

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัย
การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เครือข่ายวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มกราคม 2556



คณะผู้วิจัย

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. ดร. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ | หัวหน้าโครงการ |
| 2. คุณวีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี | นักวิจัยอาวุโสและผู้ประสานงานโครงการ |
| 3. คุณธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกษ | นักวิจัย |
| 4. คุณพรชัย พิไลหาเวสส | นักวิจัย |

บทสรุปผู้บริหาร

1.ระบบประกันสุขภาพไทยในภาพรวม

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่สำคัญ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ความคุ้มครองกลุ่มประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัว ประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคม ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน จำนวน 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม มีจำนวนมากถึง 48 ล้านคน

นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบแล้ว ยังมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นรัฐสวัสดิการสำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำหรับพนักงานส่วนท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของคณะรัฐมนตรีในการจัดระบบแรงงานต่างด้าวในประเทศ ระบบสวัสดิการสำหรับพนักงานบริษัทเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นสวัสดิการของหน่วยงาน โดยขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในหน่วยงานเอง

โครงสร้างระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศพบว่า ระบบประกันสุขภาพที่ประกอบด้วยกองทุนที่หลากหลายดังเช่นประเทศไทยนั้นมิใช่สิ่งที่แปลก ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมโดยส่วนมากจะมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนที่จำแนกตามลักษณะของอาชีพ แต่การศึกษาพบว่า การบริหารจัดการกองทุนเหล่านั้นในต่างประเทศจะอยู่ภายใต้กระทรวงเดียว คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่างจากประเทศไทย ที่กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบประกันสังคม อยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และระบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุนแบบแยกส่วนดังกล่าวทำให้เกิดความลักลั่นในระบบประกันสุขภาพไทยดังนี้ ประการแรก ทั้งสามกองทุนมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้เงินสมทบจากสามฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ ในขณะที่อีกสองระบบแหล่งเงินจะมาจากภาษีเท่านั้น ประการที่สอง วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแตกต่างกัน ระบบประกันสังคม และระบบประกันระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณแก่

สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (per capita) ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จัดสรรค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลตามค่าใช้จ่ายจริง (fee for service) ทำให้สิทธิในการรักษายาบาลของประชาชนต่างกัน

การที่กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีการออกแบบที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนดังนี้

1) *ภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกัน* ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายร่วมกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นสวัสดิการของภาครัฐซึ่งรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้

2) *สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลต่างกัน* เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคมและกองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่ได้เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้นเนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง

นอกจากนี้แล้ว สิทธิในการรักษาโรคก็ต่างกัน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพของข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น

(3) *คุณภาพในการรักษายาบาลต่างกัน* เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษายาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริง กับ ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามโรค อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน

นอกจากความไม่เท่าเทียมกันในมิติของการรักษายาบาลแล้ว การบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วนยังทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การคำนวณต้นทุนในการรักษายาบาล (DRG) การตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) และการตรวจสอบคุณภาพในการรักษายาบาล (clinical audit) เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ระบบประกันสุขภาพไทยที่ประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลายในปัจจุบันมีการบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากมีการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อนกัน และยังเป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษายาบาลและภาระค่าเบี้ยประกันระหว่างกลุ่มผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนอีกด้วย

2. ระบบการคลัง

การศึกษากฎการศึกษาต่างประเทศพบว่าระบบการคลังของระบบประกันสุขภาพนั้นจะขึ้นอยู่กับโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพ ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบ single-payer จะใช้เงินงบประมาณในการอุดหนุนบริการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นหลัก (ประมาณร้อยละ 70 – 75 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ในขณะที่ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคม ซึ่งมักมีลักษณะที่เป็น multi-payer จะใช้เงินจากกองทุนประกันสังคมที่มาจากเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐในบางกรณีเป็นหลัก โดยผู้ปวยร่วมรับภาระค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 30 โดยเฉลี่ย ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของเงินที่ต้องจ่ายสมทบรักษาพยาบาล หรือเงินที่จ่ายเป็นค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทประกันเอกชนเพื่อลดความเสี่ยงจากภาระค่าใช้จ่ายในการรวมจ่าย

การศึกษาระบบการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย พบว่า เป็นระบบที่พึ่งพางบประมาณจากภาครัฐเป็นหลักดังเช่นในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบ single-payer หากแต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งที่มาจากกองทุนประกันสังคมด้วย เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นระบบผสมระหว่างกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีลักษณะเป็นระบบ single-payer และ กองทุนประกันสังคมที่เป็นระบบ multi-payer

3. บทบาทของภาคเอกชน

บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐสามารถแยกได้เป็นสองส่วน ส่วนแรกคือบทบาทในฐานะผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (service provider) และ บทบาทในการเป็นผู้รับประกันสุขภาพ (insurer)

กรณีศึกษาต่างประเทศพบว่า สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ สำหรับการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (not-for-profit) มีบทบาทสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับโรงพยาบาลของภาครัฐ โดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่นที่กฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลของรัฐมิใช่บริการเชิงพาณิชย์หากแต่เป็นบริการที่มีมิติดของบริการสังคมด้วย

สำหรับการรักษาในระดับปฐมภูมินั้นบทบาทของสถานพยาบาลเอกชนในท้องถิ่น เช่น คลินิก จะโดดเด่นมากเป็นพิเศษเนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่จึงสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ

สำหรับบทบาทของภาคเอกชนในฐานะผู้รับประกันสุขภาพนั้นพบว่า เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมาก มีระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่ให้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม

แก่ประชาชนในประเทศทุกรายทำให้ประกันสุขภาพเอกชนจะมีพื้นที่ตลาดน้อย โดยจำกัดเพียงประกันในส่วนที่เป็นการให้สิทธิประโยชน์ “เพิ่มเติม” (add on) จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับภายใต้ประกันสุขภาพของภาครัฐ หรือในส่วนที่เป็นการลดความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนอันสืบเนื่องมาจากภาระในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามข้อกำหนดของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ

ในประเทศที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐให้สิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างดี และมีอัตราการร่วมจ่าย (copayment) ต่ำ เช่น ในสหราชอาณาจักร ผู้ประกันตนอาจไม่จำเป็นต้องไปทำประกันเอกชน ยกเว้น ในกรณีที่ต้องการบริการที่รวดเร็ว และสะดวกสบายมากขึ้น โดยสรุปแล้ว บทบาทของประกันสุขภาพเอกชนในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับนโยบายของภาครัฐว่าจะส่งเสริมให้ประชาชนทำประกันกับภาคเอกชนหรือไม่ แต่โดยทั่วไปแล้วประกันสุขภาพเอกชนมิได้แข่งกับประกันของภาครัฐเท่าใดนัก หากแต่เป็นการให้บริการประกันสุขภาพที่ “เสริม” ประกันสุขภาพของภาครัฐมากกว่า นอกจากนี้แล้ว บริษัทประกันเอกชนไม่เน้นการแข่งขันในด้านราคากับภาครัฐ หากแต่แข่งในด้านของคุณภาพของบริการ ความรวดเร็ว สะดวก ตลอดจนการให้สิทธิในการใช้วิธีการรักษาที่ทันสมัยกว่าที่อาจมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาแบบมาตรฐาน เป็นต้น

การศึกษารายงานของภาคเอกชนในประเทศไทยพบว่า ภาคเอกชนยังมีบทบาทค่อนข้างน้อยในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ทั้งนี้ โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยส่วนมากเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร โดยมีโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเป็นส่วนน้อยต่างจากในต่างประเทศ เนื่องจากองค์กรทางศาสนาในศาสนาพุทธมิได้เข้ามาข้องเกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาลต่างจากองค์กรศาสนาคริสต์ทำให้ประเทศไทยมีสถานพยาบาลที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรน้อยกว่าในประเทศตะวันตก

ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลในกรณีของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 200 กว่าแห่ง และ กองทุนประกันสังคมประมาณ 90 แห่ง ในขณะที่สถานพยาบาลขนาดเล็กในชุมชนมีส่วนร่วมเฉพาะในกรณีของกองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

4. การอภิบาลของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ

ทุกประเทศทั่วโลกล้วนประสบปัญหาท้าทายในการจัดหาบริการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนที่ทั่วถึง เท่าเทียมและคุ้มค่ามากขึ้นด้วยข้อจำกัดทางงบประมาณที่นับวันยิ่งรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลายประเทศได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงระบบในการประเมิน ติดตาม และตรวจสอบผลการดำเนินงานของ

หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อที่จะให้มีความรับผิดชอบ ต่ออำนาจหน้าที่ (accountability) มากขึ้น คือ ความรับผิดชอบที่กล่าวถึงนั้น เป็นการรับผิดชอบต่อ เรื่องอะไร (for what) และต่อใคร (to whom) ? ใครเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลงานด้านบริการ สาธารณสุขและต่อใครหรือหน่วยงานไหนนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับโครงสร้างในการอภิบาลระบบ สาธารณสุขของแต่ละประเทศ ความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่นั้นมีลักษณะที่เป็นห่วงโซ่จาก หน่วยงานในหลายลำดับชั้น

จากกรณีศึกษาในหลายประเทศ พบว่า ห่วงโซ่ความรับผิดชอบในระดับสูงสุด คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นหน่วยงานหลักของฝ่ายบริหารที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหาร จัดการระบบประกันสุขภาพโดยรวมของประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบต่อ รัฐสภาหรือฝ่ายนิติบัญญัติ ในอังกฤษ มีหน่วยงานสองหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประเมิน ติดตาม และตรวจสอบด้านการเงินและคุณภาพของบริการ อันได้แก่ Monitor ซึ่งประเมินความคุ้มค่าของ การใช้จ่ายเงินงบประมาณของระบบประกันสุขภาพและ Care Quality Commission ซึ่งประเมิน คุณภาพของบริการรักษาพยาบาล ทั้งสองหน่วยงานนี้จะต้องรายงานต่อทั้งกระทรวงสาธารณสุข และต่อรัฐสภาในฐานะของหน่วยงานที่ตรวจสอบฝ่ายบริหารในเวลาเดียวกัน

ผู้ที่มีความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่นั้น ต้องรับผิดชอบในเรื่องใดนั้น โดยทั่วไปแล้ว ความ รับผิดชอบในด้านการให้บริการสาธาณะนั้นมีสองมิติ คือ ความรับผิดชอบด้านการเงิน (financial accountability) และความรับผิดชอบต่อผลงาน (performance accountability) ซึ่งในกรณีของบริการ สุขภาพอาจหมายถึง คุณภาพของการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการ ความรวดเร็วของบริการ ฯลฯ ตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะมีการประเมิน สำหรับความรับผิดชอบด้านการเงิน หมายถึง การ ติดตามและรายงานการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย และการใช้เงินโดยการใช้เครื่องมือหลักได้แก่ การบัญชี (accounting) การจัดทำงบประมาณ (budgeting) และการตรวจสอบ (audit)

อย่างไรก็ดี ประเทศที่ศึกษาทุกประเทศ ยกเว้นสหราชอาณาจักรมีการจัดเก็บภาษีสุขภาพ (earmarked health tax) ที่แยกออกมาจากการจัดเก็บภาษีรายได้บุคคลธรรมดาทั่วไป หรือจาก ค่าธรรมเนียมประกันสังคม เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการทางการคลังของกองทุนสุขภาพมีความ ชัดเจน โปร่งใส สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายและขนาดวงเงินงบประมาณที่รัฐจะต้องจัดสรรไว้ในแต่ละปี ในขณะที่เดียวกันการจัดเก็บภาษีสุขภาพทำให้ประชาชนต้องใส่ใจกับต้นทุนในการ รักษาพยาบาลเพราะสุดท้ายแล้ว หากไม่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายผู้ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมคือ ผู้มีรายได้ที่ต้องเสียค่าเบี้ยประกันที่คำนวณเป็นสัดส่วนของเงินเดือนหรือรายได้ที่เพิ่มสูงมากขึ้น

คุณภาพของการรักษาพยาบาลเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความ คุ้มค่าของระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่งบประมาณมีจำกัด ทำให้ หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องพยายามที่จะได้มาซึ่งบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดภายในงบ

ค่าใช้จ่ายที่มีจำกัด กรณีศึกษาทั้ง 4 ประเทศมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของการรักษาพยาบาล หากแต่ความเข้มงวดในการบังคับให้สถานพยาบาลจะต้องรักษามาตรฐานดังกล่าวแตกต่างกัน ในประเทศฝรั่งเศสสถานพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นมาเท่านั้นที่จะสามารถรับเงินอุดหนุนจากรัฐได้ ในขณะที่ออสเตรเลียมิได้มีข้อกำหนดที่เข้มงวดหากแต่มีการให้เงินอุดหนุนเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เยอรมนีเป็นประเทศเดียวที่ใช้กลไกตลาดในการผลักดันให้สถานพยาบาลปรับปรุงคุณภาพของบริการ โดยการบังคับให้ต้องเปิดเผยผลการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลตามดัชนีคุณภาพที่ภาครัฐกำหนด ญี่ปุ่นเป็นประเทศเดียวที่ไม่มีระบบแรงจูงใจหรือข้อบังคับให้สถานพยาบาลปรับปรุงหรือรักษามาตรฐานคุณภาพของบริการแต่อย่างใด

5. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโครงสร้างและการอภิบาลของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศเปรียบเทียบกับในประเทศไทยพบว่า ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากการบริหารจัดการของกองทุนแต่ละกองทุนแบบแยกส่วน ทำให้มีต้นทุนในการบริหารที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้แล้ว การขาดการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพที่มีอยู่หลากหลายอย่างบูรณาการทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษาพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งสิทธิดังกล่าวทำให้มีการเรียกร้องให้มีการปรับปรุงระบบเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ภายใต้กองทุนใด

คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของไทยเพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษาพยาบาลดังนี้

ประการแรก ประเทศไทยจำเป็นต้องเลือกระบบประกันสุขภาพของประเทศที่พึงปรารถนาว่าต้องการให้เป็นระบบที่อิงกับระบบประกันสังคม เช่นเดียวกับประเทศฝรั่งเศส ประเทศเยอรมนี และประเทศญี่ปุ่น หรือระบบที่ไม่อิงกับระบบประกันสังคม เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษและประเทศออสเตรเลีย คณะผู้วิจัยเห็นว่า ระบบประกันสังคมอาจไม่เหมาะสมนักสำหรับประเทศไทย เพราะในปัจจุบันระบบประกันสังคมครอบคลุมจำนวนแรงงานเพียง 10 ล้านคน นอกจากนี้แล้ว ระบบประกันสังคมให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนเฉพาะช่วงเวลาที่ยังไม่เกษียณอายุการทำงานเท่านั้น ทำให้ภาครัฐต้องมีระบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามารองรับประชาชนจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและผู้เกษียณอายุการทำงาน

ประการที่สอง ในประเด็นของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรมีการโอนย้ายภารกิจในการกำหนดนโยบาย และในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบให้อยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน ซึ่งควรเป็นกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็น

ผู้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของภาครัฐเป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ และเพื่อให้ได้รับความรับผิดชอบต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความชัดเจน อย่างไรก็ตาม ใดก็ดี เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีสถานภาพที่เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (service provider) จากการที่มีโรงพยาบาล และสถานอนามัยที่อยู่ในสังกัดจำนวนมาก หน่วยงานที่เข้ามาบริหารจัดการ และกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศจึงควรเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข แม้จะสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม

ประการที่สาม ในประเด็นของการรวบรวมกองทุนนั้น หากรัฐเห็นว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศควรเดินไปในทิศทางที่ไม่อิงกับระบบประกันสังคมแล้ว ก็ควรมีการโอนย้ายงานด้านสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมมาอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพภายใต้ระบบเหมาจ่ายรายหัว และเพื่อที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

คณะผู้วิจัยเห็นว่า การรวบรวมสองกองทุนดังกล่าวในมิติของสิทธิประโยชน์ไม่น่าจะเป็นปัญหาเนื่องจากสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระหว่างสองกองทุนนี้แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมอาจเสนอสิทธิพิเศษแก่สมาชิก ที่เพิ่มไปจากสิทธิพื้นฐานในการรักษาพยาบาลในลักษณะที่คล้ายคลึงกับในต่างประเทศที่เรียกว่า “add on” เพื่อที่จะมีให้สิทธิพิเศษดังกล่าวนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกัน และนำไปสู่การแย่งชิงทรัพยากรในการรักษาพยาบาลของภาครัฐที่มีจำกัด สิทธิพิเศษดังกล่าวจะต้องไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกรณีของการเจ็บป่วยปกติหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สิทธิพิเศษดังกล่าวอาจหมายถึง การได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีที่ลาป่วย การใช้บริการตรวจสอบสายตาและคัดแว่น การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือ การใช้สถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น สิทธิพิเศษเหล่านี้สามารถคำนวณเป็นค่าเบี้ยประกันที่ สปส. สามารถเรียกเก็บจากสมาชิกได้

สำหรับระบบสวัสดิการของภาครัฐนั้น คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ในระยะสั้นยังไม่มีควมจำเป็นที่จะต้องยุบรวมระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นระบบจ่ายตามจริงต่างจากอีกสองกองทุนซึ่งเป็นการเหมาจ่ายรายหัวทำให้การรวบรวมมีความซับซ้อนและมีความอ่อนไหวสูง เนื่องจากข้าราชการมองว่าสิทธิในการเลือกสถานที่ในการรักษาพยาบาลได้ทั่ว เป็นสิทธิที่เหนือกว่าอีกสองระบบนั้น เป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการในการทำงานซึ่งไม่ควรถูกรีดรอน

คณะผู้วิจัยเห็นว่า รัฐควรมีแผนการที่จะลดช่องว่างของสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสุขภาพอีกสองระบบโดยการดำเนินการเพื่อ ยุบเลิกระบบสวัสดิการข้าราชการแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยการกำหนดให้ข้าราชการที่บรรจุใหม่ใช้บริการระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หรือระบบประกันสังคมแห่งชาติแล้วแต่ว่าระบบใดจะเป็นระบบหลักของประเทศ) โดยให้ค่าชดเชยเป็นเงินเพิ่มรายปีที่คำนวณจากส่วนต่างของค่าใช้จ่ายของระบบจ่ายตามจริงกับเหมาจ่ายรายหัวตามข้อมูลเชิงประจักษ์

ประการที่สี่ ในประเด็นของวิธีการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลนั้น คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าประเทศไทยควรที่จะคงรักษาระบบเหมาจ่ายรายหัวเพื่อที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในอนาคต หากแต่ต้องปรับปรุงให้การเบิกจ่ายมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น การนำระบบการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาเสริมระบบการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษาโรคเรื้อรัง หรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงที่มีการดำเนินการในปัจจุบัน และการทำ case-mix เพื่อให้อัตราการเบิกจ่ายสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแต่ละแห่งมากขึ้น เป็นต้น

ประการที่ห้า ในส่วนของระบบการคลังนั้น หากมีการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมประกันสังคมในส่วนของสุขภาพแล้ว รัฐอาจพิจารณาจัดเก็บ “ภาษีสุขภาพ” เพื่อที่จะให้มีแหล่งเงินสำหรับอุดหนุนบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แน่นอน คณะผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการกำหนดฐานภาษีในการจัดเก็บภาษีสุขภาพดังกล่าวที่กว้าง เนื่องจากประเทศไทยมีแรงงานในระบบน้อย และมีจำนวนผู้จ่ายภาษีรายได้บุคคลธรรมดาไม่กว้าง การเก็บภาษีหัก ณ ที่จ่ายจากเงินเดือน หรือจากภาษีรายได้บุคคลธรรมดาจึงไม่เหมาะสม ซึ่งอาจพิจารณาแนวทางที่ประเทศฝรั่งเศสใช้ คือ การเก็บจากภาษีที่หลากหลาย รวมถึง ภาษีหัก ณ ที่จ่าย ภาษีรายได้นิติบุคคล (เนื่องจากธุรกิจจำนวนมากใช้บริการของแรงงานนอกระบบ เช่น ธุรกิจก่อสร้าง) ภาษีทรัพย์สิน ภาษีสรรพสามิต ฯลฯ เพื่อที่จะกระจายภาระค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในวงกว้าง

ในปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพของไทยทั้งสามกองทุน มีกรอบความรับผิดชอบทางการคลังที่จำกัด โดยเฉพาะในส่วนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ใช้งบประมาณกลางเป็นหลัก ทำให้ไม่มีผู้ที่รับผิดชอบต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย เนื่องจากกรมบัญชีกลางมิได้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับระบบดังกล่าว หากแต่เป็นเพียงผู้ที่ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลตามกฎหมายเท่านั้น ทำให้การใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขาดความรับผิดชอบทางการเงินการคลัง เป็นผลทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าระบบอื่นๆ เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพของไทยโดยรวมมีความรับผิดชอบด้านการคลังมากขึ้น คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอดังต่อไปนี้

(1) ควรมีหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบต่อการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อที่จะมีผู้รับผิดชอบด้านการคลังที่ชัดเจน

(2) การตรวจสอบการใช้งบประมาณเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอในการที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หากผู้ให้บริการไม่ตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องแบกรับ ทั้งนี้ ทุกประเทศที่ได้มีการศึกษามีระบบประกันสุขภาพแบบจ่ายตามจริง ผู้ป่วยมีภาระในการร่วมจ่ายค่ายาและค่ารักษาพยาบาลไม่มากนักน้อย เพื่อที่จะให้ผู้ที่ได้รับสิทธิมีความตระหนักถึงต้นทุนในการรักษาพยาบาล ดังนั้น ควรมีการนำระบบ “ภาษีสุขภาพ” มาใช้แทนการใช้งบประมาณกลาง เพื่อที่จะให้มีแหล่งเงินที่สามารถจัดสรรให้แก่บริการสุขภาพของประชาชนที่แน่นอน นอกจากนี้แล้ว การมีภาษีสุขภาพยังช่วยทำให้ผู้เสียภาษีได้รับทราบถึงต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาลที่รัฐต้องแบกรับ

(3) จัดตั้งหน่วยงานที่เข้ามาประเมินผลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ทั้งในด้านการเงินและคุณภาพของบริการ

(4) มีระบบแรงจูงใจที่โยงผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่ถูกประเมินเข้ากับงบประมาณที่จะได้รับอนุมัติในแต่ละปี เพื่อสามารถกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ หรือลดต้นทุนในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาล

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของไทยใช้งบประมาณของภาครัฐและเงินกองทุนของระบบประกันสังคมรวมแล้วเป็นวงเงินเกือบ 200,000 ล้านบาทในแต่ละปี การบริหารจัดการจึงต้องมีความโปร่งใส ปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน โครงสร้างของคณะกรรมการที่เข้ามาดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในประเทศอังกฤษมีระบบประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข การคัดเลือกกรรมการของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS Board) ได้ให้ความสำคัญแก่ 3 ปัจจัย คือ ความเท่าเทียมกัน (equality) การมีส่วนร่วม (inclusion) และความหลากหลาย (diversity) ซึ่งหมายความว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการจะต้องให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มผู้ให้บริการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย โดยมีตัวแทนของผู้ที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน (stakeholders) เช่น ตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการ ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย ตัวแทนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ความหลากหลายของเพศ วัย วิชาชีพ และความเชี่ยวชาญที่สำคัญในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพ เช่น ความเชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ด้านการเงิน ด้านการบริหารธุรกิจ เป็นต้น แต่ที่สำคัญคือ กรรมการทุกรายจะต้องมีประวัติในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะกุศลที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข หรือ สาธารณูปโภคพื้นฐาน

สำหรับประเทศที่ระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม โครงสร้างของกรรมการมักจะมีรูปแบบไตรภาคี ทั้งนี้ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization) ส่งเสริมให้มี “สังคมเสวนา (social dialogue)” ในการกำหนดนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคม การมีตัวแทนแบบไตรภาคีในการปฏิบัติหน้าที่กรรมการบริหาร หรือสภาที่ปรึกษาของ

ระบบประกันสังคมก็เป็นตัวอย่างของการมีสังคมเสวนาดังกล่าว ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2553 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ โดยศูนย์ฝึกอบรมระหว่างประเทศ (International Training Centre) ได้จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการของระบบประกันสังคมให้กับกลุ่มประเทศแอฟริกา ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับระบบอภินาที่ดีขององค์กรที่ทำหน้าที่ในการบริหารระบบประกันสังคม รวมถึงการจัดประชุมคณะกรรมการ การรักษาความลับของข้อมูลข่าวสาร และการทับซ้อนของผลประโยชน์

ดังนั้น คณะกรรมการที่เข้ามาดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศ ควรมีการเปิดเผยผลประโยชน์ทางการเงิน เปิดเผยการถือหุ้น ตำแหน่งที่ปรึกษา ตำแหน่งกรรมการ ทั้งของตน ภรรยา และลูกที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในกิจการอื่น ๆ ก่อนที่จะเข้ามารับตำแหน่ง โดยมีการปรับปรุงข้อมูลดังกล่าวทุก 3 เดือน และควรมีข้อกำหนดมิให้คณะกรรมการรับของกำนัลจากบุคคลธรรมดา หรือบริษัทที่มีหรืออาจจะมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทางการเงินกับองค์กร หรือมิฉะนั้นควรมีข้อกำหนดให้กรรมการที่รับของกำนัลหรือสิ่งมีค่าดังกล่าวต้องแจ้งรายละเอียดในรายการของผลประโยชน์ทางการเงินของกรรมการนั้นๆ ที่เปิดเผยต่อสาธารณชน

นอกจากนี้ ในมิติของผู้ให้บริการ คุณภาพของการให้บริการก็เป็นเรื่องสำคัญ และคุณภาพของการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะขึ้นอยู่กับทั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแล และหน่วยงานที่เป็นผู้ให้บริการ ระบบอภินาของสถานพยาบาลที่ดีจะต้องส่งเสริมให้องค์กรสามารถบรรลุภารกิจที่สำคัญ 4 ประการดังต่อไปนี้

- (1) ให้บริการที่ได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ
- (2) บริหารจัดการระบบการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- (3) มีเป้าหมายระยะสั้น และมีแนวนโยบายในการพัฒนาองค์กร และการบริหารจัดการในระยะยาวที่ชัดเจน
- (4) มีความสามารถในการสื่อสารกับฝ่ายบริหารและสาธารณชนถึงความต้องการและความจำเป็นด้านทรัพยากรขององค์กร

ประการสุดท้าย ในประเด็นของบทบาทของภาคเอกชนนั้น คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรมีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรเข้ามามีบทบาทในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐมากขึ้น ทั้งนี้ การส่งเสริมให้สถานพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการรักษาพยาบาล จะต้องมีการออกแบบแนวทางในการกำกับดูแลคุณภาพของการรักษาพยาบาลระบบการอภินาของ

สถานพยาบาลเหล่านี้¹ อาทิเช่น การประกันกระแสรายได้ที่แน่นอนของสถานพยาบาล ตลอดจน การส่งเสริมให้สถานพยาบาลเหล่านี้มีทุนที่เพียงพอในการบำรุงรักษาและพัฒนาศักยภาพในการ รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องมีการวิจัยในรายละเอียดต่อไป

ในส่วนของบทบาทของสถานพยาบาลขนาดเล็กในระดับท้องถิ่นนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่าทั้ง สามกองทุนควรร่วมกันในการทำสัญญาว่าจ้างกับศูนย์อนามัย ศูนย์แพทย์ หรือศูนย์สุขภาพของ ชุมชน เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐในการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพ หน่วยสุขภาพปฐม ภูมิเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็น “นายด่าน” (gate keeper) ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้แก่ ประชาชนในท้องถิ่น เพื่อที่จะลดความแออัดของโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลตำบล ซึ่งจะ ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถยกระดับคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภู มิได้ แต่ทั้งนี้ จะต้องมีการพัฒนาระบบส่งตัว (referral system) เพื่อมิให้โรงพยาบาลปฏิเสธการรับ ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากคลินิกเอกชน รวมทั้งมีระบบการควบคุมคุณภาพของคลินิกเอกชนเหล่านี้ด้วย

สำหรับการบริหารจัดการด้านการคลังนั้น รัฐสามารถจัดทำสัญญากับสถานประกอบการ เอกชน ในกรณีที่มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพไปยังท้องถิ่นแล้ว องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดทำสัญญา ในกรณีที่ยังไม่มีกระจายอำนาจ หน่วยงาน ส่วนกลางที่เป็นผู้บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติจะเป็นผู้ดำเนินการว่าจ้างเป็นรายปี

¹ การศึกษาส่วนมากระบุว่า สถานพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรที่มีผลงานที่ดีจะต้องมีคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ ที่ให้บริการรักษาพยาบาล

Executive Summary

1. Overview of Thailand's health insurance system.

The health insurance system in Thailand is currently separated into three main programs, namely the Civil Servants System (CSS), the Social Security System (SSS) and the National Health Security Program (NHSP). Each of them has been developed and implemented for different groups of beneficiaries. The CSS was created to finance the provision of health care services for civil servants and their families whose number totaled roughly 5 million. The SSS, on the other hand, aims to provide health and social welfare for private employees. Its membership was roughly 10.5 million in 2012. Lastly, the NHSP was designed to be the health care scheme for those not eligible under the first two programs. Its membership stands at roughly over 48 million.

A part from the three main health care schemes mentioned above, there also exist other schemes such as those established for employees of the Bangkok Metropolitan Administration and 7,000 other local administrations, state-owned enterprises and foreign workers. Moreover, many private companies and public enterprises establish their own health schemes for their employees.

A review of health care regimes overseas reveals that multiple health care schemes (such as in countries where health care benefits are provided through the social security system) is not necessarily problematic if all are overseen by a single authority responsible for the national public health policy. However, the three health care programs in Thailand are governed by three different public agencies: the Comptroller General's Department (Ministry of Finance), the National Health Security Office (Ministry of Public Health) and the Social Security Office (Ministry of Labor), which manage the CSS, the NHSP and the SSS respectively.

The administrative separation of health insurance system into three schemes lead to fragmentation of patients and health service costs database and duplication of administrative costs. For example, each scheme has its own case mix center and own financial audit. More importantly, independently managed schemes lead to discrepancies in health care benefits as elaborated below.

- 1) Different financial burden: SSS members are obliged to pay monthly health insurance contributions while beneficiaries of the CSS and the NHSP acquire the benefits free of charge.
- 2) Unequal health benefits: members of the “fee-for-service” CSS system are allowed to obtain health care services provided in any public hospitals nationwide, while SSS and the NHSP members can obtain the services only in hospitals or health centers where they have previously registered as a beneficiary under the “per capitation payment system”.
- 3) Discriminatory treatment: patients with “fee-for-service” health care scheme normally obtain better treatment than those with “per capitation” counterparts. For example, in the process of hemodialysis (blood treatment) for chronic kidney disease, the CSS and the NHSP allow the patients to receive the treatment as much as they need. This is not the case for the SSS patients who can receive the treatment with the charges limited at 4,500 baht per week. Also, different schemes often use different DRGs: Different rate of reimbursement leads to different service quality.

To summarize, Thailand’s current health insurance system with multiple schemes under different authorities, appears to be inefficient and inequitable due to the administrative duplication and overlapping as well as the health benefits disproportionately provided among the population.

2. Means of financing

The review of health care regimes overseas shows that the means of financing the health system is determined by the structure of the system itself. “Single-payer system”, such as that in the UK and Australia, is mainly financed out of annual public budget (approximately 70-75 percent of total expenditures of health care). On the other hand, if health care system is attached to the Social Security system, often made up of various health funds belonging to various occupational groups and thus, known as the “multi-payers system”, three quarters of the financing often comes from tripartite contributions namely, the employers, employees and the State. The remaining 30 per cent of health care cost is usually covered by patients owned “out-of-the-pocket” expense or by private insurance bought by individuals to limit health care cost burden.

Thailand's health care system is both single- and multi-payers financing depending on the health schemes. The CSS and the NHSP are only financed by the State whereas the SSS is co-financed by employees, employers and the State.

3. Role of Private Stakeholders.

The private actor plays two important roles in the public health care system: service provider and insurer.

In many countries, private hospitals serve as the main health care provider at different levels of health care. At the primary level, there exist a large numbers of private clinics that provide health care services to the local population. An advantage of private clinics is that they are in physical proximity to the community and thus, can respond swiftly and effectively to its specific health care needs. At the secondary and tertiary level, private not-for-profit hospitals play equally important role as public hospitals in many countries, especially in Japan where all private hospitals are, by law, "not-for-profit". This is because it is believed that the delivery of health care services is based not only commercial, but also social objectives.

The private sector role as health insurer is more limited in most countries. In developed countries where the universal health care scheme covers almost all health care requirements, there is little market for private health insurers. Insured persons may buy a "supplemental" health insurance from private insurers which provide minor additional benefits such as dental services or the use of original drugs. The exception is Australia, where the government has a clear policy to promote private health insurance by providing financial incentives for high income earners to opt out of the public health care scheme.

Most private hospitals in Thailand are for-profit hospitals. This may be the case because; unlike in Japan and European countries where religious organizations (related to Christianity) often run nonprofits hospitals, Buddhist temples never did get involved with health care matter. There are more than 200 private hospitals taking part in the NHSP funds and approximately 90 in the SSS funds. Small hospitals are active only in the NHSP.

4. Governance of public health insurance system.

Increase in health care costs for the population tends to be a challenge worldwide as it causes a budget constraint for the State to provide equal and cost-effective health services. Many countries try to improve the assessment and monitoring mechanism for the designated agencies in charge of public health care governance. The objective is to enhance their accountability.

The review of the health care system governance abroad shows that the Ministry of Public Health is normally at the top of the public health care governance hierarchy. It is accountable to the Parliament and or the Legislative Body. In the United Kingdom, there are two designated agencies in charge of financial audit and quality audit which are the **Monitor** and the **Care Quality Commission** respectively. Both agencies have to report regularly to the Ministry of Health and the Parliament.

In general, the accountability of the designated agencies is divided in two dimensions: financial accountability and performance accountability. In public health care services, the financial accountability means the monitoring and reporting of budget allocation through accounting, budgeting and auditing. The performance accountability, on the other hand, consists of indicators related to the accessibility, quality and speed of health service delivery.

All countries reviewed implement earmarked health tax to ensure the availability of health care funding and transparency of its management. Health tax also helps raise public awareness about the size of the country's fiscal burden in providing universal health care.

With increasing binding budgetary constraints, many countries have introduced strict service quality standards in order to ensure that tighter price controls do not lead to lower service quality. In France hospitals that do not meet the set standard are not eligible for state subsidies. Germany requires every hospital to disclose the result of its main health care quality assessment index so that patients may choose where to go for service. Japan does not make the service quality assessment mandatory for hospitals and does not make the results of the assessment public. Australia, on the contrary, does not impose quality standard on the hospitals but provide additional subsidies for those that achieve the quality standard.

5. Policy recommendations

The result of this study shows that Thailand's health insurance systems is cost-inefficient and provide unequal benefits to different groups of the population due to the fragmentation in the management of different health care schemes.

Therefore, the research team's recommendations to improve efficiency in administrative costs and reduce inequality of benefits in Thailand's health care system are elaborated below.

Firstly, Thailand needs to decide, among the three different health care schemes, which would become the designated national scheme. The Social Security model as it is France, Germany and Japan, may not be suitable for the Thai context. This is because the SSS in Thailand currently covers only 10 million employees out of 40 million work forces as the informal sector in Thailand remains significant. More importantly, health care benefits under the SSS only cover the employee himself or herself and not family members and coverage ends with retirement. This means that an alternative health care scheme is required to take responsibilities for retired private employee as well as children and unemployed persons. The CSS system, which is a fee-for-service, is far too costly for the country and ill likely impose unsustainable fiscal burden. The NHSP is the most likely candidate as it already covers 48 of 65 million populations and the management of the scheme thus far is most efficient of all three schemes.

Secondly, regarding the administration and management, to avoid duplication of health care management, there should only one designated health authority ensuring health care policy and supervision of the three schemes. That designated authority should be the **Ministry of Public Health** which has already responsibilities for the policy on national public health. Nonetheless, the Ministry plays not only the role of a policymaker/regulator, but also a service provider with many public hospitals under its supervision. The designated public agency in charge of national health insurance system should be therefore independent from the Ministry in spite of being under its supervision.

Thirdly, all health care benefits need to be harmonized based on those defined under the NHSP. The integration of the SSS and the NHSP, in the research team's opinion, is not necessarily problematic because the health care benefits offered by both schemes are comparable. SSS beneficiaries no longer need to make contributions to the health insurance as they are entitled to the "universal health care benefits" free of charge as o all Thai citizens. However, the SSS

may provide peripheral additional benefits as “add ons” such as compensation for loss income during maternity leave or sick leave, access to eye examination or access to dental care. These “add-on” should not impose excessive demand on limited public health care resources premium for the insured persons. For example, add ons may not prescribe access to higher quality treatment.

On the matter of the CSS, the research team finds that it is not, in the short term, urgent to integrate the CSS funds with the NHSP funds. Since both funds use different reimbursement systems (fee-for-services payment for the CSS and per capitation payment for the NHSP), their integration can cause the complexity for the management and administration. More importantly, the proposed integration will likely raise strong resistance from civil servants who perceive their generous health care scheme as part of their employment benefits.

The State may gradually phase out the CSS by subscribing newly hired civil servants to the NHSP (or to the SSS depending on which one will be the referential scheme for the national health insurance system) and offering financial payment to compensate for the lost health care benefits.

Fourthly, regarding the reimbursement method, the State should keep the per capitation payment system in order to be able to control health care costs. But this reimbursement system should be more flexible. To do so, the State can, for example, make additional payments for chronic diseases or other costly diseases on the DRG basis. The “case-mix” based will allow the reimbursement to become more aligned with actual costs.

Fifthly, concerning the financial resources, the State may impose “earmarked health tax” in order to guarantee financial resource for health care and to raise public awareness of and state accountability for its costs. However, as the personal income tax base in Thailand is very small due to the large informal sector mentioned earlier. For this, the State can consider the example of France where tax revenue comes from various sources such as corporate income tax (as many businesses employ informal workers such as construction sector), property tax, and excise tax.

While earmarked health tax can promote greater transparency in health care funding, better accountability in the management of the health care system will also be required. To promote fiscal prudence, the following measures are proposed:

- **Single administrative body for budget management:** there should be a single public agency in charge of the budget matter of the entire national health insurance system.
- **Independent budget and quality auditor:** the State should set up an independent public agency to conduct budgetary and service quality assessment of all health schemes.
- **Incentive mechanism for the schemes managers:** the performance evaluation of the designated agencies should be assessed based on the size of the budget allocated each year. This is to create incentive for those agencies to enhance efficiency and lessen costs in terms of administration as well as to provide better health care services.

The governance of the health insurance commission is another point worth an emphasis. In the UK, the composition of members of the National Health System Board meets three criteria: equality, inclusion and diversity. This implies that the NHS Board should be composed by representatives from different social partners such as health care providers, patients, and disabled or disadvantaged persons. It should also be proportionately combined with male and female members of various age groups, different professions and fields of expertise such as law finance/audit and business administration. More importantly, the Board members should have previously taken part of voluntary activities regarding health services and public services.

In other countries where the health insurance system is part of the Social Security System, the composition of the governing board is usually tripartite. The three-party management of the Social Security advisory commission takes an example from the Social Dialogue upheld by the International Labour Organization (ILO). In 2010, the ILO developed a handbook for the social security board members in Africa regarding the good governance and decision making of social security system.

To create transparency of the system governance and mitigate the conflict of interest of the governing board, all the board members should, therefore, be required to declare their financial interests such as share holdings, directorships and consultancy contracts as well as those of their family members including their spouse and children under the legal age. This information should be updated every three months. In addition, the board members should be obliged not to accept any gift or gratuity from other individuals or business that can probably draw interests from the social security organization. In the contrary, if the members accept these financial personal benefits, they are obliged to inform these details openly to the public.

On the matter of services provision, the quality of health care services which is crucial is usually under the control of both the supervising agency and the health service provider. The good governance of national health insurance system should encourage the health care providers to attain four missions elaborated below.

- (1) Provide standardized health care which is consistent with the need of patients
- (2) Ensure efficiently and sustainably the financial and budgetary management.
- (3) Determine clear short-term objectives as well as long-term organizational development and administrative policy.
- (4) Be capable to communicate with the administration and the public about the organizational needs in terms of resources.

Finally, in terms of the private sector's role, the research team finds that it is advantageous for the State to allow more room for not-for-profit hospitals in the public health care. Nonetheless, the State should determine clear quality regulation and governance for these hospitals². The State should find measures to ensure these hospitals' financial sustainability so that they can deliver health care permanently without constraint. This subject is worth a more detailed study in the future.

For small local hospitals, the three health schemes should employ local or community clinics to save costs of establishing new public health centers. These primary health care providers can help reduce congestion at public hospitals at the district or provincial level. The establishment of a good "referral system" is, however, necessary so that secondary and tertiary care health providers cannot refuse patients referred by local clinics.

In terms of budgetary administration, the State can contract private health providers directly. In case the administrative competence of health care is decentralized to the local authorities, it is the responsibilities of the latter to do so.

² Many studies reveal that most of successful not-for-profit hospitals are composed by governing board members who represent the local populations benefiting their health care.

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในขณะที่ระบบประกันสังคมเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้าง และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนทั่วไปที่นอกเหนือจากผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม

การที่ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลากหลายทำให้เกิดปัญหาหลายประการ เช่น สิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษายาบาล เป็นต้น อีกทั้งการมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง เนื่องจากแต่ละระบบมีกระบวนการในการทำงานแตกต่างกัน จึงมีค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น และยังทำให้การบริหารจัดการด้านการคลังไม่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาระบบการอภิบาลการคลังสาธารณสุขของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้แก่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต่างๆ และสามารถสร้างความยั่งยืนทางการเงินของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้

ผลการศึกษาพบว่า การมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนไม่ได้เป็นประเด็นปัญหา หากกองทุนเหล่านั้นอยู่ภายใต้การกำกับของหน่วยงานเดียวกัน คือ กระทรวงที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขดังเช่นในประเทศที่ศึกษาหลายประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมซึ่งมีกองทุนประกันสังคมมากกว่า 1 กองทุนตามลักษณะของอาชีพ การที่ประเทศไทยที่มีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบซึ่งอยู่ภายใต้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงที่ต่างกัน 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน ทำให้เกิดปัญหาความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการ ความลักลั่นของสิทธิประโยชน์ และภาระเบี้ยประกัน รวมถึงความแตกต่างของรูปแบบการบริการจัดการด้านการคลัง ซึ่งระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุน ในขณะที่อีก 2 ระบบใช้เงินจากงบประมาณของประเทศโดยตรง

ในเชิงความเท่าเทียมกัน (equity) ของบริการรักษายาบาลนั้น จากการที่กองทุนสุขภาพในประเทศไทยทั้ง 3 กองทุนมีรูปแบบที่ต่างกันและอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงที่ต่างกัน ทำให้เกิดความ “เหลื่อมล้ำ” ของสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษายาบาลระหว่างกองทุนในหลายมิติ เช่น

1) ภาระค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่าย โดยร่วมจ่ายกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่าย

2) สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ได้ในแต่ละกลุ่มก็ยังคงแตกต่างกัน เช่น การเข้าถึงการรักษา ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริง ในขณะที่อีก 2 ระบบนั้น ต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

3) คุณภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริง กับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามโรค อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน

ในเชิงประสิทธิภาพ (efficiency) การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนที่สูงสำหรับผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่าย (payer) ในมิติของผู้ให้บริการ การมีระบบประกันทั้งสามระบบทำให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นปัญหาเนื่องจากแต่ละกองทุนมีวิธีการ และ เอกสารที่ต้องใช้ที่แตกต่างกัน เช่น การเก็บข้อมูลในการรักษาพยาบาลนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้โปรแกรม NISO สำนักงานประกันสังคมใช้โปรแกรม SSdata และกรมบัญชีกลางใช้โปรแกรม CSMBS ทำให้ฐานข้อมูลไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น ในมิติของผู้จ่ายหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลซึ่งหมายถึงภาครัฐนั้น การมีระบบประกันสุขภาพที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (Clinical audit) เป็นต้น

ประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ทั้งในมิติของโครงสร้างและระบบอภิบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อที่จะ

(1) เพิ่มประสิทธิภาพ และลดต้นทุนในการบริหารจัดการ และ

(2) ลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของผู้ประกันตนในแต่ละกองทุน

เพื่อที่จะบรรลุเป้าประสงค์ทั้งสองดังกล่าว ประเทศไทยจำเป็นต้องเลือกว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศที่พึงปรารถนาจะเป็นระบบที่อิงกับระบบประกันสังคม หรือที่ไม่อิงกับระบบประกันสังคมโดยใช้งบประมาณของประเทศ

คณะผู้วิจัยเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพหลักของไทยในอนาคตควรมีระบบเดียวซึ่งใช้งบประมาณของประเทศ เนื่องจาก ระบบประกันสังคมในปัจจุบันมีสมาชิกเพียง 10.3 ล้านคน จากทั้งหมด 40 ล้านคนทำให้ไม่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ประเทศไทยยังคงมีเศรษฐกิจและแรงงานนอกระบบจำนวนมาก ในขณะที่ระบบสวัสดิการข้าราชการมีค่าใช้จ่ายที่สูงเกินควร หากเป็นเช่นนั้นแล้วควรมีการโอนย้ายภารกิจในการกำหนดนโยบาย และในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบให้อยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน ซึ่งควรเป็นกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของภาครัฐเป็นไปอย่างบูรณาการ และเพื่อให้ความรับผิดชอบต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความชัดเจน อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากกระทรวงสาธารณสุขมีสถานภาพเป็นผู้ให้บริการด้วยเนื่องจากมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในสังกัดจำนวนมาก หน่วยงานที่รับภารกิจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศจึงควรที่จะเป็นอิสระจากกระทรวงฯ เพื่อป้องกันปัญหาการทับซ้อนของบทบาทหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลกับผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

หากรัฐเห็นว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศควรเดินไปในทิศทางของกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้เงินจากงบประมาณแล้วก็ควรที่จะมีแนวทางในการรวบรวมทั้งกองทุนสุขภาพทั้งสามระบบเข้าด้วยกัน โดยอาจยึดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแกน ดังนี้

- 1) กำหนดให้สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากแต่ระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมอาจเสนอสิทธิพิเศษเพิ่มเติม (add on) ให้แก่ข้าราชการและผู้ประกันตน (การคำนวณเบี้ยประกันจะต้องอิงกับต้นทุนในการให้สิทธิเพิ่มเติมเท่านั้น) เช่น กองทุนประกันสังคมอาจให้สิทธิพิเศษในการได้รับค่าชดเชยรายได้ในช่วงที่ลาป่วย หรือลาคลอด และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอาจให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกในการเลือกรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นต้น
- 2) โอนย้ายภารกิจด้านการรักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคมมายัง สปสช.
- 3) กำหนดให้ข้าราชการหรือพนักงานของรัฐที่มีการบรรจุใหม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้ค่าชดเชยเป็นเงินเพิ่มรายปีที่คำนวณจากส่วนต่างของค่าใช้จ่ายของระบบจ่ายตามจริงกับเหมาจ่ายรายหัวตามข้อมูลเชิงประจักษ์
- 4) ในช่วงเปลี่ยนผ่าน กระทรวงสาธารณสุขสามารถลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับระบบประกันสุขภาพของภาครัฐอีกสองระบบโดยการ (1) ปรับอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เท่ากัน และ (2) ปรับปรุงอัตราการเบิกจ่ายยาของกรมบัญชีกลางเพื่อให้สถานพยาบาลไม่มีแรงจูงใจที่จะจ่ายยาราคาแพงให้แก่ผู้ใช้สิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการโดยไม่จำเป็น

Abstract

The health insurance system in Thailand is currently separated into three main programs, namely the Civil Servants System (CSS), the Social Security System (SSS) and the National Health Security Program (NHSP). Each of these programs has been developed and implemented for different groups of beneficiaries. The CSS was created to finance the provision of health care services for civil servants and their family including their parents and children under the legal age. The SSS, on the other hand, aims to provide the social welfare for private employees. The NHSP is the health care coverage scheme for the rest of population who do not benefit from the first two schemes.

The multiple programs proved rather problematic as they lead to inequality of health benefits and inefficiency due to duplicate administration and management.

This study aims thus to analyze the governance of Thailand's national health system with the objectives to establish equity in terms of benefits from the health care schemes among Thai population as well as to create the budgetary sustainability for the health insurance system.

Reviews of health care regimes overseas reveal that multiple health care schemes (such as in countries where health care benefits are provided through the social security system) is not necessarily problematic if all are overseen by a single authority responsible for national public health policy. However, the three healthcare programs of Thailand are governed by three different public agencies: Ministry of Finance, Ministry of Public Health and Ministry of Labor, which manage the CSS, the NHSP and the SSS respectively. Overlapping and duplication of administration and management lead to inefficiency and more importantly, inequality of health benefits as elaborated below.

- 1) Different charges of health insurance: the insured persons of the SSS are obliged to pay their health insurance charges regularly in order to benefit the insurance co-payment from their employers and the State. Whereas the beneficiaries of the CSS and the NHSP are not to but still benefit the rights on health care services.
- 2) unequal health benefits: members of the “fee-for-service” CSS system are allowed to obtain health care services provided in any public hospitals nationwide, while SSS and

the NHSP members can obtain the services only in hospitals or health centers where they have previously registered as a beneficiary under the “per capitation payment system”.

- 3) Discriminatory treatment: patients with “fee-for-service” health care scheme normally obtain better treatment than those with “per capitation” counterparts. Also, different schemes often use different DRGs. Different rate of reimbursement leads to different service quality.

In terms of efficiency, the administrative separation of health insurance system into three schemes leads to high costs for both the health services providers (hospitals) and the payers (public agencies).

- 1) For the providers, the costs are generated from the complication of reimbursement systems because each scheme necessitates different beneficiaries’ data collection and documentation. The NHSP uses the database software called “NHSP” while the SSS and the CSS require the “SSdata” and the “CSMBS” respectively.
- 2) For the payers, the costs are caused in the process of overseeing the systems separately. This means that the State has to duplicate the process such as financial audit and clinical audit for each scheme.

Consequently, the current health insurance system in Thailand needs to be reformed regarding its structure and governance in order to

- 1) improve the efficiency and reduce the costs of administration and management and
- 2) reduce inequality in terms of health benefits and quality of services for beneficiaries covered by each program.

To attain to the objectives mentioned above, Thailand has to choose whether its health insurance system is operated in the same model as the Social Security or not.

The research team finds that Thailand’s health insurance system in the future should be based on a single scheme and that this scheme should be fully funded by the national budget. This is because the SSS covers only 10.3 million of over 40 million work force.

This is because Thailand has a very large informal economy. The CCS, on the other hand, does not make a feasible national scheme due to the uncontrollable surge in costs.

It is recommended that national health care scheme be managed by a single authority, which should be the Ministry of Public Health so that the system is coherent and is easily accountable. However, since the Ministry, with many hospitals and health centers under its supervision, is also a service provider, the designated public agency in charge of the system management should therefore be independent from the Ministry to avoid the problem of conflict of role between policymaker/regulator and service provider.

In case the State finds that it is more advantageous to run Thailand's health insurance system under the same model as the NHSP with the financing from public funds, the practice standards for the agencies integration should be the following;

- 1) Provide every citizen with standard health benefits currently offered by the NHSP free of charges. The CSS and SSS may nevertheless offer additional peripheral benefits as “add ons”. For example, the SSS may offer supplementary income for forgone earnings during sick leave. However the calculation of the premium should be only based on the cost of the add-on benefits only and not the standard healthcare.
- 2) Transfer the responsibilities of the Social Security Office (SSO) regarding the health insurance to the National Health Security Office (NHSO).
- 3) Provide newly hired civil servants or public employees with the standard health benefits according to the NHSP rather than the CSS and offer financial payment to compensate for the lost healthcare benefits.
- 4) During the transition period, inequality of health benefits between the CSS and the two other schemes can be avoided by
 - (1) Implement the same “DRG” for all schemes
 - (2) Revise the current drug reimbursement regulation which provides incentives for hospitals to prescribe expensive drugs to CSS patients in order to eliminate the perception about the discrepancy in drugs benefits between the CSS and the other two health care schemes.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร.....	i
Executive Summary.....	xiii
บทคัดย่อ	xxi
Abstract	xxv
สารบัญ	xxix
สารบัญตาราง	xxxii
สารบัญรูป	xxxiii
บทที่ 1 บทนำ.....	1-1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1-1
1.2 วัตถุประสงค์.....	1-5
1.3 ขอบเขตและวิธีการศึกษา	1-7
1.4 รูปแบบงานวิจัย	1-11
1.5 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย	1-11
บทที่ 2 กรณีศึกษาจากต่างประเทศ.....	2-1
2.1 โครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในภาพรวม	2-3
2.2 โครงสร้างองค์กรของระบบประกันสุขภาพ	2-9
2.3 รูปแบบการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพ.....	2-20
2.4 บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล	2-36
2.5 การรวบรวมกองทุนสุขภาพและหน่วยงานที่บริหารงานด้านประกันสุขภาพ.....	2-39
2.6 ข้อดี และจุดอ่อนของรูปแบบการจัดการแบบต่างๆ	2-44
2.7 สรุป	2-46
บทที่ 3 กลไกการอภิบาลภายในระบบบริการสุขภาพของไทย.....	3-1
3.1 ระบบประกันสุขภาพของไทย.....	3-2
3.2 โครงสร้างองค์กรที่กำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของไทย 3 ระบบ	3-15
3.3 ปัญหาของการมีหลายระบบประกันสุขภาพในไทย	3-37
บทที่ 4 สรุปและข้อเสนอแนะ.....	4-1
4.1 ข้อสรุป	4-1
4.2 ข้อเสนอแนะ.....	4-4
4.3 ข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทของภาคเอกชน.....	4-17
บรรณานุกรม	ii-1

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	การจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพ.....	2-1
ตารางที่ 2.2	การบริหารจัดการระบบสุขภาพในประเทศต่างๆ.....	2-7
ตารางที่ 2.3	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ของประเทศพัฒนาแล้วปี 2553	2-24
ตารางที่ 2.4	แหล่งที่มาของเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ.....	2-26
ตารางที่ 2.5	อัตราค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมของประเทศพัฒนาแล้ว	2-28
ตารางที่ 2.6	เปรียบเทียบการจัดการระบบประกันสุขภาพภาครัฐและเอกชนในประเทศพัฒนาแล้ว	2-34
ตารางที่ 2.7	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะของความเป็นเจ้าของ	2-37
ตารางที่ 2.8	ร้อยละของประชากรที่ทำประกันสุขภาพกับเอกชนและ สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่บริษัทประกันเอกชนรับภาระ	2-38
ตารางที่ 3.1	ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพทั้ง 6 ระบบ.....	3-6
ตารางที่ 3.2	สัดส่วนของแหล่งเงินในระบบประกันสุขภาพ	3-11
ตารางที่ 3.3	อัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม	3-11
ตารางที่ 3.4	โรงพยาบาลในประเทศไทย.....	3-12
ตารางที่ 3.5	หน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพของไทยทั้ง 5 ระบบ	3-13
ตารางที่ 3.6	หน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554	3-15
ตารางที่ 3.7	สรุปโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่ดูแลระบบสวัสดิการในประเทศไทย	3-17
ตารางที่ 3.8	งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2546 - 2554	3-22
ตารางที่ 3.9	โครงสร้างกรรมการในการบริหารงานแต่ละกองทุน	3-25
ตารางที่ 3.10	รายชื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวแทนของภาคเอกชน และสถานภาพตัวแทน.....	3-27
ตารางที่ 3.11	รายชื่อคณะกรรมการการแพทย์ที่มีหุ้นส่วนหรือเป็นกรรมการหรือ ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน.....	3-28
ตารางที่ 3.12	ผลการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547 – 2554.....	3-36
ตารางที่ 3.13	ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ต่างกันระหว่างระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการ.....	3-38

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1.1	ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2554	1-3
รูปที่ 1.2	ช่องว่างในการอภิบาลการคลัง ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย	1-5
รูปที่ 2.1	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละของรายได้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	2-8
รูปที่ 2.2	โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ	2-10
รูปที่ 2.3	โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของฝรั่งเศส	2-13
รูปที่ 2.4	ห่วงโซ่ของความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ	2-15
รูปที่ 2.5	ห่วงโซ่ของความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา	2-16
รูปที่ 2.6	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่ไม่มีสวัสดิการสังคมในปี 2553	2-23
รูปที่ 2.7	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่มีสวัสดิการสังคมในปี 2553	2-24
รูปที่ 3.1	วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในประเทศไทย	3-2
รูปที่ 3.2	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งประเทศ	3-9
รูปที่ 3.3	สัดส่วนแหล่งการคลังของรายจ่ายสุขภาพในประเทศปีงบประมาณ พ.ศ. 2553	3-9
รูปที่ 3.4	รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามแหล่งการคลัง พ.ศ. 2537 - 2553	3-10
รูปที่ 3.5	โครงสร้างองค์กรของกรมบัญชีกลาง	3-16
รูปที่ 3.6	โครงสร้างองค์กรของสำนักงานประกันสังคม	3-19
รูปที่ 3.7	เงินสมทบและประโยชน์ทดแทน ปี พ.ศ. 2554	3-20
รูปที่ 3.8	ประโยชน์ทดแทน ปี พ.ศ. 2554	3-21
รูปที่ 3.9	โครงสร้างองค์กรของ สปสช.	3-23
รูปที่ 3.10	โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3-24
รูปที่ 3.11	ขั้นตอนการเสนอและพิจารณาหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3-29
รูปที่ 3.12	กระบวนการตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3-32
รูปที่ 3.13	ค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ปี พ.ศ. 2553	3-33
รูปที่ 3.14	กระบวนการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินของหน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	3-34
รูปที่ 3.15	การถ่ายโอนข้อมูลผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลของระบบประกันสังคม	3-42
รูปที่ 3.16	การส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน	3-43
รูปที่ 3.17	การไหลเวียนข้อมูลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	3-44
รูปที่ 3.18	การไหลเวียนข้อมูลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3-45

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งเหตุและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบการบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพต้องเป็นระบบการบริการจัดการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ต้องมีการสังเคราะห์ แต่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐมีหน้าที่จัดให้มีการบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างครบถ้วนทั่วถึง เป็นธรรม ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ การกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพจะช่วยให้การปฏิรูปของระบบสุขภาพของไทยมีเป้าหมาย ทิศทางการปรับเปลี่ยนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และกระตุ้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถนำเอาแนวคิดการปฏิรูปไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไปสู่เป้าหมาย โดยขยายระบบสุขภาพออกไปจากการแพทย์และสาธารณสุข และเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All)

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยให้การรักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์ในฐานะส่วนหนึ่งของสวัสดิการสังคมแก่ผู้คนกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ระบบประกันสังคม ที่เน้นการให้สวัสดิการแก่ผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างของภาคเอกชน ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว โครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อย และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งผู้สนใจจะต้องซื้อบัตรสุขภาพในราคา 500 บาทต่อปี สำหรับการรักษาพยาบาลตนเองและครอบครัว การบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม และสวัสดิการของข้าราชการ ดำเนินงานไปได้ด้วยดี แต่โครงการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้อยู่นอกระบบทั้งสองยังคงประสบปัญหา เช่น การเลือกปฏิบัติและให้บริการอย่างไม่เท่าเทียม เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ใช้บริการบัตรสุขภาพ และสมาชิกโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการปฏิรูปภายใต้แนวคิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และเท่าเทียม

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ซึ่งแต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน โดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณของรัฐบาล เป็นระบบที่จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงที่มีการเรียกเก็บ (Fee for Service) ร่วมกับการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group : DRG) ในกรณีของผู้ป่วยใน ซึ่งต่างจากระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนาระบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มาใช้ในกรณีของผู้ป่วยนอก และเบิกจ่ายตามเกณฑ์ DRG ในกรณีของผู้ป่วยใน

การเบิกจ่ายตามการเรียกเก็บของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบปลายเปิดที่ไม่มีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายจากรัฐได้ จึงเป็นระบบที่มีความเสี่ยงที่จะประสบปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย หน่วยงานที่ดูแลบริหารจัดการ คือ กรมบัญชีกลาง รับผิดชอบดูแลระบบภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523² ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีรายจ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลสูงถึง 61,844.17 ล้านบาท แต่ครอบคลุมผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิเพียง 5 ล้านคนเท่านั้น

ในขณะที่ระบบประกันสังคมเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้าง ซึ่งครอบคลุมทั้งการชดเชยกรณีการเจ็บป่วย พิกัด เสียชีวิต และเกษียณ โดยนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาลต้องสมทบเบี้ยประกันฝ่ายละเท่าๆกัน มีการจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไป การจ่ายเพิ่มให้ตามอัตราการใช้บริการภาวะโรคเรื้อรัง บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด รวมถึงการจ่ายชดเชยให้กับผู้ประกันตนกรณีคลอดบุตร บริการทันตกรรม บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแล คือ สำนักงานประกันสังคม (สปส.) ภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533

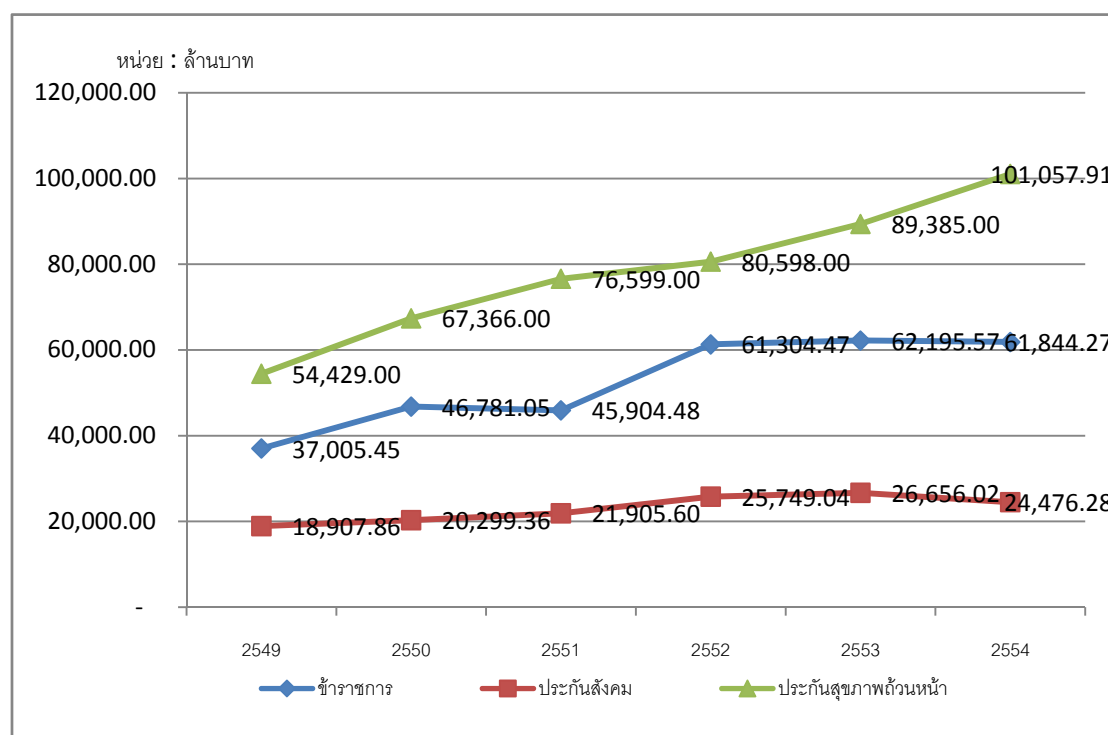
ในปี พ.ศ. 2554 กองทุนประกันสังคมมีค่าบริการสุขภาพของผู้ประกันตน 24,476.28 ล้านบาท มีจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด 9.91 ล้านคน และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนทั่วไป ที่นอกเหนือจากผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม หน่วยงานที่กำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 สปสช.ได้รับการอนุมัติงบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นวงเงินประมาณ 101,057.9 ล้านบาท ครอบคลุมประชากรที่เหลือ

² ปัจจุบันมีการยกเลิก พรฎ.ฉบับนี้และปรับปรุงใหม่เป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

จากความคุ้มครองของระบบข้าราชการ ประกันสังคม พนักงานข้าราชการส่วนท้องถิ่น และ พนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยครอบคลุมผู้ได้รับสิทธิจำนวน 63.2 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 99 ของประชากรทั้งหมด แต่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิเพียง 48 ล้านคน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 1.1) เนื่องจากหลายสาเหตุสำคัญ คือ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการให้บริการด้านสุขภาพ โครงสร้างของประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ความชุกของโรค (prevalence) เพิ่มมากขึ้น อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาระด้านการคลังระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น และประการสุดท้าย เนื่องจากหน่วยงานในการกำกับดูแลระบบสุขภาพหลักของประเทศ มีการบริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพของระบบภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน มีทิศทางเป้าหมายของแผนการดำเนินงานที่แตกต่างกัน มีการกำหนดวิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ยากต่อการดูแลบริหารจัดการให้เป็นไปในทำนองเดียวกัน

รูปที่ 1.1 ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2554



ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

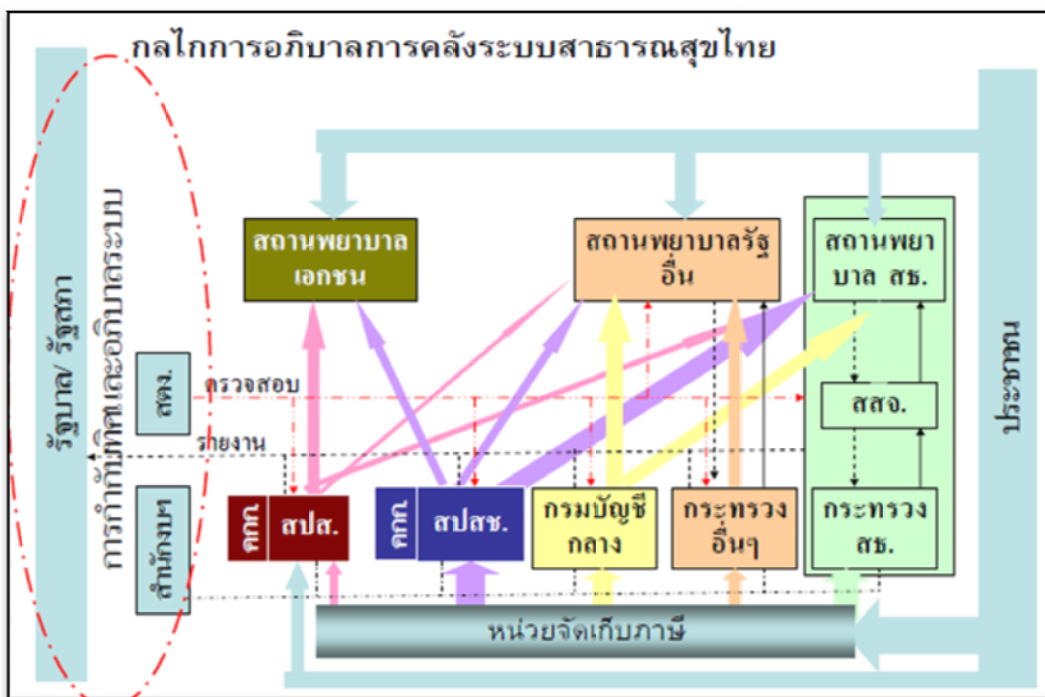
นอกจากระบบประกันสุขภาพหลักที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่จัดตั้งขึ้นสำหรับแรงงานต่างด้าว สำหรับพนักงานส่วนท้องถิ่น และสำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร ซึ่งรายละเอียดของระบบประกันสุขภาพของแต่ละระบบจะได้กล่าวถึงในบทที่ 3 ต่อไป

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลากหลายทำให้เกิดปัญหาหลายประการ **ประการแรก** เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งแต่ละระบบก็มีสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ทำให้ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน **ประการที่สอง** ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษาพยาบาลทำให้เกิดความพยายามที่จะโยนภาระค่าใช้จ่ายกันระหว่างแต่ละระบบ เช่น ในกรณีของการประกันผู้ประสบภัยจากรถยนต์ มักมีขั้นตอนและหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่ค่อนข้างยุ่งยากทำให้ผู้ป่วยมักใช้สิทธิจากระบบประกันสุขภาพอื่น เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละระบบ ทำให้สถานพยาบาลมีความพยายามที่จะโยกย้ายค่าใช้จ่ายจากระบบที่มีลักษณะของการจ่ายรายหัวไปสู่ระบบที่เป็นการเบิกจ่ายตามจริง **ประการที่สาม** การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง เนื่องจากแต่ละระบบ มีระบบและกระบวนการในการบันทึกและประมวลข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาล การรับเรื่องร้องเรียน การคำนวณต้นทุนในการรักษาพยาบาลเอง จึงมีค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น ซึ่งความหลากหลายของกระบวนการและขั้นตอนเหล่านี้ นอกจากจะสร้างภาระต้นทุนให้แก่รัฐในฐานะที่เป็นผู้ซื้อบริการรักษาพยาบาลแล้ว ยังสร้างภาระต้นทุนให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องปฏิบัติตามกระบวนการ ขั้นตอน และกฎ กติกาของแต่ละระบบที่แตกต่างกันด้วย ทั้งนี้ แม้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 9,10 และ 11 กำหนดให้โอน “การบริหาร” การจัดการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม และข้าราชการมาที่ สปสช. แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมิได้มีการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติดังกล่าว

ประการสุดท้าย การมีระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่หลากหลาย ทำให้การบริหารจัดการด้านการคลังไม่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาเบื้องต้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า ขณะนี้ประเทศไทยยังขาดกลไกสำคัญในการอภิบาลการคลังระบบสาธารณสุขในระดับมหภาค (รูปที่ 1.2) ที่จะสามารถบูรณาการทิศทางนโยบายการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศที่ครอบคลุมทุกกระทรวงและหน่วยงานรัฐอื่นๆ รวมทั้งเอกชน และมีความเสี่ยงในระยะยาวเกี่ยวกับการกำกับดูแลผลกระทบมหภาคจากนโยบายสุขภาพด้านต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้กลไกการคลังของประเทศในภาพรวมขาดประสิทธิภาพ ทั้งที่มีระบบการคลังรวมหมู่โดยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว นอกจากนี้ ยังขาดข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์คาดการณ์แนวโน้มเศรษฐกิจมหภาคของระบบสาธารณสุขที่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้การประเมินและคาดการณ์เศรษฐกิจมหภาคในระดับประเทศคลาดเคลื่อนไปด้วย โดยเฉพาะข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพที่มาจากภาคเอกชนและครัวเรือน

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาระบบการอภิบาลการคลังสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้แก่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต่างๆ และสามารถสร้างความยั่งยืนทางการเงินของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้

รูปที่ 1.2 ช่องว่างในการอภิบาลการคลัง ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย



ที่มา : สวปก. (พ.ศ. 2553)

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาลักษณะปัญหาของแนวทางการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพของไทยในปัจจุบัน

การศึกษาลักษณะปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ประกอบไปด้วย ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีความซับซ้อนในการบริหารจัดการทำให้การใช้ทรัพยากรในการบริหารจัดการระบบเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

1.2.2 เพื่อศึกษาแนวทางในการอภิบาลระบบสุขภาพภาครัฐในประเทศและต่างประเทศ

การศึกษาระบบสุขภาพในต่างประเทศ เพื่อนำมาปรับใช้กับการบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวมในประเทศไทย ซึ่งจะรวมถึงการศึกษาแนวโน้ม นโยบาย หน้าที่ของรัฐ โครงสร้างองค์กร รูปแบบการจัดการด้านการคลัง ความมีส่วนร่วมของภาคเอกชน (เช่น โรงพยาบาลและ

บริษัทประกันภัยเอกชน³ เป็นต้น) และข้อดี จุดอ่อนของรูปแบบการจัดการแบบต่างๆ ในมิติของ
ความมีประสิทธิภาพ และความเท่าเทียมกัน

1.2.3 เพื่อศึกษากลไกการอภิบาลภายในระบบบริการสุขภาพของไทยทั้ง 3 ระบบ

การศึกษาในส่วนนี้ ประกอบไปด้วย การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ โครงสร้างองค์กร
ผู้บริหาร และกรรมการ ในประเด็นปัญหาด้านผลประโยชน์ทับซ้อนของโครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร
และกรรมการ ความรับผิดชอบต่อการดำเนินงานของผู้บริหาร และความร่วมมือในการตัดสินใจของ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้แล้ว จะศึกษาถึงปัญหาของการมีหลายระบบประกันสุขภาพของไทย
ใน 3 มิติ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนในการใช้ทรัพยากร (เช่น การใช้ข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้อง
ในการเบิกจ่ายและมาตรฐานการรักษาพยาบาล เป็นต้น) ความเหลื่อมล้ำของสิทธิของผู้ประกันตน
หรือผู้ทรงสิทธิในแต่ละระบบ และความสิ้นเปลืองของต้นทุนในการบริหารจัดการของผู้ให้บริการ

1.2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางของระบบอภิบาลที่เหมาะสมที่สามารถสร้างความเป็นธรรม และความมีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ทรงสิทธิ/ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ได้

ในส่วนของการเสนอแนะ **ส่วนแรก** จะทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบ
ธรรมาภิบาลที่เหมาะสม ซึ่งครอบคลุมมิติด้านความมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการปกครอง
ตนเอง ความพร้อมรับผิด และความร่วมมือร่วม **ในส่วนที่สอง** จะทำการเสนอการอภิบาลระบบ
ทั้งในกรณีที่เป็นระบบแบบกองทุนเดี่ยว (Single-payer System) และในกรณีที่กองทุนมีหลาย
กองทุนทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพหรือการจ่ายเงินชดเชยให้แก่ผู้ประกันตน (Multiple Payers
System) ซึ่งข้อเสนอจะครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบองค์กร แนวทางการรวบรวม
แนวทางการปรับสิทธิประโยชน์ และแนวทางการบริหารจัดการฐานข้อมูลและวิธีประเมิน
ประสิทธิภาพ เป็นต้น รวมถึงเสนอแนะแผนระยะยาวในการรวบรวมระบบประกันสุขภาพ
แบบหลายกองทุนเป็นกองทุนเดี่ยว

ส่วนที่สาม จะทำการเสนอถึงการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เช่น การมีส่วนร่วมของ
โรงพยาบาลเอกชน ในฐานะผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของบริษัทประกันภัย ในฐานะผู้รับประกัน
การมีส่วนร่วมของบริษัทการจัดการบริหารอื่นๆ เป็นต้น นอกจากนี้จะเสนอแนะถึงบทบาทรัฐใน
ฐานะผู้กำกับดูแล (Regulator) การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน **และส่วนสุดท้าย** จะเป็นข้อเสนอแนะ
เกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมาย

³ ในฐานะผู้ให้บริการด้านการแพทย์, ผู้รับประกัน และผู้บริหารจัดการด้านอื่นๆ

1.3 ขอบเขตและวิธีการศึกษา

1.3.1 ศึกษารูปแบบการจัดกลไกกลาง ของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในส่วนนี้จะทบทวนรูปแบบและวิธีการในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วและได้รับคะแนนการประเมินด้านระบบสุขภาพ (Healthcare System Assessment) ในระดับสูงจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และมีรูปแบบการปกครอง ตลอดจนภูมิรัฐศาสตร์ที่สามารถนำมาเปรียบเทียบ และ/หรือปรับใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับไทยได้⁴

สำหรับวิธีการนำเสนอ คณะผู้วิจัยจะแบ่งหัวข้อการศึกษาโดยใช้ประเด็นเป็นหลัก (Issue Based) และใช้บทเรียนจากประเทศที่พัฒนาแล้วมาเป็นตัวอย่างในการศึกษา ประเด็นที่จะทำการศึกษามีหกประเด็นหลักได้แก่ **หนึ่ง** รูปแบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล ยกตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพเหล่านั้นเป็นแบบกองทุนเดียวหรือหลายกองทุน รัฐบาลมีบทบาทในการบริหารจัดการอย่างไรบ้าง เป็นต้น **สอง** โครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร และกรรมการ ยกตัวอย่างเช่น กองทุนเหล่านั้นอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงเพียงกระทรวงเดียว หรือแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงที่ต่างกัน เช่นเดียวกับในกรณีของประเทศไทย ผู้บริหารและกรรมการเป็นใคร และมาจากภาคส่วนไหนบ้าง และหน่วยงานตรวจสอบด้านความถูกต้องในการเบิกจ่าย และควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลอยู่ในองค์กรเดียวกันหรือแยกตัวออกมา เป็นต้น

สาม รูปแบบการจัดการด้านการคลัง เช่น ระบบประกันสุขภาพเหล่านั้นรัฐให้การอุดหนุนผ่านระบบการคลังแบบใดบ้าง (เช่น จากภาษีเงินได้ ภาษีมูลค่าเพิ่ม หรือส่วนร่วมจ่ายระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง เป็นต้น) นอกจากนี้การศึกษายังครอบคลุมถึงข้อยกเว้นในการจ่ายค่าประกันสมทบและผลประโยชน์พิเศษเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มบุคคลต่างๆ เช่น ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ว่างงาน เป็นต้น **สี่** การรวบรวมกองทุนสุขภาพเป็นกองทุนเดียว โดยจะศึกษาว่าประเทศได้ทำการรวบรวมระบบประกันสุขภาพหลายกองทุนเป็นกองทุนเดียว มีกระบวนการในการรวบรวมอย่างไร และใช้ระยะเวลาในการรวบรวมนานเท่าใด เป็นต้น

ห้า บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้งในมิติของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้รับประกันสุขภาพ และผู้บริหารจัดการด้านอื่นๆ เช่น ด้านข้อมูลผู้ป่วย ด้าน

⁴ ยกตัวอย่างเช่น มีรูปแบบการปกครองแบบประชาธิปไตย และมีลักษณะเป็นรัฐเดี่ยว เป็นต้น

การตรวจสอบคลินิก ด้านการตรวจสอบการเบิกจ่าย และด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ เป็นต้น อย่างไรก็ดี การมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนโดยปราศจากการกำกับดูแลของรัฐอาจนำไปสู่ความไม่มีประสิทธิภาพ และความไม่เท่าเทียมได้ ดังนั้นการศึกษาจะกล่าวถึงบทบาทของรัฐในต่างประเทศในฐานะผู้กำกับดูแลการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในส่วนนี้ด้วย และ หก ข้อดีและจุดอ่อนของรูปแบบการจัดการระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ซึ่งจะครอบคลุมมิติด้านความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และความเท่าเทียมกัน (Equality) วิธีการศึกษาในบทนี้จะเน้นการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอาจรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศต่างๆ

ตัวอย่างของระบบสุขภาพในประเทศที่คาดว่าจะนำมาเป็นกรณีศึกษาได้แก่ **หนึ่ง** ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศอังกฤษ ที่มี NHS (National Health Service) เป็นผู้จัดบริการสุขภาพ (Single-payer) อยู่ในความรับผิดชอบของ Department of Health ได้รับการอุดหนุนเงินจากรัฐผ่านทางภาษีเงินได้ (General Tax Revenue) และ **สอง** ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมาย (Statutory health insurance system) ของประเทศเยอรมนี และ ฝรั่งเศส ที่ผู้รับประกันต้องเลือกและจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสุขภาพ (Social Health Insurance: SHI) ในอัตราที่รัฐบาลกำหนด โดยอัตราการจ่ายสมทบและอัตราผลประโยชน์จะถูกกำหนดโดย Ministry of Health⁵ และระบบได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลผ่านภาษีเงินได้ และการสมทบจ่ายของทั้งลูกจ้างและนายจ้างผ่านภาษีที่หักจากเงินเดือน/ค่าจ้าง (payroll tax) เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว คณะผู้วิจัยอาจนำบทเรียนจากประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ ซึ่งประเทศที่เลือกมาข้างต้นอาจไม่ครอบคลุมมาเป็นกรณีในการศึกษาเพิ่มเติม เช่น กรณีการรวมระบบประกันสุขภาพจากหลายกองทุนเป็นกองทุนเดียวในประเทศเกาหลีใต้และ/หรือ ญี่ปุ่น เป็นต้น

1.3.2 วิเคราะห์ กลไกการอภิบาลภายในระบบบริการสุขภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

การศึกษาในหัวข้อนี้ จะเน้นเรื่องอภิบาลขององค์กรแต่ละแห่งที่ทำหน้าที่ดูแลระบบสวัสดิการ หรือกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนในปัจจุบัน โดยประเด็นที่จะนำมาวิเคราะห์ในส่วนนี้จะมีประเด็นคล้ายกันกับการศึกษาในส่วน 3.1 โดยจะเริ่มด้วย **หนึ่ง** ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพของไทย และรูปแบบของกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุน **สอง** โครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร และกรรมการ ซึ่งจะมีการศึกษาในเรื่องของปัญหาด้านผลประโยชน์ทับซ้อนของโครงสร้างองค์กร

⁵ รูปแบบคล้ายกับการจัดบริการสุขภาพแบบหลายกองทุน แต่ก็มีกำหนดอัตราเดียวกันตามที่รัฐกำหนด

ผู้บริหาร กรรมการ ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการทำงาน และความร่วมมือร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สาม การศึกษาปัญหาการมีหลายระบบประกันสุขภาพของไทย ซึ่งจากการศึกษาเบื้องต้นและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีประกันสุขภาพหลายระบบทำให้เกิดปัญหาหลัก 3 ปัญหาด้วยกัน ซึ่งทางคณะผู้วิจัยจะทำการศึกษาเชิงลึกในปัญหาดังกล่าวซึ่งได้แก่ **หนึ่ง** ปัญหาด้านความซ้ำซ้อนหรือไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร เช่น ความสิ้นเปลืองจากการที่แต่ละระบบประกันสุขภาพจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแยกกัน การว่าจ้างหรือจัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องในการเบิกจ่าย และควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลแยกกัน เป็นต้น **สอง** ปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำของสิทธิของผู้ประกันตน/ผู้ทรงสิทธิในแต่ละระบบ เช่น การที่แต่ละระบบประกันสุขภาพจัดตั้งงบประมาณในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนรายหัวแตกต่างกัน นำไปสู่มาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เป็นต้น และ**สาม** ปัญหาด้านความสิ้นเปลืองของต้นทุนในการบริหารจัดการของผู้ให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) ต้องจัดทำข้อมูลผู้ป่วย การทำเรื่องขอเบิก หรือการแยกการรักษาผู้ป่วยตามประเภทของกองทุน อาจทำให้เกิดต้นทุนส่วนเพิ่มซึ่งเป็นภาระให้แก่โรงพยาบาล เป็นต้น

1.3.3 จัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายที่ได้จากการสังเคราะห์ผลการวิจัยในข้อ 1.4.1 และข้อ 1.4.2

การศึกษาในครั้งนี้จะนำกรณีตัวอย่างจากหน่วยงานภายในประเทศไทยและจากประเทศที่ประสบความสำเร็จในด้านกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพ มาวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้กับระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมด้านองค์กรและรูปแบบกลไกกลางที่เหมาะสม ซึ่งจะครอบคลุม 4 มิติสำคัญด้วยกัน ได้แก่ มิติด้านความมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการปกครองตนเอง ความพร้อมรับผิด และความร่วมมือร่วม ผลการศึกษาข้างต้นทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะซึ่งจะครอบคลุมประเด็นหลักดังต่อไปนี้

1.3.3.1 ข้อเสนอแนะในการอภิบาลระบบในกรณีที่ระบบเป็นรูปแบบกองทุนเดี่ยว และแบบหลายกองทุน ที่ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพและแนวทางทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

ซึ่งจะประกอบไปด้วย

- **รูปแบบองค์กร** – เสนอรูปแบบขององค์กรที่จัดบริการสุขภาพของแต่ละกองทุน รวมถึงรูปแบบและขั้นตอนในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

- **แนวทางในการควมรวม (ในกรณีระบบแบบกองทุนเดียว)** – เสนอแนวทางในการรวมกองทุนสุขภาพต่างๆให้เป็นกองทุนเดียว เพื่อให้เกิดความประหยัดจากขนาด (Economy of Scale)
- **แนวทางในการประสานงานระหว่างกองทุน (ในกรณีระบบแบบหลายกองทุน)** – เสนอแนวทางในการประสานงานระหว่างกองทุนเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการใช้ทรัพยากร
- **แนวทางในการปรับสิทธิประโยชน์** – เสนอแนวทางในการปรับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการได้รับการรักษาในคุณภาพพื้นฐานเดียวกัน หากแต่ยังคงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษบางอย่าง หากผู้ประกันตนมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่ม (เช่น ในกรณีของกองทุนประกันสังคม เป็นต้น) หรือได้รับสวัสดิการเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่ทำงาน (เช่น ในกรณีของสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น) **การบริหารจัดการฐานข้อมูลและวิธีการประเมินประสิทธิภาพ** – เสนอแนวทางและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล และวิธีในการประเมินประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล
- **ระบบธรรมาภิบาลขององค์กร** – เสนอโครงสร้างกรรมการและกระบวนการคัดเลือกกรรมการและผู้บริหารที่เหมาะสม ระบบการตรวจสอบภายใน มาตรการในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่มีความโปร่งใส กรอบภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อผลงานขององค์กร เป็นต้น

และเนื่องจากข้อเสนอแนะในการใช้ระบบบริหารจัดการแบบกองทุนเดียว ซึ่งจะต้องทำการควมรวมหลายกองทุน ไม่สามารถทำได้ในทันที ดังนั้นในส่วนของข้อเสนอ คณะผู้วิจัยจะจัดทำข้อเสนอเพิ่มเติมซึ่งเป็นแผนระยะยาวในการควมรวมกองทุนสุขภาพหลายกองทุนเป็นกองทุนเดียว ซึ่งจากการศึกษาเบื้องต้น คณะผู้วิจัยพบว่า แม้ในปัจจุบันระบบสุขภาพหลัก 3 ระบบของไทยจะมีวัตถุประสงค์ รูปแบบขององค์กรและกลุ่มของผู้รับบริการที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามทั้ง 3 มีปัจจัยที่เหมือนกันอยู่ไม่น้อย เช่น ตำแหน่งของคณะกรรมการซึ่งมักมาจากรัฐมนตรี/ข้าราชการในตำแหน่งและกระทรวงเดียวกัน ตำแหน่งของผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษาซึ่งหน่วยงานทั้ง 3 มักใช้บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางในด้านเดียวกัน ระบบอภิบาลที่ควรจะต้องปรับปรุงในทิศทางเดียวกัน (เช่น เพิ่มระบบการตรวจสอบ การรายงานผล และความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ เป็นต้น) กลุ่มผู้รับบริการที่พบว่ามีอาการซ้ำซ้อนกันหลายกรณี และระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สามารถใช้ร่วมกันได้ เป็นต้น จากปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ทำให้การใช้กลไกอภิบาลระบบร่วมกันมีความเป็นไปได้สูง และจะช่วยลดการซ้ำซ้อนในการทำงาน การสิ้นเปลืองทรัพยากรในการจัดการระบบ และเพิ่มความเท่าเทียมกันในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

1.3.3.2 ข้อเสนอถึงบทบาทของภาคเอกชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพ ทั้งในในมิติของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้รับประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการด้านการจัดการอื่นๆ เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจัดทำข้อมูลกลาง เป็นต้น และบทบาทของรัฐในฐานะผู้กำกับดูแล

ทั้งนี้ในการจัดทำข้อเสนอแนะนั้นจะคำนึงถึงความพร้อมในมิติของโครงสร้างอำนาจหน้าที่และขีดความสามารถขององค์กรกำกับดูแลในการปฏิบัติหน้าที่ในการกำกับดูแลภาคเอกชนของหน่วยงานภาครัฐด้วย

1.3.3.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับข้อเสนอในข้างต้น

1.4 รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงเอกสาร โดยคณะผู้วิจัยจะทำการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ทบทวนวรรณกรรม ทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอาจรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศต่างๆและผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพของไทย

1.5 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพของไทย เช่น เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม เจ้าหน้าที่กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น และผู้มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพในต่างประเทศ

บทที่ 2

กรณีศึกษาจากต่างประเทศ

การศึกษาในส่วนนี้จะทบทวนรูปแบบและวิธีการในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่ได้รับการจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพ (Healthcare System Assessment) ในตำแหน่งต้นๆ จากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ในปี พ.ศ. 2543 คณะผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างประเทศที่มีจำนวนประชากรรูปแบบของการปกครอง ตลอดจนโครงสร้างเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างไปจากประเทศไทยมากนัก เพื่อที่จะสามารถนำมาเปรียบเทียบ และ/หรือปรับใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับไทยได้

ประเทศที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกรณีศึกษา ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมนี ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.1 โดยมีเหตุผลดังนี้

ประเทศอังกฤษซึ่งได้รับการจัดลำดับเป็นที่ 18 ตามที่ปรากฏในตารางที่ 2.1 ด้านล่าง เป็นประเทศที่รัฐเป็นทั้งผู้ซื้อบริการสาธารณสุข (payer) และผู้ให้บริการสาธารณสุข (provider) เนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ ในลักษณะเดียวกับประเทศไทยที่รัฐ ได้แก่ กระทรวงการคลัง (ระบบสวัสดิการข้าราชการ) กระทรวงสาธารณสุข (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และ (ประกันสังคม) เป็นผู้ซื้อบริการประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศอังกฤษมีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย โดยมีการจัดทำประเมินคุณภาพและความพึงพอใจของบริการที่เปิดเผยต่อสาธารณชน รวมทั้งมีการจัดทำข้อตกลงในการให้บริการที่มีคุณภาพกับสำนักงานงบประมาณ (Treasury) เพื่อแลกกับเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละปี จึงเป็นกรณีศึกษาที่น่าจะเป็นประโยชน์

ตารางที่ 2.1 การจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพ⁶

ลำดับที่	ประเทศ
1	ฝรั่งเศส
10	ญี่ปุ่น
18	อังกฤษ
25	เยอรมนี
32	ออสเตรเลีย
47	ไทย

ที่มา : WHO (World Health Report), 2000 ดาวน์โหลดได้จาก

http://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization_ranking_of_healthcare_systems

⁶ WHO ได้จัดทำประเมินและจัดลำดับระบบสุขภาพ (healthcare system) ใน 191 ประเทศไว้ในปี 2000

สำหรับประเทศญี่ปุ่น รัฐเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานพยาบาลเอกชน จึงมีการพัฒนาระบบในการกำกับควบคุมคุณภาพและค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลเอกชนในลักษณะเดียวกับสหรัฐอเมริกา หากแต่มีประสิทธิภาพมากกว่า ดังจะเห็นได้ว่า ญี่ปุ่นได้รับการจัดลำดับเป็นอันดับที่ 10 นอกจากนี้ ญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายคล้ายกับกรณีของประเทศไทย หากสุดท้ายแล้วสามารถจัดทำมาตรฐานของประเทศให้ทุกกองทุนจ่ายในอัตราเดียวกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน ที่มีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายระหว่างระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ

ประเทศฝรั่งเศสเป็นประเทศที่ควรทำการศึกษาในรายละเอียด เนื่องจากเป็นประเทศที่ได้รับการจัดลำดับเป็นอันดับแรกตามที่ปรากฏในตารางที่ 2.1 ด้านบน ในขณะที่ประเทศเยอรมนีมีรูปแบบของกองทุนรักษาพยาบาลที่หลากหลายอันควรศึกษา และออสเตรเลียมีการออกแบบแรงจูงใจให้ผู้ที่มีรายได้สูงมีการใช้บริการประกันสุขภาพของเอกชน เพื่อที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ และมีวิธีการในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เข้มงวด และประสบความสำเร็จ

อนึ่ง ในการศึกษาประสบการณ์และประเมินบทเรียนจากต่างประเทศนั้น คณะผู้วิจัยมิได้จำกัดเฉพาะห้าประเทศที่ได้กล่าวมาแล้ว คณะผู้วิจัยอาจนำบทเรียนจากประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ มาประกอบในการศึกษาวิเคราะห์ในรายประเด็น เช่น ในการศึกษาแนวทางในการรวมระบบประกันสุขภาพจากหลายกองทุนเป็นกองทุนเดียวนั้น จะใช้กรณีศึกษาจากประเทศเกาหลีใต้มาประกอบ หรือในการศึกษาวิเคราะห์แนวทางในการส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการรักษาพยาบาลก็จะศึกษาโครงการประกันสุขภาพสำหรับพนักงานของรัฐกลางแห่งสหรัฐอเมริกาที่เรียกว่า Federal Employees Health Benefits (FEHB) ซึ่งเป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพมากกว่าโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

การนำเสนอกรณีศึกษาต่างประเทศจะจำแนกตามประเด็นเป็นหลัก (Issue Based) โดยประเด็นที่จะทำการศึกษาได้แก่

- 1) โครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในภาพรวม เพื่อที่จะให้ภาพรวมเกี่ยวกับโครงสร้างและการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพภาครัฐก่อนที่จะศึกษาและวิเคราะห์เจาะลึกในแต่ละองค์ประกอบ

- 2) โครงสร้างองค์กร และการบริหารจัดการองค์กรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะศึกษาวิวัฒนาการของการจัดรูปแบบองค์กรในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ

- 3) รูปแบบการจัดการด้านการคลัง เพื่อที่จะศึกษาแนวทางการบริหารจัดการด้านการคลังเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างความยั่งยืนทางการเงินของระบบประกันสุขภาพ

4) วิธีการประสานงานระหว่างกองทุนสุขภาพที่หลากหลายเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการ รวมถึงการรวบรวมของทุนเป็นกองทุนเดียวเพื่อเป็นแนวทางในการจัดระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

5) บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้งในมิติของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (provider) และ ผู้รับประกันสุขภาพ (insurer)

6) ข้อดีและข้อด้อยของรูปแบบการจัดการระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ซึ่งจะครอบคลุมมิติด้านความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และความเท่าเทียมกัน (Equality)

2.1 โครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในภาพรวม

ประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Healthcare) เพื่อที่จะให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นบริการพื้นฐานที่รัฐพึงจัดให้ ระบบดังกล่าวมักเติบโตมาจากระบบประกันสุขภาพในรายสาขาธุรกิจอันเป็นผลมาจากการต่อรอระหว่างสหภาพแรงงานกับนายจ้างในสาขาธุรกิจนั้นๆ ซึ่งมักเป็นธุรกิจหรืออาชีพที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยสูง เช่น ธุรกิจเหมืองแร่ ถลุงเหล็ก หรืออาชีพทหาร ตำรวจ เป็นต้น ต่อมาหลายประเทศได้เพิ่มจำนวนสาขาธุรกิจหรืออาชีพที่มีการจัดทำประกันสุขภาพให้กับพนักงานเพื่อให้ครอบคลุมประชากรในวงกว้างมากขึ้น และสุดท้ายจะพัฒนาไปสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประชาชนทุกคนไม่ว่าจะประกอบอาชีพใด หรือผู้ที่ไม่มีงานทำก็สามารถได้รับบริการการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า

แม้พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมากจะคล้ายคลึงกัน แต่บางประเทศ เช่น อังกฤษ สามารถรวบรวมระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายเข้ามายุ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติระบบเดียว ในขณะที่บางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส ไม่สามารถรวบรวมได้ ทำให้มีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ โดยมีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นลูกจ้างในภาคธุรกิจ ผู้ที่ยากจน กลุ่มธุรกิจ และกลุ่มอาชีพ โดยทั่วไปแล้วระบบประกันสุขภาพในประเทศใดประเทศหนึ่งมักมีมากกว่าหนึ่งระบบ เนื่องจากกลุ่มอาชีพบางกลุ่มได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นภายหลัง ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการไทยกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในกรณีของประเทศไทย

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ประเทศอังกฤษมีระบบประกันสุขภาพของรัฐระบบเดียว คือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้กับประชาชนทุกคน เนื่องจากมองว่าบริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายหรือ

กลุ่มอาชีพ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเอาประกันเอกชนในลักษณะของประกันเสริม (supplementary insurance) เพื่อที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายในส่วนของการใช้จ่ายสมทบ หรือเพื่อที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่มากกว่าที่ได้รับภายใต้ระบบประกันของภาครัฐ

ประเทศออสเตรเลีย และเยอรมนีมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติระบบเดียวเช่นกันกับประเทศอังกฤษ หากแต่มีรูปแบบในการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน คือ ทั้งสองประเทศยึดหลักการที่ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้นควรที่จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของผู้ประกันตนแต่ละราย ซึ่งต่างกับในกรณีของประเทศอังกฤษที่การจัดสรรงบประมาณที่ใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาจากงบประมาณของประเทศ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทั้งสองประเทศจึงมีการเก็บค่าเบี้ยประกันสุขภาพเป็นสัดส่วนของรายได้พร้อมทั้งมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ที่มีรายได้สูงทำประกันเอกชนอีกด้วย เพื่อเป็นการลดอุปสงค์ของการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของภาครัฐ

สำหรับฝรั่งเศสกับญี่ปุ่นนั้นมีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ ในกรณีของประเทศฝรั่งเศส จะมีกองทุนสุขภาพ 4 กองทุน จำแนกตามลักษณะอาชีพได้แก่ (1) พนักงานในภาคธุรกิจอุตสาหกรรม การพาณิชย์ และครอบครัว (2) เกษตรกรและครอบครัว (3) ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และ (4) พนักงานในสาขาอุตสาหกรรมเฉพาะ เช่น ลูกจ้างที่ประกอบอาชีพในเมืองแร่ พนักงานการรถไฟและรถไฟใต้ดิน ศิลปิน ฯลฯ ผู้ที่เป็นสมาชิกในแต่ละกองทุนต่างมีภาระค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันและชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับที่แตกต่างกัน จึงมีการบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วน

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ฝรั่งเศสได้มีความพยายามที่จะรวบรวมกองทุนสุขภาพของแต่ละกลุ่มอาชีพเข้าเป็นกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนเดียว เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นเอกภาพ หากแต่ไม่ประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม เพื่อลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพของแต่ละกลุ่มอาชีพ ได้มีการปรับปรุงอัตราค่าเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลของทุกกองทุนให้เท่าเทียม

ในลักษณะเดียวกันกับฝรั่งเศส ญี่ปุ่นมีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุนที่จำแนกตามกลุ่มอาชีพ ได้แก่ (1) กลุ่มลูกจ้างและพนักงานภายใต้ระบบ (Employee's Health and Pension Insurance) (2) กลุ่มวิชาชีพ ซึ่งมีทั้งหมด 8 กลุ่ม เช่น กะลาสีเรือ ข้าราชการท้องถิ่น ข้าราชการส่วนกลาง สมาชิกสหภาพแรงงาน ครู เป็นต้น และ (3) กลุ่มบุคคลทุกคนที่ไม่มีประกันสุขภาพตามข้อ 1) และ 2) เช่น ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ที่ไม่มีอาชีพ ผู้ที่เกษียณอายุ เป็นต้น สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของแต่ละกลุ่มจะไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก แต่อัตราการร่วมจ่ายสำหรับกลุ่มอาชีพอิสระหรือผู้เกษียณอายุจะค่อนข้างสูง เพราะไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง แต่สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 70 ปี รัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายให้เกือบทั้งหมด โดยถ่ายโอนมาจากค่าเบี้ยประกันจากส่วนของลูกจ้างและผู้ทำงานอิสระ

ในภาพรวม โครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในประเทศที่ศึกษาทุกประเทศล้วนเป็นโครงสร้างที่รัฐเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนเกือบทั้งหมด ประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทรองในการให้บริการประกันสุขภาพ ที่ค่อยๆ ออกจากบริการประกันสุขภาพของภาครัฐเท่านั้น จึงมิได้แข่งขันกับรัฐบาลโดยตรง ด้วยเหตุผลดังกล่าว ตลาดบริการประกันสุขภาพจึงมิได้เป็นตลาดที่มีการแข่งขัน

ประเทศเยอรมนี เป็นประเทศเดียวในการศึกษาที่มีการสร้างระบบการแข่งขันขึ้นมาภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเปิดให้มีกองทุนสุขภาพ (sickness funds) ที่ดำเนินการโดยองค์กรไม่แสวงหากำไรที่มีอยู่จำนวนประมาณ 180 กว่าแห่งทั่วประเทศ สามารถแข่งขันกันในการเสนอบริการประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้กฎ กติกา และเงื่อนไขที่รัฐกำหนด กล่าวคือ กองทุนสุขภาพเหล่านี้จะต้องกำหนดค่าเบี้ยประกันตามรายได้ของผู้ประกันตนเท่านั้น และไม่สามารถปฏิเสธการเข้าเป็นสมาชิกได้ นอกจากนี้แล้ว กองทุนเหล่านี้ไม่สามารถเสนอชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างไปอย่างมีนัยสำคัญจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานของบริการสุขภาพแห่งชาติ เหตุผลดังกล่าว การแข่งขันระหว่างกองทุนจึงจำกัดเฉพาะในเรื่องของเบี้ยประกัน อัตราการร่วมจ่าย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเล็กๆ น้อยๆ เช่น สิทธิในการเบิกจ่ายค่ายาแผนโบราณ เป็นต้น กองทุนเหล่านี้ไม่สามารถให้สิทธิที่เกี่ยวข้องกับบริการเสริมของประกันของเอกชนได้ เช่น การลดอัตราร่วมจ่ายของบริการตัดแว่นที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของประกันเอกชน เป็นต้น

สำหรับรูปแบบการจัดการด้านการคลังนั้น อังกฤษเป็นประเทศแรกที่มีระบบการคลังที่จัดสรรจากงบประมาณ อันได้จากการจัดเก็บภาษีทุกประเภท (Tax based system) โดยไม่มีการจัดเก็บภาษีเฉพาะ (Earmarked Tax) สำหรับการใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประเทศอื่นๆ ที่ใช้ระบบดังกล่าว คือ ประเทศไทย มาเลเซีย สวีเดน และบราซิล ประเทศอื่นมักมีการจัดเก็บภาษีจากเงินเดือน (Payroll Tax) เช่น ญี่ปุ่น (ร้อยละ 3-10 ของรายได้ขึ้นอยู่กับประกันสุขภาพที่นายจ้างจัดให้) หรือจากรายได้ (Income Tax) เช่น ฝรั่งเศส (ในอัตราร้อยละ 0.68 ของรายได้) และออสเตรเลีย (ในอัตราร้อยละ 1.5 – 2.5 ขึ้นอยู่กับระดับรายได้) สำหรับประเทศเยอรมนีนั้น ค่าเบี้ยประกันเดิมที่จะขึ้นอยู่กับอัตราที่กองทุนสุขภาพแต่ละแห่งกำหนดขึ้น แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 รัฐเป็นผู้กำหนดอัตรากลางที่ร้อยละ 8.2 ของเงินเดือนของลูกจ้าง (นายจ้างจ่ายสมทบ ร้อยละ 7.3) แต่เพื่อคงรักษาการแข่งขันในด้านราคา กองทุนแต่ละแห่งสามารถกำหนดค่าธรรมเนียมส่วนเพิ่ม (surcharges) ได้เพื่อที่จะให้รายได้สอดคล้องกับค่าใช้จ่าย

นอกจากค่าเบี้ยประกันที่คำนวณเป็นสัดส่วนของรายได้แล้ว ผู้ประกันตนในทุกประเทศมีส่วนร่วมจ่ายด้วยทั้งสิ้น ในประเทศญี่ปุ่นและฝรั่งเศส การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่าย มิได้ออกให้หมด รัฐจะรับภาระโดยเฉลี่ยแล้วประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่าย ในขณะที่ร้อยละ 30 นั้น ผู้ใช้สิทธิจะต้องออกเอง (ในกรณีของญี่ปุ่น ผู้สูงอายुर้อยละ 10 และเด็กร้อยละ

20) ในออสเตรเลียมาร่วมจ่ายจะเน้นไปที่ราคา โดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่ประกันตนกับรัฐจะมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 17 ของค่าใช้จ่าย เยอรมนีมีอัตราการร่วมจ่ายค่อนข้างน้อย คือ 10 ยูโร ซึ่งเป็นอัตราตายตัวสำหรับการไปหาแพทย์ในแต่ละไตรมาส บางประเทศ ได้แก่ อังกฤษ และฝรั่งเศส ไม่มีการจำกัดเพดานวงเงินที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเอง (Out of Own Pocket : OOP) ทำให้ผู้ประกันตนต้องทำประกันเสริมกับบริษัทเอกชนเพื่อจำกัดค่าใช้จ่ายดังกล่าว ในขณะที่เยอรมนี ญี่ปุ่น และออสเตรเลียมาร่วมจ่ายดังกล่าว โดยผันแปรตามระดับของรายได้ของผู้ประกันตน และลักษณะของโรค ตัวอย่างเช่น เยอรมนีจำกัดวงเงินที่ร่วมจ่ายในแต่ละปีสูงสุดไม่เกินร้อยละ 2 ของรายได้

อนึ่ง ในประเทศที่มีอัตราการร่วมจ่ายสูง (ญี่ปุ่น และฝรั่งเศส) ผู้ประกันตนมักทำประกันเพิ่มเติมกับเอกชนเพื่อที่จะลดหรือจำกัดวงเงินที่ต้องร่วมจ่าย หรือเพื่อที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมในประกันของภาครัฐ เช่น ทันตกรรม การตัดแว่น หรือ บริการรถพยาบาล เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้มีรายได้ต่ำรัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้นหรือบางกรณีคือรับทั้งหมด

ประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับอังกฤษและฝรั่งเศสประกันเอกชนมีบทบาทน้อยมาก เนื่องจากประชาชนทุกรายได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันเอกชนจึงมีบทบาทเฉพาะในการให้สิทธิประโยชน์ “เพิ่มเติม” จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่เยอรมนี ออสเตรเลีย และญี่ปุ่นประกันเอกชนมีบทบาทมากกว่าเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ที่มีรายได้สูงออกจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐและทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน โดยการกำหนดค่าเบี้ยประกันสุขภาพของรัฐตามระดับรายได้ของผู้ประกันตน ทำให้ผู้มีรายได้สูงมีค่าใช้จ่ายสูงหากต้องการคงอยู่ในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งต่างจากในกรณีของประกันภาคเอกชนซึ่งคำนวณเบี้ยประกันจากอายุและสุขภาพของผู้ประกันตนมิใช่รายได้ ดังนั้น ผู้มีรายได้ต่ำมักเลือกที่จะประกันตนกับรัฐเพราะค่าเบี้ยประกันต่ำ ในขณะที่ผู้มีรายได้สูงที่มีสุขภาพดี หรือผู้ที่มีอายุน้อยมักเลือกที่จะซื้อประกันสุขภาพจากเอกชนเนื่องจากค่าเบี้ยประกันจะต่ำกว่าเบี้ยประกันของรัฐ

ในกรณีของออสเตรเลียนั้นจะเก็บค่าเบี้ยประกันสำหรับประกันสุขภาพของภาครัฐเป็นสัดส่วนร้อยละของรายได้ต่อปี (ร้อยละ 1.5) สำหรับผู้มีรายได้สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด จะต้องเสียค่าเบี้ยประกันเพิ่มอีกร้อยละ 1 ตามที่ได้กล่าวมาแล้วก่อนหน้านี้ เพื่อเป็นแรงกดดันให้ผู้มีรายได้เพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเองเลือกทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชน อันจะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐ นอกจากนี้แล้ว รัฐบาลออสเตรเลียมายังให้การอุดหนุนค่าเบี้ยประกันในอัตราร้อยละ 30 - 45 แก่ผู้ที่เลือกประกันตนกับภาคเอกชน ทั้งนี้สัดส่วนที่แน่ชัดจะขึ้นอยู่กับระดับรายได้ของบุคคลนั้นๆ ในขณะที่เยอรมนีกำหนดให้มีการให้นำค่าเบี้ยประกันมาหักภาษีได้

โดยสรุปแล้ว ระบบประกันสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว (ตารางที่ 2.2) ส่วนมากจะเป็นบริการสุขภาพถ้วนหน้า หากแต่ผู้ใช้สิทธิมีภาระค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน และชุดสิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองที่แตกต่างกัน ประเทศที่ประกันสุขภาพของภาครัฐให้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างดี ได้แก่ อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และเยอรมนี ประกันสุขภาพเอกชนจะมีบทบาทที่จำกัดในการให้บริการประกันสุขภาพ “เสริม” จากบริการประกันสุขภาพของภาครัฐ ในขณะที่ออสเตรเลียซึ่งมีนโยบายในการผลักดันให้ผู้มีรายได้สูงเลือกที่จะทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชนโดยการเก็บค่าเบี้ยประกันสำหรับประกันสุขภาพของรัฐค่อนข้างสูง บทบาทของบริษัทประกันเอกชนก็จะเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2.2 การบริหารจัดการระบบสุขภาพในประเทศต่างๆ

	โครงสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ		การจัดการด้านการคลัง		ประกันเอกชน	
	กองทุนเดียว	หลายกองทุน	General Tax	Specific tax/social security	เฉพาะเสริมประกันของรัฐ (supplementary)	ประกันสุขภาพ
อังกฤษ	✓		✓		✓	
ฝรั่งเศส		✓	✓	✓	✓	
เยอรมนี		✓	✓	✓	✓	✓
ญี่ปุ่น		✓	✓	✓	✓	
ออสเตรเลีย	✓		✓	✓	✓	✓

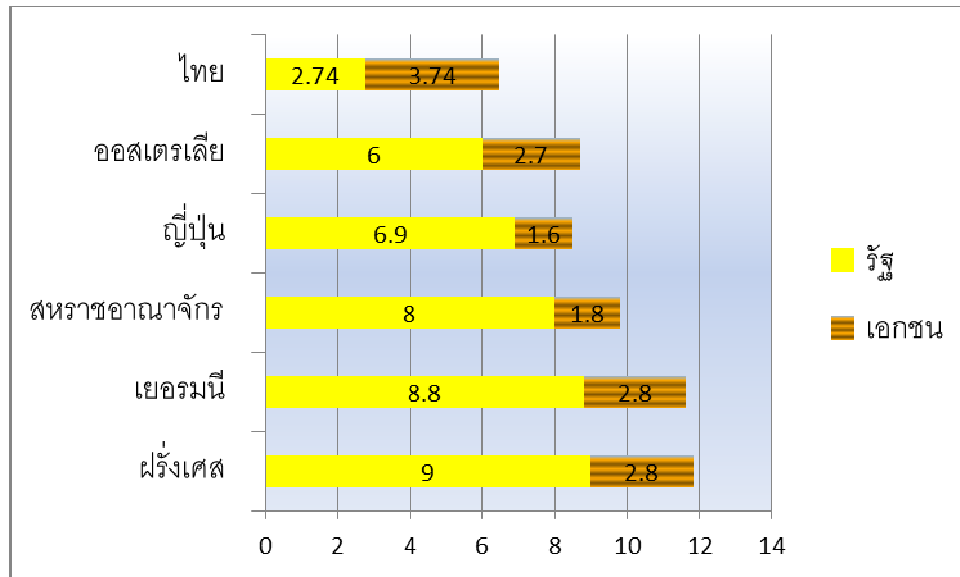
หมายเหตุ : การจัดการด้านการคลัง รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.3 ประกันเอกชน รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.4

ที่มา : รวบรวมจาก Thomson et al, 2011 และแหล่งต่างๆ

ในด้านของค่าใช้จ่ายนั้นจะเห็นได้จากรูปที่ 2.1 ด้านล่างว่า ออสเตรเลีย และญี่ปุ่นเป็นสองประเทศที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในการรักษาพยาบาลค่อนข้างดี (หากไม่นับประเทศไทย ซึ่งเป็นระบบการจ่ายเหมารายหัวเป็นหลัก) เนื่องจากทั้งสองประเทศ รัฐใช้อำนาจต่อรองในฐานะของผู้ซื้อบริการสุขภาพรายเดียวในการบีบลดต้นทุนค่ายา และค่ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีกระบวนการและวิธีการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ซับซ้อน ในกรณีของออสเตรเลียนั้น รัฐจะกำหนดวงเงินงบประมาณรายปีที่สามารถจัดสรรให้แก่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อป้องกันมิให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างไม่สามารถควบคุมได้ดังเช่นในหลายประเทศ ทำให้อัตราการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ให้บริการถูกลดลงได้หากงบประมาณของประเทศมีน้อย โดยสถานพยาบาลที่ประสบผลขาดทุนจากการรัดเข็มขัดจะต้องแสดงหลักฐานเพื่อขอเงินชดเชยในลักษณะเดียวกันกับรัฐบาลญี่ปุ่นต่อรองค่ารักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลเอกชน และแพทย์ทุก

2 ปี ทำให้อัตราเงินเดือนของแพทย์ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ส่งผลให้ญี่ปุ่นขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

รูปที่ 2.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละของรายได้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ



ที่มา: OECD Health Data 2011

แต่ที่น่าสังเกต คือ ระบบประกันสุขภาพของรัฐที่ศึกษามาทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นระบบการจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง (fee for service) โดยทั้งสิ้น หากแต่เป็นระบบที่มีการจ่ายในลักษณะที่คล้ายการจ่ายตาม DRG ซึ่งต่างจากประเทศไทยที่มีเพียงระบบสวัสดิการข้าราชการเท่านั้นที่เป็นระบบดังกล่าว ในขณะที่ประกันสุขภาพอีกสองระบบ คือ ประกันสังคม และประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) บวกกับการเบิกจ่ายเพิ่มเติมสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงตาม DRG ด้วยเหตุผลดังกล่าว ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐจึงค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศเหล่านี้ คือ เพียงร้อยละ 2.74 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2551 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 3.74 ซึ่งมากกว่าค่าใช้จ่ายของภาครัฐสะท้อนถึงคุณภาพของบริการสุขภาพของภาครัฐที่ด้อยกว่าบริการสุขภาพของภาคเอกชน ทำให้ผู้ที่มิรายได้สูงเลือกที่จะจ่ายเงินเองหรือทำประกันกับเอกชนเพื่อให้ได้รับบริการการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า แม้จะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีจากรัฐบาล อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ คือ ประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำระบบการเบิกจ่ายตาม DRG มาใช้สำหรับผู้ป่วยใน ทำให้ความแตกต่างในการเบิกจ่ายของทั้ง 2 ระบบมีไม่มากนัก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของรัฐไม่สูงเท่าที่ควร

2.2 โครงสร้างองค์กรของระบบประกันสุขภาพ

การศึกษาในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์การปฏิรูปโครงสร้างองค์กรเพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนในการบริหารจัดการ และเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นปัญหาหลักของประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกประเทศจะต้องเผชิญ การศึกษาในส่วนนี้จะให้ความสำคัญแก่การออกแบบระบบการรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (Accountability) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละภาคส่วนด้วย เนื่องจากระบบดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานต่างๆ ที่สร้างขึ้นมากปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

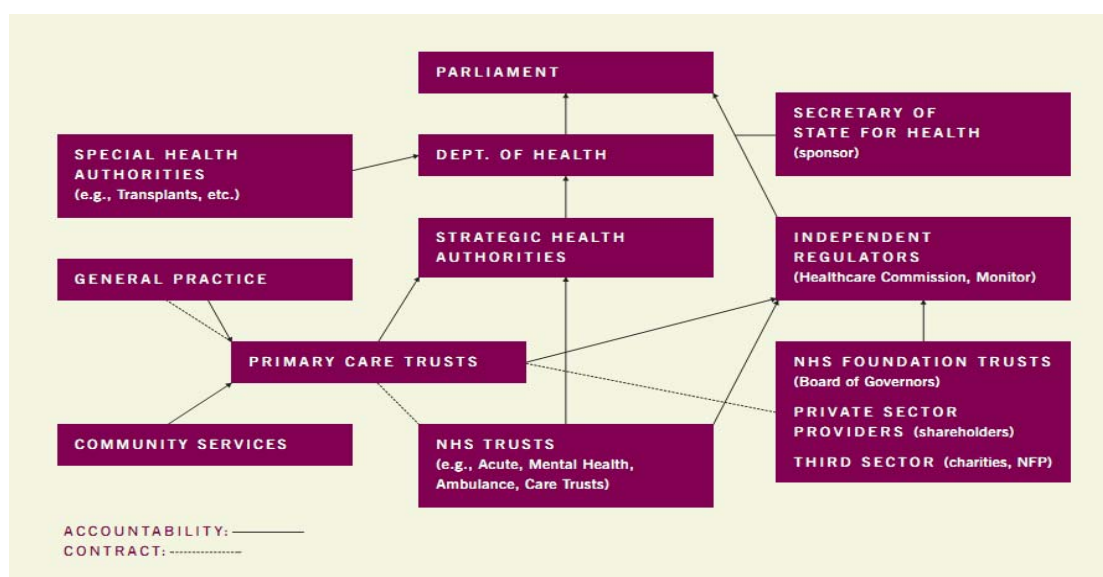
2.2.1 โครงสร้างองค์กรในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

การศึกษาโครงสร้างองค์กรในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในกรณีศึกษาทั้ง 5 ประเทศ พบว่า แม้บางประเทศจะมีกองทุนประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งกองทุนสำหรับกลุ่มบุคคลที่ต่างกันตามอาชีพ เช่น ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส เป็นต้น หรือเพื่อที่จะให้มีการแข่งขันกัน เช่น ในกรณีของประเทศเยอรมนี แต่การบริหารจัดการกองทุนเหล่านั้นจะอยู่ภายใต้กระทรวงที่ดูแลด้านสาธารณสุขของประเทศเพียงองค์กรเดียว เช่น Department of Health ของประเทศอังกฤษ Ministry of Health และ Federal Ministry of Health ของประเทศฝรั่งเศสและเยอรมนีตามลำดับ ทำให้การบริหารจัดการกองทุนต่างๆ มีหลักเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกันอันเป็นการช่วยลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนแต่ละกองทุน

อย่างไรก็ดี ในกรณีของญี่ปุ่น และออสเตรเลีย จะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไปสู่ระดับท้องถิ่น ซึ่งจะรับผิดชอบด้านสาธารณสุขในพื้นที่ของตัวเอง หากแต่จะต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นโดยส่วนกลางเป็นหลักโดยเฉพาะในส่วนของสิทธิประโยชน์ อัตราการร่วมจ่าย และการเก็บค่าเบี้ยประกันที่จะต้องเก็บตามรายได้เท่านั้น เพื่อที่จะให้บริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับมีความเท่าเทียมกันไม่ว่าจะมีสุขภาพหรือถิ่นที่อยู่อาศัยที่ใดก็ตาม ซึ่งหน่วยงานในระดับท้องถิ่นเป็นเพียงผู้รับผิดชอบด้านการคลัง การเบิกจ่าย ตลอดจนการจัดหาบริการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของคนในท้องถิ่นเท่านั้น (โดยการทำสัญญากับผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ โรงพยาบาล รพพยาบาล และคลินิก เป็นต้น) ตัวอย่างเช่น ในกรณีของญี่ปุ่น รัฐบาลท้องถิ่นในระดับเทศบาล (municipality) เป็นผู้รับผิดชอบในการให้ประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่ไม่มีงานทำ รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมที่นายจ้างต้องจัดให้แก่ลูกจ้างตามกฎหมาย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในเกือบทุกประเทศจากโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นมีราคาสูงขึ้น ทำให้มีความพยายามที่จะลดขั้นตอนในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของภาครัฐให้รัดกุมมากขึ้น เพื่อที่จะลดต้นทุนในการบริหารจัดการ เช่นในกรณีของอังกฤษที่เดิมทีนั้นโครงสร้างการบริหารจะค่อนข้างซับซ้อน โดยมีการจัดตั้ง Strategic Health Authorities ขึ้นมา 10 แห่ง เพื่อรับผิดชอบในการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพในพื้นที่ที่แบ่งเป็น 10 เขต และในแต่ละเขตก็จะมี Primary Care Trusts (PCTs) ซึ่งมักจะเป็นที่รู้จักกันในนามของ NHS ท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรภายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่รับผิดชอบในการประเมินความต้องการด้านการรักษาพยาบาลในพื้นที่และต่อรองกับผู้ให้บริการรักษาพยาบาลในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป (General Practice) หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาล เช่น โรงพยาบาล รพพยาบาล ฯลฯ NHS trusts และหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับท้องถิ่น (community services) เพื่อที่จะจัดหาบริการรักษาพยาบาล (commissioning agent) ให้แก่ประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบตามที่ปรากฏในรูปที่ 2.2 ด้านล่าง

รูปที่ 2.2 โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ



ที่มา: The Change Foundation, 2009

ล่าสุดนั้น ได้มีการพิจารณาร่างกฎหมายที่จะยุบเลิก Strategic Health Authorities และ Primary Healthcare Trusts ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านการคลังและกำกับดูแลบริการรักษาพยาบาล โดยมีการจัดตั้ง Clinical Commissioning Groups (CCGs) ในระดับท้องถิ่นทั่วประเทศขึ้นมาแทน CCGs ดังกล่าว ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิของรัฐซึ่งต่างจากหน่วยงานเดิม

ที่ประกอบด้วยข้าราชการเป็นหลัก ภายใต้ระบบใหม่นี้ CCGs ในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านหน้า (gate keeper) จะเป็นผู้ประเมินความต้องการรักษาพยาบาลในระดับท้องถิ่นและจัดซื้อบริการรักษาพยาบาลเอง การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้เกิดขึ้นจากความเห็นที่ว่า โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา มีหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องที่หลากหลายในหลายลำดับชั้นทำให้การรักษาพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จึงทำให้โครงสร้างใหม่แบบราบมากขึ้น และมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติหน้าที่มากกว่าเดิม

ฝรั่งเศสและเยอรมนีก็มีความพยายามที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลมากขึ้นเช่นกัน โดยในเยอรมนีนั้นได้มีการรวมศูนย์การเจรจาต่อรองการจัดหาบริการสุขภาพจากเดิมนั้น กองทุนสุขภาพแต่ละแห่งต่างดำเนินการอย่างเป็นเอกเทศ แต่ในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมสหพันธรัฐ (Federal Joint Committee) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากทั้งผู้จ่ายเงิน (payer) และผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (provider) อันได้แก่ สมาคมกองทุนประกันสุขภาพ สมาคมแพทย์และทันตแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ สมาคมสมาพันธ์โรงพยาบาลแห่งเยอรมนี รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการอิสระที่ไม่มีส่วนได้เสีย คณะกรรมการดังกล่าวกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และแนวทางการกำกับดูแลมาตรฐานคุณภาพของบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพของรัฐโดยรวม

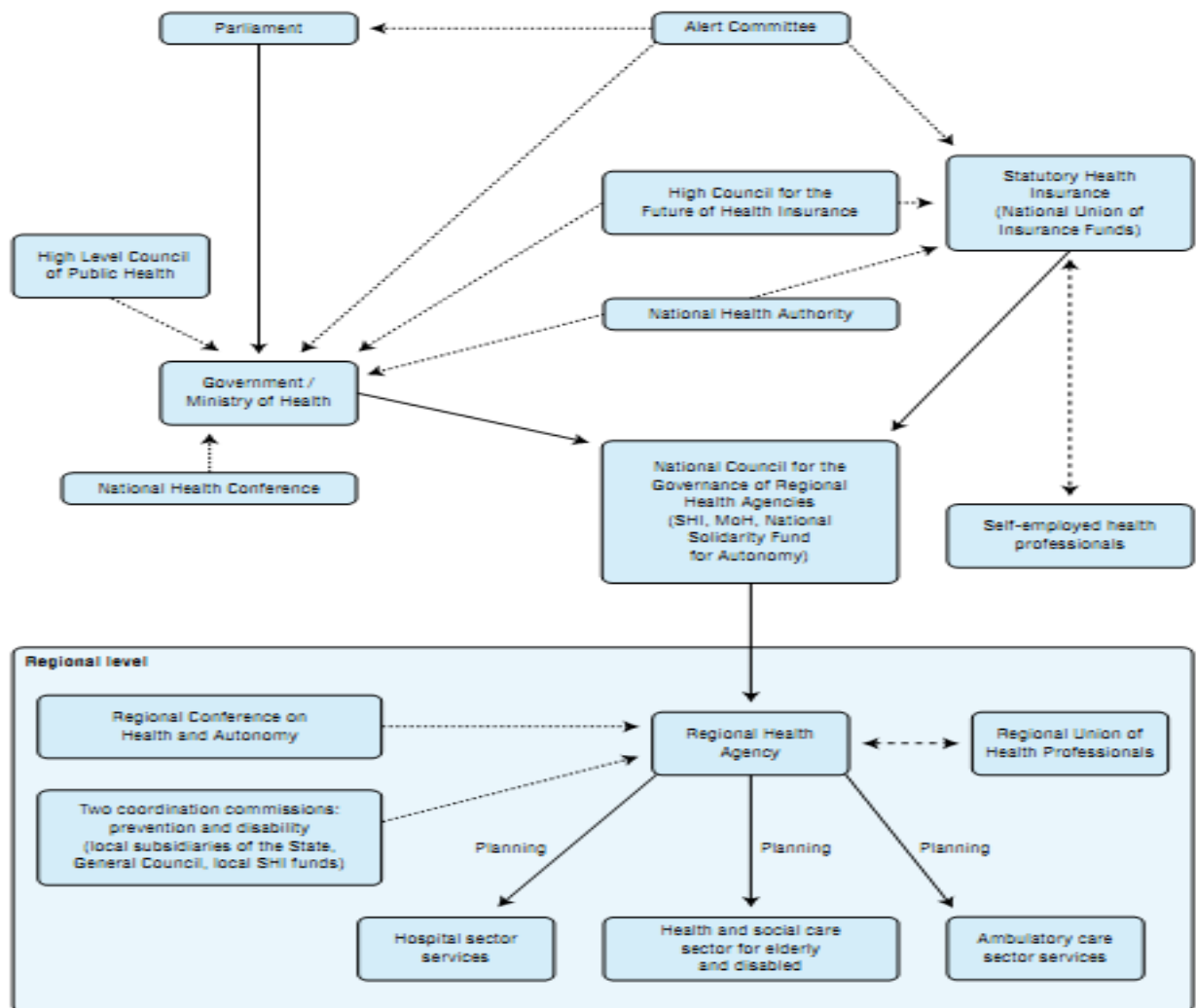
ในลักษณะเดียวกัน ฝรั่งเศสก็ได้มีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพซึ่งจำแนกตามอาชีพที่มีจำนวนมากให้รวมศูนย์มากขึ้น ในอดีตกองทุนแต่ละกองทุนจะมีการบริหารจัดการที่ค่อนข้างเป็นเอกเทศ โดยคณะกรรมการกองทุนซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้างอย่างละครึ่งหนึ่ง โดยมีรัฐบาลเป็นผู้กำหนดอัตราค่าเพิ่มของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในแต่ละปี

ในปี พ.ศ. 2547 ได้มีปฏิรูปโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐครั้งใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์สามประการ **ประการแรก** คือ การลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพของการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนซึ่งเป็นประเด็นที่มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากทางสื่อ ณ เวลานั้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ได้มีการตรากฎหมายว่าด้วยสาธารณสุข (Public Health Act 2004) ซึ่งจัดตั้งหน่วยงานที่เข้ามากำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในภาพรวมที่เรียกว่า National Health Authority หรือมีตัวย่อว่า HAS (Haute Autorité de Santé) เพื่อที่จะกำหนดมาตรฐานกลางของคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลสำหรับทุกกองทุน หน่วยงานดังกล่าวมีภารกิจในการประเมินคุณภาพของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การรับรอง (accreditation) มาตรฐานของหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาล การให้ใบรับรองแพทย์ ฯลฯ โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับทั้งกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามผลการประเมินคุณภาพของ HAS

และสหภาพกองทุนประกันสุขภาพซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนตามที่ปรากฏในรูปที่ 2.3

ประการที่สอง รัฐต้องการจะสร้างอำนาจต่อรองให้ผู้ซื้อบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยกองทุนสุขภาพของหน่วยงานทั้งรัฐ และบริษัทประกันสุขภาพเอกชนในการเจรจากับผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้ผลิตยา กฎหมายดังกล่าวจึงกำหนดให้มีการจัดตั้งสหภาพกองทุนประกันสุขภาพของภาครัฐ (National Union of Insurance Funds) ซึ่งประกอบไปด้วยกองทุนสุขภาพรายอาชีพที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐ และสหภาพผู้รับประกันเสริม (National Union of Complementary Health Insurers) ซึ่งประกอบไปด้วยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่ให้บริการประกันสุขภาพเสริมจากประกันสุขภาพของภาครัฐ การจัดตั้งหน่วยงานดังกล่าวเพื่อสร้างอำนาจต่อรองของผู้ซื้อบริการสุขภาพที่เป็นทั้งรัฐบาลและเอกชน อันเป็นการช่วยประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่ายและเพื่อให้คุณภาพและมาตรฐานในการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนต่างๆ เท่าเทียมกัน นอกจากนี้แล้ว อำนาจในการควบคุมงบประมาณในการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ถูกโอนถ่ายจากสภาของสหภาพทั้งสองสหภาพ ซึ่งมักจะประกอบด้วยผู้แทนจากสหภาพแรงงานเป็นหลัก มาอยู่ที่ผู้อำนวยการกองทุนซึ่งรัฐบาลเป็นผู้แต่งตั้ง จึงอาจกล่าวได้ว่า รัฐบาลเข้ามามีอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ในขณะเดียวกันกฎหมายก็ได้ให้การคุ้มครองสมาชิกของสภาของสหภาพฯ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากนายจ้างและลูกจ้างโดยกำหนดให้สมาชิกฯ มีวาระ 5 ปี ซึ่งในช่วงเวลาที่ดำรงตำแหน่งนั้น รัฐบาลไม่สามารถปลดออกจากตำแหน่งได้

รูปที่ 2.3 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของฝรั่งเศส



ที่มา: Chevreul, 2010

2.2.2 ความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (Accountability) ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

ทุกประเทศทั่วโลกล้วนประสบปัญหาท้าทายในการจัดหารักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนที่ทั่วถึง เท่าเทียมและคุ้มค่ามากขึ้นด้วยข้อจำกัดทางงบประมาณที่นับวันยิ่งรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลายประเทศได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงระบบในการประเมิน ติดตาม และตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อที่จะให้มีความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (accountability) มากขึ้น

คำว่า “ความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่” หมายถึง (1) การให้ข้อมูลและการอธิบาย/ชี้แจง การกระทำหรือการตัดสินใจที่มีความชัดเจน ตรวจสอบได้ (answerability) และ (2) การมีบทลงโทษ ในกรณีที่การกระทำหรือการตัดสินใจไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสียหาย (sanction) บทลงโทษ ดังกล่าวอาจเป็นบทลงโทษที่กำหนดโดยรัฐในรูปแบบของ กฎหมาย ข้อบังคับ หรือบทลงโทษที่เกิดจากแรงกดดันของตลาดในกรณีที่มีการแข่งขันในตลาด แต่เนื่องจากบริการประกันสุขภาพของ ภาครัฐนั้นโดยทั่วไปแล้วไม่มีคู่แข่ง เนื่องจากรัฐเป็นผู้ให้บริการประกันรายเดียวในประเทศ บทลงโทษส่วนมากจึงเกิดจากกฎ ระเบียบของภาครัฐมากกว่ากลไกของตลาด ยกเว้นในบาง ประเทศ เช่นกรณีประเทศเยอรมนีที่เปิดให้มีการลงทุนสุขภาพเกือบ 200 แห่งที่สามารถแข่งขันกันในการให้บริการประกันสุขภาพของภาครัฐแก่ประชาชนได้

คำถามต่อไปคือ ความรับผิดชอบที่กล่าวถึงนั้น เป็นการรับผิดชอบต่อเรื่องอะไร (for what) และต่อใคร (to whom) ?

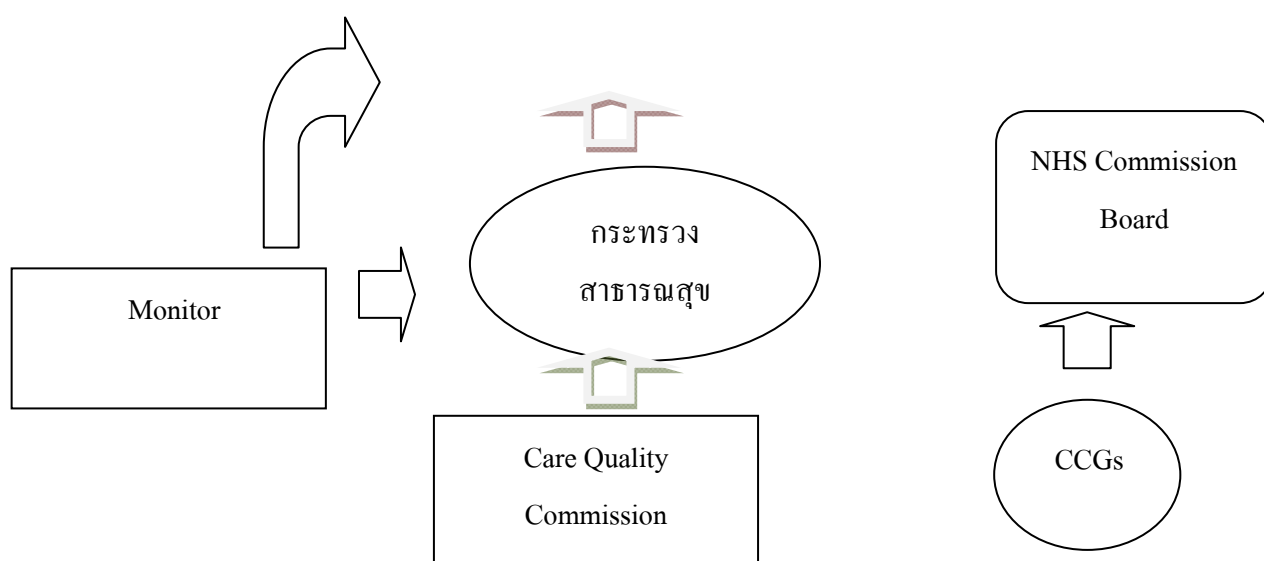
ใครเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลงานด้านบริการสาธารณสุขและต่อใครหรือหน่วยงานไหนนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับโครงสร้างในการอภิบาลระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ความรับผิดชอบต่อ อำนาจหน้าที่นั้นมีลักษณะที่เป็นห่วงโซ่จากหน่วยงานในหลายลำดับชั้น จากกรณีศึกษาในหลาย ประเทศ พบว่า ห่วงโซ่ความรับผิดชอบในระดับสูงสุด คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของฝ่ายบริหารที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพโดยรวมของ ประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบต่อรัฐสภาหรือฝ่ายนิติบัญญัติ ในอังกฤษมี หน่วยงานสองหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประเมิน ติดตามและตรวจสอบด้านการเงินและคุณภาพ ของบริการ อันได้แก่ Monitor ซึ่งประเมินความคุ้มค่าของการใช้จ่ายเงินงบประมาณของระบบ ประกันสุขภาพและ Care Quality Commission ซึ่งประเมินคุณภาพของบริการรักษาพยาบาล ทั้งสองหน่วยงานนี้จะต้องรายงานต่อทั้งกระทรวงสาธารณสุข และต่อรัฐสภาในฐานะของ หน่วยงานที่ตรวจสอบฝ่ายบริหารในเวลาเดียวกัน

ตัวอย่างเช่นในกรณีของ Monitor นั้น ผู้บริหารสูงสุดจะต้องรายงานผลการประเมิน ประจำปีต่อคณะกรรมการสุขภาพ (Health Committee) ของสภาผู้แทนราษฎรในการประชุมที่มี ชื่อว่า Annual Accountability Hearing with Monitor ปีละครั้ง และจะมีการจัดทำรายงานและ การซักถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ ในขณะที่ Care Quality Commission นั้นมิได้รายงานตรงต่อคณะกรรมการ หากแต่มีความรับผิดชอบโดยอ้อมต่อรัฐสภา ผ่าน NHS Commission Board ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอำนาจหน้าที่ ในการติดตาม ตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาลในรายกรณีและในรายวัน และ NHS Commission Board ต้องรายงานผลงานโดยตรงต่อรัฐสภา

ในระดับล่างลงมาอีกนั้น Clinical Commissioning Group (CCGs) ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับปฏิบัติที่มีความรับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยการจัดทำและบริหารสัญญาในการให้บริการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลท้องถิ่นก็มีความรับผิดชอบต่อ NHS Commission Board เช่นกัน

โดยสรุปแล้ว จะเห็นได้ว่าห่วงโซ่ของความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในระบบประกันสุขภาพในอังกฤษนั้นมีความซับซ้อนตามที่ปรากฏในรูปที่ 2.4 ด้านล่าง

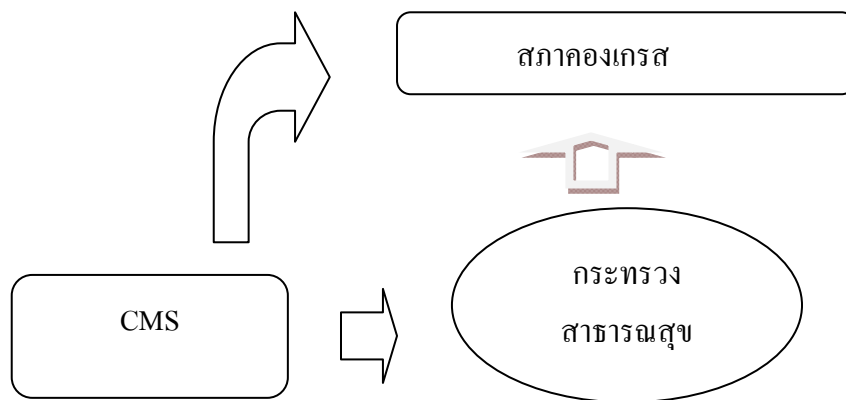
รูปที่ 2.4 ห่วงโซ่ของความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ



ที่มา : จากการรวบรวมของคณะวิจัย

สหรัฐอเมริกา มีห่วงโซ่ของการรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ที่คล้ายคลึงกับอังกฤษ (รูปที่ 2.4 และ 2.5) กล่าวคือ CMS (Center for Medicare & Medicaid Services) เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย (Medicare) และผู้สูงอายุ (Medicaid) ต้องจัดทำรายงานผลการดำเนินงานประจำปี และแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณถัดไปเสนอแก่สภาคอนเกรส เพื่อเป็นหลักฐานในการพิจารณาการขึ้นของงบประมาณต่อสภาคอนเกรส ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนดวงเงินงบประมาณ และกรอบอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงาน โดยมี Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) เป็นองค์กรอิสระตั้งตาม Balanced Budget Act of 1997 เพื่อให้ความเห็นต่อสภาคอนเกรสในเรื่องงบประมาณ กลไกการเบิกจ่าย ผลการปฏิบัติงาน ผลกระทบ ของการดำเนินการของ Medicare และ MedPAC เองก็มีอำนาจเรียกข้อมูลจาก Medicare ได้โดยใช้งบประมาณดำเนินการจาก CMS

รูปที่ 2.5 ห่วงโซ่ของความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา



ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

อนึ่ง ระบบความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ที่มีฝ่ายนิติบัญญัติ เช่นกรณีของรัฐสภาหรือสภาองเกรสอยู่ในระดับบนสุดนั้นมักถูกออกแบบมาตามโครงสร้างทางการเมืองในประเทศอังกฤษ และสหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่ฝ่ายนิติบัญญัติมีขีดความสามารถสูงในการตรวจสอบการใช้งบประมาณและผลงานของฝ่ายบริหาร เช่นในกรณีของสหรัฐอเมริกามี Congressional Budget Office (CBO) ที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานของฝ่ายบริหาร และ Government Accountability Office (GAO) ที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบประเมินผลงาน ในประเทศอังกฤษ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (National Audit Office) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระจากฝ่ายบริหาร มีหน้าที่ในการตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยงานที่ใช้งบประมาณรัฐตามคำร้องขอของสภาผู้แทนราษฎรหรือวุฒิสภา ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2544 หน่วยงานดังกล่าวได้จัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ Care Quality Commission ตามคำร้องขอของรัฐสภา เป็นต้น

สำหรับประเทศในยุโรปนั้น รัฐสภามีบทบาทน้อยในห่วงโซ่ของความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารด้านการคลังและคุณภาพของบริการที่ค่อนข้างเบ็ดเสร็จ อย่างไรก็ตามรัฐสภายังมีบทบาทบ้างในบางประเทศ เช่นในกรณีของฝรั่งเศส หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาล แพทย์ และการบริการรักษาพยาบาลที่เรียกว่า HAS นั้นมีลักษณะที่เป็นองค์กรอิสระที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องรายงานต่อทั้ง ครม. และรัฐสภา

สำหรับคำถามต่อไปว่า ผู้ที่มีความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่นั้น ต้องรับผิดชอบในเรื่องใดนั้น โดยทั่วไปแล้ว ความรับผิดชอบในด้านการให้บริการสาธารณะนั้นมีสองมิติ คือ

ก. ความรับผิดชอบด้านการเงิน (financial accountability) และ

ข. ความรับผิดชอบต่อผลงาน (performance accountability) ซึ่งในกรณีของบริการสุขภาพ อาจหมายถึง คุณภาพของการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการ ความรวดเร็วของบริการ ฯลฯ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะมีการประเมิน

การศึกษาในส่วนต่อไปจะกล่าวถึงรายละเอียดของความรับผิดชอบทั้งสองมิติดังกล่าว

ก) ความรับผิดชอบด้านการเงิน

ความรับผิดชอบด้านการเงินหมายถึงการติดตามและรายงานการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย และการใช้เงินโดยใช้เครื่องมือหลักได้แก่ การบัญชี (accounting) การจัดทำงบประมาณ (budgeting) และการตรวจสอบ (audit) การสร้างความรับผิดชอบด้านการเงิน เริ่มจากการสร้างมาตรฐานทางบัญชีในการรายงานการใช้จ่ายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในส่วนของการจัดทำงบประมาณนั้น กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบที่จะต้องใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินที่ได้รับการจัดสรรสำหรับบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยงบประมาณประจำปี อนึ่ง การบริการงบประมาณที่มีคุณภาพนั้นต้องพึ่งพาฐานข้อมูลที่ดีด้วย เช่น การกำหนดราคาขายต้องมีฐานข้อมูลราคาขายที่มีการจัดซื้อในสถานพยาบาลทุกแห่ง รวมทั้งมีกลไกในการตรวจสอบการยกยอกหรือน้อยโง่งในการจัดซื้อจัดจ้าง หรือในการเบิกจ่าย เป็นต้น

การศึกษาศรีศึกษาต่างประเทศ พบว่า แต่ละประเทศจะมีวิธีการในการสร้างความรับผิดชอบด้านการเงินการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาศรีตัวอย่างห้าประเทศนั้น พบว่า ทุกประเทศมีการกำหนดวงเงินงบประมาณรวมที่สามารถจัดสรรให้แก่กองทุนประกันสุขภาพของภาครัฐในแต่ละปี ที่เรียกว่า Global Health Budget ซึ่งคณะรัฐมนตรีหรือฝ่ายบริหารเป็นผู้กำหนดขึ้น เพื่อที่จะเป็นกรอบในการบริหารการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ตัวอย่างเช่นในออสเตรเลียนั้นอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละปีจะขึ้นอยู่กับวงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศเหล่านี้ใช้วงเงินงบประมาณในระดับมหภาคเป็นตัวคุมค่าใช้จ่าย หน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะต้องบริหารจัดการให้ค่าใช้จ่ายอยู่ในวงเงินที่กำหนดขึ้น

นอกจากนี้แล้ว บางประเทศเช่นฝรั่งเศสกำหนดให้รัฐมนตรีที่รับผิดชอบต้องจัดทำแผนงานในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้อยู่ภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรทุก 2 ปี ในกรณีที่วงเงินงบประมาณรวมที่กำหนดขึ้นมานั้นไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ในส่วนของ

ออสเตรเลียนั้นเปิดโอกาสให้มีการเพิ่มวงเงินได้หากจำเป็น หากแต่กำหนดให้สถานพยาบาลที่ขาดทุนต้องยื่นเอกสารหลักฐานชี้แจงต้นทุนในรายละเอียดเพื่อที่จะได้รับเงินอุดหนุนเพิ่ม

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ต้องเผชิญปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วอันสืบเนื่องจากการเข้าสู่วัยชราของประชากร วิธีการในการควบคุมต้นทุนของญี่ปุ่นเริ่มจากการที่ คุม กำหนดเป้าหมายอัตราค่าเพิ่มของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามข้อมูลสถิติในแต่ละปี และกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม ใช้กลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยการกำกับอัตราเบี้ยประกัน และอัตราค่าบริการ โดยมีการกำหนดอัตราค่าบริการใหม่ทุก 2 ปี เพื่อให้ค่ารักษาพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถรับได้ เนื่องจากสถานพยาบาลไม่สามารถกำหนดอัตราค่าบริการที่สูงไปกว่าอัตราที่รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนด การควบคุมราคาจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของญี่ปุ่น นอกจากนี้แล้ว ญี่ปุ่นยังมีข้อมูลสถิติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรายละเอียดของบริการแต่ละประเภทที่ละเอียดและครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

อย่างไรก็ดี แม้การใช้ฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับอำนาจต่อรองในฐานะที่เป็นรัฐจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ แต่คุณภาพในการรักษาพยาบาลเริ่มตกต่ำลง เนื่องจากแพทย์ส่วนมากเลือกที่จะให้บริการในการรักษาทั่วไปในคลินิกมากกว่าที่จะปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลเนื่องจากค่าบริการแพทย์ที่รัฐกำหนดค่อนข้างต่ำ ทำให้แพทย์ที่ต้องการรายได้สูงต้องบริการคนไข้จำนวนมากเนื่องจากมีรายได้เพิ่มจากการสังเคราะห์ทางแพทย์ (tests) และการสั่งยา ซึ่งเหมาะกับการรักษาระยะสั้นปฐมภูมิ ทำให้การรอคอยการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือการผ่าตัดในโรงพยาบาลของญี่ปุ่นมีคิวที่ยาวมาก

ประเทศเยอรมนีเป็นประเทศเดียวที่ใช้กลไกทางตลาดเป็นหลักในการควบคุมต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาล กองทุนสุขภาพใดที่บริหารจัดการอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ต้นทุนสูง ก็จะต้องเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมจากเบี้ยประกันตามที่รัฐกำหนด แม้รัฐจะเปิดช่องให้กองทุนสุขภาพสามารถดำเนินการดังกล่าวได้เพื่อที่จะรักษาความอยู่รอดทางการเงินของตนเอง หากแต่ในทางปฏิบัติมีกองทุนจำนวนน้อยมาก ที่เลือกจะเก็บค่าธรรมเนียมดังกล่าวเนื่องจากไม่ต้องการเสียลูกค้าให้กับกองทุนสุขภาพอื่นๆ

ที่น่าสังเกตคือ ประเทศที่ศึกษาทุกประเทศมีการจัดเก็บภาษีสุขภาพ (Earmarked Health Tax) ที่แยกออกมาจากการจัดเก็บภาษีรายได้บุคคลธรรมดาทั่วไป หรือจากค่าธรรมเนียมประกันสังคม เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการทางการคลังของกองทุนสุขภาพมีความชัดเจนโปร่งใส สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายและขนาดวงเงินงบประมาณที่รัฐจะต้องจัดสรรไว้ในแต่ละปี ในขณะเดียวกัน การจัดเก็บภาษีสุขภาพทำให้ประชาชนต้องใส่ใจกับต้นทุนในการรักษาพยาบาล เพราะสุดท้ายแล้ว หากไม่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย ผู้ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมก็คือ ผู้ที่มีรายได้

นั่นเอง ที่ต้องเสียค่าเบี้ยประกันที่คำนวณเป็นสัดส่วนของเงินเดือนหรือรายได้ที่เพิ่มสูงมากขึ้น การจัดเก็บภาษีเฉพาะ (Earmarked Tax) แม้จะไม่มีประสิทธิภาพตามหลักทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากเป็นการจำกัดความยืดหยุ่นในการจัดสรรงบประมาณ แต่ในทางปฏิบัติเป็นวิธีการที่ทำให้การคลังของระบบประกันสุขภาพมีความชัดเจน โปร่งใสมากกว่าในกรณีที่มีการจัดสรรงบประมาณจากงบประมาณรวมของประเทศ

ข) ความรับผิดชอบต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล

คุณภาพของการรักษาพยาบาลเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความคุ้มค่าของระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่งบประมาณมีจำกัด ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องพยายามที่จะได้มาซึ่งบริการการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดภายในงบค่าใช้จ่ายที่มีจำกัด นอกจากนี้แล้ว ในทางการเมืองคุณภาพของการรักษาพยาบาลมีนัยสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยเหตุผลดังกล่าว แต่ละประเทศได้เริ่มให้ความสำคัญแก่การสร้างสถาบันที่มีขีดความสามารถสูงในเชิงเทคนิคในการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น ฝรั่งเศสได้จัดตั้ง HAS ขึ้นมาในปี พ.ศ. 2547 หน่วยงานดังกล่าวมีกรอบอำนาจหน้าที่ในการกำกับควบคุมคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่กว้างขวาง รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล (accreditation) มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย และการออกประกาศนียบัตรแพทย์ อนึ่งในฝรั่งเศส สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองเท่านั้นที่จะสามารถรับเงินอุดหนุนจากรัฐได้

ในปีเดียวกันนั้น เยอรมนีได้จัดตั้ง Institute for Quality and Efficiency (IQWiG) ซึ่งมีกรอบภารกิจที่คล้ายคลึงกับ HAS อย่างไรก็ดี ในเยอรมนีและญี่ปุ่น การรับรองมาตรฐานของสถานพยาบาลอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจเท่านั้น แต่ในกรณีของเยอรมนีโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในทุกแห่งจะต้องจัดทำรายงานคุณภาพของการรักษาพยาบาลซึ่งประกอบด้วยดัชนีชี้วัดประมาณ 150 ตัว ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องเปิดเผยผลการประเมินสำหรับดัชนีคุณภาพพื้นฐาน 27 ตัว เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเปรียบเทียบคุณภาพของบริการได้ ในทางตรงกันข้ามกับกรณีของญี่ปุ่น สถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าระบบการประเมินจะไม่เปิดเผยผลรายงานการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล ที่จัดทำขึ้นโดย Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปรียบเทียบคุณภาพของบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ได้ อย่างไรก็ดีตาม ในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลได้ออกกฎระเบียบให้โรงพยาบาลของรัฐต้องเปิดเผยกรณีของการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาดต่อสาธารณะ แต่ในทางปฏิบัติมิได้มีการรายงานอย่างครบถ้วน

ในประเทศออสเตรเลียได้มีการบังคับให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานของบริการที่กำหนดขึ้นโดย The Royal Australian College of General

Practitioners หากแต่กำหนดแรงจูงใจในด้านการเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจะได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพิ่มในอัตราประมาณร้อยละ 4 - 7 ของรายได้

โดยสรุปแล้ว กรณีศึกษาทั้ง 4 ประเทศมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของการรักษาพยาบาลแต่ความเข้มงวดในการบังคับให้สถานพยาบาลจะต้องรักษามาตรฐานดังกล่าวแตกต่างกัน ในประเทศฝรั่งเศสสถานพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นม่านั้นที่สามารถรับเงินอุดหนุนจากรัฐได้ ในขณะที่ออสเตรเลียได้มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการแต่มีการสร้างแรงจูงใจในการปรับปรุงมาตรฐานของบริการ โดยการให้เงินอุดหนุนเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เยอรมนีเป็นประเทศเดียวที่ใช้กลไกตลาดในการผลักดันให้สถานรักษาพยาบาลปรับปรุงคุณภาพของบริการโดยการบังคับให้ต้องเปิดเผยผลการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลตามดัชนีคุณภาพที่ภาครัฐกำหนด ญี่ปุ่นเป็นประเทศเดียวที่ไม่มีระบบแรงจูงใจหรือข้อบังคับให้สถานพยาบาลปรับปรุงหรือรักษามาตรฐานคุณภาพของบริการแต่อย่างใด

2.3 รูปแบบการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพ

รูปแบบการคลังของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ 1) การจัดการด้านการคลังผ่านระบบภาษี (tax-based financing) 2) การจัดการด้านการคลังผ่านระบบประกันสังคม (social security financing) บางประเทศเลือกใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ในขณะที่บางประเทศใช้ทั้งสองรูปแบบควบคู่กันไป

การศึกษารูปแบบการคลังของระบบประกันสุขภาพในส่วนนี้จะศึกษากรณีของประเทศต่างๆ 5 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส เยอรมนี และญี่ปุ่น

1) การจัดการด้านการคลังผ่านระบบภาษี (tax-based financing)

การจัดการด้านการคลังผ่านระบบ หมายถึง การกำหนดให้รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐมาจากงบประมาณรายปีของประเทศ ซึ่งมาจากการจัดเก็บภาษีของภาครัฐ เช่น รายได้ภาษีสรรพากร ภาษีสรรพสามิต ภาษีศุลกากร ภาษีทรัพย์สิน เป็นต้น การจัดการด้านการคลังผ่านระบบภาษียังมีทั้งจุดเด่นและจุดด้อยที่สำคัญดังนี้

จุดเด่นของระบบดังกล่าวที่รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คือ การลดปัญหาความเหลื่อมล้ำของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเนื่องจากประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีรายได้ รายได้สูงหรือต่ำ ประกอบอาชีพใด สุขภาพดีหรือไม่ ต่างก็มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน

จุดด้อยของระบบดังกล่าว คือ การที่รัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอาจทำให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเพราะไม่มีแรงกดดันในการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย

2) การจัดการด้านการคลังผ่านระบบประกันสังคม (social security financing)

การจัดการด้านการคลังผ่านระบบประกันสังคมหรือผ่านระบบหลักประกันที่ขึ้นกับการจ้างงาน คือการให้ประชาชนที่มีรายได้และนายจ้างเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างโดยรัฐบาลมักให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายในกรณีที่มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมถึงครอบครัวของลูกจ้างด้วย

ค่าเบี้ยประกันที่นายจ้างและลูกจ้างต้องชำระมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น อาจเป็นการกำหนดแบบอัตราตายตัว (fixed rate) แบบผันแปรตามรายได้ (income based) แบ่งตามช่วงอายุ (age range) หรือใช้หลายรูปแบบผสมกัน เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีความสามารถในการชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพได้น้อย ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ว่างงาน และผู้สูงอายุ ภาครัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบให้เงินอุดหนุนผ่านกองทุนเฉพาะกิจแทน จุดเด่นและจุดด้อยที่สำคัญของการจัดการด้านการคลังผ่านระบบประกันสังคมสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

จุดเด่นประการแรก คือ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพจะถูกเก็บไว้ใช้สำหรับการรักษาพยาบาลของสมาชิกของกองทุนเท่านั้น ทำให้มีความมั่นคงของแหล่งเงินทุนสำหรับการรักษาพยาบาล และสามารถประเมินงบประมาณที่ต้องใช้ในแต่ละปีได้ โดยอาจมีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบที่เป็นหน่วยงานอิสระเพื่อทำหน้าที่บริหารงานให้มีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพมากขึ้น **จุดเด่นประการที่สอง** คือ การคำนวณค่าเบี้ยประกันที่ไม่ได้มีการอ้างอิงกับสุขภาพของผู้เอาประกัน ทำให้ผู้เอาประกันที่มีปัญหาด้านสุขภาพไม่ต้องกังวลว่าจะมีการชำระค่าเบี้ยประกันที่สูงเกินความสามารถในการจ่าย นอกจากนี้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ความคุ้มครองที่ได้รับมักจะครอบคลุมทั้งคู่สมรสและบุตรของผู้เอาประกันด้วยโดยรัฐเป็นผู้ร่วมจ่าย ระบบดังกล่าวจึงมีส่วนที่คล้ายคลึงกับระบบการคลังผ่านระบบภาษีที่กล่าวมาแล้ว หากแต่จะต่างกันตรงที่ผู้ที่ชำระค่าเบี้ยประกันและครอบครัวเท่านั้นที่จะได้รับสิทธิคุ้มครอง

จุดด้อยของระบบดังกล่าวมีสองประการ **ประการแรก** บางประเทศมีระบบประกันสังคมสำหรับคนหลากหลายกลุ่มหลายอาชีพ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทั้งในมิติของภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับ ชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ตลอดจนคุณภาพของบริการ นอกจากนี้แล้ว การมีหลายกองทุนทำให้การกระจายความเสี่ยงมีจำกัด ดังจะเห็นได้จากกรณีของเยอรมนีที่มีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนที่ประสบปัญหาล้มละลายเพราะสมาชิกมีรายได้น้อยทำให้เก็บค่าเบี้ยประกันได้น้อย ส่งผลให้มีการควมรวมกองทุนสุขภาพหลายรายเพื่อที่จะให้มี

การประหยัดจากขนาดในการบริหารจัดการ **ประการที่สอง** เนื่องจากระบบประกันสังคมเป็นระบบที่สร้างขึ้นมาเพื่อลูกจ้าง จึงมีบุคคลจำนวนมากที่อยู่นอกระบบ เช่น เกษตรกร ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว และบุคคลว่างงานและครอบครัว รัฐจึงต้องจัดตั้งกองทุนสุขภาพอื่นๆ ขึ้นมาเป็นการเฉพาะเพื่อดูแลกลุ่มบุคคลดังกล่าว ส่งผลให้มีกองทุนสุขภาพที่หลากหลายอันเป็นอุปสรรคในการบริหารจัดการ

เมื่อจำแนกกลุ่มประเทศที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษา พบว่า อังกฤษและออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพผ่านระบบภาษีเพียงอย่างเดียว ซึ่งประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานเหมือนกัน ขณะที่ฝรั่งเศส เยอรมนี และญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพระบบประกันสังคม โดยสิทธิในการรักษาพยาบาลจะคุ้มครองเฉพาะผู้ที่ชำระค่าเบี้ยสวัสดิการสังคมสำหรับกลุ่มบุคคลบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลผู้ว่างงานจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นกัน แต่เป็นการอุดหนุนเงินผ่านระบบภาษี ซึ่งภาครัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือให้เงินอุดหนุนมากกว่าบุคคลทั่วไป

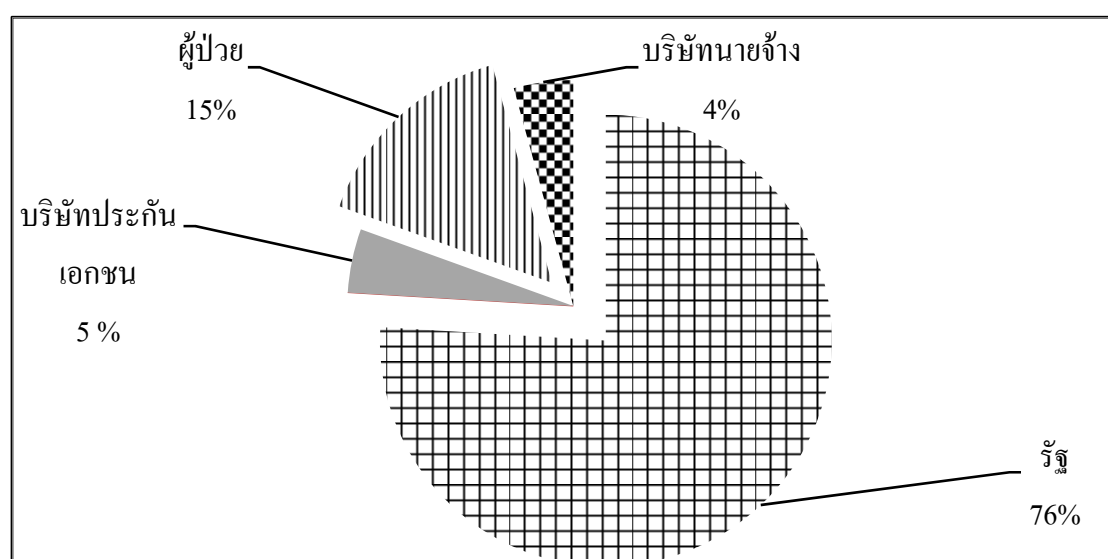
2.3.1 ภาพรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประเภทต่างๆ

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ได้พัฒนารูปแบบการจัดการด้านการคลังของระบบการรักษาพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับประชากรแต่ละกลุ่มและงบประมาณที่ได้รับ โดยมีการประยุกต์ใช้การจัดการด้านการคลังผ่านระบบภาษี และ/หรือ การจัดการด้านการคลังผ่านระบบประกันสังคมตามลักษณะของกลุ่มประชากรในแต่ละประเทศตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ World Health Organization ได้จำแนกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็น 5 ประเภท ประกอบด้วย

- (ก) ค่าใช้จ่ายจากภาครัฐ (general government expenditure)
- (ข) ค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสังคม (social security expenditure)
- (ค) ค่าใช้จ่ายสมทบจากผู้ป่วย (out-of-pocket expenditure)
- (ง) ค่าใช้จ่ายจากบริษัทประกันเอกชน (private prepaid plans) จากการที่ผู้ประกันตนซื้อประกันเอกชนเพื่อที่จะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่มากกว่าชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพของรัฐ และ
- (จ) ค่าใช้จ่ายจากบริษัทนายจ้าง (private expenditure) เช่น ในกรณีที่บริษัทมีสวัสดิการ รักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้างที่มากกว่าสิทธิที่ได้รับภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบโครงสร้างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มประเทศที่ไม่มีสวัสดิการสังคมกับกลุ่มประเทศที่มีสวัสดิการสังคมตามรูปที่ 2.6 พบว่าประเทศที่ไม่มีระบบประกันสังคมในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ภาครัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 76 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด มาจากเงินภาษีทั่วไปที่ได้จากการจัดสรรภาครัฐ ขณะที่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายตามจริงของผู้ป่วยจะมีเพียงร้อยละ 15 ค่าใช้จ่ายของแผนสุขภาพล่วงหน้าคิดเป็นร้อยละ 5 และค่าใช้จ่ายของหน่วยงานเอกชนคิดเป็นร้อยละ 4 เท่านั้น

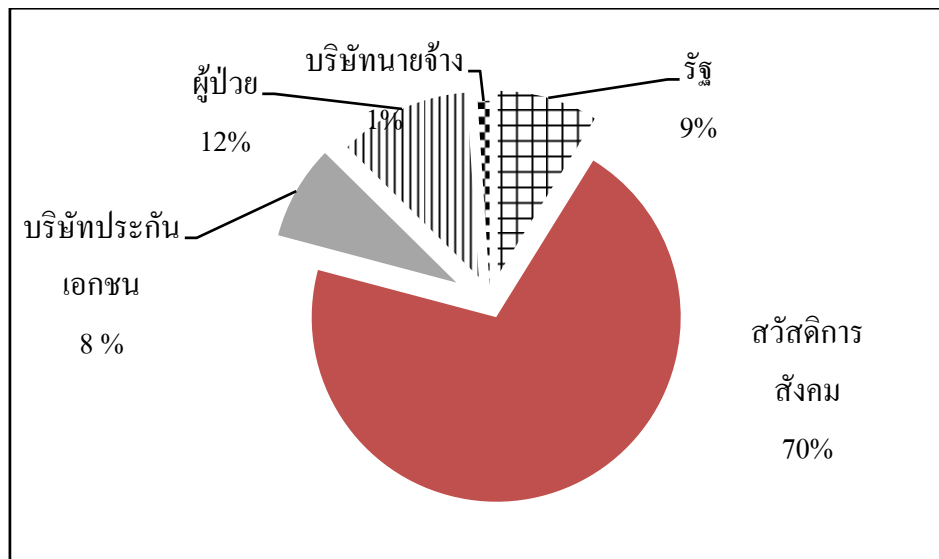
รูปที่ 2.6 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่ไม่มีสวัสดิการสังคมในปี 2553



ที่มา: WHO 2553

ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่มีระบบประกันสังคม ได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมนีและญี่ปุ่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด มาจากการเก็บค่าเบี้ยสวัสดิการสังคมที่สมาชิกทุกคนต้องชำระ โดยภาครัฐจะเป็นผู้กำหนดอัตราและหลักเกณฑ์ในการเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยสวัสดิการสังคมเอง ตามที่ปรากฏในรูปที่ 2.7 ด้วยเหตุนี้ การจัดการด้านการคลังผ่านระบบประกันสังคมจึงทำให้ภาครัฐไม่มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากนัก เพราะจะให้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพเพิ่มเติมผ่านระบบภาษีกับกลุ่มบุคคลบางประเภทประมาณร้อยละ 9 เท่านั้น ขณะที่ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย บริษัทประกันเอกชน และบริษัทนายจ้างจ่ายเพิ่มเติมมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันมากนักเมื่อเทียบกับประเทศที่ไม่มีระบบประกันสังคม ยกเว้นในกรณีของค่าใช้จ่ายของบริษัทนายจ้าง ซึ่งภายใต้ระบบประกันสังคมจะมีสัดส่วนน้อยมาก คือ เพียงร้อยละ 1 เนื่องจากนายจ้างต้องสมทบจ่ายค่าเบี้ยประกันการรักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้างอยู่แล้วภายใต้ระบบประกันสังคมจึงมักไม่มีสวัสดิการเพิ่มเติมให้แก่พนักงาน

รูปที่ 2.7 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่มีสวัสดิการสังคมในปี 2553



ที่มา: World Health Organization 2553

ความแตกต่างของโครงสร้างของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำแนกตามแหล่งที่มาาระหว่างระบบประกันสุขภาพที่ใช้เงินจากงบประมาณของประเทศกับที่ใช้เงินจากระบบประกันสังคมที่นำเสนอมานั้นเป็นเพียงภาพรวมของหลายประเทศ ในความเป็นจริงแล้วโครงสร้างของค่าใช้จ่ายระหว่างประเทศที่มีระบบการคลังเหมือนกันก็ยังคงมีความแตกต่างกันอยู่อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่นประเทศออสเตรเลียและอังกฤษ เป็นสองประเทศที่ใช้เงินงบประมาณในการอุดหนุนบริการสุขภาพ หากแต่ตารางที่ 2.3 ด้านล่าง แสดงว่า ในกรณีของออสเตรเลียนั้นสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่มาจากผู้ป่วยสูงกว่าในกรณีของอังกฤษประมาณเท่าตัว (ร้อยละ 20.51 เทียบกับร้อยละ 9.98)

ตารางที่ 2.3 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ของประเทศพัฒนาแล้วปี 2553

หน่วย: ร้อยละ

	สัดส่วนค่าใช้จ่าย				
	หน่วยงานของรัฐ		หน่วยงานเอกชน		
	งบประมาณ	สวัสดิการสังคม	ผู้ป่วย	บริษัทประกันภัย	อื่นๆ
ประเทศที่ไม่มีสวัสดิการสังคม					
อังกฤษ	83.90	0.00	9.98	1.05	5.07
ออสเตรเลีย	68.00	0.00	20.51	8.06	3.42
เนเธอร์แลนด์	75.95	0.00	15.25	4.55	4.25
ประเทศที่มีสวัสดิการสังคม					
ฝรั่งเศส	7.39	70.41	7.35	13.34	1.51
เยอรมนี	8.94	68.16	12.96	9.23	0.71
ญี่ปุ่น	10.15	72.35	14.37	2.22	0.91
เนเธอร์แลนด์	8.83	70.31	11.56	8.26	1.04

ที่มา: World Health Organization 2553

การศึกษาระบบประกันสุขภาพของทั้งสองประเทศในรายละเอียด พบว่า การบริการทางการแพทย์พื้นฐานทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมในประเทศอังกฤษ ส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ มีเพียงการรักษาพยาบาลไม่กี่ประเภทที่ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม เช่น การเบิกค่ายารักษาโรค เป็นต้น ขณะที่ประเทศออสเตรเลียการรักษายาพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้วิธีการชำระคืน (reimbursement) ด้วยอัตราส่วนร้อยละ 75 ถึง 100 ขึ้นอยู่กับโรค อีกทั้งค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลของแพทย์จะไม่ถูกควบคุมแต่อย่างใด โดยแพทย์สามารถเรียกเก็บค่าธรรมเนียมได้ตามความประสงค์และความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้ป่วยในประเทศออสเตรเลียมีค่าใช้จ่ายสมทบมากกว่าผู้ป่วยในประเทศอังกฤษ

นอกจากนี้แล้ว การที่รัฐบาลมีนโยบายกดดันให้ผู้มีรายได้สูงเลือกใช้บริการประกันสุขภาพเอกชนทำให้ประเทศออสเตรเลียมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มาจากบริษัทประกันเอกชนสูง (ร้อยละ 8.06) สูงกว่าอังกฤษ (ร้อยละ 1.05) ถึง 8 เท่า

สำหรับประเทศต่างๆ ที่มีระบบประกันสังคม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากเงินอุดหนุนภาครัฐและสวัสดิการสังคมมีส่วนไม่แตกต่างกันมากนัก จะมีเพียงประเทศฝรั่งเศสเท่านั้น ที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสมทบของผู้ป่วยที่ค่อนข้างต่ำ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากบริษัทประกันเอกชนมีสัดส่วนสูงกว่าประเทศอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ชาวฝรั่งเศสนิยมซื้อประกันเสริมจากเอกชนเพื่อปิดความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายสมทบที่ต้องแบกรับ ทั้งนี้ เนื่องจากรัฐส่งเสริมให้ประชาชนซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์มากกว่าที่ภาครัฐกำหนดให้ตามกฎหมาย โดยไม่ถูกตัดสิทธิจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ขณะที่ประเทศเยอรมนีและออสเตรเลียประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่รัฐกำหนดสามารถเลือกใช้บริการระหว่างประกันสุขภาพของรัฐหรือประกันสุขภาพเอกชนได้อย่างอย่างหนึ่ง ถ้าบุคคลเลือกใช้บริการประกันสุขภาพเอกชน สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพของรัฐจะถูกระงับทันที ทำให้บริษัทประกันเอกชนสามารถเสนอสิทธิประโยชน์เสริมจากชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

นอกจากนี้ การจัดเก็บเงินสวัสดิการสังคมของฝ่ายลูกจ้างในประเทศฝรั่งเศสยังมีอัตราที่น้อยกว่าประเทศเยอรมนีและญี่ปุ่นอย่างเห็นได้ชัด โดยอัตราการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างในฝรั่งเศสถูกกำหนดเพียงร้อยละ 0.75 ของเงินเดือน (เนื่องจากรัฐบาลใช้รายได้จากภาษีสรรพสามิตจากสุรา และบุหรี่ รวมทั้งภาษีทรัพย์สินเข้ามาสมทบ) ขณะที่ลูกจ้างในประเทศเยอรมนีต้องชำระที่อัตราร้อยละ 4.75 – 8.25 ของเงินเดือน ส่วนลูกจ้างในประเทศญี่ปุ่นต้องชำระที่อัตราประมาณ 7.6 – 9.5 ของเงินเดือน ด้วยเหตุนี้ ชาวฝรั่งเศสส่วนใหญ่ร้อยละ 92 พร้อมทั้งจะจ่ายเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองเพิ่มเติมจากบริษัทประกันเอกชน ขณะที่ประชาชนในญี่ปุ่นและเยอรมนีมีประกันสุขภาพเอกชนเพียงร้อยละ 60 และ 15 ตามลำดับ

ในลำดับต่อไป คณะผู้วิจัยจะนำเสนอการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ เพื่อที่จะเข้าใจแหล่งที่มาของเงินอุดหนุน หลักเกณฑ์ กฎระเบียบ และข้อยกเว้นต่างๆ ของแต่ละประเทศที่ได้ทำการศึกษา

2.3.2 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ

การเข้าใจรูปแบบของการจัดการค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐมีความสำคัญอย่างมาก เพราะมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับงบประมาณที่ภาครัฐที่จะต้องจัดสรรให้สอดคล้องกับงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพผ่านระบบภาษี เช่น อังกฤษและออสเตรเลีย เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานทั้งหมดจะเป็นภาระผูกพันที่รัฐบาลต้องรับผิดชอบ ดังนั้น ประเทศเหล่านี้จึงต้องมีการจัดเตรียมแหล่งที่มาของเงินที่แน่นอน รวมถึงจัดทำหลักเกณฑ์และกฎระเบียบเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

ประเทศอังกฤษจัดได้ว่ามีเงินอุดหนุนด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐสูงที่สุดกว่าร้อยละ 84 ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมด จากตารางที่ 2.4 แสดงให้เห็นว่าแหล่งที่มาของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษกว่าร้อยละ 75 มาจากระบบภาษีทั่วไปที่ได้รับการจัดสรรจากภาครัฐ ร้อยละ 25 มาจากภาษีเฉพาะ (earmarked tax) ที่เรียกว่าภาษีสมทบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Insurance Contributions: NICs) ซึ่งคำนวณค่าธรรมเนียมแบบขั้นบันไดตามรายได้ ออสเตรเลียใช้เงินอุดหนุนทั้งหมดจากระบบภาษีทั่วไป ซึ่งนับรวมภาษีรายได้สำหรับ Medicare (Income Tax Levy) และภาษีจากสินค้าและบริการ (Goods and Services Tax: GST) ทั้งนี้ เงินอุดหนุนจากภาษีดังกล่าวจะแบ่งเป็นเงินที่ได้จากรัฐบาลกลาง (the Australia government) ในสัดส่วนร้อยละ 60 และรัฐบาลมลรัฐในสัดส่วนร้อยละ 40

ตารางที่ 2.4 แหล่งที่มาของเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ

หน่วย: ร้อยละของเงินอุดหนุนทั้งหมด

ประเทศ	แหล่งที่มาของเงินอุดหนุนจากภาครัฐ	
	ภาษีทั่วไป	ภาษีเฉพาะ
อังกฤษ	75	25 (ภาษีสมทบประกันสุขภาพแห่งชาติเก็บจากเงินเดือน)
ออสเตรเลีย	100	-
ฝรั่งเศส	33	67 (ภาษีสุรา บุหรี่ ภาษีสวัสดิการสังคมเก็บจากเงินเดือน)
เยอรมนี	100	-
ญี่ปุ่น	100	-

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

สำหรับประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพผ่านระบบประกันสังคมเองมีงบประมาณจากภาครัฐอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน แต่มีสัดส่วนน้อยกว่าประเทศที่ใช้ระบบประกันสุขภาพผ่านระบบภาษีเพียงอย่างเดียว เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากค่าเบี้ยประกันสุขภาพ ซึ่งเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐจะมีแหล่งที่มาจากหลายส่วนตามข้อกำหนดของแต่ละประเทศ ในประเทศฝรั่งเศสจะมีการนำเงินจากการเก็บภาษีเฉพาะอย่าง เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ เป็นต้น มาสมทบกับภาษีสวัสดิการสังคม (employer and employee payroll taxes) และค่าธรรมเนียมทางสังคม (social charges) เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ส่วนเยอรมนีจะจัดสรรเงินจากภาษีทั่วไปเพื่อไปอุดหนุนค่าใช้จ่ายในระบบ Statutory Health Insurance (SHI) โดยจะขอเงินอุดหนุนจากภาครัฐเพิ่มเมื่อสัดส่วนเงินในกองทุน SHI มีไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ซึ่งภาครัฐของทั้งสองประเทศจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้ต่ำและเด็ก สำหรับแหล่งที่มาของเงินอุดหนุนจากภาครัฐในประเทศญี่ปุ่นทั้งหมดมาจากภาษีทั่วไป ซึ่งเป็นเงินอุดหนุนของรัฐบาลส่วนกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่นในสัดส่วน 70 ต่อ 30

2.3.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเงินประกันสังคม

สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเงินสวัสดิการสังคมถือว่าเป็นงบประมาณที่สำคัญสำหรับประเทศที่มีการให้บริการรักษาพยาบาลโดยช่องทางของระบบประกันสังคม เพราะงบประมาณดังกล่าวครอบคลุมค่าใช้จ่ายกว่าร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ดังนั้นการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าเบี้ยสวัสดิการสังคมที่ชัดเจนของผู้เอาประกันแต่ละประเภทจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดเสถียรภาพทางการเงินการคลัง ตามตารางที่ 2.5 ประเทศส่วนใหญ่ที่มีระบบประกันสังคมจะกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมเป็นหน่วยร้อยละของเงินเดือน สำหรับพนักงานที่ทำงานบริษัทเอกชน โดยนายจ้างและลูกจ้างจะเป็นผู้รับผิดชอบในอัตราส่วนที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเทศที่ทำการศึกษาคือ นายจ้างในประเทศฝรั่งเศสต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมในอัตราที่สูงที่สุด คือ อัตราร้อยละ 13.1 ของเงินเดือนลูกจ้าง ขณะที่นายจ้างในประเทศเยอรมนีและญี่ปุ่นจ่ายค่าธรรมเนียมเฉลี่ยเพียงร้อยละ 7.3 และ 4.3 ของเงินเดือนตามลำดับ (บริษัทขนาดใหญ่ในประเทศญี่ปุ่นที่มีกองทุนประกันสุขภาพเป็นของตัวเองจ่ายค่าธรรมเนียมร้อยละ 3.84 ของเงินเดือน ขณะที่บริษัทขนาดเล็กและขนาดกลางจ่ายค่าธรรมเนียมร้อยละ 4.75 ของเงินเดือน)

ตารางที่ 2.5 อัตราค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมของประเทศพัฒนาแล้ว

ประเทศ	หน่วยร้อยละต่อรายได้					อัตราค่าธรรมเนียมคงที่ต่อปี	
	นายจ้าง	ลูกจ้าง	ข้าราชการ	ค่าธรรมเนียมทางสังคม	ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว	ผู้ว่างงานและผู้มีรายได้น้อย	ผู้สูงอายุ
ฝรั่งเศส	13.1	0.75	-	7.5*	6.5**	-	-
เยอรมนี	7.3	8.2	-	-	8.5-16.5***	-	-
ญี่ปุ่น	4.3	4.3	7.83	-	86,597 เยน		63,000 เยน

หมายเหตุ * ค่าธรรมเนียมทางสังคมประกอบด้วยภาษีรายได้ เงินบำนาญ เงินลงทุนจากค่าเช่าและกำไรจากการลงทุน

** ค่าธรรมเนียมคิดจากกำไรสุทธิที่ได้รับ

*** ค่าธรรมเนียมแตกต่างกันในแต่ละกองทุน แต่ต้องไม่ต่ำกว่าหรือเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

ในทางกลับกัน ลูกจ้างในฝรั่งเศสกลับถูกกำหนดให้จ่ายค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมน้อยที่สุดในอัตราเพียงร้อยละ 0.75 ของเงินเดือน เมื่อเทียบกับประเทศเยอรมนีและญี่ปุ่นที่ลูกจ้างต้องจ่ายค่าธรรมเนียมในอัตรา 8.2 และ 4.3 ตามลำดับ เหตุที่ทำให้ฝรั่งเศสสามารถกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมของลูกจ้างในอัตราที่ต่ำมาก มาจากการขยายขอบเขตการเรียกเก็บเงินเข้าระบบประกันสังคม ก่อนปี พ.ศ. 2541 ฝ่ายลูกจ้างในฝรั่งเศสต้องจ่ายค่าธรรมเนียมร้อยละ 6.8 ของเงินเดือน เนื่องจากงบประมาณที่จัดเก็บเข้าระบบประกันสังคมในขณะนั้นคำนวณจากรายได้จากการจ้างงานเท่านั้น ต่อมาจึงได้มีการขยายขอบเขตการเรียกเก็บเงินเข้าระบบประกันสังคมมากขึ้น โดยเรียกเป็นค่าธรรมเนียมทางสังคม (social charges) ซึ่งนำรายได้จากการลงทุน (investment income) รายได้จากค่าเช่า (rental income) กำไรจากการขายหรือโอนหลักทรัพย์ (capital gain) และรายได้จากการพนัน (winning from gambling) มาคำนวณอัตราการจัดเก็บเงินเข้าระบบประกันสังคม ในอัตราร้อยละ 7.5 ของกำไรที่ได้รับ จึงทำให้สามารถลดค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมของฝ่ายลูกจ้างเหลือเพียงร้อยละ 0.75 ของเงินเดือนเท่านั้น

ส่วนข้าราชการในฝรั่งเศสและเยอรมนีไม่ได้มีการระบุอัตราค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมไว้ เนื่องจากถือเป็นสิทธิประโยชน์พิเศษสำหรับกลุ่มบุคคลดังกล่าว แตกต่างจากข้าราชการในญี่ปุ่นที่มีการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมร้อยละ 7.83 ของเงินเดือนที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม ในกรณีของฝรั่งเศสและญี่ปุ่น ข้าราชการสามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์มากกว่าที่ได้รับจากระบบประกันสังคมได้ ส่วนข้าราชการในเยอรมนีจะได้รับสิทธิในการเลือกที่จะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพของรัฐหรือเลือกซื้อประกันสุขภาพเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น ขณะที่ค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมของผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว

ในฝรั่งเศสและเยอรมนีจะกำหนดเป็นสัดส่วนร้อยละของกำไรสุทธิที่ได้รับ แต่ค่าธรรมเนียมของฝรั่งเศสจะมีเพียงอัตราเดียว คือ ร้อยละ 6.5 ของกำไรสุทธิที่ได้รับ ขณะที่ค่าธรรมเนียมของประเทศเยอรมนีจะมีอัตราส่วนเพิ่มแบบขั้นบันไดตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น โดยมีสัดส่วนระหว่าง 8.5 – 16.5 ของกำไรสุทธิที่ได้รับ ส่วนของญี่ปุ่นจะกำหนดเป็นอัตราตายตัวที่ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัวต้องชำระรายปี คือ 86,597 เยน สำหรับบุคคลธรรมดา และ 146,000 เยน สำหรับหนึ่งครอบครัว

อย่างไรก็ดี ค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมสามารถขอรับการยกเว้นได้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้เอาประกัน เช่นในประเทศฝรั่งเศสและเยอรมนี บุคคลว่างงาน ผู้มีรายได้น้อย และผู้สูงอายุ จะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคม โดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมดังกล่าว ส่วนประเทศญี่ปุ่นจะไม่มีการยกเว้นค่าธรรมเนียมสวัสดิการสังคมให้กับบุคคลใด แต่จะใช้วิธีการกำหนดค่าธรรมเนียมในระดับต่ำสำหรับบุคคลบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะชำระค่าธรรมเนียม 63,000 เยนต่อปี ส่วนผู้ที่เกษียณอายุและว่างงานจะชำระค่าธรรมเนียมประมาณ 86,000 เยนต่อปี โดยทำงานประสานกับหน่วยงานท้องถิ่นของผู้เอาประกันที่มีมากกว่า 1,800 แห่งทั่วประเทศ ถึงแม้จะมีการเก็บค่าธรรมเนียมคงที่สำหรับผู้เกษียณอายุและว่างงานในญี่ปุ่น แต่การเก็บค่าธรรมเนียมคงที่สำหรับผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัวด้วยทำให้ภาครัฐต้องจ่ายเงินมากกว่า 3,700 ล้านเยนต่อปีสำหรับเป็นเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เทียบกับกลุ่มบุคคลที่ชำระค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนร้อยละต่อรายได้ ได้แก่ พนักงานในบริษัทขนาดเล็กและพนักงานในบริษัทขนาดใหญ่ ซึ่งรัฐให้เงินอุดหนุนเพียง 1,100 ล้านเยนต่อปี และ 1,800 ล้านเยนต่อปี ตามลำดับ

2.3.4 ค่าใช้จ่ายสมทบของผู้ป่วย

ค่าใช้จ่ายสมทบของผู้ป่วย หรือ Out Of Pocket Expenditure (OOP) คือ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องชำระเพิ่มเติมในกรณีที่ประกันสุขภาพที่มีอยู่มีวงเงินคุ้มครองไม่เพียงพอต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งในแต่ละประเทศที่ทำการศึกษามีข้อกำหนดและหลักเกณฑ์สำหรับค่าใช้จ่ายตามจริง (Out of Pocket) และค่าใช้จ่ายร่วม (cost sharing) แตกต่างกันตามแต่ลักษณะโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศ รวมทั้งยังมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลแต่ละกลุ่มด้วย เช่น กรณีของผู้ที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่ไม่มีรายได้ ได้แก่ เด็ก และผู้สูงอายุ อาจไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยศึกษารูปแบบของค่าใช้จ่ายสมทบของผู้ป่วยที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย ได้แก่

- ค่าธรรมเนียมยารักษาโรค
- ค่าธรรมเนียมการพบแพทย์
- ค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.4.1 ค่าธรรมเนียมการรักษาโรค

โดยทั่วไป ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐจะให้สิทธิในการเบิกจ่ายค่ายา หากแต่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายด้วยเพื่อป้องกันมิให้มีพฤติกรรมในการเบิกจ่ายยาที่มีราคาสูงหรือเบิกจ่ายยาปริมาณที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

การร่วมจ่ายค่ายามี 2 ลักษณะ คือ การชำระค่าธรรมเนียมเป็นอัตราคงที่ หรือเป็นส่วนร้อยละของค่ายา ประเทศที่มีการกำหนดค่าธรรมเนียมในอัตราคงที่สำหรับการเบิกการรักษาโรค ได้แก่ อังกฤษ และออสเตรเลีย สำหรับเยอรมนีและญี่ปุ่นนั้น มีอัตราการร่วมจ่ายที่เป็นร้อยละของค่ายา หากแต่มีการจำกัดวงเงินเพดานที่ผู้ป่วยต้องจ่าย ฝรั่งเศสเป็นประเทศเดียวที่มีทั้งค่าธรรมเนียมใบสั่งยา และการร่วมจ่ายที่คำนวณเป็นร้อยละของค่ายา

ในฝรั่งเศสมีการกำหนดค่าธรรมเนียมการรักษาโรคต่ำที่สุดเพียง \$ 0.7 USD สำหรับการเบิกยาต่อครั้ง เทียบกับอังกฤษและออสเตรเลียที่คิดค่าธรรมเนียมสำหรับการเบิกยาต่อครั้งเท่ากับ \$ 11.9 USD และ \$ 35 USD ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายค่ายาได้เพียงร้อยละ 35 หรือร้อยละ 65 ของค่ายาเท่านั้นขึ้นอยู่กับยาดัชนีนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีภาระค่ายาสูงด้วยเหตุผลดังกล่าว ประชาชนส่วนมากจึงเลือกที่จะทำประกันสุขภาพเอกชนที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายยาเพื่อที่จะจำกัดความเสี่ยงดังกล่าว

สำหรับออสเตรเลียนั้น แม้จะมีการเก็บค่าธรรมเนียมการเบิกยาต่อครั้งที่สูง แต่มีเพดานค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องแบกรับ รวมทั้งยังมีข้อยกเว้นด้วย เช่นกรณี que ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายสำหรับยารักษาโรคเกิน \$ 1,422 USD ต่อปี ค่าธรรมเนียมเบิกยาต่อครั้งจะเหลือเพียง \$ 6 USD และผู้ป่วยที่มีบัตร concession cards (ได้แก่ เด็ก นักเรียน และผู้สูงอายุ) จะได้รับสิทธิพิเศษ โดยเสียค่าธรรมเนียมในอัตรา \$ 6 USD สำหรับการเบิกยาต่อครั้ง

สำหรับเยอรมนีมีการกำหนดค่าธรรมเนียมการเบิกการรักษาโรคแต่ละครั้งเป็นอัตราร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายยา หากแต่มีวงเงินค่าใช้จ่ายขั้นต่ำและขั้นสูงที่ \$ 7 USD ถึง \$ 14 USD และ ให้การยกเว้นค่าธรรมเนียมการเบิกยาหากผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายของยารักษาโรคเกิน \$ 336 USD ต่อปี นอกจากนี้แล้ว ในกรณีที่บริษัทผู้ผลิตยาจำหน่ายยารักษาโรคที่มีราคาสูงกว่าราคากลางของยาเกิน 6,000 รายการที่รัฐกำหนด ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนต่างของราคาขายกับราคากลางด้วย

ในญี่ปุ่น ผู้ป่วยต้องชำระค่าธรรมเนียมการเบิกการรักษาโรคเป็นส่วนสูงถึงร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายยาทั้งหมดแทน แต่ก็มีกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสูงสุดต่อปีของบุคคลแต่ละประเภท จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ระดับหนึ่ง

2.3.4.2 ค่าธรรมเนียมพบแพทย์

แพทย์ในประเทศพัฒนาแล้วจะมีรายได้จากหลายส่วนทั้งจากเงินเดือน ค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลต่อหัว และส่วนแบ่งค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล ทำให้นโยบายว่าด้วยการเก็บค่าธรรมเนียมในการพบแพทย์ในแต่ละประเทศหลากหลาย บางประเทศไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมพบแพทย์ ในขณะที่บางประเทศเก็บเป็นอัตราตายตัว หรือเป็นส่วนร้อยละของค่ารักษาพยาบาลโดยรวม

ในกรณีของอังกฤษไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการพบแพทย์ ส่วนการใช้บริการทางทันตกรรมสามารถเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการรักษาได้ แต่ก็กำหนดค่าธรรมเนียมเพดานไว้ ซึ่งจะไม่สามารถเรียกเก็บค่าธรรมเนียมได้เกิน \$ 327 USD สำหรับการรักษาต่อครั้ง ในส่วนของประเทศเยอรมนี ค่าธรรมเนียมจะถูกกำหนดเป็นอัตราคงที่ ในอัตรา \$ 14 USD เมื่อพบแพทย์และทันตแพทย์ครั้งแรกในแต่ละไตรมาส การควบคุมค่าใช้จ่ายค่าธรรมเนียมพบแพทย์ของประเทศเยอรมนีจะใช้วิธีสนับสนุนให้ผู้เอาประกันแต่ละรายเข้าร่วมโครงการ “family physician care model” โดยผู้ลงทะเบียนแต่ละรายต้องระบุแพทย์ประจำครอบครัวและรักษาพยาบาลกับแพทย์คนดังกล่าวเท่านั้น ทั้งนี้ผู้ลงทะเบียนจะได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมในการรักษาพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การได้รับบริการที่ดีขึ้นและการยกเว้นค่าใช้จ่ายร่วม โครงการดังกล่าวทำให้ sickness funds สามารถลดค่าใช้จ่ายที่ต้องอุดหนุนให้กับแพทย์ได้ เนื่องจากการกำหนดเงินอุดหนุนที่ให้แก่แพทย์ในเยอรมนีขึ้นตรงกับจำนวนผู้ป่วยที่ทำการรักษา โดยแพทย์จะได้รับเงินอุดหนุนประมาณ 100 ยูโรต่อปีต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ดังนั้น การเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาพยาบาลกับแพทย์ประจำครอบครัวเป็นประจำ สามารถลดค่าใช้จ่ายภาครัฐที่เป็นเงินอุดหนุนประจำปีให้กับแพทย์แต่ละรายได้

ในกรณีของญี่ปุ่นและฝรั่งเศส การพบแพทย์และทันตแพทย์จะคำนวณค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งญี่ปุ่นจะกำหนดค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนในอัตราเดียว คือ ร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายตามจริง แต่ค่าธรรมเนียมจะลดลงเหลือร้อยละ 20 ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หรือ ผู้สูงอายุเกิน 70 ปี ซึ่งค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะลดลงไปเหลือเพียงร้อยละ 10 ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเกิน 75 ปี ส่วนของฝรั่งเศสจะกำหนดค่าธรรมเนียมแตกต่างกันในกรณีของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในจะเสียค่าธรรมเนียมการพบแพทย์และบริการทางทันตกรรมร้อยละ 30 ขณะที่ผู้ป่วยนอกจะเสียค่าธรรมเนียมในอัตราคงที่คือ \$ 1.4 USD สำหรับพบแพทย์ หากต้องการขอพบแพทย์เฉพาะทางจะต้องเสียค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายตามจริง ในกรณีสุดท้ายเป็นการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการพบแพทย์แบบไม่มีการควบคุมจากภาครัฐ ซึ่งเป็นรูปแบบของออสเตรเลีย ทั้งนี้แพทย์สามารถกำหนดค่าธรรมเนียมได้เองขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2.3.4.3 ค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล

รูปแบบการกำหนดค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลในประเทศพัฒนาแล้วมีความคล้ายคลึงกับรูปแบบการกำหนดค่าธรรมเนียมการพบแพทย์ เนื่องจากโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ภาครัฐและประชาชนมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลแตกต่างกันด้วย ซึ่งสามารถแบ่งได้ทั้งหมดสามรูปแบบ คือ ไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียม เก็บค่าธรรมเนียมเป็นอัตราตายตัว และ/หรือเก็บค่าธรรมเนียมเป็นสัดส่วนร้อยละของค่ารักษาพยาบาล

ในอังกฤษ นอกจากจะไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมการพบแพทย์แล้ว การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การบริการพิเศษ และการบริการอื่นๆ ส่วนใหญ่ ณ จุดบริการก็ไม่มีเรียกเก็บค่าธรรมเนียมด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ประชาชนในอังกฤษมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องออกเองน้อยกว่าในประเทศอื่นๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

การใช้บริการในสถานพยาบาลในออสเตรเลียก็มีการกำหนดค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยในต้องร่วมจ่ายเป็นสัดส่วนร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ขณะที่ผู้ป่วยนอกจะเสียค่าธรรมเนียมในสัดส่วนร้อยละ 0 ถึง 15 ขึ้นอยู่กับลักษณะของการรักษาพยาบาล

สำหรับประเทศที่มีระบบประกันสังคม ได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมนี และญี่ปุ่น มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการจ่ายสมทบของผู้ป่วยแตกต่างกัน เยอรมนีมีการเก็บค่าธรรมเนียมทั้งแบบที่เป็นอัตราตายตัว และที่เป็นอัตราร้อยละของค่าใช้จ่าย เช่น ค่าธรรมเนียมการเข้าพักในโรงพยาบาล ค่าฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยจะอยู่ที่ \$ 14 USD ต่อวัน สำหรับการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับ ตา หู กระจก มีค่าธรรมเนียมร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่านั้น ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเทียบกับฝรั่งเศส และญี่ปุ่น เป็นต้น

ผู้ป่วยญี่ปุ่นต้องร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง ส่วนฝรั่งเศสได้กำหนดค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลเป็นสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามประเภทการรักษาพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยในจะเสียค่าธรรมเนียมร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และจ่ายเพิ่มอีก \$ 25 USD สำหรับค่ารักษาพยาบาลต่อวัน ผู้ป่วยนอกจะเสียค่าธรรมเนียมร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และจ่ายเพิ่มอีก \$ 1.4 USD หากต้องการพบแพทย์ และหากต้องการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับตา หู และกระจก ผู้ป่วยต้องเสียค่าธรรมเนียมร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับค่าบริการต่างๆ ที่ต้องอาศัยการวิเคราะห์ในห้องแล็บของโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องเสียค่าธรรมเนียมร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด สุดท้ายหากผู้ป่วยต้องการพบแพทย์เฉพาะทางจะต้องเสียค่าธรรมเนียมร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งนี้จะ

มีการเก็บค่าธรรมเนียมคงที่ที่ระดับ \$ 25 USD สำหรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายเกิน \$ 167 USD ต่อการรักษาพยาบาล

ถึงแม้ว่าฝรั่งเศสจะมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยสมทบจ่ายเพียงร้อยละ 7.35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ไม่มีสวัสดิการสังคมที่ระดับร้อยละ 15.25 และประเทศที่มีสวัสดิการสังคมที่ร้อยละ 11.56 ทั้งนี้เนื่องจากชาวฝรั่งเศสนิยมซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติมเพื่อลดค่าใช้จ่ายรวมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2.3.4.4 ผู้ที่ได้รับการยกเว้นหรือส่วนลดค่าใช้จ่ายตามจริง

โดยทั่วไปทุกประเทศจะมีการกำหนดผู้ที่ได้รับการยกเว้นหรือส่วนลดค่าใช้จ่ายตามจริง ขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ เด็ก คนพิการ ผู้หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลกลุ่มดังกล่าวในอังกฤษ ฝรั่งเศส และเยอรมนีจะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอังกฤษและฝรั่งเศสจะมีการกำหนดให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถได้รับสิทธิการยกเว้นค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลด้วย ขณะที่ออสเตรเลียและญี่ปุ่นจะใช้วิธีการกำหนดส่วนลดค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลแทน โดยเฉพาะออสเตรเลีย เด็ก นักเรียน และผู้สูงอายุ จะต้องมีการยื่นเอกสารต่างๆ เป็นประจำทุกปี ในการขอทำ Concession cards เพื่อใช้เป็นส่วนลดค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล ในอีกกรณีหนึ่งจะพิจารณาจากฐานะทางการเงิน โดยส่วนใหญ่ในประเทศต่างๆ ผู้ที่ได้รับสิทธิยกเว้นหรือส่วนลดค่าธรรมเนียมจะต้องมีการแสดงหลักฐานว่าเป็นผู้มีรายได้น้อย (low income person) ซึ่งมีการพิจารณาแยกเป็นรายได้ส่วนบุคคลและรายได้ของครอบครัว ยกเว้นญี่ปุ่นที่ไม่ได้มีการกำหนดการยกเว้นค่าธรรมเนียมให้กับผู้มีรายได้น้อย เนื่องจากญี่ปุ่นมีระบบ Social assistance สำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยรัฐบาลแต่ละท้องถิ่นจะเป็นผู้จ่ายเงินแทน และกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงสุดแทน สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีการกำหนดเพดานสูงสุดที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นยังได้รับส่วนลดค่าใช้จ่ายรวม โดยจะชำระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพียงร้อยละ 10 ถึง 20 ขึ้นอยู่กับช่วงอายุของผู้ป่วย

2.3.5 ค่าใช้จ่ายจากประกันสุขภาพเอกชน

ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายในการรับการรักษาพยาบาลหรือในการเบิกจ่ายยารักษาโรค และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ผู้ที่ได้รับสิทธิสามารถเลือกที่จะซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมเพื่อที่จะปิดความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายรวม หรือเพื่อที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบประเทศที่มีรูปแบบการจัดการคลังเหมือนกัน เช่น อังกฤษและฝรั่งเศส มีความนิยมในการซื้อประกันสุขภาพเอกชนที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ ประชาชนในประเทศอังกฤษมีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติม ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากบริษัทประกันเอกชนทั้งหมดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.05 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด เหตุผลหลักที่ทำให้ประชาชนในอังกฤษไม่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติม น่าจะมาจากการกำหนดความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ โดยประชาชนไม่จำเป็นต้องเสียค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม

ในทางตรงกันข้าม ร้อยละ 92 ของชาวฝรั่งเศสจะซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติม จึงทำให้บริษัทประกันเอกชนเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลถึงร้อยละ 13.34 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ การกำหนดให้การรักษาพยาบาลเกือบทุกประเภทในฝรั่งเศสมีค่าใช้จ่ายร่วมที่ผู้ป่วยจะต้องชำระตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึง 50 น่าจะเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมเพื่อลดค่าใช้จ่ายร่วมดังกล่าว (ตามตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 เปรียบเทียบการจัดการระบบประกันสุขภาพภาครัฐและเอกชนในประเทศพัฒนาแล้ว

ความเหมือน/ความแตกต่าง	ประเทศ	จำนวนผู้มีประกันสุขภาพเอกชน (ร้อยละ)	ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวมที่บริษัทประกันเอกชนออกแทนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ประชาชนทุกคนได้รับประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากภาครัฐและสามารถซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมได้	อังกฤษ	12	1.05
	ฝรั่งเศส	92	13.34
ประชาชนทุกคนเลือกกระหว่างประกันสุขภาพของรัฐหรือประกันสุขภาพเอกชน	เยอรมนี	15	9.23
	ออสเตรเลีย	44	8.06
	ญี่ปุ่น	60	2.22

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

สำหรับเยอรมนีนั้น ประกันสุขภาพเอกชนไม่ได้รับความนิยมเท่าใดนักแม้ว่าค่าเบี้ยประกันจะไม่แพงมากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่เบี้ยประกันของประกันสุขภาพเอกชนจะคำนวณตามอายุ และสุขภาพของผู้เอาประกันทำให้มีต้นทุนสูงสำหรับผู้สูงอายุมาก หรือ สุขภาพไม่แข็งแรง นอกจากนี้แล้ว เนื่องจากประกันสุขภาพเอกชนไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากภาครัฐจึงให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้อย่างจำกัด เช่น การให้สิทธิพักห้องเดี่ยว การลดสัดส่วนหรือวงเงินค่าใช้จ่ายร่วม และการได้รับการคุ้มครองสำหรับบริการทันตกรรม เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว เพียงร้อยละ

15 ของชาวเยอรมันเท่านั้นที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติม นอกจากนี้แล้ว กฎ กติกาว่าด้วยการร่วมจ่าย เช่น ค่าธรรมเนียมยาและค่าพบแพทย์ที่มีการกำหนดวงเงินเพดานที่ผู้ป่วยต้องรับภาระ ทำให้จำกัดความเสี่ยงทางการเงินของผู้ป่วยได้มากจึงลดความจำเป็นที่จะต้องทำประกันภัยกับเอกชนเพิ่มเติม

สำหรับประเทศออสเตรเลีย การตั้งเกณฑ์ต่างๆ เพื่อคัดกรองให้ประชาชนหันไปใช้บริการประกันสุขภาพเอกชนมีผลอย่างมากที่ทำให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกำหนดให้บุคคลและครอบครัวที่มีรายได้เกินกว่าที่รัฐบาลกำหนด (AUS \$ 80,000 and AUS\$ 160,000 per annum) และไม่ได้ซื้อประกันเอกชนจะต้องชำระภาษีรายได้เพิ่มเติมอีกร้อยละ 1 (จากเดิมถูกหักภาษีรายได้ร้อยละ 1.5 สำหรับเป็นเงินอุดหนุนการรักษาพยาบาล) การกำหนดระดับการเสียภาษีแบบขั้นบันไดดังกล่าวก็เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ที่มีรายได้สูงให้ไปใช้บริการประกันสุขภาพเอกชนมากขึ้นและสามารถควบคุมงบประมาณการรักษาพยาบาลของภาครัฐที่มีอยู่อย่างจำกัดได้โดยผู้ซื้อประกันเอกชนจะได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เช่น ลดค่าใช้จ่ายร่วม ได้สิทธิในการรักษาเร็วขึ้น ได้รับสิทธิใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานที่บริหารระบบประกันสุขภาพเอกชนได้มีส่วนช่วยให้ประชาชนตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพเอกชนเร็วขึ้น โดยมีการกำหนดให้มีการเก็บค่าธรรมเนียมในระดับต่ำสำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 31 ปี ส่วนผู้ที่เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพเอกชนล่าช้าจะต้องชำระค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี ซึ่งมาตรการดังกล่าวส่งผลให้มีประชาชนราวร้อยละ 44 เปลี่ยนมาใช้บริการประกันสุขภาพเอกชน

รูปแบบของญี่ปุ่นเป็นลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกับประเทศอื่นๆ เนื่องจากมีระบบประกันสุขภาพห้าประเภท ประกอบด้วย 1) National Health Insurance 2) Mutual aid association 3) Advanced Elderly Medical Service System 4) Public-corporation-run Health Insurance 5) Society-managed, employment-based Health Insurance โดยส่วนใหญ่จะมีบริษัทเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งมีการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้เอาประกันแต่ละกองทุนอย่างชัดเจนตามตารางที่ 2.8 ข้อแตกต่างที่เห็นได้ชัดระหว่างรูปแบบของเยอรมนีและญี่ปุ่น คือ ผู้เอาประกันในเยอรมนีแต่ละประเภทสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมกองทุนไหนก็ได้โดยไม่มีข้อจำกัดเนื่องจากแต่ละกองทุนจะให้ความคุ้มครองและรูปแบบการเบิกจ่ายคล้ายกัน ต่างกันตรงอัตราค่าใช้จ่ายร่วม ค่าธรรมเนียมรายปี และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ เป็นต้น

ในทางตรงกันข้าม ผู้เอาประกันในญี่ปุ่นไม่มีสิทธิเลือกกองทุนที่จะเข้าร่วม เพราะแต่ละกองทุนสุขภาพจะมีข้อตกลงกับบริษัทที่เข้าร่วมโครงการแต่ละรายโดยตรง ทำให้ผู้ประกันตนต้องซื้อประกันเอกชนเสริมเพื่อที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ต้องการ ดังจะเห็นได้ว่าร้อยละ 60 ของประชากรซื้อประกันภัยเอกชน

2.4 บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล

บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในแต่ละประเทศจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายของภาครัฐ การศึกษานี้จะวิเคราะห์บทบาทของภาคเอกชนในสามมิติได้แก่

1. ผู้ให้บริการ (service provider)
2. มิติของผู้รับประกันสุขภาพ (insurer) และ
3. ผู้ให้บริการที่เกี่ยวกับการบริหาร จัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐ เช่น การให้บริการตรวจสอบมาตรฐานทางการแพทย์ หรือ ความถูกต้องในการเบิกจ่าย เป็นต้น (clinical/financial audit)

2.4.1 ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ (service provider)

บทบาทของภาคเอกชนในฐานะผู้ให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในแต่ละประเทศค่อนข้างหลากหลาย โดยทั่วไปแล้วภาคเอกชนจะมีบทบาทค่อนข้างมากในการรักษาพยาบาลในขั้นปฐมภูมิ (primary care) ในรูปแบบของคลินิกที่ดำเนินการโดยแพทย์อายุรกรรม (General Practitioner) ในขณะที่การรักษาในระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้นดำเนินการโดยโรงพยาบาลซึ่งส่วนมากภาครัฐเป็นเจ้าของตามที่ปรากฏในตารางที่ 2.7 ด้านล่าง ยกเว้นในกรณีของญี่ปุ่นที่โรงพยาบาลส่วนมากเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (กฎหมายญี่ปุ่นกำหนดให้แพทย์เท่านั้นที่สามารถจัดตั้งสถานรักษาพยาบาลได้ และจะต้องดำเนินการในรูปแบบขององค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเท่านั้น)

โดยส่วนมากแล้วสถานพยาบาลเอกชนจะให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะด้านหรือบริการรักษาพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ประกันตนเลือกซื้อประกันจากเอกชนเพิ่มเติม หรือเพื่อที่จะได้รับบริการในการรักษาพยาบาลที่ดีและรวดเร็วกว่าระบบประกันสุขภาพของรัฐ ยกเว้นในกรณีของฝรั่งเศสที่คุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้แตกต่างจากของโรงพยาบาลของรัฐแต่อย่างใด เนื่องจากมาตรฐานของบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐค่อนข้างสูงอยู่แล้ว

ตารางที่ 2.7 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะของความเป็นเจ้าของ

หน่วย : ร้อยละ

ประเทศ	รัฐ	เอกชน		
		รวม	แสวงหากำไร	ไม่แสวงหากำไร
เยอรมนี	54	46	8	38
สหราชอาณาจักร	93.5	6.5	6.5	N/A
ฝรั่งเศส	65	35	21	14
ญี่ปุ่น	20	80	ไม่อนุญาต	80
ออสเตรเลีย	56	44	25	19

ที่มา: รวบรวมจากบทความในเว็บไซต์ต่างๆ และ Australian Hospital Statistics 2009-2011

2.4.2. ผู้รับประกันสุขภาพ (insurer)

บทบาทของภาคเอกชนในฐานะผู้รับประกันสุขภาพในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับคุณภาพและชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ในประเทศที่รัฐมองว่าการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ขึ้นอยู่กับระดับของรายได้ เช่นกรณีของประเทศฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และอังกฤษนั้น จะมีระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่ครอบคลุมประชาชนทุกราย ในกรณีดังกล่าว ประกันสุขภาพเอกชนจะมีพื้นที่ตลาดน้อย โดยจำกัดเพียงประกันในส่วนที่เป็นการให้สิทธิประโยชน์ “เพิ่มเติม” (add on) จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับภายใต้ประกันสุขภาพของภาครัฐ หรือในส่วนที่เป็นการลดความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนอันสืบเนื่องมาจากภาระในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามข้อกำหนดของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ

ในประเทศที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐให้สิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างดี และมีอัตราการร่วมจ่าย (copayment) ต่ำ เช่นในสหราชอาณาจักร ผู้ประกันตนอาจไม่จำเป็นต้องไปทำประกันกับเอกชน ยกเว้นในกรณีที่ต้องการบริการที่รวดเร็วและสะดวกสบายมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2.8 ว่าเพียงหนึ่งในห้าของประชากรในสหราชอาณาจักรทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชน ในทางตรงกันข้ามร้อยละ 87 ของประชากรในฝรั่งเศสทำประกันกับเอกชน ถึงแม้บริการรักษาพยาบาลของประเทศฝรั่งเศสจะได้รับการจัดอันดับเป็นอันดับแรกของโลกในปี พ.ศ. 2543 ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของฝรั่งเศสมีอัตราการร่วมจ่ายที่ผู้ประกันตนต้องรับภาระค่อนข้างสูง คือ ประมาณร้อยละ 30 ทำให้ต้องมีการทำประกันกับเอกชนเพื่อที่จะจำกัดความเสี่ยงจากการมีภาระในการร่วมจ่ายที่สูงเกินความคาดหมายที่อาจนำไปสู่การล้มละลาย ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรัง

ญี่ปุ่นเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีอัตราการร่วมจ่ายที่เทียบเคียงกับฝรั่งเศสซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง หากแต่มีการกำหนดวงเงินเพดานสูงสุดที่ผู้ประกันตนพึงจ่ายในแต่ละรอบเดือนทำให้ความเสี่ยงทางการเงินของผู้ประกันตนมีจำกัด นอกจากนี้แล้ว ค่ารักษาพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น

โดยทั่วไปแล้วต่ำมาก เนื่องจากภาครัฐเป็นผู้กำหนดเงินเดือนแพทย์และอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้ภาระในการร่วมจ่ายที่ตกแก่ผู้ประกันตนไม่สูงมากนัก

ตารางที่ 2.8 ร้อยละของประชากรที่ทำประกันสุขภาพกับเอกชนและสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่บริษัทประกันเอกชนรับภาระ

ประเทศ	ลักษณะของประกันสุขภาพเอกชน		
	ประกันสุขภาพทั้งหมด	ประกันเฉพาะส่วนที่ “เพิ่ม” จากการคุ้มครอง ของรัฐ	สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตน ต้องแบกรับที่จ่ายโดยประกัน สุขภาพเอกชน
เยอรมนี	15	18.2	50
สหราชอาณาจักร	0	10	19
ฝรั่งเศส	0	87	50
ญี่ปุ่น	0	33	17
ออสเตรเลีย	50	43	N/A

ที่มา: Yamada (2009), Private Health Insurance and Hospitalization Under Japanese National Health Insurance, The Open Economics Journal Vol 2, pp. 61-70 Suzuki, Reiko (2005), Private Health Care Insurance Shouldering Risk at the Individual Level, JCER Researcher Report. No. 58 และ Australian Hospital Statistics 2009-2011

ประเทศเยอรมนี และออสเตรเลียยึดแนวคิดที่ว่า ผู้ที่มีรายได้สูงไม่ควรได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ จึงมีการเก็บค่าเบี้ยประกันเป็นสัดส่วนของรายได้แต่ในกรณีของเยอรมนีนั้นจะมีการกำหนดค่าเบี้ยประกันสูงสุดที่ผู้ประกันตนมีรายได้สูงพึงจ่าย ในทางตรงกันข้ามออสเตรเลียกลับกำหนดค่าเบี้ยประกันในลักษณะที่เป็นสัดส่วนก้ำกึ่งอีกด้วย ทำให้การเป็นสมาชิกระบบประกันสุขภาพของภาครัฐสำหรับผู้มีรายได้สูงมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงและไม่มีโรคประจำตัวมักเลือกที่จะทำประกันกับเอกชน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรของออสเตรเลียจึงมีประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน ในขณะที่เพียงร้อยละ 15 ของประชากรในเยอรมนีทำประกันกับเอกชน

นอกจากค่าเบี้ยประกันที่สูงแล้ว รัฐบาลออสเตรเลียยังให้การอุดหนุนค่าเบี้ยประกันเอกชนถึงร้อยละ 30 และให้เงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่ทำประกันกับภาคเอกชนอีกด้วย เพื่อที่จะลดอุปสงค์ในการใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐ และเพื่อเป็นการส่งเสริมธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชน ในขณะที่เยอรมนีมิได้ให้การอุดหนุนดังกล่าวแต่ให้ผู้ประกันตนสามารถนำค่าเบี้ยประกันมาหักภาษีรายได้บุคคลธรรมดาได้ นอกจากนี้ เยอรมนียังมีข้อกำหนดให้ผู้เลือกที่จะออกจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐไม่สามารถกลับเข้ามาในระบบได้อีกอย่างถาวร ทำให้ผู้ที่ต้องการออกจากระบบจะต้องมั่นใจว่าตนมีเงินเพียงพอที่จะจ่ายค่าเบี้ย

ประกันเอกชนที่สูงกว่าในช่วงเกษียณที่รายได้ลดลง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีคนเยอรมันจำนวนมากที่อยากออกจากระบบหากแต่เกรงปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาว

โดยสรุปแล้ว บทบาทของประกันสุขภาพเอกชนในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับนโยบายของภาครัฐว่าจะส่งเสริมให้ประชาชนทำประกันกับภาคเอกชนหรือไม่ แต่โดยทั่วไปแล้วประกันสุขภาพเอกชนมิได้แข่งกับประกันของภาครัฐเท่าใดนัก หากแต่เป็นการให้บริการประกันสุขภาพที่ “เสริม” ประกันสุขภาพของภาครัฐมากกว่า นอกจากนี้แล้ว บริษัทประกันเอกชนไม่เน้นการแข่งขันในด้านราคากับภาครัฐ หากแต่แข่งในด้านของคุณภาพของบริการ ความรวดเร็ว สะดวก ตลอดจนการให้สิทธิในการใช้วิธีการรักษาที่ทันสมัยกว่าที่อาจมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาแบบมาตรฐาน เป็นต้น

2.5 การรวบรวมกองทุนสุขภาพและหน่วยงานที่บริหารงานด้านประกันสุขภาพ

พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในหลายประเทศนั้นมักเริ่มจากการประกันสุขภาพของกลุ่มอาชีพที่เกิดจากการต่อรองระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง โดยทั้งสองฝ่ายร่วมกันชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการแบ่งภาระค่าเบี้ยประกันตามสัดส่วนที่ตกลงกันจึงไม่ค่อยเกี่ยวกับภาครัฐเท่าใดนัก อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจที่ส่งผลให้รัฐมีความมั่งคั่งมากขึ้นจะนำไปสู่ข้อเรียกร้องให้มีระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนเพื่อที่จะลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มผู้ที่มีอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัทและกลุ่มผู้ที่ไม่มีอาชีพ หรือประกอบอาชีพอิสระ รวมทั้งผู้เกษียณอายุด้วย

เนื่องจากการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักเกิดหลังจากระบบประกันสุขภาพที่ภาครัฐกิจให้ลูกจ้างจึงมีความแตกต่างกันทั้งในส่วนของสิทธิประโยชน์และ ภาระค่าเบี้ยประกัน ทำให้การรวบรวมกองทุนสุขภาพของกลุ่มอาชีพต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นเข้ามาอยู่ในระบบกลางเป็นไปได้ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตาม บางประเทศเช่นสหราชอาณาจักรและเกาหลีใต้ก็ประสบความสำเร็จในการรวบรวมกองทุนสุขภาพที่หลากหลายเข้ามาภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ได้แก่ ฝรั่งเศส และญี่ปุ่นไม่ประสบความสำเร็จจึงยังคงมีกองทุนสุขภาพของกลุ่มอาชีพที่หลากหลายกว่า 10 กองทุนจวบจนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม บางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส แม้ไม่ได้มีการยุบรวมกองทุนสุขภาพแต่ก็ได้ดำเนินการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่างแต่ละกองทุน หรือเยอรมนีได้มีการโอนย้ายงานด้านสุขภาพจากกระทรวงแรงงานมายังกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

ในส่วนนี้จะแบ่งเรื่องประเด็นการรวบรวมเป็น 3 ประเด็น **ประเด็นที่หนึ่ง** คือ การรวบรวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพที่แต่เดิมมีหลายหน่วยงานเป็นหน่วยงานเดียว หรือลดจำนวนหน่วยงานลง **ประเด็นที่สอง** คือ การรวบรวมกองทุนจากหลายกองทุนเป็นกองทุนเดียว หรือจาก

ระบบ multi-payer system เป็นระบบ single-payer system และ **ประเด็นที่สาม** คือ การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนภายใต้ระบบ multi-payer system โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.5.1 การรวบรวมหน่วยงาน

ในประเทศพัฒนาแล้วที่มีประวัติการพัฒนาด้านสาธารณสุขมาอย่างยาวนานมักมีการปรับโครงสร้างองค์กรบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อรองรับกับวิวัฒนาการสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือ ในอดีตอาจมีหน่วยงานที่สังกัดภายใต้กระทรวงที่แตกต่างกันดูแลสุขภาพของกลุ่มคนที่แตกต่างกันออกไปคล้ายคลึงกับกรณีของประเทศไทย แต่ก็มีมีการปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงานโดยการยุบรวมอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ ทั้งหมดเข้ากับหน่วยงานหลักที่ดูแลด้านสุขภาพหน่วยงานเดียว

ในกรณีของประเทศเยอรมนี เดิมทีการบริหารจัดการประกันสังคมอยู่ที่กระทรวงแรงงานและนโยบายสังคม (Ministry of Labour and Social Policy) ในลักษณะเดียวกับประเทศไทย แต่ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการโอนย้ายส่วนงานที่ปฏิบัติการกิจด้านนี้ไปที่กระทรวงสาธารณสุข และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น กระทรวงสาธารณสุขและประกันสังคม (ministry of health and social security)

2.5.2 การรวบรวมกองทุน

อังกฤษกับเกาหลีใต้เป็นสองประเทศที่ได้รับความสำเร็จในการรวบรวมกองทุนสุขภาพที่เดิมที่มีอยู่หลากหลายตามกลุ่มอาชีพ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของทั้งสองประเทศเริ่มจากประกันสุขภาพในภาคธุรกิจซึ่งนายจ้างและลูกจ้างตกลงร่วมกันในการจัดให้มีประกันสุขภาพดังกล่าวโดยแบ่งภาระค่าเบี้ยประกันระหว่างกัน โดยรัฐไม่เข้ามามีส่วนร่วมจ่ายแต่อย่างใด การรวบรวมกองทุนในอังกฤษในปี พ.ศ. 2491 ประสบปัญหาน้อยกว่าเกาหลีใต้มาก เนื่องจากการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอังกฤษนั้น รัฐเข้ามาเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนทุกคนเอง ทำให้ไม่ได้รับแรงต้านจากทั้งนายจ้างหรือลูกจ้าง นอกจากนี้แล้วสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบเดิมนั้นจำกัดเฉพาะตัวลูกจ้างไม่ครอบคลุมสมาชิกครอบครัวใดๆ ไม่ว่าจะเป็น คู่สมรส หรือลูก นอกจากนี้แล้วผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระก็ยังไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล ทำให้การเข้ามาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นการได้รับการคุ้มครองที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย

แรงต้านจากการรวบรวมกองทุนสุขภาพในอังกฤษจะมาจากกลุ่มแพทย์ที่เห็นอำนาจต่อรองของตนลดลงอย่างชัดเจนภายใต้ระบบ single-payer รวมทั้งกองทุนสุขภาพที่เป็นเอกชนที่เรียกว่า “friendly societies” และกองทุนสุขภาพที่บริหารจัดการโดยสหภาพแรงงานที่ต้องสลายตัวสุดท้ายแล้วรัฐบาลก็ได้ทำการตกลงกับกลุ่มแพทย์ว่า แม้แพทย์จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะที่เป็นเงินเดือนจากภาครัฐแทนค่าตอบแทนรายหัวภายใต้ระบบเดิม แต่ก็ยังสามารถเปิดรักษาคนไข้

พิเศษเพื่อเป็นรายได้เสริมนอกเวลาได้อีกด้วย ซึ่งทำให้ระบบใหม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทำให้แรงต้านลดลง

การเปลี่ยนแปลงจากระบบ multi-payer system เป็นระบบ single-payer system ในเกาหลีได้นั้นต้องประสบอุปสรรคนานาประการ *ประการแรก* รัฐบาลบางยุคบางสมัยไม่ต้องการเข้าไปมีบทบาทในการสร้างระบบประกันสุขภาพเนื่องจากระบบเดิมนั้นเอกชน (นายจ้างและลูกจ้าง) เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองหมดทำให้ไม่เป็นภาระทางการคลังของภาครัฐ *ประการที่สอง* ข้าราชการที่ต้องการจะรักษาอำนาจในการแต่งตั้งผู้บริหารในกองทุนสุขภาพเอกชนที่รัฐกำกับที่มีอยู่กว่า 250 ราย และโอกาสที่จะไปดำรงตำแหน่งบริหารในกองทุนเหล่านั้นหลังจากเกษียณอายุราชการ *ประการที่สาม* ผู้ที่เป็นสมาชิกระบบประกันสุขภาพของภาคธุรกิจ ข้าราชการ และครู ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างดี จึงไม่ได้สนับสนุนการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างจากกรณีของอังกฤษ *ประการที่สี่* กลุ่มแพทย์ และผู้ให้บริการรักษาพยาบาลต่อต้านการมีระบบ single-payer เช่นเดียวกับในอังกฤษ

แม้การปฏิรูประบบประกันสุขภาพในเกาหลีได้มีแรงต้านค่อนข้างมาก แต่สุดท้ายแล้วก็ประสบความสำเร็จจากแรงกดดันของหลายภาคส่วน โดยเฉพาะจากกลุ่มประชากรในชนบทซึ่งมักเป็นเกษตรกรและชาวประมงซึ่งประกอบอาชีพอิสระซึ่งมีการค่าใช้จ่ายค่าเบี้ยประกันสูงกว่ากลุ่มลูกจ้างบริษัท ข้าราชการ และครู และยังได้รับสิทธิประโยชน์ที่น้อยกว่าด้วย กล่าวคือ ประกันสุขภาพของคนกลุ่มนี้ไม่ครอบคลุมสมาชิกครอบครัวเพราะไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง

เนื่องจากระบบ multi-payer system ที่ประกอบด้วยกองทุนที่บริหารจัดการโดยบริษัทขนาดใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ตลอดจนกลุ่มที่ประกอบอาชีพอิสระกว่า 200 กองทุน ทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพก่อนที่จะมีการรวบรวมกองทุนในปี พ.ศ. 2543 ค่อนข้างสูงเพราะกองทุนเหล่านี้มีขนาดเล็กเกินควรและไม่สามารถกระจายความเสี่ยงได้ นอกจากนี้แล้ว กองทุนเหล่านี้ยังขาดอำนาจต่อรองกับสมาคมผู้ให้บริการ (provider's association) เช่น สมาคมแพทย์ และพยาบาล เป็นต้น ทำให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงเกินควร กองทุนในพื้นที่ที่มีรายได้ต่ำและมีขนาดเล็ก เช่น กองทุนในระดับตำบลในพื้นที่ชนบทนั้นมักประสบผลขาดทุนอย่างต่อเนื่อง และเสี่ยงต่อการล้มละลาย

การเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองในเกาหลีได้จากระบบเผด็จการไปสู่ระบบประชาธิปไตยทำให้ความเสี่ยงของเกษตรกรและประชากรในชนบทมีมากขึ้น นอกจากนี้ การที่องค์กรเอกชนมีบทบาทโดดเด่นมากยิ่งขึ้นในการเมืองเกาหลีได้ ทำให้การผลักดันการรวบรวมกองทุนไปสู่ความสำเร็จในที่สุดหลังจาก 20 ปี ทั้งนี้ภาคธุรกิจและลูกจ้างเองก็ให้การสนับสนุนการรวบรวมดังกล่าว เพราะเล็งเห็นถึงปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบ multi-payer system ที่มีอยู่ ณ เวลานั้น จึงเห็นว่าการพัฒนาไปสู่ระบบ single-payer จะช่วยลดต้นทุนใน

การบริหารจัดการ กระจายความเสี่ยง และที่สำคัญคือสร้างอำนาจต่อรองให้แก่ผู้จ่ายในการเจรจาต่อรองราคาค่ารักษาพยาบาลกับตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการรักษาพยาบาลต่างๆ อีกด้วย

การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้ครั้งนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นชัยชนะของทั้งภาครัฐและประชาชน เนื่องจากประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ไม่น้อยไปกว่าระบบเดิม ในขณะที่รัฐบาลเองที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายจากการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและลดค่าใช้จ่ายจากการใช้อำนาจต่อรองในฐานะที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพรายเดียว มีเพียงกลุ่มผู้ที่ให้บริการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ และ พยาบาลที่สูญเสียอำนาจต่อรองและมีการประท้วงหยุดงาน สุดท้ายแล้ว รัฐบาลก็ต้องยอมที่จะขึ้นเงินค่าน้ำให้แก่แพทย์ในอัตราร้อยละ 44 เพื่อชดเชยการสูญเสียรายได้ของแพทย์จากอำนาจต่อรองที่ลดลง จากกฎกติกาใหม่ที่ยื่นแพทย์จ่ายยานอกจากนี้แล้ว รัฐบาลยังต้องถอนแผนที่จะนำระบบ DRG มาใช้กับคนไข้ใน (หลังจากที่นำมาใช้กับคนไข้นอกแล้ว) อีกด้วย

2.5.3 การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

ระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลกเป็นระบบ multi-payer ประเทศที่เป็นระบบ single-payer มีเพียงไม่กี่ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร แคนาดา สวีเดน ออสเตรเลีย เกาหลีใต้ และไต้หวัน แต่การมีกองทุนสุขภาพที่หลากหลายนั้น มิจำเป็นต้องหมายถึงการมีสิทธิประโยชน์หรือคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน เนื่องจากรัฐสามารถวางกฎ กติกาในการกำกับดูแลกองทุนเหล่านี้ให้มีมีความเหลื่อมล้ำกันได้ แม้จะมีการบริหารจัดการทางการเงินที่เป็นเอกเทศจากกัน นอกจากนี้แล้วรัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลกองทุนสุขภาพทุกแห่งจึงสามารถกำหนด กฎ กติกาให้มีการอุดหนุนไขว้กันระหว่างกองทุนที่มีกำไร และกองทุนที่ขาดทุนเพื่อให้ทุกกองทุนมีความมั่นคงทางการเงินอีกด้วย

ตัวอย่างเช่น ประเทศฝรั่งเศส มีกองทุนสุขภาพที่สามารถแบ่งได้เป็น 3 กองทุน คือ กองทุนสำหรับพนักงานบริษัท เกษตรกร และผู้มีอาชีพอิสระ แม้กองทุนเหล่านี้จะมีการบริหารทางการเงินที่แยกจากกัน แต่ทุกกองทุนก็อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance : NHI) ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน ความแตกต่างของกองทุนเหล่านี้จะอยู่ที่การค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตน ในกรณีของกลุ่มเกษตรกรและผู้มีอาชีพอิสระนั้น รัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายค่าเบี้ยประกันมากขึ้น เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง นอกจากนี้ รัฐยังกำกับดูแลมิให้โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ซื้อประกันเสริมจากเอกชนหรือจ่ายเอง และโรงพยาบาลของรัฐในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะมิให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติกลายเป็นระบบที่มีมาตรฐานคุณภาพต่ำ

ในลักษณะเดียวกัน ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีกองทุนสุขภาพที่หลากหลายมาก โดยมีกองทุนสุขภาพสำหรับลูกจ้างบริษัทที่บริหารโดยนายจ้างซึ่งเป็นบริษัทขนาดใหญ่หลายกองทุน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับทุกกองทุนทำให้ไม่มีความแตกต่างกันเท่าใดนัก เพียงแต่อัตราการร่วมจ่ายของกลุ่มอาชีพอิสระ และกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าในกรณีของกลุ่มลูกจ้างบริษัท เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากรายจ้าง และรัฐบาลญี่ปุ่นไม่ได้เข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายแทนนายจ้างดังเช่นในกรณีของประเทศฝรั่งเศส ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับต่างกัน

เยอรมนีเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีกองทุนสุขภาพที่ไม่แสวงหากำไรที่เรียกว่า sickness funds เกือบ 200 กองทุนที่แข่งขันกันในการให้บริการประกันสุขภาพแก่ประชาชน แต่ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วก่อนหน้านี้ว่า ในการเสนอบริการประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้กฎ กติกา และเงื่อนไขที่รัฐกำหนด กล่าวคือ กองทุนสุขภาพเหล่านี้จะต้องกำหนดค่าเบี้ยประกันตามรายได้ของผู้ประกันตนเท่านั้น และไม่สามารถปฏิเสธการเข้าเป็นสมาชิกได้ นอกจากนี้แล้ว กองทุนเหล่านี้ไม่สามารถเสนอชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างไปอย่างมีนัยสำคัญจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานของบริการสุขภาพแห่งชาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การแข่งขันระหว่างกองทุนจึงจำกัดเฉพาะในเรื่องของเบี้ยประกัน และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเล็กๆ น้อยๆ เช่น สิทธิในการเบิกจ่ายค่ายาแผนโบราณ เป็นต้น

นอกจากการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแล้ว การบริหารจัดการด้านค่าใช้จ่ายของกองทุนต่างๆ ก็มีลักษณะของการรวมศูนย์ เช่น ในกรณีของประเทศเยอรมนีนั้น สหพันธ์สมาคมกองทุนสุขภาพ (Federal Association of Sickness Funds) จะต่อรองกับกองทุนโรงพยาบาลเยอรมนี (German Hospital Fund) ในการกำหนดอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลร่วมกับสมาคมผู้ประกันสุขภาพเอกชน (Association of Private Health Insurance) ทำให้กระบวนการในการจัดการบริการสุขภาพไม่แตกต่างไปจากระบบ single-payer เท่าใดนัก ในลักษณะเดียวกันรัฐบาลฝรั่งเศสเป็นผู้กำหนดค่า DRG สำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลสำหรับโรงพยาบาล และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 Economic Committee for Health Products หรือ CEPS เป็นผู้กำหนดราคาขายที่สามารถเบิกได้ทุกตัว โดยการเจรจาต่อรองกับบริษัทผู้ผลิตยา จากเดิมที่ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้จัดซื้อจัดจ้างและต่อรองราคาขายเอง สำหรับญี่ปุ่นนั้นรัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดค่าใช้จ่าย โดยรัฐเป็นผู้กำหนดอัตราค่าตอบแทนของแพทย์ และอัตราการเบิกจ่ายของการรักษาพยาบาลทุกประเภท

โดยสรุปแล้ว ประเทศที่มีกองทุนสุขภาพที่หลากหลายล้วนมีการบริหารจัดการกองทุนในลักษณะรวมศูนย์ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล หรืออัตราการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลและค่ายา เนื่องจากการต่อรองอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลดำเนินการโดยรัฐบาลกลางโดยทั้งสิ้น เพื่อที่จะใช้อำนาจต่อรองในฐานะผู้ซื้อบริการรายเดียวในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย

2.6 ข้อดี และจุดอ่อนของรูปแบบการจัดการแบบต่างๆ

2.6.1 มิติด้านประสิทธิภาพ

จากกรณีศึกษาจากต่างประเทศพบว่า การมีระบบ single-payer ทำให้รัฐสามารถใช้อำนาจต่อรองในฐานะที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียวในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ในกรณีของเกาหลีใต้พบว่า การรวบรวมกองทุนในปี พ.ศ. 2543 ทำให้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการลดลงจากร้อยละ 7.3 ของค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาล เหลือเพียงร้อยละ 4.3 ในปี พ.ศ. 2543 ด้วยเหตุผลดังกล่าว ประเทศที่มีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนจึงมีนโยบายที่จะรวมศูนย์การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ โดยการผลักดันให้กองทุนสุขภาพรวมตัวกันเป็นสมาคมเพื่อสร้างอำนาจในการต่อรองกับสมาคมผู้ให้บริการ เช่น สมาคมแพทย์ในเยอรมนี หรือให้หน่วยงานกลางของรัฐเป็นหน่วยต่อรองค่ารักษาพยาบาล และค่าเวชภัณฑ์ เช่น ในฝรั่งเศสหรือญี่ปุ่น

แม้ระบบ single-payer จะมีจุดเด่นในการสร้างอำนาจต่อรองให้แก่รัฐ แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะเป็นระบบที่ไม่มีความคล่องตัวหากระบบราชการไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นในกรณีของอังกฤษที่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหลายหน่วยงานและหลายลำดับชั้นทำให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูงเกินควร ทำให้สุดท้ายแล้ว ต้องกระจายอำนาจในการบริหารจัดการให้แก่แพทย์ท้องถิ่น นอกจากนี้แล้ว หากรัฐใช้อำนาจต่อรองในการกดอัตราค่ารักษาพยาบาลมากเกินไป ผลก็คือ จะเกิดความขาดแคลนบริการรักษาพยาบาล เช่น ในกรณีของสวีเดนที่การควบคุมค่าใช้จ่ายทำให้บริการรักษาพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชากร และคุณภาพของบริการไม่ได้มาตรฐานเนื่องจากสถานพยาบาลไม่ต้องแข่งขันในการที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ให้บริการ ผู้ป่วยต้องรอคิวนานเพื่อที่จะได้รับการรักษาพยาบาล

อนึ่ง ประเทศที่ใช้ระบบ multiple payer แต่รัฐยังคงใช้อำนาจในการต่อรองฐานะผู้ที่ซื้อบริการรายเดียว เช่น ญี่ปุ่นก็อาจประสบปัญหาในลักษณะเดียวกัน การที่แพทย์ญี่ปุ่นส่วนมากเลือกที่จะทำหน้าที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแทนที่จะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เนื่องจากอัตราค่าตอบแทนในการรักษาพยาบาลซึ่งคำนวณตามจำนวนผู้ป่วยที่รักษาทำให้การบริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิสามารถสร้างรายได้มากกว่า ในขณะที่ญี่ปุ่นก็เริ่มขาดแคลนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินบางครั้งไม่ได้รับการรักษา และผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดต้องรอคิวนานนับเดือนหรือปี

ระบบ single-payer ที่ค่อนข้างลงตัว คือ ระบบที่อำนาจต่อรองของทั้งผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการเท่าเทียมกัน เช่น ในประเทศเกาหลีใต้ที่มีการรวมตัวกันของแพทย์ที่สามารถต่อรองกับรัฐได้ ทำให้ผลการเจรจาต่อรองเป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่ายแทนที่จะเป็นการกำหนดของภาครัฐ

ฝ่ายเดียว หรือในอังกฤษที่ให้อำนาจแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของรัฐมากขึ้น

2.6.2 มิติด้านความเท่าเทียมกัน

ประเทศที่พัฒนาแล้วมักมองว่าสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน โดยทั่วไปแล้ว ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะเป็น single-payer ประชาชนจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่เหมือนกันเนื่องจากมีระบบเดียว ต่างจากระบบ multiple payer ที่มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบตามกลุ่มอาชีพ อย่างไรก็ตาม การมีระบบ single-payer ที่มีบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพต่ำและเข้าถึงได้ยาก อาจส่งผลให้ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเลือกที่จะทำประกันสุขภาพเสริมกับบริษัทประกันสุขภาพเอกชน เพื่อที่จะได้บริการที่ดี สะดวก และรวดเร็วมากกว่า ซึ่งอาจมองว่าเป็นความไม่เท่าเทียมกันก็ได้ เช่นในกรณีของทั้งอังกฤษ และออสเตรเลียที่ผู้ที่มีประกันเอกชนจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า

ฝรั่งเศสซึ่งเป็นประเทศที่ยึดในหลักการของความเท่าเทียมกัน (egalité) ปฏิเสธที่จะให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ที่มีรายได้สูงกับผู้ที่มีรายได้น้อยจึงมีการกำกับดูแลมาตรฐานของคุณภาพของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอย่างเข้มงวดเพื่อมิให้เกิดความแตกต่างระหว่างลูกค้าที่มีและไม่มีประกันสุขภาพเอกชน ชาวฝรั่งเศสจะซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพียงเพื่อที่จะปิดความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจากการร่วมจ่าย เพื่อที่จะได้การคุ้มครองเพิ่มเติมเล็กๆ น้อยๆ เท่านั้น มิใช่เพื่อที่จะได้รับความสะดวกสบาย หรือบริการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าแต่อย่างใด

ในขณะเดียวกัน การมีระบบประกันสุขภาพแบบ multiple payer ก็มีได้หมายความว่ามีความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลหรือคุณภาพในการรักษาพยาบาลเสมอไป อันที่จริงแล้ว จากกรณีศึกษาทั้งในเยอรมนี ญี่ปุ่นและฝรั่งเศส รัฐเป็นผู้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบ รวมถึงเบี้ยประกันที่เก็บจากเงินเดือนอีกด้วย เพื่อให้เกิดความเสมอภาคระหว่างสมาชิกระบบประกันสุขภาพต่างๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ประกันตนในแต่ละระบบอาจมีภาระค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน เช่นในญี่ปุ่น ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสูงกว่าผู้ที่เป็นลูกจ้างบริษัท เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง และเนื่องจากกองทุนสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอิสระจะได้รับการดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมิใช่รัฐบาลกลางทำให้มีต้นทุนสูง เพราะมีขนาดกองทุนเล็กเกินไป

กล่าวโดยสรุป ความเท่าเทียมกันของสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายไม่ขึ้นอยู่กับว่าระบบประกันสุขภาพจะมีลักษณะที่เป็น single หรือ multiple payer แม้ระบบ single-payer จะเอื้อต่อการสร้างความเท่าเทียมกันมากกว่า ทั้งนี้ ความเท่าเทียมกันขึ้นอยู่กับ

นโยบายของภาครัฐเองว่าจะเข้ามากำกับอัตราค่าธรรมเนียมเบี้ยประกัน ชุดสิทธิประโยชน์ คุณภาพในการรักษาพยาบาล ฯลฯ ของแต่ละระบบให้เหมือนกันหรือไม่

2.7 สรุป

การศึกษาโครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศพบว่าในทุกกรณี กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อระบบประกันสุขภาพของรัฐเพียงหน่วยงานเดียว ทำให้การปฏิรูปหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพสามารถดำเนินการได้อย่างบูรณาการ ไม่ว่าจะเป็นการรวบรวมหรือการประสานงานกันระหว่างกองทุนสุขภาพ การปรับปรุงประสิทธิภาพ หรือพัฒนาคุณภาพของการรักษาพยาบาล

การมีกระทรวงเดียว และรัฐมนตรีคนเดียวที่รับผิดชอบต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศทำให้การรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (accountability) มีความชัดเจน ทั้งนี้ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงานทั้งในมิติด้านการบริหารจัดการงบประมาณ และคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลต่อรัฐสภา การประเมินผลการดำเนินงานทั้งในด้านการคุ้มค่าและคุณภาพของบริการนั้นจะดำเนินการโดยองค์กรกึ่งอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และ หน่วยงานตรวจสอบของฝ่ายนิติบัญญัติ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน หรือสำนักงานตรวจสอบอื่นๆ ที่ขึ้นอยู่กับรัฐสภา เช่น congressional budget office ในสหรัฐอเมริกา หรือ คณะกรรมการด้านสุขภาพ เป็นต้น

สำหรับการบริหารจัดการด้านการคลังนั้น เนื่องจากระบบประกันสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้วมีลักษณะที่เป็นระบบงบประมาณปลายเปิด การร่วมจ่ายจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ และสร้างแรงจูงใจมิให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิเกินควรโดยไม่คำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายที่ตกแก่รัฐ แม้การร่วมจ่ายทำให้ผู้รับสิทธิมีความเสี่ยงด้านการเงิน แต่รัฐจะสามารถจำกัดความเสี่ยงดังกล่าวได้โดยการกำหนดวงเงินเพดานที่ผู้ป่วยต้องจ่ายในการรับการรักษาพยาบาลในรายปี หรือการลดอัตราการร่วมจ่ายสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

บทที่ 3

กลไกการอภิบาลภายในระบบบริการสุขภาพของไทย

การศึกษาในบทนี้จะทำการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการอภิบาลภายในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ส่วนคือ **ส่วนแรก** จะกล่าวถึงภาพรวมของโครงสร้างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย รูปแบบการจัดการด้านการคลังในภาพรวม และหน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบ 5 ระบบ⁷ คือ

- (1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- (2) ระบบประกันสังคม
- (3) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (4) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งรวมถึงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกรุงเทพมหานคร และ
- (5) ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ส่วนที่สอง จะกล่าวถึงโครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร กรรมการ ที่กำกับดูแล และระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจะทำการศึกษาด้านผลประโยชน์ทับซ้อนของโครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร และกรรมการ ความรับผิดชอบต่อการทำงานของผู้บริหาร และความร่วมมือร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ

ส่วนที่สาม จะทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของการมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสนอแนะการอภิบาลระบบบริการสุขภาพของไทยในการศึกษาส่วนถัดไป

3.1 ระบบประกันสุขภาพของไทย

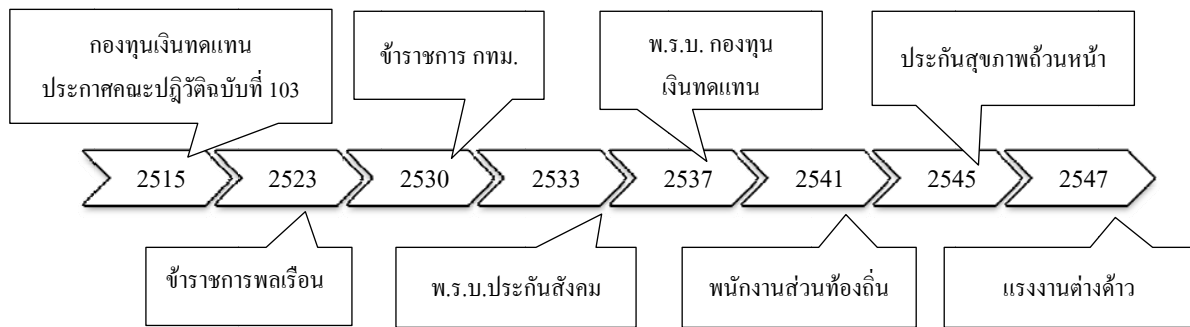
3.1.1 ภาพรวมของโครงสร้างระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพ

⁷ การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมถึงระบบประกันสุขภาพของรัฐวิสาหกิจเนื่องจากมีการบริหารจัดการโดยรัฐวิสาหกิจ และระบบประกันผู้ประสพภัยจากรถตามข้อกำหนดของกรอบการวิจัย

แห่งชาติ นอกจากระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบ ยังมีระบบประกันสุขภาพกลุ่มอื่น ๆ อาทิ เช่น ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นต้น ซึ่งระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบจะมีวิวัฒนาการ (รูปที่ 3.1) และรูปแบบการดำเนินงานที่ต่างกัน

รูปที่ 3.1 วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในประเทศไทย



ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

กองทุนเงินทดแทนนับเป็นก้าวแรกของระบบประกันสุขภาพของไทย ที่ให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน ทั้งนี้ กองทุนเงินทดแทน เกิดขึ้นในประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2515 ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 โดยในปีแรกของการให้ความคุ้มครอง ครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไปที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งนับเป็นการเริ่มระบบประกันสังคมที่ยังไม่เต็มรูปแบบ

ในขณะที่ส่วนงานราชการต่างๆ ได้มีการตั้งงบประมาณสำหรับดูแลข้าราชการในหน่วยงาน จนกระทั่งมีการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการ ซึ่งเป็นสวัสดิการรักษายาบาลระบบแรกที่รัฐบาลได้จัดให้มีขึ้นในปี พ.ศ. 2523 โดยใช้เงินงบประมาณจ่ายเป็นเงินสวัสดิการให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ รวมถึงลูกจ้างชาวต่างชาติซึ่งได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณของกระทรวง ทบวง กรม รวมถึงพ่อแม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดำเนินงานภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไขฉบับเดิมให้เป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 โดยกลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการสังกัดกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังทำหน้าที่ในการกำกับดูแลระบบการเบิกจ่ายเงินค่า

รักษาพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมจำนวนข้าราชการและบุคลากรในครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน (ข้อมูล ณ ธันวาคม พ.ศ. 2554)

ขณะเดียวกันข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นข้าราชการในหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ที่แยกการปกครองออกจากส่วนกลาง จึงได้ตราข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2530 เพื่อเป็นการจัดสวัสดิการให้แก่ข้าราชการที่สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญของกรุงเทพมหานคร รวมถึงผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร รองผู้ว่าราชการ เลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ ประธานที่ปรึกษาและที่ปรึกษาของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร เลขานุการประธานสภา และเลขานุการรองประธานสภา สมาชิกสภาเขต และให้รวมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย โดยกรุงเทพมหานครมีการตั้งงบค่าใช้จ่ายจากเงินรายได้ประจำปี เพื่อเป็นเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการกรุงเทพมหานครสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เช่นเดียวกับระบบสวัสดิการข้าราชการ แต่ครอบคลุมจำนวนข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานครและบุคคลในครอบครัวเพียง 230,953 คน (ข้อมูล ณ ธันวาคม พ.ศ. 2554)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 มีการขยายความคุ้มครองไปสู่ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการ เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย เจ็บป่วยทุพพลภาพ หรือตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน ให้ความคุ้มครองตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคม อยู่ภายใต้กระทรวงแรงงาน มีการโอนย้ายสำนักงานกองทุนเงินทดแทนมารวมไว้ด้วยกัน และได้มีการตรา พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาใช้บังคับแทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 กฎหมายฉบับดังกล่าวให้สิทธิประโยชน์ทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง คือ การลดอัตราเงินสมทบให้นายจ้าง และการเพิ่มค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพและค่าทดแทนกรณีตายให้แก่ลูกจ้าง

ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองแก่เฉพาะตัวลูกจ้างหรือผู้ประกันตนเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวเช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ หากแต่การประกันประเภทนี้จะแตกต่างจากประกันในระบบอื่น คือ นอกจากจะคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าบริการอื่นที่จำเป็นแล้ว ยังรวมถึงการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งจ่ายชดเชยให้แก่ลูกจ้างที่ต้องขาดรายได้ในช่วงเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อรักษาพยาบาล โดยกองทุนประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างประมาณ 10.5 ล้านคน และกองทุนเงินทดแทนครอบคลุมลูกจ้าง 8.2 ล้านคน (ข้อมูล ณ ธันวาคม พ.ศ. 2554)

ในปี พ.ศ. 2539 เริ่มมีการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ระดับท้องถิ่น จึงเริ่มมีการก่อตั้งองค์กรหรือหน่วยงานเพื่อดูแลบริหารในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ระบบสวัสดิการเกี่ยวกับ

การรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่นจึงเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2541 เพื่อเป็นการจัดสวัสดิการให้แก่พนักงานส่วนท้องถิ่น ลูกจ้างประจำ ผู้รับบำนาญ นายกและรองนายก อบจ. นายกเทศมนตรี เทศมนตรี นายกเมืองพัทยา ประธานกรรมการสุขภาพ ประธานกรรมการบริหาร อบต. กรรมการบริหาร อบต. รวมถึงบิดามารดา คู่สมรสและบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน ยกเว้นรองนายก อบต. ที่มาจากการแต่งตั้ง

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่นเป็นระบบสวัสดิการที่คล้ายกับสวัสดิการข้าราชการ เป็นระบบที่จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงที่มีการเรียกเก็บ โดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณประจำปีที่ได้มีการตั้งเบิก มีการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระเบียบของกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541 ซึ่งแตกต่างจากสวัสดิการข้าราชการที่บริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

ปี พ.ศ. 2545 ได้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการหรือประกันสังคม ดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมจำนวนประชากรมากถึง 48 ล้านคน (ข้อมูล ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2554)

ในขณะเดียวกัน การจัดระบบแรงงานต่างด้าวได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เพื่อให้การจ้างแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่ในประเทศเข้าสู่ระบบที่ถูกต้อง โดยเริ่มดำเนินการให้สถานะคนต่างด้าว 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาวและกัมพูชา ให้มีการจัดทำทะเบียนราษฎรคนต่างด้าว จึงมีมติจากคณะรัฐมนตรีให้จัดมีการดำเนินการเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันโรคจากแรงงานต่างด้าวที่ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทย กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพโดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าว 4 ด้าน คือ การตรวจสุขภาพประจำปี การบริการด้านการรักษาพยาบาล การบริการส่งเสริมหรือป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรค

กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัดและกรมการแพทย์เป็นหน่วยดำเนินการในรูปแบบศูนย์เบ็ดเสร็จ (One Stop Service) เพื่อดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าว การคุ้มครองแรงงานต่างด้าวเป็นการคุ้มครองในระยะสั้นแบบ “ปีต่อปี” กล่าวคือ ต้องมีการประกันสุขภาพแบบปีต่อปี ซึ่งครอบคลุมจำนวนแรงงานต่างด้าวมากถึง 1.34 ล้านคน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2554)

โดยสรุปแล้ว ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยมีวิวัฒนาการที่ต่างกัน มีการบริหารจัดการจากหน่วยงานและกระทรวงที่แตกต่างกัน รูปแบบการดำเนินงานก็มีความแตกต่างกันหลายประเด็นเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นแหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ (ตารางที่ 3.1) หรือแม้แต่ระบบการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลของแต่ละกองทุนก็มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในกรณีของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สวัสดิการของพนักงานท้องถิ่น และสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นการจ่ายค่ารักษายาบาลตามปริมาณการใช้บริการจริง ในขณะที่ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นการจ่ายค่ารักษายาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว และมีการจ่ายเพิ่มให้แก่หน่วยบริการในกรณีค่าใช้จ่ายสูง หรือการจ่ายค่ารักษายาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยกองทุนประกันสังคม เหมาจ่ายเบ็ดเสร็จในอัตรา 2,050 บาท ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลในอัตรา 2,546.48 บาท และกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จ่ายในอัตรา 964 บาท

หากพิจารณาถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลที่ได้รับก็แตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน อาทิเช่น ผู้ประกันตนของระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไม่ได้รับความคุ้มครองในกรณีการรักษาผู้ป่วยโรคจิต โรคไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น ในขณะที่ระบบประกันอื่นๆ ให้ความคุ้มครองในทุกกลุ่มโรค ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในหัวข้อถัดไป

นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้ง 6 ระบบที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น ประเทศไทยยังมีระบบประกันสุขภาพของรัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชนและหน่วยงานกำกับดูแลเช่นธนาคารแห่งประเทศไทย ซึ่งไม่อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมตามข้อกำหนดของกฎหมาย องค์การเหล่านี้จะมีการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพนักงานเอง ทำให้สิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแต่ละแห่งจึงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความตกลงร่วมกันภายในหน่วยงานนั้น ๆ

ตารางที่ 3.1 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพทั้ง 6 ระบบ

	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ แห่งชาติ	ประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว	สวัสดิการรักษายาบาล พนักงานส่วนท้องถิ่น	สวัสดิการข้าราชการ กรุงเทพมหานคร
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับ ที่รัฐสนับสนุน	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับ สำหรับแรงงานต่างด้าว	สวัสดิการ	สวัสดิการ
กลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ และบุคคล ในครอบครัว	ลูกจ้างภาคเอกชน	ประชาชนทั่วไป	แรงงาน ต่างด้าวที่ประสงค์จะทำงาน ในระบบ	พนักงานส่วนท้องถิ่น ลูกจ้างประจำ ผู้รับบำนาญ นายกและรองนายก อบจ. นายกเทศมนตรี เทศมนตรี นายกเมืองพัทยา ประธานกรรมการสุขภาพ ประธานกรรมการบริหาร อบต. กรรมการบริหาร อบต. และบุคคลในครอบครัว	ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับ บำนาญ ผู้ว่าราชการ รองผู้ว่า ราชการ เลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ ประธานที่ ปรึกษาและที่ปรึกษาของผู้ว่า ราชการ สมาชิกสภา เลขานุการ ประธานสภา และเลขานุการ รองประธาน สมาชิกสภาเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร และ บุคคลในครอบครัว
จำนวนผู้มีสิทธิ	5 ล้านคน	กองทุนประกันสังคม 10.5 ล้านคน กองทุนเงินทดแทน 8.2 ล้านคน	48 ล้านคน	1.34 ล้านคน	ไม่มีข้อมูล	0.22 ล้านคน

	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม (กองทุนประกันสังคม)	ประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว	สวัสดิการ รักษายาบาล พนักงานส่วนท้องถิ่น	สวัสดิการข้าราชการ กรุงเทพมหานคร
สิทธิประโยชน์						
บริการผู้ป่วยนอก	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
บริการผู้ป่วยใน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
ตรวจสุขภาพ	ครอบคลุม	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม
โรคเรื้อรัง 9 กลุ่ม โรค**	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง ยกเว้น ไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้าย	คุ้มครอง	คุ้มครอง
โรคจิต	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง
โรคเอดส์	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง ยกเว้น กรณี เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ ลูก	คุ้มครอง	คุ้มครอง
ค่าบริการห้องและ อาหาร	ตามที่กระทรวงการคลัง กำหนด	รวมในเหมาจ่าย	รวมในเหมาจ่าย	รวมในเหมาจ่าย	ตามที่กระทรวงการคลัง กำหนด	ตามที่กระทรวงการคลัง กำหนด

	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม (กองทุนประกันสังคม)	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว	สวัสดิการ รักษายาบาล พนักงานส่วนท้องถิ่น	สวัสดิการข้าราชการ กรุงเทพมหานคร
การคลัง						
แหล่งเงิน	งบประมาณแผ่นดิน	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ	งบประมาณแผ่นดิน	แรงงานผู้ประกันตน	งบประมาณแผ่นดิน	งบประมาณแผ่นดิน
วิธีจ่ายค่าบริการ	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	ตามปริมาณบริการ	ตามปริมาณบริการ
ค่ารักษายาบาลต่อ จำนวนผู้มีสิทธิ (บาทต่อคน)	ประมาณ 14,123.01*	เหมาจ่ายรวมทั้งหมด 2,050	เหมาจ่าย 2,546.48	เหมาจ่าย 964 บาท	ไม่มีข้อมูล	ประมาณ 16,850 บาท*
หน่วยงานกำกับดูแล	กรมบัญชีกลาง	สำนักงานประกันสังคม	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	กระทรวงมหาดไทย	กองบำเหน็จบำนาญ สำนักงานการคลัง กรุงเทพมหานคร
กระทรวงต้นสังกัด	กระทรวงการคลัง	กระทรวงแรงงาน	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงแรงงาน		

หมายเหตุ :

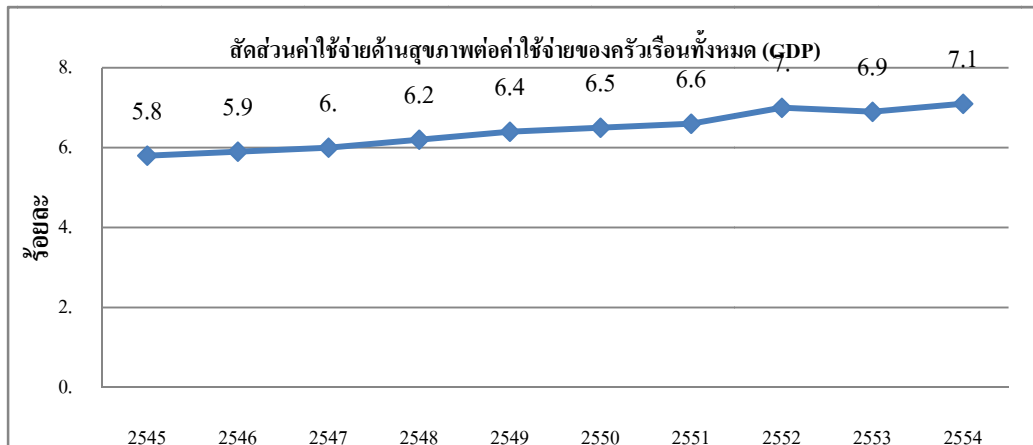
1. บุคคลในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายไม่เกิน 3 คน
2. จำนวนผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสังคม คือ ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และผู้ประกันตนตามมาตรา 39
3. * มาจากการคำนวณของคณะผู้วิจัย โดยใช้ข้อมูลปี พ.ศ. 2554
4. ** โรคเรื้อรัง 9 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบ/ตับแข็ง โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง และโรคไตวายเรื้อรัง

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

3.1.2 รูปแบบการจัดการด้านการคลัง

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 6 - 7 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั่วประเทศ (รูปที่ 3.2) ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีแหล่งเงินมาจากงบประมาณของภาครัฐ คิดเป็นสัดส่วนมากถึง ร้อยละ 67 ในขณะที่แหล่งเงินจากระบบประกันสังคม เพียงสัดส่วนร้อยละ 8.0 (รูปที่ 3.3)

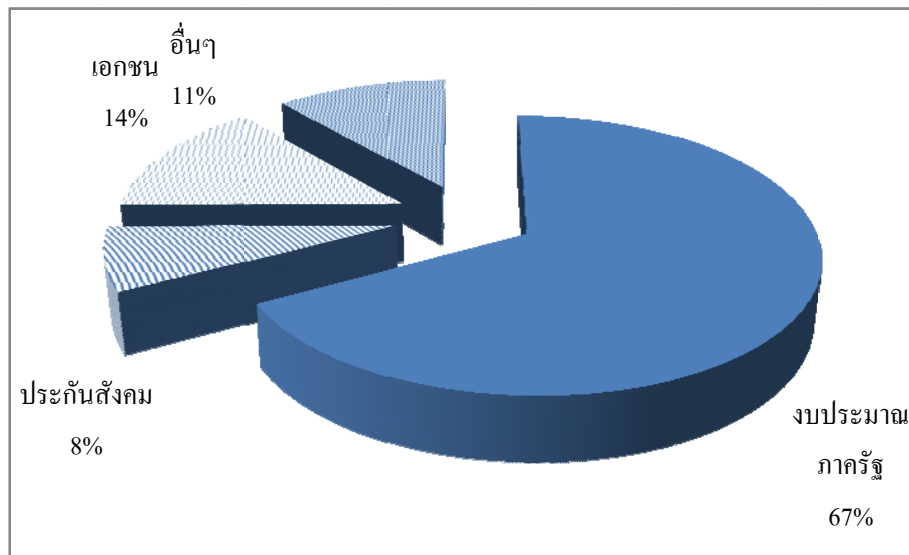
รูปที่ 3.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั่วประเทศ



หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด (GDP) ปี พ.ศ. 2545 – 2554 ณ ราคาคงที่ปี พ.ศ. 2531

ที่มา : สำนักบัญชีประชาชาติ พ.ศ. 2545-2554 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

รูปที่ 3.3 สัดส่วนแหล่งการคลังของรายจ่ายสุขภาพในประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553

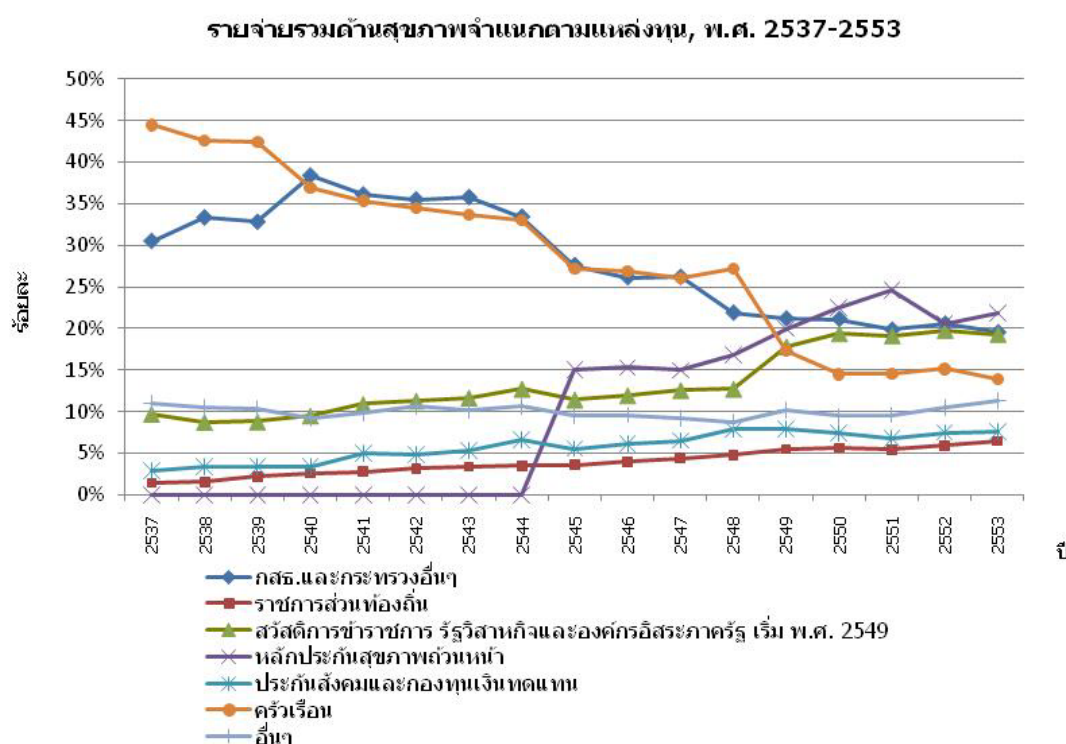


หมายเหตุ : แหล่งการคลังอื่น ๆ ได้แก่ การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ องค์กรเอกชนไม่แสวงกำไรฯ สวัสดิการโดยนายจ้าง และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552 - 2553

เมื่อพิจารณาแนวโน้มของรายจ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามแหล่งการคลังในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2553 พบว่า ครัวเรือนส่วนบุคคลซึ่งรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีสัดส่วนรายจ่ายสูงถึงร้อยละ 44.5 ของรายจ่ายสุขภาพรวมในปี พ.ศ. 2537 สูงกว่าแหล่งการคลังอื่นๆ แต่สัดส่วนรายจ่ายลดลงเป็นร้อยละ 33.1 ในปีพ.ศ. 2544 เนื่องจากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นในปีดังกล่าว และสัดส่วนรายจ่ายของครัวเรือนส่วนบุคคลลดลงเป็นร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2553 (รูปที่ 3.4)

รูปที่ 3.4 รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามแหล่งการคลัง พ.ศ. 2537 - 2553



หมายเหตุ : แหล่งการคลังอื่น ๆ ได้แก่ การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ องค์กรเอกชนไม่แสวงกำไรฯ สวัสดิการโดยนายจ้าง และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552 - 2553

ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเงินที่มาจากเงินงบประมาณของภาครัฐ หรือเป็นเงินที่มาจากการเก็บภาษีจากประชาชน ยกเว้นเพียงระบบประกันสังคม ที่มีการร่วมจ่ายของผู้ประกันตน นายจ้าง และภาครัฐ และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่มีการเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนเพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 3.2)

ระบบประกันสังคม แยกการบริหารจัดการออกเป็น 2 กองทุน คือ กองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม กรณีกองทุนเงินทดแทน เงินสมทบหลักจะเรียกเก็บจากนายจ้างในอัตรา ร้อยละ 0.2 - 1 ของค่าจ้างตามความเสี่ยงภัยของประเภทกิจการ และเงินสมทบตามค่าประสบการณ์

ซึ่งลดหรือเพิ่มจากอัตราหลัก โดยพิจารณาจากอัตราส่วนการสูญเสียหรือการเบิกเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ทั้งนี้ ค่าจ้างสูงสุดที่นำมาคำนวณเงินสมทบต้องไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท หรือปีละไม่เกิน 240,000 บาท แต่ในกรณีของกองทุนประกันสังคม ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับนายจ้าง และภาครัฐในอัตราที่กฎกระทรวงกำหนด (ตารางที่ 3.3) แต่ในปี พ.ศ. 2555 ภาครัฐมีนโยบายช่วยเหลือนายจ้างและผู้ประกันตน ลดอัตราเงินสมทบ เป็นระยะเวลา 1 ปี ลดเงินสมทบกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ จากอัตราเดิมที่ร้อยละ 3 เหลือเพียงร้อยละ 2 และลดเงินสมทบกรณีประสบอันตราย เจ็บป่วย จากร้อยละ 1.5 เหลือเพียงร้อยละ 0.5

ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นการเรียกเก็บเงินจากตัวผู้ประกันตนทั้งหมด โดยไม่มีการจ่ายสมทบร่วมกับนายจ้าง ซึ่งแรงงานต่างด้าวต้องจ่ายเงินจำนวน 1,900 บาทต่อปี แบ่งเป็น ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท

ตารางที่ 3.2 สัดส่วนของแหล่งเงินในระบบประกันสุขภาพ

	สัดส่วนค่าใช้จ่าย			
	งบประมาณ จากภาครัฐ	สมทบจาก		
		ลูกจ้าง/ ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รัฐ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	100	0	0	0
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	100	0	0	0
ระบบประกันสังคม				
• กองทุนประกันสังคม	0	33.33	33.33	33.33
• กองทุนเงินทดแทน	0	0	100	0
สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น และข้าราชการกรุงเทพมหานคร	100	0	0	0
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0	100	0	0

หมายเหตุ : พิจารณาเพียงค่ารักษายาบาลจากการเจ็บป่วย

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

ตารางที่ 3.3 อัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

ประเภทของประโยชน์ทดแทน	อัตราเงินสมทบ (ร้อยละของค่าจ้าง)			
	นายจ้าง	ลูกจ้าง	รัฐบาล	รวม
เจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตร ทุพพลภาพและตาย ¹	1.5	1.5	1.5	4.5
สงเคราะห์บุตร ชราภาพ ²	3	3	1	7
ว่างงาน ³	0.5	0.5	0.25	1.25
รวม	5	5	2.75	12.75

หมายเหตุ : 1 กฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555

2 กฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน พ.ศ. 2546

3 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2553

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

3.1.3 ผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพ

ผู้ให้บริการเป็นอีกตัวแปรหนึ่งในระบบประกันสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่ง ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาล เป็นสถานที่สำหรับการบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในประเทศไทยมีสถานพยาบาลทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งคลินิกที่เปิดให้บริการโดยทั่วไปแล้ว สถานพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของภาครัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคจะขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรืออำเภอต่าง ๆ ซึ่งมีหลากหลายระดับตามขีดความสามารถและมีจำนวนเตียงแตกต่างกันไป (ตารางที่ 3.4) ในขณะที่โรงพยาบาลในส่วนกลาง (กรุงเทพมหานคร) จะขึ้นตรงกับกรมการแพทย์ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นต้น

นอกเหนือจากโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ อีก เช่น สภาอากาศไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 3.4) โดยโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของภาครัฐทั้งหมดจะให้บริการประชาชนตามสิทธิในการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบสวัสดิการสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 3.4 โรงพยาบาลในประเทศไทย

สถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	ลักษณะ		
		สังกัด	ขีดความสามารถ	จำนวนเตียง
1.โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค				
1.1 โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.ประจำจังหวัด/ประจำภูมิภาค)	26	กระทรวงสาธารณสุข	ระดับตติยภูมิ	มากกว่า 500 เตียง
1.3 โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ประจำจังหวัด/ประจำอำเภอขนาดใหญ่)	69	กระทรวงสาธารณสุข	ระดับตติยภูมิ	120 – 500 เตียง
1.4 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพ.ชุมชนประจำอำเภอ ¹)	21	กระทรวงสาธารณสุข	ระดับปฐมภูมิ /ระดับตติยภูมิ	30 – 200 เตียง
1.5 โรงพยาบาลชุมชน\ (รพ.ประจำอำเภอทั่วไป)	723	กระทรวงสาธารณสุข	ระดับปฐมภูมิ /ระดับตติยภูมิ	10 – 120 เตียง
2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย – วิทยาลัยแพทย์ (ผลิตบุคลากรทางการแพทย์)	12	กระทรวงศึกษาธิการ	ระดับตติยภูมิขั้นสูง	
3 โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก (โครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท)	41	ทบวงมหาวิทยาลัย		
4 โรงพยาบาลส่วนกลาง	8	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข		
5 สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	9	กรุงเทพมหานคร		
6 โรงพยาบาลเฉพาะทาง				
7 โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ				

หมายเหตุ : 'ยกเว้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด

ที่มา : [http : //th.wikipedia.org/wiki/โรงพยาบาลในประเทศไทย](http://th.wikipedia.org/wiki/โรงพยาบาลในประเทศไทย)

สำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการ กทม. และพนักงานส่วนท้องถิ่น สามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลได้สามทางเลือก คือ 1) เลือกใช้หน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง แล้วนำไปเสร็จไปเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนได้ 2) เลือกใช้หน่วยบริการในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ และ 3) กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการของภาคเอกชนได้ โดยไม่ต้องมีการสำรองจ่าย เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2555 “ฉุกเฉินไม่ถามสิทธิ” ในขณะที่การใช้บริการของระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สามารถเลือกใช้บริการจากหน่วยบริการของรัฐที่ได้มีเลือกลงทะเบียนไว้เพียงแห่งเดียว สำหรับระบบประกันสังคมการใช้บริการสถานพยาบาลมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือสามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่ได้ทำการเลือกได้เพียงแห่งเดียว และสามารถเลือกหน่วยบริการของรัฐหรือภาคเอกชนได้ แต่หน่วยบริการภาคเอกชนที่เลือกต้องเข้าร่วมในโครงการประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เช่นเดียวกัน ผู้ใช้บริการสามารถลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการทั้งของภาครัฐหรือเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ แต่ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิทั้ง 2 ระบบ กล่าวคือ ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ทั้งหน่วยบริการของรัฐและเอกชน (รายละเอียดตามตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5 หน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพของไทยทั้ง 5 ระบบ

ระบบประกันสุขภาพ	หน่วยบริการรัฐ(แห่ง)	สถานพยาบาล เครือข่าย (แห่ง)	หน่วยบริการเอกชนที่ เข้าร่วมโครงการ (แห่ง)	หน่วยบริการเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ	
				การเข้ารับบริการ	เงื่อนไข
สวัสดิการข้าราชการ	ทุกแห่งทั่วประเทศ/โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการระบบจ่ายตรงข้าราชการ		-	✓	1.กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2.กรณีอื่น เบิกจ่ายได้เฉพาะกลุ่มโรคที่กำหนดตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
ประกันสังคม	หลัก 152 แห่ง	รัฐและเอกชน2,141	หลัก 90 แห่ง	✓	กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น
หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	12,939		475	✓	กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น
แรงงานต่างด้าว	ทุกแห่งทั่วประเทศ		-	X	X
พนักงานท้องถิ่น	ทุกแห่งทั่วประเทศ		-	✓	1.กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2.กรณีอื่น เบิกจ่ายได้เฉพาะกลุ่มโรคที่กำหนดตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
ข้าราชการ กทม.	ในสังกัด กทม.		-	✓	1.กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2.กรณีอื่น เบิกจ่ายได้เฉพาะกลุ่มโรคที่กำหนดตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

หมายเหตุ : 1. สถานพยาบาลเครือข่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แรงงานต่างด้าว พนักงานท้องถิ่น และข้าราชการ กทม.

หมายถึง สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางต่าง ๆ

2. สถานพยาบาลเครือข่ายในระบบประกันสังคม เช่น โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลในเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการ เป็นต้น

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

จากตารางที่ 3.5 จะเห็นได้ว่า หน่วยบริการภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของไทยเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก โรงพยาบาลเอกชนในประเทศส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่เน้นการประกอบการเพื่อแสวงหาผลกำไร จากการสำรวจของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติ พบว่า โรงพยาบาลเอกชนที่มีรูปแบบการจัดตั้งแบบมูลนิธิหรือองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 6.8 ซึ่งการเข้าร่วมโครงการระบบประกันสุขภาพจะให้ผลตอบแทนในอัตราที่น้อยเกินไป จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติ ในปี พ.ศ. 2550 ยังพบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการประกันสังคมจำนวน 241 แห่ง หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 73.3 ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในประเทศ และเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียง 68 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.7 แต่ในปี พ.ศ. 2554 มีเอกชนเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นมีจำนวนมากถึง 475 แห่ง

ในปี พ.ศ. 2554 ระบบประกันสังคมมีสถานพยาบาลหลักที่ให้บริการทั้งหมด 243 แห่ง แบ่งเป็น สถานพยาบาลภาครัฐ 152 แห่ง เอกชน 90 แห่ง และสถานพยาบาลเครือข่ายอีกจำนวน 2,141 แห่ง และในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งหมด 13,414 แห่ง แบ่งเป็น หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12,425 แห่ง นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 329 แห่ง หน่วยบริการเอกชน 475 แห่ง และหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 185 แห่ง รายละเอียดตามตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 หน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

ประเภทสังกัด	ประเภทหน่วยบริการ (แห่ง)			รวม
	ปฐมภูมิ ⁸	ประจำ ⁹	รับส่งต่อ ¹⁰	
1. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	10,741	850	834	12,425
2. นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	171	83	75	329
3. เอกชน	220	211	44	475
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	169	14	2	185
รวม	11,301	1,158	955	13,414

ที่มา : ศูนย์บริการงานทะเบียน สำนักงานบริหารกองทุน สปสช. , กันยายน พ.ศ. 2554

3.2 โครงสร้างองค์กรที่กำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของไทย 3 ระบบ

ในการศึกษาส่วนนี้จะทำการศึกษาดังโครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร และกรรมการขององค์กรที่กำกับดูแลระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงศึกษาปัญหาด้านผลประโยชน์ทับซ้อนของโครงสร้างองค์กร ผู้บริหาร กรรมการ ความรับผิดชอบต่อการทำงานของผู้บริหาร ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

⁸ หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชุมชนชนมีศักยภาพในการให้บริการด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานตรงตามเกณฑ์ปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน โดยรับค่าใช้จ่ายด้านการบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ

⁹ หน่วยบริการประจำ หมายถึง สถานบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้มีสิทธิบัตรทอง ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อในกรณีที่เกิดขีดความสามารถของตนเอง ลักษณะของสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการประจำ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ผ่านการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ

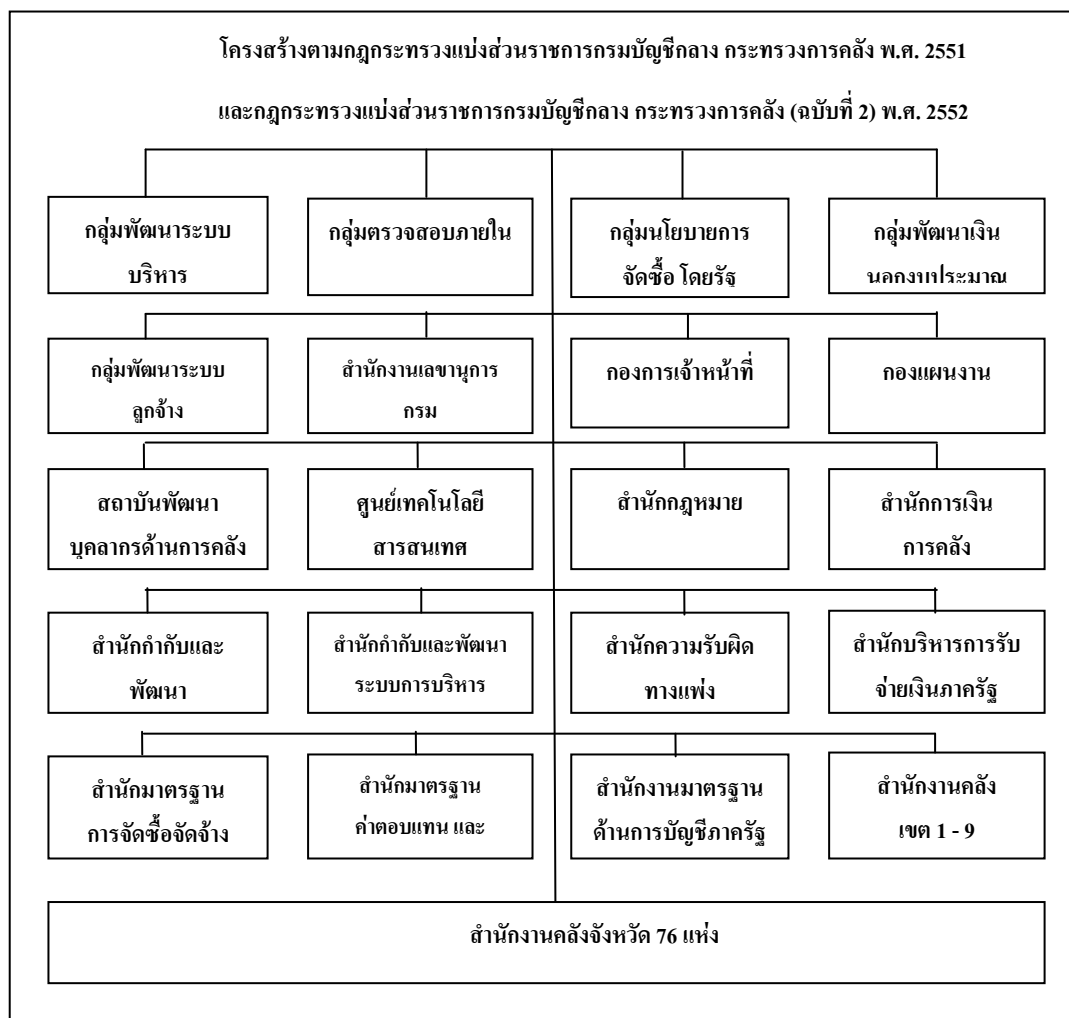
¹⁰ หน่วยบริการรับส่งต่อ เป็นสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีขีดความสามารถในการจัดการบริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือโรคเฉพาะทาง เช่น บริการศัลยกรรม บริการฉุกเฉิน ฯลฯ สามารถให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งต่อ มาจากหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการในระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

3.2.1 โครงสร้างองค์กร

3.2.1.1 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

กรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2458 ตามพ.ร.บ. พระธรรมนูญหน้าที่ราชการในกระทรวงพระคลังมหาสมบัติ ร.ศ. 109 (พ.ศ. 2433) โดยมีพันธกิจสำคัญในการตรวจบัญชีของหน่วยราชการที่รับหรือเบิกจ่าย หรือรักษาเงินแผ่นดิน และเงินอื่นๆที่รัฐบาลต้องรับผิดชอบ กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์แนวปฏิบัติด้านกฎหมายการคลังการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐการตรวจสอบภายในค่าตอบแทนและสวัสดิการ เงินนอกงบประมาณลูกจ้างและความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐให้สอดคล้องกับการรักษา วินัยและความยั่งยืนทางการคลัง เป็นต้น

รูปที่ 3.5 โครงสร้างองค์กรของกรมบัญชีกลาง



ที่มา : <http://www.nhso.go.th/>

โครงสร้างองค์กรของกรมบัญชีกลางในปัจจุบันมีลักษณะดังที่ได้แสดงไว้ในรูปที่ 3.5 สำหรับหน่วยงานในกรมบัญชีกลางที่รับหน้าที่ดูแลกลไกการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คือ กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการ สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ¹¹ โดยกลุ่มงานสวัสดิการมีรับผิดชอบมีในหน้าที่ต่างๆ เช่น การศึกษา วิเคราะห์ วางแผนและกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ การดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การรักษายาบาล และการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาล เป็นต้น แหล่งเงินที่ใช้ในการจัดสวัสดิการให้แก่ข้าราชการมาจากงบประมาณกลางของแผ่นดินที่รัฐจัดสรรให้ โดยในปี พ.ศ. 2554 กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการทำการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลจำนวนประมาณ 62,000 ล้านบาท ครอบคลุมผู้มีสิทธิ (ข้าราชการและครอบครัว) จำนวนประมาณ 5 ล้านคน ในขณะที่กลุ่มสวัสดิการข้าราชการมีเจ้าหน้าที่เพียง 58 คน

จากโครงสร้างและหน้าที่ขององค์กรที่ดูแลระบบสวัสดิการข้าราชการในประเทศเห็นได้ชัดว่า สัดส่วนระหว่างจำนวนบุคลากรกับงบประมาณที่องค์กรต้องทำการบริหารจัดการ กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการ กรมบัญชีกลาง เป็นองค์กรที่มีสัดส่วนของบุคลากรเทียบกับงบประมาณที่ต้องบริหารน้อยกว่า สปส. และ สปสช. อย่างมาก (ตารางที่ 3.7) เหตุผลที่กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการมีขนาดเล็กกว่าองค์กรอื่นนั้น เพราะในทางปฏิบัติแล้วกลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการมีหน้าที่เพียงตั้งงบประมาณ จ่ายเงินค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลและควบคุมการเบิกจ่ายต่างกับ สปส. และ สปสช. ที่ต้องทำการบริหารจัดการกองทุนและควบคุมคุณภาพในการรักษาของสถานพยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบองค์กร จำนวนบุคลากร และงบประมาณของกลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการที่ได้รับในการพัฒนาการบริหารจัดการที่น้อยเกินไปนั้น อาจเป็นสาเหตุให้การบริหารจัดการ การตรวจสอบการเบิกจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ตารางที่ 3.7 สรุปโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่ดูแลระบบสวัสดิการในประเทศไทย

สปส.	สปส.	กรมบัญชีกลาง
อัตรากำลัง ประมาณ 800 ตำแหน่ง	ประมาณ 6,000 ตำแหน่ง	58 ตำแหน่ง
งบประมาณที่ต้องบริหารจัดการ ประมาณ 101,057.91 ล้านบาท	- กองทุนประกันสังคม 945,102.86 ล้านบาท - กองทุนเงินทดแทน 34,104 ล้านบาท	62,000 ล้านบาท
จำนวนผู้ได้รับสิทธิ 48 ล้านคน	- กองทุนประกันสังคม 10.5 ล้านคน - กองทุนเงินทดแทน 8.2 ล้านคน	ประมาณ 5 ล้านคน

หมายเหตุ : ข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

¹¹ ภายใต้อำนาจของกฎหมายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 การบริหารจัดการเป็นหน้าที่ของกระทรวงการคลัง ซึ่งกระทรวงการคลังได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลาง โดยมีกลุ่มงานสวัสดิการเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลัก

3.2.1.2 สำนักงานประกันสังคม

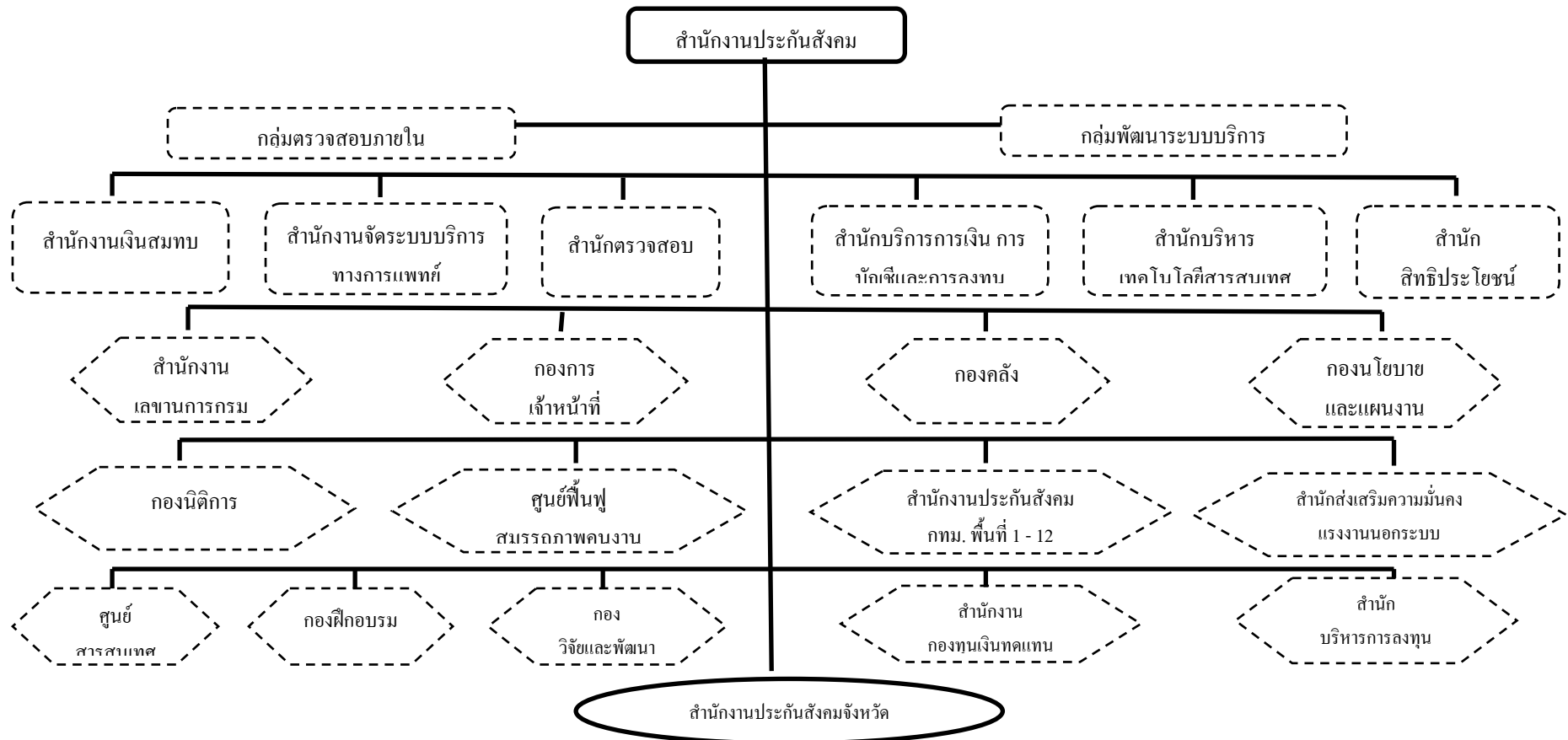
สำนักงานประกันสังคม (สปส.) เป็นหน่วยงานราชการ ถูกจัดตั้งขึ้นภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 โดยโอนงานจากงานประกันสังคม กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย และงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มาอยู่ในความรับผิดชอบ โดยเริ่มแรก สปส. สังกัด กระทรวงมหาดไทย ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้ถูกโอนมาอยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และในปี พ.ศ. 2545 ได้มีพ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม แบ่งส่วนราชการ เป็นกระทรวงแรงงาน สำหรับคณะกรรมการของ สปส. มาจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ฝ่ายรัฐบาล (มี ปลัดกระทรวงแรงงานเป็นประธานกรรมการ) ฝ่ายนายจ้าง ฝ่ายลูกจ้าง และที่ปรึกษาคณะกรรมการ นอกจากนี้ ยังมีการตั้งคณะกรรมการต่างหากขึ้นเพื่อดูแลกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ได้แก่ คณะกรรมการการแพทย์และคณะกรรมการอุทธรณ์สำหรับกองทุนประกันสังคม และคณะกรรมการสำหรับกองทุนเงินทดแทน

ในเรื่องหน้าที่และความรับผิดชอบ สปส. มีพันธกิจหลัก 2 อย่างคือ หนึ่ง การให้บริการทางด้านประกันสังคมแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน เพื่อให้ประเทศไทยมีการประกันสังคมอย่างเต็มรูปแบบ โดยลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองทั้งในกรณีประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ การเสียชีวิต ทั้งจากการทำงานและไม่เนื่องจากการทำงาน

โครงสร้างองค์กรของสำนักงานประกันสังคมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค โดยส่วนราชการบริหารส่วนกลางมีหน่วยงานทั้งหมด 21 หน่วยงาน เป็นหน่วยงานที่ตั้งตามกฎกระทรวง¹² จำนวน 11 หน่วยงาน และเป็นหน่วยงานภายในอีกจำนวน 10 หน่วยงาน (รูปที่ 3.6)

¹² กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2545

รูปที่ 3.6 โครงสร้างองค์ของสำนักงานประกันสังคม



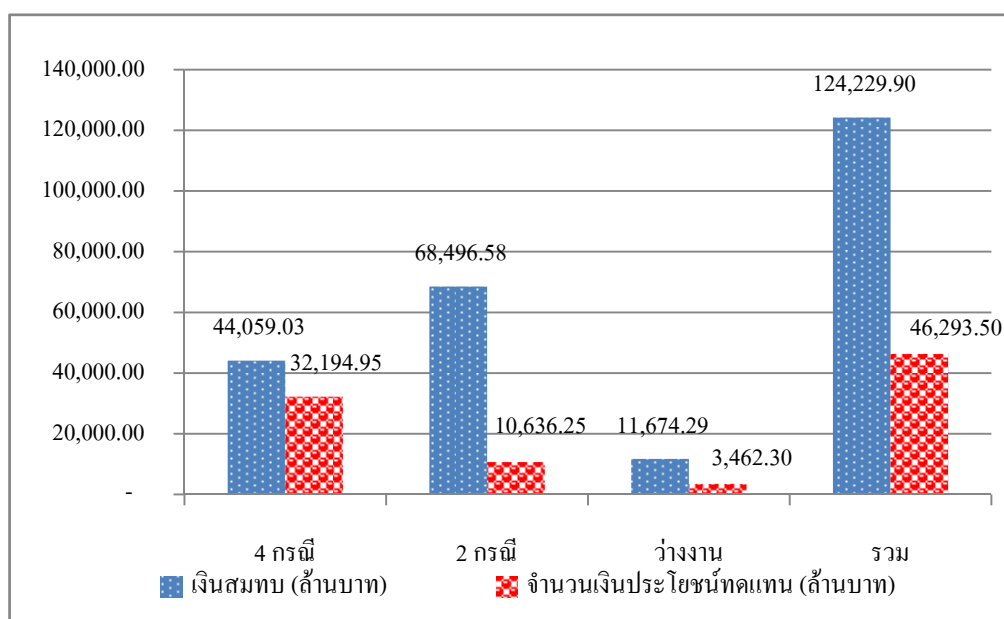
ที่มา : รายงานประจำปี พ.ศ. 2552 สำนักงานประกันสังคม

ในปี พ.ศ. 2554 สำนักงานประกันสังคมมีอัตรากำลังประมาณ 6,000 ตำแหน่ง ต้องบริหารจัดการเงินกองทุนประกันสังคมทั้งหมด 945,102.86 ล้านบาท ครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตนประมาณ 10.5 ล้านคน และบริหารจัดการเงินกองทุนทดแทนอีกจำนวน 34,104 ล้านบาท ครอบคลุมนายจ้างและลูกจ้างประมาณ 8.2 ล้านคน

กองทุนประกันสังคม แบ่งการบริหารจัดการการเงินออกเป็น 3 กองทุน คือ กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และกองทุนกรณีว่างงาน เงินกองทุนทั้งหมด 945,102.86 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นเงินกองทุนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ จำนวน 750,520.29 ล้านบาท เป็นเงินกองทุนที่ดูแลกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย จำนวน 127,105.96 ล้านบาท เป็นเงินกองทุนเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน จำนวน 67,476.61 ล้านบาท

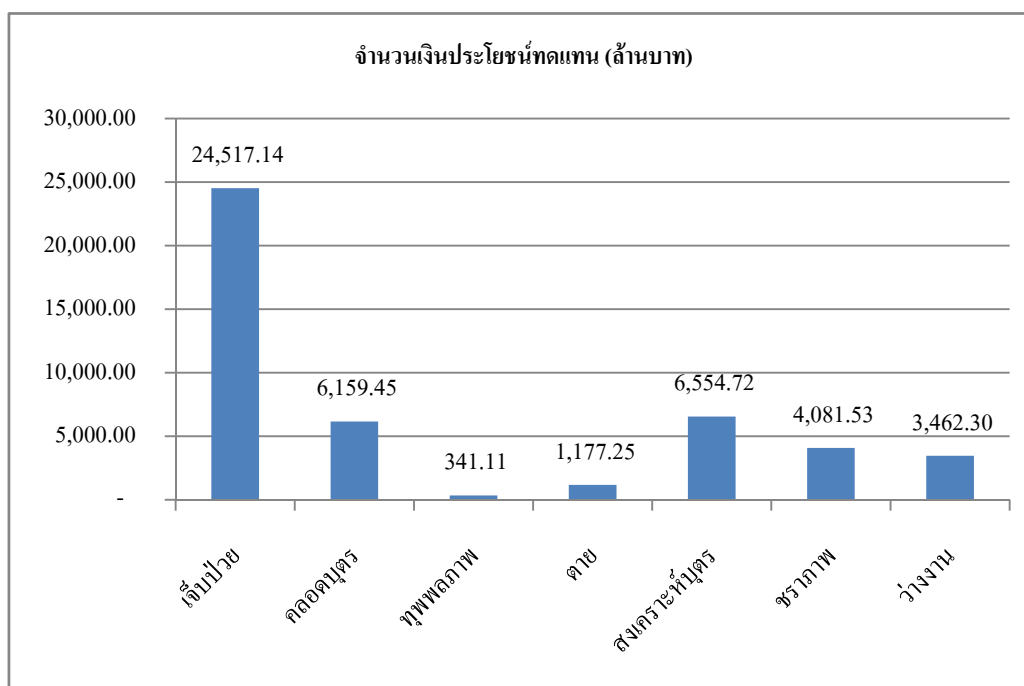
ปี พ.ศ. 2554 สำนักงานประกันสังคมจัดเก็บเงินสมทบทั้งในส่วนนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล เข้ากองทุนเป็นเงินทั้งสิ้น 124,229.90 ล้านบาท เป็นเงินกองทุนที่ดูแล 4 กรณี จำนวน 44,059.03 ล้านบาท (รูปที่ 3.7) โดยจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยมากที่สุด เป็นจำนวนเงิน 24,517.17 ล้านบาท ค่าคลอดบุตร จำนวน 6,159.45 ล้านบาท (รูปที่ 3.8) อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติสำนักงานประกันสังคมไม่ได้มีการแบ่งแยกเงินสมทบของกองทุน 4 กรณี ออกเป็น กองทุนสำหรับการเจ็บป่วย กองทุนสำหรับคลอดบุตร กองทุนทูพพลภาพ และกองทุนกรณีตาย หากแต่มีการแบ่งส่วนเงินสมทบสำหรับค่าใช้จ่ายสำหรับเป็นค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 88 ของเงินสมทบ 4 กรณี ซึ่งหากนำเงินสมทบ 4 กรณี ในปี พ.ศ. 2554 มาคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาพยาบาลจะเป็นเงินจำนวน 38,771.95 ล้านบาท แต่ประโยชน์ทดแทนที่มีการใช้จ่ายจริงเป็นเงินจำนวน 32,194.95 ล้านบาท

รูปที่ 3.7 เงินสมทบและประโยชน์ทดแทน ปี พ.ศ. 2554



ที่มา : รายงานประจำปี พ.ศ. 2554 สำนักงานประกันสังคม

รูปที่ 3.8 ประโยชน์ทดแทน ปี พ.ศ. 2554



ที่มา : รายงานประจำปี พ.ศ. 2554 สำนักงานประกันสังคม

3.2.1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งขึ้นตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

โครงสร้างของ สปสช. แบ่งเป็น ส่วนกลางและสำนักงานเขต ซึ่งอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของรองเลขาธิการทั้งหมด 4 คน ดังที่ได้แสดงไว้ในรูปที่ 3.9 ในส่วนของสำนักงานเขตมีจำนวนทั้งสิ้น 13 เขต มีหน้าที่ในการดูแลและบริหารจัดการสำนักงานสาขาจังหวัด ตามโครงสร้างการบริหารงาน (รูปที่ 3.10) ในปี พ.ศ. 2554 สปสช. มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมดประมาณ 800 คน¹³ และได้รับการจัดสรรงบประมาณในการบริหารประมาณ 961.31 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.74 ของงบประมาณที่ต้องดูแลทั้งหมด (ตารางที่ 3.8)

ในแต่ละปี สปสช. จะต้องขออนุมัติงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจากคณะรัฐมนตรีโดยไม่ต้องผ่านรัฐสภา งบประมาณดังกล่าวเป็นงบประมาณที่รวมเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หากแต่เงินในส่วน of เงินเดือนแพทย์จะต้อง “จ่ายตรง”

¹³ สปสช.

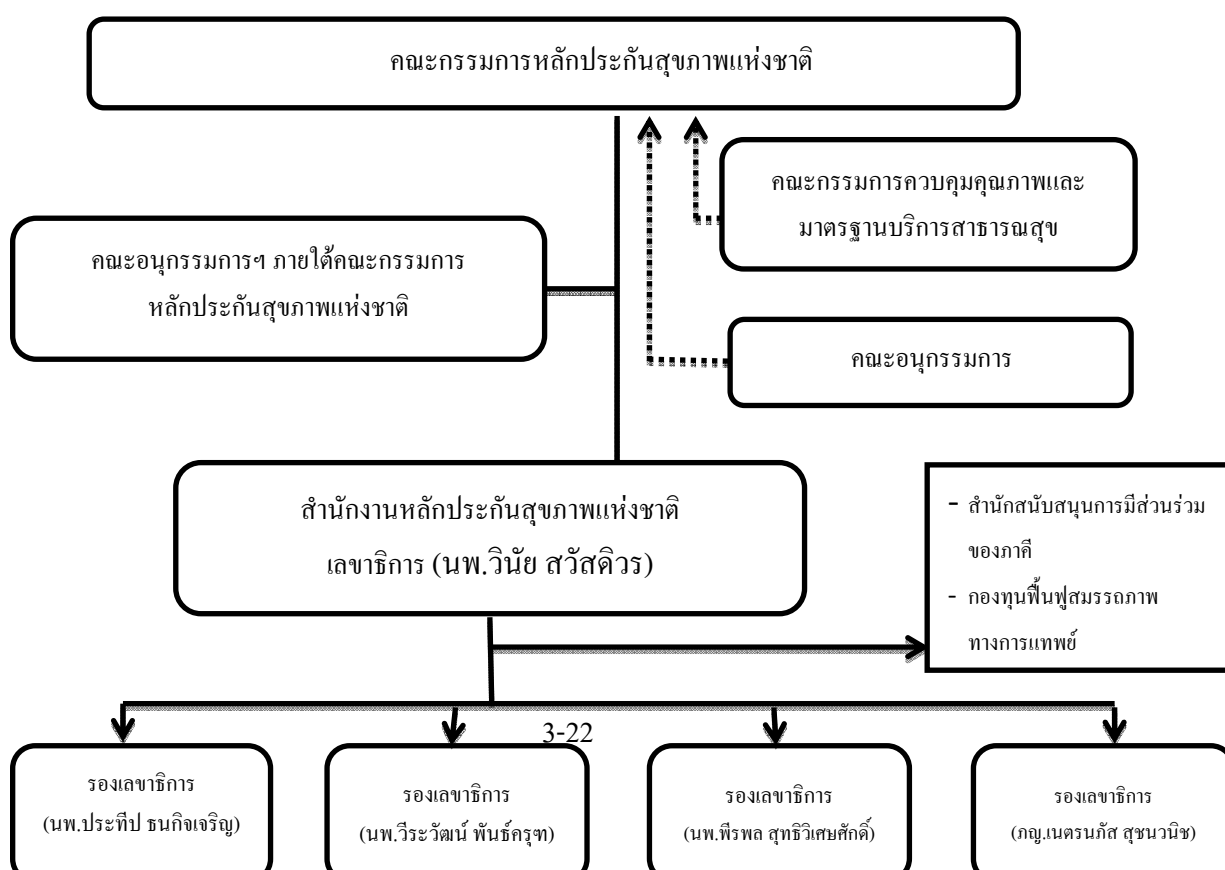
จากกรมบัญชีกลางเข้าบัญชีของแพทย์โดยไม่ผ่าน สปสช. หรือกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. เงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง พ.ศ. 2538 ดังนั้น วงเงิน “เหมาจ่ายรายหัว” ที่ สปสช. ได้รับจัดให้มาบริหารจัดการจะน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากงบประมาณ เนื่องจากการหักส่วนของเงินเดือนแพทย์ออกไป โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 60 ของเงินเดือนของแพทย์ ในขณะที่อีกร้อยละ 40 กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับภาระ ซึ่งอาจมองว่าเป็น “เงินอุดหนุน” ที่กระทรวงสาธารณสุขให้แก่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นการตอบแทนภารกิจอื่นๆ ที่แพทย์ทำประโยชน์ให้แก่กระทรวงฯ นอกเหนือจากการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การรณรงค์ และส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถกำกับควบคุมการปฏิบัติงานของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ซึ่งสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

ตารางที่ 3.8 งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2546 – 2544

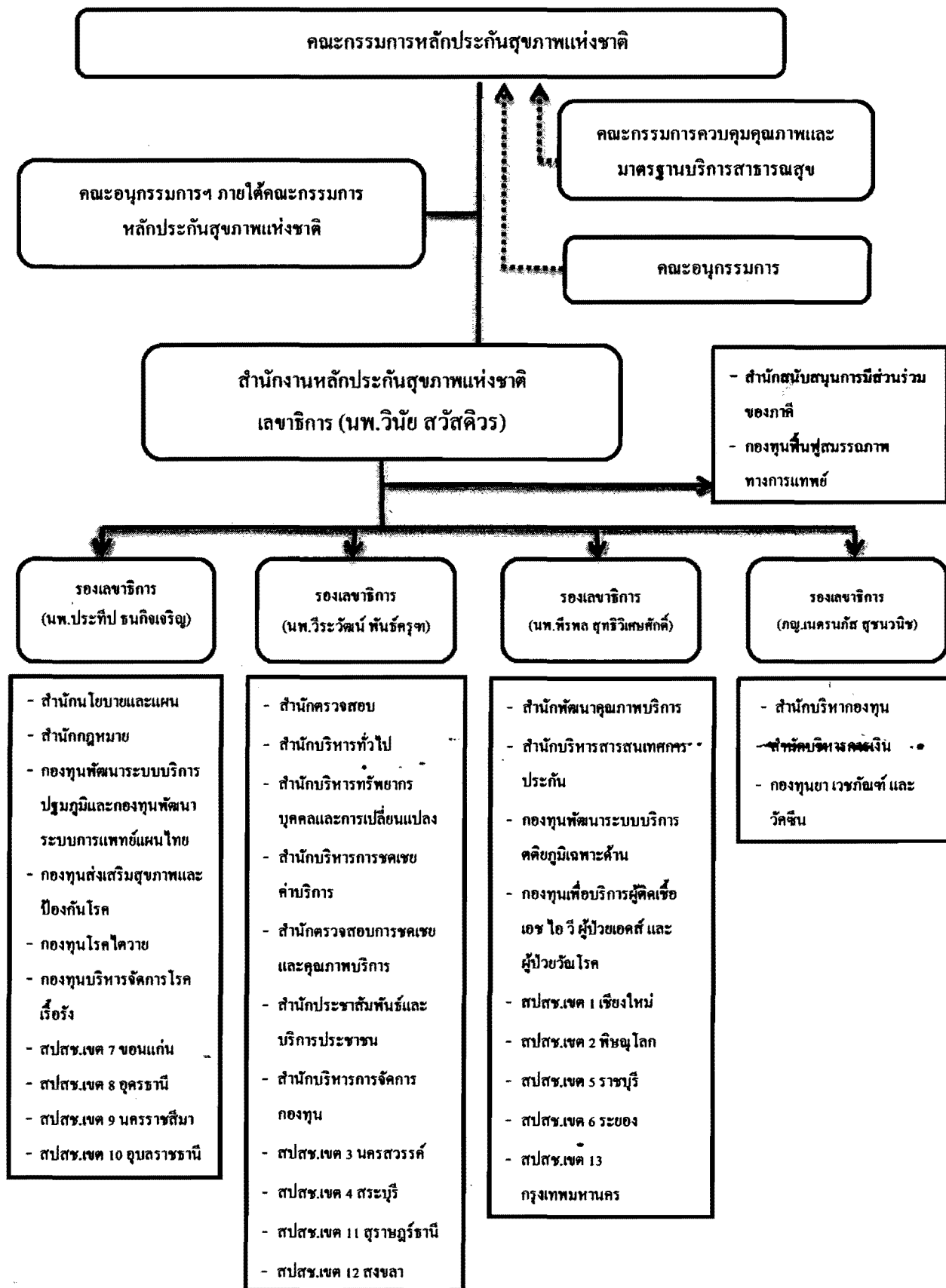
งบที่ได้รับ (ล้านบาท)	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
งบกองทุน (รวมเงินเดือน)	67,582.60	82,023.00	91,369.05	101,984.10	108,065.09	117,969.00	129,280.89
- งบกองทุน สปสช.	40,889.95	54,428.63	67,366.39	76,598.80	80,597.69	89,384.77	101,057.91
- เงินเดือนบุคลากร สธ.	26,692.65	27,594.37	24,002.66	25,385.30	27,467.40	28,584.23	28,222.98
งบบริหาร	625.00	647.00	810.96	807.65	936.75	858.46	961.31
ร้อยละ	0.93	0.79	0.89	0.79	0.87	0.73	0.74

ที่มา : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , กันยายน พ.ศ. 2554

รูปที่ 3.9 โครงสร้างองค์กรของ สปสช.

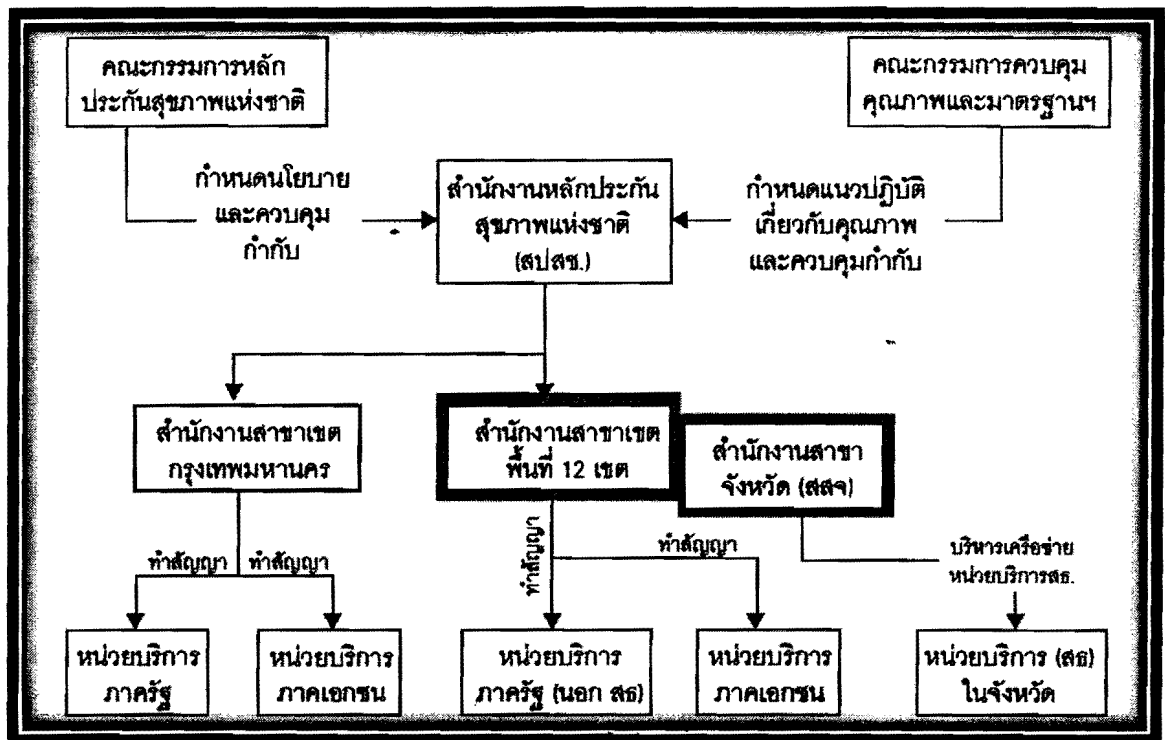


รูปที่ 3.9 โครงสร้างองค์กรของ สปสช.



ที่มา: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ข้อมูล ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553)

รูปที่ 3.10 โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา : คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

3.2.2 โครงสร้างกรรมการและอนุกรรมการที่บริหารกองทุน

เนื่องจากการบริหารจัดการแต่ละกองทุนมีการบริหารงานตามกฎหมายที่แตกต่างกัน จึงมีการจัดตั้งหน่วยงานในการดูแลแต่ละกองทุน (ตารางที่ 3.9) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามนโยบายด้านสุขภาพของภาครัฐบาล กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการ สังกัดกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นหน่วยงานที่ดูแลบริหารงานระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553

ในปี พ.ศ. 2554 มีมติของคณะรัฐมนตรี ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการข้าราชการ ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาครัฐและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบายด้านการเงินการคลังและการบริหารจัดการระบบ เพื่อเป็นกรอบให้กระทรวงการคลังถือปฏิบัติ นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังมีหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ เพื่อให้กรมบัญชีกลางพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล

ในขณะที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานในการดูแลบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และตัวแทนจากหน่วยงาน และมีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน

อนึ่ง ระบบประกันสังคมแบ่งการบริหารจัดการออกเป็น 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน ดำเนินงานภายใต้กฎหมายคนละฉบับ และมีคณะกรรมการในการดูแลกองทุนแต่ละกองทุน การศึกษาในส่วนนี้จะขอกล่าวถึงเพียงกองทุนประกันสังคมซึ่งดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และมีการจัดตั้งคณะกรรมการประกันสังคม ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงแรงงานเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนกระทรวงการคลัง ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานประมาณ ผู้แทนฝ่ายนายจ้างและผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง และให้มีคณะกรรมการการแพทย์คณะหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยประธานกรรมการและกรรมการอื่น โดยมีจำนวนรวมกันไม่เกิน 16 คน

ตารางที่ 3.9 โครงสร้างกรรมการในการบริหารงานแต่ละกองทุน

	สวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสุขภาพ	ประกันสังคม
หน่วยงานที่ดูแล	กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม
คณะกรรมการ	คณะกรรมการบริหารระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการประกันสังคม
ประธานกรรมการ	ปลัดกระทรวงการคลัง	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ปลัดกระทรวงแรงงาน
คณะกรรมการ	1. รองปลัดกระทรวงการคลัง 2. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา 3. อธิบดีกรมบัญชีกลาง 4. เลขาธิการคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน 5. ผู้อำนวยการสำนักงาน ประกันประมาณ 6. เลขาธิการสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 7. เลขาธิการสำนักงาน ประกันสังคม 8. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1. ปลัดกระทรวงกลาโหม 2. ปลัดกระทรวงการคลัง 3. ปลัดกระทรวงพาณิชย์ 4. ปลัดกระทรวงมหาดไทย 5. ปลัดกระทรวงแรงงาน 6. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผู้อำนวยการ สำนักงานประมาณ 8. ผู้แทนเทศบาล 9. ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด 10. องค์การบริหารส่วนตำบล	ผู้แทนกระทรวงการคลัง 1.ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจ การคลัง 2.รองผู้อำนวยการสำนักงาน เศรษฐกิจการคลัง 3.ผู้อำนวยการสำนักนโยบายการ ออมและการลงทุน สำนักงาน เศรษฐกิจการคลัง ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 1.ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

	สวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสุขภาพ	ประกันสังคม
	9. ปลัดกระทรวงกลาโหม 10. เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 11. นายกแพทยสภา 12. พ.อ.วันดี โกะกุล 13. ผศ.ดร.ภญ.นิตยา เกียรติยี่ 14. น.พ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพ 15. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพแห่งชาติ 16. ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 17. ที่ปรึกษาด้านพัฒนาระบบการเงินการคลัง กรมบัญชีกลาง 18. ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทน และสวัสดิการกรมบัญชีกลาง 19. ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านพัฒนาระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง 20. นิติกรชำนาญการพิเศษ กรมบัญชีกลาง	11. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 12. ผู้แทนองค์กรเอกชน (ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร) 13. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ 14. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข 15. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์แผนไทย 16. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์ทางเลือก 17. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้าน การเงินการคลัง 18. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้าน กฎหมาย 19. ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้าน สังคมศาสตร์	3. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานประมาณ 1. รองผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ 2. ผู้อำนวยการสำนักจัดทำงบประมาณ ด้านสังคม 2 3. ผู้อำนวยการส่วนงบประมาณ กระทรวงแรงงาน ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง(5 คน) ผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง (5 คน)

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

3.2.3 ปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนของกรรมการและอนุกรรมการในการบริหารกองทุน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสรรหาคณะกรรมการและอนุกรรมการจะมาจากหน่วยงานราชการ และตัวแทนจากภาคเอกชน ซึ่งได้มีการกำหนดคุณสมบัติของตัวแทนที่มาจากภาคเอกชน คือ บุคคลดังกล่าวต้องไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแสวงหาผลกำไร แต่จากการคัดสรรคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ยังมีผู้แทนบางตำแหน่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ หรือเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการของภาคเอกชน (ตารางที่ 3.10)

ในขณะที่ คณะกรรมการและอนุกรรมการของกองทุนประกันสังคม มาจากการแต่งตั้งจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายรัฐบาล ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง และผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวางกรอบการดำเนินงานของกองทุนประกันสังคม และคณะกรรมการการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม มีอำนาจในการเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับการดำเนินงานในการบริหารทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน คุณสมบัติของกรรมการการแพทย์ที่ สปส. กำหนดไว้ คือ

1. ต้องเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพเวชกรรมสาขาใดสาขาหนึ่ง
2. ต้องไม่เป็นผู้บริหารหรือที่ปรึกษาของสถานพยาบาลเอกชนที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมและไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียกับการจัดระบบบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม

จากรายชื่อคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนประกันสังคม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2553 พบว่ามีคณะกรรมการการแพทย์ที่มีหุ้นส่วน หรือเป็นกรรมการ หรือทำงานในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 14 คน และมีคณะกรรมการการแพทย์ 9 คนที่ไม่มีหุ้นส่วน หรือเป็นกรรมการ หรือทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ภายใต้โครงการประกันสังคม (ตารางที่ 3.11)

ทั้งนี้ การแต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ พ.ร.บ.ประกันสังคม จะต้องมีการแต่งตั้งกรรมการจากผู้แทนในทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นตัวแทนจากสถานบริการภาคเอกชน หรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน หากแต่กรรมการหรือคณะกรรมการผู้นั้นควรมีเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการมีหุ้นส่วน การดำรงตำแหน่งหรือผลประโยชน์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาคเอกชนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำรงตำแหน่ง และบุคคลภายนอกสามารถตรวจสอบได้ และเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อน ในการประชุมหรือลงมติใด ๆ ก็ตามที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ หรือมีส่วนได้เสียกับการกรรมการบุคคลดังกล่าว ควรมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการเข้าร่วมประชุม เช่นไม่ให้คณะกรรมการท่านนั้นเข้าร่วม หรือเข้าร่วมประชุมได้แต่ไม่มีสิทธิในการลงมติ เป็นต้น

ตารางที่ 3.10 รายชื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวแทนของภาคเอกชน และสถานภาพตัวแทน

เป็นผู้แทนให้แก่	ชื่อกรรมการ	สถานภาพตัวแทน
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	นายเอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	เจ้าของโรงพยาบาลรามคำแหง และหุ้นส่วนโรงพยาบาลวิภาวดี
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข		
ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	นายเฉลิม หาญพาณิชย์	ประธานกรรมการ บริษัท บางกอก เชน ฮอสปิเทล จำกัด (มหาชน)
ผู้แทนแพทย์สภา	นายพินิจ หิรัญโชติ	กรรมการแพทย์สภา/หุ้นส่วนโรงพยาบาลสนามจันทร์
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ	ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์	ประธานกรรมการบริหาร โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

ตารางที่ 3.11 รายชื่อคณะกรรมการการแพทย์ที่มีหุ้นส่วนหรือเป็นกรรมการหรือทำงานใน
โรงพยาบาลเอกชน

รายชื่อคณะกรรมการ	โรงพยาบาลเอกชน (ภายใต้โครงการประกันสังคม)	โรงพยาบาลเอกชน (ไม่อยู่ภายใต้โครงการ)	ปีที่ได้รับ แต่งตั้ง
นายเฉลิม หาญพาณิชย์	บมจ.บางกอก เซ็น โฮสปี ทอล (รพ.เกษมราษฎร์)		2547, 2549
นายชำนาญ ภู่อี่ยม	รพ.เกษมราษฎร์ (บางแค)		2547
พันเอก(พิเศษ) ประจักษ์ บุญจิตต์พิมล	รพ.นวมินทร์ 9		2549
พันตำรวจเอกวิฑูรย์ นิติวรางกูร	รพ.นวมินทร์ 9		2553
นายสุนทร อันตรเสน	รพ.เอกปทุม		2553
นายนิคม ศิริไชย	รพ.บางปะกอก 3		2544
นายพงษ์ศักดิ์ วัฒนา	รพ.ศรีวิชัย 3		2553
นายสารเนตร์ ไวกุล	รพ.ศรีวิชัย 3		2548, 2551
นายเอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	รพ.วิภา ราม	รพ.รามคำแหง รพ.สุขุมวิท รพ.ชัยภูมิ ราม รพ.เสรีรักษ์ รพ.ลานนา	2549, 2551
นายไพรัช เจาะทะเกษตริน		รพ.พระรามเก้า	2548, 2551
พลตำรวจโท พาสกร รักษ์กุล		รพ.ชัยปราการ	2546, 2548, 2553
นายเพรา นีวาทวงศ์		รพ.พร้อมมิตร	2546
นายสิน ลีวีรัตน์		รพ.กรุงเทพ – ราชสีมา	2546, 2548
พลตำรวจตรีชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์		รพ.พญาไท (กรรมการตรวจสอบ)	2553

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการป้องกันการทุจริตด้านเศรษฐกิจ ลำดับที่ 12/2554

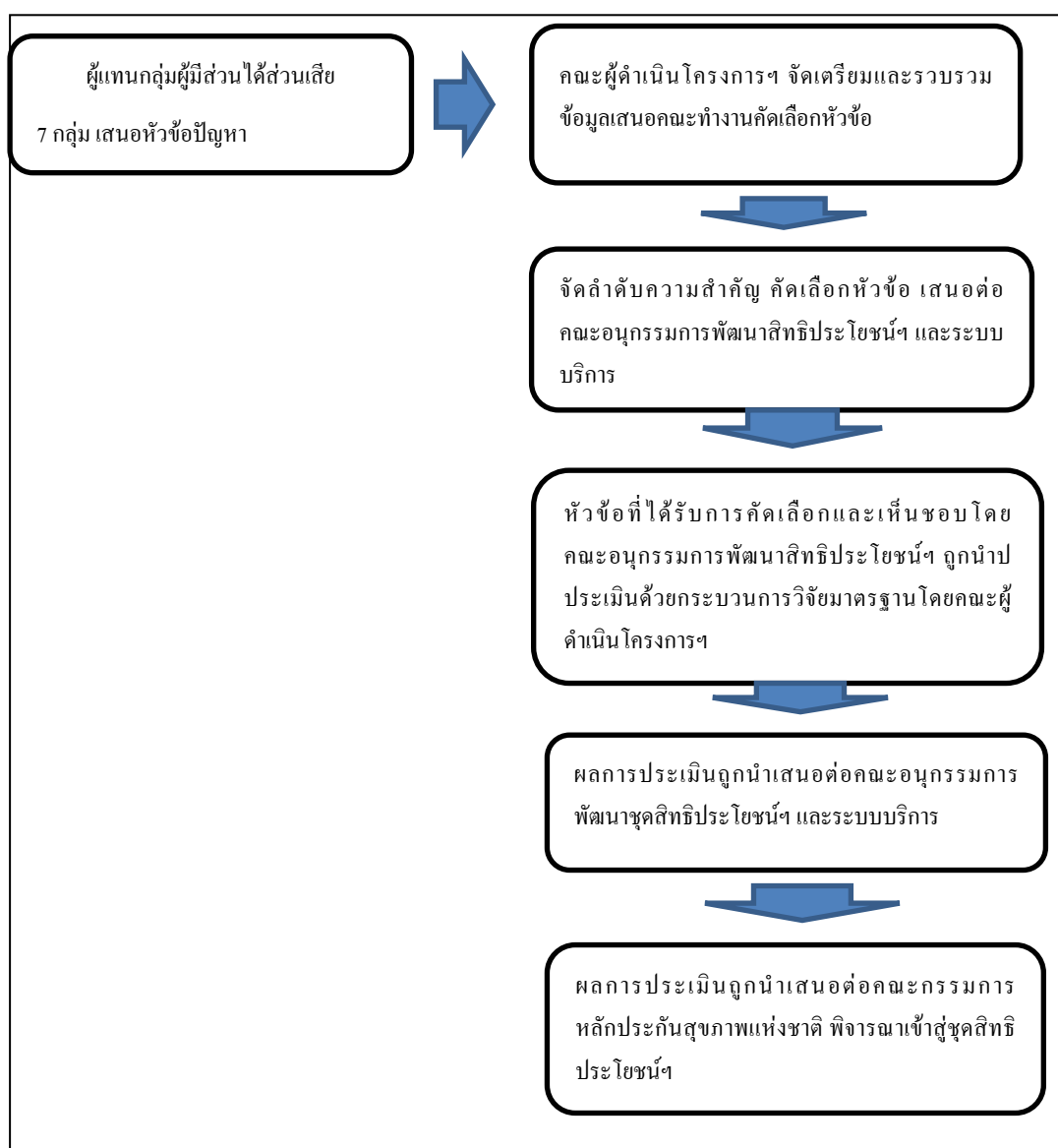
แนบท้ายการประชุมครั้งที่ 23 – 8 /2554 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2554 เรื่องที่ 5.3

3.2.4 ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมี
หลักเกณฑ์ในการพัฒนาที่ชัดเจน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมใน
การดำเนินการพัฒนา เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม สำหรับ
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 10 ปี ถือเป็นระบบที่ดูแลคนไทยกลุ่ม
ใหญ่ที่สุด แต่หากพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบัน พบว่า ยังไม่ครอบคลุมบริการด้านสุขภาพ
ที่จำเป็นบางอย่าง ในขณะที่บริการที่มีอยู่แล้ว ผู้มีสิทธิยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง
ส่งผลให้เกิดการร้องเรียนต่อสำนักงาน สปสช. เนื่องจากการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ขาดการมี

ส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่าง ๆ จากปัญหาดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เปิดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบประกันสุขภาพ ทั้งหมด 7 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้แทนผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ผู้แทนนักวิชาการ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วย ผู้แทนภาคอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไป โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการทำงาน เสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ (รูปที่ 3.11) เพื่อนำไปพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปอย่างโปร่งใส เป็นธรรม และสามารถครอบคลุมผู้ใช้บริการได้อย่างทั่วถึง

รูปที่ 3.11 ขั้นตอนการเสนอและพิจารณาหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ



ที่มา : โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กับการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนในสังคม สปสช.

ในระบบประกันสังคม สมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทยได้เริ่มผลักดันร่าง พ.ร.บ.ประกันสังคมฉบับประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ประกันตนภายใต้กองทุนประกันสังคม โดยคณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทยเรียกร้องให้รัฐบาลเร่งพิจารณาและผลักดัน ร่าง พ.ร.บ.ประกันสังคม ซึ่งสาระสำคัญของร่างกฎหมายฉบับประชาชน คือต้องการให้ผู้ประกันตน เข้าไปมีส่วนร่วมในการสรรหา คณะกรรมการกองทุนประกันสังคม เพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายที่เป็นธรรม และบริหารเงินในกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.5 ความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (Accountability) ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

การบริหารจัดการองค์กรที่ดีต้องยึดหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้การบริหาร การจัดการและการควบคุมดูแลกิจการต่างๆให้เป็นไปในครรลองธรรม เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และอีกประเด็นที่สำคัญคือ ต้องมีความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ รวมทั้งการแสดงถึงความสำนึกในการรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณะ ในระบบประกันสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ระบบที่ดีส่วนหนึ่งต้องเกิดจากการบริหารจัดการที่ดี ต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อสาธารณะ ต้องมีการระบุนความรับผิดชอบต่อใคร่และรับผิดชอบต่อใคร ซึ่งการศึกษาในส่วนนี้จะกล่าวถึงความรับผิดชอบต่อการบริหารจัดการด้านการเงิน และความรับผิดชอบต่อคุณภาพในการให้บริการในการรักษาพยาบาล

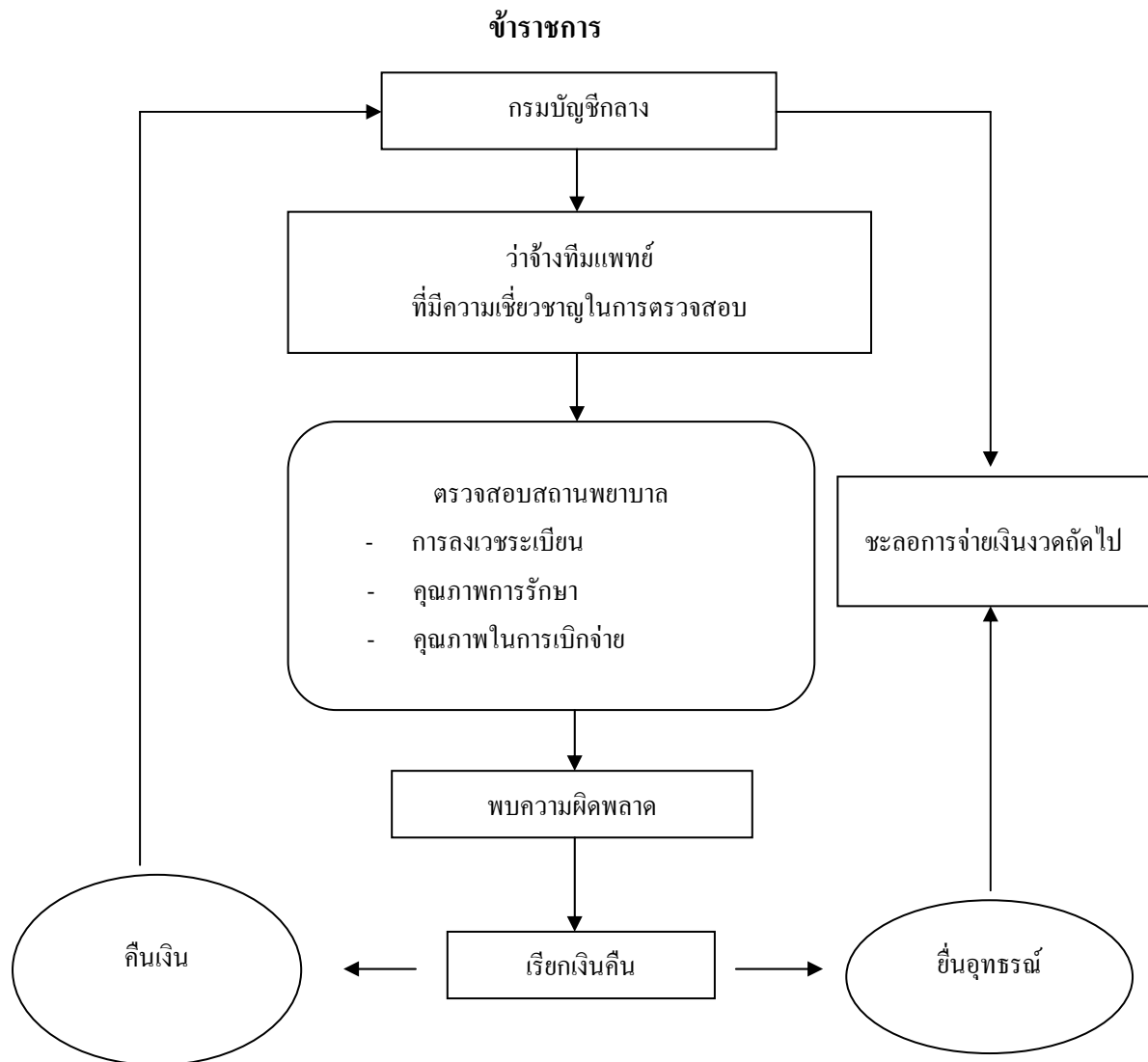
3.2.5.1 ความรับผิดชอบด้านการเงิน

ความรับผิดชอบด้านการเงิน คือ การติดตาม ตรวจสอบการเบิกจ่าย ให้มีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินงบประมาณที่ได้รับ การตรวจสอบการเบิกจ่ายนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในระบบประกันสุขภาพ ไม่ว่าระบบนั้นจะมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่าย การเบิกจ่ายตามกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายตามจริงก็ตาม

โดยทั่วไปแล้ว การเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องมักพบในระบบการจ่ายตามจริง เนื่องจากระบบการจ่ายเงินที่ไม่มีการควบคุมที่ดี จะทำให้สถานพยาบาลที่ให้บริการไม่มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการ สำหรับวิธีการตรวจสอบการเบิกจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลางทำการว่าจ้างทีมแพทย์เป็นผู้ทำการตรวจการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากผู้ตรวจสอบจะต้องตรวจสอบประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ การลงเวชระเบียน คุณภาพในการรักษา และคุณภาพในการเบิกจ่าย ว่ามีความถูกต้องและมีความซ้ำซ้อนหรือไม่ ซึ่งการตรวจสอบเหล่านี้จำเป็นที่จะต้องใช้แพทย์ผู้มีความรู้จึงจะสามารถตรวจสอบได้ อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในด้านการตรวจสอบบัญชีการเบิกจ่ายในไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด การเพิ่มแพทย์ผู้ตรวจสอบการเบิกจ่ายไม่สามารถทำได้ง่ายนัก

สำหรับวิธีการตรวจสอบ แพทย์ผู้ตรวจสอบจะสุ่มเลือกตรวจแบบเจาะจงเฉพาะรายการเบิกจ่ายที่น่าสงสัยว่าจะมีการทำการเบิกจ่ายไม่เหมาะสมหรือผิดพลาด เช่น การเบิกค่ายาในจำนวนเกิน 50,000 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ในเวลาหนึ่งไตรมาส เป็นต้น เมื่อผู้ตรวจสอบพบความผิดพลาดในการเบิกจ่าย กรมบัญชีกลางจะทำการออกหนังสือเรียกคืนเงินที่สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายเกินไป โดยกรมบัญชีกลางเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลทำการอุทธรณ์การตัดสินใจของกรมบัญชีกลางได้ สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ทำการคืนเงินให้ตามที่กรมบัญชีกลางร้องขอ กรมบัญชีกลางก็จะทำการชะลอการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลร้องขอในคราวต่อไป (ตามรูปที่ 3.12) มาตรการนี้เองทำให้ในปีงบประมาณที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่วนมากมักตัดสินใจที่จะส่งเงินที่เบิกจ่ายผิดพลาดไปให้แก่กรมบัญชีกลางทันที เนื่องจากผลเสียจากการถูกชะลอการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางในงวดต่อไปนั้นมีมากกว่าการที่สถานพยาบาลจะต้องคืนเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่กรมบัญชีกลาง อย่างไรก็ดี กรมบัญชีกลางเป็นเพียงผู้ตรวจสอบบัญชีการเบิกจ่าย และรับผิดชอบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเท่านั้น กรมบัญชีกลางจึงไม่มีอำนาจแทรกแซงการดำเนินการของสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้ทำการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผิดพลาด

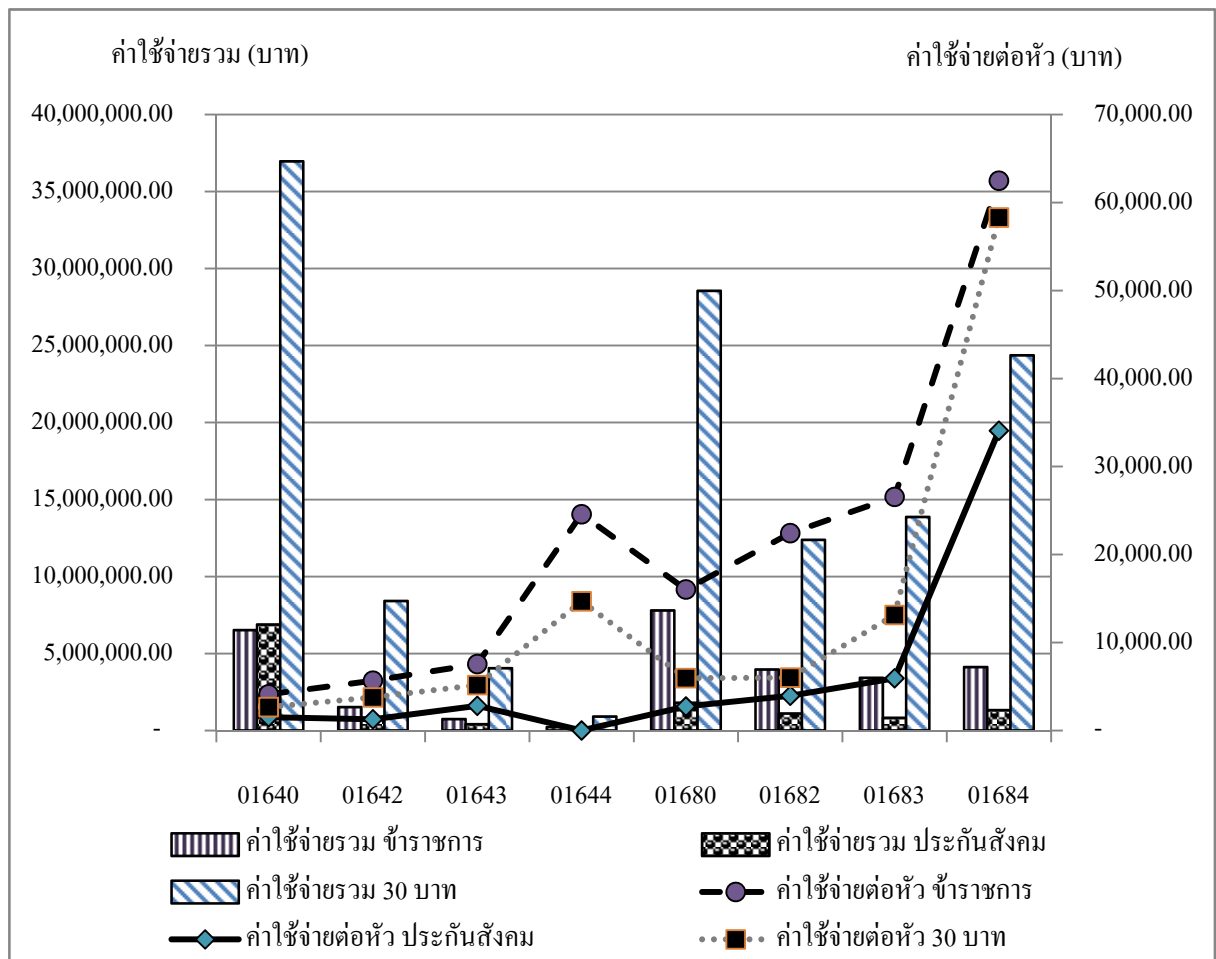
รูปที่ 3.12 กระบวนการตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาล



ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

สำหรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคม การจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ให้แก่สถานพยาบาลเป็นการจัดสรรแบบรายหัว ดังนั้นปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายที่ผิดพลาดหรือรู้ไว้หลจากค่าใช้จ่ายแบบรายหัวจึงไม่ใช่ปัญหาหลัก หากแต่ปัญหาการเบิกจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูงหรือการเบิกจ่ายตาม DRG อาจเป็นช่องทางให้หน่วยบริการทำการเบิกค่าใช้จ่ายเกินจริง หรืออาจทำให้เกิดปัญหาการทำ Re – Admission เพื่อขอค่าใช้จ่ายเพิ่มได้ ถ้ามีการกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายตาม DRG ต่ำเกินไป (รูปที่ 3.13)

รูปที่ 3.13 ค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ปี พ.ศ. 2553



หมายเหตุ : กลุ่มโรค 01640 คือ Headache, no CC, 01642 คือ Headache, w mild to mod CC, 01643 คือ Headache, w severe CC, 01644 คือ Headache, w severe CC, 01680 คือ Other disorders of nervous system, no CC, 01682 คือ Other disorders of nervous system, w mild to mod CC, 01683 คือ Other disorders of nervous system, w severe CC, 01684 คือ Other disorders of nervous system, w catas CC

ที่มา : สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

อย่างไรก็ดี สปสช. มีหลักเกณฑ์ในการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง¹⁴ เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมีการตรวจสอบในกรณีพบความผิดปกติ เช่น ค่าใช้จ่ายตาม DRG สูงเกินไป แต่มีผู้มาใช้บริการน้อยราย หรือ ค่าใช้จ่ายตาม DRG น้อยเกินไป เป็นต้น กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า

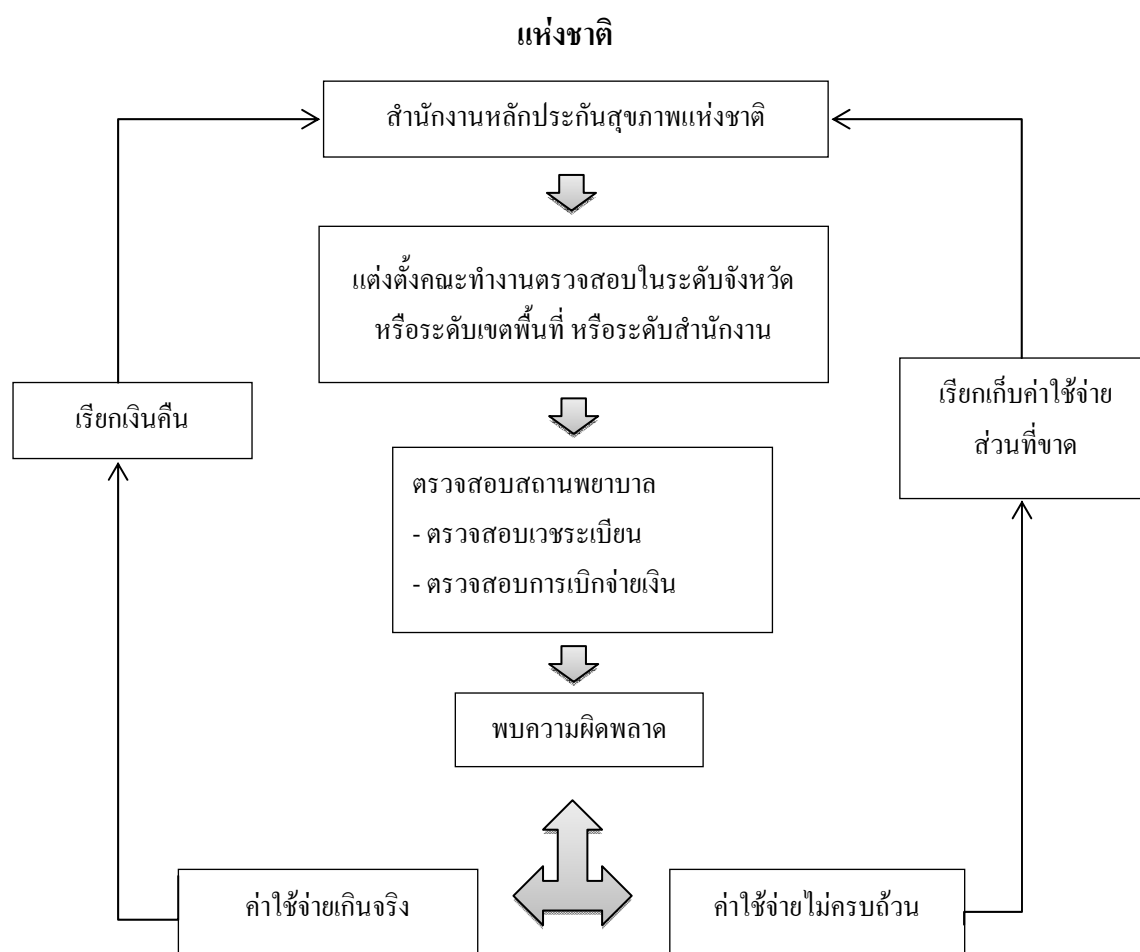
¹⁴ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552

หน่วยบริการใดที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน สปสช.จะให้หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยัง สปสช.ตามสิทธิที่หน่วยบริการที่พึงได้รับ

สำหรับกรณีที่มีการตรวจสอบแล้ว พบว่าหน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง โดยเกิดจากความไม่เข้าใจหรือความไม่รู้ หรือความสะเพร่าของหน่วยบริการ ให้ สปสช. เรียกเก็บเงินส่วนที่เกินไปคืนได้ทันที แต่หากมีการตรวจพบและสรุปได้ว่า หน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน สปสช.จะเรียกเก็บเงินส่วนเกินคืน และเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่เรียกคืน (รูปที่ 3.14)

ในปี พ.ศ 2555 สำนักงานประกันสังคมได้ปรับปรุงรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล โดยยังคงมีการเหมาจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล และเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคที่มีความซับซ้อนหรือค่าใช้จ่ายสูงโดยใช้ DRG ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นในการดำเนิน ต้องมีการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมต่อไป แต่การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม ยังไม่ปรากฏผลการดำเนินงานที่ชัดเจนมากนัก

รูปที่ 3.14 กระบวนการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินของหน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพ



ที่มา : ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2.5.2 ความรับผิดชอบด้านคุณภาพการให้บริการ

คุณภาพการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการของสถานพยาบาล ในประเทศไทยเองได้มีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ

การรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยข้อบังคับตาม พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอก

ระบบประกันสังคมมีการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตน โดยให้มีการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลก่อนเข้าสู่ระบบประกันสังคม รวมทั้งให้มีการตรวจสอบคุณภาพของสถานพยาบาลเป็นระยะๆ สำนักงานประกันสังคมได้จัดคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์และพยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ในสาขาต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินคุณภาพสถานพยาบาลทั้งในกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ซึ่งสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่งจะต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

สำหรับการตรวจประเมินสถานพยาบาลในกองทุนประกันสังคม จะเน้นไปที่การตรวจเวชระเบียนและการตรวจสอบคุณภาพการรักษาโดยมีตัวชี้วัด เช่น อัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากการตรวจรักษา อัตราความผิดพลาดจากการใช้ยา เป็นต้น เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาโรคให้แก่ผู้ประกันตน นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคมยังสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ด้วยการจ่ายเงินเพิ่ม 77 บาทต่อราย หากสถานพยาบาลผ่านการประเมินการรับรองคุณภาพ

อย่างไรก็ดี สปสช.ได้กำหนดหลักเกณฑ์ให้สถานบริการที่จะเข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องได้รับการตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามศักยภาพและประเภทบริการทั้ง 4 ประเภท คือ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการร่วมใช้บริการ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ นอกจากนี้ สปสช. ยังได้มีมาตรการในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขโดยการสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการเพิ่มเติมสำหรับผลการให้บริการที่มีคุณภาพตามดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง

สปสช. มีความพยายามในการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชน โดยการบริการรับเรื่องร้องเรียน และร้องทุกข์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โทรศัพท์สายด่วน จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือมาติดต่อด้วยตัวเอง นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อชดเชยในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล อย่างไรก็ดี จากรายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ของ สปสช. ยังไม่พบมาตรการเชิงรุก¹⁵ ในการเข้าไปตรวจสอบคุณภาพในการให้บริการแก่ประชาชน¹⁶

สำหรับปัญหาด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล ยังคงเป็นปัญหาหลักอยู่ แม้จำนวนผู้ที่ร้องทุกข์จะลดลง แต่จำนวนการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากสถานพยาบาลกลับเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากข้อมูลในการให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์แก่ผู้มีสิทธิในประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีจำนวน 5,742 เรื่อง ลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 6.9 โดยส่วนใหญ่เป็นการเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับการได้รับสิทธิไม่ตรงตามจริง แต่เมื่อพิจารณาจำนวนคำร้องเพื่อขอค่าชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากสถานพยาบาลในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 ถึง 9.8 เท่า และมีจำนวนคำร้องที่เข้าเกณฑ์เพิ่มขึ้นถึง 10.7 เท่า และมีการจ่ายเงินชดเชยให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายสูงถึง 92.2 ล้านบาท (ตารางที่ 3.12)

ตารางที่ 3.12 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547 – 2554

ปี	จำนวนคำร้อง	ไม่เข้าเกณฑ์	เข้าหลักเกณฑ์	ประเภทความเสียหาย			อุทธรณ์	การจ่ายเงินชดเชย
				เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร	สูญเสียอวัยวะ/พิการ	บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง		
2547	99	26	73	49	11	13	12	4,865,000
2548	221	43	178	113	29	36	32	12,815,000
2549	443	72	371	215	71	85	60	36,653,500
2550	511	78	433	239	74	120	58	52,177,535
2551	658	108	550	303	73	174	74	64,858,148
2552	810	150	660	344	97	219	67	73,223,000
2553	876	172	704	361	139	204	71	81,920,000
2554	965	182	783	401	141	241	114	92,206,330
รวม	2,742	477	2,265	1,263	355	647	303	244,592,183

ที่มา : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹⁵ มาตรการเชิงรุกในที่นี้หมายถึง การจัดทีมผู้ตรวจสอบเข้าไปตรวจสอบสถานพยาบาลในการลงเวชระเบียน และการควบคุมภาพการรักษาพยาบาล เป็นต้น

¹⁶ สปสช., พ.ศ. 2554

3.3 ปัญหาของการมีหลายระบบประกันสุขภาพในไทย

ในส่วนนี้จะทำการศึกษาถึงปัญหาของการมีหลายระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยแบ่งการศึกษาออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกจะทำการศึกษาถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ขาเวชภัณฑ์ รวมถึงมาตรฐานการให้บริการในการรักษาพยาบาลของแต่ละระบบประกันสุขภาพ และในส่วนที่สอง จะทำการศึกษาถึงปัญหาความสิ้นเปลืองของต้นทุนในการบริหารจัดการของผู้ให้บริการในแต่ละกองทุน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 ความเหลื่อมล้ำของสิทธิของผู้ประกันตน/ผู้ทรงสิทธิของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ประชาชนแล้วก็ตาม แต่การที่มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบมีแนวทางการดำเนินงานและการออกแบบที่ต่างกัน โดยเฉพาะวิธีการ อัตราการจ่ายค่าบริการ เงื่อนไขการให้บริการ และสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกแต่ละกลุ่มได้รับยังมีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3.13) ทั้งการให้บริการเจ็บป่วยทั่วไป และเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ เป็นต้น รวมทั้งการชดเชยการบริการต่อสถานบริการก็มีความแตกต่างกัน จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะก่อให้เกิดให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้และให้บริการ

สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการข้าราชการ ไม่ว่าจะเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการพยาบาล ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามจริง รวมถึงค่าห้องและค่าอาหารก็สามารถเบิกจ่ายได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษาตัว แต่ได้ไม่เกิน 600 บาท ในขณะที่ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้อง ค่าอาหาร ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมรวมอยู่ในค่าเหมาจ่าย

เมื่อเปรียบเทียบขอบเขตและเงื่อนไขความคุ้มครองระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม¹⁷ และระบบสวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการข้าราชการจะให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการเจ้าของสิทธิ บุคคลในครอบครัวรวมถึงบุตรได้ไม่เกิน 3 คน แต่สิทธิในการคุ้มครองจะสิ้นสุดลง เมื่อพ้นสภาพจากการเป็นข้าราชการโดยการรับบำเหน็จ และบุตรที่ได้รับสิทธิในสวัสดิการข้าราชการจะหมดสิทธิดังกล่าวเมื่อมีอายุเกิน 20 ปี

สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่จำเป็นต้องจ่ายเบี้ยประกันจะได้รับการคุ้มครองทันทีเมื่อลงทะเบียน ในขณะที่ภายใต้ระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนต้อง

¹⁷ สิทธิประโยชน์ที่แตกต่าง บัตรทอง-ประกันสังคม ที่มา : หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2554

จ่ายเงินสมทบ กรณีที่เจ็บป่วยผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน จึงจะได้รับความคุ้มครอง กรณีการคลอดบุตรผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนไม่น้อยกว่า 7 เดือน จึงจะได้รับการคุ้มครองในการคลอดบุตร และหากขาดการจ่ายเงินสมทบเกิน 3 เดือน สิทธิประโยชน์ที่ได้รับทุกกรณีนั้นเป็นอันสิ้นสุดลงทันที หรือการคุ้มครองจะสิ้นสุดก็ต่อเมื่อพ้นจากการเป็นลูกจ้างหรือตาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมไม่มีความต่อเนื่องหากลูกจ้างไม่ส่งเงินสมทบในขณะที่สิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นนอกจากจะไม่มีค่าใช้จ่ายแล้ว ยังให้การคุ้มครองตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตอีกด้วย นอกจากนี้แล้ว ผู้ประกันตนของระบบประกันสังคมยังเห็นว่า การที่ตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสมทบเป็นการจ่ายที่ซ้ำซ้อน เนื่องจากผู้ประกันตนจ่ายภาษีเงินได้ และรัฐนำเงินภาษีดังกล่าวมาจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมอีกทางหนึ่งด้วย

สำหรับผู้ที่มีสิ้นสุดการคุ้มครองจากระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมดังกล่าว จะถูกผลักภาระเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทันที ซึ่งต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สิทธิในการคุ้มครองจะสิ้นสุดลงก็ต่อเมื่อผู้มีสิทธิบุคคลนั้น ได้รับการคุ้มครองจากสิทธิอื่นจากรัฐ

ตารางที่ 3.13 ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ต่างกันระหว่างระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการ

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
1. เงื่อนไขการคุ้มครอง	คุ้มครองข้าราชการ และครอบครัว รวมบุตร 3 คน ที่อายุไม่เกิน 20 ปี	คุ้มครองเมื่อจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน	คุ้มครองเมื่อลงทะเบียน
2. ระยะสิ้นสุดการคุ้มครอง	- เจ้าของสิทธิพ้นสภาพข้าราชการโดยการรับบำนาญ - บุตรที่ได้รับสิทธิ อายุเกิน 20 ปี	- สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง แต่ได้รับการคุ้มครองต่อไปอีก 6 เดือน ¹ - ตาย	เมื่อได้รับสิทธิอื่นจากรัฐ
3. หน่วยบริการ			
- การรักษาทั่วไป	หน่วยบริการทุกแห่ง(รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการที่เลือก (รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการที่ลงทะเบียน(รัฐ/เอกชน)
- อุบัติเหตุฉุกเฉิน ¹	หน่วยบริการทุกแห่ง(รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการทุกแห่ง(รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการทุกแห่ง(รัฐ/เอกชน)
4. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย 2,050.00 บาท (ผู้ป่วยใน+ผู้ป่วยนอก 1,440.00 บาทต่อคน)	เหมาจ่าย 2546.48 บาท (ผู้ป่วยใน 954.72 บาท ผู้ป่วยนอก 795.39 บาท)

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. ยาและเวชภัณฑ์	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ/ยานอกบัญชียา หลักแห่งชาติตามข้อบ่งชี้ ทางการแพทย์	ไม่ต่ำกว่ายาในบัญชีหลัก แห่งชาติ ²	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ
6. สิทธิการคลอดบุตร	เบิกจ่ายตามจริง - ค่าตรวจครรภ์ - ค่าคลอดบุตร - ค่าดูแลหลังการคลอด	- เหม่าจ่ายค่าคลอดบุตร 13,000 บาท/ครั้ง ไม่ เกิน 2 ครั้ง - เงินสงเคราะห์การหยุด งาน ครั้งละ 50% ของ ค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน	เบิกจากกองทุนผู้ป่วยใน ด้วยระบบ DRG รวมกัน ไม่เกิน 2 ครั้ง
7. ทันตกรรม	เข้ารับบริการในหน่วย บริการของรัฐ เบิกจ่ายตามจริง	เข้ารับบริการใน สถานพยาบาลหรือคลินิก ทันตกรรม 1. บริการถอนฟัน อุดฟัน อุดหินปูน และฟัน เทียม - เบิกได้ 300 บาท/ ครั้ง ไม่เกิน 600 บาทต่อปี - ทำฟันเทียม 1 – 5 ซี่ เบิกได้ 1,200 บาท - ทำฟันเทียม มากกว่า 5 ซี่ เบิกได้ 1,400 บาท 2. ทำรากฟันเทียมเบิกได้ ซี่ละ 16,000 บาท ไม่ เกินรายละ 2 ซี่	เข้ารับบริการในหน่วย บริการที่ลงทะเบียน ครอบคลุมอยู่ในเหมา จ่ายรายหัว
8. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย (การฟอกเลือด) ³	- ไม่เกิน 2,000 บาท/ครั้ง ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อ สัปดาห์ - ค่าวางสายเบิกตามรหัส อุปกรณ์ของ กรมบัญชีกลางและค่า ผ่าตัดจากระบบ DRG	- ไม่เกิน 1,500 บาท/ ครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท/สัปดาห์ - ผู้ป่วยไตวายก่อนเข้า ประกันสังคม ได้รับ ไม่เกิน 1,000 บาท/ ครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท/สัปดาห์ - ค่าวางสายไม่เกิน 20,000 บาท/ราย/2 ปี	- ได้รับ 1,500/1,700 บาท/ครั้ง ตามสภาพ ผู้ป่วย และไม่จำกัด จำนวนครั้งต่อ สัปดาห์ - ค่าวางสาย เบิกตาม ประเภทและอัตราปี ตามคู่มือ

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ	ไม่มี	ไม่มี	มีเงินช่วยเหลือ

หมายเหตุ : ¹ มาตรา 38 พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533

² แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการจ่ายชดเชยนอกบัญชีหลักแห่งชาติ เพราะเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว

³ แนวทางปฏิบัติเพื่อดำเนินการตามนโยบายบูรณาการ 3 กองทุน

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

หากพิจารณาสหสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล กรณีสิทธิการคลอดบุตร ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม สามารถเบิกจ่ายใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายได้ 13,000 บาทต่อครั้ง และได้ไม่เกิน 2 ครั้ง นอกจากค่าคลอดบุตรแล้ว ผู้ประกันตนยังจะได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน ส่วนสิทธิการคลอดบุตรของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการเบิกจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในด้วยระบบ DRG และใช้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้งเช่นกัน แต่สิทธิในการคลอดบุตรของระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายได้ตามจริง ไม่ว่าจะเป็นตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตร รวมถึงการดูแลหลังคลอดบุตร สิทธิในการรักษาสุขภาพของช่องปากก็มีความแตกต่างกัน ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมสามารถใช้สิทธิในการรักษาได้ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนหรือคลินิกทันตกรรม แต่การบริการการรักษาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเข้าไปรับบริการในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเท่านั้น

แม้ในปัจจุบันจะมีการแข่งขันในเรื่องการให้สิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมระหว่าง 3 กองทุนมีการจัดทำนโยบายลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนสุขภาพ โดยมีการดำเนินการบูรณาการ 3 กองทุน และกองทุนประกันสังคมเองก็มีความพยายามที่จะเพิ่มสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้ประกันตน หากแต่สิทธิประโยชน์ที่ได้รับก็ยังมีความแตกต่างกัน เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย¹⁸ (ตารางที่ 3.11 ด้านบน) ในระบบประกันสังคมผู้ป่วยไตวายสามารถเข้ารับบริการฟอกเลือดได้แต่ต้องอยู่ในวงเงิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถใช้สิทธิได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ เป็นต้น

¹⁸ แนวทางการปฏิบัติเพื่อดำเนินการตามนโยบายบูรณาการ 3 กองทุน

สรุปโดยภาพรวมแล้ว ถ้าไม่พิจารณาสีทธิประโยชน์ของสวัสดิการข้าราชการ จะเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิประโยชน์ที่ดีกว่าระบบประกันสังคม ทั้งขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครองที่สะดวกต่อผู้รับบริการมากกว่า มีสิทธิประโยชน์ที่มากกว่า และมีการบริหารจัดการเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม การเรียกร้องของผู้ประกันตนภายใต้กองทุนประกันสังคมทำให้ สปส. ต้องเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลให้ทัดเทียมกับสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ แรงกดดันของการ “แข่งขัน” ระหว่างกองทุนทำให้ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่างสองกองทุนดังกล่าวมีน้อยลง

3.3.3 ความสิ้นเปลืองของต้นทุนในการบริหารจัดการของผู้ให้บริการ

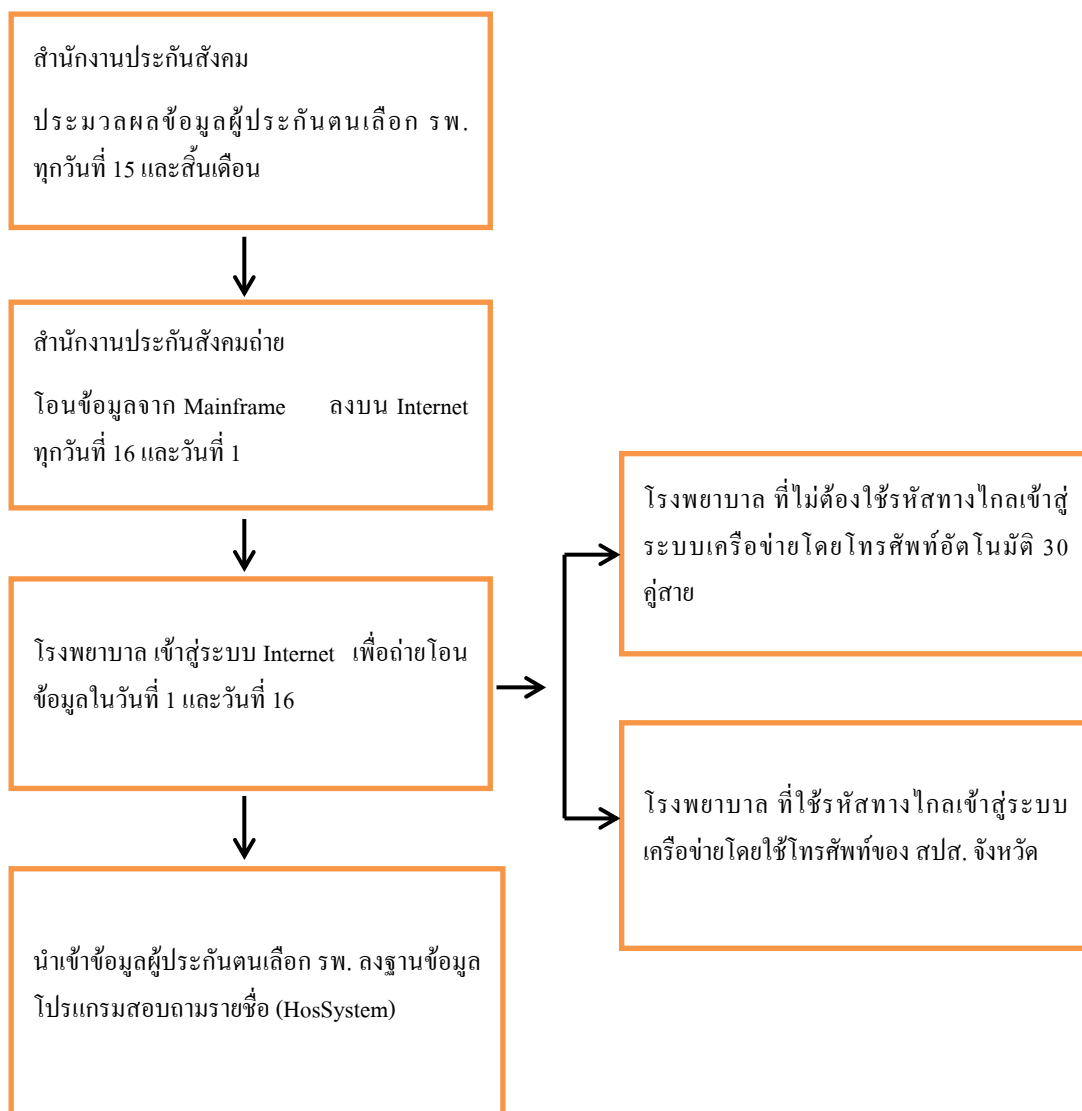
เนื่องจากประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย และบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพในแบบที่แตกต่างกัน ดังนั้น การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้สิทธิในแต่ละกองทุนย่อมมีความแตกต่างกันในแต่ละองค์กรที่ดูแลบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งขั้นตอนในการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลก็มีความแตกต่างกัน ดังนี้

1. การไหลเวียนข้อมูลระบบประกันสังคม¹⁹

สำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลที่ให้บริการในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนจะเชื่อมโยงระบบคอมพิวเตอร์เพื่อถ่ายโอนรายชื่อผู้ประกันตนเป็นสมาชิกของสถานพยาบาล โดยจะดำเนินการเดือนละ 2 ครั้ง โดยผู้ประกันตนมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลสำหรับการใช้บริการ และสถานพยาบาลจะต้องจัดทำข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนเป็นรายเดือนด้วยโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกันสังคม (SSData) ส่งให้สำนักงานประกันสังคมเพื่อนำเข้าข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของสำนักงานประกันสังคม โดยข้อมูลดังกล่าวจะนำมาใช้คำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ และภาวะเสี่ยงของผู้ประกันตนเพื่อการคำนวณค่าใช้จ่ายเงินค่าบริการทางแพทย์เพิ่มให้สถานพยาบาลนอกเหนือจากระบบเหมาจ่าย ตามขั้นตอนดังรูปที่ 3.15 และ 3.16 ด้านล่าง

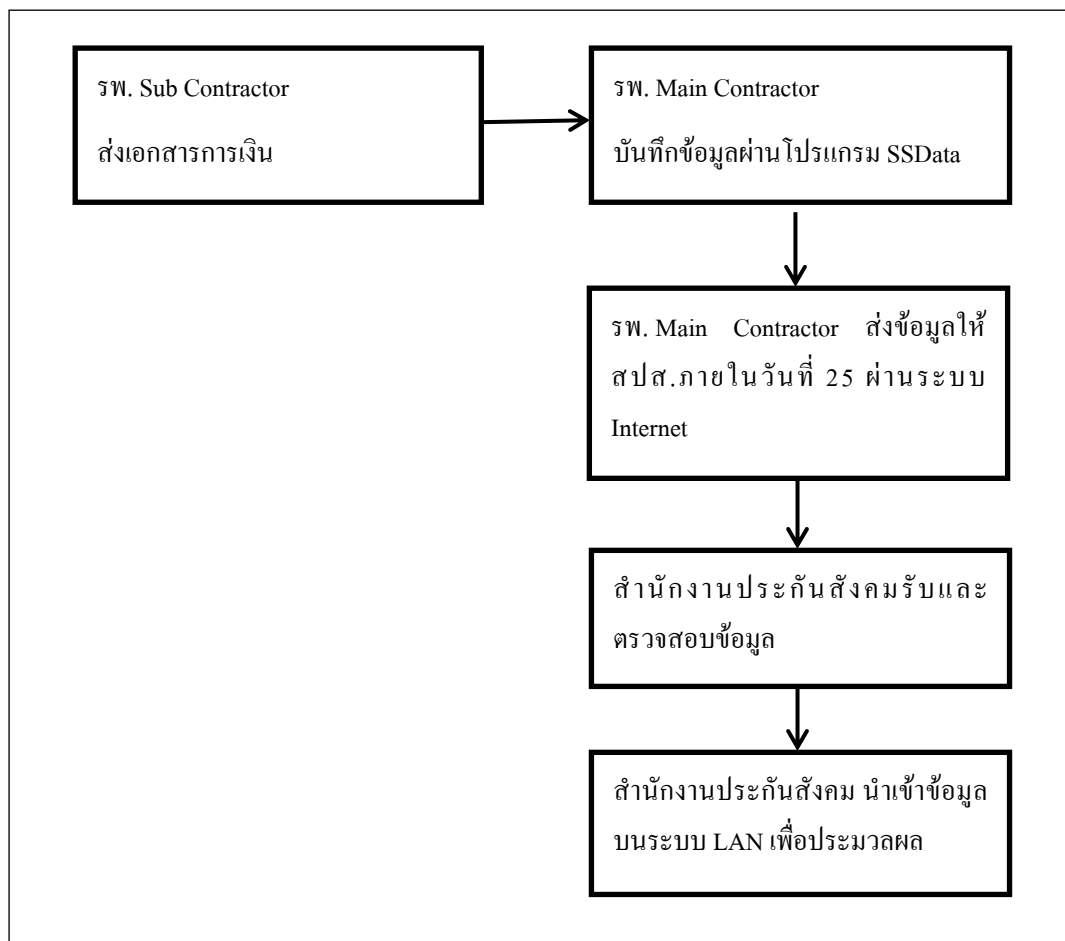
¹⁹ รายงานการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลผู้มารับบริการรักษาพยาบาล
(<http://www.scribd.com/doc/14181301/โครงสร้างฐานข้อมูลระบบประกันสุขภาพ>)

รูปที่ 3.15 การถ่ายโอนข้อมูลผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลของระบบประกันสังคม



ที่มา : รายงานการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลผู้มารับบริการรักษาพยาบาล

รูปที่ 3.16 การส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน



ที่มา : รายงานการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลผู้มารับบริการรักษาพยาบาล

2. การไหลเวียนข้อมูลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ²⁰

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดแผนการบริหารค่าใช้จ่ายการรักษาผู้ป่วยในระบบโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของ DRG เป็นเกณฑ์ในการคำนวณค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาล โดย สปสช.ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดำเนินการรับ – ส่งข้อมูลกับโรงพยาบาลตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วย

โดยทางโรงพยาบาลจะจัดส่งข้อมูลผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพให้แก่ สปสช. ใน 2 รูปแบบ คือ

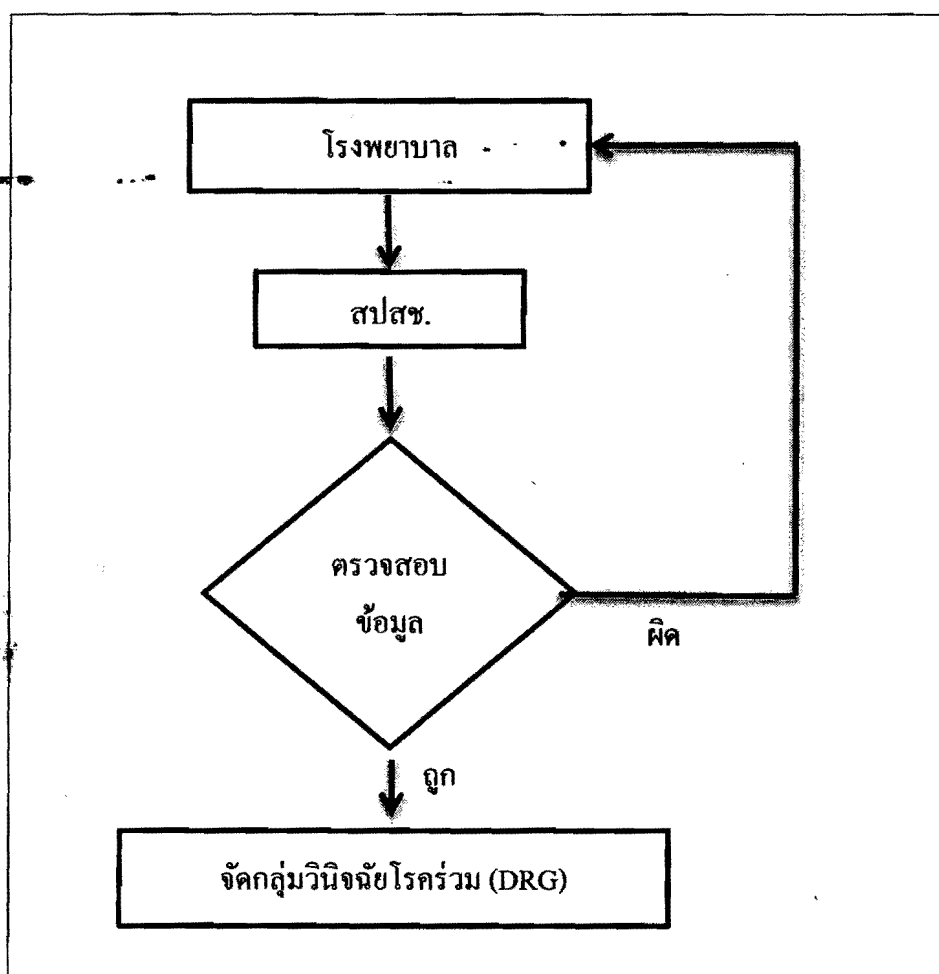
²⁰ รายงานการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลผู้มารับบริการรักษาพยาบาล (<http://www.scribd.com/doc/14181301/โครงสร้างฐานข้อมูลระบบประกันสุขภาพ>)

1. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการจัดการฐานข้อมูล สามารถถ่ายโอนข้อมูลจากฐานข้อมูล ผู้มารับบริการบางส่วน of โรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลทั้งหมดผ่านโปรแกรม NHSO โดย Web service

2. โรงพยาบาลที่ไม่สามารถถ่ายโอนข้อมูลจากฐานข้อมูล of โรงพยาบาล จะบันทึกข้อมูล ผู้มารับบริการทั้งหมดผ่านโปรแกรม NHSO โดย Web service

เมื่อ สปสช. ได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาล จะทำการตรวจสอบข้อมูล หากการตรวจสอบมีข้อผิดพลาด จะส่งข้อมูลกลับให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งให้ทำการปรับแก้ และส่งคืนข้อมูลดังกล่าวกลับมายัง สปสช. เพื่อนำมาจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมและดำเนินการต่อไป ดังรูปที่ 3.17

รูปที่ 3.17 การไหลเวียนข้อมูลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

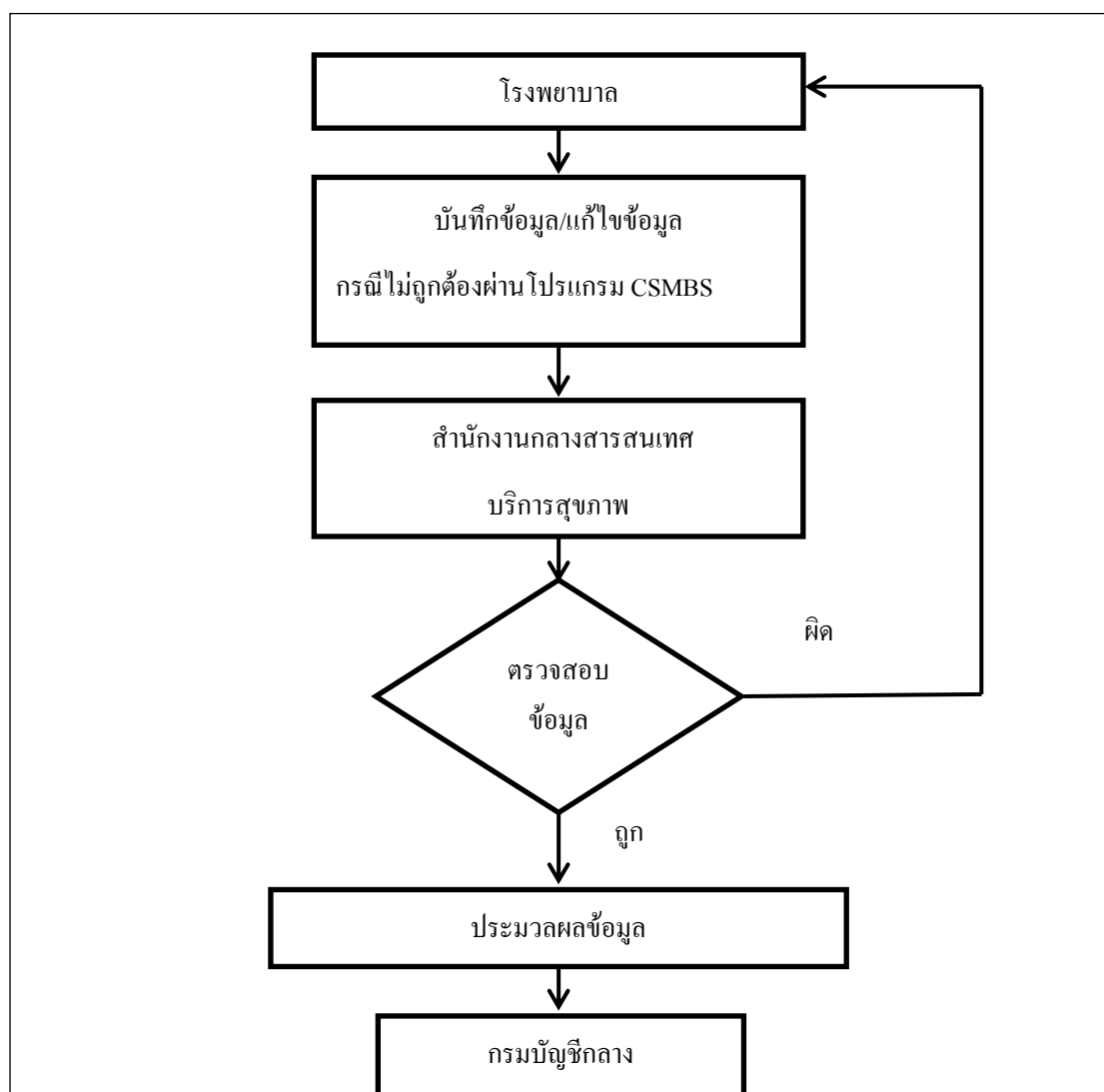


ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

3. การไหลเวียนข้อมูลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ²¹

กรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานหลักในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยร่วมมือกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.) ในการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบ และประมวลผลทางอิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบข้อมูลและการจัดส่งข้อมูลมีลักษณะที่คล้ายกับข้อมูลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก สปสช. เคยร่วมมือกับ สภส. ในการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ก่อนที่จะมีการดำเนินการเอง โดยมีขั้นตอนดังรูปที่ 3.18

รูปที่ 3.18 การไหลเวียนข้อมูลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



ที่มา : รายงานการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลผู้มารับบริการรักษายาบาล

²¹ รายงานการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลผู้มารับบริการรักษายาบาล (<http://www.scribd.com/doc/14181301/โครงสร้างฐานข้อมูลระบบประกันสุขภาพ>)

จากกระบวนการจัดเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนส่งผลให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ให้บริการในการรักษาพยาบาลประสบปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลและบริการจัดการฐานข้อมูล ทั้งยังเป็นภาระของสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปที่แต่ละกองทุนใช้ในการจัดเก็บข้อมูลมีโครงสร้างข้อมูลแตกต่างกัน ดังนั้น ควรมีการบูรณาการฐานข้อมูลประกันสุขภาพของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันเพื่อให้เกิดความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านข้อมูลของทั้งสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์หรือแม้แต่หน่วยงานที่ดูแลบริหารจัดการทั้ง 3 กองทุน

บทที่ 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อสรุป

การศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างและระบบการอภิบาลของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในต่างประเทศในบทที่ 2 และของประเทศไทยในบทที่ 3 ซึ่งมีการวิเคราะห์ทั้งภาพรวม และรายละเอียดของระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ อันได้แก่ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คณะผู้วิจัยมีข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

ประการแรก ในเชิงโครงสร้าง การมีระบบหรือกองทุนสุขภาพหลายกองทุนมิได้เป็นประเด็นปัญหา ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในบทที่ 2 ว่า หลายประเทศมีกองทุนสุขภาพมากกว่า 1 กองทุน ประเด็นปัญหา คือ กองทุนเหล่านี้อยู่ภายใต้การกำกับของหน่วยงานเดียวหรือไม่ การศึกษาตัวอย่างในต่างประเทศ พบว่า การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงเดียวทุกกรณี ทำให้การบริหารจัดการมีเอกภาพ ต่างจากประเทศไทยที่มีระบบประกันสุขภาพสามระบบซึ่งอยู่ภายใต้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงที่ต่างกัน 3 กระทรวง อันได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน ทำให้เกิดปัญหาความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการ และความลักลั่นของสิทธิประโยชน์และการะเบีย้ประกัน

ประการที่สอง รูปแบบของการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบแตกต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะของกองทุน ในขณะที่อีก 2 ระบบใช้เงินจากงบประมาณของประเทศโดยตรง ซึ่งต่างจากกรณีศึกษาในต่างประเทศที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอิงกับระบบประกันสังคม ได้แก่ เยอรมนี ฝรั่งเศส และญี่ปุ่น ในประเทศเหล่านี้ กองทุนประกันสุขภาพทุกกองทุนจะดำเนินการภายใต้ระบบประกันสังคมซึ่งลูกจ้างและนายจ้างร่วมจ่าย โดยเฉลี่ยแล้วร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมจะมาจากระบบประกันสังคม เพียงส่วนน้อย คือ ร้อยละ 10 มาจากงบประมาณของภาครัฐที่ให้การอุดหนุนกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่ไม่มียาได้ เช่น ผู้เกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น โดยการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐนั้นจะดำเนินการผ่านระบบกองทุนประกันสังคมมิได้เป็นการดำเนินการแบบแยกส่วนดังเช่นในประเทศไทย

นอกจากนี้แล้ว วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ต่างกัน ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว

(capitation) ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สถานพยาบาลของภาครัฐเบิกจ่ายตามจริง (fee for service) ในต่างประเทศที่มีการศึกษา กองทุนประกันสุขภาพทุกกองทุนจะใช้ระบบเบิกจ่ายตามจริงโดยทั้งสิ้น การมีระบบประกันสุขภาพที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายที่ต่างกันทำให้คุณภาพในการรักษายาบาล และการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน

ประการที่สาม ในเชิงความเท่าเทียมกัน (equity) ของบริการรักษายาบาลนั้น สืบเนื่องจากการที่กองทุนสุขภาพในประเทศไทยทั้ง 3 กองทุนมีรูปแบบที่ต่างกันและภายใต้การดูแลของกระทรวงที่ต่างกัน ทำให้เกิดความ “เหลื่อมล้ำ” ของสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษายาบาลระหว่างกองทุนในหลายมิติ เช่น

(1) ภาระค่าเบี้ยประกันที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่าย โดยร่วมจ่ายกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการไม่มีภาระค่าใช้จ่ายในการเป็นสมาชิกระบบสวัสดิการรักษายาบาล ทำให้สิทธิในการได้รับการรักษายาบาลมีลักษณะที่เป็นสวัสดิการมากกว่าสิทธิจากการทำประกันสุขภาพตามชื่อที่เรียก ในขณะที่ผู้ที่เป็นลูกจ้างภาคเอกชนต้องจ่ายเงินสมทบเดือนละ 75 บาท ในขณะที่ผู้ที่มิใช่ลูกจ้างเอกชนและข้าราชการจะอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด และรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายแต่ผู้เดียว

ความแตกต่างของภาระค่าเบี้ยประกันทำให้กลุ่มลูกจ้างบริษัทเอกชนมีความรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับความเป็นธรรม เนื่องจากเป็นคนกลุ่มน้อยที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการได้รับสิทธิในการรักษายาบาล ในต่างประเทศแม้จะมีการเก็บเบี้ยประกันจากผู้ที่เป็นลูกจ้างภาคเอกชนภายใต้ระบบประกันสังคมเช่นกัน หากแต่แรงงานส่วนมากอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมและสิทธิในการรักษายาบาลของระบบประกันสังคมยังครอบคลุมคนในครอบครัว ต่างจากประเทศไทยที่มีสมาชิกประกันสังคมเพียง 10 ล้านคน จากจำนวนแรงงานทั้งหมดประมาณ 38 ล้านคน และจากประชากรทั้งหมด 65 ล้านคน เนื่องจากแรงงานจำนวนมากเป็นแรงงานนอกระบบและประกันสังคมไม่ได้ให้สิทธิในการรักษายาบาลแก่ครอบครัว นอกจากนี้ ระบบประกันสังคมของไทยยังมีลักษณะที่แตกต่างจากประเทศอื่น คือ ไม่ให้ความคุ้มครองหลังอายุ 55 ปี ทำให้ต้องมีระบบหลักประกันสุขภาพรองรับ

กรณีศึกษาต่างประเทศ การจัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพของภาครัฐจะใช้หลักเกณฑ์เดียวสำหรับทุกกองทุน คือ เก็บตามรายได้ (income tax) หรือเงินเดือนหัก ณ ที่จ่าย (payroll tax) ผู้ที่มีรายได้น้อยก็เสียน้อย ผู้ที่ไม่มีรายได้ก็ไม่ต้องเสียค่าเบี้ยประกัน โดยรัฐจะเข้ามาให้การอุดหนุนแทนกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการเอาประกันที่แตกต่างจากผู้ที่เป็นลูกจ้างบริษัทเอกชนเนื่องจากไม่มีนายจ้างจ่ายสมทบ แต่ในบางประเทศ รัฐจะเข้ามาช่วยอุดหนุนเพื่อมิให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างการประกอบอาชีพ

(2) สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ได้ผู้ประกันตนในแต่ละกลุ่มก็ยังคงแตกต่างกัน เช่น การเข้าถึงการรักษา ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริง ในขณะที่อีก 2 ระบบนั้นต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ ในส่วนของการรักษาพยาบาลนั้นก็ต่างกัน ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพของข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น

ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์สืบเนื่องมาจากทั้ง 3 ระบบมีหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานสำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการ คณะกรรมการการแพทย์สำหรับระบบประกันสังคม และคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องเสนอข้อคิดเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาอีกชั้นหนึ่ง

(3) คุณภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริง กับ ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามโรค อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน

ประการที่สี่ ในเชิงประสิทธิภาพ (efficiency) การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนที่สูงสำหรับผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่าย (payer) ในมิติของผู้ให้บริการ การมีระบบประกันทั้งสามระบบทำให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นปัญหา เนื่องจากแต่ละกองทุนมีวิธีการ และ เอกสารที่ต้องใช้ที่แตกต่างกัน เช่น การเก็บข้อมูลในการรักษาพยาบาล ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้โปรแกรม NHSO สำนักงานประกันสังคมใช้โปรแกรม SSdata และกรมบัญชีกลางใช้โปรแกรม CSMBS ทำให้ฐานข้อมูลไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น

ในมิติของผู้จ่ายหรือผู้ที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลซึ่งหมายถึงภาครัฐนั้น การมีระบบประกันสุขภาพที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (Clinical audit) เป็นต้น

4.2 ข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health care) หากแต่เป็นระบบที่ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุน ทั้งของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนแรงงานต่างด้าว และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมารัฐบาลในแต่ละยุคสมัยล้วนมีนโยบายที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนเหล่านี้ ด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งคณะกรรมการร่วมสามกองทุนที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน การจัดทำข้อเสนอที่จะขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ และครอบครัวของลูกจ้าง หรือข้อเสนอที่จะบูรรวมสวัสดิการในการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนประกันสังคมเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะผู้วิจัยเห็นว่า ประเทศไทยควรมีแนวนโยบายที่ชัดเจนว่า โครงสร้างของระบบประกันสุขภาพที่พึงปรารถนาในอนาคตนั้นเป็นอย่างไร เพื่อที่จะสามารถจัดทำแผนการดำเนินการ (road map) ไปสู่เป้าหมายดังกล่าวได้

ประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ทั้งในมิติของโครงสร้างและระบบอภิบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อที่จะ (1) เพิ่มประสิทธิภาพ และลดต้นทุนในการบริหารจัดการ และ (2) ลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของผู้ประกันตนในแต่ละกองทุน เพื่อที่จะบรรลุเป้าประสงค์ทั้งสองดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศไทยสามารถแบ่งเป็นสามส่วนได้แก่

(1) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างระบบประกันสุขภาพ ซึ่งหมายถึง โครงสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบประกันสุขภาพ วิธีการบริหารจัดการด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนวิธีการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนสามกองทุน

(2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบอภิบาลของระบบประกันสุขภาพในภาพรวม และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับและบริหารจัดการ

(3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาทของภาคเอกชน

4.2.1 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างระบบประกันสุขภาพ

ประการแรก ประเทศไทยจำเป็นต้องเลือกว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศที่พึงปรารถนาจะเป็นระบบที่อิงกับระบบประกันสังคม (ได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมนี และญี่ปุ่น) ซึ่งมักเป็นระบบ multipayer หรือที่ไม่อิงกับระบบประกันสังคมโดยการใช้งบประมาณของประเทศ ซึ่งเป็น

ระบบ single-payer (เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย เป็นต้น) คณะผู้วิจัยเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพหลักของไทยในอนาคตควรเป็นระบบที่ใช้งบประมาณของประเทศ เนื่องจากเหตุผลหลายข้อ

1) ภายใต้อโครงสร้างแรงงานของประเทศที่มีผู้ประกอบอาชีพในภาคการเกษตรประมาณร้อยละ 40 ของแรงงานทั้งหมด รวมทั้งผู้ประกอบอาชีพนอกระบบอีกจำนวนมาก ระบบประกันสังคมอาจไม่เหมาะสมนักเพราะไม่ครอบคลุมแรงงานจำนวนมาก ดังนั้น ในปัจจุบันการมีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมจำนวนแรงงานเพียง 10.3 ล้านคน หรือเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของแรงงานทั้งหมดแม้จะมีการขยายกรอบให้ธุรกิจที่มีลูกจ้างเพียงคนเดียวก็ต้องเข้าระบบประกันสังคม 2) ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระที่ไม่เคยเป็นลูกจ้างและส่งเงินสมทบติดต่อกัน 12 เดือนหรือผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ก็จะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลเหมือนกับผู้ประกันตนมาตรา 33 และ 39 3) กองทุนสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมขาดความมั่นคงทางการเงิน เนื่องจากค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้ทัดเทียมกับกองทุนสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่อัตราการจ่ายเงินสมทบและอัตราเพดานของเงินเดือนที่ใช้คำนวณเงินสมทบถูกจำกัด ปรับเปลี่ยนได้ยาก ในขณะเดียวกันรัฐค้างจ่ายเงินสมทบตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 จวบจนปี พ.ศ. 2555 ประมาณ 5 หมื่นล้านบาท ทำให้กองทุนอาจติดลบในระยะเวลาอันใกล้ 4) ระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมสร้างภาระต้นทุนเงินสมทบให้แก่ผู้ประกอบการทำให้ขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคธุรกิจที่ต้องส่งออกถดถอย และ 5) ระบบประกันสังคมให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกเฉพาะช่วงเวลาที่ยังไม่เกษียณอายุการทำงานเท่านั้น ทำให้รัฐต้องมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมารองรับประชาชนจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นสมาชิกระบบประกันสังคม และผู้ที่เกษียณ การมี 2 ระบบที่คู่ขนานกันไปทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากรัฐ และเกิดต้นทุนในการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน

ประการที่สอง ในประเด็นของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรมีการโอนย้ายภารกิจในการกำหนดนโยบาย และในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบให้อยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน ซึ่งควรเป็นกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของภาครัฐเป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ และเพื่อที่จะให้ความรับผิดชอบต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความชัดเจน องค์กรใดก็ตามเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีสถานภาพที่เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (service provider) จากการที่มีโรงพยาบาล และสถานอนามัยที่อยู่ในสังกัดจำนวนมาก หน่วยงานที่เข้ามาบริหารจัดการและกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศ จึงควรเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข แม้จะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า โครงสร้างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปัจจุบันนั้นเป็นรูปแบบของหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระดังกล่าว แม้ สปสช. จะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่คณะกรรมการ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่เป็นตัวแทนกลุ่ม เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ แรงงาน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ฯลฯ จำนวนมาก ทำให้ทิศทางในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้ถูกรอบงำโดยการเมืองหรือข้าราชการประจำ และสามารถสะท้อนความต้องการของประชาชนจากหลายภาคส่วน นอกจากนี้ การที่กฎหมายกำหนดให้ สปสช. สามารถของบประมาณเพื่อค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานได้โดยตรงจากคณะรัฐมนตรี ทำให้องค์กรมีความเป็นอิสระทางการเงินจากกระทรวงสาธารณสุข

ประการที่สาม ในประเด็นของการรวบรวมกองทุนนั้น หากรัฐเห็นว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศควรเดินไปในทิศทางที่ไม่อิงกับระบบประกันสังคม ก็ควรมีการโอนย้ายงานด้านสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมมาอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภายใต้ระบบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

คณะผู้วิจัยเห็นว่า การรวบรวม 2 กองทุนดังกล่าวในมิติของสิทธิประโยชน์ไม่น่าจะเป็นปัญหาเนื่องจากสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระหว่างสองกองทุนนี้แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมอาจเสนอสิทธิพิเศษแก่สมาชิกที่เพิ่มไปจากสิทธิพื้นฐานในการรักษาพยาบาลในลักษณะที่คล้ายคลึงกับในต่างประเทศที่เรียกว่า “add on” เพื่อที่จะมิให้สิทธิพิเศษดังกล่าวไม่นำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกัน และไม่นำไปสู่การแย่งชิงทรัพยากรในการรักษาพยาบาลของภาครัฐที่มีจำกัด สิทธิพิเศษดังกล่าว จะต้องไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกรณีของการเจ็บป่วยปกติ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สิทธิพิเศษดังกล่าว หมายถึง การได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีที่ลาป่วย การใช้บริการตรวจสุขภาพและคัดแหว่น การใช้นายกอบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการใช้สถานพยาบาลเอกชน สิทธิพิเศษเหล่านี้สามารถคำนวณเป็นค่าเบี้ยประกันที่ สปส. สามารถเรียกเก็บจากสมาชิก

อนึ่ง ในกรณีที่มีการโอนย้ายภารกิจด้านสุขภาพจากสำนักงานประกันสังคมไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องมีการโอนย้าย เงินกองทุนในส่วนของสุขภาพจาก

ประกันสังคม ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2554 มีเงินกองทุนที่ดูแลผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วย ตาย ทุพพลภาพ คลอดบุตร เป็นวงเงิน 67,476.61 ล้านบาท²²

สำหรับระบบสวัสดิการของภาครัฐ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าในระยะสั้นยังไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เพราะระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นระบบจ่ายตามจริงต่างจากอีกสองกองทุน ซึ่งเป็น การเหมาจ่ายรายหัวทำให้การควบคุมมีความซับซ้อนและมีความอ่อนไหวสูง เนื่องจากข้าราชการ มองว่าสิทธิในการเลือกสถานที่ในการรักษายาบาลได้ทั่วประเทศ (เรียกสั้นๆ ว่า เป็นสิทธิใน การทำ “โรมมิ่ง” ดังเช่นในกรณีของบริการโทรศัพท์เคลื่อนที่) เป็นสิทธิที่เหนือกว่าอีก 2 ระบบนั้น เป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการในการทำงานซึ่งไม่ควรถูกรีดรอน

อย่างไรก็ดี คณะผู้วิจัยเห็นว่า รัฐควรมีแผนการที่จะลดช่องว่างของสิทธิประโยชน์ระหว่าง ระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสุขภาพอีก 2 ระบบโดยการดำเนินการเพื่อยุบเลิก ระบบสวัสดิการข้าราชการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

(1) กำหนดให้ข้าราชการที่บรรจุใหม่ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หรือ ระบบประกันสังคมแห่งชาติ แต่ว่าระบบใดจะเป็นระบบหลักของประเทศ) โดยให้ค่าชดเชยเป็นเงิน เพิ่มรายปีที่คำนวณจากส่วนต่างของค่าใช้จ่ายของระบบจ่ายตามจริงกับเหมาจ่ายรายหัว ตามข้อมูล เชิงประจักษ์ เช่น ในระบบปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายประมาณ 2,700 บาทต่อหัว ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงถึงประมาณ 12,000 บาทต่อหัว ส่วนต่าง 9,300 บาท อาจตีเป็นมูลค่าของการได้รับสิทธิพิเศษภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นต้น อนึ่ง ค่าใช้จ่ายต่อหัวของข้าราชการอาจสูงเกินควร เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายยาที่ไม่ เหมาะสม หากมีการปรับแก้ปัญหาดังกล่าว อาจนำส่วนต่าง (ที่ลดลง) มาคำนวณเป็นเงินเพิ่มให้แก่ ข้าราชการที่ได้รับการบรรจุใหม่ หรือข้าราชการเดิมที่สมัครใจที่จะไปใช้ระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติโดยแลกส่วนต่างดังกล่าวเป็นเงินเพิ่มพิเศษ

(2) ในช่วงเปลี่ยนผ่าน กระทรวงสาธารณสุขสามารถลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับอีกระบบประกันสุขภาพของภาครัฐอีกสองระบบ โดย การ (ก) ปรับอัตราค่าบริการจ่ายค่ารักษายาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เท่ากัน และ (ข) ปรับปรุงอัตราค่าบริการจ่ายยาของกรมบัญชีกลางเพื่อให้สถานพยาบาลไม่มีแรงจูงใจที่จะจ่ายยา ราคาแพง เนื่องจากการเบิกจ่ายยามักถูกมองว่าเป็นสิทธิพิเศษสำหรับข้าราชการ แต่ในความเป็น จริงแล้ว สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวกับยาภายใต้ระบบสวัสดิการข้าราชการกับระบบหลักประกันสุขภาพ

²² ที่มา : รายงานประจำปี 2554 สำนักงานประกันสังคม

แห่งชาติมิได้แตกต่างกัน เพราะต่างก็มีเงื่อนไขว่าต้องใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ยกเว้น กรณีที่มีความจำเป็น แต่วิธีการกำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง กอปรกับความ หละหลวมในการตรวจสอบการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจใน การสั่งจ่ายยาต้นแบบที่มีราคาสูงเพื่อทำกำไร

ประการที่สี่ ในประเด็นของวิธีการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาล คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ประเทศไทยควรที่จะคงรักษาระบบเหมาจ่ายรายหัวเพื่อที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในอนาคต แต่ต้องปรับปรุงให้การเบิกจ่ายมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น การนำ ระบบการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาเสริมระบบการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษาโรค เรื้อรัง หรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เป็นต้น

ประการที่ห้า ในส่วนของระบบการคลัง หากมีการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม ประกันสังคมในส่วนของสุขภาพ รัฐอาจพิจารณาจัดเก็บ “ภาษีสุขภาพ” เพื่อที่จะให้มีแหล่งเงิน สำหรับอุดหนุนบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แน่นอน คณะผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการกำหนด ฐานภาษีในการจัดเก็บภาษีสุขภาพดังกล่าวที่กว้าง เนื่องจากประเทศไทยมีแรงงานในระบบน้อย และมีจำนวนผู้จ่ายภาษีรายได้บุคคลธรรมดาไม่กรำย การเก็บภาษีหัก ณ ที่จ่ายจากเงินเดือน หรือ จากภาษีรายได้บุคคลธรรมดาจึงไม่เหมาะสม

ผลการสำรวจภาวะการจ้างงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้มีเงินเดือน หมายถึงแรงงานในระบบเพียง 14.7 ล้านคน ในขณะที่มีแรงงานนอกระบบถึง 24.6 ล้านคน หรือร้อยละ 63 ของแรงงานทั้งหมดในปี พ.ศ. 2554 จึงไม่เป็นธรรมที่จะให้คนเพียง 15 ล้านคนแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนทั้งประเทศกว่า 60 ล้านคน ใน ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยของ ดร.ปิ่น อ้นนอภบุตร เศรษฐกร สำนักงานเศรษฐกิจการคลังเรื่อง “การปฏิรูประบบภาษี เพื่อสังคมไทยเสมอหน้า” แสดงว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้จ่ายภาษีรายได้บุคคล ธรรมดาเพียง 2.7 ล้านราย แสดงว่า ฐานภาษีรายได้บุคคลธรรมดาของไทยแคบเกินไปที่จะมา อุดหนุนระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

ประเทศไทยอาจพิจารณาแนวทางที่ประเทศฝรั่งเศสใช้ คือ การเก็บจากภาษีที่หลากหลาย รวมถึงภาษีหัก ณ ที่จ่าย ภาษีรายได้นิติบุคคล (เนื่องจากธุรกิจจำนวนมากใช้บริการของแรงงาน นอกระบบ เช่น ธุรกิจก่อสร้าง ภาษีทรัพย์สิน ภาษีสรรพสามิต เป็นต้น เพื่อที่จะกระจายภาระ ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในวงกว้าง

4.2.2 ข้อเสนอแนะนโยบาย

การมีโครงสร้างในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่ดี มิได้เป็นหลักประกันว่าจะ ส่งผลให้มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ หากระบบการอภิบาลของหน่วยงาน

หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องไม่เอื้อ โดยทั่วไปแล้วระบบอภิบาลขององค์กรที่ดี ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจจะต้องมีความรับผิดชอบต่อผลงานขององค์กร (accountability) หมายถึง องค์กรจะต้องมีระบบการประเมินผลงานที่ดี รวมทั้งมีการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อสาธารณะ เพื่อที่จะให้บุคคลภายนอกสามารถตรวจสอบการดำเนินงานได้อย่างโปร่งใส

ระบบการอภิบาลที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้สามารถแยกได้เป็น 3 ส่วน คือ

1. ระบบการอภิบาลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ระบบการอภิบาลของหน่วยงานกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพ และ
3. ระบบอภิบาลของสถานพยาบาลของรัฐ

4.2.2.1 ระบบอภิบาลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพไทยทั้ง 3 กองทุน มีกรอบความรับผิดชอบทางการคลังที่จำกัด โดยเฉพาะในส่วนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ใช้งบประมาณกลางเป็นหลัก ทำให้ไม่มีผู้ที่รับผิดชอบต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย เนื่องจากกรมบัญชีมามีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับระบบดังกล่าว แต่เป็นเพียงผู้ที่ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลตามกฎหมายเท่านั้น ทำให้การใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขาดความรับผิดชอบทางการคลังเป็นผลทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าระบบอื่นๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบจ่ายตามจริง ทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายทำได้ยากกว่าในกรณีของระบบเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ งบประมาณที่นำมาใช้จ่ายสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาจาก “งบกลาง” มีงบประมาณที่จัดสรรให้กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง ทำให้ไม่มีกระทรวงหรือหน่วยงานใดที่ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

สำหรับระบบประกันสังคม เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสมาชิกเบิกจ่ายโดยตรงจากกองทุนประกันสังคม จึงมีการตรวจสอบการเบิกจ่ายโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ไม่มีการตรวจสอบโดยฝ่ายบริหารหรือนิติบัญญัติเนื่องจากไม่ต้องของบประมาณจากรัฐ

ในส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องทำเรื่องของบประมาณจากรัฐสภาทุกปี จึงต้องมีการศึกษา วิเคราะห์ และประมาณการต้นทุนในการให้บริการรักษายาบาลในรายละเอียด โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการเพิ่มอัตราการเบิกจ่ายรายหัวต้องได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี ทำให้มีกลไกในการผลักดันให้เกิดความรับผิดชอบด้านการคลังในระดับหนึ่ง

เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพของไทยโดยรวมมีความรับผิดชอบด้านการคลังมากขึ้น คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอดังต่อไปนี้

(1) ควรมีหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบต่อการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อที่จะมีผู้รับผิดชอบด้านการคลังที่ชัดเจน หน่วยงานดังกล่าวอาจเป็น สปสช. หากประเทศไทยต้องการที่จะให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในอนาคต หรือรัฐอาจพิจารณาที่จะจัดตั้งหน่วยงานใหม่ที่มีอำนาจทางกฎหมายในการกำกับดูแลกองทุนทั้งสามกองทุน หมายความว่า จะต้องมีการตรา พ.ร.บ. ในการจัดตั้งหน่วยงานดังกล่าว

(2) การตรวจสอบการใช้งบประมาณเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอในการที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหากผู้ให้บริการไม่ตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องแบกรับ ทั้งนี้ทุกประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบจ่ายตามจริง ผู้ป่วยมีภาระในการร่วมจ่ายค่ายา และค่ารักษาพยาบาลไม่มากนักน้อย เพื่อที่จะให้ผู้ที่ได้รับสิทธิมีความตระหนักถึงต้นทุนในการรักษาพยาบาล (ในประเทศที่มีการศึกษาทั้งหมด 5 ประเทศ ไม่มีการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว) คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า ควรมีระบบ “ภาษีสุขภาพ” มาใช้แทนการใช้งบประมาณกลาง เพื่อที่จะให้มีแหล่งเงินที่สามารถจัดสรรให้แก่บริการสุขภาพของประชาชนที่แน่นอน เนื่องจากเป็นบริการที่ต้องใช้งบประมาณของประเทศสูง (ปีละประมาณ 2 แสนล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555) นอกจากนี้ การมีภาษีสุขภาพยังช่วยให้ผู้เสียภาษีได้รับทราบถึงต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาลที่รัฐต้องแบกรับ มิฉะนั้น รัฐอาจโอนอ่อนผ่อนปรนต่อข้อเรียกร้องที่จะเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล และขาดแนวร่วม หากมีความจำเป็นที่จะต้องจำกัดสิทธิประโยชน์บางประการในการรักษาพยาบาลที่เห็นว่าไม่คุ้มค่า เช่น การถอนยาบางตัวออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูงและไม่มีผลในการรักษาโรคในเชิงประจักษ์ เป็นต้น ในขณะเดียวกัน การมีภาษีสุขภาพเป็นการสร้าง ‘เกราะ’ ด้านการคลังมิให้เกิดความเสี่ยงจากการที่รัฐบาลจะตัดงบประมาณที่จัดสรรให้แก่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่เกิดปัญหาทางด้านการคลังในอนาคต การเก็บภาษีเฉพาะดังกล่าวจะทำให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศมีแหล่งเงินที่ชัดเจน

(3) จัดตั้งหน่วยงานที่เข้ามาประเมินผลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบทั้งในด้านการเงินและคุณภาพของบริการ

ในปัจจุบันสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) มีหน้าที่ในการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานของรัฐทุกแห่ง ซึ่งรวมถึงกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก สตง. มีภารกิจที่ต้องตรวจสอบหน่วยงานภาครัฐจำนวนมาก จึงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างละเอียดถี่ถ้วน และการตรวจสอบของ สตง. ยังคงเน้นประเด็นของการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและขั้นตอนในการเบิกจ่าย (regulatory compliance audit) มากกว่าการตรวจสอบประสิทธิภาพของการเบิกจ่าย ซึ่งใช้หลักความคุ้มค่าในการใช้จ่าย (value for money) เพื่อที่จะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลระบบประกัน

สุขภาพมีความรับผิดชอบต่อผลงานของตน จะต้องมียางานผลการดำเนินงานที่มีข้อมูล รายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ในการให้คุณให้โทษแก่หน่วยงานและผู้บริหารของหน่วยงานได้ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า เพื่อให้มีการจัดทำการประเมินผลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ควรมีการดำเนินการดังนี้

หน่วยงานดังกล่าวจะมีการศึกษา วิเคราะห์ และประเมินความเหมาะสมของ ต้นทุนในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงต้นทุนในการรักษาพยาบาล และ ต้นทุนในการบริหารจัดการ ในการประเมินประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ จะต้องพิจารณาจาก ผลการดำเนินงานทั้งในด้านการเงินและด้านคุณภาพควบคู่กันไป เพราะความพยายามที่จะลด ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามเป้า อาจมีผลทำให้มีการลดทอนคุณภาพของ บริการได้

ในต่างประเทศ หน่วยงานนี้มักสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นองค์กรอิสระที่ขึ้นตรงกับรัฐสภา คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า รัฐสภาของไทยยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการกำกับหน่วยงาน ในลักษณะดังกล่าว ต่างจากสภาของสหรัฐอเมริกาที่มี MedPAC ทำหน้าที่ในการกำกับ ดูแล Medicare ในเรื่องงบประมาณ กลไกการเบิกจ่าย ผลการปฏิบัติงาน ผลกระทบของ การดำเนินการ และรายงานตรงต่อสภา คณะผู้วิจัยจึงเสนอให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบสังกัด กระทรวงสาธารณสุขต้องรายงานตรงไปที่คณะกรรมการการของรัฐสภาที่ดูแลประเด็นสาธารณสุข มีภาระหน้าที่ในการตรวจสอบรายงานผลการดำเนินงาน แต่ในกรณีที่ระบบประกันสุขภาพยังคงอยู่ ภายใต้อำนาจกระทรวงที่หลากหลาย หน่วยงานดังกล่าวควรสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อที่จะสามารถ กำกับควบคุมหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงต่างๆได้

ในกรณีที่หน่วยงานนี้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมียางานภาพเป็นองค์กรที่อิสระ จากกระทรวง เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในสังกัดทำให้มี ผลประโยชน์ที่ทับซ้อนดังที่ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ จึงไม่สมควรที่จะมีอำนาจในการกำกับการตรวจสอบ ในลักษณะเดียวกับ Care Quality Commission ในประเทศอังกฤษที่เป็นองค์กร รัฐบาลที่มีความเป็นอิสระหรือที่เรียกว่า Non-departmental Public Body ในกรณีของประเทศไทย นั้นมีทางเลือก 2 ทาง **ทางเลือกแรก** หน่วยงานนี้อาจมีสถานะภาพที่เป็นองค์กรมหาชน โดย โครงสร้างของกรรมการและผู้บริหารจะต้องมีความเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข หากแต่ จะต้องรายงานต่อทั้งกระทรวงสาธารณสุขและรัฐสภา อนึ่ง พ.ร.บ. องค์กรมหาชน พ.ศ. 2542 กำหนดให้รัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งประธานและกรรมการ และเปิดโอกาสให้องค์กรมหาชนสามารถ กำหนดกระบวนการ ขั้นตอนในการสรรหากรรมการ รวมทั้งวาระและคุณสมบัติได้เอง **ทางเลือกที่ สอง** หน่วยงานนี้อาจสังกัดสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสถานะภาพที่เป็นองค์กรมีความเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข และจากการเมืองในระดับหนึ่ง

คณะผู้วิจัยเห็นว่า กรรมการของหน่วยงานดังกล่าว อาจประกอบด้วย ตัวแทนจากกองทุน ประกันสุขภาพทั้ง 3 แห่ง กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอีก 4 ท่าน ประกอบด้วย บุคคลผู้มีความเชี่ยวชาญ ด้านระบบประกันสุขภาพ ในด้านการแพทย์ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ กฎหมายด้านสาธารณสุข นักบัญชีหรือการเงิน นักคณิตศาสตร์ประกันภัย อย่างละ 1 ท่าน และให้ผู้อำนวยการสำนักงาน ตรวจสอบฯ เป็นกรรมการ และเลขานุการ สำหรับประธานกรรมการอาจให้กรรมการเลือกตนเอง

(4) มีระบบแรงจูงใจที่โยงผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่ถูกประเมินเข้ากับงบประมาณ ที่จะได้รับอนุมัติในแต่ละปี

การประเมินผลงานเป็นปัจจัยที่จำเป็นในการสร้างระบบความรับผิดชอบของผู้บริหาร แต่ผลการประเมินไม่ได้ให้คุณให้โทษแก่ผู้บริหารหรือองค์กร การประเมินก็จะไร้ค่าในทางปฏิบัติ จากเหตุผลดังกล่าว จึงต้องมีการกำหนดระบบแรงจูงใจเพื่อสามารถกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความ พยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ หรือลดต้นทุนในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาล เช่น การเชื่อมโยงผลการดำเนินงานในภาพรวมกับ งบประมาณในการบริหารจัดการที่ได้รับการจัดสรร การจัดสรรเงินโบนัสที่หน่วยงานสามารถ นำมาใช้ในการพัฒนาทักษะของพนักงาน ในกรณีที่ผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นต้น

4.2.2.2 ระบบอภิบาลของหน่วยงานกำกับดูแล

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพใช้งบประมาณของภาครัฐและเงินกองทุนของระบบ ประกันสังคมรวมเป็นวงเงินเกือบ 200,000 บาทในแต่ละปี การบริหารจัดการจึงต้องมีความโปร่งใส ปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน การอภิบาลของหน่วยงานกำกับดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

โครงสร้างของคณะกรรมการที่เข้ามาดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความสำคัญ ในอังกฤษมีระบบประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข การคัดเลือกกรรมการ ของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS Board) ให้มีความสำคัญแก่ 3 ปัจจัย คือ ความเท่าเทียมกัน (equality) การมีส่วนร่วม (inclusion) และความหลากหลาย (diversity) ซึ่งหมายความว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการจะต้องให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลที่ หลากหลาย โดยมีตัวแทนของผู้ที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน (stakeholders) เช่น ตัวแทนกลุ่ม ผู้ให้บริการ ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย ตัวแทนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น มีความหลากหลายของเพศ วัย วิชาชีพ และความเชี่ยวชาญที่สำคัญในการกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพ เช่น ความเชี่ยวชาญด้าน กฎหมาย ด้านการเงิน ด้านการบริหารธุรกิจ ฯลฯ แต่ที่สำคัญคือ กรรมการทุกรายจะต้องมีประวัติใน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข หรือ สาธารณูปโภคพื้นฐาน

สำหรับประเทศที่ระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม โครงสร้างของกรรมการมักจะมีรูปแบบไตรภาคี ทั้งนี้ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization) ส่งเสริมให้มี “สังคมเสวนา (social dialogue)” ในการกำหนดนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคม การมีตัวแทนแบบไตรภาคีในการปฏิบัติหน้าที่กรรมการบริหาร หรือสภาที่ปรึกษาของระบบประกันสังคมก็เป็นตัวอย่างของการมีสังคมเสวนาดังกล่าว ทั้งนี้ รายงานขององค์การความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development หรือ OECD) มีการนำเสนอรายงานว่า ประเทศที่มีระบบประกันสังคมที่ประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืนโดยทั่วไปต้องมีระบบอภิบาลที่ดีมีกรอบความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่และการตัดสินใจที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้สังคมในวงกว้าง โดยเฉพาะนายจ้างและลูกจ้าง ต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบ ติดตาม และตรวจสอบ และเป็นส่วนหนึ่งของระบบอภิบาลขององค์กร

ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2553 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ โดยศูนย์ฝึกอบรมระหว่างประเทศ (International Training Centre) ได้จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการของระบบประกันสังคมให้กับกลุ่มประเทศแอฟริกา ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับระบบอภิบาลที่ดีขององค์กรที่ทำหน้าที่ในการบริหารระบบประกันสังคม รวมถึงการจัดประชุมคณะกรรมการ การรักษาความลับของข้อมูลข่าวสารและการทับซ้อนของผลประโยชน์ คณะผู้วิจัยขอแนะนำเฉพาะในส่วนของการทับซ้อนของผลประโยชน์

- การเปิดเผยผลประโยชน์ทางการเงิน

องค์การแรงงานระหว่างประเทศมีความเห็นว่ากรรมการประกันสังคมควรที่จะต้องเปิดเผยผลประโยชน์ของตนต่อกรรมการอื่นๆ เพื่อที่จะให้คณะกรรมการสามารถพิจารณาได้ว่า ในกรณีที่มีการพิจารณาประเด็นที่มีกรรมการบางรายมีผลประโยชน์ทับซ้อน ควรที่จะให้กรรมการดังกล่าวเข้าร่วมประชุมด้วยหรือไม่

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า กรรมการของสำนักงานประกันสังคมควรที่จะเปิดเผยการถือหุ้น การเป็นที่ปรึกษา การเป็นกรรมการของตน ภรรยา และลูกที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในกิจการใดๆ ก่อนที่จะเข้ามารับตำแหน่ง โดยมีการปรับปรุงข้อมูลดังกล่าวทุกๆ 3 เดือน และในกรณีที่มีผลประโยชน์ทางการเงินที่เกี่ยวกับบุคคลที่ประกอบธุรกิจกับสำนักงานฯ ก็จะต้องแจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีการบันทึกไว้ในบันทึกรายงานการประชุม นอกจากนี้ ควรกำหนดให้กรรมการประกันสังคมเป็นผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูงตามกฎหมาย ปปช. ที่ต้องยื่นบัญชีแสดงรายการทรัพย์สินและหนี้สินต่อ ปปช.

- การรับทรัพย์สินหรือผลประโยชน์จากผู้อื่น

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) มีความเห็นว่า ควรมีข้อกำหนดมิให้คณะกรรมการ รับของกำนันจากบุคคลธรรมดาหรือบริษัทที่มีหรืออาจจะมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทางการเงินกับ องค์การ หรือมิฉะนั้นควรมีข้อกำหนดให้กรรมการที่รับของกำนันหรือสิ่งมีค่าดังกล่าวต้องแจ้ง รายละเอียดในรายการของผลประโยชน์ทางการเงินของกรรมการนั้นๆ ที่เปิดเผยต่อสาธารณชน

มาตรา 103 ของ พ.ร.บ. ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. 2542 ห้ามมิให้เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่และที่พ้นจากการเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ถึง สองปีรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดจากบุคคลอื่น เว้นแต่การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใด โดยธรรมดา ทั้งนี้ ประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดยธรรมจรรยาของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2543 ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่สามารถรับทรัพย์สินที่มีมูลค่าเกิน 3,000 บาท ในแต่ละโอกาสจาก บุคคลอื่นซึ่งมิใช่ญาติ หากจำเป็นต้องรับเพื่อรักษามิตรภาพก็ต้องแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบ เพื่อที่จะพิจารณาว่าทรัพย์สินดังกล่าวควรที่จะส่งมอบให้หน่วยงานของรัฐที่เจ้าหน้าที่ดังกล่าวสังกัด หรือไม่ ในกรณีของกรรมการให้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการรับทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ต่อผู้มี อำนาจแต่งตั้งและถอดถอน

แม้จะมีประกาศดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการติดตามตรวจสอบการรับทรัพย์สินหรือ สิ่งมีค่าของเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่อย่างใด จึงควรที่จะมีการกำหนดข้อห้ามหรือแนวทางปฏิบัติตามที่ ILO เสนอไว้ในระเบียบขององค์กร

4.2.2.3 ระบบอภิบาลของผู้ให้บริการสุขภาพ (service provider)

คุณภาพของการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะขึ้นอยู่กับทั้ง หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลและหน่วยงานที่เป็นผู้ให้บริการ ระบบอภิบาลของสถานพยาบาล ที่จะต้องส่งเสริมให้องค์กรสามารถบรรลุภารกิจที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- (1) ให้บริการที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ
- (2) บริหารจัดการระบบการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- (3) มีเป้าหมายระยะสั้นและมีแผนนโยบายในการพัฒนาองค์กร และการบริหารจัดการใน ระยะยาวที่ชัดเจน

(4) มีความสามารถในการสื่อสารกับฝ่ายบริหารและสาธารณชนถึงความต้องการและความ จำเป็นด้านทรัพยากรขององค์กร

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- (1) ให้บริการที่ได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

จากการสำรวจโรงพยาบาล 722 แห่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรงพยาบาลที่มีคุณภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลที่ดีมักมีกรรมการที่มีความรู้ ความเข้าใจและให้ความสำคัญแก่ประเด็นคุณภาพของบริการ และมีการประเมินคุณภาพของบริการของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้ในการปรับปรุงวิธีการในการบริหารจัดการ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า การเปิดให้ผู้แทนจากท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางในการให้บริการรักษาพยาบาลจะทำให้โรงพยาบาลของรัฐสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่มากขึ้น แต่เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐไม่มีสถานภาพเป็นนิติบุคคล หากแต่เป็นเพียงหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่มีคณะกรรมการที่ให้ทิศทางในการบริหารจัดการแก่ผู้อำนวยการ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรที่จะมีการแปลงสภาพโรงพยาบาลรัฐเหล่านี้ให้เป็นนิติบุคคลในรูปแบบขององค์กรมหาชน เพื่อที่จะสามารถให้ผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ และตัวแทนท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงบริการรักษาพยาบาล

แม้การแปลงสภาพโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นนิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร (non-profit organization) เช่น องค์กรมหาชน ในกรณีของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จะทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้มีอิสระในการบริหารจัดการอย่างเป็นเอกเทศมากขึ้น เป็นต้น แต่การแปลงสภาพสถานพยาบาลที่มีขนาดเล็กเกินไปจะทำให้มีต้นทุนในการบริหารจัดการสูงเพราะขาดการประหยัดจากขนาด (economy of scale) กล่าวคือ สถานพยาบาลขนาดเล็กอาจขาดแพทย์ เครื่องมือ อุปกรณ์ ในกรณีดังกล่าวอาจพิจารณาแปลงสภาพสถานพยาบาลขนาดเล็กในรูปแบบของโฮลดิ้งหรือ “กลุ่มโรงพยาบาล” ที่มีการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และเงินทุนในการพัฒนาคุณภาพของบริการด้วย ในรูปแบบที่คล้ายคลึงกับ National Health Organization (NHO) ของประเทศญี่ปุ่นที่เป็นองค์กรอิสระที่มีภารกิจในการสร้าง บำรุงรักษา และพัฒนาโรงพยาบาล

สำหรับสถานีนอนมัยนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า ควรโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมบุคลากร และเงินงบประมาณ เนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านี้มีขนาดเล็กและมีความใกล้ชิดกับคนในพื้นที่ จึงควรที่จะมีการบริหารจัดการโดยคนในพื้นที่มากกว่าจากส่วนกลางเพื่อที่จะให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น อนึ่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลมีแนวนโยบายในการโอนสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลสุขภาพตำบล ซึ่งมีทั้งหมด 9,732 แห่งให้กับ อบต. แต่ผ่านมา 5 ปีแล้ว ยังคงมีจำนวนสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลสุขภาพตำบลที่มีการ โอนแล้วเพียง 28 แห่ง ความล่าช้าดังกล่าว เนื่องมาจากทั้งความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการขาดการผลักดันนโยบายในการกระจายอำนาจของส่วนกลาง

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า แม้การโอนสถานอนามัยไปยังท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี แต่ส่วนกลางจะต้องตระหนักว่า การกระจายอำนาจมิได้ หมายถึง การสิ้นสุดของภารกิจในการกำกับดูแลการรักษาพยาบาลของส่วนกลาง แต่หมายถึง ส่วนกลางจะต้องเปลี่ยนบทบาทใหม่จากการเป็นผู้ให้บริการมาเป็นผู้กำกับดูแลเป็นหน่วยงานที่วางระบบในการประเมินคุณภาพของบริการ รวมทั้งติดตามสถานภาพทางการคลังของสถานอนามัยที่ได้โอนไปให้ท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถประเมินผลของการกระจายอำนาจและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขของประเทศในภาพรวม ดังเช่นในกรณีที่หน่วยงานในสหรัฐอเมริกาที่เรียกว่า National Public Health Performance Standards Program (NPHPSP) ที่จัดทำแบบมาตรฐานในการประเมินผลการดำเนินงานของสถานรักษาพยาบาลของท้องถิ่นที่เรียกว่า Local Health Governance Performance – Model Standard

(2) บริหารจัดการระบบการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลและสถานอนามัยของรัฐเป็นผู้ให้บริการที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ เนื่องจากหน่วยงานเหล่านี้ยังไม่มีสถานภาพที่เป็นนิติบุคคลตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้การบริหารจัดการไม่มีความคล่องตัว เช่น ในเรื่องของการจัดซื้อจัดจ้าง การทำนิติกรรมสัญญา เป็นต้น สถานพยาบาลเหล่านี้ไม่มีการจัดทำบัญชีรายได้รายจ่ายและงบดุล ทำให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินไม่สามารถตรวจสอบงบการเงินได้ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงควรที่จะมีการแปลงสภาพโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็นนิติบุคคล ในรูปแบบขององค์กรมหาชนเช่นกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการด้านการคลังมีความโปร่งใสและการบริหารองค์กรมีความคล่องตัวมากขึ้น

(3) มีเป้าหมายระยะสั้นและมีแนวนโยบายในการพัฒนาองค์กร และการบริหารจัดการในระยะยาวที่ชัดเจน

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า การกำหนดเป้าหมายในการบริหารจัดการและในการพัฒนาองค์กรของสถานพยาบาลในระยะสั้นจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อโรงพยาบาลของรัฐมี 1) คณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งตัวแทนของผู้ใช้บริการ 2) การประเมินผลการดำเนินงานที่มีข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ อีกทั้งในการจัดทำเป้าหมายระยะยาวนั้น จะต้องอิงกับแนวนโยบายของภาครัฐในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีแนวคิดที่จะจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วง 5 - 10 ปีข้างหน้า เพื่อที่จะให้สถานพยาบาลตระหนักถึงบทบาทของตนเองในอนาคตและสามารถจัดทำยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อรองรับแผนแม่บทฯ ดังกล่าว

4) มีความสามารถในการสื่อสารกับฝ่ายบริหารและสาธารณชนถึงความต้องการและความจำเป็นด้านทรัพยากรขององค์กร

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลและสถานีนอนำยของรัฐเป็นหน่วยงานที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่มีปัญหาในการสื่อสารกับฝ่ายการเมือง เนื่องจากมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลโดยตรง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีการแปลงสภาพโรงพยาบาลในต่างจังหวัดให้เป็นองค์การมหาชน หรือการโอนสถานีนอนำยให้หน่วยงานท้องถิ่น การสื่อสารอาจจะลำบากมากขึ้น จึงอาจจำเป็นที่จะต้องมีการมีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ามาดูแลโรงพยาบาลทั่วประเทศโดยเฉพาะแทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานดังกล่าวจะมีข้อมูลสถิติเกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพของการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนความพร้อมในด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อที่จะสามารถประเมินวงเงินที่ต้องจัดสรรแก่สถานพยาบาลเหล่านี้ เพื่อที่จะให้มีบริการที่เพียงพอและได้มาตรฐานตามที่หน่วยงานกำกับดูแลกำหนดไว้ได้

สำหรับการสื่อสารกับสาธารณชนเกี่ยวกับความจำเป็นในการมีทรัพยากรที่พอเพียงในการให้บริการรักษาพยาบาลที่ดีแก่ประชาชน การมีกรรมการที่เป็นตัวแทนของผู้ใช้บริการและองค์กรปกครองท้องถิ่น รวมทั้งการเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรงพยาบาลให้แก่ชุมชนจะช่วยให้การสื่อสารกับสาธารณชน

4.3 ข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทของภาคเอกชน

4.3.1 ผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (service provider)

ในปัจจุบันสถานพยาบาลเอกชนไทยมีบทบาทในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับในประเทศอื่นๆ ที่ได้ศึกษา สถานพยาบาลเอกชนในระดับโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะในกรณีของประกันสังคม ซึ่งมีประมาณ 90 รายในปี พ.ศ. 2554 ตามข้อมูลที่ได้นำเสนอมา สถานพยาบาลเอกชนไม่ได้เข้าร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และในกรณีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมส่วนมากเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็ก ด้วยเหตุผลดังกล่าว ตลาดบริการรักษายาบาลของภาคเอกชน จึงแยกส่วนมาจากของภาครัฐ ซึ่งมีกลุ่มลูกค้าคือ ประชาชนที่ไม่ใช้สิทธิในบริการรักษายาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐหรือใช้ควบคู่ไปกับสิทธิดังกล่าว โดยการเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนเมื่อการใช้สิทธิของประกันสุขภาพของภาครัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ เช่น กรณีที่ต้องรอคิวเพื่อรับการผ่าตัดเป็นเวลานาน กรณีที่ต้องการการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิดในช่วงหลังการผ่าตัด เป็นต้น

บทบาทของสถานพยาบาลของภาคเอกชนในประเทศไทยตามที่กล่าวมานั้น ต่างจากในประเทศที่พัฒนาแล้วที่โรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรมีบทบาทสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และสถานพยาบาลเอกชนขนาดเล็กในระดับท้องถิ่น เช่นคลินิกแพทย์ผู้ชำนาญทั่วไปในการให้ชั้นปฐมภูมิแก่คนในท้องถิ่น เป็นต้น โดยมีสถานภาพเป็น “แพทย์ประจำครอบครัว” เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับคนในพื้นที่

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรมีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรเข้ามามีบทบาทในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐมากขึ้น การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรและสถานพยาบาลที่แสวงหากำไร ในการให้บริการรักษาพยาบาลส่วนมากเห็นพ้องว่าสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นองค์กรที่เหมาะสมแก่การให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐมากกว่าสถานพยาบาลที่แสวงหากำไร เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลมิใช่เป็นบริการเชิงพาณิชย์โดยสมบูรณ์ หากแต่เป็นบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ให้บริการมีภาระที่จะต้องให้บริการที่อาจไม่ทำกำไรควบคู่ไปกับบริการที่มีกำไรโดยไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักในการประกอบธุรกิจขององค์กรที่แสวงหากำไรที่ย่อมเลือกที่จะให้บริการเฉพาะที่มีกำไรเท่านั้น²³ นอกเสียจากรัฐจะมีกลไกในการกำกับดูแลและตรวจสอบกระบวนการในการบริหารจัดการให้มีความโปร่งใสและผลการดำเนินงานที่ละเอียดและเข้มงวดเพื่อที่จะป้องกันมิให้สถานพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรมีพฤติกรรมที่ “เลือกให้บริการเฉพาะที่มีกำไร (cream skimming)” แต่ต้นทุนในการกำกับ ควบคุม และตรวจสอบดังกล่าวจะสูงมาก²⁴

การส่งเสริมให้สถานพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรเข้ามาบทบาทมากขึ้นในการให้บริการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องมีการออกแบบแนวทางในการกำกับดูแลคุณภาพของการรักษาพยาบาล ระบบการอภิบาลของสถานพยาบาลเหล่านี้²⁵ การประกันกระแสรายได้ที่แน่นอนของสถานพยาบาล ตลอดจนการส่งเสริมให้สถานพยาบาลเหล่านี้มีทุนที่เพียงพอในการบำรุงรักษาและพัฒนาศักยภาพในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องมีการวิจัยในรายละเอียดต่อไป

²³ Horwitz, Jill R. (2005), Making Profits and Providing Care: Comparing Non-Profit, for Profit, and Government Hospitals, *Health Affairs*, 24, No. 3

²⁴ Deber, Raisa (2002), Deliver Health Care Services: Public, Not-for-Profit, or Private?, Commission on the Future of Health Care in Canada. Discussion Paper No. 17.

²⁵ การศึกษาส่วนมากระบุว่า สถานพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรที่มีผลงานที่ดีจะต้องมีคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ที่ให้บริการรักษาพยาบาล

ในส่วนของบทบาทของสถานพยาบาลขนาดเล็กในระดับท้องถิ่นนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่าทั้งสามกองทุนควรร่วมกันในการทำสัญญาว่าจ้างกับศูนย์อนามัย ศูนย์แพทย์ หรือศูนย์สุขภาพของชุมชน เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐในการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพ หน่วยสุขภาพปฐมภูมิเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็น “นายด่าน” (gate keeper) ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น เพื่อที่จะลดความแออัดของโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลตำบล ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถยกระดับคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาระบบส่งตัว (referral system) เพื่อมิให้โรงพยาบาลปฏิเสธการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากคลินิกเอกชน รวมทั้งมีระบบการควบคุมคุณภาพของคลินิกเอกชนเหล่านี้

สำหรับการบริหารจัดการด้านการคลัง รัฐสามารถจัดทำสัญญากับสถานประกอบการของภาคเอกชน ในกรณีที่มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพไปยังท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดทำสัญญา ในกรณีที่ยังไม่มีกระจายอำนาจ หน่วยงานส่วนกลางที่เป็นผู้บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้ดำเนินการว่าจ้างเป็นรายปี เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

สุรจิต สุนทรธรรมและคณะ. “ระบบหลักประกันสุขภาพไทย”. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กับการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนในสังคม”. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.มกราคม 2555.

นวนน้อย ตรีรัตน์ และเบ็ญจ งามอรุณโชติ. “การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.มีนาคม. 2555.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554”. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2554.

สำนักกำกับและพัฒนาการตรวจสอบภาครัฐ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. “แนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการของส่วนราชการ (เฉพาะที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล)”. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. ธันวาคม 2554.

สำนักงานประกันสังคม.รายงานประจำปี 2554. สำนักงานประกันสังคม 2554.

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553.

ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่องการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ.2530.

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2541. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 115 ตอนพิเศษ 92 ง. 9 ตุลาคม 2541.

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง “หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน”. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 45 ง. 11 พฤษภาคม 2554.

สำนักมาตรการป้องกันกาทุจริต. เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันกาทุจริต
ด้านเศรษฐกิจ ลำดับที่ 12/2554 แนนทำวาระการประชุมครั้งที่ 23 – 8/2554 วันที่ 30
กันยายน 2554 เรื่องที่ 5.1 . สำนักมาตรการป้องกันกาทุจริต. กันยายน 2554.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 .
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.กันยายน 2554.

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน
การคลังของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวประจำปี 2553. กลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.กันยายน 2553.

คณะทำงานจัดทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศ
ไทย พ.ศ.2552 – 2553. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.มิถุนายน 2555.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. โครงการศึกษาแนวทางการพัฒนาภารกิจกระทรวงสาธารณสุข
สู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพของประเทศ. สำนัก
งานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.ธันวาคม 2552.

ศุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551 – 2553.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข. 2554.

นพ.วิรุฬ ลัมสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2552

WHO (World Health Report), 2000 ดาวน์โหลดได้จาก
http://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization_ranking_of_healthcare_systems

ภาษาอังกฤษ

Yamada, Private Health Insurance and Hospitalization under Japanese National Health Insurance,
The Open Economics Journal Vol 2, pp. 61-70, 2009.

Suzuki, Reiko, Private Health Care Insurance Shouldering Risk at the Individual Level, JCER
Researcher Report. No. 58, 2005.

Australian Hospital Statistics 2009-2011.

Ashish Jha and Arnold Epstein.Hospital Governance and The Quality Of Care.Health Affairs.
January 2010.

Chang-Bae Chun. Single-payer Health Care Reform in South Korea Major actors behind the
reforms.Health Insurance Research Centre.National Health Corporate,South Korea.

Stefan GreB and Juergen Wasem. Free choice of sickness funds in social health insurance – theoretical foundation and empirical findings in Germany. Institute of Health Care Management, University of Greifswald, Germany

Christophe Courbage and Augustin de Coulon. Prevention and Private Health Insurance in the U.K. The General Papers on Risk and Insurance Vol. 29 No.4 .October 2004.

Yousef Ghellab, Nancy Varela and John Woodall. Social dialogue and social security governance: A topic ILO perspective. International Social Security Review, Vol.64 4/2011.

Luc Nguyen – Kim et al. The politics of drug reimbursement in England, France and Germany. Health economic letter. Institute for research and information in health economics. October 2005.

Derick W Brinkerhoff. Accountability and health system: toward conceptual clarity and policy relevance. Health Policy and Planning 19(6). Oxford University Press 2004.

C David Naylor. Seven Provocative Principles for Health Care Reform. The Journal of the American Medical Association, Vol 37, no.9. March, 7, 2012.

Sarah Freeman. The National Health Insurance System in France.

Medicare (Australia) คิวโฮลคเอกสารได้ที่ [http://en.wikipedia/wiki/Medicare_\(Australia\)](http://en.wikipedia/wiki/Medicare_(Australia))

National Health Insurance (Japan) คิวโฮลคเอกสารได้ที่ [http://en.wikipedia/wiki/National_Health_Insurance_\(Japan\)](http://en.wikipedia/wiki/National_Health_Insurance_(Japan))

Health Care in France คิวโฮลคเอกสารได้ที่ http://en.wikipedia/wiki/Health_Care_in_France

Health Care in Australia คิวโฮลคเอกสารได้ที่ http://en.wikipedia/wiki/Health_Care_in_Australia

Health Care in England คิวโฮลคเอกสารได้ที่ http://en.wikipedia/wiki/Health_Care_in_England

Health Care in United Kingdom คิวโฮลคเอกสารได้ที่ http://en.wikipedia/wiki/Health_Care_in_United_Kingdom

N Ikegami. Japan, Health System of. Keio University School of Medicine. 2008

William Savedoff. Tax – Based Financing for Health System: Options and Experiences. World Health Organization 2004.