำนวณได้ 1,414 และ 1,447 บาทในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ แต่ในปี 2546 ได้รับสนับสนุนจากสำนักงานประกันสุขภาพเพียง 1,311 บาท และ คาดว่าปี 2547 โครงการก็คงจะไม่ได้รับอัตราเหมาจ่ายเต็มจำนวน 1,447 บาท สถานการณ์เช่นนี้ หากเกิดซ้ำๆ บ้างประมาณ จะทำให้อัตราเหมาจ่ายไม่สอดคล้องกับต้นทุน และอัตราการใช้บริการ ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้สถานะการเงินของโรงพยาบาลที่จัดบริการให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าทรุดหนักลง คุณภาพบริการตกต่ำลง เป็นบริการชั้นสองของคนจน อัตราการใช้บริการของผู้มี สิทธิลดลง ผู้มีสิทธิยินดีจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการที่อื่น คนจนไม่มีทางเลือก จะต้องใช้บริการที่ไม่มีคุณภาพ สถานการณ์เช่นนี้ ไม่เป็นผลดีต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่กำลังพัฒนาอยู่ในขณะนี้

3.5 แนวทางการป้องกันฉากทัศน์ที่ไม่ดี

การอาศัยงบประมาณประจำปีเป็นแหล่งการคลังเดียวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความเสี่ยงและความไม่มั่นคง เนื่องจากการใช้งบประมาณ เป็นการตัดสินใจทางการเมืองและใช้ กระบวนการรัฐสภา เพื่อป้องกันปัญหาความขาดแคลนเงินในระบบในระยะยาว มีทางเลือกในการแก้ ปัญหาดังนี้

1) ปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์

ปรับลดชุดสิทธิประโยชน์ที่อยู่ในความครอบคลุม เช่น คัดกรองเฉพาะบริการผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนอกให้ประชาชนจ่ายเงินเอง หรือปรับให้มีการร่วมจ่ายมากขึ้น เช่น เป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ทางเลือกนี้มีความเป็นไปได้น้อยมาก เนื่องจากประวัติศาสตร์การพัฒนา ระบบประกันสุขภาพของไทยทุกระบบในอดีต (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ และโครงการ สปร.) ต่างให้การคุ้มครองรอบด้าน (comprehensive) ทั้ง

บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีบริการการแพทย์ที่อยู่นอกการคุ้มครอง (exclusion list) ไม่มากนัก และยังไม่ครอบคลุมการซื้อยากินเอง

2) การปรับปรุงการคุ้มครองกลุ่มประชากร

ให้ประกันสังคมขยายการคุ้มครอง คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งขณะนี้สำนักงานประกันสังคม ยังไม่มีนโยบายขยายการคุ้มครองไปสู่คู่สมรสและบุตร ถ้าทำได้ จะทำให้การระดมประมาณ โดยรวมของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลง แต่ผู้ประกันตนต้องรับภาระในการจ่ายเงินสมทบมากขึ้น

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุ้มครองเฉพาะคนจนเท่านั้น เหมือนถอยหลังเข้าคลองกลับไปเป็นโครงการ สปร. เหมือนเดิม ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นบริการชั้นสามของคนจน ทั้งๆที่เป็นสิทธิของคนไทยทุกคนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

แม้ว่าคนที่มีฐานะดี และอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่ใช้สิทธิ และสามารถซื้อบริการที่อื่นได้ก็ควรจะอยู่ในการคุ้มครองของโครงการ ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงกว้างมากขึ้นเมื่อมีรายจ่ายสูงมาก ๆ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็จะเป็นตาข่ายแห่งความปลอดภัย (safety net) แก่กลุ่มเหล่านี้

3) แหล่งการคลังอื่นๆ

มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดแหล่งที่มาของการคลังของ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

มาตรา 39(1) เงินที่ได้รับงบประมาณประจำปีของรัฐบาล ในปีงบประมาณ 2545, 2546 ได้ใช้เงินจากแหล่งนี้แหล่งเดียวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มาตรา 39(2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายกำหนด มาตรานี้มีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้มากขึ้น ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องประสานและกำหนดเงื่อนไขและวิธีการ ให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค ไม่ทำให้เกิดช่องว่างความไม่เสมอภาคระหว่างท้องถิ่นที่มีฐานะดีและที่มีฐานะยากจน

มาตรา 39(3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพรบ.นี้ (ซึ่งหมายถึง 30 บาท ที่ผู้มีสิทธิ จ่ายร่วมในขณะนี้) การปรับการจ่าย 30 บาท (ซึ่งมีลักษณะเป็นค่าธรรมเนียม - nominal pay) ให้เป็นการจ่ายร่วม เช่น ตามสัดส่วนของค่ายา หรือค่ารักษาพยาบาล หรือเป็นอัตราเดียวที่สูงกว่า 30 บาท น่าจะส่งสัญญาณให้เกิดการใช้บริการอย่างสมเหตุสมผลในฝ่ายของผู้ใช้บริการได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดประสิทธิภาพของการบริโภคทรัพยากรมากขึ้น เงินที่ได้จากการจ่ายร่วมนี้ ไม่ได้มีมากมาย เพื่อให้เพียงพอสำหรับการจัดบริการ เพียงแต่ส่งสัญญาณการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสมในฝ่ายของประชาชนเท่านั้น

มาตรา 39(8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ มาตรานี้มีความสำคัญ โดยออกพระราชกฤษฎีกา กำหนดให้บุคคลที่มีความสามารถในการจ่ายได้ ให้จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในลักษณะเป็นภาคบังคับ (mandatory scheme) ทั้งนี้ต้องทำการศึกษาวิจัย เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ และแนวทางในการจ่ายเงินสมทบของบุคคลหรือครัวเรือนกลุ่มต่างๆ จำนวนเงิน

สมทบที่เหมาะสม วิธีการจัดเก็บ ความเป็นไปได้ทางเทคนิค และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเป็นไปได้ทางการเมืองและการยอมรับของประชาชน

เมื่อเทียบระหว่างการดำเนินการตาม มาตรา 39(3) และ 39(8) การจัดเก็บเงินร่วมจ่ายให้มากขึ้น สามารถดำเนินการได้ง่าย ต้นทุนดำเนินการต่ำ เพราะดำเนินการโดยสถานพยาบาล แต่จะเป็นการผลักภาระให้แก่คนป่วยต้องจ่ายเงิน ณ จุดให้บริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยที่คนไม่ป่วย ไม่มีส่วนร่วมในการเฉลี่ยความเสี่ยงด้วย ตรงกันข้าม มาตรา 39(8) มีความยุ่งยากในการดำเนินการแต่ในระยะยาวแล้ว จะเกิดความเสมอภาคมากขึ้น เมื่อผู้มีสิทธิได้จ่ายเงินสมทบการใช้สิทธิ เมื่อเจ็บป่วยก็จะมากขึ้นตามลำดับ (compliance rate) เพราะเขามีส่วนเป็นเจ้าของกองทุน

การดำเนินการตามมาตรานี้ มีความยุ่งยากมากพอสมควร ตั้งแต่การกำหนดว่าใคร ต้องจ่ายเงินสมทบเท่าไร กลไกการเก็บ ต้นทุนของการเรียกเก็บเงินสมทบ หากเป็นภาคบังคับ จะใช้มาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย

เงินสมทบจะจัดเก็บเข้าเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การใช้จ่ายเงินนี้ ไม่ต้องผ่านกระบวนการทางนิติบัญญัติ และปราศจากแรงกดดันทางการเมือง เมื่อจัดเก็บเงินสมทบแล้ว รัฐบาลยังมีหน้าที่จะต้องใช้งบประมาณตามมาตรา 39(1) เพื่ออุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ดีในส่วนที่นอกเหนือจากเงินสมทบ แต่รับภาระน้อยลง ข้อเสนอว่าโครงการนี้ให้การครอบคลุมเฉพาะคนจน และใช้ภาษีอย่างเดียว โดยให้คนรวยช่วยตัวเองนั้น เป็นข้อเสนอที่ทำให้ระบบสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เพราะจะลดทอนอำนาจของการเป็นผู้ซื้อรายเดียว แทนสมาชิก 45 ล้านคน

ผู้วิจัยเห็นว่า มาตรา 39(2) และมาตรา 39(8) มีศักยภาพสูงสุดในการเป็นแหล่งการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริหารตามมาตรา 39(2) น่าจะมีความง่ายมากที่สุด แต่ก็ยังเป็นภาษีทั่วไปและภาษีท้องถิ่น (Local Tax) ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนความเสมอภาคเพียงพอ นอกจากนี้ยังต้องมีมาตรการให้การชดเชยที่เหมาะสมแก่ท้องถิ่นที่ยากจน ไม่สามารถจัดเก็บรายได้

เมื่อมี โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แล้วพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 อาจจะมีคามจำเป็นน้อยลง เนื่องจากคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน อัตราสูญเสีย (loss ratio) ซึ่งเป็นสัดส่วนของ รายจ่ายสินไหมทดแทน ต่อเบี้ยประกันรับสุทธิในปี 2545 อยู่ที่ร้อยละ 46.6 แสดงให้เห็นว่า บริษัทประกันวินาศภัย มีกำไร อยู่ร้อยละ 53.4 ซึ่งในปี 2544 มีเบี้ยประกันรับทั้งสิ้น 7,110.9 ล้านบาท หักค่าสินไหมทดแทนที่เกิดขึ้นระหว่างปี จำนวน 3,313.7 ล้านบาท แล้ว คงเหลือ 3,797.2 ล้านบาท เงินส่วนเกินนี้ เป็นกำไร ที่ไม่เป็นธรรมต่อเจ้าของรถที่เสียเบี้ยประกันประจำปี ผู้วิจัยเห็นว่า ควรจะต้องมีการปฏิรูปการดำเนินการตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

3.6 ความเป็นไปได้ด้านการเงินของมาตรา 39(8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ²²

ผู้วิจัยทำการศึกษาความเป็นไปได้ด้านการเงินของการจ่ายเงินสมทบในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545 (Socio-Economics Survey: SES 2545) ทำการคำนวณอัตราสมทบสำหรับสมาชิกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายไว้ 5 ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือก A อัตราสมทบตามเงินรายได้ที่ไม่มีเพดาน (income-related contribution without ceiling)

■ การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต

ทางเลือก B อัตราสมทบตามเงินรายได้ที่มีเพดาน (income-related contribution with ceiling)

ทางเลือก C เงินสมทบอัตราเดียว (Single flat rate contribution)

ทางเลือก D เงินสมทบสามอัตรา (Three rate premium)

ทางเลือก E เงินสมทบห้าอัตรา (Five rate premium)

การวิเคราะห์อัตราเงินสมทบในครั้งนี้เป็นอัตราเงินสมทบสำหรับปี 2545 มีการคำนวณตามสูตรคณิตศาสตร์ ดังนี้

$$\text{อัตราเงินสมทบ} = \frac{(\text{รายจ่ายทางการแพทย์ของผู้จ่ายเงินสมทบ} + \text{ค่าบริหารจัดการการเก็บเงินสมทบ}) \times 100}{\text{รายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบทั้งหมด}}$$

- รายจ่ายทางการแพทย์ กำหนดให้เท่ากับ 1,202 บาทต่อคนต่อปี ตามที่รัฐสนับสนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2545
- จำนวนผู้จ่ายเงินสมทบเป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ที่มีรายได้จากอาชีพหลักที่มีความสามารถในการจ่ายของแต่ละทางเลือก (รายละเอียดในตารางที่ 11)
- ค่าบริหารจัดการการเก็บเงินสมทบในการศึกษาค้างนี้กำหนดให้เป็นอัตราตายตัวตามจำนวนผู้จ่ายเงินสมทบ 20 บาทต่อผู้จ่ายเงินสมทบต่อปี
- รายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบ คำนวณจากรายได้จากอาชีพหลักของผู้จ่ายเงินสมทบตามข้อมูล SES 2545

การวิเคราะห์ในแต่ละทางเลือกได้สร้างฉากทัศน์ของการมีส่วนร่วมของรัฐบาลไว้ 3 ฉากทัศน์ ดังนี้

- **ฉากทัศน์ที่ 1** รัฐบาลไม่มีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบแต่อย่างใด ผู้จ่ายเงินสมทบต้องรับภาระเองทั้งหมด 100%
- **ฉากทัศน์ที่ 2** รัฐบาลออกเงินสมทบ 35% และผู้จ่ายเงินสมทบมีส่วนร่วม 65% ฉากทัศน์นี้เปรียบเสมือนการกำหนดเงินสมทบตามมาตรา 46 ของพระราชบัญญัติประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตนภาคบังคับ ที่กำหนดให้ รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน ออกเงินสมทบเพื่อประโยชน์ทดแทนในกรณีเจ็บป่วย ฝ่าฝืนละเท่ากัน แต่เนื่องจากผู้จ่ายเงินสมทบตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เป็นการจ้างงานที่ไม่มีนายจ้าง ผู้จ่ายเงินสมทบจึงรับภาระทั้งในส่วนของการจ้างและลูกจ้าง
- **ฉากทัศน์ที่ 3** รัฐบาลออกเงินสมทบ 50% และผู้จ่ายเงินสมทบมีส่วนร่วม 50% ฉากทัศน์นี้เปรียบเสมือนการกำหนดเงินสมทบตามมาตรา 46 ของพระราชบัญญัติประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตนภาคสมัครใจ ที่กำหนดให้ รัฐบาล และผู้ประกันตน ออกเงินสมทบเพื่อประโยชน์ทดแทนในกรณีเจ็บป่วย ฝ่าฝืนละเท่ากัน

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถคำนวณอัตราเงินสมทบตามความสามารถในการจ่ายของผู้จ่ายเงินสมทบในแต่ละทางเลือก ตามแต่ละฉากทัศน์ ดังในตารางที่ 11 ทางเลือก A คือการจ่ายเงินสมทบ

เป็นร้อยละของเงินรายได้ ซึ่งคำนวณอัตราสมทบได้เท่ากับร้อยละ 1.78, 1.17 และ 0.91 ในฉากทัศน์ที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ผู้จ่ายเงินสมทบคือ ผู้ที่มีรายได้ไม่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของประเทศที่ 922 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้น้อย จะจ่ายเงินสมทบน้อย แต่ผู้ที่มีรายได้มาก จะต้องจ่ายเงินสมทบมากตามรายได้ที่ทำได้ ทางเลือกนี้อาจทำให้ผู้ที่มีรายได้สูงมากไม่สมัครใจที่จะร่วมจ่ายเงินสมทบ จึงได้ทำการคำนวณทางเลือก B คือ อัตราเงินสมทบเป็นร้อยละของรายได้แต่มีเพดานกำกับ นั่นคือว่า เงินสมทบจะคำนวณเป็นร้อยละของรายได้โดยไม่เกินจากเพดานที่กำหนด ซึ่งเพดานนี้คำนวณมาจากผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ในที่นี้กำหนดให้เท่ากับ 1,202.4 บาทต่อคนต่อปี ยกตัวอย่างเช่น ฉากทัศน์ ที่ 1 ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,623 บาทต่อเดือน จะต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1.78 ของรายได้ ส่วนผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,623 บาทต่อเดือนขึ้นไป จะจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1.78 ของ 5,623 บาทต่อเดือน จากการกำหนดเพดานการคิดเงินสมทบ ทำให้จำนวนเงินสมทบที่ได้ทั้งหมดน้อยกว่าทางเลือก A เมื่อคำนวณเป็นอัตราเงินสมทบที่แท้จริง (ร้อยละ 1.03) จะมีค่าต่ำกว่าอัตราเงินสมทบที่คาคหมาย (ร้อยละ 1.78) อีกแนวทางหนึ่งของการเก็บเงินสมทบ คือ เงินสมทบอัตราเดียว (Single flat rate premium) ซึ่งกำหนดเป็นทางเลือก C ผู้จ่ายเงินสมทบควรเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย คือ ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อหัวอยู่ในเดซิล์ที่ 2-10 ทุกๆ คนจะต้องจ่ายเงินสมทบ 102, 66 และ 51 บาทต่อเดือน ในฉากทัศน์ที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ในทางเลือกนี้ ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือรายได้มากก็ต้องรับภาระในการจ่ายเงินสมทบที่เท่ากัน ซึ่งขัดกับการต้องการให้มีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบตามความสามารถในการจ่าย จึงได้สร้างทางเลือก D และ E เงินสมทบสามและห้าอัตราตามลำดับ ผู้จ่ายเงินสมทบจะถูกแบ่งเป็นสามและห้ากลุ่มตามรายได้ของครอบครัวต่อหัวสมาชิก และจะต้องจ่ายเงินสมทบตามอัตราที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ทางเลือก D ฉากทัศน์ที่ 1 ผู้จ่ายเงินสมทบถูกแบ่งเป็นสามกลุ่ม และต้องจ่ายเงินสมทบตามอัตราที่คำนวณได้สามอัตรา ดังนี้ ผู้ที่อยู่ในเดซิล์ที่ 2-4 ต้องจ่าย 42 บาทต่อเดือน, ผู้ที่อยู่ในเดซิล์ที่ 5-7 ต้องจ่าย 82 บาทต่อเดือน ผู้ที่อยู่ในเดซิล์ที่ 8-10 ต้องจ่าย 280 บาทต่อเดือน อัตราเงินสมทบที่คาคหมายเท่ากับร้อยละ 1.78 ของรายได้ แต่เมื่อมีการเก็บเงินสมทบสามอัตราเช่นนี้แล้วจะมีผลให้ได้รับเงินสมทบที่มากกว่าที่คาคหมายซึ่งคิดได้เป็นร้อยละ 1.91 ของรายได้ ส่วนฉากทัศน์ที่ 2 และ 3 จะเป็นอัตราเงินสมทบที่ลดหลั่นลงปอดังในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 อัตราเงินสมทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545

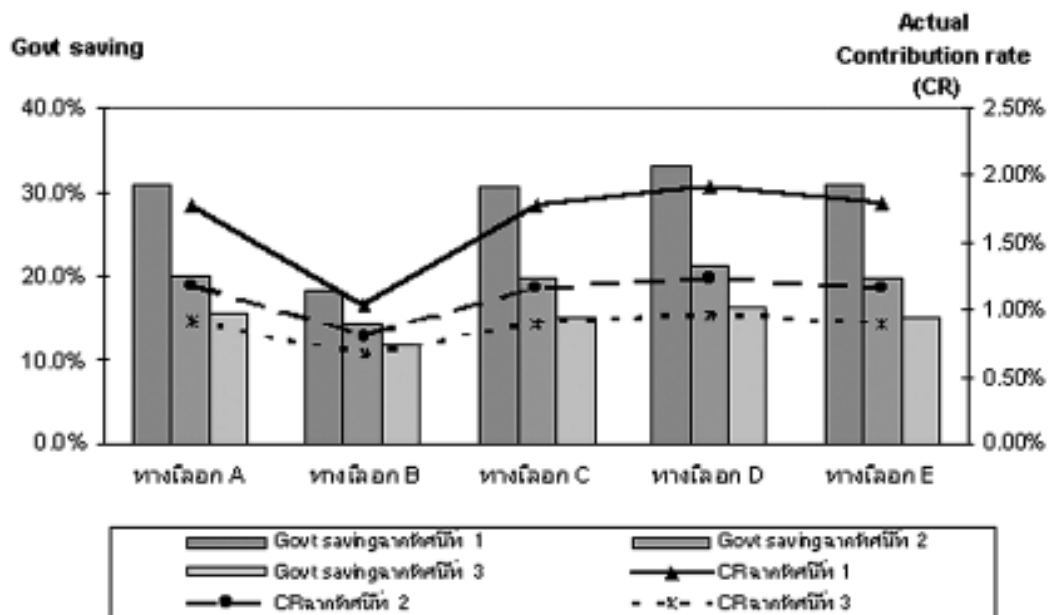
ทางเลือก	ผู้จ่ายเงินสมทบ	ฉากทัศน์ที่ 1 รัฐ : ผู้จ่ายเงินสมทบ	ฉากทัศน์ที่ 2 รัฐ:ผู้จ่ายเงินสมทบ	ฉากทัศน์ที่ 3 รัฐ:ผู้จ่ายเงินสมทบ
A) อัตราสมทบตามเงินรายได้ ที่ไม่มีเพดาน (income-related contribution without ceiling)	วัยแรงงาน (15-59 ปี) จำนวน 14.6 ล้านคน ที่มีรายได้จากอาชีพหลักมากกว่าเส้น ความยากจนของประเทศที่กำหนดจาก รายได้ > 922 บาท/คน/เดือน	0:100	35:65	50:50
B) อัตราสมทบตามเงินรายได้ ที่มีเพดาน (income-related contribution with ceiling)	เช่นเดียวกับทางเลือก A	1.78%	1.17%	0.91%
C) เงินสมทบอัตราเดียว (Single flat rate contribution)	วัยแรงงาน (15-59 ปี) จำนวน 14.6 ล้านคน ที่มีรายได้จากอาชีพหลัก และรายได้ของ ครอบครัวต่อหัว (household income per capita) อยู่ใน เดไซล์ที่ 2-10	1.03% (เพดาน 5,623 บาท/คน)	0.80% (เพดาน 8,575 บาท/คน)	0.67% (เพดาน 11,065 บาท/คน)
D) เงินสมทบสามอัตรา (Three rate premium)	เช่นเดียวกับทางเลือก C	1.78%	1.16%	0.89%
E) เงินสมทบห้าอัตรา (Five rate premium)	เช่นเดียวกับทางเลือก C	1.78%	1.16%	0.89%
		102	66	51
		Actual contribution rate	Actual contributions (baht/mo)	
		91%	1.24%	0.96%
		เดไซล์ที่ 2-4 จ่าย=42	เดไซล์ที่ 2-4 จ่าย=27	เดไซล์ที่ 2-4 จ่าย=21
		เดไซล์ที่ 5-7 จ่าย=82	เดไซล์ที่ 5-7 จ่าย=53	เดไซล์ที่ 5-7 จ่าย=41
		เดไซล์ที่ 8-10 จ่าย=280	เดไซล์ที่ 8-10 จ่าย=182	เดไซล์ที่ 8-10 จ่าย=140
		Actual contribution rate	Actual contribution rate	Actual contribution rate
		1.79%	1.16%	0.89%
		เดไซล์ที่ 2-3 จ่าย=37	เดไซล์ที่ 2-3 จ่าย=24	เดไซล์ที่ 2-3 จ่าย=18
		เดไซล์ที่ 4-5 จ่าย=57	เดไซล์ที่ 4-5 จ่าย=37	เดไซล์ที่ 4-5 จ่าย=28
		เดไซล์ที่ 6-7 จ่าย=59	เดไซล์ที่ 6-7 จ่าย=46	เดไซล์ที่ 6-7 จ่าย=92
		เดไซล์ที่ 8-9 จ่าย=169	เดไซล์ที่ 8-9 จ่าย=109	เดไซล์ที่ 8-9 จ่าย=84
		เดไซล์ที่ 10 จ่าย=502	เดไซล์ที่ 10 จ่าย=326	เดไซล์ที่ 10 จ่าย=251

การศึกษานี้ เห็นว่าผู้ที่ควรได้รับการยกเว้นการเก็บเงินสมทบ คือ เด็ก (0-14 ปี) คนชรา (60 ปีขึ้นไป) ผู้พิการ ผู้ที่ไม่มีงานทำ ผู้ที่ไม่ได้รับรายได้จากการทำงาน และผู้ที่ยากจน เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้ (inability to pay) จำเป็นต้องพึ่งพิงสวัสดิการจากรัฐ และรัฐเองก็มีหน้าที่ต้องจัดบริการให้แก่คนเหล่านี้ ดังนั้นแหล่งรายได้ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมาจากสองแหล่งใหญ่ คือ

- งบประมาณของรัฐซึ่งมาจากภาษีอากรสำหรับอุดหนุนผู้ที่ควรได้รับการยกเว้นการเก็บเงินสมทบ และ/หรือ การมีส่วนร่วมในเงินสมทบตามฉลากที่สร้างขึ้น
- เงินสมทบจากผู้จ่ายเงินสมทบตามความสามารถในการจ่าย

จะเห็นว่าเมื่อมีการเก็บเงินสมทบจะทำให้รัฐใช้เงินงบประมาณสนับสนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยลงตามจำนวนที่เก็บเงินสมทบได้ จึงได้ทำการคำนวณการประหยัดเงินงบประมาณของรัฐเป็นร้อยละเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันที่รัฐต้องสนับสนุนโครงการทั้งหมดด้วยเงินภาษีอากร ดังภาพที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบทั้งห้าทางเลือก พบว่าการทางเลือก D เงินสมทบสามอัตรา มีผลให้การประหยัดของรัฐสูงที่สุด ในขณะที่ทางเลือก B อัตราสมทบตามเงินรายได้ที่มีเพดาน มีผลให้การประหยัดของรัฐต่ำที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเงินสมทบที่แท้จริงที่ต่ำที่สุด

แผนภูมิที่ 7 อัตราเงินสมทบที่แท้จริงและการประหยัดของรัฐในแต่ละทางเลือก



นอกจากการคำนึงถึงอัตราเงินสมทบที่ต้องจ่าย และการประหยัดที่จะเกิดขึ้นกับรัฐ อีกประเด็นที่ควรนำมาพิจารณา คือ ความเสมอภาคในการจ่ายเงินสมทบ พบว่า ทางเลือกที่ให้ความเสมอภาคดีที่สุดไปจนถึงแย่ที่สุด คือ ทางเลือก A, E, B, D และ C

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบห้าทางเลือกของอัตราเงินสมทบ

ทางเลือก	อัตราเงิน สมทบ ที่แท้จริง	การ ประหยัด ของรัฐ	ความเสมอ ภาคในการ จ่ายเงินสมทบ	การบริหารจัดการ
A) อัตราสมทบตามเงินรายได้ ที่ไม่มีเพดาน (income-related contribution without ceiling)	***	***	*****	มีปัญหาอย่างมากในการประเมินรายได้, ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง
B) อัตราสมทบตามเงินรายได้ ที่มีเพดาน (income-related contribution with ceiling)	*	*	***	มีปัญหาอย่างมากในการประเมินรายได้, ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง
C) เงินสมทบอัตราเดียว (Single flat rate contribution)	**	**	*	ง่ายในการจัดการ
D) เงินสมทบสามอัตรา (Three rate premium)	*****	*****	**	มีปัญหาอย่างมากในการจัดกลุ่มคนเป็น สามกลุ่มตามความสามารถในการจ่าย, ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง
E) เงินสมทบห้าอัตรา (Five rate premium)	****	****	****	มีปัญหาอย่างมากในการจัดกลุ่มคนเป็น ห้ากลุ่มตามความสามารถในการจ่าย, ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง

หมายเหตุ :

- อัตราเงินสมทบที่แท้จริงและการประหยัดของรัฐ ให้ดาว 1 ถึง 5 ดวง เรียงลำดับจากต่ำสุดไปจนสูงสุด
- ความเสมอภาคในการจ่ายเงินสมทบให้ดาว 1 ถึง 5 ดวง เรียงลำดับจากทางเลือกที่ให้ความเสมอภาค
แย่ที่สุดไปจนถึงดีที่สุด

สรุปได้ว่า การเก็บเงินสมทบจากผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีความเป็นไปได้ทางการเงิน แม้ว่าทางเลือก C เงินสมทบอัตราเดียวจะมีความง่ายในการจัดการ แต่ความเสมอภาคในการจ่ายเงินสมทบแย่ที่สุด อีกทั้งยังสวนทางกับการจ่ายเงินสมทบตามความสามารถในการจ่าย จึงไม่สมควรนำทางเลือก C ไปปฏิบัติ เมื่อพิจารณาทางเลือก A, B, D และ E พบว่า ทั้งหมดมีความยุ่งยากในการประเมินรายได้และคงมีต้นทุนในการบริหารจัดการสูง ผู้วิจัยเห็นว่าทางเลือก A อัตราเงินสมทบตามรายได้โดยไม่มีเพดาน น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด เพราะให้จำนวนเงินสมทบตรงตามคาคหาหมาย ส่งผลให้รัฐมีการประหยัดงบประมาณพอควร อีกทั้งยังเป็นทางเลือกที่ให้ผลของความเสมอภาคในการจ่ายเงินสมทบที่ดีที่สุด

การศึกษานี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการร่วมจ่ายเงินสมทบ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยเป็นการรวมความเสี่ยง (risk pooling) ของคนกลุ่มใหญ่ประมาณ 46 ล้านคน (ร้อยละ 73 ของประชากรไทย) ภายใต้ร่มเดียวกันของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีการร่วมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การร่วมจ่ายเงินสมทบตามความสามารถในการจ่ายเป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ที่มีฐานะดีกว่าได้ช่วยเหลือผู้ที่มีฐานะด้อยกว่า (risk sharing from the better-off to the poor) ผู้ที่มี

กำลังความสามารถในการหารายได้ ได้ช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในวัยพึ่งพา เช่น เด็ก คนชรา (risk sharing from working age group to dependent group) เป็นการช่วยให้เกิดความเป็นปึกแผ่นในสังคมไทย (social solidarity) นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้จ่ายเงินสมทบเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกองทุน ซึ่งจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร และตรวจสอบกองทุน เป็นการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของ สังคมในการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ให้ได้บริการที่มีคุณภาพพอสมควรตามทรัพยากรที่มีอยู่

การร่วมจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าเป็นทางเลือกของการเพิ่มความมั่นคงทางการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิธีการนี้จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงไรในทางปฏิบัตินั้น ยังต้องขึ้นกับองค์ประกอบอีกหลายด้าน ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ความเป็นไปได้ทางการเงิน และการยอมรับของสังคม ซึ่งมีประเด็นที่ต้องการการศึกษาวิจัยต่อไป เช่น การเลือกใช้ทางเลือกใด อัตราเงินสมทบจะเป็นเท่าใด ภายในเวลาที่กำหนดไว้กี่ปี (contribution rate according to scale premium calculation), อัตราเงินสมทบจะกำหนดให้มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปีหรือไม่ (contribution rate according to PAYG calculation) ซึ่งในการศึกษานี้เป็นอัตราเงินสมทบสำหรับปี 2545, การร่วมมือในการจ่ายเงินสมทบ คาดว่าจะเป็นเท่าใด (compliance rate), การมีส่วนร่วมของรัฐในเงินสมทบจะเป็นเท่าใด เป็นต้น หลังจากนั้นก็จะป็นรายละเอียดของการบริหารจัดการ เช่น ใครจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บเงินสมทบด้วยต้นทุนเท่าใด ใครควรเป็นผู้รับภาระต้นทุนนี้ วิธีการให้ได้ความร่วมมือในการจ่ายเงินสมทบสูงสุด ความถี่ในการเก็บเงินสมทบเป็นเท่าใด วิธีการใดสำหรับการประเมินรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบ เป็นต้น

โดยภาพรวมคงไม่มีผู้ใดปฏิเสธหลักการที่ดีของการจ่ายเงินสมทบล่วงหน้า ดังนั้น เพื่อให้มีความเป็นไปได้ของการจ่ายเงินสมทบในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การตัดสินใจในระดับนโยบายมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เริ่มด้วยการผลักดันจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติไปยังการตัดสินใจทางด้านการเมืองให้รับในหลักการและเริ่มวางแผนดำเนินการต่อไป โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของงานวิชาการ และการยอมรับได้ของสังคม

4. สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยมีวิวัฒนาการมานาน รัฐบาลใช้วิธีการค่อยๆ พัฒนาเริ่มจากกลุ่มจำเพาะต่างๆ (piecemeal targeting approach) โดยเริ่มให้คุ้มครองการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวก่อน ตามมาด้วยการให้การสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กต่ำกว่า 12 ปี ริเริ่มให้มีการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยโครงการบัตรสุขภาพสำหรับครัวเรือนที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์สงเคราะห์ ต่อมาการประกันสุขภาพภาคบังคับได้ขยายไปสู่ผู้ใช้แรงงาน (จากขนาดสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 20 คนขึ้นไป ไปสู่ที่มีมากกว่า 1 คนขึ้นไปในปัจจุบัน) ระบบประกันสังคมในปัจจุบัน มีกองทุนทดแทนแรงงานเป็นบรรพบุรุษ (predecessor) เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยทุพพลภาพ และการตายที่สืบเนื่องจากการทำงาน วิวัฒนาการของระบบประกันต่างๆ ได้สร้างสมความรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินการงานประกันสุขภาพ ในระดับต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอ รวมทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข

มีความพยายามในการขยายการประกันสุขภาพให้ถ้วนหน้าคนไทยทุกคน มาตั้งแต่ 2533 โดยบทเรียนของวิธีการจ่ายเงิน 2 รูปแบบได้แก่ fee for services ในสวัสดิการข้าราชการ และ capitation ในโครงการประกันสังคม และประสบการณ์ของการดำเนินการอัตราเหมาจ่ายในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ช่วยวางกรอบของทิศทาง ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีของการปฏิรูป ไปสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในวันนี้

ศักยภาพของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ ระบบบริหารในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขและภาครัฐอื่น เป็นเงื่อนไขความสำเร็จของการดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการแปลงนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติ การจัดทำทะเบียนผู้มีสิทธิ 45 ล้านคน แสดงถึงศักยภาพเชิงบริหารจัดการของสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ทั้งที่กรมบัญชีกลางใช้เงินกว่า 22,000 ล้านบาทต่อปี สำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ยังไม่ได้จัดทำทะเบียนผู้มีสิทธิเลย ไม่ทราบว่ามีสิทธิ มีกี่คน มีโครงสร้างอายุอย่างไร อยู่ที่ไหน

ศักยภาพเหล่านี้เป็นทุนทางสังคมที่สร้างสมมาหลายทศวรรษ น่าจะเป็นรากฐานสำคัญของการดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจกล่าวได้ว่าช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นช่วงของการขยายความครอบคลุมของการประกันสุขภาพให้ทั่วถึงประชากรทุกคน การคลังที่นำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพเป็นเงินจากภาษีอากรเป็นหลัก การมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบล่วงหน้ามีน้อยมาก ช่วงทศวรรษหน้าน่าจะเป็นการวางรากฐานของการจัดการการคลังสำหรับการประกันสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวมทั้งหมด กล่าวคือ การพยายามลดรายจ่ายด้านสุขภาพที่จ่ายจากครัวเรือน เพื่อป้องกันครัวเรือนประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ในทางกลับกันได้พยายามให้รายจ่ายภาครัฐมีสัดส่วนที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนรายจ่ายสุขภาพของประเทศที่มีรายได้สูงหรือประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามแม้ประเทศไทยจะมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐสูงถึงร้อยละ 66 ในปี พ.ศ. 2545 และ 2546 แต่แหล่งการคลังสำหรับรายจ่ายสุขภาพภาครัฐนี้ ส่วนใหญ่เป็นเงินงบประมาณที่ใช้สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เมื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะปานกลางของรัฐบาลในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พบว่า อยู่ในวิสัยของการคลังภาครัฐ แต่แนวโน้มความต้องการ



งบประมาณในภาคอื่นๆ โดยเฉพาะการปฏิรูประบบการศึกษาในอนาคต ซึ่งต้องการใช้งบประมาณค่อนข้างมาก อาจจะมีผลกระทบต่อบประมาณด้านสาธารณสุข ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังมีปัจจัยเสี่ยงในด้านการคลังระยะยาว หากยังอาศัยงบประมาณเพียงแหล่งเดียว จึงควรจะต้องขยายไปสู่แหล่งการคลังอื่นๆ ผู้วิจัยเห็นว่า การเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ ที่สามารถจ่ายได้ น่าจะเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่สำคัญในระยะกลาง 5 ปีข้างหน้า การจะดำเนินการได้จะต้องอาศัยปัจจัย 2 ด้าน คือ ศักยภาพทางวิชาการ ในการวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบาย และแรงสนับสนุนทางการเมือง โดยทั้ง 2 ปัจจัย จะต้องมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน แต่เป็นอิสระต่อกัน

หลังจากการวางแผนการเงินการคลังของรายจ่ายสุขภาพในภาพรวมที่เหมาะสมแล้ว ต่อจากนี้จะเป็นการจัดการกลไกการจ่ายเงินจากผู้ซื้อบริการ (purchaser) ไปยังผู้ให้บริการ (provider) ที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพตามสมควร อย่างเท่าเทียมกัน ตามกำลังความสามารถการจัดทรัพยากรของประเทศไทย โดยที่สถานพยาบาลได้รับอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสมเพียงพอและมีระบบจูงใจให้มีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การผสมผสานกลไกการจ่ายเงินไปยังผู้ให้บริการตามความเหมาะสมของการให้บริการ ยกตัวอย่าง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกใช้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในใช้กลไกการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคใช้กลไกการจ่ายเงินตามประสิทธิผลของงาน (performance base)

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2544. “ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย” เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชียเรื่อง ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. ศุภสิทธิ์ พรณารุณทชัย. 2543. “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
3. ภูษิต ประคองสาย. 2545. “หน่วยที่ 14 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” ใน จรรยา ตำนพูน บรรณาธิการผู้ช่วย, เอกสารการสอนชุดวิชาหลักเศรษฐศาสตร์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,
4. วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง .2545. “การติดตามประเมินผลการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45)”, รายงานหลักโครงการติดตามประเมินผลการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่1 (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.
5. Tangcharoesathien V, Pittayarangsarit S, Vasavid C. Universal Health Care Coverage and Medium Term Financing Implications. Paper presented at the annual technical seminar on “medium term public finance and sustainable development” organized by National Economic and Social Development Board, Prince Palace Hotel, Bangkok, 27 September 2002.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545.
7. อติศวร หลายชูไทย และคณะ. 2541. “บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
8. สติกร พงศ์พานิช และคณะ. 2544. “บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
9. OECD (2000), A System of Health Accounts, Version 1.0, Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
10. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. “ร่างรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรยศ ตีระวัฒนานนท์และภูษิต ประคองสาย.งบประมาณในการดำเนินการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า : 1202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10: 381-390.

12. ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัทธนฤมล กัญจนา ติษยาธิคม และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545;11:599-613.
13. กัญจนา ติษยาธิคม จิตปราณี วาศวิท วลัยพร พัทธนฤมล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การวิเคราะห์และกำหนดอัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับ ปีงบประมาณ 2547. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546;12:911-926.
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545. สำนักนายกรัฐมนตรี.
15. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. นนทบุรี; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2545.
16. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. นนทบุรี; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2545.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543. สำนักนายกรัฐมนตรี .
18. Wagstaff, A. (2001): Measuring equity in health care financing: Reflections on and alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index. Development Research Group and Human Development Network, World Bank.
19. Tangcharoesathien V, Teokul W, and Chantrawongpaisal L. Social Welfare System in Thailand: A Challenge from targeting to Universality. Paper presented at the UNRISD Workshop on Social Policy in a Development Context; Transforming the Development Welfare State in East Asia, Novotel Hotel on Siam Square, Bangkok, 30 June-1 July 2003.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. สำนักนายกรัฐมนตรี.
21. Pannarunothai S , Patmasiriwat D , Kongsawatt S ,et all (2002) Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need. An HSRI research report.
22. Patcharanarumol W. 2003. "Financial Feasibility for Introducing Contribution to Universal Health Care Coverage Scheme in Thailand". Master thesis in Social Protection Financing, Faculty of Economics and Business Administration, Maastricht University.



บทที่ 2 การประกันสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสังคม

โดย :

นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล

1. ความครอบคลุมของระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมได้เริ่มนำเข้ามาใช้ในประเทศไทยประมาณปลายปี 2533 โดยความครอบคลุมในระยะแรกจะคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างจำนวน 20 คนขึ้นไปก่อน หลังจากนั้นในปี 2536 จึงได้ขยายขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน เมื่อเดือนเมษายน 2545 ซึ่งมีผลทำให้ลูกจ้างที่อยู่ในระบบประกันสังคมมีจำนวนเพิ่มจากปี 2534 ซึ่งมี 2.93 ล้านคน หรือคิดเป็น 9.13% ของกำลังแรงงานรวม เพิ่มขึ้นเป็น 7.94 ล้านคน ณ กันยายน 2546 เป็นผลให้สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในความคุ้มครองของระบบประกันสังคมเพิ่มเป็น 22.80% ของกำลังแรงงานทั่วประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ประกันตนเปรียบเทียบกับกำลังแรงงานรวม ปี 2541-2546

ปี	ผู้ประกันตน (ล้านคน)	ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน (ล้านคน)	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

2. การปฏิบัติตามกฎหมาย

สำนักงานประกันสังคม ได้ประมาณการและกำหนดเป้าหมายจำนวนลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง 1-9 คน ซึ่งอยู่ในข่ายต้องขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคมในสิ้นปี 2546 จำนวน 2.62 ล้านคน อย่างไรก็ตาม ณ กันยายน 2546 มีลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กเข้ามาอยู่ในระบบประกันสังคม จำนวน 745,424 คน หรือคิดเป็น 28.45% ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ เนื่องจากยังมีนายจ้างอีกจำนวนมากที่หลีกเลี่ยงไม่ขึ้นทะเบียนและยังมีบางส่วนที่การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง

นอกจากเหนือจากลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปแล้ว ภายใต้ระบบประกันสังคมของไทยยังได้คุ้มครองผู้ประกันตนมาตรา 39 ซึ่งเป็นผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว แต่มีความต้องการที่จะอยู่ในระบบประกันสังคมต่อไปได้แก่แรงงานต่อสำนักงานประกันสังคมและจ่ายเงินสมทบต่อ โดยต้องจ่ายเงินสมทบเองทั้งในส่วนของนายจ้างและลูกจ้าง ทั้งนี้ ผู้ประกันตนมาตรา 39 ดังกล่าวได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในจำนวนนี้จากการศึกษาของกลุ่มงานวิจัย

กองวิชาการและแผนงาน ปี 2542 พบว่าผู้ประกันตนมาตรา 39 ส่วนใหญ่จะใช้สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยสูงถึง 83.2% ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ประกันตนมาตรา 39 เปรียบเทียบปี 2541-2546

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

3. การจัดเก็บเงินสมทบ

เนื่องจากแหล่งเงินทุนในระบบประกันสังคมจะมาจากการจัดเก็บเงินสมทบจากนายจ้าง ลูกจ้าง โดยมีรัฐบาลร่วมให้การสมทบ ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 4 กรณี คือ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย และคลอดบุตร ในอัตราไม่เกินฝ่ายละ 1.5% ของค่าจ้าง และให้จัดเก็บอัตราเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 2 กรณี คือ สงเคราะห์บุตร และชราภาพ ในอัตราไม่เกินฝ่ายละ 3% ของค่าจ้าง แต่เนื่องจากในปี 2541 เป็นช่วงที่ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ สำนักงานประกันสังคมจึงได้มีมาตรการลดภาระให้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล โดยดำเนินการออกกฎกระทรวงปรับลดอัตราเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 4 กรณี จากอัตราฝ่ายละ 1.5% เป็น 1% ของค่าจ้างเป็นระยะเวลา 4 ปี (ปี 2541-2544) แต่เนื่องจากเศรษฐกิจยังไม่กลับสู่ภาวะปกติ สำนักงานประกันสังคมจึงได้ดำเนินการขยายระยะเวลาการลดอัตราเงินสมทบสำหรับ 4 กรณีต่อไปอีกจนถึงปี 2546

สำหรับปี 2541 ซึ่งเป็นปีแรกของการจัดเก็บเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 2 กรณี คือ สงเคราะห์บุตรและชราภาพ สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มจัดเก็บเงินสมทบในอัตราที่ต่ำก่อน แล้วจึงค่อยๆ เก็บเพิ่มในปีถัดไป โดยในปี 2541 และปี 2542 กำหนดให้นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายในอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้าง ในปี 2543-2545 นายจ้าง ลูกจ้าง จ่ายในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้าง รัฐบาลร้อยละ 1 และตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นไป นายจ้าง ลูกจ้าง ต้องจ่ายในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้าง โดยรัฐบาลร่วมสมทบร้อยละ 1 ของค่าจ้าง โดยรวมทั้งหมดแล้วในปี 2546 นายจ้าง ลูกจ้าง ต้องจ่ายเงินสมทบในอัตรา 4.0% ของค่าจ้าง โดยคิดจากฐานค่าจ้างไม่ต่ำกว่า 1,650 บาท สูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท ทั้งนี้ ณ เดือนตุลาคม 2546 กองทุนประกันสังคมสามารถจัดเก็บเงินสมทบได้ทั้งสิ้น 35,438.75 ล้านบาท

จากผลการศึกษาของกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม ในปี 2546 พบว่า ก่อนที่สำนักงานประกันสังคมจะดำเนินการขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ณ เดือนมีนาคม 2545 มีสถานประกอบการมาขึ้นทะเบียนจำนวน 115,984 แห่ง มีผู้ประกันตน 5,978,822 คน และพบว่าในจำนวนสถานประกอบการดังกล่าวจะมีหนี้ค้างชำระเงินสมทบในแต่ละเดือนอยู่ระหว่าง 6.0%-7.1% ของจำนวนสถานประกอบการในแต่ละจังหวัด (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2545) แต่หลังจากการขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปแล้ว จากข้อมูลการจ่ายเงินสมทบเดือนเมษายน 2545 พบว่า สถานประกอบการในพื้นที่ 7 จังหวัด และ 2 เขตพื้นที่ที่มีการค้างหนี้เงินสมทบ กองทุนประกันสังคมสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 10 ของจำนวนสถานประกอบการในจังหวัดนั้น) สาเหตุที่นายจ้างค้างชำระหนี้เงินสมทบ คือ ไม่มีลูกจ้าง สิ้นหรือเลิกกิจการเนื่องจากเป็นสถานประกอบการขนาดเล็ก จึงทำให้การเข้าออกงานสูง และการบริหารงานยังไม่เป็นระบบมากนัก รวมทั้งนายจ้างเห็นว่าเป็นภาระที่ต้องจ่ายเงินสมทบทุกเดือนไม่คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการเดินทางและรายได้เมื่อต้องปิดร้านค้า สำหรับการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ของรัฐบาลซึ่งเริ่มในช่วงระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับการขยายความคุ้มครองการประกันสังคมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อาจมีสถานประกอบการบางแห่งไม่ประสงค์จะนำส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม แต่จากการศึกษาพบว่า นายจ้างยินดีจ่ายเงินสมทบ และผู้ประกันตนมาตรา 39 ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในขณะนี้จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลอย่างไรต่อระบบประกันสังคม

4. การจ่ายประโยชน์ทดแทน

ประโยชน์ทดแทนในระบบประกันสังคมประกอบด้วยประโยชน์ทดแทนในรูปของตัวเงินซึ่งได้แก่ การจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อสมาชิกประสบเหตุการณ์ที่มีผลทำให้ต้องหยุดงาน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้บางส่วนหรือทั้งหมด รวมถึงประโยชน์ทดแทนในรูปของการให้บริการ ซึ่งในที่นี้จะเน้นในส่วนของการบริการทางการแพทย์ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการโดยยึดหลักของการให้ทุกคนได้รับบริการโดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน ภายใต้ระบบบริการที่มีคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

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

เมื่อพิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ (รวมค่าคลอดแต่ไม่รวมเงินทดแทนการขาดรายได้) พบว่าจำนวนค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม มีจำนวน

สูงขึ้นทุกปี โดย ณ สิ้นปี 2545 มีจำนวนเท่ากับ 10,056.73 ล้านบาท สูงกว่าปี 2544 ถึง 1,066.36 ล้านบาท หรือคิดเป็น 11.86% ของปี 2544 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม ปี 2541-2546
(มกราคม - สิงหาคม)

หน่วย : ล้านบาท

ปี	ค่าบริการทางการแพทย์							รวม	เพิ่ม/ลด (%)
	กรณี เหมาจ่าย	กรณี อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	กรณี แพทย์ พิเศษ	กรณี ทันตกรรม	กรณี ไตวาย	กรณี ปลูกถ่าย ไขกระดูก	กรณี คลอดบุตร		
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.-ส.ค.)	6,190.30	129.72	104.92	128.84	113.48	10.76	571.94	7,249.96	-

ที่มา : กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : ค่าบริการทางการแพทย์กรณีเหมาจ่ายรวมค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้สถานพยาบาลตามอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนและตามอัตราการใช้บริการสำหรับโรคที่มีภาวะเสี่ยง

ในปี 2544 อัตราการเติบโตของ GDP จะอยู่ที่ 1.9% และเพิ่มขึ้นเป็น 5.3% ในปี 2545 ส่วนอัตราเงินเฟ้อในปี 2544 จะอยู่ที่ 1.6% และลดลงในปี 2545 เป็น 0.7% ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ GDP แล้ว สัดส่วนของค่าใช้จ่ายในด้านบริการทางการแพทย์ในส่วนของประกันสังคมต่อ GDP (ปี 2541-2545) จะเฉลี่ยปีละ 0.16% สำหรับค่าใช้จ่ายนอกเหนือเหมาจ่ายในกรณีของการปลูกถ่ายไขกระดูก ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 5 ปีจาก 5.40 ล้านบาทในปี 2541 เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เป็น 16.09 ล้านบาทในปี 2545 เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในปี 2545 ทั้งหมดต่อหัวผู้ประกันตนซึ่งอยู่ที่ 1,458 บาท ได้ลดลงจากปี 2544 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อหัว 1,532 บาท หรือลดลงประมาณ 5% ของค่าใช้จ่ายในปี 2544 ทั้งนี้ เนื่องจากในปี 2545 สำนักงานประกันสังคมได้มีการขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป แต่ผู้ประกันตนกลุ่มนี้อาจไม่ทราบสิทธิประโยชน์ของตนเองจึงยังไม่มีมารวมใช้สิทธิ หรือบางกลุ่มยังไม่เกิดสิทธิ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายในด้านบริการทางการแพทย์ต่อผู้ประกันตน

ปี	ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (ล้านบาท)	ผู้ประกันตน (ล้านคน)	ค่าใช้จ่าย/หัว (บาท)
2541	6,993.83	5.42	1,290
2542	6,420.87	5.68	1,130
2543	7,308.05	5.81	1,259
2544	8,990.37	5.87	1,532
2545	10,056.73	6.90	1,458

นอกจากนี้ จากการรวบรวมข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในแต่ละปีก็จะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน โดยอัตราการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอกในปี 2545 เฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ครั้ง/คน/ปี สูงกว่าปี 2544 ซึ่งมีอัตราเท่ากับ 2.51 ครั้ง/คน/ปี และเมื่อพิจารณาการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลรัฐบาลเปรียบเทียบกับเอกชน พบว่า สมาชิกของสถานพยาบาลภาคเอกชนมีอัตราการให้บริการทางการแพทย์ในทุกปีสูงกว่าสมาชิกของสถานพยาบาลภาครัฐ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราการให้บริการทางการแพทย์ ปี 2541-2545

ประเภท	2541	2542	2543	2544	2545
ผู้ป่วยนอก	1.46	2.15	2.04	2.51	2.55
รัฐบาล	1.40	2.07	1.85	2.37	2.45
เอกชน	1.50	2.22	2.18	2.60	2.61
ผู้ป่วยใน	0.032	0.043	0.043	0.046	0.044
รัฐบาล	0.031	0.041	0.042	0.041	0.039
เอกชน	0.033	0.043	0.044	0.050	0.047

ที่มา : กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

หมายเหตุ : อัตราการให้บริการคำนวณจากจำนวนครั้งการให้บริการต่อผู้ที่มีสิทธิใช้บริการ

5. สิทธิประโยชน์

การรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมให้สมาชิกได้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในรวมถึงโรคหรือการรักษาที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงๆ โดยให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเป็นผู้รับผิดชอบยกเว้นกรณีปลูกถ่ายไขกระดูกและบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีวิธีการจ่ายแยกออกไปเมื่อเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะพบว่าส่วนของประกันสังคมครอบคลุมในเรื่องที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงได้มากกว่า แต่ในส่วนของส่งเสริมสุขภาพระบบส่งต่อการใช้บริการจากแพทย์ทางเลือกนั้น ระบบของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมและพัฒนาไปมากกว่า ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคมกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประโยชน์ทดแทน	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รักษาพยาบาล	มี	มี
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	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

เมื่อดำเนินการมาได้ระยะหนึ่ง (ปี 2534-2547) สำนักงานประกันสังคมสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ตามวัตถุประสงค์แต่มีปัญหาในเรื่องเข้าถึงบริการและคุณภาพการให้บริการจึงมีมาตรการเสริมในเรื่องอัตราการใช้บริการ (จ่ายเงินเพิ่มตามอัตราการใช้บริการ) และมาตรการทางคุณภาพเพิ่มเติมในส่วนของโรคหรือบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้มีการปรับปรุงเพิ่มค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้กับสถานพยาบาลโดยตรงในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ในการอนุมัติจ่ายจะต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลทดแทนไตโดยการฟอกเลือดของโครงการประกันสังคม ปี 2544-2545 ประมาณร้อยละ 1 (94-136 ล้านบาท จาก 8,338-9,332 ล้านบาท) โดยมีผู้ป่วยที่เข้าสู่อการรักษาพยาบาลจำนวน 301 คน ในปี 2546 เดือน มกราคม-พฤษภาคม มีผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติให้บำบัดรักษาทดแทนไต โดยการฟอกเลือด จำนวน 251 ราย ค่าใช้จ่ายเท่ากับ 68 ล้านบาทเศษ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติ และจำนวนเงินที่จ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ปี 2543-2545)

ปี พ.ศ.	อนุมัติ	ไม่อนุมัติ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม
พ.ศ. 42-ธ.ค. 42	301	2	14.65	
2543	340	25	58.5	299%
2544	336	57	94.6	62%
2545	408	75	136.1	44%
2546 (ม.ค.-พ.ค.)	251	37	68.75	

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม การประชุมปฏิบัติการเตรียมการทำงานค่ายการลงทะเบียนการรักษาบำบัดทดแทนไต ประจำปี 2543

แม้ว่าสำนักงานประกันสังคม ปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพื่อจูงใจโรงพยาบาล ให้ความสำคัญกับคุณภาพการให้บริการและการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาในโรงพยาบาลที่มีความสามารถสูง เช่น โรงพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนแพทย์ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาเลือกใช้บริการมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะ โรงพยาบาลเอกชนถูกตั้งข้อสังเกตว่า ใช้มาตรการคัดสรรแต่สมาชิกที่สุขภาพดี หรือเจ็บป่วยทั่วไปไว้ (cream skinning) ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะแนะนำให้ไปเลือกโรงพยาบาลที่มีความสามารถสูงเพื่อจะได้รับการรักษาที่ดีได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลารับใบส่งตัว ฉะนั้นระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่มีอยู่จึงไม่สะท้อน หรือเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย/การบริการของโรงพยาบาล สำนักงานประกันสังคมปรับปรุงการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมใช้หลักจ่ายตามภาระเสี่ยง (Risk adjusted capitation)¹ ในอัตรา 150/คน/ปี สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดโรคซึ่งถือว่าเป็นโรคที่มีภาระเสี่ยงสูงอยู่ 8 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตับอักเสบเรื้อรังและตับแข็ง หัวใจล้มเหลว โรคซีวีเอ มะเร็ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคถุงลมโป่งพอง จากเหตุผลที่ว่าเป็นโรคที่ต้องมาได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอและค่ารักษาแต่ละครั้งมักจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงส่วนผู้ป่วยในทุกรายได้ให้ครบถ้วนว่าเข้าข่ายเป็นภาระเสี่ยงเช่นกัน ดังตารางที่ 8 และ 9

¹ Risk adjusted capitation : ประกาศของกองประสานการแพทย์/ถ้อยคำที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดขึ้น

ตารางที่ 8 โรคเรื้อรังแยกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2544 - 2545

หน่วย : ราย

ประเภท โรงพยาบาล	2544			2545		
	รัฐบาล	โรงเรียนแพทย์	เอกชน	รัฐบาล	โรงเรียนแพทย์	เอกชน
1. โรคเบาหวาน	299	81	427	8,212	2,173	19,463
2. โรคความดันสูง	10,404	3,137	31,449	15,563	3,756	44,060
3. โรคตับอักเสบเรื้อรัง และ โรคตับแข็ง	215	160	723	376	296	889
4. โรคหัวใจล้มเหลว	440	94	870	57	197	1,156
5. โรคซีวีเอ	272	99	795	416	143	1,197
6. โรคมะเร็ง	813	768	1,219	1,291	1,218	1,929
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	1,815	823	3,454	2,772	1,036	4,358
8. โรคถุงลมโป่งพอง	299	81	427	552	94	614
9. จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ย				2,790,234	422,796	4,802,080

ตารางที่ 9 โรคเรื้อรังเมื่อคิดเป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้ประกันตนของแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล (%) ปี 2545

	รัฐบาล	โรงเรียนแพทย์	เอกชน
1. โรคเบาหวาน	0.29	0.51	0.41
2. โรคความดันสูง	0.56	0.89	0.92
3. โรคตับอักเสบเรื้อรัง และโรคตับแข็ง	0.01	0.07	0.02
4. โรคหัวใจล้มเหลว	0.00	0.05	0.02
5. โรคซีวีเอ	0.01	0.03	0.02
6. โรคมะเร็ง	0.05	0.29	0.04
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	0.10	0.25	0.09
8. โรคถุงลมโป่งพอง	0.02	0.02	0.01

โดยสรุป การดูแลสุขภาพคนงานภายใต้ระบบประกันสังคม ซึ่งซื้อบริการในรูปแบบเหมาจ่ายนั้น สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมได้ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ปัญหาที่เกิดจากวิธีการจ่ายเงินแบบนี้ ได้รับรับการแก้ไขด้วยกลไกเสริมต่างๆ ที่กล่าวไว้ได้ผลบ้าง แต่เรื่องโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงหรือต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญเป็นพิเศษ เช่นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ควรมีการพิจารณาปรับปรุงวิธีการจ่ายและระบบส่งต่อที่ชัดเจน ในส่วนของการดูแลสุขภาพการรักษายาบาลมีมาตรการ ดังนี้

6. มาตรการในการควบคุมสถานพยาบาลประกันสังคม

จากการดำเนินการของสำนักงานประกันสังคมในการจัดหาบริการทางการแพทย์ให้กับผู้ประกันตนตั้งแต่ ปี 2534 จนถึงปัจจุบัน ปัญหาของคุณภาพบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมประสบมาโดยตลอดคือ สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมบางแห่งมีนโยบายที่จะหลีกเลี่ยงการรักษา (Under treatment) ในขณะที่จำนวนของสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากเม็ดเงินในระบบเหมาจ่ายได้สร้างผลกำไรในเชิงธุรกิจเกินกว่าจุดคุ้มทุนจนเป็นที่น่าพอใจสำหรับผู้ประกอบการ แต่ช่วงระยะเวลา 4-5 ปีแรกสำนักงานประกันสังคมกลับได้รับการร้องเรียนจากผู้ประกันตน รวมไปถึงการวิพากษ์วิจารณ์จากสื่อมวลชนอย่างรุนแรงถึงคุณภาพบริการทางการแพทย์ในแง่ลบ ทำให้ภาพรวมของระบบประกันสังคมไม่เป็นที่ยอมรับในขณะนั้น ดังนั้นตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นมาสำนักงานประกันสังคมจึงได้เริ่มจริงจังในการสร้างกลไกต่างๆ เพื่อควบคุมและกำกับคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการฯ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงระบบการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมนอกเหนือเหมาจ่าย เพื่อแก้ไขปัญหาหลีกเลี่ยงการรักษา

จากปัญหาคุณภาพบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ทำให้สำนักงานประกันสังคมตระหนักถึงบทบาทในฐานะของผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ที่นอกเหนือจากการคัดกรองสถานพยาบาลเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ แล้วสำนักงานประกันสังคมยังจำเป็นต้องมีบทบาทในการติดตามเพื่อประเมินและกำกับดูแลสถานพยาบาล (Provider) มาตรการการควบคุมและกำกับคุณภาพจึงได้เริ่มปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในปี 2539 มีการจัดจ้างคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์และการพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ตรวจประเมินสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และสำหรับสถานพยาบาลเอกชนจำนวนผู้ประกันตนเป็นตัวแทนที่สำคัญที่สำนักงานประกันสังคมนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการลงโทษสถานพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของสำนักงานฯ และในขณะเดียวกันจำนวนผู้ประกันตนได้ถูกนำมาใช้เป็นรางวัลจูงใจให้กับสถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามเงื่อนไขของสำนักงานฯ เช่นเดียวกัน

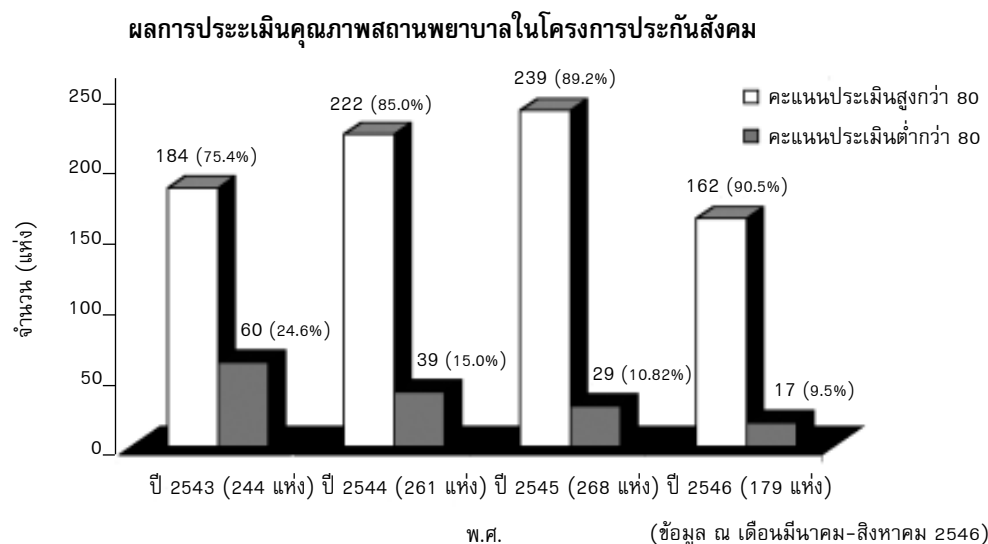
7. มาตรการในการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลประกันสังคม

1. การตรวจประเมินคุณภาพ

ในปี 2539 สำนักงานประกันสังคมได้จัดจ้างคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์และการพยาบาล ตรวจประเมินคุณภาพสถานพยาบาลประกันสังคมโดยใช้คู่มือการตรวจประเมินเป็นเครื่องมือในการตรวจ ซึ่งสาระสำคัญในการตรวจจะมุ่งเน้นการประเมินและพัฒนาตาม 11 มาตรฐานที่กำหนดไว้ในประกาศของสำนักงานประกันสังคม ประกอบมาตรฐานทั่วไป มาตรฐานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานผู้ป่วยนอก มาตรฐานผู้ป่วยใน มาตรฐานผู้ป่วยหนัก มาตรฐานเวชระเบียน มาตรฐานคลังกรรม มาตรฐานวิสัญญี มาตรฐานรังสีวิทยา มาตรฐานพยาธิวิทยา และมาตรฐานเภสัชกรรม โดยรายงานผลคะแนนประเมินรวมในรูปร้อยละ และเนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้รับการร้องเรียนในเรื่องยาเป็นจำนวนมาก ในปี 2544 จึงได้มีการจัดจ้างที่ปรึกษาด้านเภสัชกรรมเพื่อบรรเทาปัญหาดังกล่าวในปี 2546 สำนักงานฯ ได้ปรับกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบโดยกำหนดให้สถานพยาบาล

ส่งข้อมูลดัชนีชี้วัดคุณภาพการให้บริการที่มีความสำคัญ เช่น อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ อัตราการจ่ายยาผิด เป็นต้น รวมทั้งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ประกันสังคมเขต/จังหวัด เข้าตรวจเยี่ยมสถานพยาบาลทุก 3 เดือน เพื่อสอดส่องการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในเขตความรับผิดชอบอย่างใกล้ชิด ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล



2. ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ

ปี 2543 สำนักงานประกันสังคมมีนโยบายส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ และตั้งเป้าหมายให้สถานพยาบาลประกันสังคมต้องผ่านการรับรองคุณภาพระบบใดระบบหนึ่ง (HA/ISO) จากการที่สำนักงานประกันสังคมประกาศนโยบายดังกล่าวสู่สาธารณะ และร่วมมือกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จัดประชุมเชิงวิชาการให้ความรู้ในการวางระบบคุณภาพในระบบ HA ได้ก่อให้เกิดกระแสการตื่นตัวในวงกว้างกับสถานพยาบาลทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการปรับกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ในเชิงตั้งรับมาสู่การระบบการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาและป้องกันปัญหา ถึงแม้ในทางปฏิบัติ สำนักงานประกันสังคมไม่สามารถกำหนดเงื่อนไขให้สถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่งต้องผ่านการรับรองคุณภาพได้ แต่การเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนให้กับสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพอีกร้อยละ 10-30 ของจำนวนผู้ประกันตนที่ได้รับพิจารณาตามหลักเกณฑ์เป็นการกระตุ้นสถานพยาบาลเอกชนที่ได้ผลดีอีกทางหนึ่ง

3. มาตรการการจัดการเรื่องร้องเรียน

สำนักงานประกันสังคมให้ความสำคัญกับการตอบสนองเรื่องร้องเรียนของผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลประกันสังคม ทั้งสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย โดยกำหนดช่องทางการร้องเรียนที่หลากหลายเพื่ออำนวยความสะดวก และข้อร้องเรียนทุกเรื่องจะได้รับการตอบสนองและเข้าสู่กระบวนการพิจารณา เพื่อให้ความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

กระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนทางด้านบริการทางการแพทย์ในขั้นแรกจะเป็นขั้นตอนของการไกล่เกลี่ยระหว่างผู้ประกันตนกับสถานพยาบาลในกรณีที่ไม่สามารถไกล่เกลี่ยได้เป็นข้อร้องเรียนด้านอื่นที่ไม่ใช่มาตรฐานการรักษาสำนักงานประกันสังคมจะพิจารณาตัดสินเองตามระเบียบปฏิบัติ แต่หากเป็นข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษาทางสำนักงานฯ จะส่งเรื่องหรือคณะกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์พิจารณาและส่งให้คณะกรรมการการแพทย์เพื่อพิจารณาตัดสินในขั้นสุดท้าย ซึ่งกระบวนการพิจารณาคณะกรรมการฯ หากอนุกรมฯ ไม่มีความชำนาญในสาขาโรคนั้นๆ จะขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกในแต่ละสาขาเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อประกอบการพิจารณา และเมื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์กรณีใดที่มีความซับซ้อนและความเห็นของกรรมการไม่ตรงกัน คณะกรรมการจะมีมติให้ส่งเรื่องให้ราชวิทยาลัยให้ความเห็นก่อนเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินสถิติข้อร้องเรียนแสดงได้ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงปริมาณข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์

ประเภทข้อร้องเรียน	ปี 2541	ปี2542	ปี2543	ปี2544	ปี2545	ปี2546 (ม.ค-มิ.ย.)
โรงพยาบาลผิด	178 (48%)	125 (36%)	116 (27%)	197 (31%)	219 (25%)	136 (23%)
ผู้ประกันตนเข้าใจผิด	192 (52%)	225 (64%)	321 (73%)	441 (69%)	653 (75%)	467 (77%)
รวม	370	350	437	638	872	603
จำนวนการใช้บริการ	8,574,194	11,238,712	11,784,908	15,132,955	16,622,196	-

บทกำหนดโทษ ในปี 2544 คณะกรรมการการแพทย์ได้ กำหนดบทลงโทษสำหรับสถานพยาบาลที่ปรากฏ ข้อเท็จจริงว่ามีความผิด ตามความรุนแรง ดังนี้

- ระดับ A มีข้อร้องเรียนเชิงบริหาร 1 เรื่องหรือเชิงพฤติกรรมบริการ 1 เรื่อง ให้ออกกล่าวตักเตือน
- ระดับ B มีข้อร้องเรียนเชิงบริหาร 2 เรื่อง หรือดัดแปลงแต่งตั้งเดิมเอกสาร 1 ครั้ง หรือมีข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐานไม่รุนแรง 1 เรื่อง ให้ภาคทัณฑ์โรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษากำหนด 1 ปี
- ระดับ C มีข้อร้องเรียนเชิงบริหาร 3 เรื่อง หรือดัดแปลงแต่งตั้งเดิมเอกสาร 2 ครั้ง หรือมีข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐานที่มีความรุนแรง ให้ตัดจำนวนผู้ประกันตน/ห้ามแพทย์ผู้เกี่ยวข้องดูแลผู้ประกันตน/ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาดำเนินการทางจริยธรรม
- ระดับ D มีข้อร้องเรียนที่รุนแรงมากเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณายกเลิกสัญญา

4. การพิจารณาศักยภาพการรับผู้ประกันตน

เป็นเงื่อนไขในการกำกับดูแลสถานพยาบาลเอกชนโดยบูรณาการมาตรการต่างๆ มากำหนดเงื่อนไขในการพิจารณาอดจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งหมายถึงเม็ดเงินในการดำเนินธุรกิจในรอบปี เงื่อนไขการกำหนดจำนวนผู้ประกันตนจะพิจารณาจากจำนวนเตียง ที่เปิดบริการจริงเป็นตัวตั้ง (1เตียง:1,000 คน) และ นำคะแนนประเมินจากผลการตรวจของคณะที่ปรึกษา ที่ต่ำกว่า 80% ในมาตรฐานที่มีความสำคัญมาพิจารณาลดจำนวนผู้ประกันตนตามสัดส่วนของจำนวนผู้ประกันตนที่ได้รับ เช่น คะแนนประเมินมาตรฐานทั่วไปต่ำกว่า 80% ลดจำนวนผู้ประกันตนลง 3-9% มาตรฐานบุคลากรทางการแพทย์ ลด 4%-12% ส่วนมาตรฐานเวชระเบียนที่มี ความสำคัญยิ่งในการตรวจสอบคุณภาพการรักษา พิจารณาลด 5%-15% สำหรับในส่วนการส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพ สำนักงานฯ จะพิจารณาเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนให้ 10-30% (ผ่านการรับรองคุณภาพในระบบ ISO เป็นบางหน่วยงานเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนให้ 10% ผ่านการรับรอง ISO ทั้งระบบเพิ่มให้ 20% และผ่านการรับรองในระบบ HA เพิ่มจำนวนผู้ประกันตนให้ 30%)

กรณีข้อร้องเรียนพิจารณาตัดศักยภาพตามความรุนแรงของข้อร้องเรียนโดยสถานพยาบาลที่มีข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน และถูกตัดจำนวนผู้ประกันตนจะไม่นำระบบคุณภาพ (ISO/HA) มาพิจารณา

8. การวิเคราะห์มาตรการการควบคุมคุณภาพของระบบประกันสังคม

มาตรการการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลประกันสังคมเท่าที่ดำเนินการได้ผลดีในระดับหนึ่ง อันเนื่องมาจากปัจจัยเสริมที่มี เช่น การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราที่เหมาะสม และการเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนได้รับข้อมูลข่าวสาร และตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้มาตรการต่างๆ ของสำนักงานฯ ได้รับการตอบสนองจากสถานพยาบาลด้วยดีตลอดมา แต่อย่างไรก็ดีด้วยอำนาจการต่อรองของสำนักงานฯ ที่มีอยู่ สำนักงานฯ สามารถพัฒนาต่อยอดเพื่อปรับปรุงมาตรการการควบคุมคุณภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นดังนี้

1. การตรวจประเมินคุณภาพของคณะที่ปรึกษา ยังคงใช้คู่มือการตรวจประเมินที่อ้างอิง 11 มาตรฐานท้ายประกาศ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับโครงสร้างจำนวนบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีเพียงมาตรฐานเวชระเบียนที่สามารถตรวจสอบคุณภาพการรักษาแต่ได้ในระดับหนึ่ง แต่การคิดคะแนนประเมินรวมกลับให้น้ำหนักความสำคัญในแต่ละมาตรฐานเท่ากัน ดังนั้น การที่สถานพยาบาลมีคะแนนผลการตรวจประเมินรวมเกิน 80% ไม่ได้สะท้อนคุณภาพการรักษาของสถานพยาบาลนั้นแต่อย่างใด ควรลดความสำคัญของการตรวจประเมินในส่วนโครงสร้างแต่ควรมุ่งเน้นการตรวจสอบในเชิงระบบ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ การกำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลดัชนีชี้วัดคุณภาพ เป็นอีกก้าวหนึ่งของสำนักงานฯ ที่จะกระตุ้นให้สถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่งเข้าสู่กระบวนการคุณภาพ หลังจากที่ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพในเชิงวิชาการในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาแต่ในภาพรวมของประเทศข้อมูลดัชนีชี้วัดคุณภาพยังไม่มีมาตรฐานกลางในการอ้างอิง ดังนั้นในระยะแรกข้อมูลดังกล่าวยังต้องมีการ



ปรับปรุงและสร้างมาตรฐานหรือกรอบในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งในอนาคตข้อมูลดังกล่าวเมื่อมีการเผยแพร่สู่สาธารณะ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตน

2. สำนักงานประกันสังคมควรบรรจุมาตรฐานการจัดการในเชิงของการพัฒนาระบบคุณภาพ เช่น การบริหารจัดการความเสี่ยง และการจัดการกับข้อร้องเรียนไว้ในประกาศ สำนักงานประกันสังคม เพื่อให้สถานพยาบาลจริงจังกกับการพัฒนาระบบในเชิงของการ ป้องกันปัญหา ซึ่งจะเป็นประโยชน์โดยตรงกับผู้ประกันตน
3. กระบวนการพิจารณาเรื่องร้องเรียนของสำนักงานประกันสังคมได้รับเสียงวิพากษ์จาก สถานพยาบาลคู่สัญญามากกว่าสถานพยาบาลไม่มีโอกาสได้ชี้แจงข้อเท็จจริงต่อคณะ กรรมการ ซึ่งการพิจารณาจากเอกสารและข้อมูลจากผู้ประกันตนอาจไม่เพียงพอ ซึ่งการ ให้ผู้ถูกกล่าวหาได้มีโอกาสรับทราบและชี้แจงข้อเท็จจริงเป็นหลักปฏิบัติที่เป็นสากล และ เป็นวิธีที่จะทำให้กระบวนการพิจารณาเป็นที่ยอมรับ
4. บทกำหนดโทษที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้ แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดผล ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริง เนื่องจากกรณีข้อร้องเรียนแต่ละเรื่องมีความละเอียดอ่อน ใน ปี 2547 มีสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองในระบบ HA หลายแห่งไม่ได้รับการพิจารณาเพิ่ม จำนวนผู้ประกันตนเนื่องจากมีเรื่องร้องเรียน แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของสาเหตุ การเกิดข้อร้องเรียนที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยเจตนาหรือเป็นแค่เพียงแค่เงื่อนไขของการลดต้นทุน ต้องพิจารณาลงลึกไปถึงเจตนา และผลเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้นบทกำหนดโทษที่จะสร้าง ความเป็นธรรมให้กับทุกฝ่ายไม่ควรพิจารณาเพียงแค่ปริมาณของข้อร้องเรียนเท่านั้น การกำหนดโทษโดยการลดจำนวนผู้ประกันตนมีผลกระทบต่อผู้ประกันตนที่ประสงค์และ พึงพอใจที่จะเลือกสถานพยาบาล ดังนั้นสำนักงานฯ ควรพิจารณาเงื่อนไขการลงโทษ วิธีอื่นๆ ที่ไม่กระทบต่อผู้ประกันตน เช่น การตัดเงินเหมาจ่าย หรือเงินในส่วน ของ เปอร์เซนต์โวลุ่ม เป็นต้น
5. การดำเนินงานด้านคุณภาพสถานพยาบาลกับงานร้องเรียนยังคงแยกส่วนกัน ควร เชื่อมโยงงานทั้งสองส่วนในเรื่องร้องเรียนแต่ละเรื่องเมื่อพิจารณาตัดสินจบกระบวนการ ควรที่จะนำกลับมาเป็น ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ในเชิงของการพัฒนา เช่น การวิเคราะห์ ข้อมูลเรื่องร้องเรียนในภาพรวมเพื่อกำหนดแนวทางการวางระบบเพื่อป้องกันและแก้ไข ข้อร้องเรียน วิเคราะห์ในรายละเอียดของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ตั้งแต่กระบวนการ จัดการข้อร้องเรียน คุณภาพการรักษา การบันทึกเวชระเบียน เพื่อวางแผนการตรวจ ประเมินให้เหมาะสมกับสถานพยาบาลแต่ละแห่ง
6. การเข้าร่วมโครงการประกันสังคมของสถานพยาบาลรัฐโดยมติคณะรัฐมนตรี โดยไม่มี การจำกัดจำนวนผู้ประกันตนทำให้มีความเหลื่อมล้ำกับสถานพยาบาลเอกชน ถึงแม้ผู้

ประกันตนจะมีแนวโน้มที่จะเลือกสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าสถานพยาบาลรัฐ (ปี 2546 ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลรัฐ 40% เลือกสถานพยาบาลเอกชน 60%) แต่ในปัจจุบันระบบการจัดสรรงบประมาณของสถานพยาบาลรัฐที่เปลี่ยนไป จะส่งผลให้สถานพยาบาลของรัฐปรับตัวเพื่อต้องการเม็ดเงินจากระบบประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมจะต้องเตรียมการเพื่อให้ความเป็นธรรมสำหรับการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลรัฐและสถานพยาบาลเอกชนที่จะเข้มข้นขึ้นในอนาคต

9. ระบบข้อมูลสารสนเทศ

ระบบข้อมูลสารสนเทศในส่วนของการบริการทางแพทย์นี้แบ่งตามวัตถุประสงค์ใหญ่ๆ ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ข้อมูลเพื่อการให้บริการ
2. ข้อมูลเพื่อการบริหาร (ของสำนักงานประกันสังคม)
3. ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของประชาชน

1. ข้อมูลเพื่อการให้บริการ

เนื่องจากการจ่ายด้วยวิธีเหมาจ่ายเป็นการจ่ายล่วงหน้าตามจำนวนสมาชิกซึ่งเลือกโรงพยาบาลหนึ่งๆ และในระบบประกันสังคมมีเงื่อนไขของการเกิดสิทธิคือต้องจ่ายเงินสมทบมาไม่น้อยกว่า 3 เดือนใน 15 เดือน และหากสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างจะมีสิทธิต่อไปอีกเพียง 6 เดือน ฝ่ายโรงพยาบาลก็ต้องการทราบข้อมูลรายบุคคลว่าใครคือสมาชิก ผู้มีสิทธิมาใช้บริการจำนวนทั้งหมดเท่าใด เพื่อการวางแผนในการให้บริการเงินที่ได้รับ และจะบริหารเงินให้เกิดประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ต้องการจึงต้องครบถ้วนถูกต้อง และได้มาโดยเร็วที่สุด

โครงข่ายของประกันสังคมกับโรงพยาบาล ข้อมูลสมาชิกที่เลือกโรงพยาบาลต่างๆ จะประมวลผลเดือนละ 2 ครั้งคือ ในวันที่ 15 และวันทำการสุดท้ายของเดือน โรงพยาบาลสามารถรับข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ในวันถัดไปของการประมวลผล ข้อมูลนี้โรงพยาบาลจะใช้ในการให้บริการและตรวจสอบจำนวนเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้ ไม่ปรากฏการศึกษาว่าโรงพยาบาลผู้ให้บริการเรื่องนี้พึงพอใจหรือเชื่อถือข้อมูลอยู่ในระดับใด พบปัญหาได้บ้างกรณีลูกจ้างออกจากการงานแล้วแต่ไม่ได้แจ้งกับสำนักงานประกันสังคมหรือมาแจ้งย้อนหลังเป็นระยะเวลานาน ทำให้โรงพยาบาลต้องให้บริการแต่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการอย่างเหมาะสม

โครงข่ายข้ามระบบ : ในขณะนี้ประชาชนคนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือประกันสังคมหรือสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างหากหมดสิทธิจากประกันสังคมก็เกิดสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ด้วยระบบที่ยังต่างกันทำให้โรงพยาบาลผู้ให้บริการต้องตรวจสอบสิทธิของผู้ที่เข้าไปรับบริการทุกครั้งจึงจำเป็นที่ระบบทั้งสองต้องประสานข้อมูลกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะนี้สำนักงานประกันสังคมจัดส่งข้อมูล ผู้มีสิทธิให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเดือนละ 1 ครั้ง ทุกต้นเดือน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องกระจายข้อมูลนี้ให้ถึงผู้ให้บริการในโครงข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเดินทางของข้อมูลลักษณะนี้ทำให้ผู้ให้บริการปลายทางที่ห่างออกไปได้ข้อมูลล่าช้า เกิด

ปัญหาอย่างมากกับประชาชนที่มารับบริการ ขณะนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประสานสำนักงานประกันสังคม เพื่อเชื่อมระบบให้เครื่องส่งผ่านข้อมูลกันได้โดยไม่ต้องเสียเวลาในการทำข้อมูลลงบนแผ่นสื่อข้อมูลลักษณะต่างๆ อีกต่อไป

แม้ว่าระบบข้อมูลจะเชื่อมโยงกันได้รวดเร็วถูกต้อง ความเข้าใจในธรรมชาติของข้อมูลและความสับสนในเรื่องเงื่อนไขของเวลาในการเกิดสิทธิก็ยังคงเป็นปัญหาที่จะต้องมีการตกลงในระดับนโยบายต่อไป

2. ข้อมูลเพื่อการบริหาร (ของสำนักงานประกันสังคม)

เป็นระบบที่จัดทำขึ้นร่วมกันระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลในโครงการทุกแห่งรายงานผลการให้บริการมาให้สำนักงานประกันสังคมทราบและข้อมูลนี้จะใช้ในการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม วิเคราะห์อัตราการใช้บริการ ตัวชี้วัดที่สำคัญทางสุขภาพ และระบบบริการ และใช้ในการพิจารณาอัตราเหมาจ่าย หรือมาตรการเสริมต่างๆ โรงพยาบาลในโครงการตอบสนองอย่างดี อัตราการส่งข้อมูลมาให้ครบถ้วนตามกำหนดอยู่ที่ 95% และเพื่อเพิ่มเรื่องข้อมูลภาระเสี่ยงทำให้ได้ทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพของลูกจ้างมากขึ้น

3. ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของประชาชน

ที่ผ่านมาสำนักงานประกันสังคมเริ่มต้นโดยให้นายจ้างเลือกสถานพยาบาล และเปลี่ยนเป็นให้ลูกจ้างเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองในปี 2539 ในการเลือกสถานพยาบาลของลูกจ้างตั้งแต่ปี 2539 ถึงปัจจุบัน ลูกจ้างได้ทราบเพียงชื่อของสถานพยาบาลและคลินิกเครือข่ายเท่านั้น และชื่อสถานพยาบาลก็ส่งให้ลูกจ้างผ่านทางนายจ้าง ดังแสดงได้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงร้อยละของผู้ประกันตน ตามข้อมูลข่าวสารที่ต้องการและตัวแปรด้านประชากรและสังคม

ข้อมูล	เพศ		การเจ็บป่วย		งานที่ทำ		ประเภท ร.ง.		ที่ตั้ง ร.ง.		ประเภท รพ.		ที่ตั้ง รพ.	
	ชาย	หญิง	ไม่มี	มี	ทักษะ	ผลิต	ผลิต	บริการ	กทม.	อื่น ๆ	รัฐ	เอกชน	กทม.	อื่น ๆ
ขอบเขตการศึกษา	77.2	85.1	81.4	85.4	85.1	80.2	81.2	84.0	83.6	81.8	81.4	83.4	83.5	81.3
การแจ้งผลการศึกษา	78.8	83.9	81.9	83.0	85.6	79.8	81.3	83.0	82.3	82.0	80.8	83.3	82.9	81.1
วิธีให้การแนะนำ	76.3	76.5	79.1	72.3	83.0	71.6	74.8	78.6	75.2	77.3	75.6	76.9	75.5	77.0
ขั้นตอนบริการ	71.7	76.7	75.4	73.6	78.9	71.8	74.5	75.0	73.4	76.3	74.3	75.1	73.9	75.5
วิธีควบคุมการติดเชื้อ	69.9	75.5	75.1	71.2	79.9	69.4	70.7	77.8	75.3	72.4	70.5	76.6	75.3	71.9
แพทย์เฉพาะทาง	69.7	73.3	72.2	71.2	82.2	65.1	67.0	78.9	75.9	68.0	66.8	76.8	75.5	68.0
ระยะเวลาให้บริการ	68.0	68.2	71.3	61.9	73.2	64.3	65.4	71.4	66.9	69.0	66.6	69.1	66.1	69.6
รพก.	63.9	68.9	69.6	63.2	71.8	63.9	64.3	70.9	67.4	67.6	63.3	71.0	66.1	68.1
เครื่องมือพิเศษ	65.7	66.8	66.9	66.9	71.1	62.8	65.1	67.9	66.1	66.8	65.0	67.4	66.3	66.1
ผลการรักษา	63.0	67.5	65.3	67.3	66.9	65.3	66.3	65.9	66.2	66.2	67.0	64.9	66.4	65.5
ระยะทาง	60.7	67.7	67.2	63.6	69.1	62.7	64.5	67.1	66.1	65.4	64.4	66.5	66.3	64.6
ที่ตั้ง	61.2	64.5	65.8	60.1	67.2	60.6	61.5	66.0	63.2	64.3	61.3	65.6	62.4	64.5
วิธีควบคุมการส่งเสีย	56.8	66.1	63.3	62.3	69.8	58.6	60.2	66.5	63.9	61.8	59.3	66.4	63.4	62.3
วิธีควบคุม Lab	56.8	60.0	60.2	58.2	65.8	54.4	56.7	62.3	60.8	58.1	55.9	62.1	60.3	57.8
เวชทะเบียน	59.6	57.0	60.1	53.8	64.3	53.5	55.7	60.8	58.1	58.4	55.0	60.6	56.6	69.0
การรับรองคุณภาพ	55.4	57.8	58.6	52.7	59.1	55.5	55.0	59.0	52.9	60.6	55.1	58.3	52.8	60.6

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา (ตามตาราง) ลูกจ้างยังคงต้องการรู้ว่าโรงพยาบาลตั้งอยู่ที่ใด ห่างจากสถานที่ทำงานของตนเท่าใด ข้อมูลความสามารถของโรงพยาบาล แพทย์ ฯลฯ ผลของการศึกษาชี้ว่าข้อมูลที่สำคัญงานประกันสังคมให้กับลูกจ้างเพื่อใช้ในการเลือกระบบนั้นน้อยมากไม่พอต่อการตัดสินใจ ผลตามมาคือไม่พึงพอใจต่อการให้บริการและข้อสงสัยเกี่ยวกับความโปร่งใสในการใส่ชื่อลูกจ้างเข้าเป็นสมาชิกของโรงพยาบาลต่างๆ (แม้ว่าสำนักงานประกันสังคมจะได้จัดทำระบบให้ทุกคนตรวจสอบได้ตลอดระยะเวลาที่เลือกใช้บริการ 2 ปีก็ตาม)

ระบบประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมแม้ว่าโดยรวมอัตราการใช้บริการโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่ยังมีข้อมูลข่าวสารปรากฏเป็นระยะๆ ว่าผู้ประกันตนส่วนหนึ่งโดยเฉพาะคนทำงานสำนักงานและบริษัทที่มีสวัสดิการด้านสุขภาพได้ใช้บริการของประกันสังคม แต่เลือกใช้สวัสดิการของบริษัทมากกว่ากลุ่มซึ่งไม่ทราบสิทธิใดๆ ไม่เคยไปใช้บริการเลย และกลุ่มที่ได้รับบริการไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะพวกที่ไม่ได้รับการ refer ไปเมื่อมีความจำเป็น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงการเข้าถึงบริการโดยรวม เหตุที่ทำให้เข้าไม่ถึงบริการ และทางเลือกซึ่งอาจจะแตกต่างกันของกลุ่มเป้าหมาย



ประเด็นถัดมาในระบบประกันสังคมได้นำกลไกการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ หลายวิธี เช่น ทุนอุดหนุน/คลอডบุตร/การจ่ายยาต้านไวรัส Utilization/Risk adjusted capitation ควรจะมีการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมว่ากลวิธีเหล่านั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใด ส่งผลกระทบอย่างไรทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

10. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

แม้ว่าโรงพยาบาลที่ให้บริการในระบบประกันสังคมจะต้องมีมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพการให้บริการตามที่กำหนด ยังมีส่วนอื่นที่จะต้องพัฒนา เช่น ข้อมูลและตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ หรือพัฒนามิติในการมองเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้นทั้งในแง่มุมมองของประชาชนและกลุ่มวิชาชีพ รวมทั้งกระบวนการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด

บทที่ 3 กลไกทางการเงินการคลัง
ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
: การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล

โดย :

นพ.สุชาติ สรรณสทาพร

1. ความเป็นมา

มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 3 ตุลาคม 2543 เห็นชอบให้กระทรวงการคลังดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อให้ข้าราชการได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และมีความเป็นธรรม โปร่งใส ในขณะที่รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไป มาตรการหลักในการปฏิรูปได้มาจากข้อเสนอการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เสนอผ่านกรมบัญชีกลางไปเมื่อ กรกฎาคม ในปีเดียวกัน โดยมีสาระสำคัญคือ

1. ใช้เพดานงบประมาณและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมบริหารจัดการค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน
2. ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวในกรณีการรักษาผู้ป่วยนอก
3. ปรับปรุงระบบกำกับและตรวจสอบ
4. จัดทำบัญชีราคายาเพื่อใช้กำกับการเบิกจ่าย

สวรส. ได้เสนอกรมบัญชีกลาง-กระทรวงการคลังให้ปรับปรุงแนวทางการบริหารและการจัดการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่อหัวในระบบนี้สูงกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวในระบบอื่นมากแต่ด้วยสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศที่เป็นช่วงขาขึ้นและโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่มีความพร้อมทางระบบสารสนเทศ ทำให้การตัดสินใจในเรื่องนี้ใช้เวลาอยู่หลายปี จนกระทั่งมีมติรัฐมนตรีฉบับนี้เมื่อปลายปี 2543

การเตรียมการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีนี้ใช้เวลาอีกระยะหนึ่งและได้เริ่มขึ้นภายหลังจากมีการผ่านกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว (ที่เรียกกันติดปากว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ในระยะเวลาที่การดำเนินการตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพกำลังเริ่มต้น ข้าราชการส่วนมากเกรงกังวลว่าจะมีการลดสิทธิประโยชน์ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของตน ในขณะที่สำนักงานประกันสังคมก็กังวลว่ากองทุนรักษายาบาลอาจจะถูกยุบรวมกัน ความไม่แน่นอนนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่กรมบัญชีกลางได้หยิบยก แนวทางการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของ สวรส. ตามมติคณะรัฐมนตรีมาดำเนินการอย่างจริงจัง โดยตกลงให้ สวรส. เริ่มงานการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตั้งแต่ปลายเดือนสิงหาคม 2544 และให้ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป

สวรส. ได้ก่อตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เมื่อเดือนตุลาคม 2544 เพื่อเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในงานนี้ใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณ 6 เดือน โดยภารกิจในระยะแรกนี้คือ การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณโดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งเริ่มดำเนินการทั้งประเทศตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 เป็นต้นมา

2. บทบาทของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ไม่ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาให้เป็นหน่วยงานเฉพาะกิจกับการปฏิบัติงานตามมติคณะรัฐมนตรีในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเท่านั้น สวรส. และ สกส. มีวิสัยทัศน์ทางด้านระบบสารสนเทศในการบริการสุขภาพที่กว้าง

กว่าการปฏิรูประบบสวัสดิการฯ เพราะข้อมูลทางการรักษาพยาบาลเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการทั่วไปทุกคนในทุกโรงพยาบาล ไม่ได้มีเพียงเพื่อให้ทางโรงพยาบาลใช้ในการแยกแยะว่าจะให้สิทธิกับกลุ่มใดหรือใครมีสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง แต่การบริหารระบบบริการรักษาพยาบาลระดับประเทศจะต้องใช้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งระบบ รวบรวมจากทุกโรงพยาบาล ทุกระดับ ซึ่งจะเป็นไปได้ด้วยการมีระบบการทำงานด้านสารสนเทศที่เป็นเอกภาพ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและบริหารจัดการจากศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดตั้ง สกส. เป็นการริเริ่มที่สำคัญโดยคาดหวังว่า การที่หน่วยงานที่เป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ และได้ผูกพันกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงจะเอื้อให้เกิดระบบสารสนเทศที่มีความครอบคลุมที่กว้างขวางขึ้น รับรู้และตอบสนองต่อสถานพยาบาลที่หลากหลายกว่า และยังสามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศได้สะดวก

พันธกิจหลักที่ สกส. ได้กำหนดไว้คือ

เป็นศูนย์กลางบัญชีและข้อมูล (Clearing House) ให้แก่ข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกระดับ ข้อมูลการบริการที่ใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย การกำกับและตรวจสอบ จะมีศูนย์กลางการติดต่อเพียงจุดเดียว ภายใต้กระบวนการ รอบระยะเวลาทางการรับส่งและรอบระยะบัญชีเดียวกัน มีการบริหารจัดการด้านสารสนเทศที่เป็นเอกภาพ

พัฒนาและบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูล (Data Standard Development and Maintenance) เพื่อให้ระบบสารสนเทศใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเข้าใจได้เหมือนๆ กันทั้งระบบ อำนาจให้การพัฒนาโปรแกรมงานในโรงพยาบาลเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ผู้พัฒนาโปรแกรมและผู้จัดการฐานข้อมูลไม่ต้องพะวงกับการจัดทำหรือจัดหาชุดรหัสต่างๆ การสถาปนามาตรฐานข้อมูลให้ใช้กันทั้งระบบ จะช่วยให้การติดต่อ แลกเปลี่ยน การประมวลผล และการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เป็นคลังข้อมูล (Data Repository) ของระบบสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่รวบรวมมาจากการปฏิบัติงานของทุกแหล่งมีค่ามากกว่าเพียงเพื่อใช้ในการบริหารเท่านั้น ผู้ที่ต้องการศึกษาหรือนักวิจัยทุกระดับจะสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลระดับประเทศที่ถูกรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบ แม้จะไม่ได้มีความละเอียดลึกซึ้งเท่ากับข้อมูลที่ได้จากการออกแบบวิจัยหรือสำรวจเป็นการเฉพาะ แต่ก็มีความน่าเชื่อถือกว่าข้อมูลระดับมหภาคของประเทศที่ผ่านมาสามารถใช้ประโยชน์ในด้านระบาดวิทยาและด้านการวางแผนงานได้เป็นอย่างดี

3. การจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณโดยใช้ DRG

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เสนอแนวทางการดำเนินการเพื่อใช้เพดานงบประมาณรวม (Global budget) และ DRG ในระยะแรก โดยพิจารณาตามสถานการณ์และความพร้อมของโรงพยาบาลดังนี้

- พัฒนาระบบรับส่งข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
- ปรับเปลี่ยนแนวทางการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนแรก 80%
- กำหนดเพดานงบประมาณ (โดยกรมบัญชีกลาง)
- การจัดสรรค่ารักษาพยาบาลส่วนที่สองโดยใช้เพดานงบประมาณรวมและ DRG

- ขยายสัดส่วนการจัดสรรเพิ่มเติมในปีต่อๆ ไป

4. ระบบข้อมูล การส่งต่อข้อมูลและสารสนเทศบริการผู้ป่วยใน

ระบบการรับส่งข้อมูลและวงจรรงาน

ระบบข้อมูลผู้ป่วยในได้เริ่มงานเมื่อเดือนเมษายน 2545 ระบบข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในนี้ มีวงจรการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐไม่คุ้นเคยนักอยู่ 3 เรื่องสำคัญ

ระยะรอบบัญชี : ระบบใช้ข้อมูลแยกเป็นชุดๆ ชุดละ 1 เดือน บัญชีแต่ละเดือนถูกจัดแบ่งโดยใช้วันที่จำหน่ายผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ เมื่อใช้วันจำหน่ายผู้ป่วยในเป็นวันรับรู้รายได้แล้ว ทางโรงพยาบาลสามารถใช้รายรับแต่ละเดือนนี้เป็นเกณฑ์บัญชีแบบพึงรับพึงจ่าย (accrual) ได้ การจัดทำข้อมูลบัญชีในแวนนี้ เป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการบริหารจัดการข้อมูลค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล และยังมีส่วนสำคัญช่วยให้

- ประเมินค่ารักษาพยาบาลของระบบได้แม่นยำกว่าการใช้เกณฑ์เงินสดที่โรงพยาบาลเบิกจากระบบเบิกผ่านคลังจังหวัดและกรมบัญชีกลาง ซึ่งจากตัวเลขที่ผ่านมามีความแปรปรวนมากพอสมควร
- การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทำได้เป็นระบบง่ายขึ้น เพราะโดยระบบทะเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะจัดทำบัญชีรายการผู้ป่วยจำหน่ายแต่ละวัน แต่ละหอผู้ป่วยเป็นปกติอยู่แล้วการใช้ยอดผู้ป่วยจำหน่ายมาจัดทำบัญชี เพื่อใช้กำกับและติดตามการบันทึกข้อมูลสรุปผู้ป่วยจำหน่าย (summary discharge) หรือใช้เป็นบัญชีคุมยอดรายการเบิกค่ารักษาพยาบาล สามารถใช้บัญชีเดียวกันนี้ได้ทั้งระบบ
- การสรุปข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพราะสกล.ได้กำหนดให้ข้อมูลการเบิกจะต้องสรุปและส่งให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 20 ของเดือนหลังจากเดือนที่จำหน่าย ความเข้มงวดข้อนี้ ช่วยให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนใช้เป็นความจำเป็นนี้เร่งรัดแพทย์ให้ช่วยสรุปเวชระเบียนได้ดีกว่าการสรุปที่ไม่มีกำหนดระยะเวลา

ข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาล : ประกอบด้วยข้อมูลหลัก 4 ส่วน

1. ข้อมูลผู้ป่วยและการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (admission)
2. ข้อมูลสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล
3. ข้อมูลค่าใช้จ่าย
4. ข้อมูลการวินิจฉัยและหัตถการ

สำหรับข้อมูล 1 และ 4 เป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลต่างๆ คุ้นเคยในรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ สกล. มิได้ดัดแปลงข้อมูลส่วนนี้แต่อย่างใด คงมีแต่การจัดรูปแบบบนหน้าจอในการบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมที่จัดทำไว้ให้ มีส่วนที่เน้นเป็นสำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้องมีเลขที่ประจำตัวประชาชนและวันที่รับและจำหน่าย และเงื่อนไขในการจำหน่ายต่างๆ จะต้องทำอย่างถูกต้อง

ในส่วนข้อมูลสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล ถือเป็นข้อมูลส่วนที่ทางโรงพยาบาลรัฐยังไม่เคยทำในระบบนี้ การเบิกทุกรายการจะต้องมีข้อมูลจากหนังสือรับรองสิทธิสวัสดิการของผู้ป่วยที่ต้นสังกัดของข้าราชการผู้มีสิทธิเป็นผู้ออกให้ มีข้อมูลของตัวข้าราชการพร้อมเลขประจำตัวประชาชนของข้าราชการเป็นข้อมูลที่สำคัญและขาดไม่ได้ การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลส่วนนี้ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลต้อง

ปรับตัวอยู่หลายเดือนกว่าปัญหาของการติดตามหรือเร่งรัดหนังสือรับรองสิทธิจะทำได้ถูกต้อง และทันการ

ข้อมูลหมวดค่ารักษาพยาบาล ได้รับการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มี 8 หมวด ในรูปแบบใหม่แบ่งเป็น 16 หมวด เพื่อให้มีรายละเอียดเบื้องต้นที่เพียงพอที่จะนำไปประมวลผลและวางแผนเกี่ยวกับการปรับปรุงสวัสดิการฯ ในระยะต่อไป ส่วนสำคัญคือ 2 หมวดแรก ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมและเวชภัณฑ์ที่เบิกได้ตามระเบียบของกรมบัญชีกลาง 2 หมวดนี้โรงพยาบาลจะสามารถเบิกได้ทั้งหมดตามอัตรา โดยมีได้ถูกกันไว้ 20% เพื่อจัดสรรตาม DRG เหมือน 14 หมวดที่เหลือ

ข้อมูลผู้ป่วยใน 1 ราย เมื่อมีครบทั้ง 4 ส่วน แล้วจะถูกจัดส่งมายัง สกส. ทางเครือข่าย internet โดยใช้ระบบ mail เป็นระบบในการสื่อสารหลัก แต่ละโรงพยาบาลจะมี mail box ที่จัดให้โดย สกส. เพื่อใช้รับเอกสารตอบกลับและแบบปฏิทินการตรวจเอกสารอื่นในระบบงาน สกส. จะตรวจสอบรายการเบื้องต้นเมื่อข้อมูลไปถึงเครื่องแม่ข่ายของ สกส. ทันที เอกสารตอบกลับที่มีรายละเอียดของการตรวจรายการผู้ป่วยในแต่ละรายจะส่งให้ใน 1 วันทำการ ซึ่งปกติแล้ว สกส. จะตอบได้ภายในเที่ยงวันของทุกวันทำการ เอกสารตอบกลับจะเชื่อมโยงกับข้อมูลที่อยู่ในแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ที่จัดเก็บในเครื่องคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล รายการของผู้ป่วยในที่ถูกต้อง และตอบรับแล้ว ถูกย้ายไปเก็บเป็นข้อมูลสะสมรายการที่มีข้อผิดพลาดต้องแก้ไข สามารถถูกเรียกกลับมาปรับปรุงข้อมูลในโปรแกรมบันทึกตัวเดิมได้ แล้วจัดส่งรายการที่แก้ไขใหม่พร้อมกับผู้ป่วยในรายใหม่ที่จะจัดส่งในรอบถัดไป

พร้อมกับเอกสารตอบกลับโรงพยาบาลจะได้รับแบบพิมพ์ปฏิทินที่เป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ภายในประกอบด้วย ยอดการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่แจกแจงตามรูปแบบและระเบียบที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ ทางโรงพยาบาลจะจัดพิมพ์แบบปฏิทินนี้ เพื่อให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่มีอำนาจเป็นผู้ลงนามขอเบิกจากกรมบัญชีกลางหรือคลังจังหวัดต่อไปตามปกติ มีการปรับปรุงรายละเอียดในปฏิทินคือ สกส. ได้ส่งเลขรหัสประจำปฏิทินแต่ละฉบับ ซึ่งเป็นเลขที่เป็นเอกลักษณ์ไม่ซ้ำกัน พิมพ์พร้อมกับปฏิทินเป็น barcode เพื่อสามารถใช้แบบปฏิทินที่จัดพิมพ์ และไปเบิกกับคลังจังหวัดแล้ว หากได้นำมาตรวจสอบด้วยเครื่องอ่าน barcode และโปรแกรมตรวจสอบปฏิทิน ซึ่ง สกส. จัดทำไว้ให้กรมบัญชีกลางใช้ตรวจสอบแบบปฏิทินที่รวบรวมมา เป็นวงจรที่กำกับความถูกต้องป้องกันการใช้แบบปฏิทินซ้ำซ้อน

นอกจากแบบปฏิทินที่เป็นเอกสารเบิกหลัก สกส. ได้จัดทำข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบเอกสารหมายเลข 7119 (ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล) และหมายเลข 7106 (ใบหน้าบ) เป็นการลดงานที่ฝ่ายการเงินของโรงพยาบาลต้องจัดทำ และในระยะต่อไปเมื่องานในระบบนี้มีความถูกต้องและแม่นยำจนเป็นที่น่าเชื่อถือของฝ่ายตรวจสอบอื่นๆ ของรัฐ ก็เชื่อว่าคงจะมีการยกเลิกการพิมพ์เอกสารทั้ง 2 ออกมาเป็นกระดาษ เพราะการตรวจสอบน่าจะใช้ข้อมูลจากแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ได้เลย

การตรวจสอบ : ข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในแทบจะไม่ได้ผ่านระบบตรวจสอบของกระทรวงการคลังเลย เหตุผลที่สำคัญคือ เป็นระบบข้อมูลที่กระจายให้แก่โรงพยาบาลผู้เบิกเป็นผู้จัดทำทั้งหมด และเนื่องจากข้อมูลการเจ็บป่วยที่เป็นข้อมูลทางการแพทย์ที่ยากที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชีจะตรวจสอบได้

แม้ว่าระบบข้อมูลที่ สกส. เริ่มทำในช่วงแรกจะไม่ได้ลงลึกในเนื้อหาของข้อมูล เพียงแต่จัดการข้อมูลตามที่ทำอยู่ แล้วจัดรวบรวมและตรวจสอบด้วยคอมพิวเตอร์อย่างเป็นระบบ ก็สามารถกำกับความถูกต้องของข้อมูลได้ไม่น้อย ตัวอย่างเช่น การตรวจแบบรับรองสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล

จากส่วนราชการต้นสังกัด สามารถตรวจพบรายการที่เบิกผิดพลาดและส่งกลับให้โรงพยาบาลแก้ไข ให้เบิกค่ารักษาของข้าราชการส่วนท้องถิ่นกับส่วนราชการท้องถิ่น ไม่มาเบิกจากงบประมาณส่วนกลาง เป็นต้น

การตรวจสอบระยะเวลาการรับส่งผู้ป่วยใน ทำให้กรมบัญชีกลางกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลใช้วิธีการคำนวณวันนอนโรงพยาบาล โดยใช้มาตรฐานเดียวกัน ทำให้โรงพยาบาลจำนวนทั้งหมดกว่าครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลต้องปรับลดจำนวนวันนอนที่คิดเกินกว่าโรงพยาบาลอื่นด้วยกันลง 1 วัน กรณีนี้ สกส. ไม่คิดว่าความสำคัญอยู่ที่การลดค่าใช้จ่ายของรัฐ แต่อยู่ที่การพัฒนาระบบให้มีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น

เอกสารตอบรับและสรุปบัญชีรายเดือน : ตามปกติแล้ว ระบบเอกสารของราชการที่เกี่ยวข้องกับธุรกรรมจำนวนมากเช่นนี้จะเดินไปทางเดียว ตัวอย่างการทำฎีกาเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่ทำอยู่ คลังจังหวัดจะตรวจรับเอกสารที่ทางโรงพยาบาลจัดทำ คลังจังหวัดไม่จำเป็นต้องทำรายการสรุปข้อมูลการเบิกของโรงพยาบาลอีกเลย หากต้องมีการตรวจสอบยืนยันว่าผู้ป่วยรายใดเบิกค่ารักษา จะต้องใช้เอกสารของโรงพยาบาลเป็นหลัก เพราะฝ่ายคลังจังหวัดไม่สามารถจัดทำรายการเบิกไว้สอบยันกับทางโรงพยาบาลได้

ระบบใหม่นี้ โรงพยาบาลจะได้รับเอกสารตอบรับที่จัดทำจาก สกส. ส่งกลับให้แก่ทางโรงพยาบาล สองรอบด้วยกัน รอบแรกคือ การตรวจรับรายการเบิกในเอกสารตอบรับซึ่งทำกันงวดต่องวด โดย สกส. จัดส่งให้โรงพยาบาลในวันทำการถัดไป และซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสามารถใช้ตรวจสอบกับบัญชีของตนได้ และบัญชีสรุปยอดรายเดือน (statement) ซึ่งรวบรวมรายการของงวดต่างๆ แล้วจัดทำสรุป ข้อมูลชุดนี้เป็นการรับรองและสรุปบัญชีแต่ละเดือน แล้วให้ฝ่ายบัญชีสามารถใช้ตรวจสอบกับฝ่ายเวชระเบียนและผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถใช้ยอดสรุปต่างๆ จากบัญชีนี้ในการกำกับและบริหารงานได้สะดวก

ผลการปฏิบัติในมุมมอง สกส.

ความริเริ่มของ สกส. ในการจัดทำระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นวงจรรงานที่กล่าวไว้นี้กับโรงพยาบาลกว่า 900 แห่งทั่วประเทศ ครอบคลุมผู้ป่วยกว่า 700,000 รายต่อปี เป็นเรื่องที่หลายฝ่ายไม่มั่นใจว่าจะดำเนินการให้ตลอดรอดฝั่ง แต่เมื่อการดำเนินงานผ่านไปได้ประมาณ 3-6 เดือน โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งก็สามารถฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ กันได้ แม้ว่าจะมีเสียงบ่นอย่าหนาหูจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ต้องมีภาระมากขึ้น งานที่เพิ่มขึ้นนี้ คือการบันทึกข้อมูลจาก summary discharge และการจัดแจงค่ารักษาพยาบาลให้เป็นหมวดตามที่กำหนด ซึ่งเป็นข้อมูลที่บันทึกอยู่ในเอกสารแล้ว ข้อมูลเหล่านี้จัดว่าเป็นข้อมูลที่น้อยที่สุดแล้วในการบริหารจัดการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามที่เบิกจริง (fee for service) ที่จำเป็นต้องมีไว้เพื่อกำกับการตรวจสอบทางบัญชี

5. การกำกับและตรวจสอบ

ข้อมูลสำคัญของระบบประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ข้อมูลการรับเป็นผู้ป่วยใน ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลการวินิจฉัยและเหตุการณ์ ด้วยจำนวนผู้ป่วยกว่า 700,000 รายต่อปี และความละเอียดซับซ้อนของวิธีจำแนกค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆ รหัสการวินิจฉัยกว่า 14,000 รายการ และรหัสการทำเหตุการณ์อีกหลายพันรายการ เหล่านี้เป็นเงื่อนไขที่สำคัญว่า ระบบการจัดทำข้อมูลการบันทึก การรับส่งและตรวจสอบ จะต้องใช้ความรู้ที่เป็นบรรทัดฐานเดียวกันในหมู่ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่จะต้องบันทึกการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ฝ่ายการเงินที่ต้องแจ้งค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลตามหมวดค่ารักษาที่กำหนด ฝ่ายเวชระเบียนที่ต้องให้รหัส ICD-10 และ ICD9-CM จากข้อมูลในแบบบันทึกสรุปและเวชระเบียนผู้ป่วย ขบวนการทางด้านการจัดการข้อมูลที่ว่านี้ ได้ผ่านการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเริ่มต้นเมื่อมีการใช้คอมพิวเตอร์ในงานโรงพยาบาลกันอย่างแพร่หลาย

ระบบเบิกค่ารักษาผู้ป่วยในฯ นี้ ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าแต่ละโรงพยาบาล จะสามารถบันทึกข้อมูลเหล่านี้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้ ซึ่งก็เป็นจริง ผลการปฏิบัติตรงตามแผนงานที่กำหนด แต่สิ่งที่สำคัญกว่าการได้รับข้อมูลคือ ข้อมูลเหล่านี้มีความถูกต้องและแม่นยำ มีการให้รหัสผิดพลาด บันทึกตกหล่นหรือแจ้งค่ารักษาพยาบาลซ้ำซ้อนหรือไม่ การตรวจสอบความถูกต้องนี้ไม่สามารถทำได้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์แต่เพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องใช้ระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพเข้ามาร่วมด้วย

งานการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายในระยะแรกของการดำเนินการ มีวัตถุประสงค์หลักอยู่ที่ความถูกต้องของข้อมูล ความถูกต้องในเอกสารรับรองสิทธิ และความถูกต้องในการบันทึกค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ซ้ำซ้อน และตรงตามระเบียบที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งหมดที่ว่ามานี้เป็นระบบการตรวจสอบที่เน้นเฉพาะทางด้านบัญชีค่ารักษาพยาบาล แต่ในรูปแบบระบบการตรวจสอบที่เหมาะสมกับระบบประกันสุขภาพ จะต้องเป็นการตรวจสอบมาตรฐานการรักษาพยาบาล คุณภาพของการรักษา ผลของการรักษา และการประเมินความคุ้มค่าของการจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วมด้วย งานในขอบเขตหลังนี้เป็นงานที่ยาก และต้องอาศัยระบบข้อมูลนอกเหนือระบบการรายงานผลสรุปการรักษาพยาบาลที่ปัจจุบันนี้ใช้อยู่

เนื่องจากงานการกำกับและเป็นงานระบบและเป็นระบบใหญ่ และเพื่อความโปร่งใส จึงจะต้องเป็นระบบงานที่แยกจากระบบการประมวลและจัดทำข้อมูลการเบิกจ่าย สกส. ได้เสนอแผนให้มีการจัดตั้งหน่วยงานการตรวจสอบแก้ไขให้ที่เป็นอิสระ แยกต่างหากจาก สกส. เพื่อให้ได้ระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล และกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นผู้จ่าย ว่าข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และกระบวนการเบิกจ่ายนี้ดำเนินการอย่างถูกต้อง ไม่ได้เป็นไปตามการประเมินของหน่วยงานที่จัดทำข้อมูล ประมวลผล รายงาน ซึ่งมีโอกาสเข้าข้างตัวเองได้ ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็มีความมั่นใจว่า ระบบการตรวจสอบจะใช้ข้อมูลผ่านหน่วยงานอื่น มิได้เป็นข้อมูลจัดเก็บโดยหน่วยงานที่เป็นผู้ตรวจสอบ

เรื่องระบบกำกับและตรวจสอบ อยู่ในส่วนอื่นของชุดบทความทางวิชาการชุดนี้ จึงขอละที่จะไม่กล่าวถึง ในที่นี้

6. ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลจากการดำเนินงานในระยะปีงบประมาณ 2545 ที่จะนำเสนอ มีปัญหาว่า สำหรับข้อมูลค่ารักษาพยาบาล จะต้องนำข้อมูลการเบิกจ่ายที่ทำงานในระบบเดิมก่อนหน้าการดำเนินการคือ ช่วงตุลาคม 2544-มีนาคม 2545 มาคำนวณร่วมกับข้อมูลครึ่งปีงบประมาณหลังที่ได้จากการดำเนินการในระบบใหม่ ส่วนข้อมูลด้านปริมาณธุรกรรมต่างๆ ค่ารักษาที่แจกแจงตามประเภทพ. ประเภทผู้ป่วย การวินิจฉัย ฯลฯ ที่ได้จากข้อมูลในระบบใหม่เป็นข้อมูลเพียงครึ่งปีงบประมาณ ข้อมูล 1 ปี จะได้จากการ blow up ข้อมูลครึ่งปีเป็น 1 ปี ข้อมูลที่ขยายขึ้นนี้เมื่อตรวจสอบความแม่นยำโดยอาศัยการเทียบกับข้อมูลจากการดำเนินการในระยะต่อไปอีกครึ่งปี พบว่ามีความแตกต่างไม่ถึงร้อยละ 1

การรับส่งธุรกรรมข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างโรงพยาบาลและ สกส. เป็นงานประจำที่เป็นวงจรเริ่มตั้งแต่การจำหน่ายผู้ป่วยและสิ้นสุดที่การรับแบบพิมพ์ใ้กกาอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำไปเบิก และรวมถึงการรับส่งข้อมูลสรุปในรูปของ statement รายเดือน และการรับฎีกาฉบับที่ 2 เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วน 20% ที่กันไว้ วงจรงานนี้ได้เป็นระบบที่ซับซ้อนอย่างใด แต่ความสำคัญของงานนี้อยู่ที่เป็นงานระบบทั้งระบบใหญ่ที่ครอบคลุมโรงพยาบาลของรัฐทุกระดับทั่วประเทศ การที่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานนี้ในทุกโรงพยาบาลสามารถใช้คอมพิวเตอร์ทำการรับส่งและป้อนข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ เป็นงานประจำที่ต้องทำได้อย่างต่อเนื่อง นับเป็นความสำเร็จที่สำคัญและเป็นพื้นฐานที่สร้างความเชื่อมั่นให้แก่การพัฒนาระบบงานอื่นๆที่จะต้องอาศัยโครงสร้างและรูปแบบการทำงานเช่นนี้ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ข้อมูลสรุปการทำงานนับเป็นจำนวนธุรกรรมแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณงานและธุรกรรม

ปริมาณข้อมูลธุรกรรม ต่อปี		
จำนวน ร.พ.	932	แห่ง
Admission	716,712	ราย
ส่งเบิก	24,670	ครั้ง
ฎีกา	16,416	ฉบับ

การเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบใหม่สามารถสรุปค่ารักษาพยาบาลที่จัดเบิกได้เป็นส่วนๆ โดยมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละตามที่แสดงไว้ในแผนภูมิ

สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลแยกตามหมวดและวิธีเบิก

ค่าห้อง/ค่าอาหาร	เบิกเต็ม ในฐีกาแรก	27.1%
อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา		
ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.	เบิก 80% ก่อน ในฐีกาแรก	
ยาที่นำไปใช้ต่อบ้าน		
เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		
บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต		
ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	สัดส่วนการเบิก ในฐีกาแรก	58.3%
ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา		
ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	=	
อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	85.4%	
ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการและบริการวิสัญญี		
บริการการพยาบาลทั่วไป		
บริการทางทันตกรรม	กัน 20% จัดตาม DRG	
บริการทางกายภาพบำบัด	+ เพดานงบประมาณ	14.6%
บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะ	จ่ายทุก 3 เดือน	

จะเห็นได้ว่าค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เป็นค่าห้องอาหารและอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ทางโรงพยาบาลเบิกได้เต็มจำนวน เป็นค่ารักษาที่สูงถึงกว่า 1 ใน 4 ของค่ารักษา รวมทำให้ค่ารักษาพยาบาลที่กันไว้ 20% จากค่ารักษาอีก 3 ใน 4 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดมีค่าเป็นสัดส่วนที่กันไว้เท่ากับ 14% ของค่ารักษาพยาบาลรวม

จาก profile ของโรงพยาบาลที่อยู่ เมื่อแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาลและตามลักษณะเฉพาะโดยสังเขปเป็น 7 กลุ่ม พบว่าแต่ละกลุ่มจะมีส่วนแบ่งของปริมาณการรักษาผู้ป่วยและรายรับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ และอัตราค่าเฉลี่ยค่ารักษาเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนรวม cases ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง เมษายน - ตุลาคม 2545

กลุ่มโรงพยาบาล	รายผู้ป่วย ร้อยละ	ค่าใช้จ่าย	
		ร้อยละ	บาท/ราย
โรงพยาบาลศูนย์	18.3	20.1	13,136
โรงพยาบาลทั่วไป	26.1	22.9	10,526
โรงพยาบาลชุมชน	28.6	12.9	5,457
โรงพยาบาลในเขต กทม.	6.9	12.5	21,718
โรงพยาบาลกลุ่มอื่นๆ	11.1	13.9	14,959
โรงเรียนแพทย์	8.7	17.4	23,971

คำถามที่สำคัญเกี่ยวกับสวัสดิการนี้ อีกคำถามหนึ่งก็คือ ค่ารักษาพยาบาลในสวัสดิการนี้ใช้กับตัวญาติสายตรงของข้าราชการผู้มีสิทธิเป็นจำนวนเท่าใด ในกรณีผู้ป่วยในนี้เราได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลทั้งระบบ และแจกแจงสิทธิและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการผู้มีสิทธิ ซึ่งแจกแจงแล้วเป็นร้อยละของแต่ละประเภทผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 3 ภาระค่าใช้จ่ายแบ่งตามลักษณะผู้ป่วย

	ความสัมพันธ์ของผู้ใช้สิทธิกับข้าราชการ			
	บิดามารดา	ตนเอง	คู่สมรส	บุตร
ร้อยละ ของการรักษา	41.14	30.16	12.42	16.29
ร้อยละ ของค่าใช้จ่าย	49.7	32.3	11.0	7.1

การควบคุมรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

เป้าหมายสำคัญของการปฏิรูปค่ารักษาพยาบาลนี้คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีการเติบโตขึ้นถึงปีละประมาณ 12.5% ข้อมูลสรุปของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2545 ที่ระบบใหม่นี้ดำเนินการอยู่ครึ่งปีงบประมาณ ตั้งแต่เมษายน-ตุลาคม 2545 ได้ผลเป็นที่ยอมรับได้ แม้ว่าจะไม่ได้มีการนำมาตรการจัดสรรด้วย DRG มาใช้ เนื่องจากติดขัดข้อกฎหมายก็ตาม

จากการประเมินค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2545 โดยใช้อัตราการเติบโตของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2542-2544 เป็นเกณฑ์ ได้ตัวเลขประมาณการเป็น 10,635 ล้านบาท เมื่อรวบรวมเงินเบิกจ่ายค่ารักษาของการรักษาพยาบาลยอดสิ้นสุด ณ มีนาคม 2546 ซึ่งไม่มีรายการเบิกตกค้างแล้ว รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของรัฐตามที่จ่ายจริง = 10,083 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่าที่ประมาณการ 552 ล้านบาท หรือประมาณ 5.02%

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2540-2546 (หน่วยล้านบาท)

ปี พ.ศ.	42	43	44	45		
				ประมาณการ	จ่ายจริง	% ต่างต่าง
OPD	6,206	7,007	8,123	9,294	9,509	2.31
IPD รวม	9,048	10,050	11,058	-	-	-
ร.พ.รัฐ	8,259	9,083	9,775	10,635	10,083	-5.20
ร.พ.เอกชน	788	967	1,283	1,638	1,936	18.20
รวม	15,253	17,058	19,181	21,567	21,528	-0.18

แต่เมื่อดูมูลค้ำรวมของค่าใช้จ่ายของการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนกับพบว่า ตัวเลขยอดรวมไม่ได้แตกต่างไปจากที่ประมาณการไว้ คือ 21,567 ล้าน (ประมาณการ) 21,528 ล้าน (จ่ายจริง) ส่วนต่างประมาณการกับที่จ่ายจริงที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในภาครัฐ กลับไปเพิ่มในส่วนค่ารักษาผู้ป่วยนอก คำอธิบายหนึ่งของปรากฏการณ์นี้คือ โรงพยาบาลเปลี่ยนประเภทผู้ป่วยที่เป็นค่าใช้จ่ายสูง

บางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ไปรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกแทน เพื่อให้สามารถเบิกค่ายาได้เต็มราคา ไม่ต้องเสี่ยงกับโอกาสที่จะต้องถูกจัดสรรด้วย DRG ซึ่งอาจจะได้ต่ำกว่าที่ตั้งเบิกไป

แต่น่าห่วงใยกว่าก็คือ อัตราการเติบโตของค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราสูงชันอย่างมาก 1,638 (ประมาณการ) 1,936 (จ่ายจริง) ปรากฏการณ์การใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีเพิ่มสูงขึ้นเคยเกิดขึ้นในช่วงก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ยอดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปี 2540 ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีมูลค่าสูงถึง 2,357 ล้านบาท เปรียบเทียบกับผู้ป่วยในภาครัฐในปีเดียวกันที่ 7,520 ล้านบาท หรือประมาณ 1:3 ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูงมาก แต่วิกฤตเศรษฐกิจและมาตรการที่เข้มงวดของกรมบัญชีกลางในการควบคุมการเบิกค่ารักษาพยาบาลให้จำกัดเฉพาะรายที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง จนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ได้ทำให้สัดส่วนนี้ลดลงอย่างรวดเร็วเหลือเพียง 1:10 ในปี พ.ศ. 2543 โดยค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเป็น 788 ล้านบาท เทียบกับค่ารักษาพยาบาลภาครัฐในปีเดียวกันที่ 8,259 ล้านบาท

ความต้องการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเป็นที่เรียกร้องของข้าราชการกันมานาน ในขณะที่กรมบัญชีกลางเองก็ไม่มั่นใจว่าจะสามารถจะควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ เพราะไม่มีระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายที่ดีพอ ซึ่งต่างกับกรณีโรงพยาบาลของรัฐ ที่แม้ว่ากรมบัญชีกลางจะมีเพียงระเบียบปฏิบัติ ในการเบิกของกระทรวงการคลังกำกับอยู่เท่านั้น แต่ก็ยังวางใจในข้อที่ว่า หากโรงพยาบาลมีการเบิกค่ารักษาที่เกินเลยไปบ้าง โรงพยาบาลของรัฐก็จะใช้ผลประโยชน์ส่วนนั้นไปทดแทนงบประมาณของรัฐซึ่งให้มาค่อนข้างจำกัดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ไม่ได้เป็นกำไรที่เข้ากระเป๋าของใครคนใดคนหนึ่ง

แต่ถ้ามองในแง่ของอุปสงค์และอุปทานแล้ว การที่ค่าใช้จ่ายส่วนค่ารักษาในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าประมาณการ อาจเป็นจากความสามารถสนองตอบความต้องการของโรงพยาบาลรัฐ ไม่ว่าจะมาจากความแออัดและความไม่สะดวกในการใช้บริการของรัฐ ความไม่เชื่อมั่นในมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลบางแห่ง หรือเป็นเพราะโรงพยาบาลเอกชนมีวิธีการทางการตลาดที่ดีกว่าของโรงพยาบาลรัฐ การศึกษาหาคำตอบว่า บริการในโรงพยาบาลรัฐสามารถตอบสนองความต้องการของข้าราชการผู้ใช้สิทธิหรือไม่ การที่มีบริการที่ไม่เพียงพอในภาครัฐและการจำกัดสิทธิในการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน เท่ากับเป็นการลดสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการนี้ลงโดยอ้อม หากโรงพยาบาลภาครัฐไม่สามารถให้บริการได้พอเพียง ก็จะต้องเร่งปรับปรุงแก้ไขในส่วนของโรงพยาบาลรัฐ ไม่เช่นนั้นปัญหานี้ก็จะขยายตัวขึ้น หรืออีกทางหนึ่งที่สามารถทำได้ควบคู่กันไปก็คือ การจัดระบบการประกันสุขภาพที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ร่วมกับการพัฒนาระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานของการรักษาพยาบาลขึ้นใช้ในการเปิดให้มีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนได้ การแก้ไขนี้จะต้องรีบทำก่อนที่จะค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะลุกลามมากกว่านี้ และจะต้องทำอย่างเป็นระบบ และต้องเป็นแผนงานที่ต่อเนื่อง และไม่ควรจะพึ่งพาเพียงการใช้มาตรการจำกัดสิทธิสวัสดิการโดยมิได้มีการปรับปรุงระบบบริการหลัก เหมือนอย่างที่ผ่านมา

การจัดสรรค่ารักษาพยาบาลโดยใช้ DRG

1. ปัญหามูลพื้นฐานและการตัดสินใจใช้ DRG

ปัญหามูลพื้นฐานและการตัดสินใจใช้ DRG ได้รับความยอมรับในระดับที่จำกัด แม้ว่า DRG

ได้พัฒนามาก่อนที่จะถูกนำมาใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกว่า 8 ปี และน้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG ก็ได้จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐกว่า 3 ล้าน admission ซึ่งเป็นงานที่กว้างขวางและน่าจะครอบคลุมเพียงพอแล้ว แต่ก็มีจุดอ่อนที่ข้อมูลที่ได้ยังขาดความแม่นยำ เนื่องจากระบบการบันทึกข้อมูลและการกำหนดค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐเป็นไปอย่างหลากหลายและขาดมาตรฐาน และข้อมูลยังขาดตัวอย่างที่ดีและเพียงพอจากโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเฉพาะทาง แต่การที่จะรอให้การพัฒนา DRG ให้ดีก่อนจะนำมาใช้ก็ดูจะเป็นปัญหาไวกับไขอะไรเกิดก่อน กลุ่มผู้ทำงาน ที่วิจัยและกรมบัญชีกลางตัดสินใจยอมรับข้อจำกัดของ DRG ที่มีอยู่ในขณะนั้น เลือกแนวทางใช้ DRG ในระดับหนึ่งก่อนและพัฒนาควบคู่กันไปกับการปฏิบัติ โดยเชื่อว่า เมื่อมีการใช้งานอย่างจริงจังในระบบเบิกจ่าย กฎระเบียบในการปฏิบัติและมาตรฐานข้อมูลและวิธีการจัดเก็บที่เป็นระบบจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และจากข้อมูลที่มีคุณภาพดีพอก็จะทำให้การแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรค(classification)และการกำหนดน้ำหนักสัมพัทธ์(calibration) ของแต่ละ DRG มีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้น

นอกจากปัญหาในตัว DRG แล้ว ระบบเบิกจ่ายใหม่นี้ยังต้องเตรียมรับมือกับปัญหา

- ความไม่สันทัดการจัดทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในการเบิกจ่าย
- การบริหารจัดการข้อมูลจาก summary discharge ให้ทันตามกำหนดเพื่อใช้ข้อมูล
- การบันทึกการผ่าตัดหัตถการและให้รหัสเป็น ICD-9CM
- การให้รหัสวินิจฉัยโรคเป็น ICD10

ทั้ง 4 ส่วนเป็นข้อมูลดิบที่สำคัญของการจัดทำ DRG ทั้งสิ้น และเพื่อลดทอนปัญหาในระยะเริ่มต้นจากความไม่พร้อมต่างๆ ข้างต้น การดำเนินการในปีแรกจึงกำหนดค่ารักษาเพียง 20% ที่จะถูกจัดสรรด้วย DRG สัดส่วนนี้จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระยะต่อไป เมื่อสถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น

2. การยกเลิกการจัดสรรด้วย DRG

เมื่อการเบิกจ่ายด้วยระบบใหม่ดำเนินการไปถึงประมาณกรกฎาคม 2545 ไกล้วกำหนดของการจัดสรรค่าใช้จ่ายส่วน 20% ของค่ารักษาของไตรมาสแรกของเดือนเมษายน-มิถุนายน กรมบัญชีกลางแจ้งแก่ สกส. ว่า คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาว่าการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลส่วนนี้ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG ไม่สามารถทำได้ เพราะขัดกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล ขาวนี้นำมาซึ่งความโล่งอกของโรงพยาบาลหลายแห่งที่เป็นกลุ่มที่ค่าใช้จ่ายสูงกว่าค่าเฉลี่ย และเป็นโรงพยาบาลที่จะได้รับผลกระทบจากการจัดสรรตาม DRG นี้ ขณะเดียวกันเป็นเรื่องที่ผิดคาดของ สกส. นักวิชาการและนักวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่เฝ้าติดตามแผนการดำเนินการนี้อยู่

ผลของการพิจารณานี้ จึงทำให้ไม่มีการจัดสรรด้วย DRG ผลในทางปฏิบัติที่คงอยู่คือโรงพยาบาลทุกแห่งจะถูกกันค่ารักษาไว้ 20% และเมื่อครบรอบ 3 เดือน และหลังจากที่มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว แต่ละโรงพยาบาลจะได้รับ “ฎีกา 2” ซึ่งเป็นค่ารักษาส่วนที่กันไว้นี้คืนเต็มจำนวน โดยไม่ได้มีการจัดสรรด้วย DRG ตามแผนที่กำหนดไว้

ปัญหาการไม่สามารถใช้ DRG ในระบบสวัสดิการฯ นี้ จะต้องรอการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องเสียก่อน ซึ่งคงจะใช้เวลาอีกมาก เพราะช่วงนี้ระบบบริการสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จากการเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้การแก้กฎหมายเกี่ยวกับระบบสวัสดิการ

รักษายาบาลข้าราชการเป็นเรื่องที่ยุ่ยยากมากขึ้นเพราะผู้มีสิทธิเกิดความหวาดระแวงว่าจะแก้ไขเพื่อประโยชน์ของใคร อย่างไรก็ตามแนวทางในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลโดยใช้ระบบประกันสุขภาพเข้ามาใช้แทนการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลตามสิทธิก็เป็นเรื่องที่สังคมน่าจะเข้าใจได้ดีขึ้น หลังจากมีการดำเนินการหลักประกันสุขภาพไปได้ระยะหนึ่งแล้ว โดยเฉพาะหากสามารถทำให้ชัดเจนว่าสิทธิในสวัสดิการจะไม่ต่อไปกว่าเดิม และในระหว่างที่รอการปรับปรุงแก้กฎหมายอยู่นี้ การดำเนินการตามระบบใหม่นี้จะทำให้ได้ข้อมูลค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในที่ทำอย่างเป็นกิจจะลักษณะ และมีกฎเกณฑ์กำกับแน่นอน สามารถนำมาใช้ปรับปรุง DRG ให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในอนาคต

3. ประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการนำ DRG มาใช้จัดสรรค่ารักษายาบาล

“DRG กำหนดผลลัพธ์ด้วยตัวแปรด้าน output คือโรคที่รักษา โดยใช้สมมติฐานว่า input mix มีมาตรฐานเดียวกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือสถานพยาบาลต่างๆ รักษาโรคเดียวกันด้วยมาตรฐานเดียวกัน ตัวแปรสำคัญที่ DRG สะท้อนต้นทุนจาก input มีน้อย คือให้กับ surgical procedure เป็นหลัก ยิ่งทำให้การรักษาที่ไม่มีการผ่าตัดเสียเปรียบมากขึ้นเพราะขาด parameter ที่สะท้อนต้นทุน เช่น การใช้ยาต้านมะเร็ง เป็นต้น”

เป็นที่รับรู้กันดีชัดว่า ระดับของโรงพยาบาลรัฐในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความแตกต่างตั้งแต่โรงพยาบาลในคณะแพทย์ที่ให้การรักษาระดับสูงจนถึงโรงพยาบาลชุมชนในชนบทที่มีศักยภาพในการรักษาระดับพื้นฐาน กลุ่มโรคที่รุนแรงและรักษากันเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอาจไม่เป็นปัญหาในการใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้นัก แต่กลุ่มโรคพื้นฐานที่สามารถรักษาได้ในสถานพยาบาลทุกระดับจะเป็นปัญหามากกว่าเนื่องจากมีแนวทางการรักษาและระบบบริการที่มีต้นทุนที่แตกต่างกันอย่างมาก

ตัวอย่างหนึ่งที่ยกมาวิจารณ์ที่เห็นได้ชัด เช่น ในกรณีการคลอดด้วยการผ่าตัดหน้าท้อง กรณีนี้ในโรงเรียนแพทย์มีแพทย์ผู้ให้การรักษารวม 3 คน คือ สูติแพทย์ที่ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ที่ทำการดมยาสลบ และกุมารแพทย์ที่รับดูแลเด็กที่คลอดใหม่ เปรียบเทียบกับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลจังหวัด โดยทั่วไปจะผ่าตัดโดยสูติแพทย์ และมีพยาบาลทำหน้าที่ดมยาสลบและดูแลเด็กที่คลอดใหม่ ใน DRG version 3 จัดกลุ่มเหมือนกันเป็น 14010 Cesarean Delivery without complicated Diagnosis ตัวแปรต้นทุนการรักษาที่สำคัญไม่ได้ถูกใช้แยกแยะ โรงพยาบาลทั้ง 2 ระดับที่ยกตัวอย่างมาจะได้รับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากัน

ปัญหานี้นำมาสู่การพิจารณาหลักการที่สำคัญเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษายาบาลว่าจะให้การจ่ายค่ารักษายาบาลมีมาตรฐานเดียวกันเป็นกลไกผลักดันให้การรักษาระดับต่างกันอยู่นั้นปรับเข้าหากันเป็นมาตรฐานเดียวกัน

: ถ้าให้น้ำหนักสัมพัทธ์น้อยเพียงพอกับต้นทุนแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลระดับจังหวัด

- มาตรฐานที่ “สูงกว่า” ของโรงเรียนแพทย์ในกรณีนี้

- ถ้าถือว่าเป็นมาตรฐานที่จำเป็นก็จะทำให้โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานสูงกว่านี้เสียเปรียบได้รับค่าชดเชยไม่เพียงพอ
- ถ้าถือว่าเป็นมาตรฐานที่เกินความจำเป็น ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นอาจไม่ยอมรับและวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักว่าระบบจะทำให้มาตรฐานการรักษาต่ำลง และอาจกล่าว

หาว่า เป็นการใช้เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมากำหนดมาตรฐานของการรักษาแทนที่จะกำหนดโดยวงการทางวิชาการแพทย์เอง

: ถ้าให้น้ำหนักสัมพัทธ์ในกรณีนี้สูงขึ้น โดยมีแนวคิดว่าจะได้ยกระดับแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน ก็ยังเป็นข้อถกเถียงกันได้ว่า

- โรงพยาบาลระดับทั่วไปจะได้ค่าชดเชยสูงเกินจริง การปรับปรุงมาตรฐานให้สูงขึ้นไม่ได้เปลี่ยนได้ง่าย ถ้าเป็นเครื่องมือหรือยาราคาแพงอาจจะจัดหาได้ แต่ถ้าเป็นแพทย์หรือพยาบาลที่มีคุณวุฒิหรือทักษะประเทศก็ขาดแคลนบุคลากรเหล่านี้มีอยู่มากและไม่สามารถ “ซื้อ” ความชำนาญได้ชั่วข้ามคืนได้
- ไม่มีหลักประกันใดๆ ว่าค่ารักษาที่ชดเชยให้สูงขึ้นจะถูกนำไปปรับปรุงมาตรฐานให้ดีขึ้น ระบบไม่ได้จัดแนวทางการควบคุมหรือกำกับคุณภาพมาตรฐานที่ดีพอไว้

4. การปรับปรุง DRG ร่วมกับการปรับปรุงแนวทางอื่นในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ความเข้าใจว่า DRG ว่าสามารถใช้เป็นตัวกำหนดค่ารักษาพยาบาลในบริการต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางเป็นความคาดหวังที่ไม่ถูกต้องและนำมาซึ่งข้อถกเถียงที่ไม่จำเป็นเลยหากเราจะเข้าใจในข้อจำกัดของตัว DRG ข้อจำกัดที่ชัดเจนที่สุดคือ DRG ใช้ได้ดีในการรักษาผู้ป่วยในที่เป็น acute care ดังนั้น การคิดค่ารักษาพยาบาลยังมีปัญหาอยู่กับการบริการรักษาในกรณีต่างๆ เช่น

- กรณีผู้ป่วยนอก
- กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง
- ผู้ป่วยในสถานบำบัดพิเศษเช่น ผู้ป่วยจิตเวช
- ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่หายากและ/หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

การปรับปรุงระบบคิดค่าบริการรักษาอื่นๆ มาใช้ประกอบกับ DRG ในผู้ป่วยที่เป็นข้อจำกัดของ DRG จะเป็นการผสมผสานเทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้เครื่องมือเดียวในทุกกรณี แนวทางอื่นๆ ที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ DRG มีจุดอ่อนอยู่กำลังอยู่ในความสนใจของนักวิจัยและพัฒนาระบบ healthcare financing อยู่ และคงจะมีการทดลองใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในอนาคตอันใกล้ เพื่อลดทอนปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบตกลงกันล่วงหน้า (prospective payment system) ที่ขณะนี้แม้ DRG เป็นตัวนำเพียงตัวเดียวอยู่

ปัญหาพื้นฐานของความแตกต่างของมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่แตกต่างระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ ยังจะคงอยู่กับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอีกนาน หากเราตระหนักในข้อจำกัดทางเทคนิคของ DRG ที่เป็นอยู่ การใช้ DRG และ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้เป็นตัวสะท้อนความแตกต่างของระดับการรักษา (โดยวัดจากค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป) น่าจะเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้ติดตามการพัฒนาโรงพยาบาลที่มีระดับการให้บริการที่แตกต่างกันให้มีมาตรฐานเดียวกันในการรักษาโรคเดียวกันได้ การปรับปรุงการรักษาของโรงพยาบาลแต่ละระดับให้มีมาตรฐานเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน น่าจะเป็นเป้าหมายที่ของระบบบริการสาธารณสุขที่ทุกส่วนจะร่วมกันทำต่อไปในอนาคต

ในระหว่างนี้ การนำ DRG มาใช้เป็นตัวจัดสรรค่ารักษาพยาบาลกับการบริการรักษาผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการฯ นี้คงจะต้องมีการปรับปรุงข้อเสนอเดิม เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล

ที่เป็นโรงพยาบาลใหญ่และค่าใช้จ่ายสูงกว่าเกณฑ์กลางมาก วิธีการที่ปรับเปลี่ยน DRG มาใช้วิธีหนึ่ง คือ การจัดกลุ่มโรงพยาบาลออกเป็นระดับต่างๆ โดยอาศัยข้อมูลจากระบบเป็นตัวแปรแนวทางที่ สกส. เสนอ ให้แก่กรมบัญชีกลางคือ

- แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตาม case mixed index ซึ่งสะท้อนระดับของโรงพยาบาลตามความซับซ้อนของโรคที่รักษา
- แยกค่ารักษาส่วนที่จัดสรรด้วย DRG ของแต่ละกลุ่มออกจากกันและจัดสรรกันเฉพาะกลุ่มโรค
- กำหนดเพดานขั้นต่ำคิดเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกันไว้จัดสรรตาม DRG เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีโรงพยาบาลใดได้รับผลกระทบมากไปกว่านี้ โดยอาจจะใช้เพียงช่วง 2-3 ปีแรกเท่านั้น

สกส. เชื่อว่าการแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตาม case-mixed index น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสม จึงขอเสนอผลการทดลองทำการจัดสรรค่ารักษาด้วยวิธีนี้

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลของระยะเวลาครึ่งปีงบประมาณ ที่มีการกันค่ารักษาพยาบาลส่วน 20% ไว้เป็นยอดทั้งสิ้น 749,583,039 บาท ในผู้ป่วยในทั้งสิ้น 364,051 ราย ซึ่งมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมทั้งสิ้น 346,407.86 หน่วย และมีรายละเอียดจำแนกเป็นจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มที่จัดด้วย CMI

ตารางที่ 5 Impact และ adjustment ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในสวัสดิการข้าราชการ

เม.ย.-ก.ย.45

ค่า CMI ที่ใช้จัดกลุ่ม	จำนวน รพ.	จำนวน ผู้ป่วยใน	RW รวม	ค่ารักษาส่วน 20% (ล้านบาท)	จัดสรรคืน (ล้านบาท)	ค่ารักษา ต่อ 1 RW บาท
≥ 0.7769	216	242,681	268,909	665.78	581.89	2,475.84
$0.6301 > CMI > 0.7769$	333	67,858	46,114	54.65	99.78	1,185.07
≤ 0.6301	387	53,512	31,384	29.16	67.91	929.01
รวม	936	364,051	346,407	749.59	749.58	2,163.87

ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลต่อหนึ่งหน่วย RW ของทั้งระบบเท่ากับ 2,163.87 เมื่อเทียบกับค่ารักษาเฉลี่ยต่อ 1 RW ที่จัดตามช่วงค่า case-mixed index โดยแบ่งเป็นกลุ่มละเท่ากัน 3 กลุ่ม (33.31%) จะพบว่ามีความแตกต่างกันแต่ละกลุ่มจำนวนมาก การแบ่งกลุ่มตาม case-mixed index นี้เป็นวิธีการที่ค่อนข้างเป็นกลางต่อการจัดด้วยวิธีอื่น เช่น ค่ารักษาเฉลี่ยต่อรายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง หรือขนาดของโรงพยาบาล หรือประเภทของโรงพยาบาล เพราะ case-mixed index เป็นตัวที่สะท้อนความซับซ้อนของค่ารักษามากกว่าตัวแปรอื่น ในอนาคตเมื่อมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านอื่นเพียงพอ คงจะมีตัวแปรอื่นนำมาใช้ประกอบการจัดแบ่งกลุ่มให้ดียิ่งขึ้นกว่านี้

ข้อมูลบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลกลุ่มแรกมีส่วนแบ่งจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการสูงมาก ซึ่งน่าจะมีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้อีกระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากการนำเสนอข้อมูลชุดนี้ เป็นเพียงการเสนอแนวคิดในการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลด้วย DRG และการปรับแก้เพื่อลดผลกระทบจากการจัดสรร จึงไม่ได้ทำข้อมูลที่แยกแยะไปกว่าที่เสนอไว้เพียง 3 กลุ่ม

ตารางที่ 6. แสดงและเปรียบเทียบการใช้ค่ารักษาเฉลี่ยต่อ 1 RW รวมทั้งระบบโดยไม่มีการแบ่งกลุ่ม กับการใช้ค่ารักษาเฉลี่ยต่อ 1 RW ของแต่ละกลุ่ม เป็นตัวจัดสรรคืนให้แก่โรงพยาบาล ผลกระทบรวมลดจากส่วนต่างของรายได้ในการจัดสรรวิธีแรก 137.04 ล้านบาท เป็น 109.94 ล้านบาท ในวิธีที่สอง และในกลุ่มที่มี CMI สูง ลดผลกระทบจาก 132.57 ล้านบาท มาเป็น 91.51 ล้านบาท โดยมีการเฉลี่ยผลกระทบไปสู่กลุ่ม case-mixed index ระดับกลางและล่างตามรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 6 Impact และ adjustment โดยการสรด้วย case-mixed index เป็น 3 กลุ่ม

ค่า CMI ที่ใช้จัดกลุ่ม	จำนวนร.พ. ในกลุ่ม	จัดสรรรวม 1rw = 2,163.87 บาท		จัดสรรตาม ค่ารักษา/1rw ของกลุ่ม	
		จำนวน ร.พ. ที่ได้รับคิ่่นน้อย กว่าที่เบิกไป	ส่วนต่าง(ล้าน บ) ค่ารักษาที่เบิก - ที่ได้รับ	จำนวน ร.พ. ที่ได้รับคิ่่นน้อย กว่าที่เบิกไป	ส่วนต่าง(ล้าน บ) ค่ารักษาที่เบิก - ที่ได้รับ
≥ 0.7769	216	74	132.57	50	91.51
$0.6301 > \text{CMI} > 0.7769$	333	11	3.09	76	12.32
≤ 0.6301	387	6	1.38	99	6.11
รวม	936	91	137.04	225	109.94

7. แผนการขยายงาน

ในระยะต่อไป กรมบัญชีกลางและ สกส.ได้วางแผนพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นการปรับปรุงระบบที่แยกส่วนในวงจรการบริการ โดยใช้กับกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาเฉพาะส่วน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขยายงานและพัฒนาทางเลือกใหม่ ๆ ในการจัดระบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล ภาระเก็บข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ที่จะได้จากโครงการนำร่องหรือจากการปรับปรุงรายละเอียดข้อมูลที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น สามารถนำมาใช้วิเคราะห์และช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ในอนาคตได้ นอกเหนือจากการเหมาจ่ายรายหัวและการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

แนวทางการขยายงาน แบ่งออกเป็นแผนงานต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะที่สอดคล้องกับแผนการปรับปรุงงาน 3 ด้านด้วยกัน

1. การเพิ่มรายละเอียดของข้อมูลการเบิกจ่ายซึ่งได้แก่รายการค่ารักษาที่ราคาสูง อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ที่ราคาสูง ค่ายาต้านมะเร็ง เป็นต้น แนวทางนี้เป็นการเพิ่มมิติทางเลือกของข้อมูล ต้องมีการจัดทำบัญชีรายการที่มีมาตรฐาน รหัสที่ใช้มีมาตรฐาน และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับข้อมูลใช้งานได้สะดวกและถูกต้อง
2. การผนวกระบบข้อมูลจากการบริการผู้ป่วยโดยตรง เข้ากับระบบเบิกค่ารักษา เพราะปัจจุบันมีการใช้คอมพิวเตอร์กันอย่างแพร่หลายในระบบบริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ระบบการจ่ายยาที่ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยงานมีรายละเอียดใบสั่งยาที่ครบถ้วนอยู่แล้ว และส่วนนี้เป็นจุดแรกๆ ที่ควรจะมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่สำคัญที่สุด ซึ่ง

จะเป็นบทพิสูจน์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบต่อไปในอนาคต ด้วยข้อมูลที่กระจัดกระจาย อยู่ในคอมพิวเตอร์ของระบบบริการของโรงพยาบาลต่างๆ การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างระบบด้วยโปรแกรมที่จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างระบบต่างๆ ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จะช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จำนวนมหาศาลเหล่านี้ถูกรวบรวมมาใช้ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการ ตั้งแต่ระดับ ปฏิบัติการที่ใช้ข้อมูลระดับจุลภาคขึ้นไปจนถึงระดับนโยบายที่ใช้ข้อมูลระดับมหภาค ด้วย ข้อมูลชุดเดียวกัน เกิดขึ้นได้และเป็นไปได้ โดยไม่เป็นภาระต่อผู้ทำงาน และอาจสำเร็จ ในอนาคตที่พอจะรอกันได้

3. ระบบกำกับและตรวจสอบที่ใช้ข้อมูลเชิงระบบ ในปัจจุบันการกำกับและตรวจสอบการ รักษาพยาบาลเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกตามระเบียบในรายตัวบุคคล โดยการสุ่มตรวจ แต่การกำกับตรวจสอบยังไม่ได้ขยายมิติทางคุณภาพและมาตรฐานของ การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติงานที่ทำอยู่ Clinical practice guideline เป็นเรื่องที่มีการแพทย์ตื่นตัวกันอย่างมาก และเป็นการพัฒนาขึ้นโดยหมั่นัก วิชาการและราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ แนวทางที่เหมาะสมและควรนำมาใช้ เพราะมีการ กำหนดมาตรฐาน และเกณฑ์การทำงานที่สามารถใช้ประเมินผลได้ แต่สิ่งที่ต้องมีควบคู่กับ CPG ก็คือการประเมิน CPG (Guideline evaluation) และการติดตามการปฏิบัติ ตามแนวทางการปฏิบัติ (Guideline compliance) ซึ่งทั้ง 2 ส่วนนี้ จะต้องมีการ พัฒนาระบบสารสนเทศขึ้นมารองรับด้วย จึงจะสามารถนำมาใช้ในระบบตรวจสอบและ กำกับคุณภาพได้ เพราะการวัดผลที่ได้จากแต่ละสถานพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะที่ แตกต่างกัน แต่อยู่ภายใต้ CPG เดียวกันจะต้องอาศัยข้อมูลที่ละเอียดเพียงพอ และมี จำนวนมากพอ จึงจะนำมาใช้ประเมินผลเชิงระบบได้ สำหรับข้อนี้ สรรส.และสปสข. กำลังมีการดำเนินการพัฒนาระบบนี้อยู่ โดยอาจจะมีการจัดตั้งหน่วยงานบริหารงาน พัฒนาและใช้งานออกเป็น 2 ส่วน ด้านหนึ่งคือ หน่วยงานพัฒนา CPG และอีกด้านหนึ่ง คือหน่วยงานกำกับและตรวจสอบที่ใช้ CPG เป็นแนวทางที่สำคัญ



บทที่ 4 การประกันสุขภาพ ภาคเอกชนในประเทศไทย

โดย :

รศ.ดร.สุวานี สุรเสียงสังข์

1. ความนำและความหมาย

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยจากสังคมเกษตรมาสู่สังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทมาสู่สังคมเมือง ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านต่อประชากรทั้งด้านดีและด้านเสีย ภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมก่อให้เกิดโรคร้ายใหม่ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บแล้วแต่ละคนย่อมแสวงหาการรักษา ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นย่อมเป็นภาระที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ บางครั้งการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอาจรุนแรงถึงขั้นทั้งร่อยรอยของความพิการไว้

ค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบันนั้นอยู่ในอัตราที่สูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อไปเมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนามากขึ้น ดังนั้นหากคนไข้สามารถโอนความเสี่ยงในการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไปยังคนอื่น หรือ กลุ่มคนอื่นเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ย่อมบรรเทาความเดือดร้อนทางการเงินแก่เขาได้ การประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นรูปแบบหนึ่งของการโอนความเสี่ยงนี้โดยที่ผู้รับประกันภัยสัญญาจะชดใช้เงินจำนวนหนึ่งให้แก่ผู้เอาประกันภัย เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยหรือความบาดเจ็บโดยไม่คำนึงว่าจะเป็นผลมาจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ นอกจากความคุ้มครองดังกล่าว การประกันสุขภาพภาคเอกชนยังให้ความคุ้มครอง รวมถึงการสูญเสียรายได้ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรืออาจให้ความคุ้มครองเนื่องจากการสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียชีวิต ทั้งนี้แล้วแต่จะมีการตกลงระหว่างผู้เอาประกันภัยและผู้รับประกันภัย

การประกันสุขภาพคือ การทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (Insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (Insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คัลยกรรมและอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัยเมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัว เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการจากรัฐบาล ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เรียกว่าค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย(บริษัทประกันภัย)

2. แบบประกันสุขภาพและข้อยกเว้นทั่วไปของการคุ้มครอง

2.1 แบบประกันสุขภาพที่จำหน่ายในประเทศไทย

บริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพจะเสนอรูปแบบของสัญญาประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยระบุชุดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขพร้อมทั้งเบี้ยประกันภัยที่แตกต่างกัน ซึ่งยากแก่การเปรียบเทียบว่าสัญญาใดดีกว่าสัญญาใด นับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดวิธีหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อสนองตอบต่อความต้องการที่แตกต่างกันของผู้เอาประกันภัย อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัย จะได้รับจากการประกันสุขภาพเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและผลประโยชน์ในการทดแทนการสูญเสียรายได้ สำหรับผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลนั้น อาจให้ความครอบคลุมการรักษาสำหรับ คนไข้ในโรงพยาบาล การรักษาสำหรับคนไข้นอกโรงพยาบาล และผลประโยชน์เพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การคุ้มครอง การคลอดบุตร การรักษาฟัน เป็นต้น ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันสุขภาพจะได้รับจะมีการกำหนดจำนวนเงินชดเชย สูงสุด

ต่อการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลสูงสุดต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งสูงสุดของการชดเชยต่อปีกรมธรรม์

หากพิจารณาถึงความแตกต่างของรูปแบบของสัญญาประกันสุขภาพที่จำหน่ายอยู่ในประเทศไทยนั้น สามารถจำแนกได้เป็น 5 รูปแบบดังนี้คือ

1. สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและ คลินิกกรรมรายบุคคล ซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

การประกันสุขภาพนี้ขายควบกับสัญญาประกันชีวิต โดยกำหนดทุนประกันขั้นต่ำของกรมธรรม์หลัก ที่ผู้เอาประกันสามารถซื้อสัญญาแนบท้ายนี้ได้ซึ่งอยู่ประมาณ 100,000 ถึง 200,000 บาท ผู้รับประกันภัยแต่ละราย จะกำหนดชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันหลายรูปแบบ ดังนั้นผู้เอาประกันภัย สามารถเลือกซื้อได้ตามความต้องการ ซึ่งขึ้นอยู่กับทุนประกันในสัญญาหลักสิทธิประโยชน์มี 8 รายการดังนี้

ก. ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าการพยาบาลต่อวันในโรงพยาบาล

ผู้รับประกันภัยจะจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินจำนวนเงินและจำนวนวันสูงสุดที่กำหนดในตารางผลประโยชน์ จำนวนวันสูงสุดที่กำหนด อาจเป็น 30 วัน 45 วัน 60 วัน หรือ 90 วัน ต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง สำหรับกรณีที่เข้ารับการรักษาในห้องพักผู้ป่วยหนัก (ห้องไอซียู) บางบริษัทกำหนดค่าห้องผู้ป่วยหนักไม่เกินสองเท่าของค่าห้องและค่าอาหารและต้องไม่เกิน 5 วัน หรือ 7 วัน

ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล

เช่น ค่ายา ค่าตกแต่งบาดแผล ค่าเข้าเฝือก ค่ากายภาพบำบัด ค่าตรวจด้วยรังสีเอกซ์ เป็นต้น ในกรณีนี้ผู้รับประกันภัยจะจ่ายตามจริง แต่ไม่เกินจำนวนผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

ค. ค่าศัลยกรรม/ค่าธรรมเนียมผ่าตัด

หากผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าศัลยกรรมให้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ค่าศัลยกรรมที่ระบุไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง

ง. ค่าห้องผ่าตัด

ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าห้องผ่าตัดให้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ค่าห้องผ่าตัดที่ระบุไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง

จ. ค่าวางยาสลบ

ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าวางยาสลบให้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ค่าวางยาสลบที่ระบุไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง

ฉ. ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก (เนื่องจากอุบัติเหตุ)

ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก เนื่องจากอุบัติเหตุให้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

ฉุกเฉินในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก (เนื่องจากอุบัติเหตุ) ที่ระบุไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง

ข. ค่าวินิจฉัยโรคด้วยรังสีเอ็กซ และการตรวจในห้องปฏิบัติการขณะที่ยังเป็นผู้ป่วยนอก

ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าวินิจฉัยโรคด้วยรังสีเอ็กซและการตรวจในห้องปฏิบัติการให้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ค่าวินิจฉัยโรคด้วยรังสีเอ็กซและการตรวจในห้องปฏิบัติการที่ระบุไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง โดยจ่ายเฉพาะกรณีที่จำเป็นต้องทำการวินิจฉัยโรคดังกล่าว และต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในภายในสามสิบวันหรือการวินิจฉัยโรคนี้กระทำขณะที่ผู้เอาประกันภัยอยู่ในฐานะผู้ป่วยใน

ข. ค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาล

ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลให้ตามผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลให้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนผลประโยชน์ค่าปรึกษาแพทย์ต่อครั้งต่อวันที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ จำนวนวันสูงสุดในตารางผลประโยชน์อาจเป็น 31 ครั้ง หรือ 45 ครั้ง หรือ 90 ครั้ง แล้วแต่แบบของสัญญา

สิทธิประโยชน์ทั้ง 8 รายการข้างต้นนี้คุ้มครองเฉพาะการรักษาในฐานะผู้ป่วยในเท่านั้น โดยยกเว้นการเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ตารางที่ 1 แสดงตารางผลประโยชน์ของสัญญา แบบทำย 6 แบบ จากตารางนี้จะเห็นว่าวงเงินผลประโยชน์ของแต่ละรายการของแต่ละแบบแตกต่างกัน ผู้เอาประกันภัยต้องพิจารณาว่าต้องการความคุ้มครองมากน้อยเพียงใดในแต่ละรายการ โดยปกติในการเสนอขายมักใช้จำนวนเงินผลประโยชน์ของค่าห้องและค่าอาหารเป็นหลักให้ผู้เอาประกันภัยพิจารณา ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการเปลี่ยนแปลงรายการผลประโยชน์สูงสุดของแต่ละรายการได้ ทั้งนี้ให้ถือว่าผลประโยชน์ที่ระบุในตารางผลประโยชน์นั้นเป็นชุดของสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ผู้เอาประกันภัยจะสามารถเลือกซื้อชุดสิทธิประโยชน์ได้ตามทุนประกันภัยในกรมธรรม์หลักที่แต่ละบริษัทระบุไว้เท่านั้น

ส่วนผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกนั้น บริษัทประกันชีวิตจะขายแยกเป็นสัญญาเพิ่มเติมเฉพาะ โดยกำหนดวงเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการรักษาแต่ละครั้งรวมทั้งจำนวนครั้งสูงสุดต่อปีกรมธรรม์ เช่น กำหนดผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลสูงสุดในฐานะผู้ป่วยนอกไว้ที่ 500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี เป็นต้น นอกจากสัญญาแบบทำยเฉพาะผลประโยชน์ของผู้ป่วยนอกแล้ว บางบริษัทยังขายสัญญาแบบทำยที่ให้ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแต่ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดที่ระบุไว้ในสัญญาต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง

2. สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่ที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่นี้จะขายควบกับสัญญาประกันชีวิตหมู่ผู้ทรงกรมธรรม์จะเป็นองค์กรต่าง ๆ หรือเจ้าของธุรกิจ ซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้กับพนักงานโดยส่วนใหญ่ พนักงาน หรือสมาชิกจะได้รับใบรับรองการเอาประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มไว้เป็นหลักฐาน เนื่องจากการรับประกันภัยนั้นพิจารณาเป็นกลุ่มเบี้ยประกันภัยจะเป็นอัตราเดียวกันทั้งกลุ่ม ปกติจะไม่มีการตรวจสอบสุขภาพหากสมัครเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มภายใน 30 วัน แต่ถ้าเกินกว่านี้จำเป็นต้องกรอกใบแถลงสุขภาพประกอบการสมัครหรืออาจถูกกำหนดให้ตรวจร่างกาย

ลักษณะการคุ้มครองของสัญญานี้จะคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัดให้กับลูกจ้างและผู้อุปการะของลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยจากโรคหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมง ผลประโยชน์ที่ได้รับส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมรายบุคคล บางบริษัทจะรวมผลประโยชน์ค่าห้องผ่าตัด ค่ารักษายาสด ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินและค่าวินิจฉัยโรคไว้ในหมวดค่าใช้จ่ายทั่วไป ผลประโยชน์ดังกล่าวเป็นผลประโยชน์ในฐานะผู้ป่วยในหากต้องการผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก ผลประโยชน์เกี่ยวกับผดุงครรภ์และคลอดบุตร ผลประโยชน์ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ ก็อาจขอซื้อเพิ่มเติมได้

ขนาดของกลุ่มเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณารับประกันภัย โดยปกติจะกำหนดจำนวนสมาชิกขั้นต่ำไว้ที่ 10 คน ถ้านายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยฝ่ายเดียว จำนวนลูกจ้างหรือสมาชิกเข้าร่วมรับความคุ้มครองต้องเป็นจำนวนร้อยละ 100 ของผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง แต่ถ้านายจ้างและลูกจ้างร่วมกันชำระเบี้ยประกันภัย จำนวนลูกจ้างหรือสมาชิกที่เข้าร่วมรับความคุ้มครองจะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง

3. การประกันภัยหมู่สวัสดิการพนักงานซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

ลักษณะการประกันภัยแบบนี้จะเป็นการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการพนักงาน ซึ่งจะรวมความคุ้มครองการประกันชีวิต การประกันอุบัติเหตุ และ การประกันสุขภาพไว้ด้วยกัน บางแบบจะรวมการประกันทุพพลภาพทั้งหมด อย่างถาวรเข้าไปด้วย ผลประโยชน์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในฐานะคนไข้ นอกสามารถเลือกซื้อได้โดยไม่จำกัดตามแผนหลัก แต่จะระบุข้อจำกัดของจำนวนครั้งต่อวัน จำนวนครั้งต่อโรคและจำนวนครั้งต่อปีกรมธรรม์ เช่น 1 ครั้งต่อวัน 15 ครั้งต่อโรค 30 ครั้งต่อปี เป็นต้น ผลประโยชน์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในฐานะคนไข้ในนั้นไม่แตกต่างจากแบบการประกันสุขภาพ ประเภทที่ 2 ดังที่กล่าวแล้ว

บางบริษัทจะจำหน่ายกรมธรรม์ประกันสุขภาพประเภทนี้เฉพาะกลุ่มที่มีพนักงานมากกว่า 20 คนขึ้นไป แต่บางบริษัทจะมีแบบที่เหมาะสมสำหรับธุรกิจขนาดเล็กที่มีพนักงานระหว่าง 5-20 คน โดยปกติจะให้ความคุ้มครองพนักงานที่ทำงานเต็มเวลาที่มีอายุ 15-59 ปี และอยู่ปฏิบัติงานในวันที่เริ่มการคุ้มครองมีระดับอายุเฉลี่ยของกลุ่มไม่เกิน 40 ปี และกรมธรรม์จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไปหลังจากชำระเบี้ยประกันภัยแล้ว การคุ้มครองที่สามารถเลือกได้มี 1) พนักงานคนเดียว 2) พนักงานและคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย 3) พนักงานและบุตรที่อยู่ในอุปการะ และ 4) ครอบครัว ซึ่งให้ความคุ้มครองเฉพาะตัวพนักงาน คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายและบุตรที่อยู่ในความอุปการะ

4. การประกันสุขภาพรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย

ผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพรายบุคคลที่ขายโดยบริษัทประกันวินาศภัยนี้คล้ายคลึงกับผลประโยชน์ในสัญญาแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล บางแบบประกันสุขภาพจะรวมผลประโยชน์การตรวจสุขภาพประจำปีและการประกันอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงไว้ด้วย บางบริษัทจะกำหนดจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดในแต่ละรายการต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง หรือจำนวนเงินสูงสุดทั้งหมดแทนจำนวนวันสูงสุดต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง นอกจากผลประโยชน์ในกรมธรรม์หลักแล้วผู้เอาประกันภัย ยังสามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมได้ ดังนี้

- ก. ความคุ้มครองเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก
- ข. ความคุ้มครองเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายในส่วนอุบัติเหตุ
- ค. ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในส่วนทันตกรรม

นอกจากความคุ้มครองเพิ่มเติมข้างต้นแล้ว บางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยสาหัส คือผู้เอาประกันภัยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 60 วันและแบบประกันสุขภาพโดยทั่วไป ครอบคลุมไม่ถึง อย่างไรก็ตามเมื่อผู้เอาประกันภัยต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติมจากแบบมาตรฐานก็จำเป็นต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมด้วย ตามตัวอย่างตารางผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพรายบุคคล ซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัยที่แสดงใน ตารางที่ 2

5. การประกันสุขภาพหมู่ซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย

การประกันสุขภาพหมู่ประเภทนี้มักขายควบกับการประกันอุบัติเหตุ ปัจจุบันมีบางบริษัทที่ขายประกันสุขภาพหมู่แยกต่างหากจากแบบการประกันอุบัติเหตุ โดยทั่วไปสิทธิประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับจะเป็นสิทธิ ในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลคือ

- ก. ค่าห้อง/ค่าอาหารและค่าบริการในการพยาบาลทั่วไป ผลประโยชน์ในหมวดนี้จะ จ่ายจริง แต่ไม่เกินกว่าอัตราผลประโยชน์รายวันและจำนวนวันสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ บางสัญญากำหนดว่าผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงหรือ 12 ชั่วโมงขึ้นไป
- ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ เท่าที่จ่ายจริงตลอดระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละครั้งแต่ไม่เกินจำนวนสูงสุดที่แสดงไว้ในตารางผลประโยชน์
- ค. ค่าธรรมเนียมผ่าตัด นอกจากผลประโยชน์ในข้อ ก. และ ข. แล้ว หากมีการผ่าตัดผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าธรรมเนียม ค่าผ่าตัดให้ตามค่าใช้จ่ายที่แท้จริงแต่ไม่เกินกว่าผลประโยชน์ ค่าผ่าตัดสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์
- ง. ค่าเยี่ยมของแพทย์ในโรงพยาบาล ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าเยี่ยมของแพทย์ (แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์) ในโรงพยาบาล โดยจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินผลประโยชน์สำหรับค่าเยี่ยมแพทย์ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

นอกจากสิทธิประโยชน์ทั้ง 4 หมวดข้างต้นแล้ว บางสัญญาประกันสุขภาพหมัวยังให้สิทธิอื่นๆ อีก เช่น ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุผู้ป่วยนอก ผลประโยชน์ค่ารักษาโดยแพทย์พิเศษ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผลประโยชน์ค่าวินิจฉัยโรคโดยเอกซเรย์พิเศษและผลประโยชน์สำหรับผู้ป่วยนอก บางแบบประกันสุขภาพอาจคุ้มครองบริการทางทันตกรรม ผดุงครรภ์และคลอดบุตร รวมทั้งการตรวจร่างกายประจำปีด้วย

การเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพนี้อาจเป็นประเภทเฉพาะตัวพนักงานคนเดียว ประเภทที่รวมคู่สมรส ประเภทรวมทั้งครอบครัวและประเภทพนักงานกับบุตร ซึ่งราคาเบี้ยประกันก็จะแตกต่างกันไปแล้วแต่สิทธิประโยชน์และความครอบคลุมที่ได้รับ

นอกจากรูปแบบของสัญญาประกันสุขภาพที่จำหน่ายในประเทศไทยทั้ง 5 รูปแบบแล้ว บางบริษัทที่ประกอบธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะได้เสนอแบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการประกันอุบัติเหตุ ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอกและความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นยังภูมิลำเนาและการเคลื่อนย้ายศพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเพิ่มความคุ้มครองจากสัญญาเพิ่มเติมทางด้านอุบัติเหตุ ซึ่งค่าใช้จ่ายจะครอบคลุมถึงการผ่าตัด การดูแลหลังคลอด ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ของโรงพยาบาล ค่าอุปกรณ์ต่างๆ การคลอดปกติ การผ่าคลอดโดยตั้งใจ และการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยการตั้งครรภ์นอกมดลูก การผ่าคลอดฉุกเฉินและการแท้งบุตร ดังแสดงตารางผลประโยชน์ของประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันสุขภาพโดยเฉพาะในตารางที่ 3

สำหรับบริษัทประกันวินาศภัยบางบริษัทเสนอแบบประกันสุขภาพที่คุ้มครองโรคมะเร็งเป็นแพคเกจครอบครัว โดยสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับคือ ความคุ้มครองครอบคลุมถึงบุตรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 22 ปี จ่ายค่าทดแทนเต็มจำนวนทุนประกันภัย เมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งและขยายความคุ้มครองเพิ่มสำหรับโรคมะเร็งผิวหนังในอัตราร้อยละ 20 ของทุนประกันภัย แบบประกันสุขภาพนี้ไม่ต้องตรวจสอบสุขภาพ โดยมีการขายผ่านระบบธนาคาร นอกจากนี้บางบริษัทได้เสนอแบบที่มีการเพิ่มความคุ้มครองการรักษาพยาบาลขณะที่พำนักรักษาในต่างประเทศ ค่าฟอกไต ค่ารักษาโรคมะเร็งและการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ อันได้แก่ ไต หัวใจ ตับ ปอด และไขกระดูก โดยผู้ป่วยจะต้องมีค่าใช้จ่ายร่วมที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบเอง 750 บาทแรกต่อการรักษาพยาบาลของการบาดเจ็บหรือป่วยใช้แต่ละครั้ง

นอกจากนี้บริษัทประกันชีวิตบางบริษัทได้เสนอแบบประกันสุขภาพแบบท่ายกรมธรรม์ประกันชีวิตที่มีค่าใช้จ่ายร่วมต่อครั้ง โดยผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองบางส่วน เมื่อเข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และมีการปรับผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายร่วม และเบี้ยประกันภัยให้สอดคล้องตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันนี้บางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งบางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพแบบประกันภัยแผนรายได้ระหว่างการต้องอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะทดแทนรายได้ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและขณะพักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล รวมถึงค่ารักษาทางกายภาพบำบัดและค่าเดินทางไปพบแพทย์ (ดังตัวอย่างตารางที่ 4)

2.2 ข้อยกเว้นทั่วไปของการคุ้มครอง

โดยทั่วไปกรมธรรม์ประกันสุขภาพไม่ว่าจะขายเป็นสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือแยกเป็นกรมธรรม์เดี่ยวที่ขายโดยบริษัทประกันวินาศภัยก็ตาม มักจะมีข้อยกเว้นทั่วไปของการคุ้มครอง โดยปกติกรมธรรม์ไม่คุ้มครองความเสียหายอันเกิดจากหรือสืบเนื่องจาก

1. การฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายตัวเองโดยเจตนา หรือความพยายามกระทำเช่นนั้น หรือจงใจมีส่วนร่วมในการทะเลาะวิวาท
2. ภัยจากสงครามไม่ว่าจะมีการประกาศหรือไม่ก็ตาม การรุกรานหรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติการที่ประชาชน ก่อความวุ่นวาย ถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล
3. ภัยจากอาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์และจากกรรมวิธีใดๆ แห่งการแยกตัวของนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันโดยตัวเอง
4. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือลงหรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และได้ประกอบการบินพาณิชย์ และขณะขับหรือเป็นพนักงานประจำในอากาศยานใดๆ
5. การตรวจรักษาทางการแพทย์ของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองก่อนวันที่การประกันภัยมีผลบังคับ การประกันภัยจะไม่มีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัย หรือผู้ที่ได้รับความคุ้มครองนั้นได้รับการรักษาหายแล้ว
6. การเข้ารับการรักษาสุขภาพไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ก็ตาม
7. ขณะที่ผู้ได้รับความคุ้มครองปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัครและเข้าปฏิบัติการในสงครามหรือปราบปราม

นอกจากข้อยกเว้นทั่วไปดังกล่าวแล้ว ในกรมธรรม์ประกันสุขภาพยังมีข้อยกเว้นปลีกย่อยตามลักษณะของความคุ้มครองที่มีอยู่ในแต่ละแบบของกรมธรรม์ เช่น กรมธรรม์ที่ให้ความคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีข้อยกเว้นในกรณีการรักษาพยาบาลหรือเข้าพักรักษาตัวซึ่งมิได้เกิดจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย เช่น การลดความอ้วน การทำหมัน การคลอดบุตร ศัลยกรรมความงามหรือการพักรักษาตัว เพื่อพักผ่อน รวมทั้งการรักษาฟันหรือสายตา การรักษาโรคผิวหนัง กามโรค การติดสิ่งเสพติด การแก้ไขความบกพร่องทางกรรมพันธุ์ของร่างกายที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เป็นต้น ส่วนกรมธรรม์ที่ให้ความคุ้มครองลักษณะอื่นจะระบุข้อยกเว้นที่แตกต่างกัน ตัวแทนจำเป็นต้องชี้แจงให้ผู้เอาประกันภัยทราบถึงเงื่อนไขและข้อยกเว้นของกรมธรรม์ที่เสนอขาย เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยจะได้เลือกแบบการประกันสุขภาพได้เหมาะสมกับความต้องการ

ข้อยกเว้นบางกรณีของแบบประกันสุขภาพบางแบบสามารถชดเชยได้ โดยผู้เอาประกันภัยต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจสุขภาพ ความคุ้มครองการผดุงครรภ์และคลอดบุตรซึ่งจะมีเงื่อนไขกำหนดว่ากรมธรรม์จะไม่คุ้มครองถ้าการคลอดบุตรนั้นเกิดขึ้นภายใน 9 เดือน นับจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับใช้

3. ภาพรวมของธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย

ความเข้าใจถึงภาพรวมของธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนย่อมมีประโยชน์ในการวางแผนด้านสุขภาพของประชาชนไทยที่เหมาะสมต่อไป

3.1 บริษัทที่ดำเนินธุรกิจการประกันสุขภาพ

บริษัทที่ดำเนินธุรกิจการประกันสุขภาพในประเทศไทยจำแนกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

● บริษัทประกันชีวิต

บริษัทประกันชีวิตทำการขายประกันสุขภาพในรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมแนบทายกรมธรรม์หลัก ทั้งกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญรายบุคคลและกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่ในรอบปี 2545 มีบริษัทประกันชีวิตที่ขายสัญญาแนบทายประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 22 แห่ง จากจำนวนบริษัทประกันชีวิตที่มีใบอนุญาตประกอบการ 25 แห่ง จากตารางที่ 5 จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2545 บริษัทอเมริกันอินเตอร์แนชชันแนลแอสซัวร์นส์ (เอ ไอ เอ) จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทประกันชีวิตแห่งแรกที่ขายประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพิ่มเติมแนบทายกรมธรรม์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 บริษัทนี้มีส่วนแบ่งตลาดถึงร้อยละ 53.11 (พิจารณาจากเบี้ยประกันภัยรับตรงเฉพาะสัญญาประกันสุขภาพที่เป็นสัญญาแนบทายของกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญรายบุคคล) รองลงมาคือ บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด ซึ่งมีส่วนแบ่งตลาด ร้อยละ 22.69 บริษัทที่มีส่วนแบ่งตลาดในอันดับที่ 3 ถึง 5 คือ บริษัท อยูธยาอิลินซ์ ซี.พี.ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำกัด บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด และบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด ตามลำดับ

● บริษัทประกันวินาศภัย

ปัจจุบันบริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประกันวินาศภัยในประเทศไทยมี 77 บริษัท ในจำนวนนี้มีบริษัทที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทการประกันสุขภาพโดยเฉพาะเพียง 6 บริษัท อันได้แก่ บริษัทไทยประกันสุขภาพ จำกัด บริษัทบูบาบลูคروشประกันสุขภาพ จำกัด ศูนย์สุขภาพประเทศไทย บริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด บริษัท เอเพ็กซ์ประกันสุขภาพ จำกัด และบริษัท แอมบาสดอร์ จำกัด นอกนั้นมีบริษัทประกันวินาศภัยอีก 10 แห่ง ที่ดำเนินการขายประกันสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของธุรกิจประเภท ประกันภัยเบ็ดเตล็ด

ตารางที่ 6 แสดงส่วนแบ่งตลาดเบี้ยประกันภัยรับตรงจากการประกันสุขภาพเรียงลำดับบริษัทที่มีเบี้ยประกันภัยรับตรงสูงสุดในรอบปี 2545 จะเห็นว่าบริษัทบูบาบลูคروشประกันสุขภาพ จำกัด มีส่วนแบ่งตลาดสูงสุดถึงร้อยละ 56.00 รองมาคือบริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด และบริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด ตามลำดับ

นอกจากบริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพแล้ว ยังมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้ให้ความคุ้มครองกับผู้สมัครเป็นสมาชิกของโรงพยาบาลโดยจะได้รับสิทธิพิเศษในการเข้ารับการรักษาพยาบาล สมาชิกต้องจ่ายค่าธรรมเนียมตั้งแต่ 100 บาท ถึง 500 บาทต่อคนต่อปี โดยบัตรสมาชิกสามารถใช้ได้เฉพาะเจ้าของบัตรจนถึงใช้ได้ทั้งครอบครัว สิทธิประโยชน์ที่ได้คือส่วนลดร้อยละ 10 ของค่ายา ค่าห้องและค่าอาหาร บางโรงพยาบาล

ได้ให้สิทธิในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลล่าช้าได้ถึง 30 วัน บางโรงพยาบาลให้ส่วนลดค่ารักษาพยาบาลกับผู้ที่มีใบประกันสุขภาพให้โรงพยาบาล

การให้สิทธิพิเศษดังกล่าวข้างต้นของโรงพยาบาลเอกชนนั้นโดยแท้จริงไม่ใช่รูปแบบของการประกันสุขภาพ แต่เป็นเพียงกลยุทธ์ทางการตลาดของโรงพยาบาลเพื่อให้มีผู้มาใช้บริการมากขึ้น

3.2 การเติบโตของธุรกิจประกันสุขภาพ

การเติบโตของธุรกิจประกันสุขภาพนั้นสามารถพิจารณาได้จากจำนวนเบี้ยประกันภัยรับตรงและจำนวนกรมธรรม์ โดยพิจารณาเป็นธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัยดังนี้

● ธุรกิจประกันชีวิต

ตารางที่ 7 แสดงเบี้ยประกันภัยรับตรงจากกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญและจากสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแนบทายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญ ปี พ.ศ. 2540-2545 จากตารางนี้พบว่าในรอบปี 2545 เบี้ยประกันภัยรับตรงจากธุรกิจประกันสุขภาพที่เป็นสัญญาแนบทายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญรายบุคคลมีจำนวน 10,558 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2544 ที่มีเบี้ยประกันภัยรับตรงจากธุรกิจประกันสุขภาพที่เป็นสัญญาแนบทายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญรายบุคคลจำนวน 9,578 ล้านบาท ซึ่งเป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10.23 หากพิจารณาเบี้ยประกันภัยรับตรงจากกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญที่เป็นกรมธรรม์หลักของสัญญาแนบทายจะเห็นว่าอัตราการเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2544 และ 2545 นั้นสูงถึงร้อยละ 20.70 เป็นที่น่าสังเกตว่าเบี้ยประกันภัยรับตรงของกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญได้หดตัวลงในช่วงปี 2540 และ 2541 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยประสบปัญหาเศรษฐกิจ หลังจากนั้นธุรกิจนี้ก็ปรับตัวดีขึ้นเป็นลำดับ จากตารางดังกล่าว จะเห็นว่าธุรกิจประกันสุขภาพที่อยู่ในรูปแบบของสัญญาแนบทายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อใช้จำนวนเบี้ยประกันภัยรับตรงในการพิจารณา

ตารางที่ 8 แสดงเงินจ่ายตามสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแนบทายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญ และอัตราส่วนสินไหมทดแทน ปี พ.ศ. 2540-2545 จากตารางนี้จะเห็นว่าในรอบปี พ.ศ. 2545 บริษัท ประกันชีวิตต้องจ่ายตามสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแนบทายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเป็นจำนวน 3,949 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2544 ซึ่งจ่ายเพียง 3,611 ล้านบาท สำหรับอัตราส่วนสินไหมทดแทนของธุรกิจนี้ในปี 2545 มีค่าร้อยละ 37.41 เมื่อพิจารณาค่าอัตราส่วนสินไหมทดแทนจากปี 2540 ถึง ปี 2545 จะเห็นว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งแสดงว่าบริษัทประกันชีวิตสามารถดำรงอยู่ในธุรกิจนี้ได้

● ธุรกิจประกันวินาศภัย

ตารางที่ 9 แสดงเบี้ยประกันภัยรับตรง จำนวนกรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัย และอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนของธุรกิจประกันสุขภาพ เฉพาะที่อยู่ในการประกันภัยเบ็ดเตล็ดของบริษัทประกันวินาศภัย ประจำปี พ.ศ. 2540-2545 จะเห็นว่าเบี้ยประกันภัยรับตรงจากธุรกิจประกันสุขภาพในรอบปี พ.ศ. 2545 มีเป็นจำนวน 1,027 ล้านบาท สำหรับจำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ขาย

ได้ในรอบปี 2545 มีจำนวน 56,679 ฉบับ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในรอบปี พ.ศ. 2544 ที่มีจำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพ 43,089 ฉบับ

หากพิจารณาถึงอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนของการประกันสุขภาพที่จำหน่ายโดยบริษัทประกันวินาศภัยจะพบว่าในรอบปี พ.ศ. 2539-2542 อัตราค่าสินไหมทดแทนสูงขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในรอบปี พ.ศ. 2542 มีอัตราค่าสินไหมทดแทนสูงถึงร้อยละ 75.4 แต่ในรอบปี พ.ศ. 2543-2545 พบว่า อัตราค่าสินไหมทดแทนลดลงจากเดิม

จากตารางที่ 8 และ 9 เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราส่วนสินไหมทดแทนจากธุรกิจประกันสุขภาพที่จำหน่ายในรูปแบบของสัญญาแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตมีค่าน้อยกว่าธุรกิจประกันสุขภาพที่จำหน่ายโดยบริษัทประกันวินาศภัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่ซื้อสัญญาแนบท้ายประกันสุขภาพนั้นเป็นผู้ที่ต้องการซื้อกรมธรรม์ประกันชีวิตเป็นหลักและมีความต้องการความคุ้มครองในสัญญาแนบท้ายเป็นรอง

4. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

4.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพ¹

ธุรกิจทุกประเภทย่อมมีปัญหามากน้อยต่างกัน สำหรับธุรกิจประกันสุขภาพนั้น หากพิจารณาจากค่าอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทน (Loss ratio) ซึ่งเป็นดัชนีหนึ่งในการพิจารณาถึงสถานะภาพของธุรกิจว่าจะสามารถดำรงอยู่ได้หรือไม่ จากตารางที่ 8 พบว่าอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนของธุรกิจนี้ (เฉพาะการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยบริษัทประกันชีวิต) มีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนอัตราส่วนสินไหมทดแทนของธุรกิจประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยบริษัทประกันวินาศภัยนั้นแม้จะมีค่าอยู่ในระดับที่สูงกว่า แต่ก็มีแนวโน้มที่ลดลงเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 9) ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริษัทประกันภัยหลายแห่งสามารถปรับและหาวิธีในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้สำเร็จบางส่วน จึงทำให้อัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนมีค่าต่ำลง อย่างไรก็ตามบริษัทประกันภัยต่างๆ ยังคงประสบปัญหาที่จะต้องหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาต่างๆ นั้นอาจมีผลทำให้อัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนมีค่าสูงขึ้นได้ในอนาคต ปัญหาดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

1. ผู้เอาประกันภัย
2. โรงพยาบาล (ผู้ให้บริการทางการแพทย์)
3. ตัวแทนประกันภัย

● ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากผู้เอาประกันภัย

1. การปกปิดการแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยในขณะที่ขอทำสัญญา กรมธรรม์ประกันสุขภาพบางประเภทจะให้ผู้เอาประกันภัยแถลงสุขภาพของตนเองโดยไม่มีการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะกรมธรรม์ที่มีวงเงินประกันภัยที่ค่อนข้างต่ำ สำหรับกรมธรรม์ที่มีวงเงินประกันภัยสูงนั้น มักจะให้ผู้เอาประกันภัยตรวจสุขภาพก่อนที่จะพิจารณารับประกันภัย การปิดบังการมีโรคประจำตัวและ/หรือการเจ็บป่วยที่มีมาก่อนการทำสัญญาทำให้บริษัทที่รับประกันภัยต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้หากไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า ผู้เอาประกันภัยตั้งใจปกปิดการแถลงสุขภาพ แต่ถ้าบริษัททราบความจริงภายใน 30 วันหลังจากวันที่ทำสัญญาบริษัทมีสิทธิในการบอกเลิกสัญญาหรือปรับเพิ่มเบี้ยประกันภัย โดยปรับเพิ่มได้ไม่



เกินร้อยละ 25 การกระทำดังกล่าวของผู้เอาประกันภัยอาจทำให้บริษัทปฏิเสธรับประกันภัยหรือทำให้อัตราเบี้ยประกันสุขภาพในปีถัดๆ ไปมีค่าสูงขึ้น

2. ความรู้และความเข้าใจในเงื่อนไขความคุ้มครองการประกันสุขภาพของผู้เอาประกันภัยมีน้อย กรมธรรม์ประกันภัยถือเป็นสัญญาตามกฎหมายระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประกันภัย ภาษาที่ใช้ในตัวกรมธรรม์เป็นภาษากฎหมายซึ่งยากที่คนทั่วไปจะเข้าใจได้ง่ายผู้เอาประกันภัยบางรายไม่ทราบว่า กรมธรรม์ประกันสุขภาพที่มีอยู่นั้นมีเงื่อนไขและข้อยกเว้นของความคุ้มครองเช่นไร บางรายเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนเมื่อเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากข้อยกเว้นและได้รับการปฏิเสธจากบริษัทรับประกันภัย ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการประกันสุขภาพและบริษัทที่รับประกันภัย ดังนั้นผู้เอาประกันภัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในตัวกรมธรรม์ที่ซื้อไว้ โดยสอบถามจากตัวแทนประกันภัยหรือบริษัทที่ขายประกันภัยนั้น
3. การใช้สิทธิประโยชน์ไม่สมเหตุสมผลและการฉ้อโกงของผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยมีความเข้าใจว่าเมื่อจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพไปแล้วต้องใช้สิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้ โดยไม่เข้าใจหลักการของการประกันสุขภาพที่ถูกต้อง การพยายามใช้สิทธิประโยชน์ที่ไม่ถูกต้องและไม่สมเหตุสมผลนี้ อาทิ
 - ผู้เอาประกันภัยบางรายขอรับการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็นและบ่อยครั้งเกินจำเป็น
 - การเข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้โดยไม่จำเป็น
 - การขออนุญาตพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกินความจำเป็น
 - การขอใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น
 - การสับเปลี่ยนตัวผู้เอาประกันภัยในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (การปลอมป่วย)
 - การได้รับการรักษาเกินความจำเป็นของโรค
 - การเรียกร้อยค่าสินไหมซ้ำซ้อน เมื่อมีความคุ้มครองมากกว่า 1 แหล่ง เป็นต้น
 - การกระทำดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นการเอื้อประโยชน์ให้กับคนไข้ของโรงพยาบาลและตัวแทนประกันภัย อีกส่วนหนึ่งมาจากความมั่งคั่งของผู้เอาประกันภัยทั้งหมดนี้ส่งผลให้ค่าอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนสูงเกินความเป็นจริงซึ่งส่งผลต่อการกำหนดเบี้ยประกันสุขภาพในอนาคต

● ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากโรงพยาบาล (ผู้ให้บริการทางการแพทย์)

การกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน จึงทำให้โรงพยาบาลบางแห่งสร้างปัญหาให้เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพดังนี้

1. การตกแต่งใบเสร็จ โรงพยาบาลบางแห่งทำการตกแต่งใบเสร็จเพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่คนไข้มี เช่น การเกลี้ยรายการค่ารักษาพยาบาลเพื่อให้สามารถเรียกร้อยค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน การแก้ไขชื่อโรคที่มีอยู่ในข้อยกเว้นความคุ้มครองเป็นโรคที่ไม่อยู่ในข้อยกเว้นเพื่อคนไข้จะสามารถเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนได้
2. การร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยในการฉ้อโกง โรงพยาบาลบางแห่งร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยโดยการออกใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลให้ถึงแม้ว่าผู้เอาประกันภัยจะมีได้เข้ารับ

การรักษาพยาบาลหรือมิได้เข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้ในโดยโรงพยาบาลแห่งนั้นจะได้รับผลประโยชน์จากผู้เอาประกันภัยเป็นการตอบแทน นอกจากกรณีที่กล่าวแล้วยังมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงชื่อคนไข้จากคนไข้ที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพคุ้มครองเป็นคนที่มีกรรมสิทธิ์คุ้มครองส่วนมากจะใช้กับคนในครอบครัวเดียวกัน หรือการออกไปเสิร์ฟรับเงินค่ารักษาพยาบาลหลายใบให้แก่คนไข้เพื่อทำเรื่องขอเบิกเงิน จากหลายแหล่ง การร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยในการฉ้อโกงนี้ นับเป็นเรื่องร้ายแรงต่อธุรกิจประกันสุขภาพ ศีลธรรม และควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

3. การให้การรักษาเกินความจำเป็นของโรค ผู้ให้บริการทางการแพทย์บางรายให้การรักษายาบาลเกินความจำเป็นบางรายใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาสูงอย่างฟุ่มเฟือย บางรายสั่งยาเกินความจำเป็นหรือเป็นยาที่มีราคาสูง ในขณะที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันกับยาที่มีราคาต่ำกว่า เพราะถือว่าคนไข้มีประกันสุขภาพคุ้มครอง

● ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากตัวแทนประกันภัย

ตัวแทนประกันภัย* นับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อธุรกิจประกันภัย เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดกับผู้เอาประกันภัยธุรกิจประกันภัยจะเติบโตได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณภาพของตัวแทนอย่างไรก็ตาม ตัวแทนก็เป็นบุคคลที่สร้างปัญหาให้เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ตัวแทนเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนเป็นที่ตั้ง อาทิเช่น ตัวแทนบางรายร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยในการปกปิดการแถลงสุขภาพ บางรายเห็นด้วยกับผู้เอาประกันภัยและโรงพยาบาลในการปลอมป่วย บางรายชักชวนให้ผู้เอาประกันภัยฉ้อฉลเพื่อหวังรางวัลและเพื่อรักษาการคงอยู่ของกรรมสิทธิ์ การกระทำดังกล่าวถือว่าผิดจรรยาบรรณของการเป็นตัวแทนซึ่งจะถูกถอดถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากสามารถพิสูจน์ได้
2. ความรู้และความเข้าใจในหลักการประกันสุขภาพมีไม่เพียงพอ ตัวแทนบางรายเข้าใจแต่เพียงการขายไม่สามารถชี้แจงข้อจำกัดหรือเงื่อนไขของการประกันสุขภาพที่ถูกต้องทำให้ผู้เอาประกันภัยเข้าใจผิด และทำให้เกิดปัญหามายหลัง

4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

จากปัจจัยที่อาจทำให้เกิดปัญหาค่าอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนสูงขึ้นตามที่กล่าวแล้วนั้น บริษัทประกันภัยได้พยายามหามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เผชิญอยู่ โดยได้ดำเนินการดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากรในการพิจารณารับประกันภัยให้มีคุณภาพสูงขึ้นเพื่อจะได้คัดกรองผู้เอาประกันภัย ที่มีเจตนาปกปิดหรือแถลงความเท็จเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและประวัติการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดวิธีการพิจารณารับประกันภัยให้เข้มงวดขึ้น
2. จัดตั้งฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ขึ้นในบริษัท เพื่อให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประกันสุขภาพแก่ผู้เอาประกันภัย ตัวแทนประกันภัยและโรงพยาบาล
3. การจัดตั้งโรงพยาบาลเครือข่าย บริษัทได้ให้สิทธิ์แก่ผู้เอาประกันภัยในการไม่ต้องสำรอง

* ตัวแทนประกันภัยคือ ผู้ซึ่งบริษัทมอบหมายให้ทำการชักชวนให้บุคคลทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท ตัวแทนประกันภัยจะต้องได้รับใบอนุญาตจากนายทะเบียนประกันภัยตามพระราชบัญญัติประกันชีวิต/ประกันวินาศภัย 2535 และต้องผ่านการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประกันชีวิต/ประกันวินาศภัยตามหลักสูตรที่นายทะเบียนกำหนด



จ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในเครือข่านั้น คือโรงพยาบาลที่ได้รับการเลือกสรรแล้วว่า มีมาตรฐานในการรักษาไปในแนวเดียวกัน บริษัทประกันภัยจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับ โรงพยาบาลเครือข่ายพร้อมทั้งสามารถตกลงเรื่องค่ารักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลได้โดยตรง โดยส่วนมากบริษัทประกันภัย จะมีสิทธิในการตรวจสอบหลักฐานการรักษาพยาบาลผู้เอาประกันภัยได้ หากพบการร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยในการฉ้อฉลบริษัทจะตัดชื่อโรงพยาบาลนั้นออกจากเครือข่าย

4. การตรวจสอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้รัดกุมยิ่งขึ้น
5. การควบคุมและกำกับการทำงานของตัวแทน รวมทั้งให้การศึกษาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพที่ถูกต้อง ดำเนินการลงโทษตัวแทนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฉ้อฉล
6. การคัดสรรบุคลากรที่จะมาเป็นผู้บริหารควบคุมและพัฒนาตัวแทนให้มีความรู้และมีความเป็นมืออาชีพมากขึ้น
7. การส่งแพทย์ของบริษัทประกันภัยไปยังบริษัทต่างๆ ที่ทำประกันกลุ่ม เพื่อตรวจรักษาโรคที่ไม่รุนแรงรวมทั้งให้ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยให้อัตราการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนน้อยลงและเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบริษัทประกันภัยกับผู้เอาประกันภัย
8. การเก็บข้อมูลของผู้เอาประกันภัย ตัวแทนและโรงพยาบาลที่มีประวัติทุจริตเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณารับประกันภัย และตรวจสอบค่าสินไหมทดแทนในอนาคต

เนื่องจากความพยายามของบริษัทประกันภัยที่ร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาประกอบกับการเปิดการค้าเสรีในธุรกิจประกันภัย จึงทำให้ธุรกิจประกันสุขภาพมีมาตรฐานดีขึ้นมีการแข่งขันสูงขึ้น และผู้บริโภคมีทางเลือกมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลด้านบวกที่ทำให้อัตราค่าสินไหมทดแทนมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามธุรกิจประกันสุขภาพยังคงต้องแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเติบโตของธุรกิจต่อไป เพื่อให้องค์กรเกิดเสถียรภาพยิ่งขึ้น

5. การเปลี่ยนแปลงของการประกันสุขภาพภาคเอกชนในช่วงหลังปี พ.ศ. 2543

การเปลี่ยนแปลงของการประกันสุขภาพภาคเอกชนในช่วงหลังปี พ.ศ. 2543 (หลังรัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค) มีไม่มากนัก ส่วนมากเป็นการปรับแบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายต่างๆ มากขึ้นและความพยายามในการทำตลาดแบบประกันภัยแผนรายได้ โดยสรุปแล้วในช่วงหลังปี 2543 ธุรกิจประกันสุขภาพได้มีการปรับแบบประกันสุขภาพเพิ่มเติม เป็นดังนี้ ส่วนแบบประกันสุขภาพแบบเก่าทั้งหลายยังคงจำหน่ายอยู่เช่นเดิม

1. แบบประกันสุขภาพแบบทำธุรกรรมธรรม์ประกันชีวิตที่มีค่าใช้จ่ายร่วมต่อครั้งโดยผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองบางส่วน เมื่อเข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และมีการปรับผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายร่วม และเบี้ยประกันภัยให้สอดคล้องตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น
2. แบบประกันสุขภาพที่กำหนดวงเงินผลประโยชน์สูงสุดมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น

3. แบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการประกันอุบัติเหตุ ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอก และความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นยังภูมิลำเนา และการเคลื่อนย้ายศพ เป็นต้น
4. แบบประกันสุขภาพที่เพิ่มความคุ้มครองจากสัญญาเพิ่มเติมทางด้านอุบัติเหตุ ซึ่งค่าใช้จ่ายครอบคลุมถึงการฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ของโรงพยาบาล ค่าอุปกรณ์ต่างๆ การคลอดปกติ การผ่าคลอดคลอดโดยตั้งใจ และการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก การผ่าคลอดฉุกเฉิน และการแท้งบุตร
5. แบบประกันสุขภาพที่คุ้มครองโรคมะเร็งเป็นแพคเกจครอบคลุม โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับคือ ความคุ้มครองครอบคลุมถึงบุตรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 22 ปี จ่ายค่าทดแทนเต็มจำนวนทุนประกันภัย เมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งและขยายความคุ้มครองเพิ่มสำหรับโรคมะเร็งผิวหนังในอัตราร้อยละ 20 ของทุนประกันภัย
6. แบบประกันสุขภาพที่เพิ่มความคุ้มครองการรักษาพยาบาลขณะที่พำนักรักษาในต่างประเทศ ค่าฟอกไต ค่ารักษาโรคมะเร็ง และการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ อันได้แก่ ไต หัวใจ ตับ ปอด และไขกระดูก
7. แบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล
8. แบบประกันสุขภาพแบบประกันภัยแผนรายได้ระหว่างการต้องอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะทดแทนรายได้ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและขณะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล รวมถึงค่ารักษาทางกายภาพบำบัดและค่าเดินทางไปพบแพทย์

6. แนวโน้มของธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย

ธุรกิจประกันภัยในช่วง 7 เดือนแรกของปี 2546 นั้นขยายตัวมากขึ้น โดยธุรกิจประกันวินาศภัยขยายตัวกว่าร้อยละ 14 และธุรกิจประกันชีวิตขยายตัวร้อยละ 12 (ข่าวความเคลื่อนไหวของกรมการประกันภัย 14 ตุลาคม 2546) คาดว่าในปี พ.ศ. 2546 ภาวะเศรษฐกิจของไทยยังคงขยายตัวต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและส่งเสริมธุรกิจประกันชีวิตและธุรกิจประกันวินาศภัยซึ่งเป็นสถาบันการเงินแห่งหนึ่งมาโดยตลอด² แม้ว่ารัฐบาลได้ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคมาตั้งแต่ปลายปี 2543 แล้วนั้น เมื่อพิจารณาจากเบี้ยประกันภัยรับตรงจากธุรกิจประกันสุขภาพในรอบ ปี 2540-2545 ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าธุรกิจประกันสุขภาพไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากนโยบายดังกล่าว ทั้งนี้เพราะลูกค้าของธุรกิจนี้เป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับปานกลางค่อนข้างสูงขึ้นมาและเป็นผู้ที่ต้องการความสะดวกสบายของการบริการ ดังนั้นธุรกิจประกันสุขภาพยังมีแนวโน้มที่ดีขึ้นทั้งนี้พิจารณาได้จากประเด็นดังต่อไปนี้

1. ตัวสินค้า

เป็นที่คาดการณ์ได้ว่าในอนาคตจะมีการออกแบบแผนการประกันสุขภาพที่มีความหลากหลายกว่าปัจจุบัน มีการให้ผลประโยชน์แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายมากขึ้นเพื่อควบคุมต้นทุน แผนการประกันสุขภาพจะมีความคุ้มครองครอบคลุมมากขึ้น

² การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย



เช่น การคุ้มครองโรคติดต่อบางโรคแผนการประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจงและความคุ้มครองจะมีกว้างขึ้น เช่น แผนประกันสุขภาพสำหรับผู้หญิง สำหรับคนโสด หรือสำหรับครอบครัว แผนประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยให้ความคุ้มครองถึงมะเร็งในส่วนต่างๆ แผนประกันสุขภาพประเภทชดเชยรายได้ เป็นต้น นอกจากนี้บริษัทประกันภัยอาจจะพิจารณาจำหน่ายกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์ในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาล ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้บริโภคและจัดปัญหาการประกันสุขภาพซ้ำซ้อน และการเสียเปรียบของผู้เอาประกันภัย

2. บริษัทประกันภัย

จำนวนบริษัทที่เชี่ยวชาญเฉพาะการประกันสุขภาพจะมีมากขึ้น จะมีการแย่งส่วนแบ่งการตลาดจากตลาดระดับเดิม ซึ่งเป็นของบริษัทประกันชีวิตมากขึ้น เนื่องจากบริษัทที่ขายเฉพาะแผนการประกันสุขภาพอย่างเดียวจะมีความเชี่ยวชาญในการพิจารณารับประกันการควบคุมค่าใช้จ่ายและการสร้างแผนการประกันสุขภาพที่มีความแปลกใหม่มากกว่า อย่างไรก็ตาม แผนการประกันสุขภาพที่ขายควบกับกรมธรรม์ประกันชีวิตก็จะยังคงมีอยู่ตลอดจนปัจจุบัน บริษัทประกันในประเทศไทยมีการควบรวมธุรกิจกับบริษัทประกันภัยต่างประเทศเป็นจำนวนมากทำให้ธุรกิจประกันภัยมีการพัฒนาในระดับโลกยิ่งขึ้น จึงต้องมีการปรับแผนการประกันสุขภาพที่มีความแปลกและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้นด้วยเช่นกัน

3. ผู้เอาประกันภัย

ปัจจุบันประชาชนมีความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการประกันสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม แม้ว่าการประกันสังคม กองทุนทดแทนแรงงานและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคจะเข้ามามีบทบาทสูงแก่พนักงานลูกจ้างที่ทำงานกับองค์กรของเอกชนและประชาชนทั่วไป แต่ในปัจจุบันการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลของการประกันสังคมและหลักประกันถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคยังมีข้อบกพร่อง ข้อบกพร่องนี้เองที่ทำให้บริษัทนายจ้างหรือตัวพนักงานยังคงต้องการซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย เพิ่มขึ้นทั้งในรูปแบบของการประกันหมู่และการประกันรายบุคคล การคิดค้นแบบประกันสุขภาพที่เสริมการประกันสังคมหรือเสริมหลักประกัน 30 บาทอาจเป็นแนวทางหนึ่งเพื่อให้ธุรกิจประกันสุขภาพขยายตัวมากขึ้น เพราะสถานะเศรษฐกิจปัจจุบันที่อัตราค่ารักษาพยาบาลมีราคาแพงประชาชนย่อมต้องการหลักประกันในการรักษาพยาบาลมากขึ้น รูปแบบดังกล่าวอาจเป็นทางเลือกใหม่ของประชาชนที่ยังพอมีกำลังซื้อ

4. ปัญหาการใช้ประกันสุขภาพในทางที่ผิด

การแก้ปัญหาของการใช้ประกันสุขภาพในทางที่ผิดที่ผ่านมา บริษัทประกันภัยได้พยายามหามาตรการในการแก้ปัญหาการใช้ประกันสุขภาพในทางที่ผิดการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเป็นจุดเริ่มของการสร้างอำนาจการต่อรองระหว่างสถานพยาบาลและบริษัทที่ขายประกันสุขภาพ ในอนาคตคาดว่าจะการใช้ประกันสุขภาพในทางที่ผิดจะมีน้อยลงความ

สามารถในการควบคุมอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนจะทำให้ดีขึ้นและใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น ผู้เอาประกันภัยจะเสียเบี้ยประกันสุขภาพที่สะท้อนต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่แท้จริงมากขึ้น และจะทำให้ธุรกิจนี้ขยายตัวมากขึ้น

● ปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้ธุรกิจประกันสุขภาพมีแนวโน้มเติบโตขึ้นคือ

- อัตราดอกเบี้ยธนาคารซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 เป็นต้นมาในขณะที่อัตราดอกเบี้ยผลตอบแทนจากการทำประกันชีวิตสูงกว่า 2 เท่ารวมทั้งเมื่อปี 2545 รัฐบาลได้เพิ่มวงเงินจำนวนเงินลดหย่อนค่าเบี้ยประกันชีวิตในการคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจากไม่เกิน 10,000 บาท เป็นไม่เกิน 50,000 บาท สำหรับกรมธรรม์ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และต้องจ่ายเบี้ยประกันชีวิตให้แก่บริษัทประกันชีวิตที่ประกอบกิจการในประเทศไทยเท่านั้น จากเหตุผลดังกล่าวนี้ทำให้ประชาชนให้ความสำคัญกับการประกันชีวิต โดยเฉพาะแบบที่มีเงินออมรวมอยู่ด้วย จึงส่งผลให้มีการเสนอขายแบบประกันสุขภาพในสัญญาแนบท้ายของประกันชีวิตมากขึ้น
- การเปิดการค้าเสรีระดับโลกและการควบรวมกิจการของธุรกิจประกันภัยในประเทศและต่างประเทศในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาทำให้เกิดการแข่งขันและการพัฒนาแผนประกันภัยรุนแรงขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งธุรกิจประกันสุขภาพด้วย
- การเพิ่มช่องทางการจำหน่ายแบบประกันชีวิตผ่านธนาคาร (Bancassurance) โดยการจัดจำหน่ายกรมธรรม์ประกันชีวิตควบกับผลิตภัณฑ์ของธนาคาร เช่น สินเชื่อต่างๆ หรือกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ขายโดยตรงไม่ได้ควบกับผลิตภัณฑ์ของธนาคาร ทั้งนี้เพื่อให้บริการแก่ลูกค้าของธนาคารอย่างครบวงจร การเพิ่มช่องทางการจำหน่ายนี้ทำให้ธุรกิจประกันภัยมีการขยายตัวมากขึ้น ซึ่งรวมถึงธุรกิจประกันสุขภาพด้วย
- การเปิดช่องทางตลาด “Worksite Marketing” ที่ขายประกันภัยเจาะเข้ากลุ่มผู้มุ่งหวังในองค์กรที่มีรายได้ประจำ และหักเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินเดือน ช่องทางตลาดนี้ทำให้ธุรกิจประกันชีวิตขยายตัวขึ้น ซึ่งทำให้ผู้เอาประกันชีวิตนั้นมีโอกาสซื้อสัญญาแนบท้ายประกันสุขภาพสูงมากขึ้นด้วย ดังนั้นธุรกิจประกันสุขภาพก็จะขยายตัวได้เช่นกัน
- การอนุญาตให้บริษัทประกันชีวิตจำหน่ายกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน (Unit Link)** เมื่อปี 2546 ทำให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นในการลงทุน เมื่อธุรกิจนี้ขยายตัวมากขึ้นก็จะเป็นช่องทางในการนำเสนอขายสัญญาแนบท้ายประกันสุขภาพต่อมา
- การประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ ของรัฐบาล เพื่อให้ประชาชนเห็นถึงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่มีต่อธุรกิจประกันภัย รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ของธุรกิจประกันภัยจะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการประกันภัยมากยิ่งขึ้น
- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของราชการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน รัฐบาลได้จำกัดสิทธิของการรักษายาบาลลง ดังนั้นการประกันสุขภาพภาคเอกชนอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ข้าราชการ

** กรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน (Unit Link) หมายถึง กรมธรรม์ซึ่งเบี้ยประกันภัยที่บริษัทประกันชีวิตเรียกเก็บจากผู้เอาประกันชีวิตนั้นจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เบี้ยประกันภัยส่วนแรกเป็นค่าเบี้ยประกันภัยสำหรับการให้ความคุ้มครองต่อการมรณะและเงื่อนไขการจ่ายเงินเมื่อยังมีชีวิตอยู่ โดยบริษัทประกันชีวิตเป็นผู้รับความเสี่ยงจากการนำเบี้ยประกันภัยนั้นไปลงทุน สำหรับเบี้ยประกันภัยในส่วนที่สองนั้นเป็นเงินลงทุนที่จะนำไปลงทุนให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และข้อจำกัดการลงทุนของผู้เอาประกันภัย โดยมีบริษัทบริหารจัดการเงินดังกล่าว ดังนั้นเงินในส่วนนี้ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับความเสี่ยงไว้เองในการลงทุน



สามารถเลือกใช้ได้ในปัจจุบัน ข้าราชการที่มีประกันสุขภาพมักใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลของราชการก่อนแล้วจึงใช้สิทธิตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในส่วนที่ขาด หากพิจารณาในกรณีนี้จะเห็นว่าบริษัทประกันภัยได้รับประโยชน์เพราะไม่ต้องจ่ายสินไหมทดแทนให้ในส่วนที่ข้าราชการนั้นใช้สิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของราชการ โดยได้รับเบี้ยประกันสุขภาพเต็มตามสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่ระบุในสัญญา ดังนั้นบริษัทประกันภัยควรจำหน่ายแบบประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์เดิมรวมทั้งกำหนดเบี้ยประกันภัยที่ยุติธรรมซึ่งสามารถจัดปัญหาความซ้ำซ้อนของระบบ

- ระบบประกันสังคมยังมีข้อบกพร่อง ทำให้ผู้ประกันตนหันมานิยมซื้อประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน ซึ่งจะได้รับความสะดวกรวดเร็วกว่า แต่ทั้งนี้สิทธิประโยชน์บางกรณีของการประกันสังคมและการประกันสุขภาพมีความซ้ำซ้อนกัน หากบริษัทประกันภัยคิดค้นแบบประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากการประกันสังคม และกำหนดเบี้ยประกันภัยที่ยุติธรรมสิ่งเหล่านี้สามารถจัดปัญหาความซ้ำซ้อนของระบบได้ รวมถึงเกิดความยุติธรรมกับผู้ประกันตน
- การประกันภัยอุบัติเหตุเอื้ออาทร และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคที่รัฐบาลผลักดันให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้รับความคุ้มครอง ด้านความปลอดภัยและทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง หากธุรกิจประกันภัยออกแบบประกันสุขภาพเพิ่มเติมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันย่อมส่งผลให้ธุรกิจนี้เติบโตขึ้นได้

7. ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อธุรกิจประกันสุขภาพและการเชื่อมโยงของระบบ

ธุรกิจประกันภัยในประเทศไทยได้ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2522 โดยในปี 2545 จำนวนเบี้ยประกันภัยรับตรงของธุรกิจนี้มีประมาณ 11,585 ล้านบาท ซึ่งให้ความคุ้มครองผู้เอาประกันสุขภาพจำนวนประมาณ 5 ล้านคน ซึ่งจากข้อมูลสถิติจะเห็นว่ามีความคุ้มครองผู้เอาประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณาค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเพื่อซื้อความคุ้มครองนั้นจะเห็นว่าไม่ใช่เงินจำนวนน้อย ผู้ที่มีกำลังซื้อและเห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพเท่านั้นจึงสามารถซื้อประกันภัยประเภทนี้ได้ หากพิจารณาว่าธุรกิจนี้ประสบปัญหาหรือไม่หลังจากรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคมาตั้งแต่ปี 2544 จากตัวเลขเบี้ยประกันภัยรับตรงจะเห็นว่านโยบายดังกล่าวไม่ได้มีผลกระทบในแง่ลบต่อธุรกิจนี้ ทั้งนี้เพราะความสะดวกรวดเร็วในการใช้สิทธิประโยชน์ตามการประกันสุขภาพภาคเอกชนมีมากกว่า

การที่ปริมาณของเบี้ยประกันสุขภาพมีสูงขึ้นและมีความหลากหลายของแบบมากขึ้นในปัจจุบันนั้นเป็นผลสืบเนื่องจากปัจจัยหลายด้านดังที่กล่าวมาแล้ว อาทิ ภาวะอัตราดอกเบี้ยต่ำการเปิดการค้าเสรี การควบรวมกิจการ นโยบายของรัฐต่อธุรกิจประกันภัย เป็นต้น ในที่นี้ไม่สามารถสรุปได้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาลเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนเติบโตขึ้น ในทางกลับกันนโยบายดังกล่าวก็ไม่ใช่ปัจจัยลบที่จะทำให้ธุรกิจ

นี้หดตัวลง ทั้งนี้เพราะกลุ่มประชาชนที่ใช้บริการตามนโยบายของรัฐและของเอกชนนั้นเป็นคนละกลุ่ม ซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันและมีความคาดหวังในบริการที่ต่างกัน

ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาต่อมาก็คือ การเชื่อมโยงระหว่างการประกันสุขภาพภาคเอกชน และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากรัฐยังคงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคโดยให้เฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทั่วไปและพัฒนาให้องค์กรบริการด้านสุขภาพสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน สะดวก รวดเร็วและเป็นไปตามที่ประชาชนคาดหวังได้ การประกันสุขภาพภาคเอกชนสามารถเข้ามามีบทบาทในส่วนที่จะเติมเต็มสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมตามที่ประชาชนต้องการได้โดยต้องกำหนดเบี้ยประกันสุขภาพที่เป็นธรรมและเหมาะสมกับสิทธิประโยชน์นั้นๆ การเชื่อมโยงในรูปแบบนี้ย่อมเป็นประโยชน์แก่ประชาชนโดยรวม

อย่างไรก็ตามหากองค์กรบริการด้านสุขภาพที่ให้บริการตามนโยบายของรัฐยังไม่สามารถให้บริการเป็นไปตามที่ประชาชนคาดหวังได้ ประชาชนส่วนหนึ่งที่ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีก็ยังคงเลือกใช้การประกันสุขภาพภาคเอกชนที่ให้สิทธิประโยชน์เต็มรูปแบบต่อไป ในกรณีเช่นนี้รัฐควรจะให้สิทธิหักลดหย่อนภาษีค่าเบี้ยประกันสุขภาพในการคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาหรือไม่เพื่อสร้างความเป็นธรรม และเปิดทางเลือกให้แก่ประชาชน รวมทั้งกระตุ้นให้ธุรกิจประกันสุขภาพและธุรกิจบริการสุขภาพเติบโตต่อไปได้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างตารางผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรมรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

ผลประโยชน์ที่ได้รับ	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	
ผลประโยชน์	500	1,100	1,700	2,400	3,000	4,000	
ค่าห้อง ค่าอาหารและค่าบริการพยาบาลต่อวัน (สูงสุด 90 วัน รวมห้องผู้ป่วยหนัก)	500	1,100	1,700	2,400	3,000	4,000	
ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) (สูงสุด 7 วัน)	1,000	2,200	3,400	4,800	6,000	8,000	
ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ (เช่น ค่ายา ค่าพยาบาล)	7,000	16,000	20,000	20,000	30,000	40,000	
ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามตารางผ่าตัด)	35,000	45,000	55,000	65,000	75,000	100,000	
ค่าห้องผ่าตัด	3,500	4,500	5,500	6,500	7,500	10,000	
ค่าวางยาสลบ	3,500	4,500	5,500	6,500	7,500	10,000	
ค่าวินิจฉัยโรค (ก่อนหรือหลังรักษาในโรงพยาบาล)	3,500	3,500	3,500	3,500	3,500	4,000	
ค่าปรึกษาแพทย์ต่อครั้ง (สูงสุด 90 ครั้ง)	300	600	800	900	1,000	1,000	
ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน (จากอุบัติเหตุ)	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000	10,000	
รวมยอดเงินสูงสุดที่เบิกได้ต่อครั้ง	130,000	237,200	330,400	420,300	510,500	652,000	
วงเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ	100,000	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	
หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายร่วมต่อครั้งเมื่อเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน	1,500	2,000	2,000	3,000	3,000	3,000	
ผลประโยชน์บันทึกสลิปหลังสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพผู้ป่วยนอกแบบเพิ่มผลประโยชน์							
ผลประโยชน์	400	500	600	700	800	900	1,000
หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายร่วมต่อครั้ง	80	100	120	140	160	180	200
* ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายร่วม และเบี้ยประกันภัย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจะเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น							

ที่มา : บริษัทประกันชีวิต ก.

ตารางที่ 2 ตัวอย่างตารางผลประโยชน์ของประกันสุขภาพรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย

ผลประโยชน์		แผน 1	แผน 2	แผน 3
ความคุ้มครองสูงสุด (ต่อคนต่อปี) ขึ้นอยู่กับ :		500,000	3,000,000	7,000,000
1. ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล				
(1) ต่อปี	ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด	500,000	1,000,000	2,000,000
(2) ต่อวัน	ค่าห้องพยาบาล	1,700	3,500	*ST/SB/AC
	ค่าห้องฉุกเฉิน	As Charged	As Charged	As Charged
	ค่าปรึกษาแพทย์	As Charged	As Charged	As Charged
(3) ต่อการผ่าตัด	ผลประโยชน์ผ่าตัดสูงสุด	300,000	600,000	As Charged
(4) ต่อการเรียกรถส่งใหม่	ค่าวินิจฉัยโรคก่อนเข้าพักรักษาตัวภายในจำนวนวัน	30 วัน	60 วัน	60 วัน
	ค่าบริการหลังจากออกโรงพยาบาลภายในจำนวนวัน	60 วัน	90 วัน	90 วัน
(5) ต่อการดูแลสุขภาพ	ห้องผ่าตัด การฟอกไต	Included	Included	Included
	ห้องผ่าตัด รักษาโรคมะเร็ง	Included	Included	Included
2. การเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ ไต หัวใจ ตับ ปอด และไขกระดูก		As Charged	1,000,000	2,000,000
3. ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินและวางยาสลบ A สำหรับแผนนานาชาติ B สำหรับแผนในประเทศและนานาชาติ		N/A	(a)1,000,000	(b)1,000,000
4. การเพิ่มความคุ้มครองขณะที่พำนักในต่างประเทศ		N/A	N/A	2,000,000
5. บริการผู้ป่วยนอก		N/A	N/A	Optional
*ST/SB/AC= เติบโตเต็มวัยห้องแอร์ปกติ				
ค่าเบี้ยประกันแรกเข้า				
ระดับอายุ (ปี)				
1-17		4,353	6,960	10,085
18-39		8,706	13,918	18,826
40-49		10,882	17,398	23,518
50-55		14,283	22,834	30,026
ค่าเบี้ยประกันในปีต่ออายุที่เกินขอบเขตอายุของผู้เอาประกันที่กำหนด				
56-59		14,283	22,834	30,026
60-64		19,042	30,445	39,586

หมายเหตุ : การบริการผู้ป่วยนอกสามารถเลือกซื้อได้เฉพาะแผนที่ 3 เท่านั้น

ที่มา : บริษัทประกันวินาศภัย ข.

ตารางที่ 3 ตัวอย่างตารางผลประโยชน์ของประกันสุขภาพ ซึ่งขายโดยบริษัทประกันสุขภาพโดยเฉพาะ

รายละเอียดผลประโยชน์	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
ค่ารักษาพยาบาลกรณีคนไข้ใน				
ค่าห้อง ค่าอาหาร และการพยาบาล สูงสุดต่อวัน	1,200	2,000	3,000	5,000
ค่าห้อง ไอ ซี ยู และการพยาบาล สูงสุดต่อวัน	2,400	4,000	6,000	10,000
ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป				
ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ค่ายา, ค่าทำแผล, ค่าเอกซเรย์, ค่าตรวจในห้องแล็บ, ค่ากายภาพบำบัด, ค่าห้องผ่าตัด (สูงสุดต่อครั้ง)	15,000	20,000	30,000	50,000
การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน แบบคนไข้นอก (กรณีอุบัติเหตุรักษาตัวภายใน 24 ชั่วโมง) และการรักษาต่อเนื่องภายใน 15 วัน สำหรับอุบัติเหตุต่างๆ (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป)	2,000	3,000	4,000	5,000
ค่ารถพยาบาล - สูงสุดไม่เกิน 1,000 บาท ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป)	1,000	1,000	1,000	1,000
ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด				
ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัดรวมถึงค่าบริการแพทย์ก่อนการผ่าตัดต่อครั้ง (ตามตารางผ่าตัด)	20,000	30,000	50,000	70,000
ค่าแพทย์เยี่ยมไข้				
ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ สูงสุดต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน)	300	500	800	1,000
ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง				
การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะจ่ายชดเชยเพิ่มเติมให้อีก 80% ของค่าใช้จ่ายส่วนเกินผลประโยชน์ของค่ารักษาพยาบาลกรณีคนไข้ใน (ยกเว้น ค่าห้อง ค่าอาหาร และการพยาบาล) สูงสุดไม่เกินผลประโยชน์ ที่กำหนดไว้ในตารางข้างล่างนี้				
ความคุ้มครองสูงสุดของแต่ละแผน	300,000	400,000	500,000	600,000
ประกันอุบัติเหตุ				
ประกันอุบัติเหตุ (อบ.2) กรณีเสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	20,000	40,000	60,000	100,000
ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน ความคุ้มครองสูงสุดของแต่ละแผน				
บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน	-	-	1,000,000	1,000,000
บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นยังภูมิลำเนา	-	-	1,000,000	1,000,000
บริการเคลื่อนย้ายศพ	-	-	1,000,000	1,000,000
ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอก				
ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอกแบบคลาสสิก	400	500	1,000	1,500
ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอกแบบพลัส	500	800	1,200	2,000
ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอกแบบดีลักซ์ ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วย ได้แก่ ค่าปรึกษาแพทย์, ค่ายา, ค่าเอกซเรย์และค่าตรวจในห้องแล็บ (สูงสุดไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน 7 ครั้งต่อโรค และ 30 ครั้งต่อปี)	600	1,000	1,500	2,500

ความคุ้มครองเพิ่มเติม	ชื่อแผน			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
สิทธิกรรรม				
ค่าใช้จ่ายจะครอบคลุมถึง การฝากครรภ์และการดูแล หลังคลอด, ค่าห้องและค่าอาหาร, ค่าแพทย์, ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ของโรงพยาบาลและอุปกรณ์ต่างๆ	30,000	30,000	30,000	30,000
การคลอดปกติ, การผ่าตัดคลอดโดยตั้งใจ และการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย	60,000	60,000	60,000	60,000
การตั้งครรรณ์นอกมดลูก และการผ่าคลอดฉุกเฉิน การแท้งบุตร	5,000	15,000	15,000	15,000

ที่มา : บริษัทประกันสุขภาพ ค.

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการแสดงสิทธิประโยชน์ในการประกันภัยแผนรายได้ระหว่างการต้องอยู่ในโรงพยาบาล

ผลประโยชน์	แผน 1	แผน 2
ทดแทนรายได้ขณะรักษาในโรงพยาบาล	1,000 บาท/วัน	2,000 บาท/วัน
ทดแทนรายได้ขณะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล (สถานที่ใดก็ได้)	500 บาท/วัน	1,000 บาท/วัน
ค่ารักษาทางกายภาพบำบัด	10,000 บาท/กรณี	20,000 บาท/กรณี
ค่าเดินทางไปพบแพทย์ หลังออกจากโรงพยาบาล (สูงสุด 10 ครั้ง)	100 บาท/ครั้ง	200 บาท/ครั้ง

ที่มา : บริษัทประกันวินาศภัย ง.

ตารางที่ 5 ส่วนแบ่งตลาดเบี้ยประกันภัยรับโดยตรงเฉพาะของสัญญาแนบท้ายประกันสุขภาพรายบุคคลของปี พ.ศ. 2545 โดยเรียงลำดับบริษัทที่มีเบี้ยประกันภัยรับสูงสุด 13 บริษัทแรก

ลำดับที่	ชื่อบริษัท	เบี้ยประกันภัยรับตรง (พัน บาท)	ส่วนแบ่งตลาด (%)
1	เอ.ไอ.เอ	5,607,858	53.11
2	ไทยประกันชีวิต	2,396,581	22.70
3	ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี	904,374	8.57
4	กรุงเทพประกันชีวิต	521,567	4.94
5	เมืองไทยประกันชีวิต	488,182	4.62
6	อาคเนย์ประกันชีวิต	166,601	1.58
7	เนชั่นไวต์ประกันชีวิต	150,971	1.43
8	ไอเอ็นจี เอ็มน่า โอสดสภาฯ	76,808	0.73
9	กรุงไทย-แอกซ่าประกันชีวิต	64,714	0.61
10	ไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์	55,045	0.52
11	อินเตอร์ไลฟ์จอห์นแฮนคอค	51,258	0.49
12	พรเด้นเซียล ทีเอสไลฟ์	39,511	0.37
13	ไทยสมุทรประกันชีวิต	12,800	0.12
14-22	บริษัทอื่นๆ	22,341	0.21
รวม		10,558,611	100.00

ที่มา : กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย

ตารางที่ 6 ส่วนแบ่งตลาดเบี้ยประกันภัยรับโดยตรงของการประกันสุขภาพซึ่งอยู่ในการประกันภัยเบ็ดเตล็ดในรอบปี พ.ศ. 2545 โดยเรียงลำดับบริษัทที่มีเบี้ยประกันภัยรับสูงสุด 10 อันดับแรก

ลำดับที่	ชื่อบริษัท	เบี้ยประกันภัยรับตรง (พัน บาท)	ส่วนแบ่งตลาด (%)
1	บลูโครสประกันสุขภาพ	575,258	56.00
2	ไทยประกันสุขภาพ	80,286	7.82
3	นวกิจประกันภัย	70,238	6.84
4	กรุงเทพประกันภัย	46,426	4.52
5	สามัคคีประกันภัย	38,947	3.79
6	อริว่า ประกันภัย (ไทย)	36,981	3.60
7	เทเวศประกันภัย	28,698	2.79
8	ทิพยประกันภัย	27,778	2.70
9	โรยัลแอนด์ซัน อัลลายแอนซ์ประกันภัย	24,799	2.41
10	บางกอกสหประกันภัย	21,602	2.10
11-77	บริษัทอื่นๆ	76,244	7.42
รวม		1,027,257	100.00

ที่มา : กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบเบี้ยประกันภัยรับตรงจากกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญ และเบี้ยประกันภัยรับตรงจากสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญ ปี พ.ศ. 2540-2545

ปี พ.ศ.	เบี้ยประกันภัยรับตรงจาก กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญ (พันบาท)	เพิ่ม (ลด)	เบี้ยประกันภัยรับตรงจาก สัญญาเพิ่มเติมประกัน สุขภาพแนบท้ายกรมธรรม์ ประกันชีวิตสามัญ(พันบาท)	เพิ่ม (ลด)
2540	36,907,429	na	6,788,898	21.07
2541	35,047,037	(5.04)	7,094,819	4.51
2542	39,508,142	12.73	7,380,125	4.02
2543	48,954,292	23.91	9,283,048	25.78
2544	65,130,272	33.04	9,578,912	3.19
2545	81,219,897	24.70	10,558,611	10.23

หมายเหตุ : ไม่รวมการประกันชีวิตแบบสวัสดิการสงเคราะห์

ที่มา : กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย

ตารางที่ 8 จำนวนเงินจ่ายตามสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญ
ปี พ.ศ. 2540-2545

ปี พ.ศ.	เงินจ่ายตามสัญญา ฯ (พันบาท)	อัตราสินไหมทดแทน (ร้อยละ)*
2540	3,713,130	54.69
2541	3,662,409	51.62
2542	3,454,756	46.81
2543	3,316,352	35.72
2544	3,611,910	37.71
2545	3,949,504	37.41

ที่มา : กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย

* คำนวณจากข้อมูลในตารางที่ 7 และ ตารางที่ 8

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบเบี้ยประกันภัยรับตรง จำนวนกรมธรรม์ และอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนของ
ธุรกิจประกันสุขภาพ เฉพาะที่อยู่ในการประกันภัยเบ็ดเตล็ด ปี พ.ศ. 2540-2545

ปี พ.ศ.	เบี้ยประกันภัย รับตรง (พันบาท)	จำนวนกรมธรรม์ (ฉบับ)	อัตราส่วนค่าสินไหม ทดแทน (ร้อยละ)
2540	734,125	42,512	69.3
2541	708,082	52,836	73.2
2542	790,603	49,256	75.4
2543	872,817	49,166	70.0
2544	895,955	43,089	68.6
2545	1,027,257	56,679	68.97

ที่มา : กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สุวาณี สุรเสียงสังข์ 2543 การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย: ปัญหาและอุปสรรค จุฬาลงกรณ์วารสาร ปีที่ 12 ฉบับที่ 46 มกราคม-มีนาคม 2543 กรุงเทพมหานคร
2. สมาคมประกันชีวิตไทย. 2546. รายงานสถิติรายปี. www.tlaa.org .
3. กรมการประกันภัย. รายงานธุรกิจประกันภัยในประเทศไทย. กระทรวงพาณิชย์ กรุงเทพมหานคร. 2530-2545. www.tlaa.org

บทที่ 5 พระราชบัญญัติคุ้มครอง
ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

โดย :

นายชูฉัตร ประมูลพล

1. หลักการและเหตุผล ของการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

จากสภาพปัญหาความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถ ซึ่งสร้างความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกายของประชาชนผู้ประสบภัยจากรถเป็นจำนวนมาก ทำให้ในแต่ละปีรัฐต้องสูญเสียงบประมาณ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากรถ เกิดภาระทางสังคมเพิ่มขึ้นจากผู้ต้องพิการ หรือผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อบรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้นกับประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งแต่เดิม ผู้ประสบภัยต้องฟ้องร้องเป็นคดีเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้ผิดเองในกรณีที่ผู้ก่อให้เกิดความเสียหายไม่มีความสามารถที่จะชดเชยได้

รัฐบาลจึงได้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ขึ้น ซึ่งกำหนดให้ผู้ขับรถและเจ้าของรถทุกคันต้องทำประกันภัยรถเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากรถทุกคน ทั้งผู้โดยสาร ผู้ที่ขับขี่รถ และคนเดินถนน โดยจะได้รับความคุ้มครองเป็นค่ารักษาพยาบาลกรณีได้รับบาดเจ็บ หรือกรณีผู้ประสบภัยจากรถเสียชีวิต โดยทายาทผู้ประสบภัยก็จะได้รับชดเชยเป็นค่าปลงศพ เพื่อให้ผู้ขับรถได้สำนึกถึงการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเกื้อกูล ร่วมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความประมาทอันเนื่องมาจากการใช้รถ ทั้งนี้หลักการประกันภัยก็คือการร่วมเฉลี่ยความเสียหายระหว่างผู้ที่เข้ามาร่วมกลุ่มกันและมีความเสี่ยงภัยอย่างเดียวกัน โดยที่แต่ละคนที่เข้ามารวมกลุ่มกันนั้นสมทบเงินไว้เป็นกองกลาง เมื่อมีภัยเกิดขึ้นกับผู้หนึ่งผู้ใดในกลุ่ม เงินกองกลางที่ร่วมสมทบกันนั้นก็就会被นำไปใช้จ่ายเป็นค่าเสียหายให้แก่ผู้ที่ต้องประสบภัยนั้น

ดังนั้น หากผู้ที่ต้องรับผิดชอบค่าสินไหมทดแทนเพราะเหตุละเมิดนั้น ไม่สามารถชดเชยค่าสินไหมทดแทนได้และได้มีการประกันภัยไว้ บริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยรถคันนั้นก็จะต้องเข้ามาชดเชยค่าสินไหมทดแทนแทนผู้ที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถฉบับนี้จึงได้นำระบบการประกันภัยมาใช้ โดยคำนึงถึงเฉพาะความเสียหายที่เกิดแก่ชีวิตและร่างกายเท่านั้น

2. สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีดังนี้

- 1) เจ้าของรถซึ่งใช้รถหรือมีรถไว้เพื่อใช้ ต้องจัดให้มีประกันภัยความเสียหายสำหรับผู้ประสบภัยกับบริษัทประกันภัย ซึ่งเป็นไปตามมาตรา 7 วรรคแรก แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 นั่นคือ รถทุกคันที่ใช้อยู่ เจ้าของรถหรือผู้ครอบครองตามสัญญาเช่าซื้อมีหน้าที่ต้องทำประกันภัยรถตามกฎหมายนี้ โดยทำประกันภัยกับบริษัทประกันภัย
- 2) ความคุ้มครอง : ความคุ้มครองที่กำหนดในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 กำหนดความคุ้มครองไว้เฉพาะความเสียหายที่เกิดแก่ชีวิต คือกรณีเสียชีวิต และคุ้มครองความเสียหายแก่ร่างกาย คือ กรณีได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ

- 3) ผู้ประสบภัยจากรถทุกคน ไม่ว่าจะเป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร คนเดินถนน ฯลฯ จะได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้

2.1 หลักประกันที่สำคัญ

เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถทุกคนว่าจะได้รับความคุ้มครองในความเสียหายที่เกิดขึ้น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 จึงได้สร้างหลักประกันที่สำคัญไว้ ดังนี้

- ก. หลักประกันที่ผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับความคุ้มครอง : ในกรณีผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บหรือกรณีเสียชีวิตเพราะเหตุจากอุบัติเหตุจากรถและไม่สามารถเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้ทำละเมิดได้ หรือจากบริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยรถยนต์นั้นได้ กฎหมายได้กำหนดให้มี “กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย” เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยหรือทายาทผู้ประสบภัย โดยผู้ประสบภัยหรือทายาทผู้ประสบภัยสามารถยื่น คำร้องต่อกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเพื่อขอเบิกเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บ หรือเป็นค่าปลงศพกรณีผู้ประสบภัยเสียชีวิตในจำนวนไม่เกินค่าเสียหายเบื้องต้น
- ข. หลักประกันแก่สถานพยาบาล : เป็นหลักประกันให้แก่ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลว่าจะได้รับค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอนในการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ ด้วยเหตุว่าผู้ประสบภัยจากรถบางรายไม่สามารถที่จะสำรองค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลได้ และอาจเป็นการให้แก่วินิจฉัยหรือผู้ประสบภัยอาจถูกปฏิเสธการเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ประสบภัย กฎหมายจึงกำหนดให้ผู้ประสบภัยสามารถมอบอำนาจให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รับรักษาพยาบาลขอเบิกค่ารักษาพยาบาลในจำนวนที่ไม่เกินค่าเสียหายเบื้องต้นได้จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือจากบริษัทแล้วแต่กรณี
- ค. หลักประกันที่จะได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยกฎหมายกำหนดให้มีการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด และให้มีการจ่ายภายใน 7 วัน นับแต่ร้องขอ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างทันท่วงที หลักประกันข้อนี้มีส่วนช่วยเหลือผู้ประสบภัยเป็นอย่างมาก แม้ว่าจำนวนเงินที่จะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ความรับผิดจะมีจำนวนไม่สูงนัก แต่ก็สามารถช่วยบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ประสบภัยได้ โดยจะไปช่วยลดขนาดความรุนแรงของความเสียหายลงได้ ผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บหากได้รับการรักษาทันทีความเสียหายก็จะลดน้อยลงลดจำนวนผู้ประสบภัยที่ต้องพิการหรือเสียชีวิตลงได้ ซึ่งช่วยลดปัญหาสังคมได้เป็นอย่างมาก

2.2 ความคุ้มครอง

ให้ความคุ้มครองบุคคลทุกคนที่ได้รับความเสียหายเพราะเหตุประสบภัยจากรถ

● จำนวนเงินความคุ้มครอง :

เนื่องจากการประกันภัยภาคบังคับ จำนวนเงิน ความคุ้มครองจึงถูกกำหนดโดยกฎหมาย ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้จำนวนเงินความคุ้มครองแบ่งเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 20 วรรคสอง และจำนวนเงินเอา ประกันภัยตามมาตรา 7 วรรคสอง

● จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น :

กฎหมายกำหนดให้มีการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของ ค่าสินไหมทดแทน โดยเป็นการจ่ายแก่ผู้ประสบภัยหรือทายาทผู้ประสบภัยเมื่อได้รับคำร้องขอ เพื่อช่วยบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้น ในกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นฝ่ายใดเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย โดยกฎหมายกำหนดคำนิยาม “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ไว้ในมาตรา 4 ความเสียหายที่จะได้รับค่าเสียหายเบื้องต้น จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น การร้องขอและการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นไปตามมาตรา 20 มาตรา 25 มาตรา 27 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

.....

“ค่าเสียหายเบื้องต้น” ในกรณีความเสียหายต่อร่างกาย หมายความว่า ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ ผู้ประสบภัย และในกรณีความเสียหายต่อชีวิต หมายความว่า ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพผู้ประสบภัยซึ่งถึงแก่ความตาย ทั้งนี้ตามรายการและจำนวนเงินที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 20 วรรคสอง

ตามมาตรา 4 กำหนดให้ค่าเสียหายเบื้องต้นหมายความว่าความเสียหายต่อร่างกาย ซึ่งได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นอันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและหมายความว่าความเสียหายต่อชีวิต ซึ่งได้แก่ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายอื่นอันเกี่ยวกับการจัดการศพ ซึ่งได้กำหนดรายการที่สามารถจ่ายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นได้และกำหนดจำนวนเงิน ค่าเสียหายเบื้องต้นไว้ในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 20 วรรคสอง คือ กฎกระทรวง ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2540) ข้อ 3 ดังนี้

จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น ให้เป็นไปตามต่อไปนี้

- (1) จำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาท สำหรับความเสียหายต่อร่างกาย
- (2) จำนวนหนึ่งหมื่นห้าพันบาท สำหรับความเสียหายต่อชีวิต
- (3) จำนวนตาม (1) และ (2) รวมกัน สำหรับผู้ประสบภัยที่ถึงแก่ความตายหลังจากมีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

การจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น หากเป็นกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวนเงินที่จะสามารถร้องขอรับได้เพียงตามจำนวนที่จ่ายจริงเท่านั้น และวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท และต้องเป็นไปตามรายการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงเท่านั้น หรือหากผู้ประสบภัยเสียชีวิต ทายาทผู้ประสบภัยสามารถขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นได้เต็ม 15,000 บาท หรือหากผู้ประสบภัยมีการรักษาพยาบาลและต่อมาเสียชีวิต ทายาทผู้ประสบภัยสามารถร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นได้ไม่เกิน 30,000 บาท โดยเป็นความเสียหายต่อร่างกายตามที่จ่ายจริงไม่เกิน 15,000 บาท รวมกับความเสียหายต่อชีวิต คือ กรณีเสียชีวิตอีก 15,000 บาท รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้นไม่เกิน 30,000 บาท

มาตรา 20 วรรคแรก บัญญัติว่า “เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัทได้รับประกันภัยไว้ ให้บริษัทจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยเมื่อได้รับคำร้องขอจากผู้ประสบภัย”

มาตรา 25 “ให้บริษัทหรือสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 20 มาตรา 23 หรือ มาตรา 24 ให้แก่ผู้ประสบภัยให้เสร็จสิ้นภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับความร้องขอ ทั้งนี้ โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความรับผิด”

ตามมาตรา 20 และมาตรา 25 กฎหมายกำหนดให้บริษัทที่รับประกันภัยรถยนต์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยเมื่อได้รับความร้องขอและต้องจ่ายภายใน 7 วัน

โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความรับผิดชอบหมายความว่า บริษัทประกันภัยมีหน้าที่ต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถ เมื่อผู้ประสบภัยยื่นคำร้องต่อบริษัท โดยบริษัทไม่จำเป็นต้องรอผลการสอบสวนของพนักงานสอบสวนว่าฝ่ายใดเป็นผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย และกำหนดให้ต้องจ่ายภายใน 7 วันนับแต่ผู้ประสบภัยยื่นคำร้อง ที่เป็นดังนี้ เพราะกฎหมายต้องการให้ผู้ประสบภัยจากรถได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว เพื่อบรรเทาความเสียหายมิให้ลุกลามจนเป็นกลายความเสียหายขนาดใหญ่ เช่น ผู้ประสบภัยจากรถหากได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ก็อาจช่วยให้ผู้ประสบภัยไม่ต้องพิการหรือเสียชีวิต การกำหนดให้บริษัทต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ว่าฝ่ายใดเป็นฝ่ายผิด มีผลให้ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

หากพิจารณาในแนวทางการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัย จะพบว่า การที่กฎหมายกำหนดให้บริษัทประกันภัยต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นได้ทันทีโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความรับผิดชอบนั้น ย่อมมีผลให้บริษัทประกันภัยมีความเสี่ยงภัยเพิ่มขึ้น เพราะโดยปกติ กรมธรรม์ประกันภัยจะกำหนดให้บริษัทจะต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในนามของผู้เอาประกันภัยซึ่งผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบตามกฎหมายต่อผู้ประสบภัย นั่นคือบริษัทเข้ามารับภาระความเสี่ยงภัยจากผู้เอาประกันภัย การรับผิดชอบตามกฎหมายซึ่งต้องมีการชดใช้กันทางแพ่ง เช่น กรณีละเมิด ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420

มาตรา 420 “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” นั่นคือผู้เอาประกันภัยต้องเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย ต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายในความเสียหายที่ตนเป็นผู้ก่อ ดังนั้น บริษัทที่รับประกันภัยไว้จึงจะเข้ามาชดใช้ค่าเสียหายนั้นแทนผู้เอาประกันภัย

แต่สำหรับมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้บริษัทที่รับประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น เมื่อผู้ประสบภัยหรือทายาทร้องขอ โดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าฝ่ายใดเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบในเหตุที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดกรณีการจ่ายค่าเสียหายแม้ผู้เอาประกันภัยมิได้เป็นฝ่ายทำละเมิด ยิ่งด้านกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยกฎหมายกำหนดเหตุที่จ่ายไว้ตามมาตรา 23 มี 6 กรณีด้วยกัน จึงไม่ต้องพิจารณาว่าฝ่ายใดถูกฝ่ายใดผิดแต่อย่างใด

การจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 20 วรรคแรกและมาตรา 25 ของบริษัทประกันภัยเป็นสิ่งที่บริษัทมีอาจปฏิเสธได้ทำให้ความเสี่ยงภัยในส่วนนี้เพิ่มขึ้น

จำนวนเงินเอาประกันภัย : ตามมาตรา 7 วรรคสอง กำหนดให้การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยต้องกำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 7 วรรคสอง “จำนวนเงินเอาประกันภัย ให้กำหนดตาม ชนิด ประเภทและขนาดของรถ แต่ต้องไม่น้อยกว่าจำนวนเงินที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง”

จำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย กำหนดในกฎกระทรวง ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2540) ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ดังนี้

“ข้อ 2 รถทุกชนิดทุกประเภทอย่างน้อยต้องจัดให้มีการประกันภัยตามขนาดของรถ ดังต่อไปนี้
(1) รถที่มีที่นั่งไม่เกินเจ็ดคนหรือใช้รถบรรทุกผู้โดยสารรวมทั้ง ผู้ขับขี่ไม่เกินเจ็ดคนให้มีจำนวน

เงินเอาประกันภัยหาล้านบาทต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อครั้ง และให้มีจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคน ดังต่อไปนี้

(ก) ห้าหมื่นบาทต่อคนสำหรับความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัย แต่ไม่รวมถึงความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัยตาม (ข)

(ข) แปดหมื่นบาทต่อคนสำหรับความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัยในกรณีใดกรณีหนึ่งหรือหลายกรณี ดังต่อไปนี้

1. ตาบอด
2. หูหนวก
3. เป็นใบ้ หรือเสียความสามารถในการพูด หรือลิ้นขาด
4. สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์
5. เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้ว หรืออวัยวะอื่นใด
6. จิตพิการอย่างติดตัว
7. ทุพพลภาพอย่างถาวร

(ค) แปดหมื่นบาทต่อคนสำหรับความเสียหายต่อชีวิต

(ง) แปดหมื่นบาทต่อคนสำหรับความเสียหายตาม(ก) และต่อมาได้รับความเสียหายตาม (ข) หรือ (ค) หรือทั้ง (ข) และ (ค)

(2) รถที่มีที่นั่งเกินเจ็ดคนหรือใช้บรรทุกผู้โดยสารรวมทั้งผู้ขับขี่เกินเจ็ดคนให้มีจำนวนเงินเอาประกันภัย สิบล้านบาทต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อครั้ง และให้มีจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคนตามที่กำหนดไว้ใน (1)

“ข้อ 3 ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับขี่และผู้ขับขี่ที่ประสบภัยเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย หรือไม่มีผู้ได้รับผิดตามกฎหมายต่อผู้ประสบภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อ 2 ให้ลดลงเป็นจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในมาตรา 20 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535”

ตามกฎกระทรวงดังกล่าวได้กำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อครั้งแยกตามประเภทรถ และจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อคน จะเป็นจำนวนที่เท่ากันหมด ดังนี้

ก. จำนวนเงินเอาประกันภัย 5 ล้านบาทต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อครั้ง สำหรับรถที่มีที่นั่งไม่เกิน 7 คนหรือใช้บรรทุกผู้โดยสารรวมทั้งผู้ขับขี่ไม่เกิน 7 คน ประเภทรถดังกล่าว ได้แก่ รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง รถจักรยานยนต์ รถสามล้อเครื่อง รถยนต์บรรทุกที่ใช้เพื่อการบรรทุกขนส่ง เป็นต้น

ข. จำนวนเงินเอาประกันภัย 10 ล้านบาทต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อครั้ง สำหรับรถที่มีที่นั่งเกิน 7 คนหรือใช้บรรทุกผู้โดยสารรวมทั้งผู้ขับขี่เกิน 7 คน ประเภทรถดังกล่าวได้แก่ รถยนต์โดยสารเกิน 7 คน เป็นต้น

สำหรับจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคนไม่ว่าผู้ประสบภัยจะประสบภัยจากรถประเภทใดก็จะได้รับค่าสินไหมทดแทนเท่ากัน ดังนี้

1. จำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัย ผู้ประสบภัยจะได้รับค่าสินไหมทดแทนตามความเสียหายที่แท้จริงไม่เกิน 50,000 บาท ได้แก่ค่ารักษาพยาบาล

- ค่าใช้จ่ายอันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความเสียหายที่เกิดจากการเสียชีวิต ความสามารถในการประกอบกิจการ ความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงิน หรือความเสียหายอื่นๆ ที่ผู้ประสบภัยสามารถเรียกร้องได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะละเมิด
2. จำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับความเสียหายต่อชีวิต สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพตามที่กำหนดในกฎกระทรวงข้างต้น ผู้ประสบภัยหรือทายาทผู้ประสบภัยจะได้รับค่าสินไหมทดแทนจำนวน 80,000 บาท
 3. จำนวนเงินเอาประกันภัยจะลดลงเป็นจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับขี่และเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบต่อเหตุที่เกิดขึ้น หรือไม่สามารถแสดงได้ว่าผู้ใดเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบ นั่นคือ จำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคน จำนวน 50,000 บาท หรือ 80,000 บาท แล้วแต่กรณี จะลดลงเป็นจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นคือ 15,000 บาท

ในเรื่องของความคุ้มครอง โดยปกติการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยย่อมผันแปรไปตามจำนวนเงินความคุ้มครองที่กำหนด จำนวนเงินเอาประกันภัยย่อมเป็นตัวกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัย สำหรับการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เป็นอัตราเบี้ยประกันภัยที่กำหนดขึ้นเฉพาะความคุ้มครองในความเสียหายที่เกิดแก่ชีวิต ร่างกาย แก่บุคคลทุกคนที่ได้รับอันตรายแก่ชีวิตหรือกายเพราะเหตุประสบภัยจากรถ โดยจะได้รับความคุ้มครองในเบื้องต้นในจำนวนเงินไม่เกินค่าเสียหายเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ว่าเหตุที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความผิดของฝ่ายใด เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ภายหลังผู้ประสบภัยหรือทายาทผู้ประสบภัยจะได้รับความคุ้มครองเต็มตามจำนวนเงินเอาประกันภัยหรือไม่ แต่เมื่อได้รับการพิสูจน์ความผิดแล้ว แล้วแต่กรณี

หมายเหตุ : จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นและจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะความเสียหายต่อชีวิต ได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็น 35,000 บาท และ 100,000 บาท ตามลำดับ สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยที่มีระยะเวลาคุ้มครองเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2546 เป็นต้นไป

หลักประกันที่จะได้รับความคุ้มครองอย่างแน่นอน : หากว่าเป็นผู้ประสบภัยจากรถที่มีได้จัดให้มีประกันความเสียหายตามที่กฎหมายกำหนดไว้แล้ว หรือเป็นกรณีที่ผู้ประสบภัยไม่สามารถเรียกร้องเอาจากผู้ใดได้ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มาตรา 33 กำหนดให้จัดตั้ง “กองทุนทดแทน ผู้ประสบภัย” ขึ้น และกำหนดให้ผู้ประสบภัยในกรณีตามมาตรา 23 ให้สามารถร้องขอค่าเสียหายได้จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยได้ในจำนวนค่าเสียหายเบื้องต้น

มาตรา 33 “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นเรียกว่า “กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย เมื่อมีกรณีตามมาตรา 23 และเป็นค่าใช้จ่ายอื่นในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้”

จากมาตรา 33 กำหนดไว้ชัดเจนว่าวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย คือ เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นและจะจ่ายได้ต้องเป็นกรณีตามมาตรา 23 เท่านั้น

2.3 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

หากว่าเกิดกรณีที่

- (1) เจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหายมิได้จัดให้มีการประกันความเสียหายตามมาตรา 7 หรือ มาตรา 9 และเจ้าของรถไม่ยอมจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยหรือจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยไม่ครบจำนวน
- (2) ขณะเกิดเหตุ รถที่ก่อให้เกิดความเสียหายมิได้อยู่ในความครอบครองของเจ้าของรถ เพราะเหตุที่รถนั้นได้ถูกยักยอก ฉ้อโกง กรรโชก ลักทรัพย์ ริดเอาทรัพย์สิน ชิงทรัพย์ หรือ ปล้นทรัพย์ และเจ้าของรถได้ร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวน
- (3) ไม่มีผู้แสดงตนเป็นเจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหายและรถนั้นไม่มีการประกันภัยกับ บริษัท
- (4) มีความเสียหายเกิดแก่ผู้ประสบภัย และรถคันที่ก่อให้เกิดความเสียหายนั้นหลบหนีไปหรือ ไม่อาจทราบได้ว่ารถคันใดก่อให้เกิดความเสียหาย
- (5) บริษัทไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 20 ให้แก่ผู้ประสบภัย หรือจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ ผู้ประสบภัยไม่ครบจำนวน หรือ
- (6) ความเสียหายที่เกิดแก่ผู้ประสบภัยนั้น เกิดจากรถตามมาตรา 8 ที่ไม่ได้เอาประกันภัยตาม มาตรา 7

จากมาตรา 23 จะเห็นได้ว่า กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเป็นหลักประกันแก่ผู้ประสบภัยว่าจะได้รับการเยียวยา หากผู้ประสบภัยประสบภัยจากรถไม่สามารถเรียกร้องค่าเสียหายจากที่ใดได้ ไม่ว่า รถนั้นจะมีประกันภัยหรือไม่ก็ตาม ผู้ประสบภัยก็สามารถขอรับจากกองทุนฯ ได้ แม้จะเป็นเพียงค่าเสียหายเบื้องต้นก็ตาม แต่ก็สามารถช่วยบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ประสบภัยได้ในเบื้องต้น

นอกจากผู้ประสบภัยหรือทายาทผู้ประสบภัยสามารถยื่นคำร้องขอรับเงินค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยได้เองแล้วผู้ประสบภัยยังสามารถมอบอำนาจให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รักษาผู้ประสบภัยสามารถขอรับเงินค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนฯ ได้อีกด้วย ทั้งนี้เป็นไปตาม กฎกระทรวง ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2540) ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ข้อ 4 (4)

“ข้อ 4 การร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นให้ยื่นคำร้องขอตามแบบที่นายทะเบียนกำหนดและต้องมีหลักฐานดังต่อไปนี้

.....

(4) ให้ผู้ประสบภัยเป็นผู้ร้องขอ หากผู้ประสบภัยไม่สามารถร้องขอได้ ให้โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่รักษาผู้ประสบภัย ญาติหรือผู้มีส่วนได้เสียของผู้ประสบภัยหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัยแล้วแต่กรณีร้องขอแทน”

กรณีข้างต้นใช้ได้ทั้งการมอบอำนาจเพื่อขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยและจากบริษัทประกันภัย

ในเรื่องของการกำหนดให้มีการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนนั้น เป็นการจ่ายโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความถูกต้อง โดยให้มีการจ่ายภายใน 7 วัน ตลอดจนการให้ความ

คุ้มครองผู้ประสบภัยที่เป็นผู้ขับขี่ที่เป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายหรือไม่สามารถระบุผู้ที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายต่อผู้ขับขี่ได้ ก็ยังได้รับความคุ้มครองเพียงแต่จำนวนเงินความคุ้มครองลดลงเป็นจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น ข้อกำหนดดังกล่าวมีผลให้ความเสี่ยงภัยสูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัย

2.4 บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

หลังจาก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีผลบังคับใช้ระยะเวลาหนึ่ง ปรากฏว่าประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ ประสบปัญหาในการใช้สิทธิขอรับค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย ทั้งนี้เนื่องจากกฎหมายบังคับให้ประชาชนเจ้าของรถและผู้โดยสารทุกคนจะต้องจัดให้มีประกันภัย โดยในการจัดทำประกันภัยนั้นประชาชนสามารถซื้อได้จากตัวแทนหรือนายหน้าประกันภัยซึ่งมีเครือข่ายอยู่ทั่วประเทศ แต่ในการใช้สิทธิขอรับค่าเสียหายจะต้องไปใช้สิทธิ ณ ที่ตั้งสาขาของบริษัทประกันภัย ซึ่งในข้อเท็จจริงปรากฏว่าบริษัทประกันภัยจะมีสาขาเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ เท่านั้น ขณะที่อุบัติเหตุสามารถเกิดได้ทุกแห่ง เมื่อเกิดเหตุในพื้นที่ที่ไม่มีสาขาของบริษัทประกันภัยตั้งอยู่ ผู้ประสบภัยก็จะประสบปัญหาและอุปสรรคในการใช้สิทธิขอรับสินไหมทดแทน ภาครัฐจึงได้ร่วมมือธุรกิจประกันภัยให้ปรับปรุงระบบการจัดการสินไหมทดแทนเพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวก โดยได้มีการศึกษาแนวการดำเนินการของประเทศต่างๆ ที่มีกฎหมายในลักษณะเดียวกัน จึงเกิดแนวคิดที่จะต้องจัดให้มีองค์กรกลางขึ้นมาทำหน้าที่ในการรับคำร้องและจ่ายค่าสินไหมทดแทนแทนทุกๆ บริษัทประกันภัย เนื่องจากหากกำหนดบังคับให้ทุกบริษัทประกันภัยจะต้องมีหน่วยงานเพื่อให้บริการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในทุกจังหวัดก็จะเป็นการเพิ่มต้นทุนในการบริหารจัดการของธุรกิจประกันภัยเป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงมีการแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ในครั้งที่ 2 โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 10 ทวิ ของ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2540 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาสถาบันกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 78 ก. วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2540 กำหนดให้มีการจัดตั้งบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการเกี่ยวกับการรับคำร้องขอและการจ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือเงินต่างๆ แก่ผู้ประสบภัยจากรถ และเพื่อให้บริษัทสามารถให้บริการแก่ผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึง กฎหมายยังกำหนดให้บริษัทต้องมีสาขาให้บริการครบทุกจังหวัด

บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ได้จดทะเบียนจัดตั้งบริษัท เมื่อวันอังคารที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 มีทุนจดทะเบียน 100 ล้านบาท แบ่งเป็นหุ้นสามัญจำนวน 10 ล้านหุ้น มูลค่าที่ตราไว้หุ้นละ 10 บาท ชำระเต็มมูลค่าแล้ว ผู้ถือหุ้นประกอบด้วยบริษัทประกันวินาศภัยที่ประกอบธุรกิจรับประกันภัยรถตาม พ.ร.บ. รวมทั้งสิ้น 69 บริษัท

● วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

1. ให้บริการเกี่ยวกับการรับคำร้องขอค่าเสียหายเบื้องต้นและการจ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือเงินต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้ และดำเนินการกิจการตามที่บริษัทหรือสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจะได้รับมอบหมาย
2. ประกอบธุรกิจประกันวินาศภัยเฉพาะการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัตินี้ตามที่ไดรับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี
3. ดำเนินกิจการอื่นตามที่กำหนดในหนังสือบริคณห์สนธิ

● การดำเนินงานของบริษัท

ภารกิจแรกที่บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการถูกกำหนดไว้ตามมาตรา 19 พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540) คือ “ให้บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด จัดให้มีสถานที่ดำเนินการเพื่อให้บริการครบทุกจังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานครให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ส่วนการจัดให้มีสถานที่ดำเนินการเพิ่มเติมต่อไปให้สอดคล้องกับปริมาณความต้องการของการให้บริการแก่ผู้ประสบภัยจากรถ ให้เป็นไปตามที่อธิบดีกรมการประกันภัยกำหนดโดยคำแนะนำของกรรมการ”

เมื่อเปิดสาขาให้บริการครบถ้วนแล้วบริษัทได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามมาตรา 10 ทวิ บริษัทได้เริ่มเปิดให้บริการรับคำร้องขอและจ่ายค่าสินไหมทดแทน และดำเนินการที่บริษัทหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจะได้มอบหมายโดยปรากฏว่าการดำเนินการของบริษัทสามารถช่วยแก้ไข ปัญหา เรื่องการชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ประชาชนในทุกภูมิภาคได้เป็นอย่างดี ทำให้มีจำนวนการร้องเรียนเรื่องการให้บริการลดน้อยลงเป็นจำนวนมาก

ต่อมาปรากฏว่าการรับประกันภัยรถจักรยานยนต์ซึ่งธุรกิจประกันภัยอ้างว่าประสบภาวะขาดทุน เนื่องจากจำนวนเบี้ยประกันภัยต่ำกว่าความเสี่ยงภัยที่มีอยู่ จึงมีการหลีกเลี่ยงการรับประกันภัยรถประเภทนี้ หรือมีการรับประกันภัยในอัตราที่สูงกว่าที่กฎหมายกำหนด ภาครัฐจึงได้ขอความร่วมมือไปยังสมาคมประกันวินาศภัยเพื่อให้แก้ไขปัญหาดังกล่าว สมาคมฯ จึงได้เสนอให้บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ทำหน้าที่ในการรับประกันภัยเพื่อเป็นทางเลือกของประชาชน เนื่องจากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ถือหุ้นโดยบริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยรถตามกฎหมายนี้ อยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2542 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้บริษัทดำเนินการรับประกันภัยเฉพาะรถจักรยานยนต์ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ อันเป็นภารกิจเพิ่มเติมจากวัตถุประสงค์หลักที่ให้บริการด้านสินไหมทดแทน โดยบริษัทได้เริ่มทำการรับประกันภัยรถจักรยานยนต์ในวันที่ 16 เมษายน 2542 โดยยึดถือนโยบาย “เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าของรถจักรยานยนต์ให้มีทางเลือกในการทำประกันภัยเพิ่มขึ้น เพื่อแก้ปัญหาการจำหน่ายกรมธรรม์รถจักรยานยนต์เกินราคาและป้ายเบี้ยยังไม่รับทำประกันภัยของบริษัท รวมทั้งเพื่อขยายฐานจำนวนการจัดทำประกันภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ให้เพิ่มสูงขึ้น”

การทำหน้าที่รับประกันภัยรถจักรยานยนต์ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สามารถเข้ามาแก้ไขปัญหาเรื่องการหลีกเลี่ยงการรับประกันภัยได้

● ข้อดีของการมี บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

1. เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถที่ได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย ให้ได้รับการชดเชยค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันท่วงทีและแน่นอน
2. เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับการชดเชยค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างแน่นอนและทันท่วงที เป็นหลักประกันว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่ได้รับรักษาผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอนและรวดเร็ว
3. เพื่อเป็นการใช้การสนับสนุนและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย ให้มีส่วนร่วมในการแบ่งเบาภาระค่าเสียหายของผู้ประสบภัยที่ประสบภัยจากรถ ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทา

ความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยจากรถและครอบครัวแล้ว ยังช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลในด้านสวัสดิการสงเคราะห์อีกด้วย

4. เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของเจ้าของรถผู้ครอบครองรถหรือผู้ขับขี่ที่เป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น โดยจะมีผู้รับผิดชอบจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นและค่าเสียหายให้แก่ผู้ประสบภัยแทนตน ซึ่งก็คือบริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยรถคันที่เอาประกันภัย
5. เพื่อให้เจ้าของรถหรือผู้ครอบครองรถมีความรับผิดชอบต่อสังคมโดยทำการประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถกับบริษัทประกันภัย โดยบริษัทที่รับประกันภัยรับภาระในการชดเชยค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยแทนเจ้าของรถหรือผู้ครอบครองรถที่ทำประกันภัยกับบริษัท
6. เป็นการลดต้นทุนของธุรกิจประกันภัยเนื่องจากการดำเนินการของ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่ำกว่าภาคธุรกิจมาก และมีผลการดำเนินการด้านการควบคุมอัตราค่าเสียหาย (Loss Ratio) ได้ต่ำกว่าภาคธุรกิจมาก กล่าวคือ ในปี 2544 บริษัทมี Loss Ratio ร้อยละ 106 ขณะที่ธุรกิจมี Loss Ratio ในอัตราร้อยละ 132 จึงนับได้ว่าการดำเนินงานของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ทำให้ประหยัดต้นทุนของธุรกิจประกันภัย

2.5 การกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัย

สำหรับการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยรถในภาคบังคับนี้ มีความแตกต่างไปจากการกำหนดอัตราเบี้ยประกันวินาศภัยโดยทั่วไป เพราะตั้งแต่มีการกำหนดและปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา พบว่า “อัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับรถบางประเภทไม่สามารถกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยให้เป็นไปตามความเสี่ยงภัยที่แท้จริงได้” เนื่องจากปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ซึ่งมีผลให้บริษัทประกันภัยต้องรับภาระขาดทุนจากการรับประกันภัยรถประเภทดังกล่าวไว้เป็นจำนวนมาก ในขณะที่กฎหมายกำหนดให้บริษัทประกันภัยมีหน้าที่รับประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 บริษัทประกันภัยไม่อาจปฏิเสธการรับประกันภัยรถประเภทดังกล่าวได้ การที่บริษัทประกันภัยต้องประสบปัญหาขาดทุนเนื่องจากการรับประกันภัยรถประเภทนั้นๆ ย่อมขัดกับหลักการการดำเนินธุรกิจการรับประกันภัยรถภาคบังคับที่ว่า “NO LOSS - NO PROFIT” (ไม่ขาดทุน-ไม่กำไร) คือ อัตราเบี้ยประกันภัยที่เรียกเก็บไม่อาจสูงเกินไปจนก่อให้เกิดการค้ำกำไร ในทางกลับกัน อัตราเบี้ยประกันภัยที่กำหนดขึ้นนั้นก็ไม่ควรจะต่ำเกินไปจนไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและค่าสินไหมทดแทนตามความคุ้มครองที่กำหนดการที่ไม่สามารถกำหนดหรือปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยให้เป็นไปตามความเสี่ยงภัยที่แท้จริงได้ โดยที่อัตราค่าสินไหมทดแทนสูงอัตราเบี้ยประกันภัยที่กำหนดขึ้นไม่เพียงพอ ทำให้บริษัทประกันภัยประสบปัญหาขาดทุน แม้มีการรับประกันภัยรถประเภทอื่นๆ ที่อัตราค่าสินไหมทดแทนมิได้สูงไปด้วยก็ตาม หากแต่บริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยรถประเภทที่มีความเสี่ยงภัยสูงมากๆ แล้วในระยะยาวย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่อธุรกิจประกันภัย ซึ่งจะทำให้ภาพลักษณ์ของธุรกิจเสียหายได้

อย่างไรก็ตามเพื่อ เป็นการแก้ปัญหาหนี้ กรมการประกันภัยจึงได้กำหนดแนวทางหนึ่งขึ้นมา เรียกว่า การเฉลี่ยเบี้ยประกันภัย โดยให้รถที่เชื่อว่าเป็นรถของผู้ที่มีรายได้ในระดับค่อนข้างดี เช่น รถยนต์

รับภาระเบี้ยประกันภัยที่สูงกว่าที่ควรจะเป็นโดยรับการเฉลี่ยมากจากรถจักรยานยนต์ซึ่งเชื่อว่าเป็นรถของผู้มีรายได้น้อย จนถึงปัจจุบัน ได้มีการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยมาแล้วทั้งสิ้น 10 ครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยรถ 10 ครั้ง

ประกาศ/คำสั่งนายทะเบียน	รายการ
1. ประกาศนายทะเบียน เรื่อง กำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสูงสุดสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2535	1. เป็นประกาศนายทะเบียนเพื่อกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยรถเป็นครั้งแรก โดยใช้ข้อมูลสถิติของการประกันภัยรถภาคสมัครใจเป็นเกณฑ์ในการวิเคราะห์ เฉพาะกรณีความคุ้มครองความรับผิดชอบต่อชีวิตร่างกายหรืออนามัยของบุคคลภายนอก 2. อัตราเบี้ยประกันภัยที่กำหนดขึ้น สำหรับรถจักรยานยนต์มีอัตราค่อนข้างสูง เฉลี่ย 600 บาท ส่วนรถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง ประเภทส่วนบุคคลอยู่ที่ 800 บาท 3. ประกาศนายทะเบียนดังกล่าวใช้บังคับเพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ถูกเลื่อนการบังคับใช้ออกไป โดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 อีก 360 วัน มีผลให้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2536 เป็นต้นมา
2. ประกาศนายทะเบียน เรื่อง กำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสูงสุดสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2536 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2536	1. การปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยรถครั้งนี้เพื่อรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ที่จะมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2536 2. เนื่องจากมีประเด็นเกี่ยวกับอัตราเบี้ยประกันภัยรถจักรยานยนต์ตามประกาศ นายทะเบียนฉบับก่อนที่มีอัตราที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นการกำหนดตามความเสียหายที่แท้จริง การใช้อัตราเดิมนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้ใช้รถจักรยานยนต์ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก เนื่องจากจำนวนรถจักรยานยนต์ ที่จดทะเบียนในขณะนั้น (ปี พ.ศ. 2536) มีจำนวนสูงกว่า 5 ล้านคัน ส่วนใหญ่เป็นรถที่ใช้อยู่ในส่วนภูมิภาค ท้องถิ่นห่างไกล หากกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยตาม ความเสียหายที่แท้จริงอาจก่อให้เกิดการหลีกเลี่ยงไม่ทำประกันภัยได้ ดังนั้นจึงใช้วิธีนำเบี้ยประกันภัยรถที่มีความเสี่ยงภัยที่ต่ำกว่ามาสนับสนุน นั่นคือ ลดอัตราเบี้ยประกันภัยรถจักรยานยนต์ลง แล้วนำเบี้ยประกันภัยรถจักรยานยนต์

ประกาศ/คำสั่งนายทะเบียน	รายการ
	ส่วนที่ลดลงไปนำไปเฉลี่ยเพิ่มที่รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่งส่วนบุคคล ซึ่งเดิมกำหนดอยู่ที่ 800 บาท ถูกปรับเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 บาท
3. ประกาศนายทะเบียน เรื่อง การกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสูงสุดสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 17 กันยายน 2536 มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 17 กันยายน 2536	1. สืบเนื่องจากกฎกระทรวงฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2536) ออกตามความในพระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ยกเว้นรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนไว้ก่อนวันที่ 5 เมษายน 2536 รถยนต์สามล้อที่แปรสภาพมาจากรถจักรยานยนต์ (รถสกายแลป) และรถใช้งานเกษตรกรรมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ไม่ต้องจัดให้มีการประกันความเสียหายตามพ.ร.บ.นี้ 2. นายทะเบียนได้แก้ไขกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับรถที่ต้องจัดให้มีประกันภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยนำรถที่ได้รับการยกเว้นคือ รถยนต์สามล้อที่แปรสภาพมาจากรถจักรยานยนต์ (รถสกายแลป) และรถใช้งานเกษตรกรรมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ไม่ต้องจัดให้มีประกันภัยตามกฎหมายออกจากตารางกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยส่วนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียน ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2536 ยังอยู่ในข่ายที่ต้องทำประกันภัยรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 3. ประกาศดังกล่าวได้มีการกำหนดเพิ่มเติมประเภทรถและอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับรถสามล้อเครื่องในเขตกรุงเทพฯ และรถสามล้อเครื่องนอกเขตกรุงเทพฯ อีกด้วย
4. ประกาศนายทะเบียน เรื่อง การกำหนดอัตราเบี้ย ประกันภัย (เพิ่มเติม) สำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 3 มกราคม 2538 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2538	1. ประกาศนายทะเบียนฉบับนี้ เป็นการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับรถยนต์สามล้อที่แปรสภาพมาจากรถจักรยานยนต์ (รถสกายแลป) และรถใช้งานเกษตรกรรมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ ให้ต้องจัดทำประกันภัยภาคบังคับ ซึ่งครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผันตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2536) ในวันที่ 22 มีนาคม 2538 2. อัตราเบี้ยประกันภัยเป็นอัตราเบี้ยประกันภัยขั้นสูง และใช้อัตราเบี้ยเดิมตามที่ได้ประกาศใช้ในประกาศนายทะเบียน ลงวันที่ 3 มีนาคม 2536
5. คำสั่งนายทะเบียน เรื่อง การเปลี่ยนอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง	1. นายทะเบียนได้กำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยแยกตามประเภทรถและลักษณะการใช้โดยกำหนดใหม่เป็น 12 ประเภทรถ นำประเภทรถตามประกาศนายทะเบียน

ประกาศ/คำสั่งนายทะเบียน	รายการ
ผู้ประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2540 ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2540	ฉบับก่อนคือ รถยนต์สามล้อที่แปรสภาพมาจากรถจักรยานยนต์ (รถสกายแลป) และรถใช้งานเกษตรกรรมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ มารวมไว้เป็นฉบับเดียวกัน 2. สาระสำคัญของคำสั่งนายทะเบียนฉบับนี้คือได้ปรับลดอัตราเบี้ยประกันภัยลงทุกประเภท 10% ยกเว้นรถที่มีอัตราค่าสินไหมทดแทนสูง (Loss Ratio) ได้แก่ รถจักรยานยนต์ รถสามล้อเครื่องนอกเขต กทม. และรถพ่วง
6. คำสั่งนายทะเบียน ที่ 1/2541 เรื่อง การเปลี่ยนอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 9 มกราคม 2541 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม 2541	1. สาระสำคัญของคำสั่งนายทะเบียนฉบับนี้ เป็นเพียงการปรับลดอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับรถที่จดทะเบียนในต่างประเทศและนำเข้ามาใช้ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวให้ใช้อัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้นหรือไม่ได้มีตามพิกัดอัตราเบี้ยประกันภัยรถยนต์ พ.ศ. 2523 ซึ่งเดิมจะต้องเพิ่มเข้าไปอีก 100 บาท ตามคำสั่งนายทะเบียนฉบับนี้ไม่ต้องมีการบวกเพิ่มแต่อย่างใด 2. สาเหตุการปรับปรุงในครั้งนี้ เพื่อเป็นการเสริมสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศไทย และเพื่อเป็นการสนองนโยบายการท่องเที่ยวไทย
7. คำสั่งนายทะเบียน ที่ 10/2544 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2544 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2544	1. การปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยในครั้งนี้ เป็นการปรับปรุงที่วันช่วงระยะเวลาว่า 2 ปี เนื่องจากมีการปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อปลายปี 2541 ในครั้งนี้เป็นการปรับปรุงทั้งอัตราเบี้ยประกันภัยและการปรับเพิ่มจำนวนเงินความคุ้มครอง เนื่องจากมีข้อมูลสถิติและสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ที่สูงขึ้น จึงได้มีการพิจารณาปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัย 2. สาระสำคัญของคำสั่งนายทะเบียนฉบับนี้ พิจารณาปรับลดอัตราเบี้ยประกันภัยเฉพาะประเภทที่มีอัตราค่าสินไหมทดแทนค่อนข้างต่ำ โดยปรับลดอัตราเบี้ยประกันภัยลงใน 2 ประเภท คือ รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง ส่วนบุคคล เป็น 970 บาทและรถบรรทุกส่วนบุคคลทุกขนาดรถยนต์ ปรับลดลง 10%
8. คำสั่งนายทะเบียน ที่ 12/2544 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ	สืบเนื่องมาจากการพิจารณาวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติการประกันภัยรถภาคบังคับข้างต้น นายทะเบียนจึงได้มีคำสั่งนายทะเบียนเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยฯ ดังนี้ 1. ประเภทที่ปรับอัตราเบี้ยประกันภัย ลดลง ได้แก่

ประกาศ/คำสั่งนายทะเบียน	รายการ
พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2544 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544	1.1 รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 คน 1.2 รถยนต์โดยสาร (ยกเว้นรถยนต์โดยสาร รับจ้าง / ให้เช่า ขนาดที่นั่งเกิน 20 ที่นั่ง ไม่เกิน 40 ที่นั่ง 1.3 รถยนต์บรรทุก 1.4 รถยนต์บรรทุกน้ำมันเชื้อเพลิง แก๊ส หรือกรด 1.5 หักรถลากจูง 1.6 รถยนต์ป้ายแดง (การค้ารถยนต์) 1.7 รถยนต์ประเภทอื่นๆ 2. ประเภทรถที่ปรับอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มขึ้นมีประเภทเดียวคือ รถพ่วง 3. ประเภทรถที่อัตราเบี้ยประกันภัยไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ 3.1 รถจักรยานยนต์ 3.2 รถสามล้อเครื่อง รถสกายแลป 3.3 รถยนต์ที่ใช้ในการเกษตร 3.4 รถยนต์โดยสารรับจ้าง/ให้ ขนาดที่นั่งเกิน 20 ที่นั่ง ไม่เกิน 40 ที่นั่ง
9. คำสั่งนายทะเบียนที่ 7/2545 เรื่อง การกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยรถตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2545	1. เป็นการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยกำหนดให้เป็นอัตราเบี้ยประกันภัยแบบคงที่ (Fixed Rate) ซึ่งเดิมการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับที่ผ่านมา ทั้ง 8 ครั้ง นายทะเบียนได้กำหนดเป็นอัตราเบี้ยประกันภัยขึ้นสูงทั้งสิ้น 2. การกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยเป็นแบบคงที่ ยังคงใช้อัตราเบี้ยประกันภัยเป็นไปตามคำสั่งนายทะเบียนที่ 12/2545 ซึ่งกำหนดเป็นอัตราขึ้นสูงนั้นเปลี่ยนแปลงเป็นอัตราแบบคงที่และมีการปรับลดอัตราเบี้ยประกันภัยลงเพียง 2 ประเภท ดังนี้ 1. รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่งส่วนบุคคล 2. รถยนต์บรรทุกน้ำหนักไม่เกิน 3 ตัน ส่วนบุคคล
10. คำสั่งนายทะเบียนที่ 16/2546 เรื่อง การกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2546	1.สาระสำคัญของคำสั่งนายทะเบียนฉบับนี้คือการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับรถที่มีความเสี่ยงภัยสูงเฉพาะรถจักรยานยนต์ซึ่งมีอัตราค่าสินไหมทดแทนสูงกว่า 100% ตลอดมา นับแต่รถจักรยานยนต์เข้าสู่ระบบการประกันภัยภาคบังคับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้

ประกาศ/คำสั่งนายทะเบียน	รายการ
มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2546	ประสภภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2538 2. สำหรับรถจักรยานยนต์ แบ่งเป็น 4 ขนาดรถตามซีซี. ของรถจักรยานยนต์ ซึ่งพิจารณาปรับเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยรถจักรยานยนต์เฉพาะขนาดรถที่เกิน 75 ซีซี ไม่เกิน 125 ซีซี เท่านั้น จาก 200 บาท เป็น 300 บาท

2.6 การนำเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยไปใช้ในการลดอุบัติเหตุ

มีผู้เสนอมาโดยตลอดว่าเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ควรจะนำไปใช้ในการลดอุบัติเหตุจากรถ เนื่องจากดูว่าเป็นเรื่องที่ตรงที่สุด หากอุบัติเหตุก่อนเกิดภัย ประกันภัยก็ไม่ต้องจ่าย ค่าดังกล่าวนี้เป็นเรื่องที่ทุกคนเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง ยิ่งกว่านี้กรมการประกันภัยก็ไม่เคยคิดจะขัดความประสงค์เช่นนั้นแต่อย่างใด ดังนั้น เมื่อสำนักงานคณะกรรมการ (ชื่อองค์กรในขณะนั้น) จัดการจราจรทางบกต้องการจะนำเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ไปใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินการในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก กรมการประกันภัยจึงไม่ขัดข้อง เพียงแต่ได้เรียนขอจำกัดของกฎหมายว่า การใช้จ่ายเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย มีข้อจำกัดของ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และระเบียบกระทรวงพาณิชย์ว่าด้วยการเบิกจ่าย การเก็บรักษา การจัดการกองทุน และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของกองทุนฯ พ.ศ. 2543 ดังนั้น โครงการของสำนักงานคณะกรรมการจัดการจราจรทางบก จึงต้องมีความสอดคล้องกับระเบียบดังกล่าวฯ เพื่อจะสามารถเสนอกระทรวงการคลังพิจารณาอนุมัติ ให้ใช้เงินกองทุนต่อไปได้

เรื่องดังกล่าวได้เข้าสู่การประชุมของคณะรัฐมนตรีเนื่องจากกระทรวงการคลังได้ให้ความเห็นว่า

1. ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ. 2491 บัญญัติให้การจ่ายเงินเป็นทุนหมุนเวียนเพื่อกิจการใดๆ จะต้องกระทำแต่โดยกฎหมาย ดังนั้น การใช้จ่ายเงินทุนหมุนเวียนในการดำเนินกิจการใดจึงถูกจำกัดให้ใช้จ่ายได้เฉพาะค่าใช้จ่ายในการดำเนิน กิจการตามที่กฎหมายจัดตั้งทุนหมุนเวียนนั้นกำหนดไว้เท่านั้น
2. ตามมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 บัญญัติให้กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย เมื่อมีกรณีตามมาตรา 23 และเป็นค่าใช้จ่ายอื่นในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้
3. การจ่ายเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงพาณิชย์ว่าด้วยการเบิกจ่าย การเก็บรักษา การจัดการกองทุน และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของกองทุนฯ พ.ศ. 2543 ซึ่งตามนัย ข้อ 12 แห่งระเบียบฯ กำหนดว่า

“ข้อ 12 การจ่ายเงินกองทุนให้จ่ายได้ในกรณีต่อไปนี้

- (1) จ่ายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยตามมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราช-

บัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2540 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

- (2) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานและค่าใช้จ่ายอื่นของสำนักงานในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2540 ตามที่อธิบดีเห็นชอบ

.....

ค่าใช้จ่ายตามข้อ 12 (2) (3) ให้จ่ายตามอัตราของทางราชการโดยอนุโลม เว้นแต่จะได้รับอนุมัติจากกระทรวงการคลัง ให้สำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจัดทำประมาณการรายรับ-รายจ่ายประจำปีของกองทุน เสนอกระทรวงการคลังเพื่อพิจารณาอนุมัติภายในระยะเวลาที่คณะรัฐมนตรีกำหนด”

กล่าวโดยสรุปคือ จากข้อกฎหมายและระเบียบข้างต้น การนำเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยไปใช้ในการลดอุบัติเหตุภัยนั้น ไม่สามารถทำได้ ดังนั้น คณะรัฐมนตรีจึงมีมติ รับทราบข้อจำกัดตามที่กระทรวงการคลังเสนอ

2.7 ปัญหาการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

มีผู้ร้องเรียนถึงความไม่สะดวกในการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบภัยจากรถ ดังนั้น กรมการประกันภัยจึงได้มีการแก้ไขกฎกระทรวงเพื่อให้สะดวก คือ ผู้ประสบภัยสามารถมอบอำนาจให้โรงพยาบาลเป็นผู้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัย หรือจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยและเพื่อให้บริษัทหรือกองทุนฯ ได้ทราบว่าผู้ประสบภัยนั้นเป็นผู้ประสบภัยจากรถ คนที่เอาประกันภัยกับบริษัทหรือเป็นผู้ประสบภัยจากรถ จึงต้องแนบหลักฐานประกอบ ซึ่งได้แก่ สำเนาบันทึกประจำวันในคดีของพนักงานสอบสวน หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าผู้ประสบภัยจากรถ นอกจากนี้ กรณีผู้ประสบภัยจากรถเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้ได้รับบำนาญ เบี้ยหวัด และบุคคลในครอบครัวของบุคคลดังกล่าวให้ใช้สิทธิขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนฯ หรือบริษัทประกันภัยก่อน และที่แก้ไขเพิ่มเติม กรณีผู้มีสิทธิ หรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ประสบภัยจากรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

3. ความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ด้วยมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ว่า ไม่ว่าผู้ประสบภัยนั้นมีสิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัย หรือจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยก็ตาม เมื่อผู้ประสบภัยจากรถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โรงพยาบาลนั้นต้องแจ้งเรื่องการเข้ารับบริการดังกล่าวไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานฯ จะเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลไปยังบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยแล้วแต่กรณี ดังนั้น การจัดให้มีการประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จึงไม่ได้ขัดข้องกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคแต่อย่างใด เพราะบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้เข้ามารับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้กับเจ้าของรถที่ไปก่อให้เกิดความเสียหาย โดยเจ้าของรถเป็นผู้เสียเบี้ยประกันภัย ทั้งนี้ เพื่อให้เจ้าของรถต้องรับผิดชอบเมื่อรถของตนไปก่อให้เกิดความเสียหายทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ ในทางกลับกัน เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคอีกด้วย

4. บทสรุป

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย คือ ผู้ประสบภัย บริษัทประกันภัย และสถานพยาบาล ทั้ง 3 ฝ่ายนี้ถูกสร้างขึ้นมาร่วมตรวจสอบซึ่งกันและกัน เพื่อทำให้เกิดความสมดุลของทั้งระบบ เมื่อการเก็บตัวเลขทางสถิติแสดงให้เห็นว่าธุรกิจประกันภัยมีกำไรจากการประกอบการ กรมการประกันภัยก็จะดำเนินการลดอัตราเบี้ยประกันภัยหรือเพิ่มความคุ้มครองในทันที แต่ปัญหาหลักที่เกิดขึ้นในขณะนี้ คือ ข้อพิพาทระหว่างธุรกิจประกันภัยกับสถานพยาบาลในการตกลงกันเรื่องจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม ฝ่ายหนึ่งก็อ้างว่าเป็นการรักษาเกินความจำเป็นและมีค่ารักษาพยาบาลที่มากเกินไป ฝ่ายหนึ่งก็อ้างว่ามีต้นทุนในการดำเนินงานสูง

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรจะเข้ามาจัดการและประสานปัญหานี้โดยเร็วที่สุด ด้วยการจัดทำอัตราค่ารักษาพยาบาลกลางให้เสร็จสมบูรณ์ ซึ่งจะเป็ประโยชน์กับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคโดยตรง



ภาคผนวก

ผลการประกอบการของการประกันภัยรณภาคบังคับ

หน่วย : พันบาท

ปี	เบี้ยประกันภัยรับ	ค่าใช้จ่าย	ค่าสินไหมทดแทน	Loss Ratio
2540	7,196,908	1,889,849	2,682,053	37.27
2541	6,789,849	1,863,063	2,829,653	41.67
2542	6,465,271	2,329,436	3,283,384	50.78
2543	6,779,215	2,450,178	2,944,353	43.43
2544	7,110,857	3,093,471	3,313,669	46.60
2545	7,002,672	2,869,692	3,673,529	52.46

ที่มา : รายงานธุรกิจประกันภัยในประเทศไทย ปี 2540-2545