

เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ
“พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ภาคที่ 1

การดำเนินงานระดับนโยบาย (Policy)

	บทที่ 1 พัฒนาการทางนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดย : นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นางสุรณี พัทธมนโรจนภมร
	บทที่ 2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเด็นที่น่าสนใจ โดย : ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

เกริ่นนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์ทางด้านการจัดบริการทางสุขภาพและการจัดการการเงินการคลังทางด้านสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างไปจากกลวิธีทางการบริหารภาครัฐที่เคยใช้ดำเนินการมาในอดีต ในระดับพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขที่ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนขยายตัวขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อตัวและขับเคลื่อนไปภายใต้เจตนารมณ์แห่งรัฐอันเป็นผลมาจากการปฏิรูปปรัชญา แนวคิด และโครงสร้างทางการเมืองและสังคมไทยภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 คู่ขนานไปกับการรื้อสร้างฐานคติของระบบสุขภาพของประชาคมไทยอย่างกว้างขวางในวาระการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543

แม้ว่านักการสาธารณสุขไทยจะค่อย ๆ เรียนรู้กรอบกลวิธีในการจัดการให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนจากหลายประเทศและปรับใช้กับระบบและวิถีของคนไทยมาหลายทศวรรษแล้วก็ตาม แต่กระบวนการเรียนรู้และความเข้าใจกับแนวคิดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมไทยอย่างเหนียวแน่นยังไม่เกิดขึ้นกว้างขวางนัก ดังจะเห็นได้จากความจำกัดในแวดวงนักวิชาการและนักวิจัยทางด้านนี้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ หากยอมรับจากบทเรียนของนานาชาติประเทศว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องสะสมความรู้จากบทเรียนอีกยาวนาน สังคมไทยจำเป็นต้องลงทุนสร้างฐานนักคิดนักวิจัยและนักวิชาการจากพื้นฐานทางวิชาการสหสาขาเข้ามา ร่วมกันลงรากฐานทางความรู้ อันจะช่วยให้การก่อวิวัฒนาการของปรัชญา แนวคิด เป้าหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญสำหรับใช้กำหนดโครงสร้างและกฎเกณฑ์ในการบริหารจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทั้งในระดับชาติระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่นต่อไปอย่างยั่งยืน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้เกิดเครือข่ายของนักวิจัยทางสุขภาพเพื่อสร้างกระบวนการศึกษาเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง อัน จะช่วยให้สังคมไทยได้มีข่าวสารและความรู้ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนทิศทางการจัดการการเปลี่ยนผ่านหลักประกันสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนไทยทั้งปวง

เอกสารและบทความวิเคราะห์สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพเล่มนี้เป็นผลจากความเพียรพยายามของนักวิชาการและนักวิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้เริ่มทำการศึกษาสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดและวิธีการที่นำมาใช้อย่างต่อเนื่อง บทสังเคราะห์ทางวิชาการที่เกิดจากสติปัญญาของนักวิชาการเหล่านี้จะเป็นเอกสารส่วนหนึ่งที่นำเข้าสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับนักวิชาการที่หลากหลายในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร เพื่อนำสู่การปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ บนพื้นฐานทางวิชาการและความคิดเห็น ข้อเสนอที่หลากหลาย อันจะนำสู่เอกสารวิชาการที่มีคุณค่าสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารจะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาปรับแก้ นโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติให้เกิดผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ บทความจากนักวิชาการเหล่านี้จะช่วยเป็นเสมือนเครื่องบันทึกประวัติศาสตร์การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของการจัดการระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย และเป็นฐานทางความรู้ที่จะช่วยให้เกิดการขยายตัวของนักวิจัยสาขาต่างๆ ให้เกิดแรงกระตุ้นเตือนให้เข้ามาร่วมสานเครือข่ายแวดวงนักวิจัยในด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยจนเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง รูปแบบ และวิธีการต่างๆ ที่จำต้องนำมาใช้ในกลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับคนไทยได้อย่างแท้จริง

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

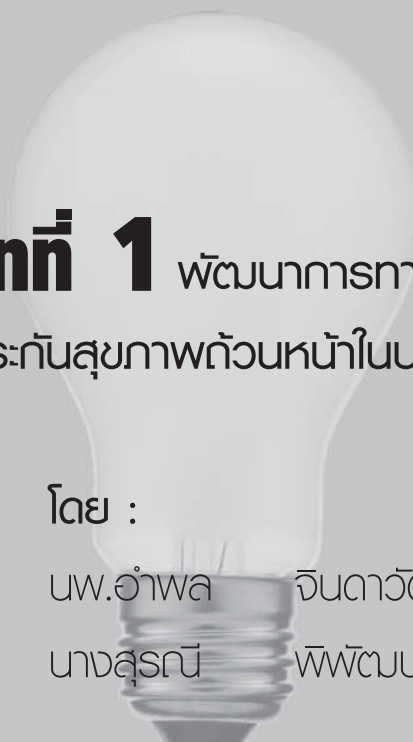
สารบัญ

บทที่ 1

พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	5
1. บทนำ	7
2. สุขภาพ การประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ และความมั่นคงด้านสุขภาพ	7
3. หลักประกันสุขภาพ ปรัชญา แนวคิด และหลักการประเด็นสำคัญ	8
4. สถานการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี 2544	12
5. วิเคราะห์ความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี 2544	16
6. รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	24
7. สังเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42
8. สรุปประเด็นสำคัญสู่อนาคต	50
9. สรุป	58
เอกสารอ้างอิง	59

บทที่ 2

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเด็นที่น่าสนใจ	63
1. แนวคิดและความเป็นมาของกฎหมายสุขภาพ	65
2. กฎหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ	67
3. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลพ.ศ.2537	75
4. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	85
เอกสารอ้างอิง	106



บทที่ 1

พัฒนาการทางนโยบาย
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

โดย :

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
นางสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล



1. บทนำ

กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพในประเทศไทยมีความเข้มข้นสูงมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สอดคล้องกับกระแสที่เกิดขึ้นทั่วโลก เนื่องจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยสูงขึ้นมากถึงปีละ 2-3 แสนล้านบาทและมีอัตราเพิ่มที่สูงมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี⁽¹⁾ เข้าลักษณะค่าใช้จ่ายที่ควบคุมไม่ได้ การดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งไปที่การจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการรักษาพยาบาล (ซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ) แม้ตัวระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนจะมีการพัฒนามาโดยตลอด ทั้งในเชิงปริมาณ การกระจายและคุณภาพ แต่ยังคงมีปัญหามากทั้งในแง่ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการที่แตกต่างกันมาก และมีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันมีประชาชนราว 20 ล้านคน ขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็น^(2,3,4,5)

ปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ กำหนดสิทธิแก่ประชาชนเพิ่มขึ้นชัดเจน หนึ่งในนั้นคือ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งระบุไว้ในมาตรา 52 ว่า⁽⁶⁾

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ..”

และมาตรา 82 ระบุว่า

“รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

ตรงนี้คือฐานสำคัญที่ทำให้กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพที่ก่อขึ้นหลายจุด หลายกรรมหลายวาระ ผงกกันเข้า จนกระทั่งทำให้รัฐบาลชุดที่มีพรรคไทยรักไทยเป็นแกนนำตั้งเอนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ ขึ้นมาทำจนสำเร็จในเวลาอันรวดเร็ว

ประสบการณ์เรื่องนี้ สมควรใช้เป็นบทเรียนรู้สำหรับคนไทยเพื่อนำไปสู่การปฏิรูปและการพัฒนาระบบเพื่อสุขภาพในส่วนอื่น ๆ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาในส่วนที่ทำไปแล้วให้เข้มแข็งและดียิ่งขึ้น

2. สุขภาพ การประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ และความมั่นคงด้านสุขภาพ

ในกรอบความคิดเดิมที่มีอิทธิพลมาจากตะวันตก สุขภาพมีความหมายผูกสัมพันธ์อยู่กับเรื่อง **ที่ว่าด้วยโรค** (Disease paradigm) การเอาชนะโรคภัยเพื่อทำให้คนมีสุขภาพดี จึงวางอยู่บนวิธีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีทางชีวการแพทย์เป็นหลัก ด้วยกรอบความคิดนี้ การจัดระบบให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในยามจำเป็นได้ เรียกว่าเป็น **“การประกันสุขภาพ”** (Health insurance) ซึ่งมักถูกเหมารวมเรียกว่าเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพ (โดยใช้อังกฤษคำว่า Health security) จนกลายเป็นความเข้าใจไปว่า ถ้าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในยามจำเป็นได้แล้ว ทุกคนก็จะมี **“ความมั่นคงด้านสุขภาพ”** (Health security) ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะเป็นความจริงเพียงบางส่วนเท่านั้น^(2,7,8)



ณ วันนี้กรอบความคิดเรื่องสุขภาพกำลังขยายกว้างขึ้น สุขภาพมีความหมายถึงเรื่องของสุขภาวะ (Well-being paradigm) ที่เป็นองค์รวมทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ การจะทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาวะ เป็นเรื่องที่ต้องทำมากกว่าการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ดีเท่านั้น และการที่คนจะมีหลักประกันด้านสุขภาพหรือมีความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างแท้จริง จึงหมายถึงการจัดระบบปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์รักษาให้คนไม่เสียสุขภาพโดยไม่จำเป็น ไม่ใช่แค่มีระบบบริการสาธารณสุขให้ทุกคนได้ใช้บริการอย่างถ้วนหน้าเพียงเท่านั้น^(9,10,11)

จึงควรทำความเข้าใจเบื้องต้นให้ตรงกันว่า เรื่องของสุขภาพ การประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพและความมั่นคงด้านสุขภาพมีความหมาย 2 ระดับที่แตกต่างกันอยู่ สำหรับความหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในบทความนี้จึงหมายถึงงานที่วางอยู่บนกรอบความคิดเรื่องโรคและเกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ยังไม่ใช่เป็นเรื่องการสร้าง ความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

3. หลักประกันสุขภาพ ปรัชญา แนวคิด และประเด็นสำคัญ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในบทความนี้หมายถึง การสร้างระบบประกันสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความจำเป็น ตามขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ไม่ได้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทุกชนิด แต่มีมาตรฐานและเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องภาระค่าใช้จ่ายสถานะทางสังคมและที่อยู่อาศัย

หลักประกันสุขภาพ ไม่ใช่บริการสาธารณสุขแบบสงเคราะห์ กึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก บริการคนจน หรือบริการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะหน้า ไม่ใช่บริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับ แต่ต้องเป็นบริการที่ได้รับตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ^(4,7,12,13)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกกันในภาษาอังกฤษว่า Universal coverage of health care (UC) เกี่ยวข้องกับ 2 เรื่องใหญ่ที่แยกออกจากกันไม่ได้ คือ (1) การจัดบริการสาธารณสุข (health care) และ (2) การเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (health care financing)

1. ปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุข

มุมมองต่อการจัดบริการสาธารณสุข จำแนกได้เป็น 2 มุมใหญ่ๆ⁽¹⁴⁾ คือ

1.1 มองการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เหมือนกับการเข้าถึงสินค้าหรือบริการทั่วไป ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะทางสังคม ที่อยู่อาศัยและรายได้ของบุคคล รัฐมีหน้าที่ดูแลตลาดให้มีบริการ ดูแลมาตรฐานบริการ และให้การสังคมสงเคราะห์แก่คนจน คนด้อยโอกาสในสังคมเท่านั้นก็พอ

1.2 มองว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน ตลาดบริการสาธารณสุขเป็นตลาดที่ใช้กลไกตลาดเสรีไม่ได้ (market failure) เป็นสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (asymmetric information) บางกิจกรรมมีผลต่อผู้อื่นและสังคมด้วย (externality) ทรัพยากรโดยรวมมีจำกัด และเป็นบริการคุณธรรมพื้นฐานที่เกี่ยวกับชีวิต และมีความเกี่ยวข้องกับความเปราะบาง ความตาย จึงไม่ควรปล่อยให้การเข้าถึงบริการขึ้นอยู่กับสถานะทางสังคม ที่อยู่อาศัยและรายได้ของบุคคล



รัฐจึงมีหน้าที่จัดการให้ทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอกัน ซึ่งมุมมองนี้เป็นพื้นฐานหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเอง

2. ปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพ

จากปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุขข้างต้น ซึ่งเป็นที่มาของแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพ นำมาสู่ปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพ 4 แนวทาง คือ⁽¹⁵⁾

2.1 **แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์** ที่เน้นบทบาทของรัฐในการจัดบริการเองทุกด้าน รวมถึงการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคนด้วย เช่น ระบบในประเทศเกาหลีเหนือและคิวบา เป็นต้น

2.2 **แนวทางสังคมนิยมเสรี** ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare state) ใช้มาตรการทางภาษีแบบก้าวหน้า นำเงินกลับมากระจายใหม่ในรูปของสวัสดิการต่างๆ ซึ่งมักจะรวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย แนวทางนี้ถูกนำไปใช้ในประเทศแถบยุโรปหลายประเทศ

2.3 **แนวทางประกันสังคมแบบบังคับ** มีจุดเริ่มต้นที่เยอรมนี กำหนดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคม เพื่อนำมาใช้จ่ายจัดให้บริการที่เป็นสวัสดิการด้านต่างๆ ซึ่งรวมการบริการสาธารณสุขด้วย แนวทางนี้นำไปใช้อย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก

2.4 **แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก** แนวคิดนี้ แม้จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบอบเศรษฐกิจเสรี แต่ก็ตระหนักว่าการบริการสาธารณสุขใช้กลไกตลาดสมบูรณ์ไม่ได้ ด้วยเหตุผลหลายประการ (ดูข้อ 1.2) ของปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุข และการปล่อยให้ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจก็จะเกิดการเลือกปฏิบัติ เช่น ฝ่ายผู้รับประกันก็ตั้งเงื่อนไขกีดกันผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงออกไปรับแต่ผู้มีความเสี่ยงต่ำ ฝ่ายผู้เอาประกันก็มีแนวโน้มทำประกันเฉพาะเมื่อมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง จึงไม่เกิดการเฉลี่ยความเสี่ยงและไม่เกิดการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข รัฐจึงต้องจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคน ซึ่งมีวิธีการจัดการได้หลายรูปแบบและมีแหล่งเงินได้หลายทาง แนวทางนี้ก็ได้นำไปใช้อย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน

3. รูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพ

จากปรัชญาข้างต้น ซึ่งแปลออกมาเป็นประสบการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ ที่ดำเนินการมาแล้ว สามารถจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ⁽⁵⁾ คือ

3.1 **ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ภาษี** ให้สิทธิประชาชนทุกคนในการรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยงบประมาณค่าใช้จ่ายมาจากเงินภาษีทั่วไปรัฐบาลมีองค์กรซื้อบริการสาธารณสุขแทนประชาชน โดยซื้อจากสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน ตัวอย่างเช่น ประเทศอังกฤษ ฮังการี ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ เป็นต้น

3.2 **ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเบี้ยประกันกองทุนเดียว** รัฐบาลจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพ ประชาชนแต่ละคนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนโดยการหักจากเงินเดือน อาจสมทบโดยนายจ้างและ รัฐบาลด้วย ตัวอย่างเช่น ประเทศจีนไต้หวัน เกาหลีใต้ แคนาดา เป็นต้น

3.3 **ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเบี้ยประกันหลายกองทุน** มีการจัดตั้งกองทุนอิสระที่



ไม่ทำกำไรจำนวนมาก ประชาชนแต่ละคนจ่ายเงินสมทบกองทุนที่ตนเองเลือก กองทุนทำหน้าที่ซื้อบริการสาธารณสุขแทนสมาชิก ตัวอย่างเช่น เยอรมนี ญี่ปุ่น เป็นต้น

3.4 ระบบผสมการออม การประกันและการช่วยเหลือ รัฐบาลจัดตั้งกองทุนสามกองทุนเพื่อประกันสุขภาพ กองทุนแรกเก็บเงินจากการออมแต่ยังแยกบัญชีเป็นของบุคคลนั้น กองทุนที่ 2 เป็น กองทุนประกันเก็บเงินจากเบี้ยประกัน กองทุนที่ 3 เป็นกองทุนช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ระบบนี้เน้นใช้เงินกองทุนสำหรับกรณีเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตัวอย่าง เช่น ประเทศสิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกากำลังทดลองวิธีนี้ด้วย

4. ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในมุมมองของฝ่ายต่างๆ มีความแตกต่างกัน⁽⁴⁾ ได้แก่

4.1 ในมุมมองของประชาชน มองการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การรับบริการสาธารณสุขไม่ควรเป็นเรื่องร้องขอ หรือการซื้อขายในเชิงธุรกิจ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชนว่าจะไม่เดือดร้อนในยามจำเป็นที่ต้องใช้บริการสาธารณสุข และจะทำให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่เป็นองค์รวมทั้งการสร้างเสริมและการซ่อมสุขภาพ

4.2 ในมุมมองของสังคม มองว่าจะทำให้เกิดการกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เกิดความเป็นธรรมในสังคมเพิ่มขึ้น เกิดการอยู่ร่วมกันแบบเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ และจะทำให้ประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดให้มีบริการสาธารณสุขและการจัดการด้านการเงินการคลัง

4.3 ในมุมมองของรัฐ มองว่าเป็นหน้าที่และความชอบธรรมที่ต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเจตนารมย์ในรัฐธรรมนูญ และจะทำให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ระบบการเงินการคลังที่โปร่งใส ตรวจสอบได้และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย

4.4 ในมุมมองของผู้ให้บริการ มองว่าจะทำให้มีการจัดทรัพยากรสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืน และจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปในทางที่ดีขึ้นด้วย

5. หลักการและแนวคิดสำคัญ ๆ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักการและแนวคิดสำคัญ ๆ สรุปได้ดังนี้^(4,7,10,16)

5.1 ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คำนวณค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผล

5.2 เป็นระบบที่ให้สิทธิเท่าเทียมกันสำหรับทุกคนในสังคม ไม่ใช่บริการแบบสงเคราะห์ หรือเฉพาะกลุ่ม

5.3 ทุกคนในสังคมยอมรับ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ว่าเป็นสิ่งที่ร่วมกันสร้างขึ้นมา มีประโยชน์กับทุกคน ไม่ใช่ใครหยิบนับหรือบันดาลให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ควบคุมดูแลและร่วมจ่ายในระดับที่เหมาะสม ผลเช่นถ้าใช้เงินภาษีอากรมาจัด ก็รู้สึกว่ายินดีจ่ายภาษีให้รัฐนำมาจัดการลดความเสี่ยงให้ประชาชน และมีความมั่นใจว่า เมื่อจำเป็นต้องใช้บริการก็จะได้บริการที่ดีไม่เกิดภาระด้านค่าใช้จ่าย

5.4 มีการบริหารจัดการที่ขจัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติและป้องกัน



ภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกา ผู้ให้บริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบออกจากกัน

5.5 มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณการเบิกจ่าย (Claim process) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

5.6 มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล และควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลลัพท์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมได้

5.7 มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง

5.8 มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานยอมรับได้ มีทางเลือกให้ประชาชนเลือกใช้บริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ผ่านระบบบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการแบบองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและซ่อมแซมสุขภาพ ด้วยต้นทุนที่ต่ำ (good health at low cost) มิใช่แค่การคุ้มครองการบำบัดรักษาโรคเท่านั้น

5.9 เปิดโอกาสให้สถานบริการสาธารณสุขนอกภาครัฐ เข้าร่วมแข่งขันจัดบริการด้วยกติกาที่เป็นธรรมเพื่อให้เป็นทางเลือกแก่ประชาชนด้วย

6. บทเรียนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม

ประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีประสบการณ์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน สามารถสรุปเป็นบทเรียนส่วนหนึ่งได้ดังนี้⁽⁷⁾

6.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักจะสำเร็จในช่วงที่ประเทศมีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง มากกว่าในช่วงที่ประเทศประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ

6.2 ปัจจัยทางการเมืองเป็นสำคัญในการผลักดันให้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จ ดังนั้น รัฐบาลจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายนี้

6.3 ระบบการเงินการคลังเพื่อการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักจะใช้จากหลายแหล่งทั้งจากระบบภาษีอากร และการเก็บเพิ่มจากประชาชน ในลักษณะการจ่ายเบี้ยประกันและการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ

6.4 ต้องเป็นการประกันสุขภาพแบบบังคับ หรือไม่ก็ต้องเป็นระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ เช่น ในประเทศอังกฤษ ถ้าใช้ระบบบัญชีเงินออม ก็ต้องมีกฎหมายบังคับเช่นกัน การประกันสุขภาพแบบสมัครใจไม่สามารถทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

6.5 หากจะเลือกใช้ระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ก็ต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่นการมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยอาจจะต้องมีระบบเสริม เช่นระบบบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพด้วย เป็นต้น

6.6 ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ เป็นสิ่งเป็นไปได้สำหรับกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ไม่ประจำ (non formal sector) แต่รัฐจำเป็นต้องเป็นหน่วยดำเนินงาน โดยต้องมีการกระจายอำนาจภายใต้การควบคุมของรัฐ และต้องมีหลายกองทุน



6.7 ระบบสุขภาพที่มีหลายกองทุน ประชาชนมีสิทธิเลือกกองทุน ต้องมีหน่วยงานกลาง วางระบบการจ่ายเงินที่เป็นมาตรฐาน ตรวจสอบดูแลกำกับได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การจ่ายเงินและอัตราการจ่ายเป็นไปในมาตรฐานเดียวกันและสามารถชดเชยต้นทุนการจัดบริการให้แก่สถานบริการได้ทั้งหมด และทำหน้าที่สนับสนุนข้ามระหว่างระบบประกันหรือกลุ่มประชาชนด้วย

6.8 ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมกำกับดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายเป็นเครื่องมือ

6.9 การจ่ายเงินแก่ระบบบริการสาธารณสุข ต้องทำให้บริการมีคุณภาพและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง การจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอกควรเป็นระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หรือหากจ่ายตามปริมาณบริการก็ต้องอยู่ภายในงบประมาณยอดรวม การจ่ายเงินสำหรับการบริการผู้ป่วยใน ควรจ่ายตามอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

6.10 จำเป็นต้องมีมาตรการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย เพื่อควบคุมอุปสงค์ไม่ให้มากเกินไป มาตรการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ซึ่งอาจกำหนดอัตราร่วมจ่ายที่แตกต่างกันในระดับบริการที่ต่างกันจะสามารถปรับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการของประชาชนได้ด้วย

6.11 ระบบข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญมากในระบบประกันสุขภาพ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และข้อมูลการใช้บริการ เพราะมีความจำเป็นมากสำหรับการวางแผน การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงระบบ

6.12 ระบบการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการ ก็เป็นสิ่งจำเป็นในการเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบบริการให้มีคุณภาพและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของทุกฝ่าย

6.13 มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์ด้านเดียว จะขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้ นอกจากนั้นยังจะเป็นการผลักภาระไปให้ประชาชน มาตรการที่มีประสิทธิผลมากกว่าคือ การควบคุมอุปทานหรือผู้ให้บริการ เช่น การควบคุมจำนวนผู้ให้บริการ จำนวนเตียง การกระจายบริการ พฤติกรรมการให้บริการ รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน การควบคุมราคา เป็นต้น

6.14 ภาคการเมืองจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการติดตามดูแลให้ระบบมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมด้วย

4. สถานการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ก่อนปี 2544

การสร้างหลักประกันสุขภาพหรือการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เริ่มเกิดขึ้นนานแล้วในรูปของการสงเคราะห์แก่คนยากจนด้วยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้ จนเป็นที่มาของคำว่า “ผู้ป่วยนอกนาถา” กระทั่ง พ.ศ.2518 (ตารางที่ 1) สมัยรัฐบาลที่มี มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ออกนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) นอกจากนั้นก็มีแผนพัฒนาการประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ สำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ อีกหลายเรื่อง ได้แก่ การจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว โครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ การประกันสังคมสำหรับผู้ใช้แรงงาน กองทุนเงินทดแทน การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และการประกันสุขภาพเอกชน โดยเกือบทุกระบบมุ่งที่การประกันการรักษาพยาบาล (ซ่อมสุขภาพ) มีส่วนน้อยที่ให้ความ



สำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค (สร้างสุขภาพ) ควบคู่ไปด้วย เช่น โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี 2544 สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 กลุ่มระบบ ดังนี้⁽³⁾ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลำดับเหตุการณ์ของการเกิดระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ในประเทศไทย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร)⁽³⁾

พ.ศ.	เหตุการณ์
2472	ธุรกิจประกันภัยเอกชน
2497	กฎหมายประกันสังคมฉบับแรก (ไม่มีการบังคับใช้)
2517	กองทุนชดเชยแรงงาน
2518	นโยบายสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล
2521	บริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรก
2523	ราชกิจจานุเบกษาสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
2524	การออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ครั้งแรก
2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 : กองทุนอนามัยแม่และเด็ก
2527	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 : สำหรับทั้งครอบครัว
2533	กฎหมายประกันสังคม บังคับใช้แก่การจ้างงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป
2534	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 : อาศัยหลักของการประกัน
2535	บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แก่ผู้สูงอายุ
2536	กฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
2537	กฎหมายประกันสังคม ขยายการบังคับใช้แก่การจ้างงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป
2537	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 4 : เงินสมทบจากรัฐ reinsurance policy และการใช้บัตรข้ามเขต
2537	โครงการบัตรสุขภาพขยายไปสู่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและเงินสมทบจากรัฐเต็มรูปแบบ
2537	โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยขยายไปสู่ผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ
2541	หลักเกณฑ์ใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย: จัดการโดยกรมการระดับชาติและจังหวัด, จัดสรรตามรายหัวประชากรแต่ละจังหวัด, นำระบบ reinsurance มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตาม Diagnostic Related Groups และระบบงบประมาณแบบ global budget
2541	ปรับปรุงการเบิกจ่ายสำหรับสวัสดิการข้าราชการ : นำ copayment มาใช้, ให้สิทธิเฉพาะ essential drugs, จำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพักพิเศษ
2543	ขยายระบบประกันสังคมไปสู่ผู้เกษียณอายุและเด็ก

ที่มา : ดัดแปลงจาก อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล



1. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 40 การใช้บริการต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิที่กำหนดให้ก่อนเสมอแต่เนื่องจากรัฐบาลอุดหนุนงบประมาณต่อหัวต่ำดังนั้นประชาชนส่วนใหญ่ที่อยู่ภายใต้ระบบนี้ จึงถูกสถานพยาบาลเรียกเก็บเงินสมทบเป็นค่าบริการอยู่ตลอดมา และประชาชนมีความรู้สึกว่าได้รับบริการที่มีมาตรฐานต่ำกว่าบริการทั่วไป

2. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว

ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 10 เป็นสวัสดิการที่รัฐบาลในฐานะนายจ้างจัดให้กับลูกจ้างเพื่อชดเชยค่าจ้างที่ถือว่าค่อนข้างต่ำ ผู้ที่อยู่ในระบบนี้มีความอิสระสูงในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ บ่อยเท่าใดก็ได้ การจ่ายเงินให้กับสถานบริการใช้ระบบจ่ายตามที่เรียกเก็บ (fee-for-service) ค่าใช้จ่ายจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถควบคุมได้

3. ระบบประกันแบบบังคับ

ดำเนินการภายใต้กฎหมายเฉพาะ ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 9 (ไม่รวมการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ) แยกได้เป็น 3 รูปแบบย่อย คือ

3.1 ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม มีแหล่งเงินมาจากไตรภาคี คือ นายจ้าง ลูกจ้างและเงินสมทบจากรัฐบาล คณะกรรมการกองทุนจ่ายเงินต่อหัวให้กับโรงพยาบาลที่ลูกจ้างเลือกขึ้นทะเบียนไว้ (ทั้งรัฐและเอกชน) โดยไม่มีการกำหนดให้ใช้บริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิก่อน

3.2 กองทุนทดแทนแรงงาน จ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับการรักษาพยาบาลโรคร้ายที่เกิดจากการทำงาน รวมไปถึงค่าปลงศพในกรณีเสียชีวิตจากการทำงานด้วย

3.3 การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ มีแหล่งเงินมาจากเบี้ยประกันรถภาคบังคับที่เจ้าของรถต้องจ่ายแก่บริษัทประกันภัยเอกชน

4. ระบบประกันแบบสมัครใจ

ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 16 แยกได้เป็น 2 รูปแบบย่อยคือ

4.1 โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ผู้ทำงานอิสระ คนจำนวนไม่น้อยที่ซื้อบัตรสุขภาพขึ้นกับประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบที่ 1 โดยเสียเงินบัตรละ 500 บาทต่อครอบครัวต่อปี ครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน 5 คน รัฐบาลสมทบเพิ่มให้แก่สถานบริการที่รับผิดชอบอีก 1,000 บาทต่อบัตร การไปใช้บริการต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิก่อน แรงจูงใจของผู้ซื้อบัตรสุขภาพมีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแพง

4.2 การประกันสุขภาพกับเอกชนเป็นการทำประกันสุขภาพของผู้มีฐานะค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ เงื่อนไขแล้วแต่การตกลงกันตามสภาพการประกัน

5. ระบบอื่น ๆ ได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชนขนาดเล็กที่เกิดขึ้นโดยการออมเงินร่วมกันของคนในชุมชน แล้วแบ่งเงินส่วนหนึ่งเพื่อเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก กองทุนลักษณะนี้เกิดขึ้นอย่างกระจัดกระจายในชนบทหลายภาค แต่ก็มีศักยภาพที่น่าจะเสริมเชื่อมต่อเข้ากับระบบมหภาคได้

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของความครอบคลุมการประกันสุขภาพระบบต่างๆ ในประเทศไทย
พ.ศ. 2534-2543 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)⁽³⁾

ระบบประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม (ร้อยละ)						
	2534	2535	2538	2540	2541	2542	2543
1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	16.6	35.9	43.9	44.7	45.1	42.1	40.8
• ผู้มีรายได้น้อย	16.3	20.7	15.5	13.4	13.5	10.5	10.6
• ผู้สูงอายุ	–	6.2	4.6	4.9	5.5	6.4	6.4
• เด็ก 0-5 ปี	–	–	7.1	7.3	7.3		
• นักเรียนประถมและมัธยมต้น	–	9	8.9	11.1	11.1		
• ทหารผ่านศึก	0.3	–	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3
• ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร	–	–	5	5.4	5.4	4.4	5.8
• ผู้พิการ	–	–	1.8	1.8	1.5	0.3	0.3
• ภิกษุ สามเณร	–	–	0.6	0.5	0.5	0.2	0.2
2. สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10.2	11.3	11.0	10.8	10.8	10.8	12.0
• ข้าราชการและครอบครัว	8.7	9.9	9.6	9.4	9.4	9.4	–
• พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	–
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	3.2	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
• ประกันสังคม/กองทุนทดแทนแรงงาน	3.2	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	2.9	3.9	9.8	15.3	15.9	15.8	17.5
• การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	1.7	2.3	7.8	13.3	13.9	13.8	14.2
• การประกันสุขภาพเอกชน	1.2	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	3.3
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ ร้อยละ	32.9	55.5	72.0	78.4	80.3	77.9	79.7
ผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ	97.1	44.5	28.0	21.6	19.7	22.1	20.3

ที่มา : พ.ศ. 2534 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534
พ.ศ. 2535 จากวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536
พ.ศ. 2538, 2540 และ 2541 จากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2543 เป็นข้อมูลจากการรายงาน ณ เดือนกันยายน 2543 ความครอบคลุมจากการรายงานร้อยละ 81.58

จะเห็นได้ว่า ระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการมาตลอดในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมาสามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 80 แต่พัฒนาการเป็นไปอย่างกระจัดกระจายทำให้เกิดความแตกต่าง เหลื่อมล้ำ และซ้ำซ้อน มีปัญหาทั้งในแง่ของสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและคุณภาพบริการสาธารณสุข และมีปัญหาด้านการเงินการคลัง (ตารางที่ 3) ไม่สอดคล้องกับสิทธิที่เสมอกันของประชาชนทุกหมู่เหล่าตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540


ตารางที่ 3

แสดงความครอบคลุม การเงินการคลัง และการจัดบริการของการประกันสุขภาพ ระบบต่าง ๆ ในประเทศไทย พ.ศ. 2541 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)⁽³⁾

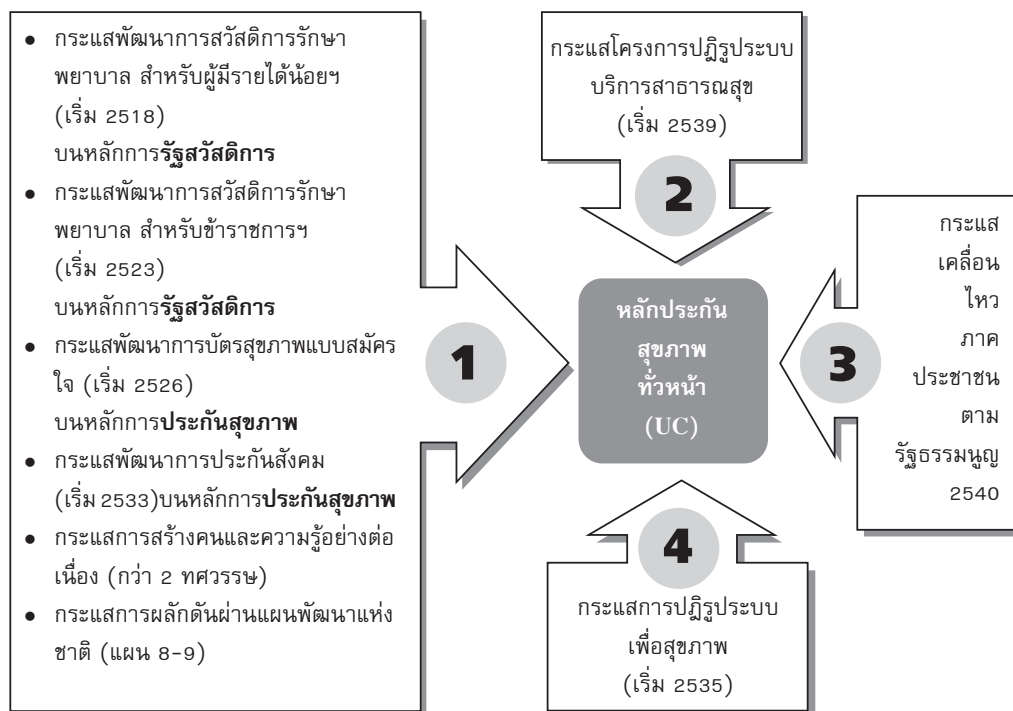
ระบบประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม		ค่าใช้จ่าย (บาท)		ที่มาของเงิน
	ประชากร (ล้านคน)	%	พันล้าน	ต่อหัว ประชากร	
สปร.	27.5	45.1	18.3	667	ภาษีทั่วไป
สวัสดิการข้าราชการ	6.6	10.8	16.4	2,491	ภาษีทั่วไป
ประกันสังคม	5.2	8.5	7.6	1,468	ลูกจ้าง นายจ้าง และภาษีส่วนละเท่ากัน
บัตรสุขภาพ	8.5	13.9	6.4	750	500 บาทต่อครอบครัว + ภาษี 1,000
ประกันเอกชน	1.2	2.0	3.6	3,000	ประชาชน
กองทุนเงินทดแทน	5.2	8.5	1.6	308	นายจ้าง
ประกันอุบัติเหตุจากรถ	61.0	100.0	1.5	-	ประชาชน
รวม	49.0 ⁽¹⁾	80.3 ⁽¹⁾	55.4	1,067 ⁽¹⁾	-

หมายเหตุ (1) ไม่รวมกองทุนเงินทดแทนและประกันอุบัติเหตุจากรถ

ที่มา : ดัดแปลงจาก มงคล ณ สงขลา และคณะ 2540

5. วิเคราะห์ความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนปี 2544

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีความพยายามผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาอย่างต่อเนื่อง จำแนกออกได้เป็น 4 กระแสหลัก คือ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 4 กระแสหลักของความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนปี 2544



1. กระแสการพัฒนาโครงการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

ในประเทศไทยมีการริเริ่มและดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่มุ่งสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนหลายกลุ่ม การดำเนินการเหล่านี้นับได้ว่าเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมาเกิดเป็นจริงได้ง่ายขึ้น

1.1 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ริเริ่มโดยรัฐบาลตั้งแต่ปี 2518 เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนที่ยากจนและด้อยโอกาส ต่อมาขยายรวมไปถึงบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ สามารถครอบคลุมประชาชนได้กว่า 25 ล้านคนเมื่อปี 2541 แม้ว่าจะเป็นโครงการที่รัฐจ่ายเงินจำนวนจำกัดให้สถานบริการโดยตรงเพื่อจัดบริการให้แก่ประชาชนที่มีสิทธิ มีผลทำให้บริการมีปัญหาเชิงคุณภาพ และผู้มีสิทธิบางส่วนเข้าไม่ถึงบริการก็ตาม แต่โครงการนี้ก็มีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการเพิ่มวงเงินงบประมาณขึ้นตามลำดับ มีการจัดสรรเงินให้จังหวัด ด้วยคณะกรรมการที่มีบุคคลหลายฝ่ายมากขึ้น มีการจัดสรรงบประมาณต่อหัวประชาชนผู้มีสิทธิเป็นรายจังหวัด มีการจ่ายค่ารักษายาบาลที่มีราคาสูงด้วยอัตราตามรายกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ภายใต้งบประมาณรวม (global budget) เป็นต้น ^(3,17) โครงการนี้อยู่บนหลักการรัฐสวัสดิการ แม้ว่าเป็นโครงการแบบสวัสดิการสงเคราะห์ แต่ก็ส่งผลทำให้ประชาชนและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องคุ้นเคยกับระบบการเงินการคลังแบบปลายปิด และระบบบริการสาธารณสุขแบบที่มีการกำหนดขั้นตอนการใช้บริการและมีผลทำให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารส่วนหนึ่งด้วย

1.2 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว เป็นโครงการที่วางอยู่บนหลักการแบบรัฐสวัสดิการ เริ่มมาตั้งแต่ปี 2523 ครอบคลุมประชากรประมาณ 6-7 ล้านคนเมื่อปี 2541 เป็นระบบที่นายจ้าง (รัฐบาล) จ่ายเงินให้สถานบริการตามที่ใช้จ่ายจริง (fee for service) ซึ่งไม่สร้างแรงจูงใจให้เกิดการใช้บริการอย่างสมเหตุสมผล ทั้งฝ่ายผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่ายจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดเวลา แม้ระบบนี้จะไม่ได้ทำให้เกิดองค์ความรู้เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยตรง แต่ก็ส่งผลทำให้ภาพความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่ในสังคมไทยปรากฏเด่นชัดขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นที่มาของความพยายามปฏิรูปโครงการนี้ให้มีความชอบธรรมมากขึ้น เช่น การกำหนดสิทธิให้ใช้ได้เฉพาะยาตามบัญชียาหลัก การจำกัดวันนอนรักษาตัวในห้องพิเศษ การใช้ระบบร่วมจ่ายบางส่วนเมื่อใช้บริการ ตลอดจนมีความพยายามศึกษาวิจัยเพื่อวางแผนปฏิรูปการจ่ายเงินให้เป็นแบบปลายปิดในรูปของการจ่ายต่อหัวและกำหนดกติกาการใช้บริการอย่างมีขั้นตอน เพื่อให้เป็นระบบที่สมเหตุสมผลมากขึ้นและมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งงานศึกษาวิจัยส่วนนี้มีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นแกน ^(3,18,19, 20)

1.3 โครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ ริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุข ในรูปของกองทุนอนามัยแม่และเด็ก เมื่อปี 2526 แล้วมีพัฒนาการมาตามลำดับ โดยนำหลักการประกันสุขภาพเข้ามาใช้ ต่อมารัฐจ่ายเงินสมทบด้วย มีการตั้งสำนักงานขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะ สามารถครอบคลุมประชาชนได้ประมาณ 8 ล้านคนเมื่อปี 2541 การดำเนินโครงการนี้ทำให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารส่วนหนึ่งทำให้ประชาชนและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องคุ้นเคยกับระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบการเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิด และระบบบริการสาธารณสุขแบบที่มีการกำหนดขั้นตอนการใช้บริการ และคุ้นเคยกับการประกันสุขภาพที่รวมบริการทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษายาบาล (health insurance) ด้วย



ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ หวังว่าจะใช้ประสบการณ์ของโครงการนี้ต่อยอดเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต โดยเมื่อปี พ.ศ.2536 มีการจัดสัมมนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่จังหวัดเพชรบุรี เพื่อร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ของการขยายโครงการให้ครอบคลุมทุกคน แต่ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนส่วนหนึ่งเสนอว่าควรทำภายใต้การประสานของสำนักงานโครงการบัตรสุขภาพต่อไปโดยใช้เวลาประมาณ 12 ปี บางส่วนเสนอว่าควรรวมทุกกองทุนที่มีอยู่เป็นกองทุนเดียวเพื่อการปฏิรูปใหญ่ครั้งเดียว ⁽¹²⁾

1.4 โครงการประกันสังคม เป็นระบบที่วางอยู่บนหลักการประกันแบบบังคับ โดยมีการตรากฎหมายเมื่อปี 2533 ใช้บังคับแก่การจ้างลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ปี 2537 ขยายบังคับการจ้างลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ปี 2543 ขยายครอบคลุมผู้เกษียณอายุและเด็ก มีการกำหนดให้ร่วมจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนจากนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล มีคณะกรรมการดูแลการบริหารกองทุนและการซื้อบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ผู้เอาประกัน เลือกลงทะเบียนได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยจ่ายเงินให้แก่สถานบริการที่เข้าโครงการแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ซึ่งครอบคลุมเฉพาะบริการรักษาพยาบาล (medical insurance) ครอบคลุมประชาชนประมาณ 5 ล้านคน เมื่อปี 2541 นอกจากนี้ ยังมีระบบกองทุนทดแทนแรงงานและการคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมีกฎหมายเฉพาะอีกด้วย ซึ่งระบบเหล่านี้ทำให้เกิดการพัฒนาบบข้อมูลข่าวสารบางส่วน ประชาชนที่เกี่ยวข้องคุ้นเคยกับระบบหลักประกันแบบร่วมจ่ายเงินประกันล่วงหน้า คุ้นเคยกับระบบการเลือกสถานบริการเพื่อใช้บริการในยามจำเป็น ฝ่ายผู้ให้บริการก็คุ้นเคยกับการจัดบริการตามพันธะสัญญา ต้องแข่งขันกันพัฒนาบริการให้ถูกใจสมาชิกกองทุน คุ้นเคยกับระบบการเงินการคลังแบบปลายปิด และการจัดระบบบริการที่ต้องคำนึงถึงความสมเหตุสมผลมากขึ้น

1.5 ความพยายามสร้างคนและองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินการเรื่องนี้มาตลอดช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เช่น มีการทำงานร่วมกับที่ปรึกษาชาวต่างประเทศเพื่อพัฒนาความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ตั้งแต่ปี 2519) มีการสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วย มีการทำงานกับนักวิชาการนอกกระทรวง มีการจัดอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มีการส่งคนไปศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขจากต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศอังกฤษหลายคน แล้วกลับมาทำงานวิจัยและสร้างเครือข่ายวิชาการด้านนี้ร่วมกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ มีการจัดประชุมสัมมนาทั้งระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อสร้างองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างต้นทุนทางปัญญาที่มีส่วนสำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมา ^(17,21,22)

1.6 ความพยายามผลักดันผ่านแผนพัฒนาแห่งชาติ ประเทศไทยมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เริ่มมาตั้งแต่ปี 2504 โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ซึ่งจัดทำก่อนการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ปี 2540 มีการระบุไว้ในยุทธวิธีการพัฒนาสาธารณสุข ข้อ 2.4 ว่า ⁽²³⁾

“เร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (core health services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ”

และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของการพัฒนาสุขภาพว่า ⁽²⁴⁾

“การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า : เร่งสร้างหลักประกันการเข้าถึง



บริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคถ้วนหน้าและเป็นธรรม โดยการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ปรับระบบการเงินการคลังและกลไกกำกับดูแลให้มีเอกภาพโดยคำนึงถึงการคุ้มครองกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสังคม.....”

กระแสนี้สะท้อนถึงความพยายามของฝ่ายวิชาการและข้าราชการที่ผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดมา

2. กระแสโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สืบเนื่องจากการที่มีแพทย์ไทยที่ทำงานอยู่ในส่วนภูมิภาคส่วนหนึ่งทยอยไปศึกษาต่อ ณ สถาบันโรคผิวหนังที่ประเทศเบลเยียม⁽²⁵⁾ ซึ่งเน้นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ให้บริการแบบผสมผสานและองค์รวมโดยมีความเชื่อว่าจะเป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนต่ำ ในจำนวนนั้นมีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นแกนนำคนสำคัญการทำงานทางวิชาการร่วมกันเพื่อทดลองหารูปแบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับเมืองไทยในหลายพื้นที่ เช่น ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพะเยา จังหวัดสงขลา เป็นต้น

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบเพื่อสร้างองค์ความรู้และขยายวงผู้สนใจนี้มี “โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข” เป็นกลไกแกนประสานและจัดการ โครงการนี้เป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสหภาพยุโรป ที่เกิดขึ้นจากการประสานงานของ นายแพทย์สงวนฯ เปิดตัวโครงการอย่างเป็นทางการเมื่อปี 2539 แต่มีการทำงานอย่างไม่เป็นทางการมาก่อนหน้านั้นหลายปี

โครงการนี้มีส่วนผลักดันทั้งการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำงานเชื่อมโยงกับนักวิชาการทั้งภายในและนอกประเทศ ประชาคมวิชาชีพด้านสาธารณสุข และประชาคมสุขภาพจำนวนหนึ่ง ทั้งในรูปของการสร้างวิชาการบางส่วน การสร้างกระแสและการผลักดันอย่างต่อเนื่อง^(17,26,27)

ปี 2539 มีการจัดประชุมร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลก ที่จังหวัดนครราชสีมา ใช้ชื่อว่า “Health Care Reform : At the Frontier of Research and Policy Decisions” ได้ข้อสรุปว่า จำเป็นต้องมีการทำงานวิจัยและสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมให้มากขึ้น⁽¹⁷⁾

ในปีเดียวกันนั้น สมัยที่ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพที่ดูแลโครงการบัตรสุขภาพ และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่มีนายแพทย์สงวนฯ ดูแลอยู่ทั้ง 2 หน่วยงาน ได้เข้าไปร่วมทำงานกับคณะกรรมการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร จนเกิดการยกร่าง “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น มี นายสมศักดิ์ คุณเงิน สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดขอนแก่นเป็นประธานคณะอนุกรรมการฯ แต่หลังจากนั้นไม่นานก็มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลต่อมาไม่ได้สนใจผลักดันเรื่องนี้ต่อ

ปี 2540-41 มีการส่งคนไปศึกษาดูงานการสร้างหลักประกันสุขภาพใน 11 ประเทศ และสังเคราะห์ออกมาเป็นเอกสารวิชาการเพื่อเป็นฐานข้อมูล และมีการจัดประชุมนานาชาติอีกครั้งในชื่อว่า “การบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : บทเรียนจากประเทศรายได้ปานกลางและสูง” แต่ไม่มีข้อสรุปเพื่อการดำเนินการที่ชัดเจน^(12,17)

ปี 2542-43 โครงการได้ขยายวงเข้าไปทำงานกับองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขและภาคประชา



สังคมมากขึ้น เพื่อสร้างแนวร่วมเคลื่อนไหว ผลักดันการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽²⁶⁾ จนมีผลทำให้เกิด “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยเครือข่ายประชาชนขึ้นในปี 2543^(17,28)

3. กระแสการเคลื่อนไหวภาคประชาชนตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชนมากที่สุดเท่าที่เคยมีมา รวมทั้งได้เปิดให้ประเทศไทยเป็นสังคมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น แทนที่จะเป็นประชาธิปไตยแบบตัวแทนอย่างเดียวเหมือนในอดีต

ในด้านสุขภาพ มีการกำหนดสิทธิไว้ชัดเจนในหลายมาตรา ซึ่งสิทธิเหล่านี้เป็นฐานความชอบธรรมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี ในขณะเดียวกันรัฐธรรมนูญได้ให้สิทธิแก่ประชาชนในการเสนอออกกฎหมาย ด้วยการรวมตัวกันเข้าชื่อไม่น้อยกว่า 5 หมื่นคน เสนอต่อประธานรัฐสภา⁽⁶⁾

ที่ผ่านมา มีประชาชนจำนวนเป็นสิบล้านคนขาดหลักประกันสุขภาพ ประชาชนส่วนหนึ่งต้องประสบกับปัญหาในการใช้บริการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นด้านคุณภาพ ค่าใช้จ่ายที่สูง และความไม่เป็นธรรมอื่น ๆ ในขณะเดียวกัน การจัดบริการสาธารณสุขก็มีพัฒนาการไปมากทั้งในด้านที่เป็นบริการมนุษยธรรมพื้นฐาน และด้านที่เป็นบริการเพื่อแสวงกำไรทางธุรกิจเต็มรูปแบบ ทำให้ประชาชนประสบปัญหาทั้งด้านความเป็นธรรม คุณภาพและค่าใช้จ่าย รวมทั้งขาดสิทธิที่จะมีหลักประกันสุขภาพตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

ดังนั้นเครือข่ายประชาชนที่ได้ร่วมทำงานเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่วมกับนักวิชาการต่าง ๆ และร่วมงานกับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ฯลฯ^(26,29) จึงได้ร่วมตัวกันพัฒนาแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากการประชุมพัฒนายุทธศาสตร์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพเมื่อเดือนเมษายน 2543^(29,30) พัฒนาเป็น “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ของเครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(28,31) โดยมีโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นภาคีร่วมสนับสนุนที่ใกล้ชิด



หัวใจของร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ฉบับประชาชน

1. **เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข** ระหว่างผู้ป่วย - ผู้ไม่ป่วย ระหว่างคนมีเงิน - คนจน แต่ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเดียวกัน
2. **เป็นระบบเดียว กองทุนเดียว** รวมทุกกองทุนทุกระบบเดิมเข้าด้วยกัน เพื่อไม่ให้เหลื่อมล้ำซ้ำซ้อน
3. **บริหารภายใต้คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ที่มีตัวแทน 3 ฝ่าย คือ ประชาชน รัฐ องค์กรท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน
4. **พัฒนาและสร้างระบบควบคุมคุณภาพการบริการ** การรับเรื่องราวร้องทุกข์ โดยมีคณะกรรมการที่มีตัวแทนจาก 3 ฝ่ายร่วมกันดูแล
5. **ที่มาของกองทุน** อาจมาจากภาษีทางตรง ภาษีเฉพาะ ภาษีทางอ้อม เงินสมทบจากแหล่งต่าง ๆ
6. **ส่งเสริมภูมิปัญญาไทย** ให้ประชาชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น
7. **พัฒนาคุณภาพบริการ** ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวให้สถานบริการและเปิดให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนกับสถานบริการใกล้บ้านที่ทำงานแบบเครือข่าย
8. **ส่งเสริมองค์กรประชาชนและองค์กรท้องถิ่น** ให้มีบทบาทในการจัดบริการภายใต้ระบบนี้ และเป็นผู้จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพได้

จากเอกสารอ้างอิง 28

ผู้ร่วมลงชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชนคนแรกคือ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เมื่อเดือนตุลาคม 2543 จากนั้นสามารถรวบรวมรายชื่อเสนอให้ประธานรัฐสภาได้ 6 หมื่นรายชื่อในเดือนมีนาคม 2544 แต่เมื่อตรวจสอบแล้วยังขาดรายชื่อที่มีคุณสมบัติครบอีกประมาณ 4 พันคน จึงต้องหารายชื่อเพิ่มเติม จนครบสมบูรณ์ในเดือนตุลาคม 2544 ซึ่งขณะนั้นรัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณได้เสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับรัฐบาลเข้าสู่รัฐสภาไปแล้ว รัฐสภาจึงใช้ร่าง พ.ร.บ.ของรัฐบาลเป็นหลัก ส่วนร่าง พ.ร.บ.ฉบับประชาชนสามารถผลักดันเข้าสู่รัฐสภาในนามของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน สภาผู้แทนราษฎร โดยมีนายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว สส.จังหวัดน่าน พรรคไทยรักไทย เป็นผู้ผลักดัน (เป็นร่างที่ 6 ในการพิจารณาของรัฐสภา) ⁽³¹⁾

4. กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ

สถาบันวิจัยสาธารณสุข (สวรส.) ที่ตั้งขึ้นโดยการออกกฎหมายเฉพาะเมื่อปี 2535 เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการอยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการ การสร้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายบุคลากร เชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ เพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องโรคภัยไข้เจ็บและเรื่องของระบบบริการสาธารณสุข มีงานสำคัญๆ เกิดขึ้น ได้แก่

ปี พ.ศ.2539 มีการจัดประชุมวิชาการ ชื่อ “**ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนา ระบบ**” เพื่อเตรียมองค์ความรู้ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งหนึ่งในเรื่องเหล่านั้นมีเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมอยู่ด้วย

ปี พ.ศ.2541 สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจนเกิดเป็นการเคลื่อนไหวใหญ่ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบันและในปีเดียวกันนั้นได้จัดประชุม



วิชาการ ชื่อ “ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” เพื่อเตรียมผลักดันการปฏิรูประบบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในมิติสุขภาพจะ จนกระทั่งเกิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เก็บภาษีเหล้าและบุหรี่ร้อยละ 2 มาใช้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

ปี พ.ศ.2542 สนับสนุนวิชาการแก่คณะกรรมการสาธารณสุขสุขุติสภา ชุดที่ 7 จัดทำ “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” เพื่อเป็นข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ⁽¹⁰⁾

สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว โดยหวังว่าจะเป็นอีกเส้นทางหนึ่งที่จะผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ⁽¹⁹⁾

ตัวอย่างข้อเสนอในรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ

“.....การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน รัฐพึงสร้างหลักประกันเพื่อความเสมอภาคของบุคคลในการได้รับสิทธิการมีสุขภาพดีโดยไม่เลือกปฏิบัติ.....

.....จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นระบบเชิงรุกในการสร้างสุขภาพมากกว่าการเน้นหนักที่การซ่อมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย.....เป็นการยกเครื่องระบบสุขภาพใหม่ทั้งหมด.....

.....มีการจัดระบบการเงินแบบรวมหมู่ (collective financing) เพื่อใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคน โดยระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ”

จากเอกสารอ้างอิง 10

ปี พ.ศ.2542-43 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้รัฐบาลในสมัยนั้น (ซึ่งมีพรรคประชาธิปัตย์เป็นแกนนำ) จัดตั้งกลไก “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (คปรส.) ด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 ⁽³²⁾ เพื่อจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บท สำหรับการปฏิรูประบบย่อยต่าง ๆ ในระบบสุขภาพทั้งระบบ (Total health systems reform) ซึ่งรวมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและการปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข หรือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการปฏิรูปดังกล่าวด้วย ด้วยพิจารณาเห็นว่าควรทำอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และควรสอดคล้องกับการปฏิรูประบบย่อยอื่น ๆ ด้วย

ต้นปี 2544 คปรส. ได้จัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติออกเผยแพร่ เพื่อใช้เป็นสื่อตั้งต้นในการระดมความคิดเห็น เพื่อจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่จะมีผลต่อการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ มีสาระสำคัญบางประการในประเด็นที่ 8 “ระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ” ว่า⁽³³⁾

8.1 จัดให้มีระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงชุดบริการหลักด้านสุขภาพ (core service package) ได้โดยถ้วนหน้า โดยมีหลักการดังนี้



- 8.1.1 ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ (เอื้ออาทร) ของผู้คนในสังคม โดยการจ่ายเงินสมทบของประชาชนให้เป็นไปตามสัดส่วนตามความสามารถในการจ่าย (income related) ไม่ใช่จ่ายตามภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk related)
- 8.1.2 แหล่งทรัพยากรมาจากภาษีอากร (รัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ร่วมกับนายจ้างและประชาชน ทั้งนี้ รัฐต้องจ่ายเป็นหลัก และประชาชนที่มีรายได้มากจ่ายมาก ผู้มีรายได้ไม่มากจ่ายน้อย ผู้มีรายได้ต่ำรัฐให้การสงเคราะห์จ่ายแทน
- 8.1.3 ทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่กำหนดเท่าเทียมกัน สำหรับผู้ต้องการบริการที่เหนือกว่านั้นต้องจ่ายเพิ่มเอง หรือซื้อระบบประกันเสริม
- 8.1.4 เป็นระบบบังคับที่มีหลักการเดียวกันทั่วประเทศ แต่การบริหารจัดการอาจมีได้หลายระบบ ทั้งนี้ ต้องเป็นระบบที่มีทางเลือกให้กับประชาชนในการเลือกใช้บริการจากภาครัฐหรือเอกชนตามสมควร
- 8.1.5 หลักประกันด้านสุขภาพนี้รวมบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วย โดยต้องจัดเงื่อนไขที่เน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ระบบการบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบการบริการฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้น ๆ
- 8.1.6 ให้มีสำนักงานคณะกรรมการการคลังด้านสุขภาพหรือองค์กรอิสระอื่นที่กำหนด ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบนี้ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กฎเกณฑ์ กติกาต่าง ๆ กำหนดมาตรฐาน ประเมินผลและกำกับดูแลระบบทั้งระบบ

สำหรับการเตรียมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส.ได้สนับสนุนให้มีการทำงานทางวิชาการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่กระจกระเจาย เพื่อวางขั้นตอนดำเนินการเรื่องนี้ โดยมีการตั้งคณะทำงานวิชาการที่มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นหัวหน้าคณะ เริ่มทำงานตั้งแต่ต้นปี 2543 คณะทำงานได้ศึกษาและสังเคราะห์งานแล้วจัดทำข้อเสนอไว้ค่อนข้างจะครอบคลุมแง่มุมต่าง ๆ โดยได้เสนอขั้นตอนสำคัญ ๆ ในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ สรุปได้ดังนี้⁽⁴⁾

- (1) การดำเนินการเรื่องนี้ ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล โดยต้องออกเป็นกฎหมายเพื่อปรับระบบการเงินการคลัง
- (2) ต้องอาศัยกลไกการเงินการคลัง เป็นเครื่องมือปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และต้องมีการวางระบบการจัดการที่ดี โดยออกแบบระบบอย่างพิถีพิถันเพื่อให้การดำเนินการราบรื่นให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้ในระยะยาว
- (3) ต้องวางระบบที่ดีในการสร้างความรู้ความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ
- (4) ขั้นตอนดำเนินการ รัฐบาลควรกำหนดเวลาดำเนินงานภายในระยะ 3 ปี โดยจัดทำแผนแม่บท ที่แสดงเป้าหมาย เจ็อนเวลาทำงาน หน่วยงานรับผิดชอบ และตัวเลขงบประมาณที่จำเป็นไว้อย่างชัดเจน
- (5) ให้มีการตั้งสำนักงานพิเศษอยู่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรีเพื่อประสานการดำเนินงานเรื่องนี้เป็นระบบ
- (6) เตรียมการปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ระบบ



สารสนเทศสำหรับการบริหาร เตรียมปรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ระบบประกันสังคมและระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพเสมือนเป็นกองทุนเดียวกัน จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน สำหรับการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ จัดหารายได้เพิ่มหรือจัดงบประมาณเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนแม่บท ขยายเขตพื้นที่นำร่อง พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐานและเครือข่ายบริการสาธารณสุข พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ทอยยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หารายได้เพิ่มเพื่อการนี้ประมาณ 3-4 หมื่นล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ 2547 เป็นต้น

(7) จัดทำร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปิดเวทีรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวาง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยร่าง พ.ร.บ.ฯ ควรมีบทเฉพาะกาลสำหรับเตรียมการช่วงเปลี่ยนผ่าน 2 ปี

แต่เมื่อรัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เข้าบริหารประเทศในปี 2544 รัฐบาลไม่ได้ใช้กลไกและข้อเสนอเหล่านี้ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

6. รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การสร้างนโยบายของพรรคไทยรักไทย ^(12,17)

พรรคไทยรักไทยเป็นพรรคการเมืองใหม่ ก่อตั้งเมื่อปี 2541 หลังจากประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ล่าสุด กระบวนการทำงานของพรรคมีการตั้งคณะทำงานศึกษาเรื่องต่าง ๆ เพื่อเตรียมจัดทำเป็นนโยบายของพรรค มีการปรึกษาหารือกันอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่กลางปี 2542 ในขณะทำงานนั้นมีทีมสาธารณสุข 4 คน (ต่อมาเมื่อพรรคได้เป็นแกนจัดตั้งรัฐบาลในปี 2544 สองในสี่คนนี้ได้รับแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)

สำหรับประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพหัวหน้าพรรคมองเห็นประเด็นของการขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่ต่างคนต่างทำมีการผูกกันถึงเรื่องการพัฒนา กำลังคนและการตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ แต่สรุปว่าเป็นความคิดแยกส่วนไม่สามารถสร้างเป็นนโยบายได้ ในที่สุดคณะทำงานได้เชิญ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มาให้ความเห็นตามคำแนะนำของ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สงวนฯ เสนอ 2 เรื่อง คือ เรื่องการสร้างสุขภาพโดยเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่ยมาเป็นกองทุน ซึ่งกำลังมีการทำ พ.ร.บ.อยู่ในช่วงนั้น และเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะทำงานพิจารณาว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน่าจะทำได้เพราะสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 แต่ตอนแรกยังมองไม่เห็นว่าจะนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้อย่างไร จะเกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนอย่างไร และความเป็นไปได้ทางการเงิน การคลังจะเป็นอย่างไร จึงมีการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ และปรึกษาที่ทีมงานเศรษฐกิจเพิ่มเติม แล้วประมาณการว่าน่าจะใช้งบประมาณ 8 หมื่น - 1 แสนล้านบาท จึงเสนอว่าควรมีการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพคนละ 100 บาท ต่อเดือน และควรเก็บค่าธรรมเนียมใช้บริการ 20 บาทต่อครั้ง เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็นด้วย


ตารางที่ 4 ลำดับเหตุการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพช่วงรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ (พ.ศ. 2543-2546)

พ.ศ.	เหตุการณ์
2542-43	คณะทำงานพรรคไทยรักไทย สร้างประเด็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ขณะนั้นคนไทยมีหลักประกันสุขภาพแล้วประมาณร้อยละ 80)
2543	พรรคไทยรักไทยรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง ชูประเด็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) เป็น 1 ใน 11 วาระแห่งชาติ มีการยกร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้ล่วงหน้า
2543-44	คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลาเป็นหัวหน้าคณะ สนับสนุนโดย คปรส. และ สวรส.) ส่งเคราะห์และให้ข้อเสนอทางวิชาการเพื่อเตรียมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปพร้อมๆ กับการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ
มค.2544	พรรคไทยรักไทยชนะเลือกตั้งอย่างท่วมท้น พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ตั้งรัฐบาลโดยใช้นโยบายพรรคไทยรักไทยเป็นนโยบายของรัฐบาล (แถลงนโยบายต่อรัฐสภา 26 มีค.44)
มีค.2544	- มีการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาแนวทางดำเนินนโยบาย (17 มีค. 44) - ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 - เครือข่ายประชาชนรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวบรวมชื่อได้ 6 หมื่นชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อรัฐสภา
เมย.2544	ลงมือดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกคนใน 6 จังหวัด
พค.2544	กรมเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ที่จัดทำโดยคณะทำงานของพรรคไทยรักไทย)
มิย.2544	ขยายการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกคนเพิ่มอีก 15 จังหวัด
สค.2544	ตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
ตค.2544	- ขยายการดำเนินโครงการ 30 บาทครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศและบางเขตในพื้นที่กทม. - เกิดการขัดแย้งระหว่าง รมช.สธ.ที่ดูแลนโยบายนี้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่
พค.2545	สภาผู้แทนราษฎรผ่านร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วาระ 3
มิย.-สค. 2545	เกิดปฏิกิริยาจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่พอใจสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.บางมาตรา มีการแต่งชุดดำประท้วงและมีปฏิกิริยาจากผู้เกี่ยวข้องในโครงการประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการบ้างเล็กน้อย
สค.2545	วุฒิสภาผ่านความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันฯ วาระ 3 โดยมีการแก้ไขสาระบางส่วน
ตค.2545	สภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบร่าง พรบ.ตามที่วุฒิสภาแก้ไข
พย.2545	พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ให้มีการตั้ง คปสช. และสปสช. ทำหน้าที่ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับเงินเหมาจ่ายมาจัดบริการสาธารณสุข มาบริหารเองในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบตามบทเฉพาะกาล 3 ปี)
มิย. 2546	กรมเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฉบับแก้ไข เพื่อตัดมาตรา 11 และมาตรา 42 ออกและขยายบทเฉพาะกาลใน ม.66 จาก 1 ปีเป็น 3 ปี



พ.ศ.	เหตุการณ์
2546	มีกระแสข่าวความไม่พอใจของฝ่ายผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นระยะๆ และมีปรากฏการณ์แพทย์ลาออกจากระบบราชการมากขึ้น
พย.2546	เกิดความขัดแย้งในระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข จากกรณีกระทรวงฯ เปลี่ยนระบบจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการโดยแยกเงินเดือนออกจากเงินเหมาจ่ายรวมไว้ที่ส่วนกลาง

เมื่อนำเสนอเรื่องนี้ต่อหัวหน้าพรรคในเวลาต่อมา หัวหน้าพรรคตัดสินใจให้ทำเป็นประเด็นนโยบายของพรรคที่มีความสำคัญสูง โดยมอบให้ทีมงานไปสร้างเป็นต้นนโยบายที่มีสาระและวิธีแนวปฏิบัติให้ชัดเจนขึ้น โดยให้ข้อสังเกตว่า น่าจะใช้ political gimmick ว่า “20 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งต่อมา กลายเป็น “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่ประชาชนรับรู้กันทั่วประเทศ

พรรคไทยรักไทยใช้วิธีนำเสนอนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้อิงกับสถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ โดยระบุว่าเป็น “กำแพงพื้หลังสุดท้ายของผู้ยากไร้”⁽³⁴⁾ (ไม่ได้ชูประเด็นสิทธิของประชาชนตามปรัชญาหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นประเด็นนำ) มีการทำเอกสารเผยแพร่ สรุปความได้ดังนี้

“วิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประชาชนเดือดร้อนเมื่อเจ็บป่วยก็ยังมีปัญหาหนักอกทำให้สิ้นเนื้อประดาตัว ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี แต่มีคนไทย 18 ล้านคนขาดหลักประกันสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข ในขณะที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ได้รองรับสิทธิของบุคคลที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน พรรคไทยรักไทยอาศัยแนวคิดใหม่ 3 ประการคือ

- (1) แก้ปัญหาแบบองค์รวม
- (2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
- (3) ใช้หลักความยุติธรรมในสังคม

พรรคไทยรักไทย จึงจะเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนด้วยนโยบาย

(1) ขยายการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพโดยกองทุนเดิม โดยขยายการประกันสังคมไปยังคู่สมรส และสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

(2) สร้างเอกภาพของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปูทางสู่การประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นองค์การมหาชนเพื่อประสานจัดการ วางรูปแบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) ส่งเสริมบทบาทประชาคมและชุมชนที่มีบทบาทในการประกันสุขภาพให้ขยายผลออกไป และให้ผู้แทนประชาคมเข้าร่วมบริหารและกำกับระบบประกันสุขภาพด้วย

(4) เพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน โดยปรับปรุงระบบบริการภายใต้โครงการประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

(5) ออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีผลใช้บังคับโดยสมบูรณ์หลังออกพระราชบัญญัติ 3 ปี เพื่อให้เตรียมระบบบริการได้

(6) ตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ และพัฒนาประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ และบริการสาธารณสุขทั้งระบบ กองทุนนี้จะจัดสรรเงินให้สถานพยาบาลตามสัดส่วนประชาชนในเขตพื้นที่ที่มีการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลเพื่อการส่งต่อ มีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานและจัดสรร

■ พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย



เงินส่วนอื่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย”

สำหรับแหล่งที่มาของเงินกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ 4 ทาง คือ

- (1) งบประมาณรัฐบาล
- (2) เงินสมทบเบี้ยประกันสุขภาพจากผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์รายได้ร้อยละ 100 หรือผู้ที่สังคมต้อง
เก็บเงินจำนวน 100 บาทต่อเดือนต่อคน
- (3) การระดมทุนในชุมชนในลักษณะเงินสมทบจากองค์กร
- (4) เก็บค่าธรรมเนียมในการบริการผู้ป่วยนอก อัตรา 30 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง

โดยเนื้อหาสาระของนโยบายที่พรรคไทยรักไทยนำเสนอออกมาในช่วงแรกนี้ ซึ่งวางอยู่บน
แนวคิดการประกันสุขภาพ มีส่วนละม้ายคล้ายคลึงกับข้อเสนอของคณะทำงานวิชาการภายใต้ ศปรส.ที่
มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลาเป็นประธานค่อนข้างมาก

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้ถูกกำหนดให้เป็น 1 ใน 11 วาระแห่งชาติ
ของพรรคไทยรักไทย ซึ่งเสนอเป็นครั้งแรกในการประชุมใหญ่ของพรรคที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เมื่อ
วันที่ 26 มีนาคม 2543 โดยปรับปรุงข้อความนำเสนอเนื้อหาสาระใหม่เป็นดังนี้⁽³⁵⁾

“วาระแห่งชาติที่ 8 : พลิกโฉมบริการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสาธารณสุขสูงถึงกว่าสองแสนล้านบาทต่อปี แต่คนไทย
จำนวนถึง 18 ล้านคนยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ไม่มีโอกาสได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
พรรคไทยรักไทย จึงจะดำเนินการ ดังนี้

- จัดให้มีการประกันสุขภาพสำหรับคนไทยทั้ง 62 ล้านคน โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ
สุขภาพของตนเองและของครอบครัวตามศักยภาพของทุกครัวเรือน

- ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนได้ตามที่
ตนเองพอใจ โดยระบบประกันสุขภาพที่สร้างขึ้นจะจัดสรรเงินงบประมาณจากกองทุนให้กับสถาน
พยาบาลเหล่านั้นอย่างเพียงพอ ตามสัดส่วนของประชาชนที่ลงทะเบียน ซึ่งหมายถึงการคืนอำนาจใน
การจัดการบริการสุขภาพกลับสู่ประชาชน

- ให้ประชาชนได้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน

-”

แต่ในเวลาต่อมา พรรคไทยรักไทยตัดสินใจตัดประเด็นการเก็บเงินสมทบเบี้ยประกันสุขภาพ
เดือนละ 100 บาทต่อคนออก โดยระบุแหล่งเงินไว้ใน “17 คำถามคำตอบ การประกันสุขภาพแห่ง
ชาติ 30 บาทต่อครั้งรักษาได้ทุกโรค” ที่เผยแพร่เมื่อเดือนตุลาคม 2543 ว่า⁽³⁶⁾

“14. กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ จะหาเงินจากไหน มาทำโครงการนี้

เงินที่ต้องใช้เพื่อบริการสุขภาพ ประมาณ 100,000 ล้านบาทต่อปี โดยหาจาก 4 ทาง คือ

- (1) เงินงบประมาณ ตามปกติรัฐบาลจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศทุก
สังกัดปีละ 84,000 ล้านบาท แต่การจัดสรรเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง และใช้ประโยชน์ไม่ได้เต็มที่ พรรคจึง
เสนอให้มีการจัดสรรใหม่ โดยเปลี่ยนจากการจัดสรรให้ตามขนาดของโรงพยาบาล มาเป็นตามจำนวน
ของประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนขอใช้บริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ



(2) เงินสมทบจากสำนักประกันสังคม ที่ประกันสุขภาพให้ผู้ประกันตนคนละ 1,200 บาทต่อปี จะได้เงินในส่วนนี้ประมาณ 12,000 ล้านบาทต่อปี

(3) การระดมทุนในชุมชน ในลักษณะเงินสมทบจากองค์กร เช่น อบต. อบจ. หรือกองทุนชุมชนอื่น ๆ

(4) เงิน 30 บาทต่อครั้ง ที่เก็บ เมื่อคนไข้มาใช้บริการรักษาสุขภาพ อีกปีละประมาณ 120 ล้านครั้ง หรือประมาณ 3,600 ล้านบาท”

ทั้งนี้ไม่มีการกล่าวถึงเงินในระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ

สำหรับเหตุผลของการตัดประเด็นเก็บเงินสมทบออกคือการเก็บเบี้ยประกันยังไม่มีระบบรองรับในทางปฏิบัติจะเกิดปัญหายากมาก และจากการศึกษางานวิจัยเพิ่มเติมหลายชิ้นเชื่อว่าค่าใช้จ่ายไม่น่าจะเกินปีละ 1 แสนล้านบาท อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลน่าจะจ่ายเองได้ แต่เหตุผลข้อหนึ่งที่สำคัญกว่านั้นก็คือ การเสนอเก็บเบี้ยประกันสมทบจะทำให้นโยบายไม่เป็นที่ยอมรับ และผู้สมัคร สส.ของพรรคปรารถนาอธิบายแก่ประชาชนยากมาก⁽¹²⁾

2. การพัฒนานโยบายและการลงมือดำเนินการเมื่อเข้าเป็นรัฐบาล

2.1 จากนโยบายพรรคสู่นโยบายรัฐบาล

เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะอย่างท่วมท้นในการเลือกตั้งทั่วไป วันที่ 6 มกราคม 2544 พตท.ทักษิณ ชินวัตร ประกาศว่าจะใช้นโยบายของพรรคไทยรักไทยเป็นนโยบายของรัฐบาล นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาทรักษาทุกคน” จึงกลายมาเป็นนโยบายของรัฐบาลในเวลาต่อมา

ทีมงานของพรรคมีการทบทวนงานวิจัยหลายชิ้นเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในเชิงการเงินการคลังอีกครั้ง โดยงานศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับธนาคารแห่งการพัฒนาเอเชีย ระบุว่าใช้งบประมาณหัวละ 1,040 บาท ต่อปีเพื่อ การดำเนินโครงการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (โรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข) ได้รับงบประมาณหัวละ 782 บาทต่อปี การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมจ่ายหัวละ 1,400 บาทต่อปี จึงมีการคำนวณว่าประชากร 60 ล้านคน น่าจะใช้งบประมาณราว 6 หมื่น-8 หมื่นล้านบาทเศษ รัฐบาลน่าจะจ่ายได้เมื่อรวมเงินส่วนประกันสุขภาพของประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เข้าด้วยกัน แม้ว่าการศึกษาของคณะทำงานที่มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นหัวหน้า คาดว่าน่าจะใช้เวลาประมาณ 1 แสนล้านบาทก็ตาม

ทั้งนี้ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งร่วมเป็นผู้ทำงานอยู่ในคณะของ ศ.ดร.อัมมารฯ ด้วยและเป็นตัวเชื่อมกับทีมงานของพรรคไทยรักไทย(ต่อมาได้รับแต่งตั้งให้เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อตุลาคม 2544 เพื่อดูแลเรื่องนี้ และเป็นเลขาธิการ สปสช. เมื่อปี 2546 หลัง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้ว) เสนอว่าควรเริ่มทำนาร่องในบางจังหวัด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 และค่อยๆ ทำให้ครอบคลุมทั้งประเทศในเวลา 3 ปี⁽¹²⁾

วันที่ 26 มีนาคม 2544 รัฐบาลแถลงนโยบายต่อรัฐสภา นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนของรัฐสภา ดังนี้⁽³⁷⁾

“1. นโยบายเร่งด่วน.....

(7) สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและ



ประชาชน ในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน.....

10. **นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง** รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าโดยจะ**ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ** เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้ง**สร้างหลักประกันและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน**อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนี้
 - (1) **จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยการตรากฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณของรัฐบาลด้านสุขภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ.....”

2.2 ลงมือทำทันที

แม้ข้อเสนอจากฝ่ายนักวิชาการส่วนมากค่อนข้างจะเห็นตรงกันว่า การดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรทำอย่างมีขั้นตอนและค่อยเป็นค่อยไปและควรทำโดยกลไกนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรี ซึ่งในช่วงต้นที่ทีมงานของพรรคไทยรักไทยก็เห็นไปทางนั้นและเคยระบุเช่นนี้ไว้ในเอกสารของพรรคไทยรักไทยในช่วงแรก^(4,17,34) ด้วยก็ตาม แต่ในที่สุดรัฐบาลได้ตัดสินใจลงมือทำทันทีโดยใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกดำเนินการแทนที่จะใช้กลไกภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรีโดยตรง โดยส่งหนึ่งในทีมงานที่มีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นนโยบายเรื่องนี้มาตั้งแต่ต้นๆ (นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี) เข้าเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดูแลกำกับนโยบายนี้เป็นการเฉพาะ

ในช่วงเวลานั้น เป็นช่วงที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.มงคล ณ สงขลา) และคณะ มีแนวคิดสอดคล้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นฝ่ายเสนอให้ลงมือดำเนินการทันทีใน 6 จังหวัดที่ทำโครงการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขตามโครงการลงทุนทางสังคมที่สนับสนุนโดยธนาคารโลกอยู่ก่อนแล้ว (จ.พะเยา, นครสวรรค์, ยโสธร, ปทุมธานี, สมุทรสาครและยะลา) โดยเสนอให้ดำเนินการเฉพาะในส่วนของระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขก่อน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 เป็นต้นไป ในขณะที่เดียวกันก็ตั้งคณะทำงานเร่งจัดเตรียมข้อเสนอแนวทางดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านทันที มีการประชุมผู้เกี่ยวข้องประมาณ 60 คนที่พัทยา ระหว่างวันที่ 2-4 มีนาคม 2544 เพื่อเตรียมข้อเสนอเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการที่รัฐบาลจะจัดให้มีขึ้นในวันที่ 17 มีนาคม 2544

วันที่ 17 มีนาคม 2544 มีประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำเนียบรัฐบาล มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีผู้เข้าร่วมประชุม 111 คน จากทั้งในส่วน of กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ภาคเอกชน และตัวแทนผู้บริโภค ซึ่ง ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ก็ได้รับเชิญให้นำเสนอข้อศึกษาทางวิชาการ สรุปสาระสำคัญได้ว่า⁽¹⁶⁾

“คณะทำงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ทำการศึกษาเรื่องนี้ก่อนที่รัฐบาลทักษิณ เข้ามาบริหารประเทศ หลักการสำคัญ



ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือต้องเป็นสิทธิเท่าเทียมกันสำหรับทุกคน ไม่ใช่นโยบายสงเคราะห์ไม่ใช่ของขวัญที่รัฐบาลหยิบยื่นให้แก่ประชาชน ต้องสร้างให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันโดยรัฐมีหน้าที่เกี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน ระหว่างประชาชนทุกกลุ่ม ระบบต้องแยกฝ่ายผู้ซื้อบริการออกจากฝ่ายผู้ให้บริการ ต้องมีการจัดระบบสารสนเทศที่ดีและคล่องตัว เพื่อสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับไวต้องมีการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่ทำงานอย่างเป็นเครือข่ายเพื่อให้มีระบบส่งต่อที่ดี เพื่อให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนรับบริการกับเครือข่ายบริการและมีระบบกำกับตรวจสอบที่รัดกุมและเคร่งครัด

ในระยะเริ่มต้นควรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพเพียง 2 กองทุน คือ (1) ขยายกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว และ(2) กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 2 กองทุนต้องมีสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน และในระยะต่อไปควรมีกองทุนเดียว

การดำเนินงานแต่ละประเด็น มีรายละเอียดที่ต้องกลั่นกรองออกมาเป็นระบบที่นำไปทำได้ทั่วประเทศ และต้องทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมาก”

ในการประชุมดังกล่าว คณะทำงานเฉพาะกิจของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล ในช่วงเปลี่ยนผ่าน สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ ⁽³⁸⁾

“เพื่อจัดให้มีการประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคและมีมาตรฐาน จึงควรกำหนดหลักการเน้นการให้บริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยภาครัฐ และมีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมให้บริการในระดับอื่นๆ ควรคิดค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมเงินเดือนและงบลงทุน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผลในระยะยาวโดยจ่ายเงินแบบปลายปิด

ควรมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ ตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพของประชาชน เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานกลางให้กองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ ปฏิบัติ ให้พิจารณาพื้นฐานของชุดสิทธิประโยชน์หลักตามโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย

ในระยะเปลี่ยนผ่านให้กำหนดต้นทุนต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,250 บาท โดยจัดสรรไปให้พื้นที่ 1,083 บาทต่อหัว และกันค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงไว้ที่ส่วนกลาง ซึ่งเมื่อรวมงบประมาณที่กันไว้สำรองในส่วนกลางทั้งสิ้นสำหรับการบริหารจัดการ การประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูล และการพัฒนาคุณภาพบริการเข้าก็บรายจ่ายในพื้นที่สำหรับประชากร 45 ล้านคนแล้ว จะต้องการใช้งบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ทั้งสิ้น 65,077 ล้านบาท และให้มีการผ่อนคลายกฎระเบียบให้สถานพยาบาลของรัฐ สามารถบริหารจัดการได้คล่องตัวยิ่งขึ้น”

การประชุมดังกล่าวมีการสรุปสาระการประชุม ไว้ดังนี้ ⁽³⁹⁾

- (1) “เห็นพ้องต้องกันในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักการสุขภาพพอเพียง
- (2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ให้ผลคุ้มค่าด้วย
- (3) ให้อ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว และจัดให้มีระบบการประกันคุณภาพบริการด้วย



- (4) ให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิ ที่เป็นเครือข่ายครบวงจร ที่เป็นได้ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน
- (5) จัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายไปยังหน่วยบริหารกองทุนประกันสุขภาพพื้นที่เพื่อจัดหาบริการให้แก่ประชาชน โดยการจ่ายเงินให้สถานบริการให้เป็นไปตามข้อเท็จจริง
- (6) ในเดือนมิถุนายน 2544 จะประเมินผลการดำเนินงานใน 6 จังหวัด ที่เริ่มดำเนินการในเดือนเมษายน 2544 และจะขยายดำเนินการในจังหวัดที่มีสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยอยู่ด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเตรียมขยายเต็มพื้นที่ต่อไป
- (7) ให้เตรียมความพร้อมของระบบทั้งหมดก่อนขยายทั่วประเทศ
- (8) จัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กำกับของนายกรัฐมนตรี เพื่อกำหนดนโยบายของการเข้าสู่ระบบกองทุนเดียว รวมทั้งจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อร่วมมือกันไปสู่ระบบดังกล่าว
- (9) การปฏิรูปใดๆ ที่เกิดขึ้น ต้องไม่รื้อถอนสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มต่างๆ เคยได้รับอยู่ก่อนเช่น กลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น
- (10) ควรลงทุนจัดเตรียมระบบสารสนเทศโดยเร็วภายใน 2 ปี”

เพื่อการลงมือดำเนินการอย่างเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งคณะทำงานขึ้น 10 ชุด เพื่อเร่งกำหนดรายละเอียดของการดำเนินงานช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยในเดือนเมษายน 2544 เผยแพร่เอกสารชื่อ **“ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะได้อะไร : 30 บาท รักษาทุกโรค ถ้าสงสัยในนี้มีคำตอบ”** และเอกสารชื่อ **“30 บาท รักษาทุกโรค สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”**^(40,41) เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน เพราะในช่วงเวลาดังกล่าว สังคมกำลังวิพากษ์วิจารณ์นโยบายนี้ของรัฐบาลอย่างกว้างขวาง รูปร่างหน้าตาของ “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือที่เรียกว่า **“บัตรทอง”** ก็ถูกเผยแพร่อย่างเป็นทางการในช่วงนั้น พร้อมๆ กับการเดินสายแจกบัตรทอง ที่เป็นข่าวประชาสัมพันธ์ของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง

เดือนพฤษภาคม 2544 กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่หนังสือ **“แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน”** ที่เป็นผลจากการทำงานของคณะทำงาน 10 คณะ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ⁽⁴²⁾ ซึ่งต่อมามีการแก้ไขปรับปรุงเป็นฉบับเดือน มกราคม 2545⁽⁴³⁾

ในคู่มือแนวทางดังกล่าว มีทั้งการพัฒนาเนื้อหาสาระของนโยบายให้ชัดเจนขึ้น ทั้งในเรื่องของเป้าหมาย หลักการ และมาตรการสำคัญของการดำเนินนโยบายนี้ (policy formulation) รวมไปถึงการกำหนดวิธีการปฏิบัติ (policy implementation) ด้วย สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

“เป็นการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นสำหรับทุกคน ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่การสงเคราะห์โดยรัฐ เน้นระบบ “สร้างสุขภาพ” มากกว่า “การซ่อมสุขภาพ” โดยมีหลักการสำคัญคือ

- (1) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกระดับและร่วมเป็นเจ้าของ
- (2) ประชาชนต้องมีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการปฐมภูมิที่ตนพอใจ
- (3) สถานบริการเป็นได้ทั้งของรัฐและเอกชนที่มีระบบรับรองคุณภาพ
- (4) สถานบริการระดับปฐมภูมิต้นเป็นจุดบริการด่านแรก ให้บริการแบบผสมผสานและมีระบบส่งต่อที่ชัดเจน

- (5) สนับสนุนให้สถานบริการระดับปฐมภูมิทำงานกันเป็นแบบเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชน
- (6) ระบบการเงินการคลังต้องทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้ (cost containment) จึงให้ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด และมุ่งเน้นผลลัพธ์
- (7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะบริการด้วยที่กองทุน
- (8) ในอนาคต ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีกองทุนเดียว ช่วงเปลี่ยนผ่านอาจมี 2 กองทุน

ให้มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core benefit package) ตามนโยบายนี้ขึ้น เพื่อให้ชัดเจนว่าที่บอกว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้น ที่จริงแล้วรับบริการอะไรได้บ้าง โดยใช้ชุดสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพตามระบบประกันสังคม เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล และครอบครัว โดยกิจกรรมบริการด้านสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การควบคุมโรคระบาด การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ฯลฯ ไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นี้

มีการกำหนดแนวทางและมาตรฐานการจัดตั้งสถานบริการปฐมภูมิและเครือข่าย เพื่อให้เป็นหน่วยบริการด่านแรก ซึ่งอาจเป็นสถานบริการขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลก็ได้ แต่ต้องจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

ประชาชนผู้มีสิทธิ เมื่อใช้บริการตามระบบจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้นผู้มีสิทธิตามโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยเดิม และผู้มีบัตรสุขภาพเดิมที่บัตรยังไม่หมดอายุ ไม่ต้องเสียเงิน (การดำเนินโครงการนี้ ไม่รวมผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ และระบบประกันสังคม จึงครอบคลุมประชากรประมาณ 45 ล้านคนเศษ)

ในระยะแรกประชาชนยังไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นฝ่ายกำหนดในระยะต่อไปจะให้ประชาชนมีสิทธิเลือกเอง

สำหรับงบประมาณที่ใช้ดำเนินการ (ปีงบประมาณ 2545) จัดเป็นแบบจ่ายรายหัว (capitation) หัวละ 1,202 บาทต่อปี สำหรับประชากรเป้าหมาย 46.6 ล้านคน รวมเป็นเงิน 5 หมื่น 6 พันล้านบาทเศษ แยกเป็น

- | | |
|--|---------------|
| (1) งบประมาณรักษายาบาล | 934 บาท/คน/ปี |
| จำแนกเป็น | |
| ผู้ป่วยนอก | (574) |
| ผู้ป่วยใน | (303) |
| ค่ารักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง | (32) |
| อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน | (25) |
| (2) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค | 175 บาท/คน/ปี |
| (ไม่เคยมีฐานข้อมูลมาก่อน จึงคิดแบบประมาณการเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณรักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมกัน) ^(22,44) | |
| (3) งบลงทุน | 93.4 |
| (ร้อยละ 10 ของ (1)) | |
| งบประมาณนี้รวมเงินเดือนบุคลากรอยู่ด้วยแล้ว | |



สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (เดิมทำหน้าที่ดูแลโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ) ทำหน้าที่ดูแลกองทุนนี้ ซึ่งเกลี้ยมาจากงบประมาณจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม และของงบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาลอีกส่วนหนึ่ง

ทั้งนี้มีการตั้งงบประมาณสำรองเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพของระบบ (contingency fund) ร้อยละ 10 ของงบประมาณข้างต้น เนื่องจากว่า เมื่อจัดสรรงบประมาณใหม่เป็นรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ จะมีโรงพยาบาลรัฐส่วนหนึ่งที่เคยมีต้นทุนในการดำเนินงานสูงอยู่เดิม อาจประสบปัญหาวิกฤตได้รับงบประมาณไม่พอใช้จ่าย จึงต้องได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน 2-3 ปี

เมื่อส่วนกลางจัดสรรงบประมาณไปให้พื้นที่ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน ให้ใช้คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (กสพ.) เป็นกลไกบริหารงบประมาณไปสู่สถานบริการในพื้นที่ ถ้ายังไม่มี กสพ. ให้ใช้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดเดิมทำหน้าที่ไปก่อน

การจ่ายเงินให้สถานบริการจัดบริการ(ซื้อบริการแทนประชาชน) มี 2 วิธี คือ

(1) แบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) รวมงบประมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดให้หน่วยบริการปฐมภูมิรับไป กรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลที่อื่น ต้องตามจ่ายเงินให้ตามหลักเกณฑ์ กรณีผู้ป่วยในจ่ายด้วยอัตราาราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

(2) แบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (exclusive capitation) จ่ายให้เฉพาะบริการผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยในให้เบิกตามค่าบริการจริงด้วยอัตราาราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม”

ในส่วนระบบข้อมูล คู่มือระบุว่า “กำลังมีการพัฒนาระบบสารสนเทศกลาง ดังนั้นในระยะต้นการลงทะเบียนออกบัตร ใช้ข้อมูลจากการสำรวจร่วมกับทะเบียนราษฎรไปก่อน”

มีการระบุว่า “จะจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรีขึ้นมาดูแลและเตรียมงานตามนโยบายนี้ ก่อนที่ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสำเร็จ” (ซึ่งต่อมากมีการตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 15 สิงหาคม 2544 แต่ไม่มีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรีโดยรัฐบาลตัดสินใจใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกดำเนินงานหลักทั้งหมด)

สำหรับแนวทางฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เล่มที่ 2 ที่เผยแพร่เดือนมกราคม 2545 สาระสำคัญส่วนใหญ่คล้ายคลึงกับของเดิมแต่มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมสาระบางส่วนที่คิดขึ้นใหม่และที่ปรับเปลี่ยนไป เช่น ให้เรียกชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิตามโครงการนี้ว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และให้ใช้ชื่อนี้ในการประชาสัมพันธ์กำหนดวิธีการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการเปิดให้โรงพยาบาลของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนเข้าร่วมจัดบริการตามโครงการนี้มีการระบุถึงกลไกการบริหารโครงการที่ส่วนกลางโดยใช้ “ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือ War room มีการระบุถึงวิธีการจ่ายเงินให้สถานบริการทั้งแบบรวมเงินเดือนและแบบไม่รวมเงินเดือน (แยกเงินเดือนไว้ที่จังหวัด)(ซึ่งในปีงบประมาณต่อมา กระทรวงสาธารณสุขใช้วิธีแยกเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลางจนกลายเป็นประเด็นขัดแย้งกันอย่างรุนแรงขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่งในปี 2546)

2.3 คิดไป-ทำไป-แก้ไป

โดยหลักการทั่วไป นโยบายที่ดำเนินการได้ง่ายมักจะมีลักษณะเฉพาะได้แก่ เป็นเรื่องที่ไม่สลับซับซ้อน ใช้วิธีการที่ง่าย ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงไม่มาก ดำเนินการได้โดยกลุ่มคนไม่มาก มีเป้าหมายชัดเจน มีวัตถุประสงค์หลักวัตถุประสงค์เดียว ดำเนินการสำเร็จได้ในระยะเวลาอันสั้น⁽¹²⁾ แต่นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ แม้ว่าจะมีเป้าหมายชัดเจน แต่เป็นประเด็นที่สลับซับซ้อน มีประเด็นทางวิชาการมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมาก และมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จึงเป็นนโยบายที่ดำเนินการยาก หลายฝ่ายจึงเสนอว่าต้องวางแผนให้ชัดทุกขั้นตอน สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมให้มากและลงมือทำในช่วงเวลาที่มากพอสมควร^(4,7) แต่รัฐบาล พตท.ทักษิณเลือกใช้วิธีทำเร็ว แม้ว่าได้เขียนระบุในนโยบายของพรรคไทยรักไทยและนโยบายของรัฐบาลว่าจะดำเนินการในเวลา 3 ปีก็ตาม ดังนั้นในขณะที่ยังเตรียมการแต่ละประเด็น แต่ละขั้นตอนยังไม่พร้อม ยังสร้างความร่วมมือและสร้างความเข้าใจได้ไม่มาก แต่เมื่อโอกาสทางการเมืองเปิด ประชาชนกำลังนิยมอย่างมาก จึงเลือกทำแบบ “ทำเร็ว” โดยอาศัยวิธี “คิดไป-ทำไป-แก้ไป” ซึ่งสอดคล้องกับที่บางฝ่ายบอกว่า “ถ้าไม่รีบทำ ก็จะไม่ได้อะไร” โดยยกตัวอย่างว่าประธานาธิบดีคลินตันเคยประสบความล้มเหลวมาแล้ว⁽¹⁷⁾

รัฐบาลเลือกใช้วิธีลงมือปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการพัฒนาความชัดเจนของตัวเนื้อหา นโยบาย โดยใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนดำเนินการ ซึ่งช่วงที่รัฐบาลเข้าบริหารประเทศใหม่ๆ ภาวะผู้นำฝ่ายข้าราชการประจำของกระทรวงสาธารณสุขรับนโยบายนี้เป็นอย่างดีจึงทำให้เกิดการตัดสินใจดำเนินโครงการและขยายผลอย่างรวดเร็ว มีการระดมคณะทำงาน 10 ชุด⁽⁴²⁾ และมีคณะทำงานเฉพาะกิจเร่งคิดรายละเอียดของนโยบายและวิธีดำเนินการตามนโยบาย โดยค่อยๆ เปิดให้ฝ่ายต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามลำดับ เพื่อลดความขัดแย้งและเพิ่มแรงหนุน เพราะมองเห็นว่าการดำเนินงานนี้จะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งฝ่ายการเมือง ฝ่ายราชการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายผู้ให้บริการและวิชาชีพต่างๆ ฝ่ายนักวิชาการ ฝ่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ฝ่ายเอกชน สื่อมวลชนและประชาคมต่างๆ

มีการเร่งออก**ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า** พศ. 2544 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2544 เพื่อรองรับการดำเนินงานของจังหวัดกลุ่มแรก โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนกลาง (ปสน.กลาง) มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปสน.จังหวัด) เป็นกลไกบริหารที่ส่วนกลางและพื้นที่⁽⁴²⁾

วันที่ 15 สิงหาคม 2544 มีการออกคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี แต่งตั้ง**คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รองนายกรัฐมนตรีและรมว.สาธารณสุขเป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ดูแลในระดับนโยบายแห่งชาติ และการจัดทำแผนแม่บทการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน นพ.สงวนฯ เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ดูแลการดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน⁽⁴⁵⁾ ซึ่งเป็นการจัดกลไกและหาความร่วมมือเพื่อขยายการดำเนินงานให้กว้างขวางออกไปนอกกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการดำเนินงานอย่างรีบเร่ง มีประเด็นต่างๆ ต้องทำให้ชัดทั้งประเด็นนโยบาย และประเด็นการจัดการ ความเห็นที่ไม่ตรงกันและความขัดแย้งเริ่มมีมากขึ้น เช่น ปัญหาการ

■ พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย



จัดงบประมาณแบบ inclusive-exclusive ปัญหาการจัดสรรงบประมาณแบบรวมเงินเดือน แยกเงินเดือน ปัญหาผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัญหาข้อโต้แย้งเรื่องเงินเหลื่อมจ่ายต่อหัวว่าน้อยเกินไป ปัญหาความไม่ลงตัวของการจัดพื้นที่และเครือข่ายบริการ ปัญหาความต้องการและความไม่พอใจในบริการของประชาชน ฯลฯ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเป็นกลไกแกนกลางของการดำเนินโครงการจึงได้ **ตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (War room)** ขึ้น มี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน กรรมการประกอบด้วยบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข มี นพ.สงวนฯ เป็นเลขานุการ มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและตัดสินใจวางแผนงานดำเนินงานและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ เริ่มทำงานตั้งแต่เดือนกันยายน 2544 โดยประชุมกันทุก 1-2 สัปดาห์ (แต่งตั้งเป็นทางการ 14 ตุลาคม 2544)⁽⁴⁶⁾

กลไก war room นี้มีส่วนสำคัญในการติดตามดูแลการดำเนินงานตามนโยบายอย่างใกล้ชิด สามารถติดตามปัญหาและแก้ไขปัญหาได้รวดเร็ว และประสานความไม่ลงรอยกันในหมู่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งปฏิรูปกับที่มองเชิงอนุรักษ์และระหว่างฝ่าย รพ.ใหญ่กับ รพ.เล็ก ได้ในระดับหนึ่ง แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2545 (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนเดิมเกษียณอายุราชการ) จึงเกิดแนวคิดอนุรักษ์นิยม ไม่เห็นด้วยกับมาตรการวิธีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานตามนโยบายในช่วงที่ผ่านมา เพราะมองว่ากระทบกับรพ.ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก จึงกลายเป็นความขัดแย้งกันอย่างรุนแรงกับฝ่ายการเมือง จนปรากฏออกสู่สาธารณะ โดยที่กลไก war room ช่วยอะไรไม่ได้เลย

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาอีก 7 คณะ (13 พย.44)⁽⁴⁷⁾ ทำงานทางวิชาการด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยอนุกรรมการเกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงบางคณะเท่านั้นที่ดึงคนนอกเข้าร่วมด้วย

โดยสรุป หลังจากที่รัฐบาลตัดสินใจให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกแกนกลางในการพัฒนานโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แทนที่จะเป็นการตั้งกลไกใหม่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรีตามแนวคิดช่วงเริ่มต้นและที่นักวิชาการเสนอแนะ โดยลงมือดำเนินการทันทีในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขก่อนในพื้นที่ 6 จังหวัด ในเดือน เมษายน 2544 จึงกลายเป็นแรงกดดันเรียกร้องจากประชาชนและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในจังหวัดอื่นให้ขยายโครงการครอบคลุมพื้นที่ของตนโดยเร็ว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจขยายโครงการระยะที่ 2 อีก 15 จังหวัด โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2544 (นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ตและนราธิวาส) และตัดสินใจขยายโครงการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศและในพื้นที่บางเขตของกรุงเทพฯ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นไป โดยเปิดให้โรงพยาบาลของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนที่พร้อมและสนใจ เข้าร่วมโครงการได้ตั้งแต่ระยะที่ 2 (เดิม รพ.สาธารณสุข แถลงว่าจะเปิดให้รพ.เอกชนเข้าร่วมในระยะที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามข้อเรียกร้องของสมาคม รพ.เอกชนที่มีต่อนายกรัฐมนตรีในการประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2544 เนื่องจากมี รพ.เอกชนส่วนหนึ่งซึ่งกำลังอยู่ในช่วงประสบปัญหาจากผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต้องการเข้าร่วมโดยเร็วเพราะมองเห็นที่มาของรายได้ที่แน่นอนชัดเจนและมีประสบการณ์จากการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมจนกลายเป็นผู้ให้บริการรายได้สูงในปัจจุบัน^(12,48)



อีกหนึ่งการดึงความร่วมมือของภาคเอกชนเข้าร่วมโครงการ เป็นแนวคิดของหัวหน้าพรรคไทยรักไทยมาตั้งแต่ต้นซึ่งมีการพูดถึงตั้งแต่ช่วงเตรียมนโยบายพรรคไทยรักไทยว่าให้หาทางดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการกับภาครัฐเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและก็เป็นการแก้ปัญหาผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจไปในตัวด้วย⁽¹²⁾

เนื่องจากเมื่อรัฐบาลกำหนดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประเด็นนโยบาย (policy agenda) แล้ว มีการดำเนินงานในขั้นตอนการจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (policy formulation) ตามหลัง โดยอาศัยความพร้อมของระบบเดิมและองค์ความรู้เดิมเท่าที่มีอยู่เดิม แต่ก็ยังไม่มีชัดเจนสมบูรณ์แบบที่จะใช้เป็นแผนแม่บทหรือแผนที่นำทางไปสู่การดำเนินงานตามนโยบายได้ทันที เมื่อมีแรงกดดันจากประชาชนและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ประกอบกับรัฐบาลกำลังอยู่ในช่วงที่ได้รับคะแนนนิยมสูง การตัดสินใจขยายการดำเนินโครงการครอบคลุมทั้งประเทศ ซึ่งเป็นไปตามเหตุผลทางการเมืองมากกว่าเหตุผลทางวิชาการ แม้ว่านักวิชาการส่วนใหญ่และฝ่ายค้านต่างตั้งว่า อาจก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นในอนาคตก็ตาม

2.4 ประเด็นการเงินการคลังและการจัดระบบบริการสาธารณสุข

2.4.1 ประเด็นการเงินการคลัง

2.4.1.1 แหล่งเงินที่นำมาสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลเลือกใช้จากภาษีทั่วไป โดยใช้งบประมาณจัดบริการสาธารณสุขที่อยู่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเดิมเป็นหลัก และรัฐบาลสมทบเพิ่มให้บางส่วน ไม่มีการเก็บเบี้ยประกันสมทบจากประชาชน ยกเว้นเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการเท่านั้นมีผลทำให้เงินที่ใช้จัดบริการสาธารณสุขของสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมลดลงทันทีเนื่องจากสถานบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินบำรุงโรงพยาบาลได้ในขณะที่งบประมาณที่จำกัดนี้ ต้องแบ่งจัดสรรไปให้โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอีกด้วย สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขจะสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนได้จึงขึ้นอยู่กับสมมุติฐานว่า ต้องเกลี่ยทรัพยากรที่ไม่สมดุลอยู่เดิมให้เกิดความสมดุล การบริหารจัดการต้องมีประสิทธิภาพอย่างมาก และมีระบบบริการสาธารณสุขที่เริ่มจากบริการปฐมภูมิ โดยประชาชนใช้บริการอย่างเป็นขั้นเป็นตอนตามนั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปได้ยากมากในระยะเวลาล้านๆ

นอกจากนี้ในระยะยาวเมื่อระบบพัฒนาสมบูรณ์ขึ้นประชาชนใช้บริการมากขึ้นเนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการได้ถ้วนหน้ายิ่งขึ้นและมีแรงจูงใจให้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นกับตน วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขก้าวหน้าขึ้น งบประมาณที่ใช้ในโครงการนี้จะสูงขึ้นตามลำดับ ดังนั้นนักวิชาการส่วนใหญ่ ฝ่ายค้าน และสำนักงบประมาณจึงเตือนว่า ทางเลือกทางการเงินตามนโยบายนี้ซึ่งวางอยู่บนปรัชญาสังคมนิยมเสรีที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการเป็นแบบประชานิยมจะก่อปัญหาต่อภาระงบประมาณของรัฐบาลในระยะยาวอย่างแน่นอนและหลายฝ่ายมองว่าการใช้ระบบภาษีมาเป็นแหล่งเงินในสร้างหลักประกันสุขภาพทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมเพิ่มขึ้นเพราะระบบภาษีที่ใช้อยู่ในประเทศไทยไม่มีความเป็นธรรม

ในช่วง 2 ปีแรกที่รัฐบาลลงมือดำเนินโครงการนี้ ยังไม่มีการคิดแนวทางหาแหล่งเงินมาสมทบเพื่อดำเนินโครงการนี้ในระยะยาว โดยรัฐบาลยืนยันตลอดเวลาวางงบประมาณจากภาษีเพียงพอที่ใช้จัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพได้

■ พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย



สำหรับความพยายามดึงงบประมาณส่วนประกันสุขภาพจากโครงการประกันสังคมและจากโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ เข้ามาสมทบกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลซึ่งก็อาจเป็นแหล่งเงินสมทบที่เพิ่มขึ้นทางหนึ่งได้นั้นยังไม่มีวิสัยทัศน์ว่าจะสำเร็จในระยะเวลาอันใกล้ เพราะมีแรงต้านจากเจ้าของโครงการทั้งสองมาโดยตลอด⁽⁴⁹⁾

งบประมาณเพื่อดำเนินโครงการนี้ สำหรับปีงบประมาณ 2545 รองรับประชากร 46.6 ล้านคน จัดสรรให้หัวละ 1,202 บาท ปี 2546 ปรับเป็นหัวละ 1,303 บาท ในขณะที่นักวิชาการเสนอตั้งที่หัวละ 1,414 บาท

โรงพยาบาลใหญ่ๆ ของรัฐและโรงพยาบาลเล็กที่มีประชากรในพื้นที่น้อยหลายแห่ง นอกจากต้องใช้มาตรการเข้มงวดในการจัดการ และต้องพึ่งงบประมาณสนับสนุนพิเศษจากกองทุน Contingency fund แล้วหลายแห่งพยายามจัดบริการหารายได้เพิ่มจากบริการนอกชุดสิทธิประโยชน์หลักและบริการบุคคลที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพอื่นที่มีโอกาสทำรายได้เพิ่มเป็นการปรับตัวรองรับสถานการณ์เฉพาะหน้าในระยะสั้น

2.4.1.2 การกระจายงบประมาณ เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จากการที่งบประมาณเคยกระจายสู่สถานบริการตามสังกัด แผนงานและข้อเสนอของสถานบริการ (supply side) เป็นกระจายแบบเหมาจ่ายไปให้สถานพยาบาล ตามปริมาณประชากรที่เลือกลงทะเบียนรับบริการ และตามปริมาณงานที่ทำจริง (DRGs) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ (radical change) โดยไม่มีการเตรียมความพร้อมของระบบและของผู้เกี่ยวข้องอย่างดีพอมาก่อน จึงเกิดผลกระทบค่อนข้างมาก ประกอบกับสถานบริการต้องรองรับแรงกดดันจากข้อเรียกร้องการใช้สิทธิของประชาชนมากขึ้นทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้น และความต้องการบริการที่มีคุณภาพสูง ตลอดจนการร้องเรียนต่างๆ ในขณะที่ฝ่ายควบคุมนโยบายกำหนดว่า โครงการนี้ต้องไม่มีปัญหากับประชาชน จึงส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก^(49,50)

มีประเด็นถกเถียงกันเกี่ยวกับการกระจายทรัพยากร เช่น

- การจ่ายเงินให้สถานบริการแบบเหมาจ่ายเท่ากันหมดทุกพื้นที่ที่เหมาะสมหรือไม่ หรือควรต้องมีการปรับตามตัวแปรสำคัญต่างๆ เช่น กลุ่มอายุประชากร การจัดการโดยโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งต้นทุนต่างกัน เป็นต้น ซึ่งต่อมาเริ่มมีการปรับใช้มากขึ้นในปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา

- การจ่ายเงินเหมาจ่ายควรรวมหรือแยกเงินเดือนบุคลากร (กรณีสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข) การดำเนินโครงการปีแรกให้รวมเงินเดือนโดยหวังให้เกิดผลต่อการเกลี้ยทรัพยากรโดยเฉพาะการเกลี้ยบุคลากรแต่ก็มีแรงต้านมากเพราะกระทบรุนแรงต่อโรงพยาบาลใหญ่ที่มีบุคลากรมากและในทางปฏิบัติเกลี้ยไปโรงพยาบาลเล็กได้ยากมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจตั้งกองทุนช่วยเหลือพิเศษ (Contingency fund) เข้ามาช่วยบรรเทาปัญหาตรงนี้ แต่ก็ไม่ได้สร้างความสบายใจให้กับผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่มากนัก ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้คุมนโยบาย (รมช.สาธารณสุข) และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นคนใหม่ (ตุลาคม 2544 และตุลาคม 2545) จึงเกิดการปรับเป็นแยกเงินเดือนจากเงินเหมาจ่ายรายหัวไปรวมที่จังหวัดและรวมที่ส่วนกลางตามลำดับซึ่งก็สร้างความไม่พอใจให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการเล็กที่มีบุคลากรน้อย และพื้นที่ที่มีสถานบริการน้อย ฝ่ายที่ต้องการเห็นการปฏิรูประบบบริการให้สมดุลและเป็นธรรมมากขึ้นไม่เห็นด้วยเพราะมองเห็นว่าจะทำให้เกิดการปฏิรูปการบริหารจัดการในระบบบริการของรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุข แต่ผู้



บริหารโรงพยาบาลใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่งมองว่าวิธีการบริหารงบประมาณในโครงการนี้เป็นการเปลี่ยนทรัพยากรที่ขาดแคลนอยู่แล้ว (รพ.ใหญ่) ไปสู่ที่ขาดแคลนมากกว่า (รพ.เล็ก) เพราะทรัพยากรในการจัดบริการสาธารณสุขโดยรวมมีจำกัดมากอยู่แล้ว และงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้มาดำเนินโครงการนี้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นอย่างมาก ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยรวม⁽⁵¹⁾

2.4.1.3 การจ่ายเงินให้สถานบริการสาธารณสุข ไม่มีข้อโต้แย้งในวิธีการจ่ายเงินให้สถานบริการแบบปลายปิด เนื่องจากสถานบริการทุกฝ่ายมีประสบการณ์มาแล้วจากโครงการบัตรสุขภาพ โครงการประกันสังคม และโครงการสวัสดิการรักษายาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ แต่กลไกส่วนกลางเสนอการจัดสรรงบประมาณให้กลไกบริหารในพื้นที่พิจารณาเลือกได้ 2 แนวทางโดยเริ่มตั้งแต่ ตุลาคม 2544 คือจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) และจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะผู้ป่วยนอก (exclusive capitation)

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่ง รพ.เอกชนและ รพช. สนับสนุนแบบแรก โดยมีเหตุผลว่าทำให้การบริหารจัดการต่ำสถานบริการรู้รายรับที่แน่นอนทำให้วางแผนบริหารง่ายและสถานบริการระดับต้นขยายบริการเชิงรุกได้ ระบบจะมีประสิทธิภาพดีกว่า แต่ก็ยังมีข้อโต้แย้งว่า คุณภาพบริการอาจต่ำลงเพราะต้องการลดค่าใช้จ่าย และอาจเกิดการกักใช้จนเกิดผลกระทบต่อคุณภาพบริการได้

ส่วนผู้บริหารรพ.ใหญ่ของรัฐสนับสนุนแบบหลัง เพราะจูงใจการทำงานของรพ.ใหญ่มากกว่า แต่ก็ยังมีข้อโต้แย้งว่า เมื่องบประมาณไปอยู่นอกการดูแลของสถานบริการปฐมภูมิ ก็จะวางแผนจัดบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้ยาก

มีการประเมินโครงการพบว่า มีจังหวัดต่างๆ เลือกการจ่ายเงินแบบแรกและแบบหลังอย่างละเท่าๆ กัน แต่การเลือกแบบแรก มีโรงพยาบาลที่ต้องพึ่งเงินกองทุนช่วยเหลือพิเศษมากกว่า เพราะโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลเล็กที่มีประชากรน้อยได้รับผลกระทบมากกว่า⁽⁵⁰⁾

การมีทางเลือกให้กลไกในพื้นที่ (จังหวัด) พิจารณาร่วมกับสถานบริการในพื้นที่ได้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับวิธีการ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบเก็บข้อมูลข่าวสาร เพื่อใช้รองรับการตัดสินใจในระยะต่อไป และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน

2.4.2 ประเด็นการจัดระบบบริการสาธารณสุข

ในนโยบายของพรรคไทยรักไทย พูดยถึงการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลเพื่อการส่งต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขไว้ว่า จะเปิดให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชนตามที่ตนเองพอใจ เพื่อให้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน^(34,35)

เมื่อพรรคไทยรักไทยเข้ามาเป็นรัฐบาล ประเด็นนโยบายเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขยังคงเหมือนเดิม แต่ในการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาการดำเนินงานตามนโยบายนี้เมื่อ 17 มีนาคม 2544 ได้มีมติตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายครบวงจรที่เป็นได้ทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน”⁽³⁹⁾ และเมื่อมีการออกคู่มือแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่านก็มีการกำหนดระบบบริการสาธารณสุขภายใต้โครงการนี้ว่า ต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดบริการด่านหน้า ที่สามารถเชื่อมต่อเข้ากับระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. อื่นได้ และมีการกำหนดมาตรฐานไว้อย่างชัดเจน⁽⁴²⁾



ระบบบริการสาธารณสุขที่มีการกำหนดว่าต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิเช่นนี้เคยมีการดำเนินการมาก่อนแล้ว ภายใต้โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ สถานบริการต่างๆ จึงมีความคุ้นเคยพอสมควร ยกเว้น รพ.เอกชน และรพ.รัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากคุ้นเคยกับระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ซึ่งไม่มีการกำหนดขั้นตอนให้ต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิมาก่อน

ประเด็นนี้ฝ่ายนักวิชาการส่วนหนึ่งเห็นว่าเหมาะสม เพราะจะทำให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู สภาพ ซึ่งเป็นบริการที่เป็นองค์รวมและมีคุณภาพ ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าบริการของโรงพยาบาลใหญ่ แต่ก็มีบางฝ่ายแย้งว่า ประเทศไทยไม่มีความพร้อมและไม่เคยมีการเตรียมการเพื่อรองรับการจัดระบบเช่นนี้ เช่น มีแพทย์ที่เหมาะสมกับการจัดบริการปฐมภูมิจำกัด รพ.ส่วนใหญ่ที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายนี้ขาดประสบการณ์การจัดบริการปฐมภูมิ แม้ว่ามีผลการทดลองทำในบางพื้นที่และมีข้อดีทางวิชาการรองรับก็ตาม

แต่ฝ่ายการเมือง (รัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุข) เห็นด้วย จึงตัดสินใจให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายนี้ และได้มีการกำหนดมาตรฐานไว้ค่อนข้างสูง^(42,43) ยากที่จะสามารถปฏิบัติตามได้ในระยะเวลาอันสั้นฝ่ายผู้จัดบริการจึงมีการประยุกต์และปรับปรุงอย่างหลากหลายแตกต่างไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ค่อนข้างมาก

อย่างไรก็ตาม ด้วยนโยบายและมาตรการนี้ ทำให้มีแพทย์สนใจสมัครเข้ารับการอบรมและสอบเพื่อรับวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน (ก่อนปี 2544 มีไม่ถึง 100 คน ช่วง 2544-2546 เพิ่มจำนวนกว่า 4,000 คน)⁽⁵²⁾

3. การจัดทำ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐบาลทักษิณประกาศนโยบายไว้ชัดเจนว่า จะทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกมาใช้เป็นเครื่องมือรองรับการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างยั่งยืน^(34,37) โดยพรรคไทยรักไทยได้เตรียมยกร่าง พ.ร.บ.นี้ ตั้งแต่ยังไม่ได้เป็นรัฐบาล ซึ่งนพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ให้สัมภาษณ์สื่อมวลชนก่อนการเลือกตั้งทั่วไปว่า

“ทางพรรคได้ร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพไว้เกือบเสร็จแล้ว”⁽⁵³⁾

นพ.สงวนฯ ระบุว่า มีการจัดทำพิมพ์เขียว พรบ.หลักประกันสุขภาพไว้นานหลายปีแล้ว และเมื่อปี พ.ศ. 2539 มีการยกร่าง “พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นร่างแรกออกมาโดยคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร แต่กระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นไม่สนับสนุน นพ.สงวนฯ ระบุว่า

“จนกระทั่งต่อมา มีการปรับปรุงแก้ไขแล้วแก้ไขอีกจนกลายเป็น พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน”⁽¹⁷⁾

จึงกล่าวได้ว่าร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับของพรรคไทยรักไทยมิใช่ร่างที่จัดทำขึ้นใหม่ทั้งหมด หากแต่เป็นการปรับปรุงมาจากร่าง พ.ร.บ.ที่มีการจัดทำมาโดยหลายๆ ฝ่ายก่อนหน้านี้แล้ว

ร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลทักษิณ เข้าสู่การพิจารณาและผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีอย่างรวดเร็วเมื่อวันที่ 15 พ.ค. 44 หลังจากที่รัฐบาลเข้าบริหารประเทศได้เพียง 2 เดือน



โดยก่อนหน้านั้น ในช่วงปี 2543 เครือข่ายประชาชนเพื่อองค์กรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำงานโดยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่มี นพ.สงวนฯ เป็นแกนนำ ได้ยกร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเช่นเดียวกัน แล้วรวบรวมรายชื่อประชาชน 5 หมื่นชื่อเสนอกฎหมายเข้าสู่รัฐสภาตามขั้นตอนแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 สามารถหารายชื่อได้ครบสมบูรณ์ในเดือนตุลาคม 2544

ร่างพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลเข้าสู่การพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 21 พ.ย. 2544 ผ่านการลงมติวาระที่ 1 เมื่อวันที่ 22 พ.ย. 2544 จากนั้นมีการตั้งคณะกรรมการธิการวิสามัญ 35 คนขึ้นพิจารณา มีรมช.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เป็นประธาน เริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ 3 ธ.ค. 2544 ถึงวันที่ 4 เม.ย. 2545 รวม 23 ครั้ง โดยจัดเวทีรับฟังความเห็นของประชาชน 4 ครั้งที่ ขอนแก่น (19 ก.พ.45) เชียงใหม่ (22 ก.พ. 45) กทม. (1 มี.ค. 45) และสงขลา (5 มี.ค. 45)

มีการเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพเข้าสู่การพิจารณารวมทั้งสิ้น 6 ร่าง⁽⁵⁴⁾ คือ

- (1) ร่างของรัฐบาล
- (2) ร่างของ สส.ภูมินทร์ ลีธีระประเสริฐ (พรรคไทยรักไทย) และคณะ
- (3) ร่างของ สส.ปรีชา มุสิกกุล (พรรคประชาธิปัตย์) และคณะ
- (4) ร่างของ สส.อำนาจ คลังผา (พรรคไทยรักไทย) และคณะ
- (5) ร่างของ สส.สิทธิชัย กิตติธเนศวร (พรรคชาติไทย) และคณะ
- (6) ร่างของ สส.สุวัฒน์ วรรณศิริกุล (พรรคไทยรักไทย ประธานคณะกรรมการธิการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร) และคณะ

ร่างที่ (6) คือร่างของเครือข่ายประชาชนที่เข้าชื่อ 5 หมื่นชื่อเสนอต่อรัฐสภา แต่เสนอไม่ทันเวลา จึงเคลื่อนไหวให้คณะกรรมการธิการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอแทน เพื่อให้ภาคประชาชนได้มีโควตาที่นั่งเข้าไปร่วมเป็นกรรมการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ด้วย

การลงมติผ่านร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสภาผู้แทนราษฎรวาระ 2 และ 3 เมื่อวันที่ 8 และ 15 พ.ค. 45 โดยสาระส่วนใหญ่เป็นไปตามร่างของรัฐบาล เป็นการลงมติเอกฉันท์ทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้านคือ เห็นด้วย 376 เสียง งดออกเสียงและไม่ลงคะแนนอย่างละหนึ่งเสียง ไม่มีไม่เห็นด้วย

นับได้ว่า การดำเนินการเพื่อออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลเป็นไปอย่างรวดเร็วพร้อม ๆ กับมีแรงหนุนเสริมจากภาคประชาชนที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเชื่อมโยงกับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยที่ฝ่ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนรับรู้และเข้าไปเกี่ยวข้องมากนักเพราะทุกฝ่ายกำลังสาละวนอยู่กับการรับมือกับการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะเปลี่ยนผ่านที่ลงมือและขยายผลอย่างรวดเร็ว^(48, 51)

จนกระทั่งร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพเข้าสู่การพิจารณาวาระที่ 1 ของวุฒิสภาเมื่อวันที่ 31 พ.ค. 2545 ด้วยคะแนนเสียง เห็นด้วย 111 เสียง ไม่มีที่ไม่เห็นด้วย จากนั้นมีการตั้งคณะกรรมการธิการวิสามัญ 34 คน ขึ้นมาพิจารณาระหว่างวันที่ 21 มิ.ย.-26 ส.ค. 45 รวม 14 ครั้ง ในช่วงนี้เองที่เริ่มมีการแสดงความไม่พอใจของบางฝ่ายชัดเจนขึ้น เพราะไม่เห็นด้วยกับความพยายามรวมเอาส่วนประกันสุขภาพของกองทุนประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเข้ามาไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มวิชาชีพแพทย์ออกมาเคลื่อนไหวคัดค้านสาระสำคัญบางส่วนของร่าง พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว



เช่น ไม่เห็นด้วยกับมาตรา 42 ที่เปิดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากผู้ให้บริการ (ซึ่งหมายถึงสถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ) กรณีที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ไม่เห็นด้วยกับองค์ประกอบของกรรมการต่าง ๆ ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพน้อยเกินไป เป็นต้น

กลุ่มวิชาชีพแพทย์ทั้งที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐและเอกชนส่วนหนึ่งแสดงปฏิกิริยาอย่างเปิดเผย เช่น การประชุมสัมมนาผลักดันให้วุฒิสภาแก้ไขร่าง พ.ร.บ. ในมาตราสำคัญๆ การแสดงความเห็นอย่างเปิดเผยผ่านสื่อสาธารณะทุกช่องทาง การแต่งชุดดำไว้ทุกข์ การจัดตั้งกลุ่มแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์เพื่อดำเนินการติดตาม ตรวจสอบและเคลื่อนไหวให้มีการแก้ไขร่าง พ.ร.บ. และให้มีการดำเนินงานไปในแนวทางที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสม เป็นต้น

การดำเนินการของกลุ่มวิชาชีพแพทย์เช่นนี้ นับเป็นปรากฏการณ์ปกติที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ที่มีการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนมาแล้วทั้งสิ้น ซึ่งปฏิกิริยาทำนองนี้รุนแรงบ้าง ไม่รุนแรงบ้างขึ้นกับสถานการณ์ความเข้มแข็งของการรวมตัวกันของแพทย์และบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของประเทศนั้นๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับบางประเทศเช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เกาหลีใต้ นับว่ากระแสคัดค้านโดยกลุ่มแพทย์ไทยบางส่วนเช่นนี้ไม่ถือว่ารุนแรงผิดปกติแต่อย่างใด ⁽⁸⁾

ในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแกนหลักเจ้าของนโยบายก็พยายามทำความเข้าใจกับสาธารณะและกับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ ⁽⁵⁵⁾ โดยแสดงท่าทีที่รับฟังและยืดหยุ่นมากขึ้น

วันที่ 29 30 และ 31 ส.ค. 45 วุฒิสภาพิจารณาร่าง พ.ร.บ. นี้ในวาระ 2 และ 3 มีมติเห็นชอบด้วยคะแนนเสียง 88 ไม่เห็นชอบ 3 เสียง โดยปรับแก้รายละเอียดบางส่วน แต่คงมาตราสำคัญ ๆ เช่น มาตรา 9 10 และ 45 ไว้เช่นเดิม

วันที่ 9 ต.ค. 2545 สภาผู้แทนราษฎร มีมติเห็นชอบตามร่าง พ.ร.บ. ที่วุฒิสภาปรับปรุงแก้ไขด้วยคะแนนเห็นด้วย 314 ไม่เห็นด้วย 38 ดึงออกเสียง 3 ไม่ลงคะแนน 4 โดยรัฐบาลไม่ขอตั้งคณะกรรมการร่วม 2 สภา มาพิจารณาใหม่ ด้วยเหตุผลว่าหลักการและสาระสำคัญยังคงอยู่ทั้งหมด ที่วุฒิสภาปรับแก้เป็นเพียงส่วนย่อย และต้องการให้ร่าง พ.ร.บ. ผ่านออกมาเป็นกฎหมายโดยเร็วที่สุดเพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลได้อย่างมั่นคง

วันที่ 19 พ.ย. 2545 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลใช้บังคับ มีการตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คปสช.) เป็นกลไกดูแลเรื่องนี้ มี รมว.สธ. เป็นประธาน มีกรรมการมาจากหลายฝ่ายมีการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่บริหารแบบอิสระทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการเป็นการย้ายอำนาจการจัดการเรื่องนี้จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรใหม่เพื่อดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งระบบ (ยังไม่ได้ดูแลระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่มีการเปิดช่องไว้สำหรับอนาคตเมื่อมีความพร้อม) โดยมีบทเฉพาะกาลให้กระทรวงสาธารณสุขรับงบประมาณจัดสรรแบบเหมาจ่ายรวมมาเพื่อจัดบริการสาธารณสุขในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี ⁽⁵⁶⁾

สำหรับมาตรา 42 ที่สร้างความไม่พอใจให้กับกลุ่มวิชาชีพค่อนข้างมาก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสัญญาว่าจะเสนอแก้ไข พ.ร.บ. เพื่อตัดมาตรานี้ออก ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบร่าง พ.ร.บ. ฉบับแก้ไขที่จะตัดมาตรา 42 ออก ตัดมาตรา 11 ที่กำหนดช่องทางให้เรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทนออกและขยายเวลาบทเฉพาะกาลตามมาตรา 66 จาก 1 ปี ออกไปเป็น 3 ปี



เมื่อวันที่ 3 มิ.ย. 2546 แต่ยังคงผ่านกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป

โดยสรุปแล้วการพัฒนาโยบายและลงมือดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล เป็นไปอย่างรวดเร็วและเอาจริงเอาจังมาก ทั้งการดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่านตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และการออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการทำงานเริ่มต้นขึ้นในส่วนของ กสธ. เพื่อจำกัดวงผู้คนที่เกี่ยวข้องก่อน แล้วค่อยขยายวงการมีส่วนร่วมออกไปตามลำดับ เพื่อลดความขัดแย้งและเพิ่มความร่วมมือ ทุกฝ่ายกระตือรือร้นเข้ามีส่วนร่วม และมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในประเด็นต่าง ๆ ในระดับที่แตกต่างกันออกไปไม่มีฝ่ายใดกุมอำนาจตัดสินใจได้อย่างเบ็ดเสร็จแม้แต่ฝ่ายการเมืองซึ่งมีอำนาจมากที่สุดและมีคะแนนนิยมมากที่สุดก็ตาม ประสบการณ์ส่วนนี้สอดคล้องกับที่ว่า **กระบวนการนโยบาย คือกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน** ⁽⁵⁷⁾ และ **คือกระบวนการของการสร้างนโยบายผสมกับการปฏิบัติแบบต่อเนื่อง** (policy - action continuum)⁽⁵⁸⁾ ไม่ใช่การทำงานด้วยสูตรสำเร็จหรือด้วยขั้นตอนแบบคณิตศาสตร์

7. สังเคราะห์พัฒนาการทางนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การวิเคราะห์และสังเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายมีหลักการทางทฤษฎีเป็นจำนวนมากที่กล่าวถึงการวิเคราะห์กระบวนการนโยบาย (การกำหนดประเด็น การสร้างรายละเอียดของนโยบาย การลงมือดำเนินการตามนโยบาย และการประเมินนโยบาย) บริบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา นโยบาย รูปแบบที่ใช้ ผู้เกี่ยวข้อง ขั้นตอนต่าง ๆ และเนื้อหาของนโยบาย ซึ่งมีประเด็นและรายละเอียดแตกต่างกันออกไป บทความนี้ ทำการสังเคราะห์แบบองค์รวมโดยใช้วิธีจับประเด็นสำคัญขึ้นมาพิจารณา ดังนี้

1. ต้นทุนและสภาพการณ์ก่อนปี 2544

1.1 ประเทศไทยมีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนมานานกว่า 2-3 ทศวรรษ ด้วยการดำเนินโครงการต่างๆ เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ โครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน และโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ เป็นต้น จนถึงปี 2543 สามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 80 แต่การดำเนินการในระบบต่างๆ มีความแตกต่าง ข้ำซ้อนและเหลื่อมล้ำ บางระบบใช้หลักการประกันสุขภาพ บางระบบใช้หลักการรัฐสวัสดิการ ในขณะที่ประชาชนส่วนหนึ่งไม่มีหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขใด ๆ เลย

การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณฯ เป็นการเติมส่วนขาดให้เต็ม และทำให้ระบบที่มีอยู่เดิมบางระบบมีความสอดคล้องและเป็นธรรมมากขึ้น (สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ และประกันสุขภาพแบบสมัครใจ) แต่ยังไม่ได้แตะต้องบางระบบที่มีอยู่เดิม (ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ไม่ใช่การทำให้หมดแบบเริ่มจากศูนย์ และการทำเช่นนั้นมิใช่เป็นความสำเร็จประเทศแรกในโลกดังที่ผู้นำรัฐบาลเคยกล่าว⁽⁴⁹⁾ แต่ก็ก็เป็นเรื่องที่ไม่เคยมีพรรคการเมืองใดหรือรัฐบาลใดกล้าประกาศและกล้าทำเช่นนั้นมาก่อน

ประสบการณ์ของโครงการต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้ง่ายขึ้น เพราะประชาชนและผู้เกี่ยวข้องมีความคุ้นเคยกับประเด็นต่างๆ มาตามลำดับ เช่น ประเด็นการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามพันธะสัญญาที่



ตกลงกัน ประเด็นการให้บริการตามขั้นตอนที่กำหนด และการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก เป็นต้น

1.2 ตลอดระยะเวลา 10-20 ปีมานี้ มีความพยายามผลักดันการทำงานนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอดจากฝ่ายนักวิชาการส่วนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับนักวิชาการนอกกระทรวงสาธารณสุขบางส่วน เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2526 ก็หวังให้เป็นการหาประสบการณ์และเตรียมความพร้อมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในบั้นปลาย มีการส่งนักวิชาการไปศึกษาต่อต่างประเทศและกลับมาทำงานวิชาการแบบเชื่อมโยงหนุนเสริมกัน จนเกิดเป็นกลุ่มคนที่สนใจเรื่องนี้ (critical mass) โดยมีการสร้างองค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นฐานทางปัญญาที่สำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลการพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ และดูแลการพัฒนาของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย การจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้ที่สำคัญๆ ต่อการปฏิรูประบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การจัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุข และผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหล่านี้ก็เป็นต้นทุนสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ เช่นกัน

1.3 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักได้วางสถานบริการสาธารณสุขไว้อย่างกระจายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมี รพศ. / รพท. ในทุกจังหวัดและในบางอำเภอ มี รพช. กว่า 700 แห่ง ในเกือบทุกอำเภอ และกิ่งอำเภอ มีสถานอนามัยประมาณ 10,000 แห่งในทุกตำบลทั่วประเทศ และมีการสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชนอย่างมากในช่วงที่ประเทศมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงทำให้ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานพร้อมรองรับการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี แม้ว่าจะมีข้อจำกัดที่ยังคงมีปัญหามากในแง่ของการกระจายทรัพยากรและบุคลากรที่ไม่เหมาะสมอยู่มากก็ตาม (โดยนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มีวัตถุประสงค์ประการหนึ่งที่จะทำให้ปัญหานี้ลดลง)

1.4 รัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นทั้งฐานและเป็นทั้งโอกาสอันสำคัญอย่างมาก สำหรับการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะ

- (1) กำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเสมอกัน เป็นสิทธิของคนไทยทุกคน
- (2) กำหนดให้พรรคการเมืองต้องแข่งขันกันเข้าสู่อำนาจบริหารประเทศด้วยการเสนอนโยบายที่ดีที่ประชาชนพอใจ
- (3) กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิในการรวมตัวกันเสนอกฎหมายเองได้โดยไม่ต้องรอฟังรัฐบาล และฝ่ายนิติบัญญัติเพียงเท่านั้น

ทั้ง 3 ข้อนี้ถูกนำมาใช้ทั้งหมดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้

1.5 วิถีทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงที่ประเทศไทยประสบเมื่อปี 2540 เป็นจุดที่ทำให้รัฐบาลต้องสนใจและให้ความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายที่มุ่งช่วยเหลือคนจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคม นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้มีหลักการว่าทำให้ประชาชน “มีสิทธิ” ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า แต่ก็สามารถใช้วิกฤตครั้งนี้อธิบายได้ในอีกมุมหนึ่ง



ว่าเป็นการทำเพื่อช่วยคนยากจนและผู้ประสบปัญหาในยามวิกฤตเศรษฐกิจ และเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของชาติลง จึงทำให้นโยบายนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง^(12,59) เพราะประชาชนส่วนใหญ่ได้ประโยชน์โดยตรง และประสงค์จะให้ได้รับรัฐบาลที่มีนโยบายต่างไปจากเดิมๆ อยู่แล้ว

แต่จากประสบการณ์ในประเทศต่างๆ พบว่า การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักจะทำสำเร็จในช่วงที่ประเทศมีสภาวะทางเศรษฐกิจดี ทำสำเร็จยากในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ^(7,8,12) แต่ประเทศไทยกลับเป็นไปในทางตรงกันข้าม

1.6 การก่อตัวของกระบวนการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพที่เริ่มมานานราวหนึ่งทศวรรษ ภายใต้การสนับสนุนของ สวรส. และเริ่มเป็นทางการเมื่อปี 2543 โดยมีแนวคิดในการระดมทั้งฝ่ายการเมือง ฝ่ายวิชาการ และฝ่ายประชาชนทั้งสังคม ช่วยกันจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ และทำการสังเคราะห์งานทางวิชาการเพื่อวางขั้นตอนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเสนอให้ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 3 ปี ก็เป็นต้นทุนทางปัญญาที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งต่อการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ แม้ว่ารัฐบาลจะไม่ได้เลือกใช้กลไกต่างๆ ตามข้อเสนอเหล่านั้นในการดำเนินงานโดยตรงทั้งหมดก็ตาม

1.7 การดำเนินงานของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่มี นายแพทย์สงวนฯ เป็นแกนนำก็เป็นต้นทุนที่สำคัญต่อการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันของรัฐบาลเช่นกัน เพราะนอกจากโครงการนี้จะสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการปฐมภูมิ และการทำงานเชื่อมกับนักวิชาการและสถาบันวิชาการต่าง ๆ แล้ว ยังมีการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายวิชาชีพ และเครือข่ายประชาชนที่ทำงานด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด มีความพยายามผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านโครงการและผ่านวิธีการต่างๆ และมีความพยายามจัดทำร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติหลายกรรมหลายวาระ มีการสนับสนุนภาคประชาชนเสนอกฎหมายเองโดยใช้รัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นโอกาส และมีการเชื่อมโยงกับภาคการเมืองอย่างลึกซึ้ง จนมีผลทำให้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทยเกิดขึ้นและดำเนินการสำเร็จเมื่อพรรคนี้ได้เข้ามาเป็นแกนจัดตั้งรัฐบาลในเวลาต่อมา โดย นพ.สงวนฯ ได้มีโอกาสเข้าไปเป็นฝ่ายดำเนินการและดูแลกำกับการดำเนินงานโดยตรงด้วย

จึงนับได้ว่า นายแพทย์สงวนฯ และคณะ เป็นกลุ่มแกนสำคัญที่มีส่วนทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยประสบความสำเร็จในระยะเริ่มต้น

1.8 ในหลายประเทศที่ดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วไม่ประสบความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จแต่มีแรงต้านรุนแรง มักจะเกิดจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่รวมตัวกันอย่างเหนียวแน่นและมีพลังมาก แต่แพทย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีแนวคิดสนับสนุนหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบกับในประเทศไทยกลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่สามารถรวมตัวกันได้อย่างเป็นเอกภาพ เพราะมีการแยกตัวกันเป็นหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มโรงเรียนแพทย์ที่เชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ กลุ่มแพทย์เอกชน กลุ่มแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐ และกลุ่มแพทย์ชนบท เป็นต้น จึงไม่เป็นอุปสรรคใหญ่และไม่เป็นแรงต้านการดำเนินนโยบายที่รุนแรงจนถึงขั้นทำให้นโยบายสะดุด มีเพียงปฏิกิริยาคัดค้านในมาตรการดำเนินงานบางเรื่องออกมาเป็นกลุ่มๆ และเป็นระยะๆ ซึ่งฝ่ายนโยบายยังสามารถรวมขอมและประสานประโยชน์ได้เรื่อยมา



2. บริบทและกระบวนการพัฒนานโยบายของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ

2.1 พรรคไทยรักไทยซึ่งเป็นพรรคการเมืองใหม่ ตั้งขึ้นหลังมีรัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นที่รวมของคนชั้นกลางที่เป็นนักธุรกิจ ข้าราชการ นักวิชาการ และนักปฏิรูปบางส่วน มีกระบวนการทำงานเชิงรุก (proactive) ในการสร้างนโยบายเพื่อเตรียมเข้าสู่การเลือกตั้งทั่วไปต้นปี 2544 โดยเริ่มทำงานมาตั้งแต่ปี 2542-43 มีการรับฟังความเห็นและปรึกษาหารือผู้คนทั้งวงในและวงนอกอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบจึงเป็นโอกาสที่นักวิชาการที่มีแนวคิดเชิงปฏิรูปซึ่งจับเรื่องเหล่านี้และผลักดันมาโดยตลอด สามารถเชื่อมเข้ากับภาคการเมืองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะศักยภาพที่มีอยู่เดิม นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือว่าเป็นนโยบายที่ทำยาก จึงเกิดขึ้นและดำเนินการจนสำเร็จได้แม้แต่ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพก็มีการยกร่างไว้ตั้งแต่ยังไม่ได้เข้าเป็นรัฐบาลโดยใช้ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพที่ฝ่ายนักวิชาการจัดทำไว้ในอดีตเป็นต้นทุน ไม่ได้จัดทำขึ้นใหม่ทั้งหมดและเมื่อเข้าเป็นรัฐบาลก็เสนอกฎหมายเข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติและผลักดันจนสำเร็จอย่างรวดเร็ว

2.2 นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทยเข้าได้กับหลัก 3 ประการของการเป็นนโยบายที่ดีคือ

- 2.2.1 มีความชอบธรรม (legitimacy) เพราะการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิของคนไทยทุกคนตามรัฐธรรมนูญ พรรคการเมืองที่จะเข้าไปเป็นรัฐบาลจึงมีความชอบธรรมที่จะทำเรื่องนี้
- 2.2.2 มีความสอดคล้อง (congruency) เพราะเป็นความต้องการของประชาชนอยู่แล้ว จึงได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะมาก
- 2.2.3 มีความเป็นไปได้ (feasibility) เพราะประเมินว่างบประมาณของรัฐบาลอย่างเดียวน่าจะเพียงพอทำได้ ซึ่งทีมงานเศรษฐกิจของพรรคสนับสนุนว่าเป็นไปได้ แม้ว่าตอนต้นกำหนดว่าจะมีการเก็บสมทบเพื่อประกันจากประชาชนคนละ 100 บาทต่อเดือน แต่ได้ตัดออกไปก่อนการเลือกตั้งเพราะพิจารณาว่าไม่มีระบบรองรับ ปฏิบัติยาก ที่สำคัญคือประชาชนไม่นิยม ดังนั้น นโยบายนี้จึงมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้นแต่ก็จะกลายเป็นจุดอ่อนที่สำคัญเพราะอาจเป็นภาระด้านงบประมาณของรัฐบาล หรืออาจถึงขั้นไม่มีงบประมาณเพียงพอจัดบริการในระยะยาวได้

2.3 เมื่อพรรคไทยรักไทยได้เป็นแกนจัดตั้งรัฐบาล ได้นำเอานโยบายของพรรคมาเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล โดยมอบหมายให้บุคคลในคณะทำงานของพรรคที่จับเรื่องนี้มาตั้งแต่ขั้นตอนการทำนโยบาย มาเป็นผู้ดูแลการดำเนินงานตามนโยบายตั้งข้าราชการที่เป็นผู้อยู่เบื้องหลังในการจัดทำนโยบาย เข้ามาดูแลรับผิดชอบและแต่งตั้งให้เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดูแลงานนี้ตั้งแต่ตุลาคม 2544

ประกอบกับช่วงที่รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ เข้าบริหารประเทศ กระทรวงสาธารณสุขมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขและทีมงานเข้าใจและต้องการผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพอยู่พอดี จึงขานรับและลงมือดำเนินการตามนโยบายนี้ทันที นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่ผ่านการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จึงเหมือนลูกธนูที่ถูกยิงพุ่งออกไปอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับห้วงเวลาที่ประชาชนกำลังเสี่ยงเสียชีวิตรอบสนาม ในขณะที่บางฝ่ายก็เสี่ยงทวงตึงด้วยเกรงว่าลูกธนูอาจพลาดเป้า



2.4 โดยทั่วไปการดำเนินนโยบายที่ใหญ่และยากเช่นนี้นักวิชาการมักจะแนะนำให้มีการบวนการกำหนดประเด็นนโยบาย การสร้างรายละเอียดของนโยบายให้ชัดเจน แล้วจึงลงมือดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน มีจังหวะก้าวและเงื่อนไขที่ชัดเจน สำหรับรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ แม้พยายามทำอย่างอาศัยหลักวิชาการอยู่ไม่น้อย แต่ก็ไม่ได้มีการกำหนดทุกอย่างให้ชัดเจนก่อน เช่น ช่วงเริ่มกำหนดประเด็นนโยบายมีการระบุถึงการเก็บเงินสมทบเป็นเบี้ยประกัน ต่อมาก็ตัดออกไปด้วยเหตุผลทางการเมืองเป็นหลัก มีแนวคิดจะรวมส่วนประกันสุขภาพในระบบอื่นเข้ามาด้วยเพื่อให้เกิดระบบกองทุนเดี่ยวครอบคลุมประชากรทุกคนทั้งประเทศ แต่เมื่อมีแรงต้านก็หยุดไป โดยลงมือดำเนินการเฉพาะในส่วนที่เป็นระบบซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดูแลเองได้และในส่วนประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ ตอนเริ่มลงมือดำเนินการตามนโยบายไม่ได้วางแผนว่าจะทำเร็วเป็นการฟังคำแนะนำจากฝ่ายนักวิชาการที่เสนอให้ทำแบบเป็นขั้นเป็นตอน ค่อยเป็นค่อยไป แต่เมื่อลงมือทำจริง เกิดกระแสเรียกร้องจากประชาชน และมีแรงกดดันจากนักการเมืองในพื้นที่ต่าง ๆ รัฐบาลจึงตัดสินใจขยายโครงการและทำครอบคลุมทั้งประเทศภายในเวลาอันรวดเร็ว ตอนแรกจะยังไม่เปิดให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมเร็ว แต่เมื่อมีการเรียกร้องก็เปิดให้ร่วมเร็วขึ้น เป็นต้น

ทั้งนี้ รัฐบาลอาจพิจารณาเห็นว่า หน้าต่างแห่งโอกาสทางการเมืองเปิด รัฐบาลกำลังมีคะแนนนิยมสูงมาก ประชาชนสนับสนุนมาก^(12,59) จึงตัดสินใจดำเนินการโดยเร็วแบบคิดไป-ทำไป-แก้ไขไป ซึ่งการดำเนินนโยบายลักษณะนี้ถูกวิจารณ์จากฝ่ายนักวิชาการว่ามีข้อเสียมาก^(48,49,60) แต่ในทางกลับกันพบว่าทำให้ผู้ที่คัดค้านหรือต่อต้านไม่มีเวลาพอที่จะต่อต้านถึงขั้นทำให้นโยบายสะดุด และก็เป็นโอกาสที่ฝ่ายรัฐบาลค่อย ๆ ดึงผู้เกี่ยวข้องหลาย ๆ ฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วมเสนอแนะ และร่วมทำมากขึ้น ๆ โดยยอมปรับแต่งนโยบายบางส่วนไปตามสถานการณ์

2.5 การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก และเกี่ยวกับส่วนราชการหลายหน่วย นักวิชาการจึงเสนอว่าควรดำเนินการโดยกลไกระดับชาติที่อยู่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าไปปรับเปลี่ยนในจุดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงต้นรัฐบาลก็มีแนวคิดจะตั้งกลไกเฉพาะกิจภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการเรื่องนี้ แต่ในที่สุดกลับตัดสินใจเลือกใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนทำงาน โดยเริ่มทำในส่วนของการทวงสาธารณสุขก่อน มีการตั้งคณะทำงานในกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมาพัฒนานโยบายและวางแผนลงมือปฏิบัติในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างทันทีทันใด โดยออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขรองรับการดำเนินงานในช่วงต้น แล้วจึงขยายให้มีคณะกรรมการระดับชาติ พร้อมกับเปิดช่องทางความร่วมมือให้กว้างขึ้นตามลำดับ ซึ่งมีข้อดีคือเริ่มได้เร็วเพราะในกระทรวงสาธารณสุขมีผู้รู้เรื่องมากที่สุด มีการเตรียมระบบต่าง ๆ และเตรียมองค์ความรู้มานานแล้ว การเริ่มในจุดเล็กแล้วค่อยขยายวงผู้เกี่ยวข้องออกไปจะทำให้ทำได้ง่ายขึ้น

แต่การเลือกทำเช่นนี้ก็ยังมีข้อเสีย เช่น เกิดแรงต้านการเปลี่ยนแปลงขึ้นในข้าราชการระดับสูงบางส่วน และในฝ่ายผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากนโยบายนี้ และกระทรวงสาธารณสุขตกอยู่ในภาวะสับสนบทบาทระหว่างผู้ควบคุมกฎ ผู้ซื้อบริการ และผู้จัดบริการ จนถึงขนาดขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ควบคุมนโยบาย (หลังตุลาคม 2544) และการดำเนินนโยบายนี้ครอบคลุมไปไม่ถึงถึงการปฏิรูประบบอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษา



พยาบาลสำหรับข้าราชการฯ และระบบการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้องด้วยอีกมาก

2.6 การเร่งรัดดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยลงมือดำเนินการใน 6 จังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 เพิ่มอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544 และขยายทุกจังหวัดทั่วประเทศ และบางเขตของกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ตุลาคม 2544 เป็นที่ถูกใจแก่ประชาชน เพราะได้รับประโยชน์โดยตรงอย่างรวดเร็ว ถูกใจโรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งที่ต้องการเข้าร่วมรับส่วนแบ่งจากโครงการและถูกใจโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการขนาดเล็กในชนบท

แต่ในส่วนโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ผลกระทบอย่างรุนแรงเพราะงบประมาณจำกัดลงมาก ในขณะที่รัฐบาลใช้โครงการนี้เป็นเครื่องมือประชาสัมพันธ์หาเสียงทางการเมืองตลอดเวลา ทำให้ประชาชนหันมาใช้บริการมากขึ้น เรียกร้องบริการและคุณภาพบริการมากขึ้น โดยรัฐบาลมีนโยบายให้อะลุ่มอล่วยกับประชาชน ห้ามมิให้เกิดความขัดแย้งใดๆ กับประชาชน ประกอบกับมีความไม่แน่นอน กลับไปกลับมาในเรื่องการจัดสรรเงินให้แก่สถานบริการ ซึ่งได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งกันเองขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ขวัญและกำลังใจของผู้ให้บริการถดถอยลง ซึ่งได้กลายเป็นปัญหาอื่นตามมาเช่น การไหลออกของบุคลากร คุณภาพบริการด้อยลง เป็นต้น ^(17,49,50,51)

“บุคลากรส่วนหนึ่งขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลาและต้องรับภาระการทำงานเพิ่มขึ้น การที่กฎระเบียบปฏิบัติยังขาดความชัดเจนและเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา มีผลให้ผู้ให้บริการไม่สามารถคาดการณ์อนาคตในการทำงานได้อย่างมั่นใจ ขณะเดียวกันแพทย์ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นโดยต้องทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเงินของสถานพยาบาลให้เพียงพอ ซึ่งเป็นภาระงานที่ไม่ถนัด นอกจากนี้ ยังต้องให้บริการที่ดีแก่ประชาชน ทั้งการหมุนเวียนไปรักษาผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และทำการรักษาผู้ป่วยในงานที่อาจไม่มีประสบการณ์เพียงพอ ทำให้เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง หากส่งต่อก็จะทำให้สถานพยาบาลมีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้นจึงทำให้แพทย์ทำงานด้วยความกดดันและพร้อมที่จะออกจากระบบราชการซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลขนาดเล็กที่ปัจจุบันประสบภาวะขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว”

จากเอกสารอ้างอิง 50

เหล่านี้คือตัวอย่างส่วนหนึ่งของผลเสียที่เกิดจากการเร่งรัดดำเนินการตามนโยบายที่อาศัยการตัดสินใจทางการเมืองเชิงบังคับมากกว่าการร่วมมืออย่างสร้างสรรค์และการทำงานเป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งหลายฝ่ายพยายามส่งเสียงเตือนมาโดยตลอด

2.7 รัฐบาลดำเนินการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างรวดเร็ว โดยเตรียมร่างพระราชบัญญัติไว้ก่อนที่พรรคไทยรักไทยเข้ามาเป็นรัฐบาล เพื่อใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือรองรับนโยบายนี้ให้มีความยั่งยืน แต่แทนที่จะใช้กระบวนการยกร่างกฎหมายเป็นเครื่องมือสร้างความเข้าใจ และประสานความร่วมมือจากทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน รัฐบาลตัดสินใจทำเองเป็นหลัก เปิดกระบวนการมีส่วนร่วมน้อยมาก แม้ว่าในขั้นการพิจารณาของคณะกรรมการวิสามัญของสภาผู้แทน



ราษฎรมีการเปิดเวทีรับฟังความเห็นอยู่บ้าง แต่ก็ทำจำกัดแบบพอเป็นพิธี และทำซ้ำเกินไป ดังนั้น เมื่อร่างพระราชบัญญัติเข้าสู่ชั้นวุฒิสภา ฝ่ายวิชาชีพแพทย์ซึ่งกำลังได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงในการลงมือดำเนินนโยบายระยะเปลี่ยนผ่านของรัฐบาล ตรวจสอบพบว่า มีบางมาตราในร่างพระราชบัญญัติ เช่น มาตรา 42 กำหนดให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสิทธิประโยชน์กับสถานบริการและผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำให้บริการได้รับความเสียหาย จึงเป็นที่มาของการรวมตัวกันของแพทย์ ทำการประท้วงเรื่องนี้ อย่างรุนแรง ซึ่งฝ่ายรัฐบาลได้รับว่าจะแก้ไขให้ด้วยการออกกฎหมายปรับปรุงแก้ไขต่อไปในอนาคต แต่การรวมตัวกันของวิชาชีพแพทย์มิได้จบลงเพียงเท่านี้ ตรงกันข้ามมีการรวมตัวกันเป็นระบบมากขึ้น เพื่อติดตามการดำเนินนโยบายนี้และนโยบายอื่นของรัฐบาลที่คาดว่าจะมีผลกระทบกับวิชาชีพของตน ที่จริงความขัดแย้งเช่นนี้น่าจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้พอสมควรหากรัฐบาลดำเนินนโยบายด้วยการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง เพราะจะว่าไปแล้วนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ทุกฝ่ายเห็นด้วยกันทั้งสิ้น^(48,51) แต่รายละเอียดของการดำเนินนโยบายเท่านั้นอาจมีความเห็นต่างกัน และบางเรื่องอาจเร็วเกินไป หรืออาจไม่เหมาะสมกับสังคมไทยก็ได้ เช่น มาตรา 42 ดังนั้น หากเปิดการมีส่วนร่วมให้มากพอ ก็อาจจะหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่ไม่จำเป็นลงได้

3. เนื้อหาของนโยบายฯ

3.1 เมื่อพรรคไทยรักไทยเริ่มสร้างประเด็นนโยบาย ได้มีการกำหนดการเก็บเงินสมทบเป็นเบี้ยประกันคนละ 100 บาทต่อเดือน และมุ่งรวมโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ และส่วนที่เป็นประกันสุขภาพของระบบประกันสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อให้มีเงินเพียงพอในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทั่วประเทศ แต่ต่อมาตัดสินใจเลือกใช้งบประมาณจากภาษีอากรปกติเป็นหลักเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้การดำเนินนโยบายทำได้ง่าย แต่เกิดผลกระทบตามมาไม่น้อย^(4,12,50,60) ได้แก่

ในระยะสั้น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีงบประมาณจำกัดลงมาก โรงพยาบาลใหญ่ได้รับผลกระทบมากเพราะมีค่าใช้จ่ายในรูปของเงินเดือน ค่าตอบแทนบุคลากร และมีต้นทุนดำเนินการที่สูง ในขณะที่ประชาชนเรียกร้องและใช้บริการเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเล็กที่มีประชากรในเขตน้อยก็ได้รับงบประมาณน้อยจนแทบจะอยู่ไม่ได้ โรงพยาบาลเล็กทั่วๆ ไป แม้ว่าอาจจะได้งบประมาณเพิ่มขึ้นบ้าง แต่ก็ขาดแคลนทรัพยากรอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่มีการกระจุกตัวซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้กระจายอย่างเหมาะสมในเวลาสั้นๆ (แม้ในระยะยาวก็อาจทำได้) ในรูปการณ์เช่นนี้ คาดว่าคุณภาพบริการจะถดถอยลง ซึ่งจะกระทบทางจิตวิทยาทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิที่มีทางเลือก (มีกำลังทรัพยากรพอสมควร) หันไปใช้บริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนประชาชนที่ยากจนและด้อยโอกาสก็ต้องใช้ระบบนี้ที่ไม่มีทางเลือก⁽⁶¹⁾ ระบบนี้จึงอาจกลายเป็นระบบบริการชั้นสองไปโดยปริยาย⁽⁶⁰⁾ ซึ่งผิดไปจากแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ควรจะเป็นซึ่งฝ่ายนักวิชาการเสนอมาตลอดเวลาวาจะต้องใช้งบประมาณสูงกว่านี้ จึงจะทำได้อย่างมีคุณภาพ^(4,60)

ส่วนในระยะยาว ระบบซึ่งพึ่งงบประมาณจากภาษีทั่วไปเพียงอย่างเดียวจะประสบปัญหางบประมาณไม่พอดำเนินการได้ และงบประมาณส่วนนี้จะกลายเป็นภาระใหญ่ของรัฐบาลในอนาคต เพราะงบประมาณจะเพิ่มขึ้นตลอดเวลา⁽⁵⁰⁾ ต้นทุนบริการสาธารณสุขจะต้องเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ เนื่องจากมีพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์การสาธารณสุขอยู่ตลอดเวลา โรคภัยไข้เจ็บและปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงสลับซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ แม้จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการ



ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ก็ตาม ซึ่งปัญหานี้เกิดขึ้นมาแล้วในหลายประเทศที่ดำเนินโครงการทำนองนี้มาก่อน ประกอบกับระบบนี้ไม่มีการเก็บเงินเป็นค่าเบี้ยประกัน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบและมีสำนึกการมีส่วนร่วม การใช้ภาษีทั่วไปซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมแบบทางอ้อม สำนึกในการใช้บริการเท่าที่จำเป็นจริง ๆ จึงเกิดขึ้นได้ยาก เพราะกลายเป็นบริการฟรีหรือเกือบฟรีไป⁽⁴⁸⁾

3.2 การดำเนินนโยบายระยะเปลี่ยนผ่าน รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขมีการเปิดช่องทางให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้นตามลำดับซึ่งเป็นข้อดี ทำให้เกิดการประนีประนอมในบางเรื่อง โครงการสามารถดำเนินไปได้แต่ผลเสียที่เกิดขึ้นก็คือมีการเปลี่ยนหลักเกณฑ์วิธีการบางอย่างกลับไปกลับมาแบบเอาหน้าหนอนอะไรไม่ได้ เช่น การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายแบบรวมเงินเดือน (2545) แบบแยกเงินเดือนไว้ที่จังหวัด ซึ่งต่อมาแยกเงินไว้ที่ส่วนกลาง (2546-2547) ซึ่งเป็นไปตามแรงกดดันของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีพลังมากน้อยในช่วงเวลาที่ต่างกัน ทำให้การปฏิรูประบบการเงินการคลังแบบหวังผลให้เกิดการปฏิรูปการบริหารจัดการและการจัดบริการไปในทิศทางที่ควรจะเป็นประสบความสำเร็จได้ยาก และเกิดความขัดแย้งขึ้นในกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในระบบเดียวกัน สัมพันธภาพที่เคยพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือกัน กลายเป็นสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกันมากขึ้น ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขด้วย

3.3 ในตอนกำหนดนโยบายของพรรคไทยรักไทยและของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ไม่ได้มีการกำหนดให้สถานบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เมื่อฝ่ายวิชาการเสนอเรื่องนี้ รัฐบาลเห็นด้วยว่ามีข้อดี คือจะทำให้เกิดบริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวมสามารถจัดบริการซ่อมและสร้างควบคู่กันไปเป็นแบบการดูแลสุขภาพคนทั้งคน ไม่ใช่การรักษาโรคเป็นรายครั้งเท่านั้น (ซึ่งแตกต่างในเชิงที่ดีกว่าระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ) และจะทำให้ต้นทุนในการจัดบริการต่ำจึงกำหนดเพิ่มเติมให้เป็นหลักการสำคัญส่วนหนึ่งของนโยบายนี้การดำเนินการส่วนนี้ถือว่าเป็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง

แต่น่าเสียดายที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมในส่วนนี้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนมาก่อน แม้ว่าเคยมีการศึกษาทดลองหารูปแบบการจัดบริการมาบ้างแล้วก็ตาม แต่ยังไม่ค่อยมีการศึกษาวิจัยในด้านการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ ในขณะเดียวกัน เมื่อต้องเร่งดำเนินการตามนโยบายอย่างรวดเร็ว ก็อาศัยการกำหนดกฎเกณฑ์ กติกา มาตรฐาน ให้ผู้จัดบริการต้องทำตามทันที การปฏิรูปส่วนนี้จึงเกิดความขลุกขลักขึ้นอย่างมาก เช่น กำหนดพื้นที่ผู้ใช้บริการมากเกินไปบ้างน้อยเกินไปบ้าง บุคลากรไม่เพียงพอบ้าง บางแห่งส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งไม่ใช่การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม สร้างความขัดข้องใจให้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างมาก และมีการอะลุ่มอล่วยให้ใช้โรงพยาบาลเป็นสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีทั้งที่ดำเนินการได้ตามหลักการที่ควรจะเป็น และที่ไม่เป็นไปตามหลักการที่กำหนด มีการอะลุ่มอล่วยให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการผัดผ่อนเพราะนโยบายผู้บริหารห้ามขัดแย้งกับประชาชน เป็นต้น

3.4 ในตอนเริ่มดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันฯ ประชาชนรู้จักนโยบายนี้จากโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ยังไม่เคยมีการพูดถึงและไม่เคยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักเพื่อบอกว่า สิ่งที่ประชาชนจะได้รับตามนโยบายนี้ไม่ใช่ทุกเรื่อง ต่อมาจึงมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักขึ้นมารองรับถ้วน โดยยึดชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมเป็นหลัก เพิ่มด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน



โรคให้แก่บุคคลและครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล

แต่การปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์หลักในช่วงต่อ ๆ มา มีการตัดสินใจด้วยเหตุผลทางการเมืองด้วย ใช้เหตุผลทางวิชาการสนับสนุนน้อย ซึ่งหากปล่อยเป็นเช่นนี้เรื่อยไป อาจเกิดผลกระทบต่อการโครงการในระยะยาวได้⁽¹²⁾ เพราะค่าใช้จ่ายโดยรวมจะยิ่งบานปลายจนควบคุมไม่ได้

8. สรุปประเด็นสำคัญสู่อนาคต

ทุกฝ่ายในสังคมเห็นตรงกันว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักการที่ดี แต่เรื่องวิธีการดำเนินการนั้นมีความเห็นที่แตกต่างกันออกไปได้มากมาย การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ โดยการเติมส่วนขาดให้เต็ม ผ่านพ้นไปแล้วในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน และตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมารองรับเรียบร้อยแล้ว แต่ออนาคตของเรื่องนี้ยังต้องมีประเด็นที่ต้องทำ ต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขและพัฒนาอีกมาก จากการสังเคราะห์สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการในอนาคตได้ดังนี้

1. นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ เป็นนโยบายที่รัฐบาลทำได้เพราะ “หน้าต่างแห่งโอกาส” เปิดออกในช่วงเวลาที่เหมาะสม^(8,12) โดยมีรัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นฐานเอื้อโอกาส ทำให้พรรคการเมืองต้องแข่งขันนโยบายกัน รัฐธรรมนูญกำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน จึงเป็นเรื่องชอบธรรมที่การเมืองจะหยิบนโยบายนี้ขึ้นมาทำ วิฤตทางเศรษฐกิจเป็นช่วงที่ประชาชนต้องการรัฐบาลที่มีนโยบายใหม่ๆ นโยบายนี้แม้เป็นการทำเพื่อสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนแต่ฝ่ายการเมืองก็ใช้อธิบายในมุมของการช่วยเหลือประชาชนในยามวิกฤตได้ นั่นคือ **มุมมองของภาคการเมือง**

มุมมองที่สองที่ทำให้นโยบายนี้เกิดขึ้นได้และลงมือทำสำเร็จในเวลาอันรวดเร็วคือ **มุมมองวิชาการ** ฝ่ายนักวิชาการที่มีแนวคิดเรื่องนี้ มีการเชื่อมโยงเกาะเกี่ยวกันทำงานวิชาการและสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องไว้เป็นจำนวนมาก และพยายามผลักดันนโยบายนี้มาตลอด 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยรูปแบบ ด้วยโครงการและด้วยองค์กรต่าง ๆ ที่แยกกันทำงานแต่เสริมซึ่งกันและกัน กระแสการเคลื่อนไหวเชิงวิชาการแนวปฏิรูปเช่นนี้เป็นทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาที่เมื่อมีโอกาสเชื่อมต่อกับมุมมองการเมืองที่มีแนวคิดทำนองเดียวกัน จึงทำให้เกิดนโยบายและลงมือทำได้จริง

มุมมองสามซึ่งมีส่วนสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันคือ **มุมมองประชาชน** นอกจากประชาชนทั่วไปจะมีความรู้สึกที่ดีต่อนโยบายเช่นนี้เพราะได้รับประโยชน์ที่เห็นได้ชัดโดยตรง จึงสนับสนุนอยู่แล้ว กระบวนการประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมีการพัฒนามาโดยตลอดในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการทำงานเชื่อมโยกับนักวิชาการ และอาศัยรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 เป็นฐาน จึงเกิดการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบเพื่อเสนอออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฉบับประชาชนในห้วงเวลาที่ซอันทักกันพอดี ซึ่งการเคลื่อนไหวนี้ นับเป็นแรงหนุนเสริมให้มุมมองการเมืองและมุมมองวิชาการได้ใจและผลักดันนโยบายนี้อย่างไม่โดดเดี่ยว

การบรรจบกันของ 3 ประสานนี้ เข้าได้กับ “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่เสนอโดย ศ.ประเวศ วะสี โดยงานนี้มีมุมมองการเมืองเป็นเจ้าภาพหลักเพราะมีอำนาจมากที่สุดในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เป็นทางการ⁽¹²⁾ โดยมีอีกสองมุมเป็นตัวหนุนเสริมที่สำคัญ



บทเรียนตรงนี้ ควรถือเป็นกรณีศึกษาสำหรับพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่อาสาเข้ามาทำงานเพื่อประเทศชาติ และควรเป็นบทเรียนของภาควิชาการและภาคประชาชนที่มีความปรารถนาดีต่อการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อประเทศชาติเช่นเดียวกัน

2. นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับทุกคน โดยการดำเนินนโยบายต้องมีการปฏิรูประบบสำคัญ 2 ระบบคือ

2.1 ปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อใช้จัดบริการสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมให้กับประชาชน (equity) เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (efficiency) และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผล (cost containment)

2.2 ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีเป้าหมายให้มีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานที่ยอมรับได้ (quality) ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม แต่ก็ไม่ใช่ตามอำเภอใจ (choice & accessibility)

โดยระบบทั้งหมดต้องเป็นระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วม (transparency & accountability & participatory)

การดำเนินนโยบายที่ใหญ่ ยาก สลับซับซ้อน มีหลักการและวัตถุประสงค์ย่อยหลายประการ เช่นนี้ จึงไม่ใช่การทำความเข้าใจแค่ประกาศนโยบาย เลือกวิธีการ ลงมือทำ แจกบัตรทองแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ ทำประชาสัมพันธ์เพื่อให้ได้คะแนนนิยมแล้วก็จบ ตรงกันข้าม เจ้าของนโยบายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีการงานอีกมากมายไม่รู้จบ เพื่อให้การดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างเรียบร้อย เกิดผลดีตามหลักการและวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ให้มากที่สุด

วัตถุประสงค์หลายประการของนโยบายนี้ มีความขัดแย้งกันอยู่ในตัวเอง เช่น ถ้าเพิ่มทางเลือกและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากเท่าไรค่าใช้จ่ายก็จะสูงขึ้นตามไปด้วยอาจควบคุมค่าใช้จ่ายได้ยาก ถ้าเลือกวิธีการจ่ายเงินจากงบประมาณที่เป็นภาษีทั่วไปโดยประชาชนไม่ต้องร่วมจ่าย (ไม่ว่าจะเป็นการร่วมจ่ายล่วงหน้า ภาษีเฉพาะ หรือร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ) ประชาชนก็อาจไม่สำนึกเรื่องต้นทุนราคา ก็อาจใช้บริการเกินจำเป็นจนอาจควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ ถ้าควบคุมค่าใช้จ่ายในการจัดบริการมากเกินไปจนสถานบริการขาดแคลนทรัพยากร คุณภาพบริการก็อาจตกต่ำลง ถ้าเปิดช่องทางให้ประชาชนมีสิทธิสูงขึ้นทั้งในแง่การให้บริการ การเรียกร้องชดเชยกรณีได้รับความเสียหาย และการเข้ามีส่วนร่วมดูแลการจัดการในระดับต่าง ๆ ฝ่ายผู้ให้บริการก็อาจตกอยู่ในภาวะถูกกดดันมากขึ้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันก็อาจเปลี่ยนไป

ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสลับซับซ้อนและความละเอียดอ่อนของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทุกฝ่ายจะมองข้ามไม่ได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการสร้างและใช้ความรู้ทางวิชาการ (ปัญญา) มาเป็นฐานการตัดสินใจประเด็นต่าง ๆ และเป็นฐานของการบริหารจัดการโครงการให้มากขึ้น

อำนาจทางการเมืองนั้นมีความสำคัญต่อการริเริ่มนโยบายยากๆ เช่นนี้ และสำคัญต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายให้ไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงต้นๆ แต่ก็ไม่ควรใช้การขับเคลื่อนทางการเมืองเป็นพลังหลักตลอดไป เพราะในระยะยาวการเมืองอาจจะกลายเป็นปัญหาเสียเอง



3. การกำหนดประเด็นนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทย ใช้เวลาเป็นปี (พ.ศ. 2542-2543 - ต้น 2544) แต่เมื่อนโยบายของพรรคกลายเป็นนโยบายของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณแล้ว รัฐบาลกลับตัดสินใจลงมือดำเนินงานอย่างรวดเร็ว แบบที่เรียกว่า “คิดไป-ทำไป-แก้ไป” ตรงข้ามกับที่ฝ่ายวิชาการส่วนใหญ่ให้ข้อแนะนำ ซึ่งการดำเนินงานอย่างรวดเร็วโดยเลือกใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนเริ่มทำในกระทรวงสาธารณสุขก่อนแล้วจึงขยายวงออกนอกกระทรวงพบว่า มีข้อดีคือสามารถทำครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศได้อย่างรวดเร็ว ไม่มีแรงต้านมากนักเพราะฝ่ายต่าง ๆ ที่ได้รับผลกระทบยังตั้งตัวไม่ทัน และส่วนใหญ่อยู่ใต้ระบบบริหารของกระทรวงเดียว ประกอบกับช่วงนั้นประชาชนกำลังนิยมรัฐบาลอย่างสูง หรือแม้แต่การผลักดันออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ รัฐบาลก็อาศัยการทำแบบรวบรัดรวดเร็ว เพราะรัฐบาลมีเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎรอยู่แล้ว จึงไม่เปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมเท่าที่ควร

แต่ผลเสียที่ตามมาก็คือ การตัดสินใจลงมือทำอย่างรวดเร็วในท่ามกลางความไม่พร้อมเกือบทุกด้าน เช่น การกำหนดแหล่งเงินที่จะนำมาใช้ซึ่งเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา จนในที่สุดต้องเลือกใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียว (เปลี่ยนจากหลักประกันสุขภาพมาเป็นรัฐสวัสดิการ) ความไม่พร้อมของระบบสารสนเทศ การคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ยังคงถกเถียงกันได้อีกมาก การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ การกำหนดระบบบริการสาธารณสุข การขยายการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชนการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวให้สถานบริการแบบรวมเงินเดือนหรือแบบแยกเงินเดือน ฯลฯ ในขณะที่ฝ่ายการเมืองประชาสัมพันธ์หาเสียงโดยตลอด ปล่อยให้ฝ่ายผู้จัดบริการสาธารณสุขตกเป็นผู้รับบทหนัก ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและแรงกดดันรอบด้าน จนอาจกลายเป็นความถดถอยเกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข⁽⁵⁰⁾

ในต่างประเทศที่ผ่านการดำเนินนโยบายนี้มาก่อน พบว่าในช่วงเริ่มต้นโครงการ คุณภาพบริการสาธารณสุขจะตกต่ำลงด้วยเหตุจากปัจจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนดูแลแก้ไขอย่างเหมาะสม คุณภาพบริการก็จะพัฒนาขึ้น

ดังนั้น ในกรณีของประเทศไทย ฝ่ายนโยบายและผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักในเรื่องนี้ และควรสร้างระบบประเมินผล ติดตามดูแลเพื่อแก้ปัญหาอย่างใกล้ชิด ทันทีที่และมีประสิทธิภาพ ไม่ใช่ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเฉพาะหน้าเท่านั้น

สำหรับกรณีความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในกลุ่มวิชาชีพแพทย์จากการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กลุ่มวิชาชีพแพทย์ส่วนหนึ่งไม่พอใจในสาระบัญญัติบางมาตรา ฝ่ายแพทย์ถูกมองเป็นจำเลยของสังคมแพทย์ที่เคยเป็นกลุ่มอำนาจสูงสุดในระบบบริการสาธารณสุขกำลังถูกรุกไล่หนักขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากภาคการเมืองมองข้ามการมีส่วนร่วม ให้คุณค่าแก่ฝ่ายต่าง ๆ น้อยเกินไป มองนโยบายนี้เป็นประเด็นผลประโยชน์ทางการเมืองมากเกินไป และเร่งดำเนินนโยบายเร็วเกินไป

ประเด็นนี้ก็ควรใช้เป็นกรณีศึกษาได้อีกกรณีหนึ่ง โดยฝ่ายนโยบายควรลดความเป็นการเมืองลงและเพิ่มการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายให้มากขึ้น

4. รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ตัดสินใจใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียวสำหรับดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทั้งๆ ที่เดิมเคยคิดวิธีการร่วมจ่ายด้วยการเก็บเบี้ยประกันสมทบล่วงหน้า แต่ก็ตัดออกไปในที่สุด)

คณะทำงานวิชาการที่รวมผู้เชี่ยวชาญสังเคราะห์ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁴⁾ เสนอว่า ต้องใช้งบประมาณ 1 แสนล้านบาท เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชน

■ พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย



มีบริการสาธารณสุขที่เทียบได้กับระบบประกันสังคม ซึ่งคณะทำงานของพรรคไทยรักไทยเองก็วิเคราะห์แล้วและเห็นด้วยกับประเด็นนี้ในช่วงเริ่มต้น

แต่รัฐบาลกลับตัดสินใจทำการใช้เงินเพียง 5-6 หมื่นล้านบาท ครอบคลุมประชากรประมาณ 46 ล้านคน (ไม่รวมประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ) โดยรัฐบาลยืนยันตลอดเวลากว่า งบประมาณเท่านั้นเพียงพอจัดบริการอย่างมีคุณภาพให้กับทุกคนได้ แต่หลายฝ่ายมองเห็นตรงข้ามกับรัฐบาล ด้วยมองว่าการตัดสินใจเลือกใช้จ่ายทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียวโดยจัดงบประมาณเหมาจ่ายให้ค่อนข้างต่ำเช่นนี้จะกระทบกับคุณภาพของบริการสาธารณสุขอย่างแน่นอน อีกทั้งจะสร้างปัญหาภาระงบประมาณของประเทศในระยะยาว (4, 12, 15, 17, 19, 22, 48, 49, 50, 51, 60, 62)

ประเด็นนี้ถือได้ว่าเป็น**ประเด็นสำคัญระดับสูงมาก (crucial)** ต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประเด็นย่อย ได้แก่

4.1 การใช้การเงินการคลังรวมหมู่ (collective financing) เช่นนี้ ไม่ว่าเงินจำนวนเท่าใด ทั้งหมดวางอยู่บนสมมุติฐานว่า จะต้องมีการเกลี่ยทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างสมดุลย์ตามประชากรแต่ข้อเท็จจริงคือว่าทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นบุคลากร อาคารสถานที่ เครื่องมือ เทคโนโลยีต่าง ๆ มีมากในเมือง ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในภาคเอกชน มีน้อยในชนบท ในโรงพยาบาลและสถานบริการขนาดเล็ก และแตกต่างกันระหว่างภาคด้วย ซึ่งการเกลี่ยทรัพยากรเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก ดังนั้น การเงินรวมหมู่ที่ใช้ ถ้ายิ่งมีน้อยเท่าใด ก็ยิ่งจะไม่พอจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงมากเท่านั้น โดยเฉพาะในที่ที่มีความขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุขอยู่เดิม เพราะจะต้องยอมสูญเสียเงินส่วนหนึ่งไปกับระบบบริการที่มีการกระจายทรัพยากรไม่ได้อยู่เดิมและขาดประสิทธิภาพด้วย

4.2 ประเทศไทยเป็นตลาดผสมระหว่างตลาดเสรีและตลาดควบคุม ถ้ารัฐบาลลงทุนให้กับนโยบายนี้ ก็จะไม่สามารถรักษาทรัพยากรเพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพ และที่จะสร้างความเป็นธรรม (ในพื้นที่ขาดแคลน) ได้ ประชาชนที่มีทางเลือก (คนชั้นสูงและคนชั้นกลาง) ก็จะไม่นิยมระบบนี้ ไม่ไปใช้บริการเมื่อยามจำเป็น (ซึ่งอาจมีข้อดีคือทำให้สามารถนำเงินเหมาจ่ายรายหัวส่วนนั้นไปจัดบริการให้คนอื่นได้) แต่บริการสาธารณสุขตามนโยบายนี้ก็กลายเป็นบริการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสหรือบริการชั้นสองไป แทนที่จะเป็นบริการตามสิทธิของทุกคนไม่ว่ายากดีมีจนดังนั้นถ้ารัฐบาลจะดำเนินโครงการนี้ให้เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริงก็ต้องยอมใช้เงินให้มากพอเพื่อแข่งขันกับตลาดให้ได้อย่างเหมาะสม (4, 60)

4.3 การใช้ภาษีทั่วไปมาเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียว โดยประชาชนไม่ต้องร่วมจ่ายตามระดับรายได้ (income related) แบบคนมีรายได้มากจ่ายมาก คนมีรายได้น้อยจ่ายน้อย คนยากจนรัฐจ่ายให้ เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกคน (ร่วมสุข-ร่วมทุกข์) นอกจากเสียภาษีตามระบบปกติเท่านั้น มีผลทำให้ประชาชนไม่รู้สึกว่ามีส่วนเป็นเจ้าของโครงการนี้รู้สึกเหมือนว่าเป็นเรื่องที่รัฐบาลหยิบยื่นให้แบบเอื้ออาทร (ตามที่รัฐบาลประชาสัมพันธ์ในทำนองนั้น) บริการที่ได้รับจึงเหมือนได้เปล่า อาจทำให้มองไม่เห็นคุณค่าและมีแนวโน้มที่จะใช้บริการเกินจำเป็นได้ด้วย เพราะไม่ต้องจ่ายเงิน แต่ถ้าเป็นระบบที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย ซึ่งอาจเป็นในรูปสมทบจ่ายเบี้ยประกันล่วงหน้า หรือร่วมจ่ายขณะใช้บริการตามกฎหมายที่กำหนด (ยกเว้นคนจน คนด้อยโอกาส รัฐมีหน้าที่จ่ายแทนอยู่แล้ว) ก็จะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของระบบ และมีความตระหนักมากขึ้นเมื่อคิดจะใช้บริการ ซึ่งมีหลายประเทศเลือกใช้วิธีเหล่านี้และพบว่าผลดี



4.4 หลังจากที่มีรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ดำเนินโครงการนี้แล้ว ทำให้รัฐบาลต้องอุดหนุนระบบประกันสุขภาพพร้อมกัน 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาล ระบบประกันสังคม (ร่วมจ่ายกับนายจ้างและลูกจ้าง) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ ซึ่งโดยภาพรวมแล้ว 3 ระบบนี้ยังมีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันมาก และกำลังกลายเป็นภาระด้านงบประมาณของประเทศมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงมีข้อเสนอว่าควรศึกษาถึงเรื่องความเป็นธรรมในการอุดหนุนกองทุน 3 ระบบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความเป็นไปได้ในการร่วมจ่ายของประชาชนในรูปแบบเบี้ยประกันสุขภาพด้วย ^(49,50)

มีข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขและพัฒนาเรื่องนี้ไว้มาก ^(17,22,31,48,49,51) เช่น

(1) ทำการปฏิรูประบบภาษีทั่วไปของประเทศเพื่อให้สะท้อนความสามารถในการจ่าย คือ คนรวยต้องจ่ายภาษีมากกว่าคนจนในแบบอัตราก้าวหน้าอย่างแท้จริง ซึ่งอาจรวมไปถึงการจัดเก็บภาษีด้านอื่น ๆ ที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคมให้มากขึ้น เช่น ภาษีที่ดิน ภาษีมรดก เป็นต้น ซึ่งหากมีการปฏิรูปส่วนนี้แล้วรัฐบาลนำภาษีทั่วไปมาใช้จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะเป็นไปตามหลักการเฉลี่ยสุข-เฉลี่ยทุกข์ได้ดีขึ้น แต่ก็อาจจะยังไม่สามารถแก้จุดอ่อนอื่น ๆ อีกหลายประการได้

(2) ทำการสร้างระบบที่กำหนดให้ประชาชนต้องจ่ายสมทบเบี้ยประกันบางส่วน แบบล่วงหน้า (pre-paid) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พรรคไทยรักไทยเคยเสนอเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายในช่วงแรก แต่มาตัดออกในช่วงหลังนั่นเอง ระบบนี้อาจมีความยุ่งยากในการจัดการ แต่มีข้อดีคือ เป็นการร่วมจ่ายตามความสามารถในการจ่าย ตามหลักเฉลี่ยสุข-เฉลี่ยทุกข์อย่างชัดเจนมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น ทำให้มีเงินมากพอที่จะจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยไม่เป็นการระดมงบประมาณของรัฐบาลมากเกินไป และระบบต่างๆ ก็จะมีการพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ได้

(3) ทำการสร้างระบบภาษีเฉพาะ (ear-marked tax) ที่ให้ประชาชนต้องจ่ายภาษีเพื่อประกันสุขภาพตามสัดส่วนของรายได้ ก็จะทำให้ได้เงินมาสมทบกับภาษีทั่วไป เพื่อดำเนินนโยบายนี้ได้อย่างราบรื่นในระยะยาว ระบบการจัดเก็บก็ง่าย มีความเป็นไปได้สูง แต่ก็มีโอกาสถูกต่อต้านเพราะที่ผ่านมารัฐบาลรับหน้าเป็นเจ้าภาพโดยเลือกใช้ภาษีทั่วไป จนทำให้ประชาชนมีความรู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องจ่ายอะไรอีกแล้ว

(4) การสร้างระบบการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ (co-payment) ในกรณีที่ใช้บริการที่เกินมาตรฐานของชุดสิทธิประโยชน์หลัก เพื่อเปิดช่องทางให้ประชาชนที่มีกำลังทรัพย์มีโอกาสเลือกใช้บริการที่สูงกว่ามาตรฐานทั่วไป เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ ถ้ารักษาด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งจัดเป็นการรักษาตามมาตรฐานของชุดสิทธิประโยชน์หลักก็ไม่ต้องเสียเงิน แต่ถ้าต้องการผ่าตัดด้วยเครื่องมือพิเศษ (กล้องผ่าตัด) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า แต่เจ็บน้อยกว่า มีระยะพักฟื้นสั้นกว่า ก็ต้องเสียเงินส่วนเกินนี้เอง เป็นต้น ข้อดีคือ ประชาชนบางส่วนมีทางเลือกมากขึ้น สถานบริการมีโอกาสหารายได้มาพัฒนาคุณภาพบริการได้เพิ่มขึ้นไม่ต้องพึ่งแหล่งเงินหลักอย่างเดียว แต่ก็มีข้อเสียที่หลายฝ่ายคัดค้านคือจะทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติระหว่างคนรวย คนจนขึ้น จะเกิดการดึงทรัพยากรในระบบบริการไปจัดบริการส่วนเสริมเพื่อหารายได้เพิ่มมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อบริการตามระบบหลักได้ ^(22,49)

(5) อาจพัฒนาการดำเนินนโยบายนี้ออกไปในรูปของการจัดเป็นพื้นที่ที่สามารถจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับได้อย่างครบวงจรคือ มีบริการสาธารณสุขทุกระดับครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งอาจมีประมาณ 20 พื้นที่ทั่วประเทศ แล้วกำหนดให้เป็นพื้นที่บริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกการจัดการที่เป็นอิสระ มีระบบการอภิบาลที่ดีโดยระบบส่วนกลางทำหน้าที่วางมาตรฐานขั้นพื้นฐาน



ให้เหมือนกัน เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเสมอกัน แล้วจัดสรรเงินเหมาจ่ายขั้นพื้นฐานให้อย่างเป็นธรรมมอบให้คณะกรรมการในแต่ละพื้นที่มีอำนาจบริหารจัดการและสนับสนุนการพัฒนาบริการทั้งที่เป็นขั้นพื้นฐานและที่เหนือมาตรฐานได้ดึงส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในพื้นที่เข้าร่วมจ่ายเพื่อเป็นแหล่งเงินสมทบได้ ฯลฯ จะทำให้มีแหล่งเงินหลากหลายเพิ่มขึ้น การจัดการบริการก็จะสามารถพัฒนาคุณภาพได้ต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดการแข่งขันในทางบวกระหว่างเขตพื้นที่ต่าง ๆ อีกด้วย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เปิดช่องทางให้ดำเนินการได้อยู่แล้ว จึงเป็นหน้าที่ของกลไกที่ดูแลนโยบายนี้จะได้พิจารณาอย่างจริงจังและรอบด้าน โดยคำนึงถึงบทเรียนของประเทศต่าง ๆ ที่ผ่านประสบการณ์มาก่อนประเทศไทย และคำนึงถึงการดำเนินโครงการอย่างราบรื่นและยั่งยืนในระยะยาวมากกว่ามองผลเพียงระยะสั้นเท่านั้น

5. นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ มีจุดเด่นอีกประการหนึ่งคือให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่หวังให้เป็นทั้งการซ่อมสุขภาพและการสร้างสุขภาพควบคู่กันไป (เป็น health insurance มากกว่าที่เป็นเพียง medical insurance) จึงมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ครอบคลุมบริการแบบผสมผสานทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family care) มีการกำหนดให้จัดระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นจุดบริการใกล้บ้านใกล้ใจให้กับประชาชนที่เลือกลงทะเบียนใช้สิทธิ โดยถือว่าจุดบริการนี้เป็นจุดหลักของระบบที่ต้องมีการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย และมีระบบส่งต่อไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลอื่นได้ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อ

ความตั้งใจปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเหล่านี้เป็นเรื่องดีเพราะถ้าทำได้จริงจะทำให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น (มีบริการผสมผสานต่อเนื่องและเป็นองค์รวม) ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำ ซึ่งที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขหลักของประเทศเป็นแบบตรงกันข้ามคือเป็นระบบที่มีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางมุ่งให้บริการรักษาพยาบาลแบบรายโรครายครั้งมากกว่า จึงขาดคุณภาพ และมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตามแนวนี้รัฐบาลโดยฝ่ายวิชาการที่เป็นแกนดำเนินนโยบายหวังว่าจะใช้การปฏิรูประบบการเงินการคลังแบบปลายปิดเหมาจ่ายรายหัวเป็นเครื่องมือทำให้เกิดการปฏิรูปในส่วนนี้ตามมา

แต่ในความเป็นจริงไม่มีการเตรียมการรองรับการปฏิรูประบบบริการไว้ล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการออกแบบโครงสร้างของระบบ การจัดระบบกำลังคน การบริหารจัดการระบบ การวางระบบเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล การเตรียมความเข้าใจภาคประชาชนและอื่นๆ มีเพียงการทดลองศึกษารูปแบบมาบ้างอย่างกระจัดกระจาย เมื่อตัดสินใจดำเนินนโยบายส่วนนี้ในเวลาอันรวดเร็ว จึงทำได้แค่การกำหนดมาตรฐาน กฎเกณฑ์ กติกาออกมาเป็นคู่มือเพื่อให้ผู้ให้บริการจัดระบบขึ้นมาตามนั้น มีการกำหนดชื่อเรียกขึ้นมาใหม่คล้ายเป็นการทำงานกับสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อนในโลกแห่งความเป็นจริง จึงเกิดความโกลาหลเช่น จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นเพื่อเป็นหน่วยรับเงินเหมาจ่ายมากกว่าเป็นหน่วยบริการตามแนวคิดที่ควรจะเป็น มีการส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ หมุนเวียนออกไปทำงานในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ว่าจะต้องมีแพทย์ไปปฏิบัติงานประจำ มีการตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าหลักเกณฑ์ เป็นต้น



หลักการและแนวคิดเรื่องนี้ดีมาก แต่ควรมีการสนับสนุนให้เร่งศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิอย่างหลากหลายภายใต้หลักการสำคัญเดียวกัน ศึกษาเรื่องระบบการบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสาธารณสุขทั้งระบบ ซึ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการจัดบริการ และควรมีระบบดูแลการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทั้งระดับมหภาคและจุลภาค จัดระบบสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเช่น ระบบผลิตและพัฒนาบุคลากร ระบบส่งเสริมการกระจายบุคลากร ระบบการจ้างงานบุคลากรให้มีหลากหลายวิธี ฯลฯ เพื่อหนุนให้แนวคิดที่ดีเกิดเป็นจริงได้ โดยไม่หวังใช้กลไกการเงินการคลังเป็นเครื่องมือบังคับให้เกิดการปฏิรูประบบบริการแต่เพียงด้านเดียว

6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นเครื่องมือหลักในการทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดความยั่งยืน

6.1 เปิดช่องให้มีโอกาสรวมส่วนประกันสุขภาพของกองทุนอื่นเข้ามาได้ในอนาคต (ซึ่งยังมองไม่เห็นว่าจะทำได้จริงในอนาคตอันใกล้)⁽⁴⁹⁾ ซึ่งมีบางฝ่ายสนับสนุนว่าควรรวมเป็นกองทุนเดียว^(4,22,28,31) เพื่อให้เกิดการบริหารที่มีเอกภาพและสิ้นเปลืองค่าบริหารจัดการต่ำ แต่ก็มีบางฝ่ายตั้งว่าไม่จำเป็นต้องรวมเป็นกองทุนเดียว^(9,19,48,50,51,62) เพราะจะทำให้การเงินการคลังของระบบนี้ (ซึ่งคาดว่าจะมีปัญหาในระยะยาว) พาให้ระบบอื่นเสียหายตามไปด้วย และจะไม่เกิดการแข่งขันกันพัฒนา

แนวทางที่ควรพิจารณาคือการพัฒนาแต่ละระบบให้เชื่อมต่อกันได้เสริมซึ่งกันและกันได้ มีหลักการมาตรฐานและชุดสิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงกัน เพื่อสร้างให้เกิดความเป็นธรรม โดยไม่จำเป็นต้องรวมเป็นระบบการจัดการเดียวกัน ซึ่งในร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....ที่หวังให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพได้ระบุไว้ว่า⁽⁹⁾

“มาตรา 87 การเงินการคลังเพื่อการบริหารสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ให้มีการใช้การเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิด ที่กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

(2) การเงินการคลังรวมหมู่ตาม(1) อาจมีการจัดการหลายกองทุนก็ได้ เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก แต่ทุกกองทุนให้มีหลักการพื้นฐานเหมือนกัน และบุคคลที่อยู่ภายใต้กองทุนเดียวกันให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมือนกัน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

(3)

แต่ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ ยังไม่มีที่ท้าวว่ารัฐบาลจะผลักดันออกมาเป็นกฎหมายเมื่อใด

6.2 การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีคณะกรรมการระดับชาติที่ประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่าย ทำหน้าที่ดูแลนโยบายและกำกับระบบ มีสำนักงานระดับชาติที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการทำหน้าที่เป็นแกนดำเนินงาน กลไกนี้นอกจากจะดูแลนโยบาย ทำหน้าที่บริหารกองทุนและกำกับระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการโดยใช้การเงินการคลังเป็นเครื่องมือหลักอีกด้วย นับว่ากลไกนี้มีอำนาจและบทบาทภารกิจสูงมาก ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อดูว่ากลไกลักษณะนี้จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ งานเป็นผลสำเร็จตามที่ควรจะเป็นสักเพียงใด และหากมีปัญหาในเชิงระบบซึ่งถูกกำหนดไว้ในกฎหมายแล้ว จะแก้ให้ทัน่วงที่ได้อย่างไร



7. การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่ดี เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพสูง สร้างความเป็นธรรม และลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ ลง แต่การดำเนินโครงการของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ลงมือในขณะที่มีระบบสารสนเทศยังไม่ได้พัฒนาเพื่อรองรับโครงการ⁽⁴²⁾ จึงเกิดปัญหาต่างๆ มากมาย เช่นปัญหาได้สิทธิเข้าซื้อประกันสุขภาพอื่นปัญหาข้อมูลสำหรับใช้ในการคำนวณต้นทุนและการจัดสรรงบประมาณไม่สมบูรณ์ดีพอ ฯลฯ

จึงจำเป็นที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบสารสนเทศที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้องมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องด้วย

นอกจากระบบสารสนเทศที่ดีแล้ว เนื่องจากการดำเนินงานนี้ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติในหลายสาขาและเกี่ยวข้องกับประชาชนทั่วประเทศ และมีประเด็นต่างๆ ที่ต้องสื่อสารทำความเข้าใจให้ตรงกันมากมายหลายระดับ ดังนั้นระบบการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจอันดี ทั้งในระบบปฏิบัติการและระหว่างฝ่ายนโยบาย ฝ่ายปฏิบัติและฝ่ายประชาชน จึงเป็นอีกระบบหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ที่ผ่านมายังไม่มีการพัฒนาระบบเพื่อการนี้อย่างดีพอ การสื่อสารจึงเป็นไปในเชิงการประชาสัมพันธ์โครงการของฝ่ายการเมืองมากกว่า

จึงควรเร่งสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารที่ดีให้เกิดขึ้นโดยเร็วเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องระหว่างทุกฝ่ายในสังคมอย่างต่อเนื่อง

8. การดำเนินโครงการนี้ในช่วงเปลี่ยนผ่านไปจนถึงเมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลใช้บังคับโดยสมบูรณ์กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสำคัญและในอนาคตก็ยังคงมีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อไป จึงควรมีการพิจารณาอย่างรอบด้าน เพราะที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ทั้งด้านนโยบายควบคุมกำกับบริหารจัดการและจัดบริการสาธารณสุขรายใหญ่ที่สุดของประเทศมาโดยตลอด ซึ่งในอนาคตอันใกล้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาถึงการปรับบทบาทและปรับโครงสร้างการจัดการอย่างมาก เพราะเมื่อมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานเต็มตัวแล้วกระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทเป็นกลไกของรัฐบาลในการควบคุมกฎกติกาโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข (เป็น regulator) ส่วนกลไกใหม่ (คปสช.) ทำหน้าที่บริหารกองทุนสำหรับจัดหาบริการแทนประชาชน (purchaser)

ปัจจุบัน บทเฉพาะกาลยังคงยินยอมให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ (provider) โดยรับเงินเหมาจ่ายก้อนใหญ่มาจัดการเองในช่วงเปลี่ยนผ่านไม่เกิน 3 ปี แต่หลังจากนั้นระบบบริการที่เคยอยู่ภายใต้การบริหารด้วยระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขอาจจะต้องมีการปรับตัวไปสู่สถานภาพที่เป็นหน่วยบริการที่มีความคล่องตัว และมีอิสระในการจัดการสูงมากกว่าที่จะต้องอยู่ภายใต้พันธนาการของระบบและระเบียบราชการอีกต่อไป เพราะแหล่งเงินจัดบริการหลักได้เปลี่ยนไปแล้ว การจะได้เงินมาจัดบริการจะกลายเป็นเรื่องของพันธะสัญญา ไม่ต้องรอการจัดสรรจากหน่วยเหนือแบบเดิม และการจัดบริการให้ได้มาตรฐานตามกฎหมายกติกาใหม่ เพื่อให้สามารถแข่งขันได้ ต้องอาศัยความคล่องตัวในการจัดการสูงกว่าเดิมมาก

การเตรียมการปรับเปลี่ยนตรงนี้เป็นงานที่ยากเพราะกระทบกับบุคลากรในระบบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก จึงต้องอาศัยภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์เชิงก้าวหน้า มีความมุ่งมั่นและมีความสามารถในการบริหารความเปลี่ยนแปลงสูง การเตรียมการเพื่อเปลี่ยนแปลงที่ดีจึงจะเกิดขึ้นได้



สำหรับทิศทางของสถานบริการสาธารณสุขในอนาคต อาจจะเป็นในรูปของเครือข่ายบริการสาธารณสุขตามพื้นที่ (Local area networking) ที่มีความเป็นอิสระ บริหารจัดการได้คล่องตัว มีบริการทุกระดับอย่างครบวงจร รับสัญญาจัดบริการสาธารณสุขตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจัดบริการสาธารณสุขอื่นๆ ได้ตามความเหมาะสม มีสถานะที่หลากหลาย แต่ไม่แยกกันทำงานแบบหน่วยใครหน่วยมัน (stand alone) แต่ก็ไม่จำเป็นต้องเป็นหน่วยราชการขึ้นตรงกับราชการส่วนกลางหรือถ่ายโอนไปขึ้นตรงต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดแต่อย่างใด

9. สรุป

การสร้างหลักประกันถ้วนหน้า เป็นการดำเนินนโยบายที่มีความยุ่งยากมาก เพราะมีประเด็นทางวิชาการที่สลับซับซ้อน มีหลายวัตถุประสงค์ในนโยบายเดียว เปรียบเสมือนเครื่องกลที่มีอุปกรณ์ระบบ และกลไกภายในที่สลับซับซ้อน มองจากภายนอก อาจดูเหมือนว่าเรียบง่าย งานเช่นนี้จึงทำความเข้าใจอย่างครบถ้วนและทะลุปรุโปร่งได้ยาก

การดำเนินงานจริงยิ่งมีความยากกว่านั้นอีก เพราะต้องเกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก ที่มีความเข้าใจและมีผลประโยชน์แตกต่างกัน อีกทั้งการดำเนินนโยบายนี้ ยังต้องกล้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระบบเดิมๆ อย่างมากด้วย จึงย่อมมีทั้งฝ่ายที่พอใจ-ไม่พอใจ มีฝ่ายที่สนับสนุนและต่อต้านเป็นธรรมดา

การจะทำให้การดำเนินงานตามนโยบายนี้สำเร็จ ราบรื่น มีความยั่งยืนในระยะยาว **ควรเน้นการขับเคลื่อนด้วยพลังทางปัญญาและพลังการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคมให้เข้ามามีส่วนเป็นเจ้าของและรับผิดชอบโครงการร่วมกัน แทนที่จะทำให้เป็นเสมือนโครงการที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นเจ้าของแล้วหยิบยื่นให้แก่ประชาชนเพียงเท่านั้น**

การสังเคราะห์งานชิ้นนี้ หวังว่าจะมีส่วนร่วม ร่วมสร้างปัญญาสำหรับการดูแล แก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาล พตท.ทักษิณได้ลงมือทำไปแล้ว ให้มีความวิวัฒนาการและยั่งยืนตลอดไป



เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย พศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542.
2. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. สู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; มปป.
3. จเด็จ ธรรมธัชอารี, บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด; 2544.
4. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด; 2544.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งมั่น? เพื่อฝัน? จ่ายไหวหรือ? . กรุงเทพฯ เอกสารเผยแพร่ของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พิมพ์ครั้งที่ 1; 2543.
6. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก ราชกิจจานุเบกษา 11 ตุลาคม 2540.
7. ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2543.
8. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ ประสพการณ์ 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
9. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ; 2545.
10. คณะกรรมการการสาธารณสุข ภูมิสถา. รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ. เอกสารข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ; 2543
11. อัมพล จินดาวัฒนะ. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ; 2546.
12. ศิริวรรณ พิชัยรังษะ. The introduction of the UC in Thailand. เอกสารร่างวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต. Department of public health and policy, LSHTM.; 2003.
13. Kutzin, J. Enhancing the insurance function of the health systems: a proposal conceptual framework. In Achieving universal coverage of health care: experiences from middle and upper income countries, edited by Nitayarumphong, S., and Mills, A. Nonthaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand; 1998
14. Mills, A.J., and Ranson, M.K. Design of health system. In M.H. Merson, Black, R.E., and mills, A.J. (Ed), International public health : Diseases, Programs, Systems, and Policies. Maryland: Aspen; 2001.
15. วิโรจน์ ณ ระนอง. ถ้วนหน้าหรือช่วยคนจน เส้นทางสู่อนาคตของโครงการ 30 บาท. กรุงเทพฯ: บริษัทแสงสว่างเวิลด์เพรส; 2545.
16. อัมมาร สยามวาลา. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เป้าหมายเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 10 ฉบับที่ 2 เมย.-มิย.2544 หน้า189-193.



17. สงวน นิตยารัมพพงศ์. บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารอัดสำเนา: มปป.; มปป.
18. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการบนเส้นทางสู่สุขภาพ-
ประสิทธิภาพ-เสมอภาค?. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
19. สัมภาษณ์ นพ.วิพุธ พูลเจริญ. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. วันที่ 9 ตุลาคม 2546.
20. คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสวัสดิการ
รักษายาบาลข้าราชการ. ตามสัญญาจ้างที่ปรึกษาเพื่อประมวลและเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสม
ที่สุดสำหรับการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ กรกฎาคม 2543.
21. สัมภาษณ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. อธิบดีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ช่วงเริ่มโครงการ
30 บาทรักษาทุกโรค). วันที่ 1 กันยายน 2546.
22. สัมภาษณ์ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. นักวิชาการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเริ่มต้นการดำเนินโครงการ
30 บาทรักษาทุกโรค. วันที่ 13 ตุลาคม 2546.
23. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8. แผนพัฒนาสาธารณสุข
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก ; 2539.
24. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 .แผนพัฒนาสุขภาพแห่ง
ชาติ แผน 9 พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
25. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. 25 ปีขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ
: องค์การอนามัยโลก. 2546.
26. ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นานาทัศนะจากองค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการ
สุขภาพ. ผลสรุปจากการประชุมระดมความคิดเห็นขององค์กรต่างๆ เพื่อผลักดันให้เกิดระบบ
บริการสุขภาพที่พึงประสงค์. กรุงเทพฯ: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2542.
27. สงวน นิตยารัมพพงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โครงการปฏิรูป
ระบบบริการสาธารณสุข; 2542.
28. โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 5 หมั่นชื่อร่วมรณรงค์เพื่อหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ผลักดัน (ร่าง) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร. เอกสาร
อัดสำเนา.
29. รายงานการประชุมพัฒนายุทธศาสตร์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคครั้งที่ 3 เรื่อง แนวทางหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี วันที่ 24 เมษายน 2543.
30. สรุปการประชุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ 1 ณ สำนักงานคณะกรรมการองค์การ
พัฒนาเอกชนด้านเอตส์ งามวงศ์วาน นนทบุรี. วันที่ 16 พฤษภาคม 43.
31. สัมภาษณ์นางระกาวิณ ลิขนะวานิชพันธ์. หนึ่งในแกนนำของเครือข่ายรณรงค์สร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าภาคประชาชน. วันที่ 15 ตุลาคม 2546.
32. สำเนาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543.
ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 117 ตอนพิเศษ 75 ง. ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2543.
33. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ :
บริษัท ดีไซน์ จำกัด; 2544.
34. พรรคไทยรักไทย. จุดยืนนโยบายสุขภาพเพื่อประชาชน กำแพงพิงหลังสุดท้ายของผู้ยากไร้. เอกสาร
ของพรรคไทยรักไทย : มปป. ; มปป.
35. พรรคไทยรักไทย. สร้างชาติด้วย 11 วาระแห่งชาติ. เอกสารของพรรคไทยรักไทย. มีนาคม 2543.



36. พรรคไทยรักไทย. 17 คำถามคำตอบ การประกันสุขภาพแห่งชาติ30 ต่อครั้งรักษาได้ทุกโรค หนึ่งในนโยบายสุขภาพเพื่อประชาชน ของพรรคไทยรักไทย. ตุลาคม 2543.
37. www.thaigov.go.th. นโยบายรัฐบาล พตท.ทักษิณ แกลงต่อรัฐสภา 26 กุมภาพันธ์ 2544: สำนักโฆษกรัฐบาล ; 2546.
38. คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 2, เมย.-มิย. 2544.
39. สรุปสาระการประชุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล วันที่ 17 มีนาคม 2544 ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 10 ฉบับที่ 2 เมย.-มิย.2544. หน้า 203-204.
40. สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะได้อะไร 30 บาทรักษาทุกโรค ถ้าสงสัยในนี้มีคำตอบ เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
41. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 30 บาทรักษาทุกโรคสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
42. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
43. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
44. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,ยศ ตีระวัฒนานนท์,ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2544. หน้า 381-390.
45. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 20 ธค. 2544 ในแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
46. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งคณะกรรมการและคณะเลขาธิการศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 14 ตค. 2544 ในแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
47. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1076/2544 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2544.
48. สัมภาษณ์แกนนำวิชาชีพแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนและองค์กรวิชาชีพท่านหนึ่ง (ไม่ออกนาม) วันที่ 29 ตุลาคม 2546.



49. วิโรจน์ ญ ระนอง อัญชนา ญ ระนองและศรัชัย เตரியมวรกุล.หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรายงานความก้าวหน้าโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547) ฉบับแก้ไขปรับปรุง 25 พฤศจิกายน 2546. เอกสารอัดสำเนา. ; 2546.
50. http://intranet.nesdb.go.th/data_index/social/data/menu2.htm. โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค. เสนอที่ประชุมประจำปี สศช. 2546 . วันที่ 30 มิย.2546.
51. สัมภาษณ์แกนนำผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่ง (ไม่ออกนาม). วันที่ 14 ตุลาคม 2546.
52. <http://www.thaifammed.org/fammeddr.php>. วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. วันที่ 11 พฤศจิกายน 2546.
53. สุรพงศ์ สืบวงศ์ลี. ทรท.แจงรายละเอียดยิบ. มติชน. วันที่ 14 มกราคม 2544. หน้า 6.
54. สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบร่างพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 ร่างเรียงมาตรา. กรุงเทพฯ : ฝ่ายกฎหมายและระเบียบสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
55. กระทรวงสาธารณสุข คำชี้แจงประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....; ตุลาคม 2545.
56. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก. วันที่ 8 พฤศจิกายน 2545.
57. Hogwood B. W. and Gunn L A. Policy Analysis for the Real World. Oxford : Oxford University Press ;1984.
58. Barrett S. and Fudge.C. Policy and action : essays on the implementation of public policy. London : Methuen ; 1981.
59. http://intranet.nesdb.go.th/data_index/social/data/menu2.htm. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างถึงในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค. เสนอที่ประชุมประจำปี สศช. 2546 . วันที่ 30 มิย.2546.
60. อัมมาร สยามวาลา. คนจน คนรวยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (1) และ (2) มติชน วันที่ 30 เมย.และ 7 พค. 2546.หน้า 6.
61. http://intranet.nesdb.go.th/data_index/social/data/menu2.htm.ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัยอ้างถึงในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค. เสนอที่ประชุมประจำปี สศช. 2546 . วันที่ 30 มิย.2546
62. ผลวิจัย 30 บาท พบปัญหาเพียบ ชาวบ้านขอเป็นกรรมการด้วย. คมชัดลึก วันที่ 31 ตุลาคม 2546. หน้า 9.



บทที่ 2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเด็นที่น่าสนใจ

โดย :

ศ.บพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์



1. แนวคิดและความเป็นมาของกฎหมายสุขภาพ

แนวคิดในการประกันสวัสดิภาพสังคม ตามกรอบของกฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นั้น มี 2 แนวทางใหญ่ๆ คือ¹

ก. แนวคิดแบบรัฐเสรีนิยม กล่าวคือ รัฐจะปล่อยให้เอกชนเป็นผู้รับผิดชอบในชีวิตความเป็นอยู่ และชะตากรรมของตนเอง โดยเน้นการรักษาความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งให้ความเป็นธรรมแก่เอกชนเป็นสาระสำคัญ การดำเนินธุรกิจการค้าและกิจการต่างๆ ในสังคม ให้เป็นไปตามความสมัครใจ และการแข่งขันเสรีระหว่างเอกชน โดยรัฐเพียงกำกับให้อยู่ในกรอบที่เป็นธรรม และไม่เข้าไปแทรกแซงใดๆ ตัวอย่างรัฐที่ยึดถือแนวทางนี้ คือ สหรัฐอเมริกา การประกันสุขภาพเป็นเรื่องของเอกชนจัดทำกันเอง สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม และผู้ประกอบการสถานพยาบาล ได้ร่วมกันผลักดันให้มีการจัดตั้งสถาบันประกันสุขภาพขึ้น 2 แห่งคือ Blue Cross กับ Blue Shield โดยจัดประกันสุขภาพตามอัตราการจ่ายเบี้ยประกัน กล่าวคือ ผู้จ่ายเบี้ยประกันแพง ย่อมได้รับบริการที่ดี ส่วนผู้มีรายได้น้อยหรือปานกลางก็มักไม่ซื้อประกัน และนายจ้างจะเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง โดยตกลงกับสำนักบริการสาธารณสุข (Health Maintenance Organization, HMO) ให้จัดบริการแก่ลูกจ้างของตนตามอัตราที่ตกลงกัน นอกจากนี้ ก็มีระบบให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้เกษียณอายุ ซึ่งต่อมาขยายมาให้ความคุ้มครองผู้ยากไร้ด้วย (Medi-care) ดังนั้น ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็ก หรือคนว่างงานที่ไม่ได้ทำสัญญาคุ้มครองไว้ อาจไม่มีหลักประกันทางสุขภาพอนามัยเลยก็ได้

ข. แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ เป็นแนวคิดที่มีมาในยุครัฐสมบูรณาญาสิทธิราช ภายใต้อิทธิพลของศาสนาคริสต์ ตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 ซึ่งถือหลักการปกครองแบบพ่อปกครองลูก และต่อมาได้อิทธิพลจากแนวคิดสวัสดิการสังคม (Social welfare) ซึ่งถือหลักว่า รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมและดำเนินการต่างๆ รวมทั้งใช้อำนาจแทรกแซงกลไกการแข่งขันโดยเสรีเพื่อประกันสวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ได้มาตรฐาน บรรเทาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และให้การสงเคราะห์แก่สมาชิกในสังคมที่อ่อนแอ ด้อยโอกาส และคนตกทุกข์ได้ยาก ที่ไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตัวเองให้ได้มาตรฐานด้วยกำลังตนเอง หน้าที่สำคัญของรัฐตามแนวทางนี้ จึงมีเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 3 ประการคือ

(1) ประกันสวัสดิภาพขั้นต่ำ (Minimun Existence)

(2) ประกันสวัสดิภาพสังคมให้มั่นคง (Social Security)

(3) บรรเทาความเหลื่อมล้ำ และยกระดับกับการครองชีพให้ได้มาตรฐาน (Social Standard)

รัฐสมัยใหม่ในปัจจุบันล้วนได้รับอิทธิพลจากแนวคิดรัฐสวัสดิการทั้งสิ้นในประเทศเยอรมัน สมัยเมื่อเป็นอาณาจักรรัฐเซีย ก็มีกฎหมาย (ปีพ.ศ. 1794) กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐ ให้ดูแลผู้ยากไร้ ที่ไม่สามารถหารายได้เองได้ หรือไม่สามารถหาความช่วยเหลือทางอื่นได้² เกิดขึ้นแล้ว

เมื่อประเทศไทยได้มีการติดต่อค้าขายกับต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศตะวันตกในสมัยรัชกาลที่ 5 ก็ได้รับแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพเอกชน และรัฐสวัสดิการเข้ามาในระยะเวลาเดียวกัน กล่าวคือ มีการเปิดโรงพยาบาลวังหลัง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในพ.ศ. 2431 ซึ่งต่อมาพระราชทาน



นามว่า โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล ในประกาศเปิดโรงพยาบาล ตอนหนึ่งระบุว่า “ถ้าผู้ใดป่วยไข้ จะมาอยู่ในโรงพยาบาลนี้ หรือผู้คนที่ค้าหาสเจ็บป่วย จะมาส่งโรงพยาบาลนี้ก็รับรักษาไว้ ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใดๆ ถ้าผู้ใดมีความประสงค์จะส่งคนเจ็บ หรือกิจใดๆ ในการป่วยเจ็บ จงมาตามกำหนดที่บอกแล้วข้างต้น”

โรงพยาบาลนี้ เป็นส่วนพระราชกุศล ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้นเป็นทานในการรักษาโรค และป้องกันความทุกข์ยากของคนทั้งหลาย ที่จะเกิดจากพยาธิ มิให้หมอหรือคนพยาบาลเรียกค่ายา ค่ารักษาแก่คนไข้เลยเป็นอันขาด ยกเว้นแต่ผู้มีจิตศรัทธาในสวนพระราชกุศลนี้ หรือมีจิตกรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน จะออกเงินเข้าในสวนพระราชกุศลมหาทานนี้ได้ไม่ห้ามปราม และเป็นที่ทรงยินดีอนุโมทนาด้วย เป็นเหตุที่พระบรมวงศานุวงศ์และข้าราชการสมควรจะช่วยอนุเคราะห์ อุดหนุนให้โรงพยาบาลนี้ เจริญยืดยาว เป็นคุณประโยชน์ยิ่งขึ้น

และต่อมาในสมัยนั้นก็ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลทำนองเดียวกันนี้ ในตำบลต่างๆ อีกหลายโรง⁽³⁾ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งได้เริ่มแพร่หลายเข้ามาตั้งแต่รัชกาลก่อนแล้ว

สำหรับกิจการประกันสุขภาพส่วนบุคคลนั้น กิจการประกันชีวิต ได้เริ่มเข้ามาโดยประเทศอังกฤษ ได้จัดทูตสันถวไมตรีทางการพาณิชย์มายังประเทศสยาม ภายหลังจากที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จกลับจากประพาสประเทศอินเดียได้ไม่นาน เมื่อคณะทูตได้เข้าเฝ้าและกราบบังคมทูลถึงเรื่องแลกเปลี่ยนทางการพาณิชย์รวมทั้งเสนอขอพระบรมราชานุญาตประกอบธุรกิจประกันชีวิตเข้าไปด้วย พระเจ้าอยู่หัวทรงอนุญาต และบริษัท อีสเอเชียติก จำกัด ได้รับแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนของบริษัท เอควิตาเบิ้ล แห่งกรุงลอนดอน เป็นผู้ขายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบตลอดชีวิต โดยมีเจ้าพระยาบรมมหาศรีสุริยวงศ์ เอกอัครมหาเสนาบดี เป็นผู้เอาประกันบุคคลแรกของประเทศไทย

และต่อมาก็มีกฎหมาย ออกมาควบคุมกิจการประกันภัยต่างๆ ดังนี้⁽⁴⁾

1. พ.ร.บ. ลักษณะเข้าหุ้นส่วน และบริษัท ร.ศ.130 ใช้บังคับเมื่อ 1 มกราคม 2454
มาตรา 15 ห้ามมิให้บริษัทเดินรถไฟ รถราง บริษัทประกันภัยต่างๆ บริษัททำการคลัง การเงิน ตั้งได้โดยมิได้รับพระบรมราชานุญาต
2. พระราชกฤษฎีกาให้ใช้บทบัญญัติประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์บรรพ 3 ประกาศใช้เมื่อ 1 มกราคม 2467
มาตรา 1014 ห้ามมิให้บริษัทที่ประกอบกิจการประกันภัยตั้งได้ โดยมิได้ประกาศพระราชทานบรมราชานุญาต
3. พ.ร.บ. ควบคุมกิจการค้าขายอันมีผลกระทบถึงความปลอดภัยหรือผาสุก แห่งสาธารณชน พ.ศ. 2471

กฎหมายฉบับนี้ ห้ามมิให้บุคคล ประกอบกิจการประกันภัยเว้นแต่ได้ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะกาลนั้น ธุรกิจประกันภัยต้องจดทะเบียน และอยู่ในความควบคุมของกระทรวงพาณิชย์ และต่อมา พ.ศ. 2475 จึงได้จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ เพื่อควบคุมกิจการประกันภัยขึ้นเป็นครั้งแรก

กิจการประกันสุขภาพ ถือเป็นสัญญาประกันวินาศภัยชนิดหนึ่ง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตได้ตั้งแต่ว่าภายหลังที่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองใน พ.ศ. 2475 รัฐบาลได้จัดสร้างโรงพยาบาลซึ่งมีให้บริการประชาชนทั่วราชอาณาจักรแต่ผู้ที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเหล่านั้น แม้ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมแพทย์ แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นค่ายา และ

■ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเด็นที่น่าสนใจ



อุปกรณ์การแพทย์เอง ซึ่งมีราคาแพงขึ้นเรื่อยๆ แนวคิดในการจัดสวัสดิการให้แก่ข้าราชการและบุคคลบางจำพวกจึงเกิดขึ้น รวมทั้งการจัดให้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนบางกลุ่มด้วย

2. กฎหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ

ปัจจุบันมีกฎหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพและกฎหมายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการอยู่หลายฉบับ ดังต่อไปนี้

กฎหมายที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาคเอกชน

กฎหมายกลุ่มนี้ได้แก่

ก. ประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์บรรพ 3 ลักษณะ 20 ประกันภัย

กฎหมายในลักษณะนี้ บัญญัติถึงลักษณะทั่วไปของสัญญาประกันภัย การประกันวินาศภัยและการประกันชีวิต

การประกันสุขภาพ ถือเป็นแบบหนึ่งของการประกันวินาศภัย ซึ่งกฎหมายบัญญัติไว้ดังนี้

“ม.869 อันคำว่า วินาศภัย ในหมวดนี้ ท่านหมายรวมเอาความเสียหายอย่างใด ๆ บรรดาซึ่งจะพึงประมาณเป็นเงินได้”

“ม.861 อันว่าสัญญาประกันภัยนั้น คือสัญญาซึ่งบุคคลคนหนึ่งตกลงจะใช้ค่าสินไหมทดแทน หรือใช้เป็นเงินจำนวนหนึ่งให้ในกรณีวินาศภัยมีขึ้น หรือในเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งในอนาคต ดังได้ระบุไว้ในสัญญา และในการนี้บุคคลอีกคนหนึ่งตกลงจะส่งเงินซึ่งเรียกว่า เบี้ยประกันภัย”

จากบทบัญญัติดังกล่าว การประกันสุขภาพ จึงเป็นสัญญาระหว่างผู้เอาประกัน ซึ่งจะจ่ายเบี้ยประกันในบริษัทประกัน โดยเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแก่ผู้รับประโยชน์ บริษัทประกันจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้รับประโยชน์ ตามสัญญาที่ตกลงกัน

“ม.870 ถ้าไม่ทำสัญญาประกันภัย เป็นสองรายหรือกว่านั้นพร้อมกัน เพื่อความวินาศภัยอันเดียวกัน และจำนวนเงินซึ่งเอาประกันรวมกันทั้งหมดนั้นท่วมจำนวนที่วินาศภัยจริงไซ้ ท่านว่าผู้รับประกันชอบที่ได้รับค่าสินไหมทดแทน เพียงเสมอจำนวนวินาศภัยจริงเท่านั้น ผู้รับประกันภัยแต่ละคน ต้องใช้เงินในจำนวนวินาศภัยจริง แบ่งตามส่วนมากน้อยที่ตนได้รับประกันภัยไว้

อันสัญญาประกันภัยทั้งหลาย ถ้าลงวันเดียวกัน ท่านให้ถือว่าได้ทำพร้อมกัน

ถ้าได้ทำสัญญาประกันภัยเป็นสองราย หรือกว่านั้นสืบเนื่องเป็นลำดับต้น ท่านว่าผู้รับประกันภัยคนแรกจะต้องรับผิดชอบเพื่อความวินาศภัยก่อน และถ้าจำนวนเงินซึ่งผู้เอาประกันคนแรกได้ใช้นั้น ยังไม่คุ้มจำนวนวินาศภัยไซ้ ผู้รับประกันคนถัดไปก็ต้องรับผิดชอบ ในส่วนที่ยังขาดอยู่นั้นต่อไป จนกว่าจะคุ้มวินาศภัย”

หลักการสำคัญในมาตราข้างต้นนี้ก็คือ ผู้รับประกันจะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทน จากการเจ็บป่วย จากผู้รับประกัน เท่าที่ต้องจ่ายจริงเท่านั้น ไม่ว่าจะทำประกันไว้กี่สัญญาก็ตาม

นอกจากนั้นในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ยังบัญญัติหลักของสัญญาประกันไว้ อีกหลายประการ

โดยทั่วไปสัญญาประกันสุขภาพ เป็นสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพ ที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรมรายบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต



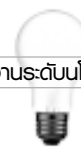
ร่วมกันสัญญาประกันชีวิต หรือการประกันสุขภาพรายบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งร่วมกับการประกันอุบัติเหตุ

สิทธิที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครอง จะแตกต่างกันไปตามประเภทของสัญญาแต่ละชนิด

ข. พ.ร.บ. ประกันชีวิต พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. ประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535

กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่กำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมธุรกิจประกันชีวิตและธุรกิจประกันวินาศภัยเป็นกฎหมายที่ออกแทนกฎหมายเก่า 2 ฉบับ (ชื่อตรงกัน) คือ พ.ร.บ.ประกันชีวิต พ.ศ. 2510 และ พ.ร.บ. ประกันวินาศภัย พ.ศ. 2510 กฎหมาย 2 ฉบับนี้มีข้อความคล้ายคลึง เกือบมาตราต่อมาตรา เพียงแต่ฉบับหนึ่งใช้ถ้อยคำว่าประกันชีวิต อีกฉบับหนึ่งใช้คำว่าประกันวินาศภัย เท่านั้นหลักการของกฎหมาย 2 ฉบับมีความคล้ายกันดังนี้

1. พ.ร.บ. ประกันชีวิตยกเว้นมิให้ใช้บังคับแก่การประกอบธุรกิจประกันชีวิตของธนาคารออมสิน
2. ธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัย ต้องกระทำในรูปของบริษัทจำกัด หรือบริษัทมหาชน จำกัด และต้องได้รับอนุญาตประกอบธุรกิจดังกล่าวจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ โดยอนุมัติคณะรัฐมนตรี
3. ก่อนยื่นคำขอรับใบอนุญาต ต้องวางหลักทรัพย์เป็นประกันไว้กับนายทะเบียน ตามมูลค่าที่กำหนดตามกฎหมายกระทรวง และต้องมีกองทุนที่มีเงินตลอดเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 ของเงินสำรองประกันภัยตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด แต่ต้องไม่ต่ำกว่า 50 ล้านบาทสำหรับธุรกิจประกันชีวิต และไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของเบี้ยประกันภัยสุทธิที่ได้รับทั้งหมดสำหรับปีที่ผ่านมา แต่ต้องไม่ต่ำกว่า 30 ล้านบาทสำหรับธุรกิจประกันวินาศภัย
4. นายทะเบียน คือ อธิบดีกรมการประกันภัยหรือผู้ซึ่งอธิบดีกรมการประกันภัยมอบหมาย
5. บริษัทประกันชีวิต และประกันวินาศภัย จะลงทุนในการประกอบธุรกิจอื่นใดได้ เฉพาะที่รัฐมนตรีกระทรวงพาณิชย์ประกาศกำหนด
6. กรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทนั้นออกให้แก่ผู้เอาประกัน ต้องเป็นไปตามแบบ และข้อความที่นายทะเบียนได้ให้ความเห็นชอบ เช่นเดียวกับอัตราเบี้ยประกัน
7. มีการกำหนดข้อห้าม เพื่อควบคุมการประกอบธุรกิจการประกันชีวิต และการประกันวินาศภัยไว้หลายเรื่อง เช่น ห้ามบริษัทประกันชีวิตทำธุรกิจวินาศภัย และห้ามบริษัทวินาศภัย ทำธุรกิจประกันชีวิต และอื่น ๆ
8. กำหนดลักษณะต้องห้ามของบุคคลที่จะเข้ามาเป็นกรรมการ ผู้จัดการ พนักงาน หรือที่ปรึกษาของบริษัท
9. ให้อำนาจนายทะเบียนและพนักงาน เจ้าหน้าที่ ในการตรวจสอบกิจการและฐานะการเงินของบริษัท
10. รัฐมนตรีอาจเพิกถอนใบอนุญาต ตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด เช่น มีหนี้สินเกินกว่าทรัพย์สิน หรือมีฐานะการเงินไม่มั่นคง กระทำการละเมิดกฎหมายนี้ ฯลฯ
11. การกำหนดให้ตัวแทนหรือนายหน้า ต้องได้รับใบอนุญาตจากนายทะเบียน
12. กำหนดคุณสมบัติของตัวแทน และนายหน้า



13. กฎหมายบังคับให้มีกองทุนเพื่อพัฒนาธุรกิจประกันชีวิตอื่นๆ และกองทุนเพื่อพัฒนาธุรกิจประกันวินาศภัย
14. การประกันสุขภาพ ถึงแม้จะมีลักษณะเป็นการประกันวินาศภัยตามกฎหมาย แต่มีลักษณะพิเศษ ที่เป็นภัยที่เกิดกับชีวิตและร่างกาย ดังนั้นการประกันสุขภาพ ซึ่งรวมการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ จึงอนุโลมให้ทั้งบริษัทประกันชีวิต และบริษัทประกันวินาศภัย ทำธุรกิจนี้ได้เหมือนกัน

กฎหมายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการให้แก่บุคคลประเภทต่าง ๆ

กฎหมายในกลุ่มนี้ได้แก่

• พ.ร.บ.องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก พ.ศ. 2510

วัตถุประสงค์สำคัญของกฎหมายฉบับนี้ คือ การจัดสวัสดิการให้กับกลุ่มบุคคลที่เรียกว่าทหารผ่านศึกและครอบครัว โดยมีหลักการสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ทหารผ่านศึกหมายความว่า
 - (1) ทหารหรือบุคคลซึ่งมีตำแหน่งหน้าที่ในรายการทหาร หรือบุคคลซึ่งทำหน้าที่ทหารตามที่กระทรวงกลาโหมกำหนดและได้กระทำหน้าที่นั้นในสงครามหรือในการรบ ไม่ว่าภายในหรือภายนอกราชอาณาจักร หรือในการปราบปรามจลาจล
 - (2) ทหารหรือบุคคล ซึ่งทำการป้องกันหรือปราบปรามการกระทำอันเป็นภัยต่อความมั่นคงหรือความปลอดภัยแห่งราชอาณาจักรไม่ว่าภายในหรือภายนอกราชอาณาจักรตามที่กระทรวงกลาโหม หรือสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด
2. การสงเคราะห์กระทำโดยจัดตั้งหน่วยงานที่มีชื่อว่า “องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก (อผศ.)” เป็นองค์การของรัฐเพื่อการกุศล แต่มิใช่รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ และมีฐานะเป็นนิติบุคคล ซึ่งมีรายได้จาก
 - (1) เงินอุดหนุนจากงบประมาณอุดหนุนของกระทรวงกลาโหม
 - (2) เงินที่รัฐบาลกำหนดให้เป็นครั้งคราว
 - (3) เงินผลประโยชน์และค่าธรรมเนียมของ อผศ.
 - (4) เงินและทรัพย์สินอย่างอื่นซึ่ง อผศ. ได้รับบริจาค
3. กลุ่มบุคคลที่อยู่ในข่ายได้รับการสงเคราะห์ คือ ทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก และทหารนอกประจำการ
4. ผู้ที่ทำหน้าที่บริหารกิจการทั่วไปของ อผศ. คือ ผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม เป็นผู้แต่งตั้งจากทหารผ่านสัญญาบัตร ประจำการด้วยความเห็นชอบของสภากลาโหม
5. ให้มีสภาทหารผ่านศึก โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมเป็นนายก ผู้อำนวยการ อผศ. เป็นอุปนายก รองผู้อำนวยการ ผอศ. เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง และกรรมการอื่นซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสภากลาโหม จากทหารผ่านศึกประจำการ 7 คน นอกประจำการ 9 คน และเลขานุการ อผศ. เป็นเลขาธิการของสภาทหารผ่านศึกโดยตำแหน่ง



สภาทหารผ่านศึกมีอำนาจหน้าที่วางนโยบาย และควบคุมกิจการทั่วไปของ อผศ. และมีอำนาจกำหนดข้อบังคับต่างๆ โดยเฉพาะข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการ ที่กลุ่มบุคคลในข้อ 3 จะได้รับการสงเคราะห์ หรือถูกงดการสงเคราะห์ และข้อบังคับว่าด้วยกองทุนสงเคราะห์ เงินสมทบทุน สงเคราะห์ หรือการสงเคราะห์อื่นๆ เพื่อสวัสดิการของผู้ปฏิบัติงานและครอบครัว การพิจารณาให้ความเห็นชอบงบประมาณรายจ่าย และตั้งอนุกรรมการเพื่อกระทำการใดๆ ตามที่สภาทหารผ่านศึกมอบหมาย

6. สิทธิประโยชน์ต่างๆ ของผู้ได้รับการสงเคราะห์ จะเป็นไปตามข้อบังคับของสภาทหารผ่านศึก

● **พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2535**

กฎหมายฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่างๆ โดยให้มีการคุ้มครองการสงเคราะห์การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ มีดังต่อไปนี้

1. มีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และสำนักงานคณะกรรมการดังกล่าว ในกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงมหาดไทย และคณะกรรมการฯ มีหน้าที่สำคัญ ในการเสนอแนะนโยบายการดำเนินการ และแผนบริหารงาน เกี่ยวกับการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต่อรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ ตลอดจนวางระเบียบ ข้อบังคับและข้อกำหนดต่างๆ สำหรับสำนักงานคณะกรรมการฯ มีหน้าที่สำคัญ ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันความพิการ การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และอื่นๆ
2. ให้สำนักงานคณะกรรมการฯ เป็นสำนักทะเบียนกลางสำหรับคนพิการใน กทม. และในจังหวัดอื่น และให้ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดทุกจังหวัดเป็นสำนักงานทะเบียน สำหรับคนพิการในจังหวัดของตน
3. ให้คนพิการที่ประสงค์จะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์การพัฒนาและการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ต้องยื่นขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนกลาง หรือนายทะเบียนจังหวัด ที่สำนักทะเบียนกลางหรือที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

คนพิการที่จดทะเบียน จะได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังต่อไปนี้

- (1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง
 - (2) การศึกษาว่าด้วยกฎหมายการศึกษาภาคบังคับ หรือการศึกษาสายอาชีพ หรืออุดมศึกษาตามแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสม
 - (3) ค่าแนะนำชี้แจง และปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และฝึกอาชีพที่เหมาะสม
 - (4) ยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสิ่งอำนวยความสะดวก และบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ
 - (5) บริการจากรัฐในการเป็นคดีความ และในการติดต่อกับทางราชการ
4. มีการจัดตั้ง “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานและสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ



กองทุนประกอบด้วย

- (1) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล
- (2) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้รับบริจาคจากประชาชนและองค์กรต่างๆ
- (3) ดอกผล
- (4) รายได้อื่นๆ

การจัดหาผลประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินของกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

ค. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523

กฎหมายฉบับนี้ ประกาศใช้แทนพระราชกฤษฎีกาชื่อเดียวกับ พ.ศ. 2521 โดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นการวางระเบียบการช่วยเหลือสวัสดิการแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้ได้รับบำนาญ โดยกำหนดสิทธิต่างๆ ที่จะได้รับการช่วยเหลือไว้โดยละเอียด และต่อมาได้มีการประกาศพระราชกฤษฎีกาแก้ไขเพิ่มเติมอีก 7 ฉบับ และได้มีการกำหนดรายละเอียดไว้พอสมควร ซึ่งพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. บุคคลที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง และบุคคลในครอบครัวได้แก่
 - (1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำ จากเงินงบประมาณ รายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม
 - (2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณ รายจ่าย และสัญญาจ้างนั้น ได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้
 - (3) ผู้ได้รับบำนาญปกติ หรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษ เหตุพทุพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการและทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ตามข้อบังคับของกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด
2. บุคคลในครอบครัวหมายถึง
 - (1) บุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็น คนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของ บิดา หรือมารดา ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม หรือบุตรซึ่งยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นแล้ว
 - (2) คู่สมรสของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 - (3) บิดาหรือมารดาของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรให้ได้สำหรับบุตรเพียงคนเดียวที่ 1 ถึงคนที่ 3 ตามลำดับการเกิดไม่ว่าจะเกิดจากการสมรสครั้งใด หรืออยู่ในอำนาจปกครองของใคร

ในกรณีที่ไม้อาจทราบลำดับการเกิดก่อนหลังของบุตรแฝดได้โดยไม่ชัด ให้พินลำดับบุตรแฝดตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด



ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจ ซึ่งอยู่ระหว่างการรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของกรมตำรวจ อันเป็นการศึกษาอบรมก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้

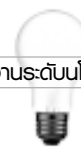
4. ค่ารักษาพยาบาลหมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ในการรักษาพยาบาลดังนี้
 - (1) ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด หรือสารทดแทน ค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ให้การบำบัดรักษาโรค
 - (2) ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
 - (3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
 - (4) ค่าห้อง และค่าอาหาร ตลอดเวลาที่เข้ารับการักษาพยาบาล
 - (5) ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

และได้มีการกำหนด คำนิยามของคำว่า การรักษาพยาบาล ให้หมายความรวมถึง การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข

5. เงื่อนไขการได้รับสิทธิ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้รับนั้น มีสิทธิ หรือได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแล้ว ผู้รับนั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้ เว้นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ก็ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ ทำนองเดียวกันถ้าผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการตามพระราชกฤษฎีกานี้ หรือบุคคลใดในครอบครัวของผู้รับ ได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่นแล้ว ผู้รับนั้นไม่มีสิทธิรับเงินฯ ตามพระราชกฤษฎีกานี้ เว้นแต่ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวต่ำกว่าเงินสวัสดิการตามพระราชกฤษฎีกานี้ ก็ให้ผู้มีสิทธิได้รับเฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่

สำหรับผู้ที่ได้เงินสวัสดิการตามพระราชกฤษฎีกานี้ไปแล้ว ภายหลังได้รับเป็นเงินค่าสินไหมทดแทนจากบุคคลอื่นก็ให้นำส่งเงินที่ได้รับไปอื่น

6. หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีใช่เป็นการตรวจสุขภาพประจำปี มีดังนี้
 - (1) ผู้ที่เข้ารับการักษาพยาบาล จากสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวนที่จ่ายไปจริง ทั้งในกระทรวงการคลังอาจกำหนดอัตราให้เบิกได้ต่ำกว่าจำนวนที่จ่ายไปจริงก็ได้
 - (2) ผู้ที่เข้ารับการักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ซึ่งมีใช่สถานพยาบาลของเอกชนตามพระราชกฤษฎีกานี้ ทั้งนี้เฉพาะกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการฯ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้รับนั้นประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของบุคคลดังกล่าว เมื่อได้มีใบ



รับรองแพทย์ของสถานพยาบาลของเอกชนนั้นมาประกอบ ให้เบิกค่ารักษาพยาบาล ได้ดังนี้

- (ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ค่าห้อง และค่าอาหาร ให้เบิกได้เช่นเดียวกับของผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของทางราชการ
- (ข) ค่ารักษาพยาบาลประเภทอื่นๆ ให้เบิกได้ครั้งหนึ่งของจำนวนที่ได้จ่ายไปจริง แต่ต้องไม่เกิน 3,000 บาท
- (3) ผู้ที่เข้ารับรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนในกรณีที่เป็นการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

คำว่าสถานพยาบาลเอกชนตามพระราชกฤษฎีกานี้ได้กำหนดนิยามไว้ว่า หมายถึง “สถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกิน 25 เตียง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้ง หรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล”

สำหรับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

- (1) ผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ต้องเป็นข้าราชการลูกจ้างประจำ หรือผู้ได้รับเบี้ยหวัดบำนาญ
- (2) เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพในสถานพยาบาล
- (3) ค่าตรวจสอบสุขภาพให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

7. การเบิกค่าเวชภัณฑ์ที่ซื้อนอกโรงพยาบาล

ในกรณีที่สถานพยาบาลในข้อ 6. ไม่มียา เลือด และส่วนประกอบของเลือด หรือสารทดแทน น้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ออกซิเจน อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค จำหน่าย หรือไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอ็กซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลได้ เมื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา หรือ หัวหน้าสถานพยาบาลของสถานพยาบาลแห่งนั้นลงลายมือชื่อรับรอง ตามแบบที่กระทรวงการคลังกำหนด แล้วก็ให้ผู้เข้ารับรักษาพยาบาลซื้อ หรือรับการตรวจทางห้องทดลอง หรือเอ็กซเรย์ จากสถานที่อื่นซึ่งอยู่ในประเทศไทย แล้วนำมาเบิกได้ตามข้อ 6.

8. การแจ้งซื้อสถานพยาบาลที่ไม่สุจริตแก่ส่วนราชการ มาตรานี้ได้บัญญัติเพิ่มขึ้น โดยพระราชกฤษฎีกาฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528 มีสาระสำคัญดังนี้

เมื่อปรากฏว่าสถานพยาบาลของเอกชนใด มีพฤติกรรมในทางทุจริต ร่วมกับผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือบุคคลในครอบครัวของผู้นั้นในเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้กระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งซื้อสถานพยาบาลของเอกชนดังกล่าว ให้ทบวง กรม ทราบ เพื่อมิให้เบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนนั้นอีกต่อไป

9. การผ่อนผันพิเศษ



ในท้องที่อำเภอหรือเขตใด ไม่มีสถานพยาบาลของเอกชน ตามพระราชกฤษฎีกานี้ ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการฯ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่เข้ารับการรักษาศูนย์พยาบาลประเภทผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกิน 10 เตียงแต่ไม่เกิน 25 เตียง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาลอยู่ก่อนวันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับ (1 ม.ค. 2529) ก็ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลตามข้อ 6. เว้นแต่

- (1) กรณีที่ ท้องที่อำเภอ หรือเขตนั้น ไม่มีสถานพยาบาลเช่นว่านั้นอีก ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการฯ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่เข้ารับการรักษาศูนย์พยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ซึ่งได้รับอนุญาตให้จัดตั้ง หรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่ก่อนวันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับ ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามหลักเกณฑ์ในข้อ 6.
- (2) กรณีที่มีอุบัติเหตุ หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากผู้ป่วยมิได้รับการรักษาศูนย์พยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้มีสิทธิได้ ถ้าได้เข้ารับการรักษาศูนย์พยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามหลักเกณฑ์ในข้อ 6.

ประเด็นที่น่าสนใจ

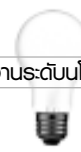
1. ตามกฎหมายเก่าที่ยกเลิกไปแล้ว ได้กำหนดเงินสวัสดิการฯ สำหรับบุคคลของผู้มีสิทธิไว้ โดยไม่ต่ำกว่าจำนวนและรวมบุตรบุญธรรมด้วย ทำให้ข้าราชการขอรับบุตรบุญธรรม เพื่อใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ กันมาก กฎกฤษฎีกานี้จึงตัดบุตรบุญธรรมออกไป และจำกัดเฉพาะบุตรไว้ไม่เกิน 3 คน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการลดอัตราเพิ่มประชากรของชาติ

2. ค่าตรวจสุขภาพประจำปีนั้น เพิ่งจะบัญญัติเพิ่มขึ้นใน พ.ร.บ. เงินสวัสดิการฯ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533 นี้เอง ก่อนหน้านั้นมิได้กำหนดไว้ และได้กำหนดเกณฑ์และอัตราการจ่ายไว้ด้วย โดยต้องรับการตรวจสุขภาพ เฉพาะผู้มีสิทธิเท่านั้น บุคคลในครอบครัวเบิกไม่ได้ และกำหนดให้เป็นการตรวจในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น และต่อมาก็มีการแก้ไขให้เป็นสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนด้วย แต่จะเบิกได้ตามจำนวนที่กระทรวงการคลังกำหนด นี่เป็นความพยายามที่ทางราชการจะควบคุมค่าใช้จ่าย ในส่วนนี้

3. ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์ รวมทั้งทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งไม่มีบริการในสถานพยาบาล ที่ผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการฯ ไปขอรับบริการ ถ้าแพทย์ผู้รักษาหรือหัวหน้าสถานพยาบาลลงนามรับรองตามแบบที่กระทรวงการคลังกำหนดแล้ว ผู้เข้ารับบริการไปซื้อ หรือไปใช้บริการที่อื่น ก็สามารถนำมาเบิกเป็นค่ารักษาพยาบาลได้

ประเด็นที่เป็นความพยายามที่จะให้ความสะดวกกับผู้ไปใช้บริการในสถานพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งไม่มียาบางชนิดสำหรับผู้ป่วย หรือไม่มีบริการการตรวจบางอย่างครบถ้วน พระราชกฤษฎีกานี้ จึงยอมให้ไปใช้บริการที่อื่น และซื้อยาที่อื่นแล้วสามารถนำมาเบิกได้ ทำให้เกิดช่องโหว่ในการตรวจสอบเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการยากที่จะตรวจสอบว่า ยาที่ซื้อจากนอกโรงพยาบาลก็ดี บริการตรวจที่โรงพยาบาลไม่มีบริการอยู่ก็ดี มีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด

4. กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการฯ หรือครอบครัว ได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่นแล้ว ผู้นั้นไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการฯ ตามพระราชกฤษฎีกานี้ เว้นแต่ค่าสินไหมทดแทน



ที่ได้รับต่ำกว่าเงินสวัสดิการตามพระราชกฤษฎีกาได้ ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการฯ เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่ ถ้ากรณีที่ผู้ยื่นเบิกเงินสวัสดิการฯ ไปก่อนแล้ว เมื่อผู้นั้นได้รับค่าสินไหมทดแทนภายหลัง ต้องส่งเงินที่ได้รับไปแล้วคืนทั้งหมด หรือเฉพาะที่ได้รับเกินไปจากจำนวนที่ควรจะได้ ในทางปฏิบัติกระทรวงการคลังเคยออกระเบียบปฏิบัติไว้ว่า ผู้เบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้เบิกมีประกันสุขภาพจากบริษัทประกันชีวิต หรือบริษัทประกันวินาศภัย ให้ใช้สำเนาใบเสร็จประกอบการเบิกได้ เพราะผู้เบิกได้ใช้ใบเสร็จจริงไปเบิกค่าสินไหมทดแทน จากบริษัทประกันที่ตนทำประกันไว้ ทำให้มีการเบิกเงินซ้ำซ้อน เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด กลายเป็นว่า ความเจ็บป่วยของข้าราชการ ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและครอบครัว ที่ทำประกันสุขภาพไว้อาจเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้ง 2 ทาง เป็นการได้ผลประโยชน์จากการเจ็บป่วย ซึ่งไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการให้สวัสดิการ และเป็นช่องทางที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมอย่างชัดเจน ต่อมากระทรวงการคลังจึงเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติใหม่ โดยให้ผู้เบิกใช้สำเนาหรือภาพถ่ายที่บริษัทประกันต้องรับรองว่าผู้เบิกนั้นได้รับการชดเชยจากบริษัทไปแล้วเป็นจำนวนเท่าใด และผู้เบิกก็สามารถใช้สิทธิเบิกในสวัสดิการฯ ได้เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่เท่านั้น โดยกระทรวงการคลังได้ออกหนังสือให้ผลการปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2540 เป็นต้นมา (5)

5. การที่กฎหมายเปิดช่องไว้ กรณีอุบัติเหตุ หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากผู้ป่วยมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้นั้นได้ถ้าเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนอื่น (ที่ไม่เป็นสถานพยาบาลเอกชนตามความในพระราชกฤษฎีกานี้ คือสถานพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่ถึง 25 เตียง) ก็สามารถเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้

กรณีนี้ในทางปฏิบัติคงมีปัญหามาก เพราะสภาพของผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้นั้น เป็นสภาวะวิกฤตที่ได้พิจารณาเฉพาะความร้ายแรงของโรคเท่านั้น แต่ต้องพิจารณาสภาพของผู้ป่วยในขณะใดขณะหนึ่งเป็นกรณีๆ ไป ซึ่งการตรวจสอบอาจทำได้ยาก นอกนั้นยังสถานพยาบาลขนาดเล็กความสามารถในการช่วยชีวิตยังมีจำกัด การเปิดช่องให้สามารถเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้ ถึงแม้จะดูแลแล้วเป็นไปเพื่อมนุษยธรรม แต่อาจเป็นช่องว่างให้มีการเบิกโดยไม่จำเป็นได้เหมือนกัน

3. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล

พ.ศ. 2537

ระเบียบนี้มุ่งสงเคราะห์คนจนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลได้แก่

- (1) คนโสดผู้มีรายได้น้อยไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
- (2) บุคคลในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท
- (3) ผู้เยาว์ผู้มีรายได้น้อยอยู่ในความอุปการะของบุคคลตาม (1) หรือ (2) และมีรายได้น้อยไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท

หลักเกณฑ์การพิจารณารายได้ของบุคคล ตาม (1) และ (2) ให้เป็นไปตามระเบียบที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. บุคคลที่ไม่มีสิทธิตามระเบียบนี้คือ ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจและบุคคลอื่นใด ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ หรือประโยชน์ทดแทน ด้านการรักษาพยาบาลอย่างอื่นอยู่แล้ว
3. การขอรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้
 - (1) คนโสดมีสิทธิขอรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง ในกรณีที่คนโสดอุปการะผู้เยาว์ ให้คนโสดมีสิทธิขอรับสวัสดิการสำหรับผู้เยาว์ที่ตนอุปการะด้วย
 - (2) สามีมีสิทธิขอรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล สำหรับบุคคลในครอบครัว ถ้าสามีถึงแก่ความตาย ให้ภรรยาเป็นผู้มีสิทธิขอรับสวัสดิการดังกล่าว ในกรณีที่สามีและภรรยาแยกกันอยู่ ให้สามีหรือภรรยา ซึ่งอุปการะบุตรหรือผู้เยาว์ เป็นผู้ที่มีสิทธิขอรับสวัสดิการสำหรับบุคคลในครอบครัว สำหรับสามีหรือภรรยา ซึ่งมีได้อุปการะบุตรหรือผู้เยาว์ ให้มีสิทธิขอรับสวัสดิการสำหรับตนเอง
 - (3) ผู้เยาว์ซึ่งมีได้อยู่ในความอุปการะของบุคคลตาม (1) หรือ (2) มีสิทธิขอรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง
4. สิทธิในการรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมี 2 ประเภท
 - (1) ผู้ซึ่งมีที่อยู่ตามภูมิลำเนา ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลคราวละไม่เกิน 3 ปี และจะได้รับบัตรถาวร
 - (2) ผู้ซึ่งมีอยู่นอกภูมิลำเนา ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลคราวละไม่เกิน 1 ปี แต่รวมกันแล้ว ต้องไม่เกิน 2 ปี สำหรับท้องถิ่นๆ และจะได้รับบัตรชั่วคราว
5. การขอบัตรและการออกบัตร มีการกำหนดตามภูมิลำเนาของผู้ขอบัตร ดังนี้
 - (1) ผู้มีภูมิลำเนานอกเขตเทศบาล เมืองพัทยา กรุงเทพมหานคร ผู้ประสงค์จะขอรับบัตร ให้แสดงความจำนงต่อผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งรับผิดชอบหมู่บ้านที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนาอยู่
 - (2) ผู้มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล ให้แสดงความจำนงต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ประธานกรรมการชุมชน หรือหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบชุมชน ที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนาอยู่
 - (3) ผู้มีภูมิลำเนาในเขตเมืองพัทยา ให้แสดงความจำนงต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ประธานกรรมการชุมชน หรือหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยา ซึ่งรับผิดชอบชุมชนที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนาอยู่ หรือหัวหน้าฝ่ายในสำนักปลัดเมืองพัทยา ซึ่งหัวหน้าสำนักปลัดเมืองพัทยามอบหมาย
 - (4) ผู้มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร ให้แสดงความจำนงต่อผู้อำนวยการเขตที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนาอยู่ หรือผู้ซึ่งผู้อำนวยการเขตดังกล่าวมอบหมาย ประธานกรรมการชุมชน อาสาสมัครขององค์การหรือมูลนิธิภาคเอกชน ซึ่งผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง หรือเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบชุมชนที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนาอยู่
 - (5) ผู้ซึ่งมีอยู่นอกภูมิลำเนา ให้แสดงความจำนงต่อหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล หรือเมืองพัทยา หรือผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งเขตที่ผู้นั้น



อาศัยอยู่ขณะขอรับบัตร สำหรับผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองพัทยาหรือกรุงเทพมหานคร ถ้าผู้อาศัยอยู่นอกเขตดังกล่าวให้แสดงความจำนงต่อหัวหน้าสถานื่อนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้นั้นอาศัยอยู่ขณะขอรับบัตร

สำหรับการออกบัตรเมื่อผู้รับเรื่องดังกล่าวทำบันทึกสอบถามไว้ในบันทึกการสำรวจและทะเบียนบัตรแล้ว ให้ส่งบันทึกการสำรวจและทะเบียนบัตรนั้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาในระดับต่างๆ เมื่อคณะกรรมการพิจารณาแล้วเสร็จ ก็ให้ผู้มีอำนาจออกบัตรดำเนินการต่อไปดังนี้

- ก. ผู้มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล เมืองพัทยา กรุงเทพมหานคร ผู้ออกบัตรคือนายอำเภอหรือผู้ซึ่งนายอำเภอมอบหมาย จะออกบัตรให้แก่บุคคล ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าสมควรมีสิทธิได้รับบัตร
 - ข. ผู้มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล ผู้ออกบัตรได้แก่ ปลัดเทศบาลหรือ ผู้ซึ่งปลัดเทศมอบหมายจะออกบัตรให้แก่บุคคลซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าสมควรมีสิทธิได้รับบัตร
 - ค. ผู้มีภูมิลำเนาในเขตเมืองพัทยา ปลัดเมืองพัทยาหรือผู้ซึ่งปลัดเมืองพัทยามอบหมายจะออกบัตรให้แก่บุคคลซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าสมควรมีสิทธิได้รับบัตร
 - ง. ผู้มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขตหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการเขตซึ่งผู้อำนวยการเขตมอบหมาย จะออกบัตรให้แก่บุคคลซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าสมควรมีสิทธิได้รับบัตร
 - จ. ผู้มีที่อยู่นอกภูมิลำเนา บุคคลใน (1) ถึง (4) ก็ต้องเป็นผู้ออกบัตรด้วย
6. สิทธิหน้าที่ของผู้ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล
- 6.1 ผู้ได้รับบัตรมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลตามที่ระบุไว้ในบัตรโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล
 - 6.2 บัตรให้ใช้คุ้มครองเฉพาะบุคคลที่มีชื่ออยู่ในบัตรเท่านั้น
 - 6.3 **ผู้ได้รับบัตรถาวร** ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่ผู้รับบัตรมีภูมิลำเนาอยู่ หรือในสถานพยาบาลใกล้เคียง เว้นแต่ในกรณีต่อไปนี้
 - ก. เมื่อมีหนังสือนำส่งตัวจากสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่ผู้ได้รับบัตรมีภูมิลำเนาอยู่ หรือสถานพยาบาลใกล้เคียง
 - ข. เมื่อการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ หรือป่วยฉุกเฉิน ซึ่งไม่อาจเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่ผู้ได้รับบัตรมีภูมิลำเนาอยู่ หรือสถานพยาบาลใกล้เคียงได้
 - ค. ผู้อำนวยการ หรือหัวหน้าสถานพยาบาลแห่งอื่นที่ผู้ได้รับบัตร จะเข้ารับการรักษายาบาลเห็นสมควรให้เข้ารับรักษาพยาบาลได้
 - 6.4 **ผู้ได้รับบัตรชั่วคราว** ให้เข้ารับการรักษาพยาบาลได้เฉพาะ ในสถานพยาบาลตามที่ระบุในบัตรเท่านั้น เว้นแต่กรณีตามข้อ 6.3 (ก) (ข) (ค)
 - 6.5 ผู้ได้รับบัตรซึ่งใช้สิทธิรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งในวันใดแล้ว จะใช้สิทธิดังกล่าวเพื่อรับการรักษายาบาลนั้นอีกไม่ได้ เว้นแต่ในกรณีที่แพทย์ผู้ทำการรักษาจะนัดหมายโดยเฉพาะ หรือในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ หรือป่วยฉุกเฉิน



- 6.6 ผู้ได้รับบัตร ต้องปฏิบัติตามระเบียบของสถานพยาบาลที่ตนเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยเคร่งครัด และต้องขอรับการรักษาพยาบาลในเวลาที่ทำการปกติของสถานพยาบาลนั้น เว้นแต่ในกรณีการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ และป่วยฉุกเฉิน
- 6.7 ค่ารักษาพยาบาล หมายความว่า เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ดังนี้
- ก. ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบ หรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
 - ข. ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าแว่นตา
 - ค. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจห้องทดลอง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกัน ที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
 - ง. ค่าอุดฟันธรรมชาติ ค่าถอนฟัน ค่าชุดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน
 - จ. ค่าห้องและค่าอาหารสามัญ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ยกเว้นค่าห้องพิเศษ

ฉ. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541

ระเบียบนี้เป็นระเบียบใช้เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีหมวดเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนทั่วไป งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

หลักฐานสำคัญในระเบียบนี้ มีดังต่อไปนี้

1. เพื่อใช้จ่ายเงินอุดหนุน ในการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข แก่ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยไม่คิดมูลค่า
2. ผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือตามระเบียบนี้ คือ
 - ก. ผู้ที่ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - ข. ผู้มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์
 - ค. เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
 - ง. บุคคลผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพ
 - จ. พระภิกษุสามเณร นักบวช นักพรต และผู้นำศาสนา
 - ฉ. ทหารผ่านศึก และครอบครัว

บุคคลตาม (ง) (จ) และ (ฉ) ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลางกำหนด



ถ้าบุคคลดังกล่าว มีสิทธิตามกฎหมาย หรือระเบียบอื่นอยู่แล้ว จะไม่ได้รับการช่วยเหลือตามระเบียบนี้

3. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จัดให้บุคคลในข้อ 2. ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การตรวจ และวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. ให้มีคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง เรียกว่า กสปร. กลางและ กสปร. จังหวัดโดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเป็นประธานตามลำดับ

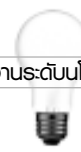
กสปร. กลางมีกรรมการประกอบด้วย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายเป็น รองประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้แทนสำนักงานประกันสุขภาพ ผู้แทนกรมบัญชีกลาง ผู้แทนกรมประชาสัมพันธ์ ผู้แทนสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้แทนกรุงเทพมหานคร ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน นายแพทย์สาธารณสุข 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน 4 คน ผู้แทนสภาการหนังสือพิมพ์หนึ่งคน ผู้แทนผู้มีสิทธิไม่เกิน 3 คน และผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพเป็นกรรมการ และเลขาธิการ

กสปร. จังหวัดมีกรรมการประกอบด้วย เทศมนตรีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาลทุกแห่ง ประธานสภาจังหวัด ประชาสงเคราะห์จังหวัด ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งคน ผู้แทนหน่วยบริการนอกสังกัดที่เป็นหน่วยราชการหนึ่งคน ผู้แทนหน่วยบริการนอกสังกัดที่เป็นหน่วยงานเอกชนหนึ่งคน ผู้แทนกรรมการในองค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอหนึ่งคน ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกันเป็นกรรมการ เลขานุการ หัวหน้างานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

5. กสปร. กลาง มีอำนาจหน้าที่
 - ก. กำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ
 - ข. กำหนดหลักเกณฑ์และพิจารณาให้ความเห็นชอบในการคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัด เข้าร่วมโครงการตามระเบียบนี้ (หน่วยบริการตามระเบียบนี้ คือ โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่น แต่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน หรือหน่วยงานอื่นใดในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการเพื่อการสาธารณสุขที่เป็นสถานอำนาจการ อันเป็นสาธารณประโยชน์)
 - ค. พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินให้แก่จังหวัดโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว ในงบประมาณ 2541 และ 2542 ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และร้อยละ 75 ของวงเงินงบประมาณที่จัดสรรให้ทุกจังหวัดรวมกันตามลำดับ และตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นไป ต้องจัดสรรโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด
 - ง. กำหนดหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่หน่วยบริการ และหน่วยบริการนอกสังกัด



- จ. กำหนดหลักเกณฑ์ และจ่ายเงินอุดหนุนในการสนับสนุนการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค
 - ฉ. กำหนดอัตราค่าบริการที่หน่วยบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกเขตอำเภอ หรือจังหวัด และหน่วยบริการนอกสังกัด ในกรณีที่หน่วยบริการที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวไปแล้ว แล้วส่งต่อผู้มีสิทธิไปรับบริการนอกเขตจังหวัด หรือหน่วยบริการนอกจังหวัด
 - ช. ควบคุม กำกับตรวจสอบให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการปฏิบัติหน้าที่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิ
 - ซ. รับฟัง และแก้ไขปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินโครงการ และจัดให้มีระบบการรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ
 - ณ. แต่งตั้งอนุกรรมการ เพื่อพิจารณา หรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใด ตามที่ กสปร. กลาง มอบหมาย
6. กสปร. จังหวัด มีอำนาจหน้าที่ในเขตจังหวัด ดังนี้
- ก. กำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลางกำหนด
 - ข. พิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัดเข้าร่วมโครงการ เสนอ กสปร. กลางให้ความเห็นชอบ
 - ค. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจัดสรรเงินอุดหนุน ให้แก่หน่วยบริการและหน่วยบริการนอกสังกัด และการใช้จ่ายเงินอุดหนุน ในการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ กสปร. กลางกำหนด
 - ง. ควบคุม กำกับ ตรวจสอบให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยบริการ ปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิ
 - จ. รับฟัง และแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดำเนินโครงการ และจัดให้มีระบบรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ
 - ฉ. แต่งตั้งอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ กสปร. จังหวัดมอบหมาย
7. วิธีการเบิกจ่ายเงิน
- ให้ส่วนราชการวางฎีกาการเบิกจากกรมบัญชีกลาง หรือสำนักงานคลังจังหวัด ตามที่ได้รับเงินประจำงวด จากสำนักงานงบประมาณ เป็นรายเดือน เดือนละไม่เกิน 1 ใน 4 ของเงินประจำงวด เว้นแต่กรณีจำเป็นต้องใช้จ่ายตามพันธสัญญา หรือให้พันธับงบประมาณ เมื่อเบิกไปแล้วให้ทำฝากธนาคาร ที่เป็นรัฐวิสาหกิจ ในท้องที่ที่ตั้งส่วนราชการผู้เบิก โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “บัญชี สปร.....” และให้ส่วนราชการผู้เบิกจ่ายให้แก่หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่ กสปร. กลางหรือ กสปร. จังหวัดกำหนด
8. การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิ ให้จ่ายได้ในลักษณะค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุ ตามหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง หรือ กสปร. จังหวัดแล้วแต่กรณีเห็นชอบในกรณี ต่อไปนี้



1. จ่ายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคอันจะมีส่วนช่วยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. จ่ายเพื่อตรวจและวินิจฉัยโรค กรณีส่งผู้ป่วยรักษาต่อ หรืออุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ตามคำสั่งผู้รักษา ค่ารักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับสถานพยาบาลเอกชน ให้ใช้บังคับได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรกตามอัตราที่ กสปร. กลางกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่ง กรณีอุบัติเหตุจากรถให้ใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วย การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก่อน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปต่างประเทศ ห้ามจ่าย
9. สำหรับหน่วยบริการนอกสังกัด ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแก่ผู้มีสิทธิ ก็จัดให้มีคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล โดยให้มืองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ตามที่ตกลงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยความเห็นชอบของ กสปร. กลาง

● ประเด็นที่น่าสนใจ

1. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือ ก่อตั้ง พ.ศ. 2541 เป็นระเบียบที่ขยายการช่วยเหลือกลุ่มบุคคลเพิ่มขึ้นจากที่กำหนดไว้ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กล่าวคือมีกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กอายุไม่เกิน 12 ปี บุคคลผู้พิการ หรือทุพพลภาพ พระภิกษุสามเณร นักบวช นักพรต ผู้นำศาสนา รวมทั้งทหารผ่านศึกเข้าไปด้วย และเป็นระเบียบที่กำหนดวิธีการเบิกเงิน การรักษาเงินอยู่ด้วย

2. กำหนดการจ่ายเงินอุดหนุน ให้เป็นการจ่ายโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว ให้แก่หน่วยบริการ ดังนั้นบัตรของผู้มีสิทธิควรกำหนดซื้อสถานบริการที่ผู้ไปใช้สิทธิไว้ แต่ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดให้เฉพาะ ผู้มีบัตรชั่วคราวเท่านั้นที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเฉพาะสถานพยาบาลตามที่ระบุในบัตร แต่ผู้ที่มีบัตรถาวร กลับถูกกำหนด ให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่ผู้รับบัตรมีภูมิลำเนาอยู่ หรือในสถานพยาบาลที่ใกล้เคียงได้กรณีเช่นนี้ การจ่ายเงินอุดหนุนโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว อาจทำให้เกิดปัญหาว่า จะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลใด ที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่อยู่ผู้รับบัตรมีภูมิลำเนาอยู่ หรือสถานพยาบาลที่ใกล้เคียง

3. การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ การจัดสรรเงินอุดหนุน การใช้จ่ายเงินอุดหนุนในการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้ครบถ้วนและมีคุณภาพ รวมทั้งกำหนดอัตราค่าบริการ ที่หน่วยบริการจะจ่ายระหว่างกัน กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นอำนาจของคณะกรรมการที่เรียกว่า กสปร. กลาง ซึ่งอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ ดังกล่าว และยังมี กสปร. จังหวัด ทำหน้าที่ช่วย กสปร. กลาง ในเขตจังหวัดของตน และสำหรับหน่วยบริการนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ ก็จะมีคณะกรรมการทำนองเดียวกับ กสปร. จังหวัด ทำหน้าที่ช่วย กสปร. กลาง ตามที่ กสปร. กลางให้ความเห็นชอบ



4. สำหรับคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาการออกบัตรตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ซึ่งมีในระดับต่างๆ นั้น ต้องประชุมเพื่อพิจารณาคำขอในรอบ 3 เดือน แต่ถ้ามีเรื่องด่วนจะประชุมมากกว่าก็ได้ และถ้าไม่มีเรื่องที่จะต้องพิจารณา อาจงดประชุมไปบ้างก็ได้

5. กลุ่มบุคคลที่มีสิทธิตามระเบียบของกระทรวงการคลังนี้ ที่ขยายเพิ่มเติมจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เช่น ผู้มีอายุเกินกว่า 60 ปี ภิกษุสามเณร นักบวช ไม่ระบุให้ต้องไปทำบัตร เพื่อใช้สิทธิ ดังนั้น ย่อมจะทำให้มีปัญหาเรื่องทะเบียนบัตรและมีผลต่อการจ่ายงบประมาณรายหัวให้หน่วยบริการ

● พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537

แม้ว่าจะมีกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 แต่การใช้บังคับ ต้องทำเป็นพระราชกฤษฎีกาอีกทีหนึ่ง แต่ตลอดมาไม่เคยมีกฤษฎีกาเกี่ยวกับใช้กฎหมายประกันใช้บังคับในท้องที่ใดเลย ประกอบกับเมื่อมีการปฏิวัติในปี พ.ศ. 2500 ได้มีประกาศคณะปฏิวัติยกเลิกกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน และกฎหมายแรงงานสัมพันธ์เสียทั้งหมด และต่อมาเมื่อมีการปฏิวัติในปี พ.ศ. 2514 คณะปฏิวัติได้เห็นว่าทำให้ความคุ้มครองแรงงานแก่ลูกจ้าง และการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง เป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการสร้างความเจริญก้าวหน้าของประเทศ และเพื่อให้การใช้แรงงานเป็นไปโดยเหมาะสม และการแก้ไขข้อขัดแย้งระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างได้เป็นไปโดยวิธีปรองดอง และเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย นอกจากนี้สมควรจัดให้มีกองทุนเงินทดแทน เพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างว่าจะต้องได้รับเงินทดแทนเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงาน⁽⁶⁾ จึงออกประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 เป็นข้อความที่เกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน และแรงงานสัมพันธ์ โดยให้กระทรวงมหาดไทยมีอำนาจประกาศรายละเอียดในเรื่องต่างๆ เพื่อเป็นหลักการปฏิบัติต่อไป

ในประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ข้อ 3 ยังได้กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนให้มีการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่นายจ้างต้องจ่าย เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงาน หรือจากโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือโรคซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงาน ซึ่งกระทรวงมหาดไทยกำหนดชนิดของโรคนั้น และให้กระทรวงมหาดไทยกำหนดประเภท และขนาดของกิจการในท้องที่ที่กำหนดที่จะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุน ในอัตราต่างๆ ด้วย

กองทุนในระยะเริ่มแรก ประกอบด้วยเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบ เงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้ เงินรายได้อื่นๆ

การบริหารกองทุนให้มีคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเป็นผู้ควบคุมดูแล

การประกาศใช้ พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537 ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน และกองทุนเงินทดแทน เป็นพระราชบัญญัติที่สมบูรณ์ แยกจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน และเพื่อต้องการปรับปรุงกลไกในการบริหารจัดการกองทุนเงินทดแทน ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน⁽⁷⁾

■ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเด็นที่น่าสนใจ



สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ มีดังนี้

- ก. ให้มีกองทุนเงินทดแทนขึ้นในสำนักงานประกันสังคม โดยให้กองทุนเงินทดแทนตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 มารวมเป็นกองทุนเงินทดแทนตามกฎหมายนี้ และที่มาของกองทุนเงินทดแทนนอกจากเงินสมทบที่เรียกเก็บจากนายจ้างแล้ว ยังมีที่มาจากทางอื่นอีกหลายทาง เช่น ผลประโยชน์ ค่าปรับ ดอกผล เป็นต้น
- ข. ให้มีคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ที่มีเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ ไม่เกิน 6 คน ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้าง ฝ่ายละ 3 คน ผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการนี้มีอำนาจในการเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรี ในการกำหนดนโยบายการบริหารกองทุน และการจ่ายเงินทดแทน รวมทั้งเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรี ในการออกกฎกระทรวงและระเบียบต่าง ๆ
- ค. ให้มีคณะกรรมการการแพทย์ มีกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรี มีจำนวนไม่เกิน 15 คน ซึ่งกรรมการต้องมีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ คณะกรรมการการแพทย์มีหน้าที่ เสนอความเห็นต่อกรรมการในการดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ต่างๆ รวมทั้งการให้ความเห็นต่อสำนักงาน ในการออกกฎกระทรวง ประกาศต่างๆ ตามที่กฎหมายกำหนด
- ง. นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ตามอัตราที่กระทรวงแรงงานกำหนด ซึ่งแบ่งตามประเภทขนาดของกิจการ และท้องที่นายจ้างประกอบกิจการ แต่ไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายแต่ละปี

นายจ้างซึ่งได้รับอนุญาตให้หย่อนชำระเงินสมทบเป็นงวด ต้องฝากไว้กับสำนักงานกองทุนเงินทดแทนจำนวนไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินสมทบ ซึ่งคำนวณโดยประมาณตลอดทั้งปี เพื่อประกันการจ่ายเงินสมทบ (อัตราที่ใช้อยู่ปัจจุบันตามประกาศของกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2516 ซึ่งกฎหมายกองทุนเงินทดแทน ให้นำมาใช้จนกว่าจะมีการประกาศกระทรวงแรงงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ใหม่ กำหนดไว้เต็มร้อยละ 25 ตามบทบัญญัติในกฎหมาย (มาตรา 45)

- จ. เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงาน นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที ตามความเหมาะสมแก่อนตราย หรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง และจ่ายโดยไม่ชักช้า (มาตรา 13)

กรณีที่นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินทดแทน เป็นค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวแทนนายจ้าง ถ้านายจ้างได้จ่ายทดรองให้ลูกคำไปก่อน นายจ้างจะขอเงินที่จ่ายไปคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้(มาตรา 25)

- ฉ. นายจ้างไม่ต้องจ่ายเงินทดแทน ในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง เพราะเหตุใดเหตุหนึ่งต่อไปนี้ (มาตรา 22)

- (1) ลูกจ้างเสพของมึนเมา หรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้
- (2) ลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตราย หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย



ข. เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วยหรือสูญหาย อันเนื่องมาจาก หรือขณะทำงานให้นายจ้างให้นายจ้างแจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ (มาตรา 48)

เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วยหรือสูญหาย ดังกล่าว ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน (ตามมาตรา 20) ยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนต่อสำนักงานประกันสังคม ภายใน 180 วัน (มาตรา 49)

เมื่อความปรากฏแก่พนักงาน เจ้าหน้าที่ หรือเมื่อมีการแจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมเกี่ยวกับการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้าง ให้พนักงานเจ้าหน้าที่สอบสวนและออกคำสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิ โดยมีชักช้า

ถ้าลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ มีสิทธิได้รับเงินทดแทน พนักงาน เจ้าหน้าที่ต้องกำหนดจำนวนเงินและระยะเวลาที่ต้องจ่ายไว้ในคำสั่งด้วย และสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินภายใน 7 วัน นับแต่วันรับทราบคำสั่ง (มาตรา 50)

ถ้าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่พอใจคำสั่งของพนักงาน เจ้าหน้าที่ มีสิทธิยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนภายใน 30 วัน นับแต่ได้รับแจ้งคำสั่ง เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์แล้วให้แจ้งคำวินิจฉัยให้ผู้อุทธรณ์ทราบ (มาตรา 52)

ถ้าผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการมีสิทธินำคดี ไปสู่ศาลแรงงาน ภายใน 30 วัน (มาตรา 53)

ข. ในกรณีลูกจ้างเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน ลูกจ้างไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล กองทุนเงินทดแทนจะเป็นผู้จ่ายให้สถานพยาบาลโดยตรง กรณีเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลอื่น ให้ทดลองจ่ายไปก่อน แล้วมาขอเบิกจากกองทุนเงินทดแทนภายใน 90 วัน

● ข้อสังเกต

1. กฎหมายฉบับนี้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน เพื่อเป็นหลักประกันว่า ถ้าลูกจ้างได้รับอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย ขณะทำงานให้นายจ้าง หรือเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง ต้องได้รับเงินทดแทนจากนายจ้าง โดยกฎหมายบังคับให้นายจ้างส่งเงินสมทบเข้ากองทุนล่วงหน้าไว้แล้ว

กฎหมายฉบับนี้ จึงเป็นหลักประกันการได้รับสวัสดิการของลูกจ้าง ซึ่งเป็นลักษณะการให้สวัสดิการแก่ลูกจ้างจากนายจ้าง ทำนองเดียวกับรัฐให้สวัสดิการแก่ข้าราชการ

2. กฎหมายฉบับนี้มีลักษณะเป็นกฎหมายที่บังคับนายจ้างให้จัดสวัสดิการแก่ลูกจ้าง ในกรณีได้รับอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย ซึ่งเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง โดยรัฐบังคับนายจ้างต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนที่รัฐจัดตั้งไว้ โดยรัฐออกเงินสมทบในระยะเริ่มแรกจำนวนหนึ่ง เป็นประเดิม แล้วรัฐก็เข้าจัดการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการนี้ โดยการบริหารกองทุน จากหน่วยงานราชการโดยอาศัยกฎระเบียบของคณะกรรมการบริหารกองทุน เป็นแนวปฏิบัติ ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการนี้ ไม่มีส่วนจ่ายเงินเข้ากองทุนแต่อย่างใด สิทธิเกิดขึ้นทันทีที่เข้าเป็นลูกจ้าง



ระเบียบและข้อบังคับอื่น ๆ

โดยอาศัยหลักการในพระราชกฤษฎีกาที่กล่าวมาแล้ว กระทรวง ทบวง กรม และส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ได้ออกระเบียบภายในของตน เพื่อให้สวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ของตนที่มีได้รับการคุ้มครองจากพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว เช่น ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541 ระเบียบนี้ให้สิทธิแก่พนักงานส่วนท้องถิ่นได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้ได้รับบำนาญ โดยระบียบดังกล่าวมีข้อความเกือบจะเหมือนกัน พระราชกฤษฎีกาที่กล่าวมาแล้วเกือบทุกประการ สำหรับกรุงเทพมหานครก็มีข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่องการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2530 ออกมาใช้บังคับใช้สำหรับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

4. กฎหมายที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดประกันสุขภาพส่วนบุคคล เป็นแนวคิดด้านเสรีนิยมที่ถือว่า ประชาชนทุกคนรับผิดชอบตัวเองในการสร้างหลักประกันแก่ตัวเองในอนาคต ส่วนแนวคิดเรื่องรัฐสวัสดิการ ก็เป็นแนวคิดที่รัฐเข้าไปคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชนทั้งหมด ซึ่งทั้งสองแนวคิด เป็นความคิดที่สุดโต่งไปทางด้านใดด้านหนึ่ง แต่แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ เป็นแนวคิดที่อยู่ระหว่างกลางของสองแนวคิดดังกล่าว กล่าวคือรัฐเข้าไปจัดการให้มีการประกันสุขภาพของประชาชนขึ้น โดยให้ประชาชนต้องเข้าไปรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันด้วย รัฐจึงต้องออกกฎหมายเข้าไปบังคับให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเบี้ยประกันบางส่วน รัฐอาจจะจ่ายให้บางส่วน เพื่อให้ประชาชนได้มีหลักประกันสุขภาพหรือความมั่นคงแก่อนาคตของตน กฎหมายประเภทนี้ ได้มีการประกาศใช้ในประเทศยุโรปมาแล้วเป็นเวลานาน

ในประเทศไทย ได้มีการออก พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพในหมู่ประชาชนมากกว่า 50 ปีแล้ว โดยในหมายเหตุ พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ได้ระบุเหตุผลในการประกาศใช้กฎหมายไว้ว่า

“เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้คือ โดยที่การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ย่อมเกิดแก่บุคคลทุกรูปทุกนาม และนำความเดือดร้อนมาสู่บุคคลนั้นๆ และผู้เกี่ยวข้อง มากน้อยแล้วแต่กรณี จึงสมควรจัดระบบการช่วยเหลือขึ้น เพื่อยังความผาสุก และสวัสดิภาพ อันเป็นหลักประกันร่วมกัน ในความเป็นอยู่ แห่งชีวิตของประชาชน ในกรณีที่มีการคลอดบุตร การมีบุตร การเจ็บป่วย พิกัดหรือทุพพลภาพ ชราภาพ และมรณกรรม” (๘)

หลักการของกฎหมายฉบับนี้ จะใช้กับคนทุกคนที่มีอายุระหว่าง 16 - 60 ปี แต่มีเงื่อนไขในการใช้บังคับไว้ในมาตรา 3 ว่า จะใช้บังคับในเขตท้องที่ใด เมื่อใดให้ประกาศโดยพระราชกฤษฎีกา แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า ตั้งแต่ประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ ไม่เคยมีพระราชกฤษฎีกาให้ใช้ในท้องที่ใดเลย จนถูกยกเลิกไปในที่สุด

ปัจจุบันกฎหมายประเภทนี้ มีดังนี้



I พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533

(รวมทั้งฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2542)

สาระสำคัญของกฎหมายฉบับสมบูรณ์ มีดังนี้

1.1 ขอบเขต ของกฎหมาย การเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายฉบับนี้ ได้แก่

- ก. ลูกจ้าง ซึ่งมีใช้ทำงานเกี่ยวกับงานบ้าน ทำงานให้กับนายจ้าง เพื่อดำเนินธุรกิจต่างๆ ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ สำหรับลูกจ้างที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว และยังเป็นผู้ประกันตนอยู่ โดยเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับแห่งพระราชบัญญัตินี้ ก็ให้ถือว่าลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไป (มาตรา 33)
- ข. ผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และต่อมาความเป็นผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลง เพราะสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง ถ้าผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคม ภายใน 6 เดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (ม.39)
- ค. บุคคลอื่น ซึ่งมีใช้ลูกจ้าง จะสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตน ตามกฎหมายนี้ได้ โดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคม

หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทนที่จะรับ ตลอดจนหลักเกณฑ์เงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทน ให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา(พ.ศ. 2537) ที่ออกตามมาตรานี้ ให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทน เฉพาะกรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพ และตายเท่านั้น

กฎหมายนี้ ไม่ใช้บังคับแก่บุคคลต่อไปนี้ (ม.4)

- (1) ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน และ ลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมง ของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้น ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน
- (2) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศ หรือ องค์การระหว่างประเทศ
- (3) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและไปประจำทำงานในต่างประเทศ
- (4) ครูหรือครูใหญ่ ของโรงเรียนเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
- (5) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิต หรือ นักศึกษา หรือ แพทย์ฝึกหัด ซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาล
- (6) กิจการ หรือ ลูกจ้างอื่น ตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา ซึ่งปัจจุบันมีลูกจ้างที่ได้รับการยกเว้น 8 ประเภท

1.2 ประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตน หรือ บุคคลอื่นมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนดังนี้

- (1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย
- (2) ประโยชน์ทดแทน กรณีคลอดบุตร
- (3) ประโยชน์ทดแทน กรณีทุพพลภาพ
- (4) ประโยชน์ทดแทน กรณีตาย
- (5) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร



(6) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ

(7) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานยกเว้นที่ผู้ประกันตนพ้นจากความเป็นลูกจ้างแล้ว
ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ซึ่งมีขึ้นเนื่องจากการทำงาน (เพราะกรณี
เกิดเนื่องจากการทำงาน ผู้นั้นจะได้รับประโยชน์ทดแทน จาก กองทุนเงินทดแทน) จะได้สำหรับ

- (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (5) ค่ารถพยาบาล หรือ ค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

ผู้ประกันตนที่ต้องหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ ให้ได้รับเงินทดแทน
การขาดรายได้ ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง สำหรับการที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อการรักษา
พยาบาล ตามคำสั่งของแพทย์ ครั้งหนึ่งไม่เกิน 90 วัน และในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทินต้องไม่เกิน 180
วัน เว้นแต่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน จากการขาด
รายได้เกิน 180 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน

ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร สำหรับตนเองหรือภรรยา หรือ สำหรับหญิงซึ่งอยู่กิน
ด้วยกันฉันสามีภรรยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผย ตามระเบียบที่เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
กำหนด ถ้าผู้ประกันตนไม่มีภรรยา สิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับการคลอดบุตร แต่ละคนมี
สิทธิสำหรับการคลอดบุตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ซึ่งมีดังต่อไปนี้

- (1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ายาและเวชภัณฑ์
- (4) ค่าทำคลอด
- (5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (6) ค่าบริการ และค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด
- (7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ และ อัตราที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

ผู้ประกันตนที่ต้องหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ยังได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงาน เพื่อ
การคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง เป็นการเหมาจ่ายในอัตราครั้งละร้อยละ 50 ของค่าจ้าง เป็นเวลา 90 วัน

ในกรณีที่ผู้ประกันตน หรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไม่สามารถรับประโยชน์ทดแทนได้
เนื่องจากไม่ได้คลอดบุตรในสถานพยาบาล ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนเพื่อการนี้ ตาม
หลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม



ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน จะได้สำหรับ

- (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (4) ค่ากินอยู่และค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (6) ค่าฟื้นฟู สมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพ
- (7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการแพทย์ กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

ในกรณีที่ผู้ประกันตนทุพพลภาพ อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างตลอดชีวิต

ในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยว่า การทุพพลภาพของผู้ประกันตนได้รับการฟื้นฟู จนมีสภาพดีขึ้นแล้ว ให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม หรือ ผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมาย พิจารณาส่งลดเงินทดแทนจากการขาดรายได้ เนื่องจากทุพพลภาพได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

ในกรณีที่ได้มีการลดเงินทดแทนการขาดรายได้ไปแล้ว ต่อมาปรากฏว่า เหตุทุพพลภาพนั้นมีสภาพเสื่อมลง ถ้าคณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยว่าการทุพพลภาพนั้นเสื่อมลงไปจากที่เคยวินิจฉัยไว้แล้ว ให้เลขาธิการเพิ่มเงินทดแทนจากการขาดรายได้ขึ้นได้

ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย โดยมิใช่ประสพอันตราย หรือ เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน มีดังนี้

- (1) เงินค่าทำศพตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงแต่ต้องไม่น้อยกว่า 100 เท่า ของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ตามกฎหมายว่าด้วย การคุ้มครองแรงงาน จ่ายให้แก่บุคคลตามลำดับ
 - ก. บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ และได้เป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน
 - ข. สามี ภริยา บิดามารดา หรือ บุตรของผู้ประกันตน ซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน
 - ค. บุคคลอื่นซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน
- (2) เงินสงเคราะห์กรณีที่ผู้ประกันตนถึงแก่ความตายจะจ่ายให้แก่บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์นั้น แต่ถ้าผู้ประกันตนมิได้มีหนังสือระบุไว้ก็ให้นำมาเฉลี่ยจ่ายให้แก่สามี ภริยา บิดามารดา หรือ บุตรผู้ประกันตนในจำนวนที่เท่ากัน ในอัตราดังนี้

ถ้าผู้ประกันตนส่งเงินสมทบมาแล้ว ตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไปแต่ไม่ถึง 10 ปี ให้จ่ายเงินสงเคราะห์ร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายเดือน คูณด้วย 3 ถ้าส่งเงินสมทบตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายเดือนคูณด้วย 10



ในกรณีที่ผู้ประกันตนทุพพลภาพถึงแก่ความตาย ก็จะได้รับประโยชน์ทดแทน ทำนองเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร ได้แก่

- (1) ค่าสงเคราะห์ความเป็นอยู่ของบุตร
- (2) ค่าเล่าเรียนบุตร
- (3) ค่ารักษาพยาบาลบุตร
- (4) ค่าสงเคราะห์อื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ในกรณีสงเคราะห์บุตรที่ชอด้วยกฎหมาย ซึ่งมีอายุตามที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ต้องไม่เกิน 15 ปี คราวละไม่เกิน 2 คน ไม่ใช่บุตรบุญธรรมด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินสงเคราะห์บุตรให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

เงินสงเคราะห์บุตรนี้ จ่ายให้แก่ผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือผู้อุปการะบุตรของผู้ประกันตนด้วย กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ ได้แก่

- (1) เงินเลี้ยงชีพรายเดือน เรียกว่า เงินบำนาญชราภาพ หรือ
- (2) เงินบำเหน็จที่จ่ายให้ครั้งเดียว เรียกว่า บำเหน็จชราภาพ

หลักเกณฑ์ วิธีการระยะและอัตราการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีนี้ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

เงื่อนไขการรับเงินบำนาญชราภาพ ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน ได้รับบำนาญชราภาพตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่อายุครบ 55 ปี เว้นแต่ความเป็นผู้ประกันตนยังไม่สิ้นสุด และถ้าผู้รับบำนาญชราภาพแล้วกลับเข้าเป็นผู้ประกันตนอีก ก็จะไม่ได้รับบำนาญชราภาพ

ในกรณีที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุด มีสิทธิได้รับบำเหน็จชราภาพ

ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน สิทธิเกิดขึ้น ตั้งแต่วันที่ 8 นับแต่วันว่างงาน จากการทำงาน ให้นายจ้างรายสุดท้าย ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง และต้องอยู่ในเงื่อนไขดังนี้

- (1) เป็นผู้มีความสามารถในการทำงาน พร้อมทั้งจะทำงานที่เหมาะสม ตามที่จัดหาให้ หรือ ต้องไม่ปฏิเสธการฝึกงานและได้ขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักงานจัดหางานของรัฐ โดยต้องไปรายงานตัว ไม่น้อยกว่าเดือนละครึ่ง
- (2) การที่ผู้ประกันตนว่างงานต้องมีสาเหตุอันสมควร เนื่องจากเหตุจู่โจมต่อหน้าที่ หรือกระทำผิดอาญาโดยเจตนาแก่นายจ้าง หรือ จงใจทำให้นายจ้างได้รับความเสียหายหรือฝ่าฝืนข้อบังคับ หรือ ระเบียบเกี่ยวกับการทำงาน หรือ คำสั่งอันชอบด้วยกฎหมาย ในกรณีร้ายแรงหรือ ละทิ้งหน้าที่เป็นเวลา 7 วันทำงานติดต่อกัน โดยไม่มีเหตุอันสมควรหรือ ประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้นายจ้างได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง หรือได้รับโทษจำคุก ตามคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือ ความผิดลหุโทษ
- (3) ต้องมิใช่ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ



1.3 เงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน การที่ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีใด ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขต่างกัน ในแต่ละกรณีดังนี้

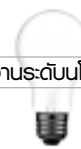
- ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือ เจ็บป่วยภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- กรณีคลอดบุตร ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน
- กรณีทุพพลภาพ ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนทุพพลภาพ จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- กรณีตาย ภายใน 6 เดือนก่อนถึงแก่ความตาย จ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 เดือน
- กรณีสงเคราะห์บุตร ภายใน 36 เดือนก่อนมีสิทธิต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน
- กรณีชราภาพ จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน
- กรณีว่างงาน ภายใน 15 เดือน ก่อนการว่างงาน และจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

1.4 การบริหารจัดการ กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้องค์กรต่างๆ ทำหน้าที่บริหารจัดการดังนี้

- คณะกรรมการประกันสังคม ทำหน้าที่วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง เกี่ยวกับการรับเงิน จ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของกองทุน ตลอดจนการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรี เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการประกันสังคม การตราพระราชกฤษฎีกา การออกกฎกระทรวงและระเบียบต่างๆ เพื่อดำเนินการตาม พ.ร.บ. นี้ รวมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำคณะกรรมการอื่น หรือสำนักงาน
- คณะกรรมการแพทย์ ทำหน้าที่เสนอความเห็นในทางการแพทย์ต่อคณะกรรมการประกันสังคม และเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน
- สำนักงานประกันสังคมเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงแรงงานปัจจุบัน โดยมีเลขาธิการทำหน้าที่ควบคุมดูแลต่อไปในฐานะหัวหน้าส่วนราชการ สำนักงานมีหน้าที่ปฏิบัติการในงานธุรการของกรมการต่างๆ และบริหารงานตามที่กฎหมายบัญญัติ
- กองทุนประกันสังคม เป็นกองทุนในสำนักงานประกันสังคม สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ทดแทนต่างๆ ของผู้ประกันตน ส่วนค่าเบี้ยประชุมกรรมการ และการบริหารสำนักงาน คณะกรรมการอาจจัดสรรจากกองทุนในอัตราไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินสมทบของแต่ละปี

กองทุนประกอบด้วย เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน รวมทั้งเงินที่ได้รับตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 22

1.5 การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน กำหนดดังนี้



- ก. รัฐบาล นายจ้าง ผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างออกเงินสมทบเข้ากองทุนเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง (แต่ไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัติ) สำหรับการจ่ายเข้ากองทุนเพื่อประโยชน์ทดแทนกรณี สงเคราะห์บุตร ชราภาพ ว่างาน ตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง
 - ข. สำหรับผู้ประกันตนที่พ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง แล้วประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป รัฐบาลออกเป็นสมทบ 1 เท่า ผู้ประกันตน 2 เท่า ของอัตราเงินสมทบ ที่แต่ละฝ่ายต้องออกตามของ ก.
 - ค. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ได้เป็นลูกจ้าง (ตามพระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2537) ต้องออกเงินสมทบ เพื่อประโยชน์ทดแทนกรณี คลอดบุตร ทุพพลภาพ และตาย ปีละ 3,360 บาท ตั้งแต่พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา (อัตราท้ายพระราชกฤษฎีกา)
- 1.6 การบังคับเป็นผู้ประกันตน ลูกจ้างที่อยู่ในการบังคับของกฎหมาย จะถูกบังคับให้เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายฉบับนี้ โดยกฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่ของนายจ้างต้องหักเงินค่าจ้างของผู้ประกันตน เมื่อนายจ้างดำเนินการดังกล่าวแล้ว ให้ถือว่าผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแล้ว

วิธีปฏิบัติในเรื่องนี้ ให้นายจ้างยื่นแบบรายการ แสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่น ตามแบบที่เลขาธิการกำหนด ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน

- 1.7 การตรวจตราและควบคุม มาตรการทางกฎหมายได้กำหนด การควบคุม การปฏิบัติตามกฎหมายนี้ ดังนี้
 - ก. เลขาธิการมีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือให้ยึด आयัด และขายทอดตลาด ทรัพย์สินของนายจ้าง ซึ่งไม่นำส่งเงินสมทบ และหรือเงินเพิ่ม หรือนำส่งไม่ครบจำนวน ทั้งนี้ เพียงเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ได้รับเงินที่ค้างชำระ

หลักเกณฑ์และวิธีการยึด आयัด และขายทอดตลาดทรัพย์สิน ให้เป็นไปตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด ทั้งที่ให้นำหลักเกณฑ์และวิธีการตามประมวลกฎหมายวิธีการพิจารณาความแพ่งมาใช้บังคับโดยอนุโลม
 - ข. เจ้าพนักงานตามกฎหมายนี้ มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ประกอบการ หรือสำนักงานของนายจ้าง สถานที่ทำงานของลูกจ้าง เพื่อตรวจสอบ หรือ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สิน หรือหลักฐานเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการจ้าง การจ่ายค่าจ้าง ทะเบียนลูกจ้าง และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสถานที่ หรือ ยานพาหนะที่ส่งสัย โดยมีเหตุอันควรเชื่อว่ามีทรัพย์สินของนายจ้างที่ไม่ส่งเงินสมทบ และหรือเงินเพิ่ม หรือนำส่งไม่ครบจำนวน มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใดมาให้ถ้อยคำ หรือให้ส่งเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง มาเพื่อประกอบการพิจารณา ยึดหรืออายัดทรัพย์สินของนายจ้างตามคำสั่งของเลขาธิการ เจ้าพนักงานตามกฎหมายนี้มีฐานะเป็นพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา
 - ค. นายจ้างต้องจัดให้มีทะเบียนผู้ประกันตน และให้เก็บรักษาไว้ ณ สำนักงานของนายจ้าง พร้อมทั้งจะให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจได้



โทษทางอาญา กฎหมายกำหนดโทษทางอาญาไว้หลายประการ ในกรณีต่างๆ เช่น ไม่ให้ถ้อยคำ ไม่ส่งเอกสารหลักฐาน หรือข้อมูลที่เป็นเท็จ ตามคำสั่งของคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการแพทย์ คณะกรรมการอุทธรณ์ คณะอนุกรรมการหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เจตนาไม่กรอกรายการในแบบสำรวจ กรอกรายการในแบบสำรวจเป็นเท็จ เป็นต้น

ในความผิดที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ให้มีการเปรียบเทียบปรับได้ โดยเลขาธิการหรือผู้ได้รับมอบหมาย สำหรับความผิดที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร หรือผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมายสำหรับความผิดที่เกิดขึ้นในจังหวัดนั้นๆ

- 1.8 การสำรวจการประกันสังคม การจะมีการสำรวจข้อมูลด้านแรงงานและปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกากระบวนวิธีประสงคในการสำรวจ เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะทำการสำรวจ กำหนดเวลาการใช้บังคับพระราชกฤษฎีกาซึ่งต้องไม่เกิน 2 ปี
- 1.9 การอุทธรณ์ บุคคลที่ไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการ หรือของพนักงานเจ้าหน้าที่ (เว้นแต่คำสั่ง ยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สิน) ให้อุทธรณ์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง

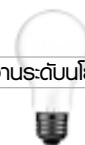
ข้อสังเกต

1. กฎหมายฉบับนี้ มีแนวคิดจะทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ด้วย กล่าวคือ นอกจากจะเน้นบังคับให้ลูกจ้างเป็นผู้ประกันตนแล้ว ผู้ที่พ้นจากการเป็นลูกจ้างแล้ว หรือบุคคลทั่วไปก็สามารถเข้าเป็นผู้ประกันตนได้ ถ้าส่งเงินสมทบตามอัตราที่กฎหมายกำหนด แต่สำหรับบุคคลทั่วไปนั้นจะเข้าเป็นผู้ประกันตนได้ ก็ต่อเมื่อมีพระราชกฤษฎีกาประกาศใช้ ซึ่งประกาศไปแล้วเมื่อ พ.ศ. 2537 แต่ตามพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว เปิดให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนเฉพาะ คลอดบุตร ทุพพลภาพ และตายเท่านั้น ไม่มีประโยชน์ทดแทน กรณีประกันอันตรายหรือเจ็บป่วย การสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

2. ในการเตรียมการประกันสังคมครั้งแรก กระทรวงมหาดไทยที่เป็นต้นสังกัดของสำนักงานประกันสังคม มีความคิดจะสร้างโรงพยาบาลของตัวเองขึ้นเพื่อให้บริการผู้ประกันตนโดยเฉพาะ แต่ภายหลังได้ตกลงกันให้ใช้โรงพยาบาลของรัฐที่มีอยู่และโรงพยาบาลเอกชนบางโรงที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายของผู้ให้บริการด้วย

3. การยกเว้นกลุ่มลูกจ้างที่ไม่อยู่ในบังคับฉบับนี้ส่วนมากเป็นกลุ่มลูกจ้างของทางราชการที่ได้รับเงินสวัสดิการอยู่แล้ว หรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่น ซึ่งมีพระราชกฤษฎีกากำหนด ซึ่งจนถึงปัจจุบันมีพระราชกฤษฎีกากำหนดไว้ 8 หน่วยงาน คือ เนติบัณฑิตสภา สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ สภาวิชาชีพไทย รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างของกิจการ เพาะปลูก ประมง ป่าไม้ เลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีใช้ลูกจ้างตลอดปี ลูกจ้างงานจร ลูกจ้างของผู้ประกอบการค้าแร่ แผลงลอย แต่ปัจจุบันหน่วยงานของรัฐหลายประเภทที่มีลักษณะเป็นนิติบุคคลอิสระ ที่มีใช้ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จะมีบทบัญญัติยกเว้นมิให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเหล่านี้ต้องอยู่ใต้บังคับของกฎหมายฉบับนี้ อยู่ในตัวกฎหมายของหน่วยงานนั้นๆ เลย โดยมีต้องให้ออกกฤษฎีกาตามกฎหมายฉบับนี้อีก

4. องค์ประกอบของคณะกรรมการ มีลักษณะเป็นไตรภาคี คือ ประธานและปลัดกระทรวงแรงงาน ผู้แทนกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณเป็นกรรมการฝ่ายราชการ 4 คน กับผู้แทนฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละ 5 คนเป็นกรรมการ รัฐมนตรีจะตั้งผู้ทรงคุณวุฒิอีกไม่



เกิน 5 คน ให้เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ รวมแล้วกรรมการฝ่ายราชการ 5 คน ฝ่ายนายจ้าง 5 คน และฝ่ายลูกจ้าง 5 คน ฝ่ายละเท่าๆ กัน เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ เป็นไปด้วยความเป็นธรรมแก่ฝ่ายที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน อำนาจของคณะกรรมการในการวางระเบียบการบริหารกองทุน ด้วยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

5. สำหรับคณะกรรมการแพทย์ เป็นคณะกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาต่างๆ ของเวชกรรม รวมกันไม่เกิน 16 คน กรรมการแพทย์มีวาระ 2 ปี อาจได้รับแต่งตั้งซ้ำ แต่จะได้รับแต่งตั้งเกิน 2 วาระติดต่อกันไม่ได้ หน้าที่ของอนุกรรมการแพทย์ที่กฎหมายกำหนด คือ

- 5.1 กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม ในกรณีเพื่อประโยชน์ทดแทนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ม.63) การคลอดบุตร (ม.66) การคลอดบุตรนอกสถานพยาบาลที่กำหนด (ม.68) ทูพพลภาพ (ม.70)
- 5.2 กำหนดอัตราสูงสุดของค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับทดแทน เมื่อต้องจ่ายค่าบริการดังกล่าวให้แก่สถานบริการที่ผู้ประกันตนไปรับบริการ ซึ่งนอกเหนือไปจากสถานบริการที่กำหนดไว้สำหรับผู้นั้น (ม.59)
- 5.3 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ การส่งลดเงินทดแทนจากการขาดรายได้ เนื่องจากทูพพลภาพของผู้ประกันตนที่ได้รับการฟื้นฟู จนมีสภาพดีขึ้น (ม.72)

ดังนั้น คณะกรรมการการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการที่สำนักงานประกันสังคมจะออกระเบียบประกาศต่างๆ ออกมาใช้บังคับ ซึ่งต้องเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสภาวะของความก้าวหน้าทางการแพทย์อยู่ตลอดเวลา

6. เจเนอรัลของประโยชน์ทดแทน ตามระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยรายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตน พ.ศ. 2534 มีดังนี้

- 6.1 ผู้ประกันตน จะได้รับบริการทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาลจนถึงสุดการรักษา จากสถานพยาบาลที่สำนักงานได้กำหนดให้สำหรับผู้ประกันตนนั้น
- 6.2 ไม่ต้องชำระค่าบริการ เว้นแต่ค่าใช้จ่ายในด้านบริการความสะดวกอื่นๆ ที่ผู้ประกันตนต้องการเพิ่มเติมจากที่สถานพยาบาลได้กำหนดไว้
- 6.3 บริการที่ได้รับคือ
 - การตรวจวินิจฉัยโรค และการบำบัดทางการแพทย์ จนถึงสุดการรักษา
 - บริการการกินอยู่ และการรักษาพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
 - ยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - การส่งต่อ เพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
 - บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยมีการให้สุศึกษาและภูมิคุ้มกันโรค

โรคหรือกลุ่มโรคที่ผู้ประกันตนไม่ได้รับการคุ้มครองการรักษาพยาบาล คือ

- (1) โรคจิต ยกเว้นกรณี เฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันที และระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน

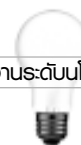


- (2) โรคหรือการประสพอันตราย อันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- (3) โรคเดียวกันที่ต้องใช้เวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ใน เกิน 180 วันใน 1 ปี
- (4) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต ยกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน และไตวายระยะสุดท้าย ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
- (5) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (6) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (7) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- (8) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดต่ออวัยวะ
- (9) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
- (10) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
- (11) การเปลี่ยนเพศ
- (12) การผสมเทียม
- (13) การบริการระหว่างการรักษาแบบพักฟื้น
- (14) ทันตกรรม ได้แก่เฉพาะอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน
- (15) แว่นตาและเลนส์เทียม

6.4 กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลนอกจากที่กำหนดไว้ ผู้ประกันตนต้องทดลองจ่ายค่าบริการไปก่อน และเบิกคืนได้จากสำนักงานตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนที่กำหนดไว้ต่อครั้ง ต่อปี เช่น ประเภทคนไข้นอก ไม่เกิน 40 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 80 บาทต่อปี ประเภทคนไข้ในไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งและไม่เกิน 1,000 บาทต่อปี เป็นต้น อัตราที่กำหนดดังกล่าวยังแตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนไปรับบริการว่าเป็นสถานพยาบาลที่มีรายชื่อกับไม่มีรายชื่อในประเทศ ในราชกิจจานุเบกษาด้วย

6.5 สำหรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตน หรือคู่สมรส สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง โดยต้องทดลองจ่ายค่าบริการไปก่อน แล้วมาเบิกคืนได้จากสำนักงาน ในอัตราเหมาจ่าย 2,500 บาทต่อการคลอดหนึ่งครั้ง สำหรับกรณีทุพพลภาพก็เช่นกัน ผู้ประกันตนสามารถไปขอรับบริการจากสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง โดยต้องจ่ายทดลองค่าบริการไปก่อนแล้วเบิกคืนได้จากสำนักงาน ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาท

7. การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนไปรับบริการตามประกาศสำนักงานประกันสังคม กำหนดเป็นอัตราเหมาจ่าย ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อหนึ่งปี และสำหรับการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะ อีกเท่าที่จ่ายจริงตามประเภทของบริการแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด เช่น การล้างไตโดยฟอกโลหิต ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท การให้เคมีบำบัด ไม่เกิน 30,000 บาทต่อรายต่อปี การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่เกิน 100,000 บาท ต่อราย เจาะกระดูกโหลกศีรษะไม่เกิน 15,000 ต่อราย เป็นต้น การทำหมันชายไม่เกินรายละ 500 บาท ทำหมันหญิงไม่เกินรายละ 1,000 บาท นอกจากนี้ยังกำหนดการจ่ายเป็นค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการรักษาโรค กรณีผู้ประกันตนประสพอันตราย หรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน ตามอัตราที่กำหนด



ไว้อีกหลายสิบรายการ เช่น ข้อเทียมในตำแหน่งต่างๆ เส้นเลือดเทียมแบบต่างๆ ผีอกพยางค์ตัวแบบต่างๆ โลหะที่ใส่ในร่างกายแบบต่างๆ ในการผ่าตัดกระดูก เป็นต้น

II พ.ร.บ. คຸ້ມครองຜູ້ປະສພັຍຈາກຣຸດ พ.ศ. 2535

เนื่องจากประเทศไทย มีอุบัติเหตุที่เกิดจากรถเกิดขึ้นในแต่ละปี มีจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปีเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต และผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่ผู้เสียหายเหล่านั้นไม่ได้รับการชดเชยค่าเสียหายเพราะหาตัวผู้รับผิดชอบได้ยากการดำเนินคดีต้องใช้ทุนทรัพย์และเวลายาวนาน ผู้ประสบภัยที่ยากจน จึงไม่อาจได้รับค่าเสียหายตามกฎหมายได้ รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายฉบับนี้เพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ได้รับค่าชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอนและทันท่วงที่⁽⁹⁾

สาระสำคัญโดยสรุปของกฎหมายฉบับนี้ คือ

1. บังคับให้เจ้าของรถที่มีรถไว้เพื่อใช้ ต้องจัดให้มีการประกันความเสียหาย สำหรับผู้ประสบภัย โดยให้ทำประกันกับบริษัทประกันภัย
2. บริษัทต้องถูกบังคับให้รับประกัน ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดโดยกฎกระทรวง
3. รถจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นของราชการ และรถที่กำหนดโดยกฎกระทรวง ได้รับการยกเว้นไม่ต้องทำประกัน
4. ความเสียหายหมายความถึง ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย อันเกิดจากรถเท่านั้น
5. ความเสียหายเบื้องต้น ในกรณีความเสียหายต่อร่างกาย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ประสบภัย และในกรณีความเสียหายต่อชีวิต ได้แก่ ค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพผู้ประสบภัยซึ่งถึงแก่ความตาย
6. การกำหนดเบี้ยประกัน เป็นอำนาจของกรมประกันภัยที่จะกำหนด ซึ่งได้กำหนดอัตราต่างกันตามประเภทของรถ

เมื่อมีการเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัทได้รับประกันภัยไว้ให้บริษัทจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น แก่ผู้ประสบภัยเมื่อได้รับคำร้องขอจากผู้ประสบภัย

จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น การร้องขอรับและการจ่ายค่าเสียหายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

การได้รับการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นแล้ว ไม่ตัดสิทธิผู้ประสบภัยที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีก

7. ให้จัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย เมื่อ

- (1) เจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหายมิได้จัดให้มีการประกัน
- (2) ขณะเกิดเหตุ รถที่ก่อให้เกิดความเสียหาย มิได้อยู่ในความครอบครองของเจ้าของรถเพราะถูกเปลี่ยนมือการครอบครองโดยผิดกฎหมาย
- (3) รถไม่มีประกันและไม่ปรากฏเจ้าของ
- (4) ไม่ทราบว่ารถคันใดเป็นคันที่ก่อให้เกิดความเสียหาย
- (5) บริษัทไม่จ่าย หรือจ่ายให้ผู้ประสบภัยไม่ครบ



(6) รถที่ทำให้เกิดความเสียหายเป็นรถที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายว่าไม่ต้องทำประกัน

8. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ส่วนหนึ่งได้จากรัฐบาลที่จัดสรรให้เป็นทุนประเดิม และเงินอุดหนุนจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี และเงินสมทบที่บริษัทต้องจ่ายตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งไม่เกินร้อยละ 2 ของเบี้ยประกันภัยที่ได้รับจากผู้เอาประกันภัยในแต่ละปี รวมทั้งเงินที่ได้จากผลประโยชน์อื่น เช่น มีผู้อุทิศให้ดอกผลของกองทุน เป็นต้น

9. ให้มีสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยขึ้นในกรมการประกันภัย เพื่อบริหารกองทุน โดยมีอธิบดีกรมประกันภัยหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมาย ทำหน้าที่เป็นนายทะเบียน ซึ่งกฎหมายกำหนดให้มีอำนาจออกคำสั่งเรียกเงินเข้ากองทุน หรือสั่งให้บริษัทจ่ายเงินให้ผู้ประสบภัยด้วย

10. เพื่อความสะดวกแก่ผู้ทำประกัน ในระยะต่อมาหลังจาก พ.ร.บ. นี้มีผลใช้บังคับไประยะหนึ่ง ได้มีการแก้ไขกฎหมายนี้ โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถขึ้น โดยมีบริษัทประกันวินาศภัย 69 บริษัทเป็นผู้ถือหุ้นร่วมกันและกฎหมายบังคับให้บริษัทใหม่ต้องมีสาขาให้บริการครบทุกจังหวัด

11. รายละเอียดอื่นๆ ดูในหัวข้อ 2.5 ภาคที่ 2

ข้อสังเกต

1. กฎหมายฉบับนี้ออกจะแปลกที่บังคับให้เจ้าของรถซึ่งเป็นเอกชนต้องทำประกันรถของตนกับบริษัทเอกชน โดยที่บริษัทประกันต้องรับประกันด้วย ถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีโทษ
2. บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ เพื่อปฏิเสธความรับผิดชอบต่อผู้ประสบภัยในการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นไม่ได้ เว้นแต่บริษัทจะมีหนังสือแจ้งการบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยให้เจ้าของรถและนายทะเบียนทราบล่วงหน้า การบอกเลิกกรมธรรม์จะมีผลเมื่อครบ 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทมีหนังสือแจ้งเลิก
3. กรมธรรม์ต้องกำหนดความรับผิดในค่าเสียหายเบื้องต้นด้วย
4. ปัญหาในการขอรับเงินทดแทนเมื่อเกิดอุบัติเหตุผู้ประสบภัยที่จะเรียกร้องค่าทดแทนทำได้ยากเพราะมีเงื่อนไขในทางปฏิบัติหลายอย่าง แม้กระนั้นก็ตาม ยังได้มีการเรียกเงินทดแทนโดยทุจริตก็มีอยู่ไม่น้อย โดยหลายฝ่ายร่วมมือกันฉ้อโกงบริษัทประกัน
5. ข้อดีของกฎหมายฉบับนี้ ก็คือ สถานพยาบาลไม่ว่าของรัฐ หรือเอกชนได้ประโยชน์จากการนี้เพราะการให้การรักษารู้ได้รับอุบัติเหตุจากรถนั้น ถ้าผู้รักษาไม่มีเงินที่จะจ่ายค่ารักษาสถานพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนบางส่วนก็ไม่สามารถจะเรียกเก็บค่ารักษาสถานพยาบาลได้จากผู้ป่วยหรือคู่กรณี กว่าจะเรียกค่ารักษาสถานพยาบาลจากผู้ที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายได้เพราะผลของคดี เวลาที่ล่วงเลยไปนาน ติดตามทวงถามได้ยาก โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐด้วยแล้ว ก็ยิ่งจะหาผู้ที่ชวนชวยติดตามเรียกเก็บค่ารักษาสถานพยาบาลได้ยาก ส่วนมากจึงถือผู้ป่วยเหล่านั้นเป็นผู้ที่รัฐต้องสงเคราะห์ สำหรับสถานพยาบาลเอกชนก็ต้องตัดบัญชีเป็นหนี้ศูนย์ไปเป็นจำนวนไม่น้อย สถานพยาบาลเอกชนจึงมักจะช่วยเหลือให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่เต็มใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีเงินวางเป็นมัดจำล่วงหน้าสำหรับค่ารักษาสถานพยาบาล ก่อให้เกิดกระแสตำหนิสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งเกิดขึ้นอยู่เนืองๆ เมื่อมีกฎหมายฉบับนี้ บังคับให้รถทุกคันมีประกัน โดยบริษัทประกันรับผิดชอบต้องรับผิดชอบค่าเสียหายเบื้องต้นจำนวนหนึ่ง โดยยังไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของคู่กรณี ปัญหา



ความไม่เต็มใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถของสถานพยาบาลเอกชนก็หมดไป เพราะมีผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาลที่แน่นอน ในจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นที่กฎหมายกำหนด

แต่ปัญหาที่ตามมาก็คือ อุบัติเหตุที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ก็มีการทำหลักฐานการรักษาพยาบาลให้มากเกินไปจริง เพื่อจะเรียกเก็บเงินให้ได้เต็ม หรือเก็บเต็มจำนวน ค่าเสียหายเบื้องต้นที่บริษัทประกันต้องจ่าย นับเป็นการหาประโยชน์จากความเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุไปเสียอีกทำให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างสถานพยาบาล กับ บริษัทประกัน หรือ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

III พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ความเป็นมา

แนวคิดที่จะให้ทุกคนมีประกันสุขภาพนั้นเกิดขึ้นมานาน และกระทรวงสาธารณสุขก็เห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลในทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีราคาสูงขึ้นตลอดเวลา ถ้าผู้ใดไม่มีประกันสุขภาพ ความเจ็บป่วย ก็จะทำให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต เพราะการเจ็บป่วยบางประเภทก่อให้เกิด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงินที่มาก ทำให้เกิดหนี้สิน และการสิ้นเนื้อประดาตัวของผู้ป่วยที่มีฐานะการเงินไม่มั่นคงได้ง่าย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2537 และต่อมา คณะรัฐมนตรีและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการด้านการเงินเป็นระบบเงินทุนหมุนเวียน โดยมีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 จึงได้มีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ออกใช้บังคับ โดยยกเลิกระเบียบเดิมที่ชื่อเดียวกันนี้ที่ออกใน พ.ศ. 2537 เสีย

สาระสำคัญของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538

มีดังนี้

1. นิยามศัพท์ที่สำคัญ

“การประกันสุขภาพ” หมายความว่า การที่ประชาชนได้รับประกันว่า จะได้รับบริการทางการแพทย์และอนามัยอันจำเป็นที่มีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพ และมาตรฐานโดยไม่ต้องเสียเงินค่าบริการ

“ผู้มีประกัน” หมายความว่า ผู้มีชื่อในบัตรประกันสุขภาพ และมีสิทธิตามระเบียบนี้

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และให้หมายความรวมถึงหน่วยบริการในสังกัดส่วนราชการอื่น ที่กระทรวงสาธารณสุขรับเข้าร่วมในงานประกันสุขภาพ ตามระเบียบนี้

“การบริการทางการแพทย์” หมายความว่า การบริการทางการแพทย์ และอนามัยพื้นฐานอันจำเป็น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นเพื่อสุขภาพ ที่หน่วยบริการจัดขึ้นตามที่กำหนดในระเบียบนี้

2. ระเบียบนี้ ต้องการให้มีการประกันสุขภาพแก่บุคคล 2 ประเภท คือ



- ก. บุคคลทั่วไปที่สมัครใจ เป็นผู้มีประกันโดยร่วมจ่ายเงินสมทบค่าบัตรจำนวนหนึ่ง กับรัฐ ออกให้อีกจำนวนหนึ่ง
- ข. บุคคลที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ตามระเบียบราชการ และคณะรัฐมนตรีได้กำหนดให้มีประกันสุขภาพ ซึ่งรัฐจ่ายเงินสมทบค่าบัตรให้แทน (ซึ่งไม่แน่ว่าจะได้แก่ ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ทั้งหมดหรือบางส่วน)

การเปลี่ยนจากผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล มาเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 2 ประการ คือ

- ก. ผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลก็ต้องมาทำบัตรประกันสุขภาพด้วย
 - ข. รัฐจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล แก่หน่วยบริการ ตามที่มีผู้ไปขอรับบริการ เปลี่ยนมาเป็นการจ่ายเงินสมทบค่าบัตร ซึ่งต้องจ่ายตามรายหัวของผู้มีบัตรเป็นรายปี
3. เป็นความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขที่จะเปลี่ยนสถานะผู้รับสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล มาเป็นผู้ประกันตนที่รัฐจ่ายเงินสมทบ (หรือเบี้ยประกัน แทนการตามรายการที่มีผู้ไปขอรับบริการ เพื่อควบคุมงบประมาณด้านนี้ให้อยู่ในวิสัยจะควบคุมได้)
 4. ประโยชน์คุ้มครองสำหรับผู้มีประกันครอบคลุม ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวิเคราะห์โรค ค่าอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ในการบำบัดโรค ค่าทำฟันบางรายการ เช่นเดียวกัน สิทธิของผู้ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลรวมทั้งกำหนดช้อยกเว้นของบริการที่มีได้อยู่ในความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่
 - (1) ค่าผ่าตัดเสริมสวย
 - (2) การตกแต่งฟันหรือทันตประดิษฐ์
 - (3) แว่นตาหรือเลนส์เทียม
 - (4) อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ
 - (5) การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
 - (6) การผสมเทียม
 - (7) การเปลี่ยนเพศ
 - (8) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
 - (9) การรักษาที่อยู่ระหว่าง การค้นคว้า ทดลอง
 - (10) การป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อยังไม่จัดให้ใช้เป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป
 - (11) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่ในกรณีเพื่อการรักษา อาการโรคเฉียบพลัน ภายใน 60 วันนับแต่วันเกิดโรค
 - (12) การบำบัดโรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นเพราะความตั้งใจของผู้มีประกัน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำ เช่น การทำแท้ง หรือการฆ่าตัวตาย
 - (13) การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ เว้นแต่กรณีโรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นนัดให้มารักษาต่อ ภายหลังการส่งต่อครั้งแรกแล้ว



- (14) อุบัติเหตุ การประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วย การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย
 - (15) การบริการพิเศษที่หน่วยบริการจัดให้หรือถูกขอให้จัดขึ้น เพื่อความสะดวกสบาย หรือเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าห้อง และอาหารพิเศษ ค่าแต่งศพ ค่าขนส่ง ค่าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น
 - (16) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด
5. ระเบียบฉบับนี้กำหนดให้สำนักงานประกันสุขภาพขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับผิดชอบในการดำเนินงานหรือส่งเสริมให้มีการออกบัตรประกันสุขภาพในส่วนกลาง และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพซึ่งคือ คณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพ ตลอดจนกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขต่างๆ เกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพทั้งหมด และให้มีคณะกรรมการบริหารบัตรประกันสุขภาพจังหวัด ทำหน้าที่เกี่ยวกับควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติงานบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดของตน
6. บัตรประกันสุขภาพมี 3 ชนิด คือ
- (1) บัตรครอบครัว
 - (2) บัตรเฉพาะตัว
 - (3) บัตรข้ามเขต
- อายุของบัตรใช้สิทธิได้ 1 ปี

7. หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ออกบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตของตน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีพื้นที่รับผิดชอบออกบัตรประกันสุขภาพเกินกว่าหนึ่งอำเภอ หน่วยงานที่ กทม. มอบหมาย รับผิดชอบในเขต กทม. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นผลมาจากนโยบายของพรรคไทยรักไทยที่หาเสียงระหว่างเลือกตั้งในการเสนอนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” เมื่อพรรคไทยรักไทย ได้เป็นรัฐบาล จึงได้รับนํานโยบายดังกล่าวมาใช้ โดยออกเป็นระเบียบฉบับนี้ เพื่อใช้ใน 15 จังหวัดนำร่องก่อน คือ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส

การประกาศใช้ในจังหวัดอื่น ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจประกาศเพิ่มเติมได้ และอีก 3 เดือนต่อมาปลัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้ประกาศ ใช้ระเบียบนี้ทั่วประเทศ ยกเว้น กทม.

ต่อมาได้มีระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2544 โดยแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบเดิมบางประการ และให้ใช้ระเบียบนี้ทั่วราชอาณาจักร

สาระสำคัญของระเบียบ ดังกล่าวมีดังนี้

1. นิยามศัพท์ ที่สำคัญ

“หลักประกันสุขภาพ” หมายความว่า สิทธิและความคุ้มครองของประชาชนในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

“บริการทางการแพทย์” หมายความว่า การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใด เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ที่หน่วยบริการ จัดขึ้นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

“หน่วยบริการ” หมายความว่า โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานบริการสาธารณสุขเอกชน สถานพยาบาลของสภาวิชาชีพ สถานบริการการแพทย์ทางเลือก สถานพยาบาลที่มีฐานะเป็นองค์การมหาชน ตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการเพื่อการสาธารณสุขที่เป็นสถานอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณประโยชน์ หรือสถานบริการอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ หน่วยบริการดังกล่าว ต้องขึ้นทะเบียนไว้ตามระเบียบนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

“หน่วยบริการประจำครอบครัว” หมายความว่า หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพื่อรับบริการทางการแพทย์ เป็นการประจำ

2. ผู้มีสิทธิที่จะใช้บริการตามระเบียบนี้ได้แก่ ผู้มีชื่อในทะเบียนบ้าน แต่ยกเว้นสำหรับผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากกระบวนการได้รับสวัสดิการอื่นดังนี้

- (ก) บุคคลผู้มีสิทธิตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม
- (ข) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- (ค) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล
- (ง) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล
- (จ) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย บัตรประกันสุขภาพ
- (ฉ) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพ อันใดที่รัฐจัดขึ้น

3. ผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ ต้องขึ้นทะเบียนและมีบัตรโดยให้ขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการ ในพื้นที่ที่มีสิทธิ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือผู้ที่ที่พักอาศัยอยู่ไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน ก็ให้ยื่นขอขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการในพื้นที่ที่ตนพักอาศัย เจ้าหน้าที่ผู้รับขึ้นทะเบียนจะเป็นผู้ดำเนินการออกบัตรให้แก่ผู้มีสิทธิ และให้หน่วยบริการในพื้นที่ ที่มีสิทธิมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว

4. เมื่อผู้มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ ต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ดังต่อไปนี้



- (1) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรค ที่ไม่ต้องเสียค่าร่วมจ่าย คือ
 - (ก) การตรวจและดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
 - (ข) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
 - (ค) การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
 - (ง) การวางแผนครอบครัว
 - (จ) ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
 - (ฉ) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - (ช) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และครอบครัว
 - (ซ) การให้คำปรึกษา และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
 - (ณ) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปากได้แก่การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริม ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่นกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน
- (2) การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงที่สุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
- (3) การคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
- (4) ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ
- (5) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียม ในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่
- (6) ยา และเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (7) การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
- (8) การบริการทางการแพทย์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกจาก (1)-(7) ที่คณะกรรมการกำหนด

การให้บริการทางการแพทย์ดังกล่าว ไม่รวมถึงค่าบริการ และค่าใช้จ่าย ต่อไปนี้

- (ก) โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
- (ข) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- (ค) อุบัติเหตุการประสพภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมาย ว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้ป่วย
- (ง) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- (จ) การผสมเทียม
- (ฉ) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อชี้แจงทางการแพทย์
- (ช) การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อที่บ่งทางการแพทย์



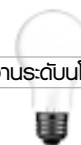
- (ช) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง จากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อขัดข้องทางการแพทย์
 - (ฌ) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้า ทดลอง
 - (ญ) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - (ฎ) การบริการทางการแพทย์อื่นนอกจาก (ก)-(ญ) ตามที่คณะกรรมการกำหนด
5. ระเบียบกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายเป็นรองประธานกรรมการ กรรมการที่เป็นผู้แทนส่วนราชการ 11 คน ผู้แทนจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน ผู้แทนธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ 7 คน (ในจำนวนนี้มีผู้แทนสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน 1 คน ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ผู้แทนองค์การเอกชนที่ไม่แสวงกำไร 1 คน) มีผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ เป็นกรรมการ และเลขาธิการ รองผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขาธิการ

คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่

- (ก) กำหนดนโยบายการเงิน และการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ
 - (ข) กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์วิธีการคัดเลือกหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งสิทธิที่ได้รับค่าบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่คณะกรรมการกำหนด
 - (ค) กำหนดมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการ และเครือข่าย
 - (ง) รับผิดชอบ และวินิจฉัยเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการ
 - (จ) ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
 - (ฉ) หน้าที่อื่นๆ
6. ให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดให้แต่ละจังหวัด ทำหน้าที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพในส่วนที่ถือปฏิบัติในจังหวัด ตรวจสอบคุณสมบัติมาตรฐานของหน่วยบริการ กำกับ ดูแลการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการ และผู้มีสิทธิ รวมทั้งรับและวินิจฉัยคำร้องเรียนจากผู้มีสิทธิ ผู้รับบริการ หน่วยบริการ และหน่วยงานต่างๆ
7. เงื่อนไขการใช้สิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่าย ได้แก่

- (ก) กรณีอุบัติเหตุ
- (ข) กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

การไปรับบริการทั้ง 2 กรณีดังกล่าว ผู้มีสิทธิหรือผู้เกี่ยวข้องต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบทันที เพื่อหน่วยบริการประจำครอบครัวพิจารณารับย้าย และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกินอัตราที่คณะกรรมการกำหนด ตั้งแต่เวลารับแจ้งและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลัง 72 ชั่วโมงแรก ถ้าไม่แจ้งผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง



การวินิจฉัยว่า เจ็บป่วยฉุกเฉินต้องมีข้อบ่งชี้ดังนี้

- (ก) โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง อันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต หรืออันตรายต่อผู้อื่น
- (ข) โรค หรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน
- (ค) โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต
- (ง) โรคหรือลักษณะอาการของโรคที่คณะกรรมการกำหนด

สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบตาม (ก)-(ค) ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อาการของโรค การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษา และความเร่งด่วนในการรักษา

8. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ต่อมาก็เป็นที่มาของ พ.ร.บ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพราะระเบียบดังกล่าวเป็นระเบียบที่ประกาศใช้ชั่วคราว เพื่อผลักดันนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของรัฐบาลให้ใช้ได้ทันที ก่อนที่เร่งรัดให้มีกฎหมายในเรื่องนี้ออกมา คือ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความจริงแนวคิดในการให้มีกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น กลุ่มนักวิชาการ และองค์กรเอกชน ได้พยายามเสนอแนวคิดดังกล่าวต่อรัฐบาลก่อนหน้านี้นี้มาแล้ว ถึงขนาดรวมกลุ่มกันยกร่างกฎหมาย เพื่อให้ประชาชน 5 หมื่นคน เสนอร่างกฎหมายดังกล่าวต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่พอตีพรรคไทยรักไทย ซึ่งต่อมาได้เป็นรัฐบาล ได้ใช้นโยบายตามคำขวัญที่ว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” เสนอต่อประชาชนในระหว่างการหาเสียงเลือกตั้งจึงได้เร่งรัดออกกฎหมายฉบับนี้ เพื่อมารองรับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ที่ได้ประกาศใช้ไปแล้ว ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สาระสำคัญของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

- (ก) จัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการในการบริหารจัดการ รวมทั้งออกระเบียบปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการ การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
- (ข) จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ให้มีฐานะเป็นนิติบุคคลภายใต้การควบคุม บริหาร ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (ค) จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ระเบียบการบริหารจัดการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (ง) จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการและเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- (จ) มีพนักงานเจ้าหน้าที่ ทำหน้าที่เข้าไปตรวจสอบสถานที่ของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงต่างๆ ว่าได้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและประกาศต่างๆ ของคณะกรรมการประกัน



สุขภาพแห่งชาติ หรือระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพตามกฎหมายนี้

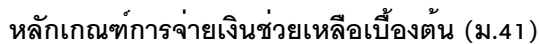
- (ฉ) คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุข ต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ปัจจุบัน คณะกรรมการกำหนดให้ผู้เข้ารับบริการต้องร่วมจ่าย ให้แก่หน่วยบริการในอัตรา 30 บาท ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของพรรคไทยรักไทย ที่เป็นรัฐบาลอยู่ในปัจจุบัน แต่อัตรานี้คณะกรรมการอาจเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต

- (ช) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ในกฎหมายได้แก่
- (1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
 - (2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
 - (3) ค่าตรวจ และรับฝากครรภ์
 - (4) ค่าบำบัด และบริการทางการแพทย์
 - (5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
 - (6) ค่าทำคลอด
 - (7) ค่ากักอยู่ในหน่วยบริการ
 - (8) ค่าบริหารทารกแรกเกิด
 - (9) ค่ารพพยาบาล หรือค่าพาหนะ รับส่งผู้ป่วย
 - (10) ค่าพาหนะ รับส่งผู้ทุพพลภาพ
 - (11) ค่าฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
 - (12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

บริการที่กำหนดไว้นี้ ใกล้เคียงและอยู่ในแนวทางเดียวกันกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย หลักประกันสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว

- (ซ) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานต่างๆ แสดงได้ดังแผนผังต่อไปนี้ (โดยสังเขป)





เอกสารอ้างอิง

1. กิตติศักดิ์-ปรกติ. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระบบบริการสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 (บทความนำเสนอในการประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติครั้งที่ 1 ณ หอประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ ฯ 14-15 กันยายน 2543).
2. บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. วิวัฒนาการของกฎหมายประกันสังคมเยอรมัน. วารสารนิติศาสตร์ 2531; 18 : 28-71
3. ศิริราชพยาบาล อนุสรณ์ 72 ปี. โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ ; พระนคร 2541 หน้า 21-29.
4. 19 ปี กรมการประกันภัย. หนังสือ 19 ปี กรมการประกันภัย, 24 มีนาคม 2541; หน้า 1-28
5. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการบนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; กรุงเทพฯ : 2541.
6. คำนำในประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 130. ราชกิจจานุเบกษา 2515 ; 89 ตอน 41(ฉบับพิเศษ) ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515.
7. หมายเหตุท้าย พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537. ราชกิจจานุเบกษา 2537 ; 111 : 28 ก. ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2537.
8. ราชกิจจานุเบกษา เศษที่ 71 ตอน 11 ; 9 กุมภาพันธ์ 2497.
9. กรมการประกันภัย พ.ร.บ. คู่ครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. วารสารประกันภัย 2539 ; 9 (4) ตุลาคม, หน้า 4-7.