

รายงานการศึกษา

พ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป

ในโครงการวิจัย

“การวิเคราะห์แหล่งการคลังในระยะยาวสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

Draft Report on

Traffic Victim Protection Act in the context of universal coverage:

what are the reform options?

Under the Project

“Analysis of Long Term Financing for the Universal Health Care Coverage Fund”

จัดทำโดย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร Viroj Tangcharoensathien

จงกล เลิศเกียรติดำรง Jongkol Lerttiendumrong

วัลย์พร พัทธนฤมล Walaiporn Patcharanarumol

30 เมษายน พ.ศ. 2548

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ชั้น 3 อาคารคลังพัสตุ ซอยสาธารณสุข 6 ภายในกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 2366 โทรสาร 0 2590 2385

Web page: <http://www.ihpp.thaigov.net>

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้บริหารเงินโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโสมาด้วยดี

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เห็นความสำคัญและให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

บทคัดย่อ

พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากรถด้าเนินการมาตั้งแตปี 2535 แม้ว่าจะเป็นการประกันภาคบังคับ บริษัทประกันวินาศภัยที่มุงำไร เป็นผู้บริหารโครงการนี้ทั้งหมด แทนที่จะเป็นภาครัฐ พ.ร.บ.นี้ ให้การคຸ່ມครองโดยจ่ายสินไหมทดแทนกรณีรักษาพยาบาล ไม่เกินเพดานที่กำหนด และเหมาจ่ายกรณีการตาย และทุพพลภาพ รายงานปี 2545 แสดงให้เห็นว่าสามารถเก็บเบี้ยประกันได้ 7,003 ล้านบาท โดยมีรายจ่ายเพื่อการบริหารสูงถึงร้อยละ 41 รายจ่ายสินไหมทดแทนร้อยละ 52 พ.ร.บ. ไม่สามารถคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากรถทุกคนได้ เมื่อประเทศไทยบรรลุประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว มีความจำเป็นต้องทบทวน ความเหมาะสมและเสนอแนวทางการปฏิรูป ให้เหมาะสม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความต้องการงบประมาณเพื่อคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากรถทุกคน และประมาณการว่าหากจะเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น จะต้องเก็บอีกกี่สตางค์ต่อลิตร เพื่อให้ได้เงินเพียงพอในการคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากรถทุกคน และนำเสนอแนวทางการปฏิรูป

การศึกษาพบว่า เพื่อให้การคຸ່ມครองผู้ประสບภัยทุกคน ต้องการงบประมาณ 7,158 ล้านบาท ในปี 2545 เป็นการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในร้อยละ 63 การรักษาจนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 16 กรณีตายร้อยละ 15 กรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกร้อยละ 5 และกรณีทุพพลภาพร้อยละ 1

อาศัยฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผู้วิจัยประมาณรายจ่ายบริโภคน้ำมันของครัวเรือน และปรับรายจ่ายเป็นปริมาณการบริโภค (ลิตร) จำแนกตามเดชีลส์ของรายได้ครัวเรือน เพื่อวิเคราะห์ภาระรายจ่ายครัวเรือนหากจะต้องจ่ายภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยพบว่า จะต้องเก็บภาษีเพิ่มขึ้นลิตรละ 32 สตางค์ เพื่อให้ได้เงินทั้งสิ้น 7,158 ล้านบาท เพื่อการคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากรถทุกคน หากไม่มีความยืดหยุ่นของราคาต่อปริมาณและแบบแผนของอุปสงค์ ผู้วิจัยเสนอว่าให้เก็บภาษีเบนซิน 95 สูงกว่า น้ำมันประเภทอื่น ทางเลือกที่เก็บเพิ่มอีกลิตรละ 26 สตางค์สำหรับน้ำมันประเภทอื่นๆ และ 55 สตางค์สำหรับเบนซิน 95 เป็นทางเลือกที่มีความถดถอยน้อยที่สุด และมีความเป็นไปได้และการยอมรับมากกว่า

การปฏิรูปควระบรรลุเป้าหมายหลัก 2 ประการคือ ให้การคຸ່ມครองทุกคน และต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ผู้วิจัยเสนอ 3 ทางเลือกจำแนกตามที่มาของเงิน ทางเลือกที่ 1 อาศัยเบี้ยประกันตาม พ.ร.บ. ทางเลือกที่ 2 อาศัยภาษีทั่วไป และทางเลือกที่ 3 อาศัยภาษีน้ำมันเฉพาะ ผลการวิเคราะห์พบว่า ทางเลือกที่ 2 และ 3 มีความเป็นไปได้น้อย เนื่องจาก มีเบี้ยประกันอยู่แล้ว ไม่น่าจะเป็นการระบประมาณ และในภาวะวิกฤตน้ำมัน ทางเลือกที่ 3 ไม่น่าจะเป็นที่ยอมรับได้

ภายใต้ ทางเลือกที่ 1 ผู้วิจัยเสนอว่า การปฏิรูปใหญ่ (major reform) โดยให้กรมขนส่งทางบกเก็บเบี้ยประกันในขณะเดียวกับการชำระภาษีรถยนต์ประจำปี โดยจัดงบประมาณบางส่วนจากเบี้ยประกันฯ เพื่อการจัดเก็บอย่างเหมาะสม เบี้ยที่เหลือส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้ดำเนินการจ่ายกรณีเจ็บป่วย ตาย และทุพพลภาพ ทางเลือกการปฏิรูปเล็กน้อย (minor reform) ก็อาจจะเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจากสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ด้านคือ ต้นทุนบริหารจัดการต่ำ และให้การคຸ່ມครองผู้ประสບภัยทุกคน

คำสำคัญ: พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากรถ แหล่งการคลังสุขภาพ ผู้ประสບภัยจากรถ

ABSTRACT

Traffic Victim Protection Act was implemented since 2535. Though it is a mandatory scheme, instead of public sector, the for profit private insurance companies are the carriers of the scheme. The Scheme compensates healthcare based on fee for services and maximum liability, a lump sum death and disability compensation are also granted. Financial report in 2545 indicated a net premium of 7,003 million Baht collected, with very high administrative cost (41%) and low loss ratio (52%), and inadequate cover all traffic victims. There is a need for a major reform in the context of achieving Universal Healthcare Coverage in Thailand in 2545.

The objectives of this study are to estimate total resource requirement (for medical care, death and disability compensation) for all traffic accident victims, to estimate how much would the government introduce additional gasoline tax to cover all traffic victims, and provide policy choices for reform.

Based on secondary sources of information, it was estimated that total resource requirement for all traffic accident victims would be 7,158 million Baht in 2545, of which 63% for inpatient care, 16% for pre-hospital care, 15% for death compensation, 5% for ambulatory care and 1% for disability.

Household consumption of gasoline from the 2545 household socio-economic survey conducted by National Statistical Office was used to compute total litre of different types of gasoline consumed by household categorized by income deciles. To generate the total 7,158 million Baht to cover all traffic victims, the government has to raise 0.32 Baht to a litre of gasoline, given no price elasticity of demand by all household deciles. Several scenario of raising gasoline tax was proposed. We recommend the least regressive option, 0.26 Baht per litre for all type of gasoline except Octane 95, and collection 0.55 Baht per litre of Octane 95.

Two goals of reform are identified: to cover all traffic victims (both caused by the insured and non-insured cars) and appropriate Scheme administrative cost.

Three reform options were proposed based on sources of finance, option one generate revenue from premium contribution by car owners, option two from general tax and option three from dedicated gasoline tax. Analysis indicates that option two and three are neither politically feasibility nor socially acceptable.

Three choices of reform under option one were identified: conservative, minor and major reforms. We recommend a major reform. This is to sub-contract the Department of Land Transport to collect premium while the mandatory annual renewal of car license. The large part of premium would be transferred to the National Health Security Office (NHSO) to cover all victims for medical care, death and invalidity compensations. The second preferred choice is minor reform, sub-contracting private insurance companies to collect premium, the large part of premium would be transferred to the NHSO.

Key words: National Health Security Act, Traffic Victim Protection Act, Health care financing sources, Traffic victim

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	iii
ABSTRACT	iv
สารบัญ	v
สารบัญตาราง	vi
สารบัญแผนภาพ	vii
บทนำ	1
สาระสำคัญของ พระราชบัญญัติ คຸ້ມครองผู้ประสບภัยจากรถ	1
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	1
วัตถุประสงค์	3
วิธีการศึกษา	3
ผลการศึกษา	5
ตอนที่ 1 ความต้องการทรัพยากรในการคຸ້ມครองผู้ประสບภัยทั้งหมด	5
1.1 ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประมาณการ	6
1.2 ประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุจากรถ (OP--TA)	6
1.3 ประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในอุบัติเหตุจากรถ (IP--TA)	7
1.4 ประมาณการสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถ	9
1.5 ประมาณการสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพจากอุบัติเหตุจากรถ	9
ตอนที่ 2 แหล่งการคลังจากภาษีน้ำมัน	10
2.1 การบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงของครัวเรือน	10
2.2 ภาษีน้ำมันที่เก็บเพิ่มเพื่อการ คຸ້ມครองผู้ประสບภัยจากรถทุกคน	12
2.3 ภาระภาษีน้ำมันตามเดไ้ไซ้ของรายได้ของครัวเรือน	14
ตอนที่ 3 ทางเลือกเชิงนโยบายและบทอภิปราย	17
3.1 ทางเลือกที่หนึ่ง อาศัยแหล่งเงินจากเบี้ยประกันฯจากเจ้าของรถ ตาม พ.ร.บ.	20
3.1.1 อนุรักษ์นิยม	20
3.1.2 ปฏิรูปเล็กน้อย	20
3.1.3 ปฏิรูปใหญ่	20
3.2 ทางเลือกที่สอง ใช้ภาษีทั่วไป	20
3.3 ทางเลือกที่สาม ใช้ภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงเฉพาะ	21
3.3.1 ความเป็นไปได้ ของการปฏิรูป	21
เอกสารอ้างอิง	24

สารบัญตาราง

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานประกอบการประมาณการ.....	6
ตาราง 2 ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอกทุกประเภท (OPD) ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท (ER) ผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุจราจร (OP-TA) ของโรงพยาบาลต่างๆ.....	7
ตาราง 3 ต้นทุนผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร (IP—TA) สถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปี 2545*.....	8
ตาราง 4 รายจ่าย 5 ประเภท รวม pre-hospital care ตาม พ.ร.บ. คู้มครองผู้ประสบภัยจากรถ.....	10
ตาราง 5 มูลค่าการบริโภคน้ำมันโดยครัวเรือน (บาทต่อเดือน) ตามประเภทน้ำมันและเดโชล์รายได้, 2545.....	11
ตาราง 6 การบริโภคน้ำมันประเภทต่างๆ ตามเดโชล์ของรายได้ของครัวเรือน ล้านลิตรต่อปี.....	12
ตาราง 7 ทางเลือกการจัดเก็บภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงเพิ่มเติมจากเดิม (บาทต่อลิตร) จากน้ำมัน 2 กลุ่ม	13
ตาราง 8 ร้อยละของรายได้ครัวเรือนที่จ่ายสำหรับภาษี 32 สตางค์ที่เก็บเพิ่ม และรายจ่ายเบี่ยประกันตามพ.ร.บ.ปัจจุบัน	14
ตาราง 9 ผลประกอบการตามพระราชบัญญัติคู้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535, ล้านบาท	17
ตาราง 10 ทางเลือกการปฏิรูป จำแนกตามแหล่งเงินของการคู้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	19
ตาราง 11 ราคาขายปลีกน้ำมันเบนซินไร้สารตะกั่ว 95 และ 91 ปี 2547 ณ กรุงเทพมหานคร	22
ตาราง 12 สรุปการบรรลุหลักการการปฏิรูป (score 0-5) และความเป็นไปได้ทางการเมืองของทางเลือกการปฏิรูป	22

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่ 1 แบบแผนการบริโภคน้ำมันออกเทน 91, 95 และดีเซลหมุนเร็ว ตามเดสไล์ของรายได้ครัวเรือน.....	12
ภาพที่ 2 ร้อยละของรายได้ครัวเรือนที่จ่ายสำหรับภาษี 32 สตางค์ที่เก็บเพิ่ม และรายจ่ายเบี่ยประกันตามพ.ร.บ.ปัจจุบัน	15
ภาพที่ 3 ภาระภาษีน้ำมันที่เก็บเพิ่ม เทียบรายได้ของครัวเรือน เปรียบเทียบ 5 ทางเลือกและเบี่ยประกันปัจจุบัน.....	16
ภาพที่ 4 รายรับเบี่ยประกันภัยชีวิตและประกันวินาศภัย ปี 2546	18

สาระสำคัญของ พระราชบัญญัติ คຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากกรด

การดำเนินการตาม พระราชบัญญัติคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากกรด เป็นการประกันภัยภาคบังคับ โดยบริษัทประกันวินาศภัย เป็นผู้รับประกัน โดยเบี้ยประกันภัยสูงสำหรับกรดใหญ่และต่ำสำหรับกรดขนาดเล็ก การจ่ายสินไหมทดแทนเป็นการจ่ายตามจริง ตามรายการรักษาพยาบาล (fee for service) และมีกำหนดเพดานสูงสุดไว้ (maximum liability) เป็นการเบิกภายหลัง เมื่อเกิดประสບภัยแล้ว (reimbursement model) โดยผู้ประสບภัยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เช่นโรงพยาบาล นอกจาก maximum liability แล้วยังมีเงื่อนไขการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น และค่าเสียหายส่วนเกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น รายจ่ายที่เกินกว่าเพดาน โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่รุนแรงมาก ๆ ยังตกเป็นภาระของผู้ป่วย หรือผู้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากกรด พ.ศ.2535 เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ประเทศไทยยังไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนหน้านั้น สถานพยาบาลโดยเฉพาะ โรงพยาบาลเอกชน มักจะปฏิเสธการรับผู้ประสບภัยจากกรดเข้ารับรักษา ด้วยเกรงว่าจะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ พระราชบัญญัติฉบับนี้มีเจตนารมณ์เพื่อชดเชยค่าเสียหาย โดยเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสບภัยจากกรดโดยเร็ว ทั้ง 3 กรณี คือ บาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต การศึกษาหลายชิ้น รายงานว่าตลอดระยะเวลา 9 ปีที่ พระราชบัญญัตินี้ มีผลบังคับใช้ ผู้ประสບภัยจากกรด และโรงพยาบาลที่เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย ประสບปัญหา

ผลการดำเนินในปี 2541 พบว่าอัตราสินไหมทดแทน (loss ratio) ของบริษัทประกันวินาศภัยเท่ากับร้อยละ 41 และมีอัตราค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 27 บริษัทประกันวินาศภัยได้รับผลกำไรสูงจากการดำเนินธุรกิจนี้ โดยเกิดประโยชน์แก่ผู้ประสບภัยโดยตรงน้อย กองทุนทดแทนผู้ประสບภัยซึ่งกรมการประกันภัยรับผิดชอบนั้น มีอัตราสินไหมทดแทนต่ำมาก กองทุนฯ มีเงินสะสมอยู่เป็นจำนวนมาก (1,300-1,400 ล้านบาท) ซึ่งไม่ได้ใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อการคຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากกรดอย่างเต็มที่ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย โดยค่ารักษาพยาบาลของผู้ประสບภัยส่วนใหญ่ตกเป็นภาระของผู้ป่วย คู่กรณีหรือ เป็นภาระหนึ่งของโรงพยาบาล รวมทั้งการอุดหนุนจากหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

วรรณภา สุมิรัตนะ (2541) ศึกษาการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 ราย ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2538 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในดังกล่าว โดยเฉลี่ยมีมูลค่าระหว่าง 14,501 – 25,704 บาท โดยมีสัดส่วนการเรียกเก็บเงินชดเชยจากบริษัทประกันภัยตามพ.ร.บ.คຸ່ມครองผู้ประสບภัยจากกรดระหว่าง ร้อยละ 34.1 – 63.5 ของผู้ป่วยที่ทำการรักษาทั้งหมด อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง ในสัดส่วนระหว่างร้อยละ 9.4 - 15.7 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.ประกันสังคมเป็นจำนวนสูงที่สุด (ระหว่างร้อยละ 27.3 –

55.0) ในบรรดาผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ (รวม 58 ราย) รองลงมา ได้แก่ การใช้สิทธิข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ระหว่างร้อยละ 20.0 - 36.4)

งานวิจัยของ โชคชัย มานะธนะ และคณะ (2542) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างกลางปี 2541 ถึง 2542 รวม 750 ราย พบว่า การบาดเจ็บซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่มีประกันภัยตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีจำนวนถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.2 ในช่วง 4 เดือนแรก เป็นร้อยละ 47.1 ในช่วง 3 เดือนต่อมา และร้อยละ 66.2 ในช่วงสุดท้ายของการศึกษา เมื่อมีการปรับปรุงระบบการใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในช่วงที่ 2 และ 3 พบว่า สัดส่วนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุที่มีประกันภัยตามพ.ร.บ. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ของผู้ป่วยในช่วงที่ไม่มีการปรับปรุงงานเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตาม พ.ร.บ.ฯ เป็นร้อยละ 51.2 และ 73.7 ในช่วงที่ 2 และ 3 ตามลำดับ สำหรับสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิในกรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีประกันภัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณสามในสี่ ไม่มีใบขับขี่หรือไม่ต้องการแจ้งความแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทำให้โดยเฉลี่ยผู้ป่วยต้องชำระเงินเองเป็นจำนวนถึงครึ่งหนึ่ง ผู้ป่วยที่เหลืออีกประมาณหนึ่งในสี่ต้องการใช้สิทธิเบิกจากบริษัทประกันภัยเองหรือใช้สิทธิจากบัตรสุขภาพ สำหรับการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่มีประกันภัย พบว่า ไม่มีการเบิกจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเลย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 เลี่ยงไปใช้สิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิตามพ.ร.บ.ประกันสังคม บัตรผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องชำระเงินเอง (ประมาณร้อยละ 85 ในทั้งสามช่วงของการศึกษา) ที่เหลือเป็นหนี้สูญของโรงพยาบาล

อารี โคตรประทุม (2543) ได้รายงานไว้ในจำนวนผู้ป่วย 4,433 ราย ซึ่งได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปี 2541 นั้น ร้อยละ 18.4 ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัย การเบิกจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีเพียงร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วยที่ทำการรักษา ทั้งนี้ ระยะเวลาที่โรงพยาบาลได้รับชำระจากบริษัทประกันภัยโดยเฉลี่ยประมาณ 66 วัน ซึ่งเป็นเวลานานกว่า การได้รับชำระจากกองทุนฯ (เฉลี่ย 16 วัน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.2) ต้องชำระเงินเอง ผู้ป่วยได้ใช้ สิทธิทางการรักษาพยาบาลอื่นๆ ดังนี้ สิทธิตามพ.ร.บ.ประกันสังคม (ร้อยละ 3.9) สิทธิจากต้นสังกัดราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 3.3) และ บัตรสุขภาพ (ร้อยละ 3.3)

รูปแบบการดำเนินการคือ ผู้ประสบภัย หรือผู้แทนต้องเบิกเงินย้อนหลัง ตามที่รายการค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง โดยไม่เกินเพดานสูงสุดที่กำหนดไว้คือ 50,000 บาท สำหรับการตายและทุพพลภาพจะได้ค่าสินไหมทดแทน 80,000 บาท ภายใต้รูปแบบนี้ บริษัทประกันภัยมักจะหน่วงเหนี่ยวการจ่ายเงิน ด้วยมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บันทึกประจำวันในคดีการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นล่าช้า เฉลี่ยใช้เวลา 41-48 วันหลังเอกสารครบถ้วน มีการปฏิเสธการจ่ายทั้งหมดหรือเป็นบางส่วน ประมาณร้อยละ 13-25 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ 2544) นอกจากนี้ยังมีต้นทุนของโรงพยาบาลในการเรียกเก็บจากบริษัทฯ หรือ จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

ผู้ประสบภัยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่ชนแล้วหนี หรือรถที่ไม่มีประกันภัยตามพ.ร.บ.ต้องเบิกเงินจาก กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งบริหารโดยกรมการประกันภัยและสำนักงานประกันภัยจังหวัด กองทุนนี้ได้เงินสมทบจากบริษัทประกันภัย ในอัตรา ร้อยละ 2 ของเบี้ยประกันภัยรับ รวมทั้งการไล่เบี้ยจากผู้ก่อให้เกิดความเสียหายด้วย กองทุนนี้มีบทบาทในการจ่ายน้อยมาก

การศึกษาที่ซอนแก่น (สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ 2544) พบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล กว่าร้อยละ 60 เกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพ.ร.บ. ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้นที่จ่ายจากกองทุนฯ ค่ารักษาพยาบาลตกเป็นภาระของผู้ป่วยเองหรือคู่กรณีร้อยละ 42 ค้างชำระและเป็นหนี้ของโรงพยาบาลร้อยละ 40 และเบิกจากสวัสดิการอื่นๆ เช่น ประกันสังคมร้อยละ 10 สวัสดิการข้าราชการร้อยละ 4 รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงสูงมากในการก่ออุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูงกว่าร้อยละ 70 ของรถจักรยานยนต์ไม่ต่อทะเบียนรถประจำปี รวมทั้งไม่มีประกันการที่กรมการประกันภัย ทำหน้าที่ 2 บทบาท ได้แก่ผู้กำกับตามพ.ร.บ.ฉบับนี้ (regulator) และบริหารกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ อยู่ในฐานะผู้รับประกันภัย (insurer) จึงมีความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ และผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ไม่สามารถทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างแท้จริง

สุพลและคณะ 2544 รายงานว่า บริษัทกลางมีการเบิกจ่ายสินไหมทดแทนรวดเร็วกว่าบริษัทประกันวินาศภัย และเนื่องจากส่วนแบ่งตลาดของบริษัทกลางยังเล็ก ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาลึกของการดำเนินการตาม พ.ร.บ.นี้ได้

รูปแบบและเงื่อนไขของการจ่ายสินไหมทดแทนเช่นนี้ ย่อมก่อให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินการคลังที่แตกต่างกัน ไปยังบริษัทประกันภัย และสถานพยาบาล ดังนี้

- บริษัทประกันภัยซึ่งมีเป้าหมายกำไรสูงสุด ย่อมจะขยายส่วนแบ่งตลาดให้มากที่สุด เพื่อให้มีเบี้ยประกันภัยรับสุทธิสูงสุดโดยการมีตัวแทนขยายไปยังระดับอำเภอทั่วประเทศ ในขณะที่เดียวกัน ก็พยายามจำกัดรายจ่ายสินไหมทดแทน ไม่ว่าจะเป็นกรณีค่าเสียหายเบื้องต้น หรือในส่วนเกินค่าเสียหายเบื้องต้น หรือชะลอเวลาในการจ่ายสินไหมทดแทนให้นานที่สุด
- เมื่อการจ่ายเป็นไปตามรายการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลเอกชนที่มุ่งกำไร หรือสถานพยาบาลของรัฐที่ต้องหาเงินนอกงบประมาณมาบริหารโรงพยาบาล เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะคิดค่ารักษาพยาบาลสูงสุดเท่าที่จะกระทำได้ เช่น กรณีบาดเจ็บเล็กน้อย เป็นแผลถลอก ก็เบิกในชั้นสูงมาก ๆ หรือ คิดรายการที่ไม่ได้ให้บริการจริง เป็นต้น ข้อมูลเชิงประจักษ์บ่งชี้ถึงพฤติกรรมนี้อย่างชัดเจน กรณีการประกันสุขภาพในภาคสมัครใจ

วัตถุประสงค์

1. ประเมินการรายจ่ายทั้งหมดทั่วประเทศเพื่อการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย อุบัติเหตุจราจร กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทุพพลภาพ และการเสียชีวิต สำหรับผู้ประสบภัยจากรถทุกคน (ไม่ว่าจะเป็นผู้ประสบภัยจากรถที่มีและไม่มีประกันก็ตาม)
2. วิเคราะห์แหล่งการคลังเพื่อการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน จากภาษีน้ำมัน
3. เสนอทางเลือกเพื่อการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคนภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีการศึกษา

การประมาณการรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร อาศัย หลักการทั่วไป คือ ปริมาณผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน คุณด้วย ต้นทุนการให้บริการต่อครั้งผู้ป่วยนอกและต่อรายผู้ป่วยใน (PQ approach, P

หมายถึง ต้นทุน และ Q หมายถึงปริมาณผู้ป่วย) ข้อมูลด้านต้นทุน อาศัยข้อมูลหัตถิกรรมต่างๆ ที่มีอยู่ และการปรับตัวเลขให้เป็นราคาปัจจุบัน ส่วนข้อมูลด้านปริมาณผู้ป่วย เนื่องจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจรไม่สมบูรณ์ เนื่องจากรายงานปกติของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ครอบคลุมสถานพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน จึงใช้ประมาณการจากข้อมูลระดับวิทยาต่างๆ รวมทั้ง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญประกอบ ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลเพียงพอ

วิเคราะห์มูลค่าการบริโภคน้ำมันของครัวเรือนจำแนกตามประเภทน้ำมัน การจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันภัยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ วิเคราะห์และจำแนกตามเดซิส์ของรายได้ครัวเรือน (income deciles) การศึกษานี้ ใช้ฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545 ซึ่งสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทำการปรับมูลค่าการบริโภคน้ำมันจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ให้เป็นปริมาณน้ำมัน (ลิตร) ด้วยราคาน้ำมันในตลาด ปรับปริมาณการบริโภคน้ำมัน (ลิตร) ที่คำนวณได้จากครัวเรือน ให้เท่ากับปริมาณการใช้น้ำมันทั้งหมดในประเทศไทย ที่สืบค้นได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการนโยบายพลังงานแห่งชาติ เมื่อ เดือนกรกฎาคม 2546¹ เป็นปริมาณการบริโภคน้ำมันปี 2544

¹ www.nepo.go.th retrieved on July 2003.

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยรายงานการศึกษาเป็น 3 ตอน ตอนที่ 4 เป็นบทสรุป

ตอนที่ 1 ความต้องการทรัพยากรในการคุ้มครองผู้ประสบภัยทั้งหมด

การประมาณการค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและค่าสินไหมทดแทนของผู้ประสบภัยจากรถ เป็นรายจ่ายสำหรับผู้ประสบภัยทั้งหมดที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ประสบภัยที่เกิดจากรถที่มี และที่ไม่มีประกันฯ ที่เรียกเก็บ และไม่เรียกเก็บจากบริษัทประกันวินาศภัย (total coverage) กำหนดค่าใช้จ่ายออกเป็น 5 ส่วนคือ

1. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จากอุบัติเหตุการจราจร (OP--TA)
2. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน จากอุบัติเหตุการจราจร (IP--TA)
3. ค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิต
4. ค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ
5. ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ประสบภัยจากรถก่อนส่งโรงพยาบาล (pre hospital care)

เนื่องจาก ข้อมูลสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรในระดับประเทศ มีปัญหาความคลอบคลุม ในการประมาณรายจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ต้องใช้ประมาณการจากจำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการจราจรในแต่ละปี และต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ (PQ Approach)

1.1 ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประมาณการ

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานประกอบการประมาณการ

1.	จำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาจากห้องฉุกเฉิน (ER) ที่สถานพยาบาลต่างๆ	12 ล้านครั้งต่อปี ²
2.	ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บ (injury)	40 %
3.	ในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บมีสัดส่วนจากอุบัติเหตุการจราจร	24.7%
4.	ประมาณการผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการจราจร (Traffic Accident)	$12 * 0.40 * 0.247 = 1.2$ ล้านครั้ง ³
5.	ในผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	75/25 ⁴
6.	ผู้ป่วยนอกจากอุบัติเหตุการจราจร (OPD TA) เท่ากับ	$1.2 * 0.75 = 0.9$ ล้านครั้ง
7.	ผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุการจราจร (IP TA) เท่ากับ	$1.2 * 0.25 = 0.3$ ล้านผู้ป่วยใน

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานสำหรับประกอบการคำนวณความต้องการงบประมาณในการคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถทุกคน เนื่องจากข้อมูลอุบัติเหตุการจราจรไม่สมบูรณ์ ขาดข้อมูลจากภาคีรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากสถานพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาล และคลินิก) จึงมีความจำเป็นต้องประมาณการจาก ผู้เชี่ยวชาญในวงการนี้

1.2 ประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุการจราจร (OP--TA)

การประมาณค่ารักษาพยาบาลทั่วประเทศ ของผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุการจราจร คำนวณจากค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย OP--TA และจำนวนครั้ง ของผู้ป่วย OP--TA ทั่วประเทศ

เนื่องจากไม่มีการศึกษาต้นทุนของการรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุการจราจร ผู้วิจัยประมาณค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง OP--TA โดยมีสมมติฐานว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย OP--TA เป็น 1.5 เท่าของผู้ป่วยฉุกเฉินรวมทุกประเภท (ผู้ป่วย ER)

จากนั้น หาค่าเฉลี่ย OP--TA ต่อ OPD รวมทุกประเภท ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เคยมีการศึกษาต้นทุนการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อครั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล พบว่าโดยรวม OP--TA มีค่าเป็น 2.21 เท่าของ OPD รวมทุกประเภท (ตาราง 2)

² ประมาณโดยนพ.สมชาย กาญจนสุต ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข

³ เปรียบเทียบกับการศึกษาของนพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล 2538 อุบัติเหตุจราจรในจังหวัดหนองคาย โดยรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองคายระหว่าง มิ.ย. 2537- พ.ค. 2538 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท 3,677.8 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรเป็น 43.3 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกประเภท ถ้าคิดประชากรที่ 62 ล้านคน จะมีผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรเท่ากับ $62 * 3,677.8 * 10^{-4} = 0.912$ ล้านผู้ป่วยบาดเจ็บ

⁴ ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลอุบัติเหตุการจราจรทางบกช่วงสงกรานต์ (http://www.trauma.or.th/narenthorn_center/summery.htm access 19/8/03) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยในประมาณ 25% ในขณะที่ข้อมูลจากกองระบาดวิทยาเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 15 แห่งในปี 2541 พบว่าโดยเฉลี่ย 14% ของผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ในขณะที่ สัดส่วนนี้เป็น 46% ในกรณีโรงพยาบาลนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ตาราง 2 ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอกทุกประเภท (OPD) ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท (ER) ผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุจราจร (OP--TA) ของโรงพยาบาลต่างๆ

ปีการศึกษา	โรงพยาบาล	ต้นทุนผู้ป่วย นอก ทั่วไป	ต้นทุนผู้ป่วยนอก ER	ต้นทุน OP— TA*	ratio OP--TA to OPD
2539	รพ.ชลบุรี (ขวัญใจ 2539)	125	209	313	2.50
2539	รพ.ขอนแก่น	236	268	402	1.70
2540	รพ.ขอนแก่น	242	304	456	1.89
2541	รพ.ตรัง (กัญญา 2542)	206	198	296	1.44
2541	รพ.ขอนแก่น	286	286	429	1.50
2542	รพ.บางบัว (ธนดิษฐ์ 2543)	133	363	544	4.10
2542	รพ.ขอนแก่น	258	299	449	1.74
2543	รพ.หาดใหญ่	220	415	623	2.82
2543	รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร	450	653	980	2.18
	un-weighted average				2.21

Note: *กำหนดให้ต้นทุนต่อครั้งของ OP—TA เท่ากับ 1.5 เท่าของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ER

อ้างอิงการคำนวณอัตราค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่ายรายหัวประชากร ปี 2546 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่คำนวณจาก ต้นทุนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลทุกระดับอยู่ที่ 185.55 บาทต่อครั้ง⁵ ถ้าค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุจราจร เป็น 2.21 เท่าของผู้ป่วยนอกรวมทุกประเภท (OPD) ดังนั้นบนฐานเดียวกันกับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร ปี 2546 พบว่า ค่ารักษาพยาบาล OP--TA อยู่ที่ 410 บาทต่อครั้ง⁶ และค่ารักษาพยาบาล OP--TA เท่ากับ 0.9 ล้านบาทผู้ป่วยนอกคูณด้วยต้นทุน 410 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ 369 ล้านบาททั่วประเทศ

1.3 ประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร (IP--TA)

คำนวณจากข้อมูล DRG ผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร จำนวน 149,628 admissions (ข้อมูลจาก นพ. ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว ปี 2545) ในโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ทั้ง 5 ระดับ พบว่าต้นทุนเฉลี่ย 15,061 บาทต่อรายผู้ป่วยใน (ตาราง 3) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร (IP--TA) เท่ากับ 0.3 ล้านบาท คูณด้วยต้นทุน 15,061 บาทต่อราย เท่ากับ 4,518.3 ล้านบาททั่วประเทศ

⁵ capitation of OPD = 525 Baht per capita From Health and Welfare survey 2001 found that illness rate of general population is 4.10 time per person per year of which 69% need institutional care or 2.83 times per person per year. Therefore the capitation was calculated at 185.55 Baht per OPD visit.

⁶ กรณีศึกษา อินทรีปาวา 2539 ต้นทุนผู้ป่วยศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อเท่ากับ 348 และ 424 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกตามลำดับ

ตาราง 3 ต้นทุนผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร (IP—TA) สถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปี 2545*

ระดับ โรงพยาบาล	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย relative weight ต่อรายผู้ป่วยใน	ต้นทุนบาท ต่อ RW	ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน อุบัติเหตุจราจร
1	44,875	0.607	10,000	6,070
2	55,173	1.025	10,000	10,245
3	48,337	1.304	14,000	18,259
4	617	1.062	10,000	10,625
5	626	1.882	16,000	30,106
ทุกระดับ	149,628	0.993		15,061

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลของ นพ.ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย

เมื่อเปรียบเทียบกับค่ารักษา ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บในกรณีผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร จากการศึกษาของ วรณภา สุมิ รัตนะ 2539 พบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยใน (charge) ของผู้ป่วย 300 รายในโรงพยาบาลสามแห่งเท่ากับ 18,768.9 บาท (ต้นทุนของผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, เลิดสิน, และราชวิถี เท่ากับ 25,704, 15,893, และ 14,501 บาทต่อราย ตามลำดับ) และเมื่อปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Consumer Price Index – Medical care) จากต้นทุนปี 2539 เป็นปี 2545 จะเท่ากับเฉลี่ย 22,884 บาทต่อรายในปี 2545 ซึ่งโรงพยาบาลทั้งสามแห่งน่าจะเทียบเท่ากับโรงพยาบาลในระดับ 3 ในฐานข้อมูลของนพ.ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วโรงพยาบาลกลุ่มนี้จะได้รับการจ่ายคืนสำหรับการดูแลผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจรเท่ากับ 18,259 บาทต่อราย ดังนั้นค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บโดยเฉลี่ยจะมีค่าสูงกว่าที่โรงพยาบาลได้รับ

การศึกษานี้ แตกต่างจากผลการศึกษาของรุ่งนภา กระดังงา ซึ่งวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุจราจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2541 พบว่ามีผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจร 186 ราย มีวันนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 2,931 วัน วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 15.8 วันต่อรายผู้ป่วยใน ต้นทุน (รวมค่าลงทุนด้วย) เท่ากับ 5,948.9 บาทต่อวันนอน หรือเท่ากับ 93,742.3 บาทต่อรายผู้ป่วยใน ทั้งนี้ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะระดับของความรุนแรงของผู้ป่วยต่างกันเนื่องจากระดับของสถานพยาบาลต่างกัน ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์น่าจะมี case-mix severity มากกว่าผู้ป่วยในฐานข้อมูลของ ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย

เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปต่างๆ พบว่าค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อรายผู้ป่วยในอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งมีพิสัยตั้งแต่ 6,812 บาท⁷ (ภูษิต ประคองสาย และคณะ 2545) ถึง 6,847.7 บาท⁸ (สุกัลยา คงสวัสดิ์ 2542) และ 7,124.7 บาท⁹ (ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย และคณะ 2543)

⁷ median value

⁸ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับ 6,477 บาทในปี 2542 ปรับด้วยดัชนีผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นค่าในปี 2545 เท่ากับ 6,847.7 บาท

1.4 ประเมินการสิ้นไหมทดแทนกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

จากข้อมูลกรมการประกันภัย พบว่า มีการจ่ายค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิตประมาณปีละ 13,119 ราย¹⁰ และอัตราค่าสินไหมทดแทนเท่ากับ 80,000 บาทต่อราย คิดเป็นค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิตเท่ากับ 13,119 ราย คูณกับ 80,000 บาทต่อราย เท่ากับ **1,050 ล้านบาททั่วประเทศ**

1.5 ประเมินการสิ้นไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพจากอุบัติเหตุจราจร

เนื่องจากไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุการจราจร ผู้สังเกตการณ์ (key informants) แนะนำให้ประมาณการจำนวนผู้ทุพพลภาพเป็นร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิต ดังนั้น ค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพเท่ากับ 0.1 เท่าของจำนวนผู้เสียชีวิต 13,119 ราย คูณด้วย 80,000 บาทต่อราย เท่ากับ **105 ล้านบาททั่วประเทศ**

ค่าใช้จ่ายดำเนินการเพื่อการเคลื่อนย้ายและดูแลผู้ป่วยก่อนโรงพยาบาล (pre-hospital care) ซึ่งประมาณไว้เท่ากับ 18 บาทต่อประชากร¹¹ จะมีค่าใช้จ่าย pre-hospital care เท่ากับ 18 บาทต่อหัวประชากร คูณด้วย 62 ล้านคน เท่ากับ **1,116 ล้านบาททั่วประเทศ**

รวมค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการจราจร กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ และกรณีเสียชีวิต สำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรทางบกเท่ากับ **7,158 ล้านบาท** (ตาราง 4)

⁹ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับ 6,909 บาทในปี 2543 ปรับด้วยดัชนีผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นค่าในปี 2545 เท่ากับ 7,124.7 บาท

¹⁰ ตัวเลขนี้ใกล้เคียงกับข้อมูลที่รายงานโดย กลุ่มควบคุมป้องกันการบาดเจ็บและปัญหาจากสุรา สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งรายงานว่าจำนวนตายด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก เท่ากับ 11,315 12,936 และ 12,722 ในปี 2542 2543 และ 2544 ตามลำดับ

¹¹ สันต์ หัตถิรัตน์ ต้นทุนสำหรับบริการก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care)

ตาราง 4 รายจ่าย 5 ประเภท รวม pre-hospital care ตาม พ.ร.บ. คຸ່ມครองຜູ້ປະສບຖຳຈາກຣດ

	ล้านบาท	%
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุการจราจร	369	5%
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในอุบัติเหตุการจราจร	4,518	63%
ค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิต	1,050	15%
ค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ	105	1%
ค่าใช้จ่าย pre-hospital care	1,116	16%
ประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดเนื่องจากอุบัติเหตุการจราจร	7,158	100%

ตอนที่ 2 แหล่งการคลังจากภาษีน้ำมัน

การเก็บเบี่ยประกันภัยตาม พ.ร.บ.นี้ แม้จะเป็นภาคบังคับ ยังมีปัญหาการบังคับใช้ เพื่อให้ทุกคนมีประกัน จำนวนรถที่จดทะเบียนกับกรมการขนส่งทางบก แต่ไม่ทำประกันภัยตาม พ.ร.บ. มีจำนวนมาก โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนถึง 16 ล้านคัน แต่ทำประกันภัยตาม พ.ร.บ.นี้ เพียงแค่ 6 ล้านคันเท่านั้น¹² เมื่อการบังคับใช้ตาม พ.ร.บ. นี้มีปัญหาในเชิงปฏิบัติ ผู้วิจัยมีแนวคิดเก็บภาษีน้ำมันจากหัวจ่าย (pay at the pump) จากผู้บริโภคน้ำมันโดยตรง

ผู้บริโภคน้ำมันทุกคนมีหน้าที่ร่วมจ่ายเงินเข้ากองทุนนี้เพื่อการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคนตาม พ.ร.บ.นี้ แนวคิดนี้มีความเป็นไปได้ทางการบริหารจัดการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถเก็บรายได้เพื่อการคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคนทุกครั้งที่มีการซื้อน้ำมันเชื้อเพลิง มีประสบการณ์การจัดภาษีน้ำมันเฉพาะ (earmarked tax) ในต่างประเทศ เช่น ประเทศในแอฟริกาใต้¹³ และสามารถบังคับใช้ได้เต็มร้อย

ผู้วิจัยคำนวณภาษีน้ำมันที่ต้องจัดเก็บเพิ่มจากราคาขายปลีกในปัจจุบัน เพื่อให้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและค่าสินไหมทดแทนภายใต้พ.ร.บ.คຸ່ມครองຜູ້ປະສບຖຳຈາກຣດ จำนวน 7,158 ล้านบาท (ตาราง 4)

2.1 การบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงของครัวเรือน

ตาราง 5 แสดงมูลค่า (บาท) การบริโภคน้ำมันของครัวเรือน ในปี 2545 ครัวเรือนไทย รายงาน การบริโภคน้ำมันทั้งสิ้น 8,619.8 ล้านบาทต่อเดือน หรือ 103,437,606,151 ล้านบาทต่อปี

¹² สำนักนายทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ. รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ครั้งที่ 2/2546 เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2546.

¹³ Road Accident Fund Commission, The Republic of South Africa.

ตาราง 5 มูลค่าการบริโภคน้ำมันโดยครัวเรือน (บาทต่อเดือน) ตามประเภทน้ำมันและเดซิลรายได้, 2545

Income decile	Octane 87	Octane 91, 92	Octane 95	Fast Diesel	Low Diesel	Total consumption Baht
1	6,205,371	230,343,470	15,540,782	38,703,724	5,079,149	295,872,496
2	8,984,543	270,431,051	22,239,585	55,666,534	853,353	358,175,065
3	10,412,563	286,233,798	35,475,687	70,472,308	2,768,900	405,363,255
4	9,050,888	321,702,169	49,557,891	93,894,982	4,447,255	478,653,187
5	16,009,992	345,413,680	67,018,738	117,071,964	4,789,677	550,304,050
6	13,609,147	348,422,317	88,138,625	177,139,878	3,547,186	630,857,153
7	8,923,479	345,295,523	89,557,516	269,508,753	1,587,311	714,872,583
8	11,628,166	451,951,794	155,607,973	412,013,421	4,531,064	1,035,732,418
9	15,457,639	486,835,323	251,457,259	526,616,520	4,193,567	1,284,560,308
10	23,892,680	933,367,155	1,263,947,297	636,594,042	7,608,823	2,865,409,998
Total	124,174,469	4,019,996,279	2,038,541,353	2,397,682,127	39,406,285	8,619,800,513

ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้วิจัยคำนวณมูลค่าการบริโภคน้ำมัน (บาท) ให้เป็นปริมาณการบริโภคน้ำมัน (ลิตร) ของครัวเรือน โดยใช้ราคาจำหน่ายปลีกในตลาดในปี 2545 เป็นตัวหาร ตาราง 6 แสดงปริมาณการบริโภคน้ำมัน คำนวณจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2545 พบว่า ครัวเรือนไทยบริโภคน้ำมันทั้งปีเท่ากับ 7,179.5 ล้านลิตร

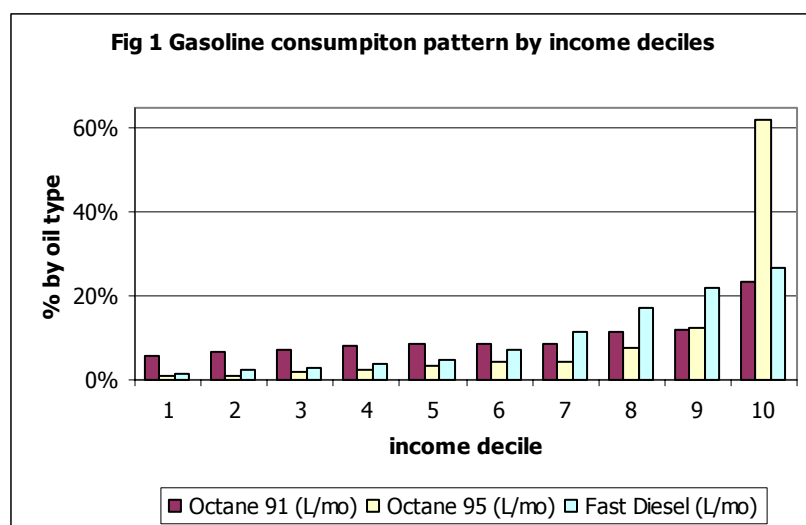
สำนักงานคณะกรรมการ นโยบายพลังงานแห่งชาติรายงานการบริโภคน้ำมันทั้งสิ้น ของประเทศไทย ในปี 2544 เท่ากับ 22,090 ล้านลิตร ผู้วิจัยทำการปรับปริมาณการบริโภคน้ำมันของครัวเรือน 7,179.5 ล้านลิตร ให้เท่ากับ 22,090 ล้านลิตร ในปี 2544 โดยใช้สัดส่วนการบริโภคเดิมของครัวเรือน

น้ำมันที่ใช้มากได้แก่ น้ำมัน เบนซิน ออกเทน 91, ดีเซลหุมนเร็ว และเบนซินออกเทน 95 คิดเป็นร้อยละ 46, 30 และ 22 ของปริมาณการใช้น้ำมันทั้งสิ้น 22,090 ล้านลิตร (ตารางที่ 6)

ตาราง 6 การบริโภคน้ำมันประเภทต่างๆ ตามเดซิส์ของรายได้ของครัวเรือน ล้านลิตรต่อปี

เดซิส์ตามรายได้ครัวเรือน	Octane 87	Octane 91	Octane 95	Fast Diesel	Low Diesel	ทุกประเภท
1 (กลุ่มครัวเรือนที่จนที่สุด)	5%	6%	1%	2%	13%	3%
2	7%	7%	1%	2%	2%	4%
3	8%	7%	2%	3%	7%	5%
4	7%	8%	2%	4%	11%	6%
5	13%	9%	3%	5%	12%	6%
6	11%	9%	4%	7%	9%	7%
7	7%	9%	4%	11%	4%	8%
8	9%	11%	8%	17%	11%	12%
9	12%	12%	12%	22%	11%	15%
10 (กลุ่มครัวเรือนที่รวยที่สุด)	19%	23%	62%	27%	19%	33%
รวม	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ปริมาณบริโภค ล้านลิตรต่อปี	306	10,229	4,853	6,592	110	22,090
ร้อยละ	1%	46%	22%	30%	0%	100%

เมื่อพิจารณาประเภทการบริโภคน้ำมันพบว่า ครัวเรือนที่มีรายได้สูงบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงมากกว่าครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ และยังพบว่าร้อยละ 60 ของน้ำมันออกเทน 95 บริโภคโดยครัวเรือนที่รวยที่สุดของประเทศ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แบบแผนการบริโภคน้ำมันออกเทน 91, 95 และดีเซลหมุนเร็ว ตามเดซิส์ของรายได้ครัวเรือน

2.2 ภาษีน้ำมันที่เก็บเพิ่มเพื่อการ ค้ำครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน

คำนวณภาษีที่ต้องทำการเก็บเพิ่มต่อน้ำมันหนึ่งลิตร เท่ากับ รายจ่ายสำหรับผู้ประสบภัยจากรถทุกคน ที่ประมาณการคือ 7,158 ล้านบาท หาดด้วยปริมาณการบริโภคน้ำมันทั้งปีของประเทศไทย 22,090 ล้านลิตร พบว่า ต้องเก็บภาษีเพิ่มขึ้นอีก 0.32 บาทต่อลิตร (7,158 ล้านบาท หาดด้วย 22,090 ล้านลิตร = 0.32 บาทต่อลิตร)

ผู้วิจัยกำหนด 5 ทางเลือกของการจัดเก็บภาษีน้ำมันต่อลิตร โดยกำหนดให้ น้ำมันเบนซินออกเทน 95 มีอัตราภาษีสูงกว่า น้ำมันประเภทอื่นๆ เพื่อให้ผู้มีรายได้สูง ภาระภาษีมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ การที่ผู้ใช้น้ำมันออกเทน 95 ส่วนใหญ่อยู่ใน กลุ่มครัวเรือนที่รวยที่สุดของประเทศเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายสูงที่สุด ตารางที่ 7 แสดงห้าทางเลือก โดยทุก ทางเลือกสามารถเก็บภาษีจากน้ำมันได้เพียงพอกับความต้องการสำหรับผู้ประสบภัยจากรถทุกคนในประเทศ ทั้งสิ้น 7,158 ล้านบาท โดยที่แบบแผนและปริมาณการบริโภคน้ำมันของประเทศไม่เปลี่ยนแปลง จากการจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้นนี้

ตาราง 7 ทางเลือกการจัดเก็บภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงเพิ่มเติมจากเดิม (บาทต่อลิตร) จากน้ำมัน 2 กลุ่ม

ทางเลือกที่	น้ำมันอื่นๆ ยกเว้น ออกเทน 95	น้ำมันออกเทน 95	ความแตกต่างระหว่าง ออกเทน 95 ต่อ 91
1	0.32	0.32	1.0 เท่า
2	0.29	0.44	1.5 เท่า
3	0.26	0.55	2.1 เท่า
4	0.23	0.67	3.0 เท่า
5	0.19	0.78	4.0 เท่า

ทางเลือกที่ 1 กำหนดให้เก็บภาษีน้ำมันทุกประเภทเพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 32 สตางค์

ทางเลือกที่ 2 กำหนดให้ น้ำมันประเภทอื่นๆ ยกเว้น ออกเทน 95 เก็บต่ำกว่าลิตรละ 32 สตางค์ในทางเลือก 1 โดยเก็บ เพียงร้อยละ 90 ของ 32 สตางค์ กล่าวคือ 29 สตางค์ เมื่อเป็นเช่นนั้น ต้องจัดเก็บภาษีจากน้ำมันออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีก ลิตรละ 44 สตางค์เพื่อให้มีรายได้ 7,158 ล้านบาทต่อปี

ทางเลือกที่ 3 กำหนดให้เก็บภาษีน้ำมันประเภทอื่นยกเว้น ออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 26 สตางค์ หรือเท่ากับร้อยละ 80 ของ 32 สตางค์ในทางเลือกที่ 1 และจะต้องจัดเก็บภาษี จากน้ำมันออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 55 สตางค์เพื่อให้มี รายได้ 7,158 ล้านบาทต่อปี

ทางเลือกที่ 4 กำหนดให้เก็บภาษีน้ำมันประเภทอื่นยกเว้น ออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 23 สตางค์ หรือเท่ากับร้อยละ 70 ของ 32 สตางค์ในทางเลือกที่ 1 และจะต้องจัดเก็บภาษี จากน้ำมันออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 67 สตางค์เพื่อให้มี รายได้ 7,158 ล้านบาทต่อปี

ทางเลือกที่ 5 กำหนดให้เก็บภาษีน้ำมันประเภทอื่นยกเว้น ออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 19 สตางค์ หรือเท่ากับร้อยละ 60 ของ 32 สตางค์ในทางเลือกที่ 1 และจะต้องจัดเก็บภาษี จากน้ำมันออกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีกลิตรละ 78 สตางค์เพื่อให้มี รายได้ 7,158 ล้านบาทต่อปี

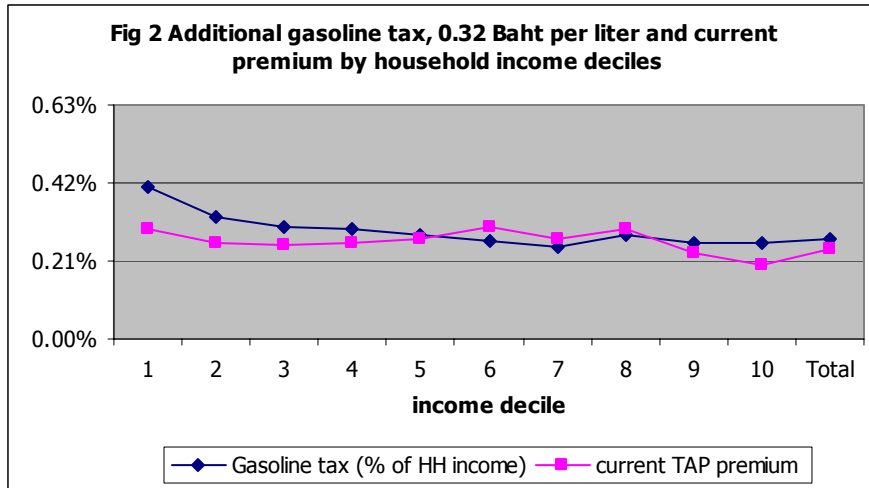
เพื่อให้การวิเคราะห์เข้าใจง่าย ข้อกำหนดเหล่านี้ ไม่ได้คำนึงถึงความยืดหยุ่น (การเปลี่ยนแปลง) ของราคาน้ำมันต่อปริมาณการบริโภค (price elasticity of demand for gasoline) ทั้งปริมาณ และประเภทของน้ำมันที่บริโภคโดยครัวเรือน ไม่ว่าจะเป็นผู้บริโภคในกลุ่มเดโชส์ใดก็ตาม

2.3 ภาระภาษีน้ำมันตามเดโชส์ของรายได้ของครัวเรือน

ในทางเลือกที่ 1 ซึ่งจัดเก็บภาษีเพิ่มอีกอัตราละ 32 สตางค์ ใหม่น้ำมันประเภทใด เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ รายจ่ายเบี่ยประกัน ตามพ.ร.บ. ฉบับนี้ ซึ่งคำนวณจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ภาษีน้ำมันที่เพิ่มขึ้น 32 สตางค์ต่อลิตรเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายได้ พบว่า การเก็บภาษีน้ำมันอัตราเดียว สำหรับน้ำมันทุกประเภท มีลักษณะถดถอย เนื่องจาก ครัวเรือนจนที่สุด รับภาระภาษีน้ำมันนี้ร้อยละ 0.41 ของรายได้ครัวเรือน เทียบกับร้อยละ 0.26 สำหรับครัวเรือนรวยที่สุด การจ่ายเบี่ยประกันตาม พ.ร.บ. นี้ พบว่า มีความถดถอยน้อยกว่าการเก็บภาษีน้ำมันอัตราเดียว โดยครัวเรือนจนที่สุดจ่ายเบี่ยประกันร้อยละ 0.3 ของรายได้ และครัวเรือนรวยที่สุด จ่ายร้อยละ 0.2 ของรายได้ ดูตารางที่ 8 และภาพที่ 2

ตาราง 8 ร้อยละของรายได้ครัวเรือนที่จ่ายสำหรับภาษี 32 สตางค์ที่เก็บเพิ่ม และรายจ่ายเบี่ยประกันตามพ.ร.บ.ปัจจุบัน

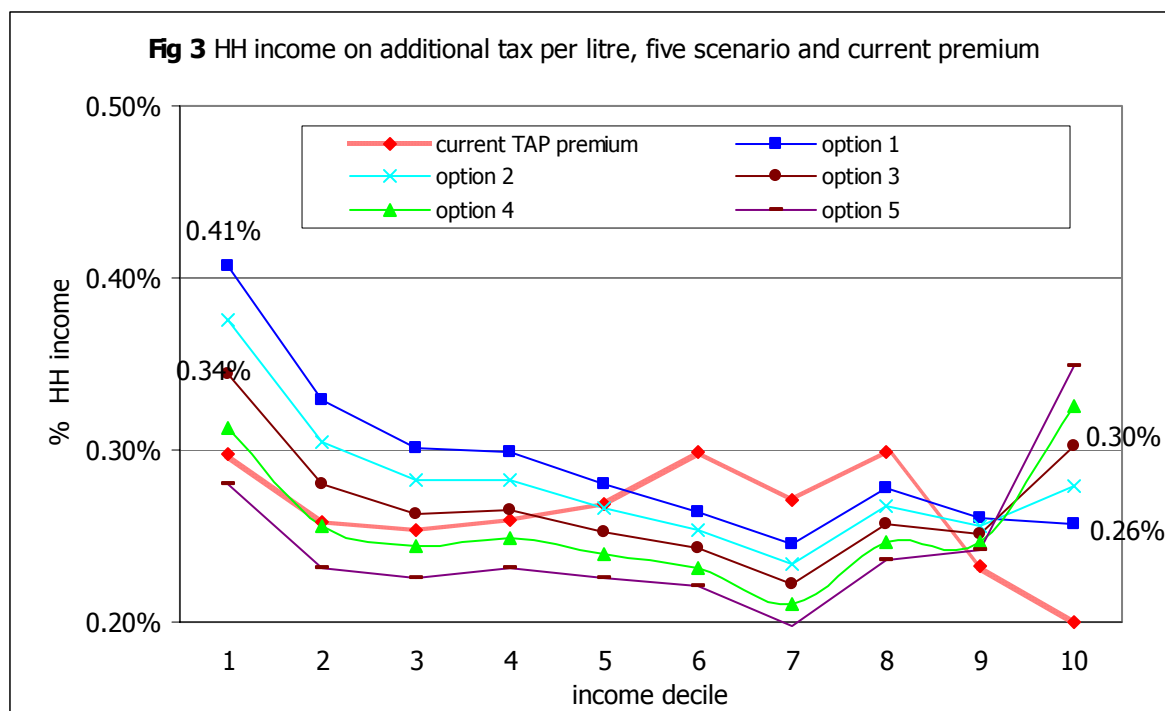
ครัวเรือนตามกลุ่มเดโชส์	ภาษีเพิ่มขึ้น 32 สตางค์ ต่อลิตร (% รายได้ครัวเรือน)	รายจ่ายเบี่ยประกัน พ.ร.บ. (% ของรายได้ครัวเรือน)
1 (กลุ่มครัวเรือนจนที่สุด)	0.41%	0.30%
2	0.33%	0.26%
3	0.30%	0.25%
4	0.30%	0.26%
5	0.28%	0.27%
6	0.26%	0.30%
7	0.25%	0.27%
8	0.28%	0.30%
9	0.26%	0.23%
10 (กลุ่มครัวเรือนรวยที่สุด)	0.26%	0.20%
รวมทุกเดโชส์	0.27%	0.24%



ภาพที่ 2 ร้อยละของรายได้ครัวเรือนที่จ่ายสำหรับภาษี 32 สตางค์ที่เก็บเพิ่ม และรายจ่ายเบี้ยประกันตามพ.บ.ปัจจุบัน

เมื่อใช้แบบแผนการบริโภคน้ำมันของครัวเรือนแต่ละรายได้ต่างๆ ผู้วิจัยวิเคราะห์ภาระภาษีน้ำมันเป็นร้อยละของรายได้ครัวเรือนตามอัตราภาษีทั้งห้าทางเลือก ผลแสดงในภาพที่ 3 การเก็บภาษีน้ำมันในอัตราที่เท่ากันทุกชนิด (ทางเลือกที่ 1) ส่งผลให้ครัวเรือนที่จนที่สุดต้องรับภาระภาษีน้ำมันมากที่สุด (ร้อยละ 0.41 ของรายได้) เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่า (ร้อยละ 0.26) ทางเลือกที่ 1 ถดถอยมากที่สุด 5 ทางเลือก เนื่องจากคนจนต้องรับภาระภาษีน้ำมันเพื่อใช้ค่ารักษาพยาบาลและค่าสินไหมทดแทนตาม พ.ร.บ.นี้สำหรับผู้ใช้น้ำมันทุกคนที่ประสบภัยจากรถ

การปรับการจัดเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มเติม สำหรับน้ำมันทุกประเภทยกเว้นออกเทน 95 ให้ต่ำกว่า 32 สตางค์ต่อลิตร เช่น เป็นร้อยละ 90, 80, 70 และ 60 ของอัตรา 32 สตางค์ต่อลิตร และในทางกลับกัน ต้องจัดเก็บภาษีต่อลิตร เพิ่มขึ้นจากน้ำมันออกเทน 95 สูงกว่าน้ำมันชนิดอื่นๆ ดังปรากฏในทางเลือกที่ 2, 3, 4 และ 5 มีผลให้ครัวเรือนจนสุด ต้องรับภาระภาษีน้ำมันน้อยลง ตามลำดับ และในทางกลับกันครัวเรือนรวยสุด ต้องรับภาระต่อภาษีน้ำมันสูงขึ้น ตามลำดับ



ภาพที่ 3 ภาระภาษีน้ำมันที่เก็บเพิ่ม เทียบรายได้ของครัวเรือน เปรียบเทียบ 5 ทางเลือกและเบี้ยประกันปัจจุบัน

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ทางเลือกที่ 3 เก็บภาษีน้ำมันนอกเทน 95 เพิ่มขึ้นอีก 55 สตางค์ต่อลิตร ส่วนภาษีน้ำมันชนิดอื่นๆ เท่ากับ 26 สตางค์ต่อลิตร ภาษีน้ำมันที่เก็บเพิ่มต่อลิตรจากนอกเทน 95 คิดเป็น 2.1 เท่าของภาษีน้ำมันที่เก็บเพิ่มต่อลิตร สำหรับน้ำมันชนิดอื่นๆ น่ามีความเป็นไปได้ด้านการยอมรับของสังคม

ในทางวิชาการนั้น ภาระของภาษีน้ำมันต่อกลุ่มครัวเรือนที่จนที่สุด (ร้อยละ 0.34) และรวยที่สุด (ร้อยละ 0.30) ไม่แตกต่างกันมากนัก การเก็บภาษีน้ำมันต้องไม่เป็นภาระสำหรับกลุ่มคนจนมากเกินไป ต้องให้มีการรับภาระภาษีน้ำมันอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุดในกลุ่มรายได้ต่างๆ ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงการยอมรับความแตกต่างในอัตราภาษีน้ำมันนอกเทน 95 กับน้ำมันชนิดอื่นๆ ด้วย ทางเลือกที่ 3 นี้มีความแตกต่างกันเพียง 2.1 เท่า อัตราภาษีก็ไม่ได้สูงมากนัก อัตรานี้ยังน้อยกว่าการปรับค่าน้ำมันขึ้นตามราคาน้ำมันในตลาดโลกในบางครั้ง

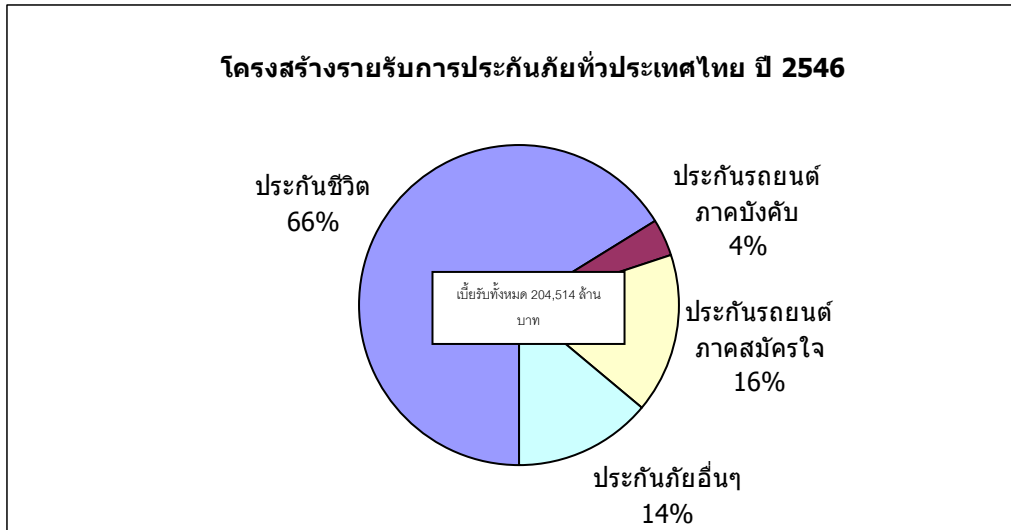
ตอนที่ 3 ทางเลือกเชิงนโยบายและบทอภิปราย

เมื่อประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ 2545 โดยที่คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการไม่ว่าเจ็บป่วย ธรรมดาหรือประสพภัยจากโรคแล้ว พระราชบัญญัติฯ นี้ไม่น่าจะมีความจำเป็นอีกต่อไป จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณา ทางเลือกในการปฏิรูป เพื่อการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากโรคทุกคน ในบริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเหมาะสม

พระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นการประกันภัยภาคบังคับที่มีหลัก “ไม่กำไร-ไม่ขาดทุน” ผลการดำเนินงานของบริษัทประกัน วิทยาศาสตร์ ตามรายงานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ปี 2545 พบว่า ค่าสินไหมทดแทนที่จ่ายให้แก่ผู้ประสพภัย คิดเป็นเพียงร้อยละ 52 ของเบี้ยประกันรับสุทธิ ค่าบริหารจัดการในการเก็บเบี้ยประกันและการจ่ายสินไหมทดแทนสูงมาก ถึงร้อยละ 41 (2,870 ล้านบาท) ที่เหลือร้อยละ 7 เป็นกำไรของบริษัท ผลกำไรสะสมในพ.ศ.2542-2545 มีสูงถึง 3,300 ล้านบาท (ตารางที่ 9) เมื่อวิเคราะห์ระบบประกันทั้งหมด เบี้ยประกันรับจาก พ.ร.บ. นี้ เป็นร้อยละ 4 เบี้ยประกันวิทยาศาสตร์ และเบี้ยประกันชีวิตทั้งหมดในประเทศไทยในปี 2546 (ภาพที่ 4)

ตาราง 9 ผลประกอบการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสพภัยจากโรค พ.ศ.2535, ล้านบาท

	2542	2543	2544	2545
1. เบี้ยประกันภัยรับที่ถือเป็นรายได้	6,465	6,779	7,111	7,003
2. ค่าสินไหมทดแทนที่เกิดขึ้นระหว่างปี	3,283	2,944	3,314	3,674
ร้อยละของเบี้ยประกันรับ	51%	43%	47%	52%
3. ค่าใช้จ่ายต่างๆในการบริหารจัดการ	2,329	2,450	3,194	2,870
ร้อยละของเบี้ยประกันรับ	36%	36%	45%	41%
4. กำไร	852	1,385	603	459
5. กำไรสะสม 4 ปี 2542-2545				3,300



ภาพที่ 4 รายรับเบี้ยประกันภัยชีวิตและประกันวินาศภัย ปี 2546

หลักการสำคัญ ของการปฏิรูป คือ

1. การคุ้มครองประสพภัยทุกคน ไม่ว่าผู้ประสพภัยนั้น เกิดจาก การกระทำให้รถ ที่มี หรือไม่มีประกัน ตาม พ.ร.บ.
2. การบริหารจัดการระบบ ต้องมีค่าบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของเบี้ยประกัน

ทางเลือกการปฏิรูป ผู้วิจัยเสนอ 3 ทางเลือกหลัก จำแนกตามแหล่งเงินของการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากกรรณ ดูรายละเอียดของ สาระสำคัญของการดำเนินการ ในตาราง 10

ตาราง 10 ทางเลือกการปฏิรูป จำแนกตามแหล่งเงินของการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

แหล่งเงิน	สาระสำคัญของการดำเนินการ
ทางเลือกที่หนึ่ง เบี้ยประกันฯจาก เจ้าของรถ ตาม พ.ร.บ.	
อนุรักษ์นิยม Conservative reform	- ปรับลดเบี้ยประกันให้เหมาะสมกับ loss ratio เบี้ยประกันปัจจุบันสามารถลดลงได้ไม่น้อยกว่า 35% - ปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารเพื่อให้การคุ้มครอง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายการบริหารต้องไม่เกิน 10%, อาจจะมีรายจ่ายค่าการตลาด แต่ถูกควบคุมทางอ้อม จากค่าใช้จ่ายการบริหาร - ปรับปรุงประสิทธิภาพของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ให้กรมประกันภัย จ่ายสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบภัยที่เกิดจากรถที่ไม่มีประกัน ให้เป็นสิทธิของผู้ประสบภัยทุกคน - ขยายการครอบคลุม โดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด และกว้างขวาง - บรรลุการครอบคลุมผู้ประสบภัยทุกคนได้ยากมาก
ปฏิรูปเล็กน้อย (Minor reform)	- แก้ไขพ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ - จ้างให้บริษัทประกันวินาศภัยจัดเก็บเบี้ยประกัน, ดันทุนการบริหารจัดเก็บต่ำ มีประสิทธิภาพ - เบี้ยประกันที่จัดเก็บได้หลังหักค่าใช้จ่าย ให้ส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการจ่ายทดแทน<u>ผู้ประสบภัยทุกคน</u> ไม่ว่าจะเกิดโดยรถที่มี และไม่มีประกัน - ให้สปสช. บริหารรายจ่ายกรณีคำรักษาพยาบาล ส่วนกรณีทุพพลภาพ และตายอาจมอบหมายให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการโดยให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการด้วย
ปฏิรูปใหญ่ (Major reform)	- แก้ไขพ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ - มอบหมายให้กรมขนส่งทางบก เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันพร้อมกับการต่อทะเบียนรถยนต์ โดยจัดสรรเบี้ยประกันฯ บางส่วนให้เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บ - ดันทุนการบริหารจัดเก็บต่ำ มีประสิทธิภาพ ไม่มีรายจ่ายค่าการตลาด - เบี้ยประกันที่จัดเก็บได้หลังหักค่าใช้จ่าย ให้ส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจ่ายทดแทน<u>ผู้ประสบภัยทุกคน</u> ไม่ว่าจะเกิดโดยรถที่มี และไม่มีประกัน - ให้สปสช. บริหารรายจ่ายกรณีคำรักษาพยาบาล ส่วนกรณีทุพพลภาพ และตายอาจมอบหมายให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการโดยให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการด้วย
ทางเลือกที่สอง ใช้ภาษีทั่วไป	- ยกเลิก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ - ขยายอัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมรายจ่ายกรณีอุบัติเหตุจากรถ - กรณีผู้ประสบภัยจากรถอยู่ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือ ประกันสังคม ให้ครอบคลุมในโครงการนั้นๆ ตามเงื่อนไขที่กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคมกำหนด - ทางเลือกนี้ ครอบคลุม<u>ผู้ประสบภัยทุกคน</u>
ทางเลือกที่สาม ใช้ ภาษี น้ำมัน เชื้อเพลิงเฉพาะ	- ยกเลิก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ - ดันทุนการบริหารจัดเก็บ เกือบจะเท่ากับศูนย์ เนื่องจากเป็นการเก็บภาษีจาก หัวจ่ายน้ำมันเชื้อเพลิงโดยตรง เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่มีค่าการตลาด - เก็บภาษีน้ำมัน โดยเก็บจากน้ำมันออกเทน 95 สูงกว่าน้ำมันชนิดอื่น (ออกเทน 91, ดีเซล) เพื่อการรักษายาบาล การตาย และทุพพลภาพ แก่<u>ผู้ประสบภัยทุกคน</u> - ภาษีที่เก็บได้นำส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดำเนินการจ่ายทดแทนผู้ประสบภัยทุกคน - ให้สปสช. บริหารรายจ่ายกรณีคำรักษาพยาบาล ส่วนกรณีทุพพลภาพ และตายอาจมอบหมายให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการโดยให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการด้วย

3.1 ทางเลือกที่หนึ่ง อาศัยแหล่งเงินจากเบี้ยประกันฯจากเจ้าของรถ ตาม พ.ร.บ.

มี 3 ทางเลือกย่อยได้แก่

3.1.1 อนุรักษ์นิยม

ทางเลือกนี้ น่าจะสามารถปรับลดเบี้ยประกันลงได้ แม้ว่าจะมีแรงเสียดทานจากบริษัทประกันวินาศภัย และกรมการประกันภัยก็ตาม เชื่อได้ว่า สาธารณชนจะสามารถตัดสินใจในเรื่องเบี้ย เมื่อได้รับทราบข้อเท็จจริงต่างๆ อย่างถ่องแท้ แต่

ทางเลือกนี้ ไม่น่าจะบรรลุหลักการของการคุ้มครองประสพภัยทุกคนได้ เนื่องจากข้อจำกัดในการบังคับกฎหมาย ให้ครอบคลุมรถทุกคันได้

3.1.2 ปฏิรูปเล็กน้อย

ทางเลือกนี้ ต้องแก้ไข พ.ร.บ. ฉบับนี้ บริษัทประกันวินาศภัยมีหน้าที่จัดเก็บเบี้ยประกัน และได้รับค่าตอบแทนในการบริหารการจัดเก็บ เบี้ยประกันสุทธิที่ได้ ส่งมอบให้ สปสช. เป็นผู้บริหาร ในด้านการจ่ายเงินทดแทน และค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเบี้ยประกันสุทธิที่ได้ เกือบจะเพียงพอสำหรับการจัดบริการรักษาพยาบาล การตาย และการทุพพลภาพ สำหรับผู้ประสพภัยทุกคน สปสช. อาศัยกลไกที่มีอยู่ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และอาจจะขอความร่วมมือให้สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เป็นผู้บริหารการจ่ายเงินทดแทน กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย ซึ่งสำนักงานประกันสังคม มีประสบการณ์ ค่อนข้างยาวนานอยู่แล้ว

ทางเลือกนี้ สามารถบรรลุหลักการสำคัญ 2 ข้อ คือ การคุ้มครองผู้ประสพภัยทุกคน และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

3.1.3 ปฏิรูปใหญ่

ทางเลือกนี้ ต้องแก้ไข พ.ร.บ. ฉบับนี้ ในขณะที่ต่อทะเบียนรถยนต์ประจำปี ที่สำนักงานขนส่งจังหวัด หรือหน่วยงานของกรมขนส่งทางบก เป็นโอกาสที่ดีที่สุดในการจัดเก็บเบี้ยประกัน ด้วยต้นทุนการบริหารค่อนข้างต่ำ จัดสรรบางส่วนของเบี้ยประกันให้กรมขนส่งทางบกเป็นค่าบริหารการจัดเก็บเบี้ยประกันภัย เบี้ยประกันสุทธิ นำส่งให้ สปสช. ดำเนินการจ่ายสินไหมทดแทน และค่ารักษาพยาบาล ดังเช่นทางเลือกที่ 2 ทางเลือกนี้ สามารถบรรลุหลักการสำคัญ 2 ข้อ คือ การคุ้มครองผู้ประสพภัยทุกคน และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

3.2 ทางเลือกที่สอง ใช้ภาษีทั่วไป

ทางเลือกนี้ ต้องทำการยกเลิก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ หน่วยงานประกันสุขภาพ 3 หน่วยหลักได้แก่ สปสช. สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง สำหรับสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการ ในหน้าที่จัดทำงบประมาณ การรักษาพยาบาล ให้ครอบคลุมผู้ประสบภัยจากรถทุกคน ที่เป็นสมาชิก ของโครงการนั้นๆ ส่วนการตาย และการทุพพลภาพ อาจจะเป็นกลไกปกติของการฟ้องร้อง ตามปกติ ในศาลอาญา และศาลแพ่ง หรือจัดให้มีงบประมาณ ภายใต้ความรับผิดชอบของ 3 องค์การนี้ เพื่อครอบคลุมสินไหมทดแทนกรณีตาย และกรณีทุพพลภาพ

ทางเลือกนี้ สามารถบรรลุหลักการสำคัญ 2 ข้อ คือ การคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

3.3 ทางเลือกที่สาม ใช้ภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงเฉพาะ

ให้ยกเลิก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยเก็บจากภาษีน้ำมันเพิ่มเติม โดยเก็บจากน้ำมันออกเทน 95 สูงกว่าน้ำมันชนิดอื่น (ออกเทน 91, ดีเซล) กระทรวงการคลัง ส่งมอบภาษีที่เก็บเพิ่มขึ้นได้ ให้ สปสช. ดำเนินการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และค่าทดแทนกรณีตายและทุพพลภาพ โดยการ sub-contract ให้สำนักงานประกันสังคม

ทางเลือกนี้ สามารถบรรลุหลักการสำคัญ 2 ข้อ คือ การคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ต้นทุนการบริหารจัดเก็บ เกือบจะเท่ากับศูนย์ เนื่องจากเป็นการเก็บภาษีจาก หักจ่ายน้ำมันเชื้อเพลิงโดยตรง เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่มีค่าการตลาด

ทางเลือกนี้ สามารถบรรลุหลักการสำคัญ 2 ข้อ คือ การคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการสูงสุด เนื่องจากอาศัยการจัดเก็บภาษีรถยนต์ประจำปีอยู่แล้ว การบังคับใช้กฎหมายน่าจะมีความเป็นไปได้ทาง

3.3.1 ความเป็นไปได้ ของการปฏิรูป

วิกฤตน้ำมันในช่วงครึ่งหลังของปี 2547 ส่งผลให้ ราคาขายปลีกน้ำมันเพิ่มขึ้นตามลำดับ ตาราง 11 แสดงการปรับราคาขายปลีก ณ กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2547 เป็นต้นมา การเปลี่ยนแปลงราคา ระหว่าง 1 มกราคม 2547 กับ 19 พฤศจิกายน 2547 นั้น เบนซิน 95 ปรับขึ้นร้อยละ 23 และ 91 ปรับขึ้นร้อยละ 24 ตามลำดับ การเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้นอีกอัตราละ 32 สตางค์ โดยเฉลี่ย อาจจะเป็นภาระแก่ผู้บริโภคมาก น่าจะมีความเป็นไปได้ทางการเมืองค่อนข้างต่ำ

ตาราง 11 ราคาขายปลีกน้ำมันเบนซินไร้สารตะกั่ว 95 และ 91 ปี 2547 ณ กรุงเทพมหานคร

	เบนซินไร้สาร 95	เบนซินไร้สาร 91	การเปลี่ยนแปลงราคา 95	การเปลี่ยนแปลงราคา 91
01-Jan	17.29	16.49		
08-Jan	17.79	16.99	2.9%	3.0%
10-Jan	16.99	16.19	-4.5%	-4.7%
07-May	17.59	16.79	3.5%	3.7%
08-Jun	18.19	17.39	3.4%	3.6%
18-Jun	18.79	17.99	3.3%	3.5%
29-Jul	19.39	18.59	3.2%	3.3%
06-Aug	19.99	19.19	3.1%	3.2%
11-Aug	20.59	19.79	3.0%	3.1%
17-Aug	21.19	20.39	2.9%	3.0%
24-Aug	21.79	20.99	2.8%	2.9%
20-Oct	22.39	21.59	2.8%	2.9%
04-Nov	21.99	21.19	-1.8%	-1.9%
12-Nov	21.59	20.79	-1.8%	-1.9%
19-Nov	21.19	20.39	-1.9%	-1.9%

ที่มา การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย

ตาราง 12 สรุปการบรรลุหลักการการปฏิรูป (score 0-5) และความเป็นไปได้ทางการเมืองของทางเลือกการปฏิรูป

แหล่งเงิน	การบริหารจัดการ	คุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน	ความชอบธรรม และความเป็นไปได้ทางการเมือง
ไม่ปฏิรูป Status quo	5+	0	ไม่มีความชอบธรรมในการคงไว้ซึ่งระบบที่ค่ากำไรรายอย่างขาดจริยธรรม บนการบาดเจ็บ การตาย และทุกข์ทรมานของผู้ประสบภัยที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง
ทางเลือกที่หนึ่ง เบี้ยประกันฯจากเจ้าของรถ			
○ อนุรักษ์นิยม Conservative reform	2+	1+	4+ อนุรักษ์นิยมย่อมเป็นที่ยอมรับได้ง่าย แต่ไม่น่าจะมีความชอบธรรมมากนัก (2+)
○ ปฏิรูปเล็กน้อย (Minor reform)	1+	4+	5+ มีความชอบธรรมทางการเมืองสูง และไม่มีแรงเสียดทานจากบริษัทประกันวินาศภัยมากนัก?
○ ปฏิรูปใหญ่ (Major reform)	1+	4+	4+ มีความชอบธรรมทางการเมืองสูง และมีแรงเสียดทานจากบริษัทประกันวินาศภัยมาก
ทางเลือกที่สอง ใช้ภาษีทั่วไป	0	5+	1+ มีความเป็นไปได้น้อย เนื่องจาก มีแหล่งการคลังจากเบี้ยประกันอยู่แล้วตามกฎหมาย ไม่ควรเป็นภาระงบประมาณถ้ามีแหล่งเงินอยู่แล้ว
ทางเลือกที่สาม ใช้ภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงเฉพาะ	0	5+	1+ มีความเป็นไปได้ทางการเมืองน้อย แม้จะมีประสิทธิภาพมากในการบริหารจัดการ เนื่องจากเป็นภาระแก่ผู้บริโภคและผลสืบเนื่องต่อราคาสินค้าและภาวะเงินเฟ้อ

ตาราง 12 เป็นการประเมินสถานการณ์โดยนักวิจัยเอง การไม่ปฏิรูป ไม่น่าจะมีความชอบธรรมทางการเมือง การที่บริษัทมีกำไร อย่างไม่เหมาะสม บนความเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และการตายของผู้ประสบภัยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง อย่างสมศักดิ์ศรี ไม่น่าจะเป็นที่ยอมรับได้

ตอนที่ 4 บทสรุป

จากการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ผู้วิจัยมีความเห็นดังนี้

1. การดำเนินการตาม พ.ร.บ. ต้องอยู่ในบริบทของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการประกันสุขภาพ 3 โครงการหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ได้อุดหนุน (cross subsidy) ผู้ประสบภัยจากรถ ทั้งที่เกิดจากรถที่มีประกัน ตาม พ.ร.บ. (แต่ไม่เบิก เนื่องจากความยุ่งยาก ขั้นตอน และการต้องมีหลักฐานบันทึกประจำวัน) และรถที่ไม่มีประกันตาม พ.ร.บ. เนื่องจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้ได้เหมาะสม
2. การดำเนินการ ตาม พ.ร.บ. มีรายจ่ายดำเนินการสูงมาก โดยเฉพาะรายจ่ายการตลาดเพื่อขยายจำนวนผู้เอาประกันให้มากที่สุด ทั้งที่เป็น พ.ร.บ. นี่เป็นการประกันภาคบังคับ รายจ่ายเพื่อการตลาดต้องไม่มี ซึ่งต่างจากการประกันภาคสมัครใจ
3. รายจ่ายเพื่อการตลาดที่สามารถประหยัดได้หากมีการปฏิรูป จะเป็นประโยชน์ในการให้การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน ไม่ว่าจะเป็นการรักษายาพยาบาล การจ่ายสินไหมทดแทนกรณีตาย และทุพพลภาพ เป็นต้น
4. การเปลี่ยนแหล่งที่มาการคลังจาก เบี้ยประกันไป สุภาษีทั่วไป ไม่น่าจะเหมาะสม เนื่องจาก มีแหล่งการคลังจาก เบี้ยประกันอยู่แล้ว การใช้ภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น ไม่น่าจะมีความเป็นไปได้มากนัก และน่าจะขาดการยอมรับจากประชาชน โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตน้ำมัน ในตลาดโลก และ คงจะเป็นปัญหาเรื้อรังไปอีกนาน
5. ผู้วิจัย เห็นว่า ควรคงไว้ซึ่งแหล่งที่มาของทรัพยากรเพื่อการคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน จากเบี้ยประกัน แต่มีการบริหารจัดการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2 ประการคือ ลดรายจ่ายเพื่อการบริหารลง โดยเฉพาะการตลาด และอาศัยกลไกและหน่วยงานที่มีอยู่ เช่น การชำระภาษีรถยนต์ประจำปี โดยกรมขนส่งทางบก และสำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ เป็นผู้เก็บเบี้ยประกัน และกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด
6. รายรับจากเบี้ยประกันในปัจจุบัน รวมทั้งการเพิ่มการบังคับใช้ พ.ร.บ. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะมีทรัพยากรเพียงพอ สำหรับการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทุกคน
7. ดังนั้น ปฏิรูปใหญ่ (Major reform) ภายใต้ทางเลือกที่หนึ่งจึงน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ทางเลือกที่น่าจะเป็นไปได้ถัดไป คือ การปฏิรูปเล็กน้อย (minor reform) ภายใต้ทางเลือกที่หนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา อินทร์ปราง. ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพรม วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2539.

กัญญา ดิษยาธิคม. การวิเคราะห์ต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลต่งปึงประมาณ 2541. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ (การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข) 2542.

ขวัญใจ ชัยมงคล. การวิเคราะห์ต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลชลบุรีปีงบประมาณ 2541. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (การบริหารโรงพยาบาล) 2539.

ไชยชัย มานะธวัช สุภาพรรณ กิตติวิศิษฎ์ ศรีสุตา ปลั่งกลาง และคณะ การพัฒนาระบบในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจักษุ จังหวัดนครราชสีมา รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2542

ธนิตต์ สิทธิสังข์กุล. ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางป้อ จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2542. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต แพทยศาสตร์ (เวชศาสตร์ชุมชน) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2543.

ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัทธณกุล, กัญญา ดิษยาธิคม, และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11 (5): 599-613.

รุ่งนภา กระด้าง ต้นทุนผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถที่มีสิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2541 วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2542.

วรรณภา สุมิตรนะ ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วารสารกรมการแพทย์ 2541; 23: 729-738

สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2545 กรุงเทพฯ สำนักงานนายกรัฐมนตรี

สุกัลยา คงสวัสดิ์ การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการใน 5 จังหวัดภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ; 2542.

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ – ใครได้ใครเสีย: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น วารสารอุบัติเหตุ 2544, 20 (3): 209-235

สำนักนายทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบจากจรด. รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากจรด ครั้งที่ 2/2546 เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2546.

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุจราจรเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาของจังหวัดหนองคาย 2538.

ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, ดิเรก บัณฑิตศิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยทางเลือกและความเป็นไปได้. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ; 2543.

อารี โคตรประทุม คารักราพยาบาลของผู้ป่วยในที่ประสบภัยจากจรดกับการใช้สิทธิต่างๆ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2541 นำเสนอในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2543