

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

ตอนที่ 4 อนาคตและทิศทางของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

The Universal Health Care Policy:

Part IV Part IV Future Challenges of the Universal Health Care Coverage Policy

วิโรจน์ ตงเจริญเสถียร
พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข

Virol Tangcharoensathien
Pongpisut Jongudomsuk

บทนำ

5 ปี ของการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นับจากการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่นำไปสู่การปฏิบัติในปี พ.ศ. 2544 ถึงปี พ.ศ. 2549 กล่าวได้ว่าประเทศไทยมีบทเรียนแห่งความสำเร็จและการเรียนรู้จากปัญหาอุปสรรคมากมาย จึงสมควรที่จะได้มีการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงการวิเคราะห์โอกาสและความท้าทายในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นผลจากการสังเคราะห์ข้อมูลด้วยประสบการณ์ตรงของผู้เขียน ซึ่งมีส่วนร่วมในการประชุมต่างๆ ของคณะ กรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารต่างๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การประสานการพัฒนาาระบบประกันสุขภาพของรัฐ 3) การช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการ: ช่องว่างระหว่างเจตนาธรรมณ์และการปฏิบัติ 4) บทบาทของศัลยกรรมกระดูกส่วนท้องถิ่น: แรงกดดันต่อกระทรวงสาธารณสุข 5) ความยั่งยืนทางการเงินระยะยาว และ 6) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ: คุ้มครองใคร อันจะนำไปสู่การให้ข้อเสนอที่เหมาะสมเพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตของนโยบายฯ ต่อไปนี้

¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

² สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โอกาส และความท้าทาย

1. การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Governance of the system) กลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่อภิบาลระบบฯ นี้คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ต่อไปนี้จะเรียกว่า คณะกรรมการฯ) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยคณะกรรมการฯ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและบริหารการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะกรรม

การฯ นี้มีจำนวน 30 คน (ตารางที่ 1) โดยกรรมการที่มาจากกาเลือกหรือแต่งตั้งจะมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่ได้ แต่ไม่สามารถดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินกว่าสองวาระ สำหรับการคัดเลือกคณะกรรมการฯ พบว่ามีกลุ่มต่างๆ พยายาม เข้ามามีส่วนค่อนข้างมาก โดยส่งผู้แทนสมัครเพื่อให้ได้รับเลือกเป็นกรรมการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร แต่ผู้แทนจากเครือข่ายรณรงค์เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับเลือกเข้ามาเป็นส่วนใหญ่ของผู้แทนเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร

ตารางที่ 1 องค์ประกอบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 30 คน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	จำนวน (คน)
1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานคณะกรรมการฯ	1
2. ผู้แทนจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	8
3. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4
4. ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข	5
5. ผู้แทนองค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร	5
6. ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี	7

คณะกรรมการฯ นี้ นอกจากมีบทบาทดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ยังมีบทบาทดูแลระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐอีก 2 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่เริ่มมีคณะกรรมการฯ ตามพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พบว่าคณะกรรมการฯ นี้ ได้แสดงบทบาทในการบริหารเฉพาะโครงการหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าโดยเฉพาะปัญหางบประมาณที่ไม่เพียงพอในแต่ละปี นอกจากนี้ ยังพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่จำกัดบทบาทของคณะกรรมการฯ ได้แก่ ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ วิสัยทัศน์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผลประโยชน์ทับซ้อนในคณะกรรมการฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการฯ เป็นกลไกทางนโยบาย ทำหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิ มาตรฐาน บริการและวิธีบริหารงบประมาณ เพื่อให้ประชาชน ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ รวมทั้งคุ้มครอง สิทธิกรณีที่มีการละเมิดสิทธิดังกล่าว ขณะเดียวกัน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริหาร งบประมาณมีความหมายมากกว่าการจ่ายเงินให้กับ ผู้ให้บริการตามใบเสร็จที่เรียกเก็บ แต่ต้องทำหน้าที่ และบทบาทของ “ผู้ซื้อบริการสุขภาพรายใหญ่ (healthcare purchaser)” แทนประชาชนผู้มีสิทธิ กว่า 47 ล้านคน ทำให้ต้องมีมาตรการที่มั่นใจได้ว่า ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์สูงสุดจากบริการ สุขภาพภายใต้งบประมาณที่จำกัด¹⁾ แม้ว่าแนวคิด “การซื้อบริการสุขภาพ” ไม่ใช่แนวคิดใหม่ในระบบ สุขภาพ แต่เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างใหม่ในสังคมไทย มีผู้เข้าใจแนวคิดดังกล่าวไม่มากนัก รวมถึงคณะ กรรมการฯ

นอกจากความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ใน ฐานะ “ผู้ซื้อบริการสุขภาพ” แล้ว บทบาทการซื้อ บริการดังกล่าว ยังได้รับผลกระทบจาก บทเฉพาะกาลตามมาตรา 65 ของพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนด ให้การจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่ง ชาติให้สถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้จ่ายผ่านกระทรวงสาธารณสุขเป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เงื่อนไขดังกล่าว ปรับ เปลี่ยนรูปแบบการบริหารงบประมาณที่คณะกรรมการฯ กำหนด เป็นรูปแบบที่ลดผลกระทบต่อสถาน พยาบาลของตนเอง ส่งผลให้ในหลายกรณีเป็นการ ขะลอกการปฏิรูปสถานพยาบาลสังกัดกระทรวง

สาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม มากขึ้น รวมถึงปัญหาสะสมในอดีตก็มิได้รับการ แก้ไขหรือเยียวยาให้ดีขึ้น อาทิ การลงทุนสร้าง สถานพยาบาลในบางจังหวัดโดยเฉพาะในภาคกลาง มากเกินไปเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร แต่การ ลงทุนดังกล่าวกลับพบว่าน้อยเกินไปในบางจังหวัด โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี อาจกล่าวได้ว่าคณะกรรมการฯ ยัง อยู่ในขั้นตอนแรกของการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาไปเป็น “ผู้ซื้อบริการสุขภาพ” ที่มีประสิทธิภาพในอนาคต ดังนั้น ความคาดหวังให้คณะกรรมการฯ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็น “ผู้ซื้อบริการสุขภาพ” นำมาซึ่งคำถามถึงความ เหมาะสมของบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการ และสถานพยาบาลของสำนักงานฯ

ในช่วงสองปีแรก (พ.ศ. 2545-2546) สำนักงานฯ ได้ใช้เงินจำนวนหนึ่งสนับสนุนการ ปรับปรุงคุณภาพบริการและสถานพยาบาลโดย เฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลปฐมภูมิของรัฐ ส่งผล ให้กรรมการบางส่วนเห็นด้วยว่าเป็นประโยชน์ใน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขณะที่กรรมการ บางส่วนเห็นว่าบทบาทหน้าที่ดังกล่าวควรเป็น ความรับผิดชอบของหน่วยงานต้นสังกัดของสถาน พยาบาลเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวง สาธารณสุข เพราะผู้ซื้อบริการสุขภาพมีหน้าที่เพียง กำหนดมาตรฐาน และเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อ บริการเท่านั้น ไม่ควรมีหน้าที่พัฒนาสถานพยาบาล เพื่อให้สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน ในที่สุด การดำเนินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล นำ มาซึ่งบทบาทที่ขัดแย้งกัน (role conflicts) ระหว่าง สำนักงานฯ กับกระทรวงสาธารณสุข

1.2 วิสัยทัศน์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพไทย อยู่ในระยะก่อร่างสร้างตัว จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคณะกรรมการฯ จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนระบบฯ ให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคง คณะกรรมการฯ ได้เริ่มแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งแรกในการประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 และการประชุมเชิงปฏิบัติการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ได้พัฒนาเส้นทางเดิน (Roadmap) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยเส้นทางเดินดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบ ฯ ทุกด้านเป็นประจำปีตลอดระยะเวลา 5 ปี

วิสัยทัศน์และเส้นทางเดินดังกล่าว มีจุดเด่นคือการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แต่การที่ต้องประสานผลประโยชน์ของทุกฝ่าย และฝ่ายที่มีบทบาทค่อนข้างมาก คือผู้แทนผู้ให้บริการของภาครัฐ ทำให้วิสัยทัศน์และเส้นทางเดินที่พัฒนาขึ้นขาดความพยายามที่จะปฏิรูปสถานพยาบาลของรัฐ (status quo) นอกจากนี้ วิสัยทัศน์และเส้นทางเดินนี้ยังจำกัดเพียงการพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาทรักษาทุกโรค” เท่านั้น โดยไม่ได้ครอบคลุมการบูรณาการ (harmonization) ระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ของรัฐอีก 2 ระบบ ตามเจตนารมณ์ที่กำหนดโดยกฎหมาย ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และครอบครัว และประกันสังคมสำหรับลูกจ้างภาคเอกชน

1.3 ผลประโยชน์ทับซ้อนในกรรมการฯ (conflict of interest) เนื่องจากองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้แทนจากทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพและประชาชน แม้มีจุดเด่นที่ทำให้กลไกนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย แต่กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวบางครั้งทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจ เพราะผู้แทนแต่ละฝ่ายพยายามปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง ส่งผลให้การตัดสินใจที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการมักได้รับการคัดค้านหรือหักท้วงจากกรรมการที่เป็นผู้แทนของผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน

หากคณะกรรมการฯ คือ กลไกนโยบายของ “ผู้ซื้อบริการสุขภาพ” ซึ่งทำหน้าที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้แทนจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนก็คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการกำหนดนโยบายดังกล่าว ดังนั้น การมีผู้แทนสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นส่วนหนึ่งของกลไกทางนโยบายจึงน่าจะไม่เหมาะสม แม้ว่ามาตรา 17 วรรค 4 ได้กำหนดให้การพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้ส่วนเสียให้กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริง แต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง แต่มาตรการดังกล่าวยังไม่ได้รับการปฏิบัติเท่าที่ควร

2. การประสานการพัฒนาาระบบประกันสุขภาพของรัฐ

หลังพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ ประชาชนไทยจะได้

รับความคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐ 3 ระบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว การประกันสังคมสำหรับลูกจ้างภาคเอกชน และการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนที่เหลือทั้งหมด ซึ่งเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ ต้องการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีความเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ได้กำหนดไว้ในมาตรา 9, 10 และ 11 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีสาระสำคัญคือ การกำหนดให้ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพอื่นมาใช้บริการตามพระราชบัญญัตินี้เพื่อมีความพร้อมหรือความตกลงร่วมกัน

แม้เจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าว ได้รับการคัดค้านจากผู้นำสหภาพแรงงานและกลุ่มข้าราชการ ด้วยเกรงว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะกระทบต่อสิทธิประโยชน์ที่ตนเองเคยได้รับ^[2] แต่รัฐบาลก็ได้พยายามยุติการเคลื่อนไหวดังกล่าวโดยรับปากว่าจะแก้ไขกฎหมายให้มีการยกเลิกมาตราดังกล่าว ขณะเดียวกัน คณะกรรมการฯ ก็หลีกเลี่ยงการอภิปรายหรือการตัดสินใจในประเด็นนี้ แต่เห็นชอบในการเลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 9, 10 และ 11 ไปก่อนระหว่างที่รอแก้ไขกฎหมาย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามสร้างบรรยากาศความร่วมมือระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 เพื่อให้เกิดบูรณาการของระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยประสานความร่วมมือในการพัฒนาด้านต่างๆ อาทิ การพัฒนาระบบข้อมูล มาตรฐานการให้บริการ และการตรวจสอบทางการแพทย์ เป็นต้น จนนำมาสู่การจัดทำบันทึก

ข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน คือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ.2547

ภายหลังการลงนามบันทึกข้อตกลง ๓ ดังกล่าว ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างผู้บริหารทั้ง 3 หน่วยงานเป็นระยะทุก 4-6 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความคืบหน้าของความร่วมมือในด้านต่างๆ และในการประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2547 ผู้แทนกรมบัญชีกลางได้เสนอให้มีการพัฒนาแผนชาติเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น^[3] เพื่อประสานยุทธศาสตร์การพัฒนาของทั้ง 3 กองทุนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ข้อเสนอดังกล่าวนำมาสู่มติการจัดทำแผนพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แผนระยะ 5 ปี) ในการประชุมเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ทั้งนี้ นับเป็นอีกก้าวกระโดดของการพัฒนาระบบ ๓ จากเดิมที่มีเพียงการพัฒนาเส้นทางเดิน (Roadmap) ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือระหว่างสามกองทุนประกันสุขภาพที่ชัดเจนอีกกรณีหนึ่งคือ การบริหารงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน ซึ่งความร่วมมือดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา^[4] ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ รวมถึงผู้มีสิทธิในประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้แทน

ของสำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง⁵⁾ และ
แนวทางการบริหารงบประมาณดังกล่าวเป็น
ประเด็นหนึ่งในการหารืออย่างต่อเนื่องของคณะ
กรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสามกองทุน
ประกันสุขภาพ

3. การช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการ: ช่องว่างระหว่างเจตนารมณ์และการปฏิบัติ

ก่อนหน้าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ ผู้ป่วยที่ได้รับความ
เสียหายจากการใช้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเกิด
ความผิดพลาดของผู้ให้บริการหรือจากเหตุสุดวิสัย
ก็ตาม มักได้รับความช่วยเหลือจากกลไกที่ไม่เป็น
ทางการในระดับพื้นที่ เช่น การช่วยเหลือจากแพทย์
ผู้ให้การรักษา โรงพยาบาลบางแห่ง มีการจัดตั้ง
กองทุนขึ้นเป็นการภายในและใช้เงินกองทุนนี้ช่วย
เหลือผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิต เป็นต้น ส่ง
ผลให้มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ฟ้องร้องเพื่อเรียก
ค่าเสียหายจากแพทย์หรือสถานพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2539 มีการประกาศใช้พระราช
บัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งกำหนดให้ผู้
ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสุขภาพโดย
บุคลากรของสถานพยาบาลรัฐ ไม่สามารถฟ้องร้อง
เรียกค่าเสียหายจากบุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้น
ได้โดยตรง แต่จะต้องฟ้องร้องกับหน่วยงาน
ราชการที่ผู้ทำให้เกิดความเสียหายสังกัดอยู่แทน

มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการช่วย
เหลือผู้ป่วยเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้
บริการสุขภาพขึ้น โดยใช้เงินจากกองทุนหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่

จะจ่ายให้สถานพยาบาล เจตนารมณ์ของกฎหมายนี้
ต้องการให้เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น มิใช่เป็นการ
ชดเชยความเสียหายทั้งหมด และเป็นการช่วย
เหลือโดยไม่ต้องพิสูจน์ความถูกต้อง อย่างไรก็ตาม
เมื่อต้องดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของ
กฎหมาย คณะกรรมการฯ ได้ออกข้อบังคับว่าด้วย
หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วย
เหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรักษาพยาบาลขึ้น โดยกำหนดให้ความเสียหาย
ที่เป็นเหตุให้ร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้
จะต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ
ของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการ
วินิจฉัยตามปกติหรือรักษาโรคตามมาตรฐาน และ
ด้วยนัยยะของข้อบังคับดังกล่าว การพิสูจน์ถูกผิด
เพื่อให้แน่ใจว่า ไม่ได้เกิดจากเหตุแทรกซ้อนจาก
การรักษาโรคตามมาตรฐาน กลายเป็นกระบวนการ
ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และกระทบเจตนารมณ์ของ
กฎหมายโดยปริยาย

ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ได้จัดอบรมคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ซึ่ง
มีหน้าที่พิจารณาคำร้องขอตามมาตรา 41 เพื่อให้
เข้าใจตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและเน้นให้
เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งช่วยลดผล
กระทบดังกล่าวได้มาก ต่อมาได้มีการแก้ไขข้อ
บังคับดังกล่าวให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น และเพิ่ม
วงเงินช่วยเหลือที่คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด
สามารถอนุมัติได้ อย่างไรก็ตาม การประเมินว่าข้อ
บังคับดังกล่าวจะทำให้การดำเนินงานสอดคล้อง
กับเจตนารมณ์ของกฎหมายหรือไม่นั้นเป็นประเด็น
ที่ควรมีการดำเนินการอย่างจริงจังต่อไป

ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นปีแรกที่ได้ดำเนินการตามมาตรา 41 มีผู้ป่วย 85 ราย ร้องขอความช่วยเหลือทางการเงินเนื่องจากได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยมีผู้ป่วย 62 ราย ได้รับความช่วยเหลือคิดเป็นจำนวนเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น 4.53 ล้านบาท⁶⁾ ผลของกระบวนการพิจารณาความช่วยเหลือได้ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมต่อผู้ให้บริการจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่ให้การรักษาเนื่องจากมีรายงานว่าแพทย์จำนวนหนึ่งลาออกจากราชการหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา ด้วยเหตุนี้ ประเด็นที่ได้รับการกล่าวมากขึ้นในปัจจุบันคือ ควรหรือไม่ที่จะเปลี่ยนระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีอยู่เป็นการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยยังคงหลักการที่จะไม่พิสูจน์ถูกผิดเหมือนเดิม (no fault compensation) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายได้รับการช่วยเหลือและชดเชยในเวลาอันควร

4. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: แร้งกดดันต่อกระทรวงสาธารณสุข

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไปอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรที่จัดตั้งใหม่เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ)” ซึ่ง กสพ. นี้ถูกคาดหวังให้เป็น “ผู้ให้บริการ” ในระดับจังหวัด ทำหน้าที่บริหารงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁷⁾ นอกจากนี้ งบประมาณที่จัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นไม่

น้อยกว่าร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาลในปี พ.ศ. 2550⁸⁾ อย่างไรก็ตาม แผนการกระจายอำนาจนี้ได้ถูกเลื่อนออกไป เมื่อพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาบริหารประเทศในปี พ.ศ. 2544

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุในมาตรา 47 ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียกร้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการตามมาตราดังกล่าว กระทั่งเป็นผลให้มีการศึกษา วิจัยนำร่องในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรพิจารณาในกรณีนี้คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทอะไรระหว่างการเป็น ผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการ กล่าวคือ หากให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการก็ถือเป็นการทำหน้าที่ที่ซ้ำซ้อนกับบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดและสาขาเขตพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พร้อมกันนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพยายามผลักดันเพื่อขยายบทบาทของตนเองในระบบหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด เห็นได้จากกรณีเมื่อจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อเป็นกลไกทางนโยบายในระดับจังหวัด ได้มีการถกเถียงกันค่อนข้างมากกว่า องค์กรประกอบของคณะกรรมการควรเป็นเช่นไร และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในคณะกรรมการฯ เสนอให้ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการฯ และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นผู้อำนวยการสำนักงานสาขาทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการฯ โดยเลียนแบบโครงสร้างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ข้อเสนอดังกล่าวถูกทักท้วงโดยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ด้วยเหตุผลว่าผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นน่าจะไม่มีความพร้อมเพียงพอ ในที่สุดคณะกรรมการฯ ได้มีมติให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการฯชั่วคราวเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้น จึงจะมีการประเมินผลและตัดสินใจอีกครั้งหนึ่ง

นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการช่วยสนับสนุนด้านการเงิน โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพยังไม่เพียงพอ แต่การสนับสนุนดังกล่าว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้เพื่อช่วยสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ของตนเองเป็นหลัก⁹⁾ มากกว่าจะใช้เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนงบประมาณของระบบโดยรวม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีความชัดเจนว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะช่วยสนับสนุนทางการเงินแก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร และเงินดังกล่าวควรจะถูกใช้จ่ายอย่างไร เพื่อให้ประชาชนได้รับการตามความจำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน

5. ความยั่งยืนทางการเงินระยะยาว

การใช้ระบบจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ได้รับการยอมรับอย่างกว้าง

ขวางว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาว ทั้งนี้ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมการใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพต่ำ สามารถไปใช้บริการได้ง่าย และสะดวกกว่าการใช้บริการที่ระดับอื่น

อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนทางการเงินระยะยาวของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่มีความแน่นอนอยู่มาก เนื่องจากเป็นระบบที่อิงกับระบบงบประมาณประจำปี นอกจากนี้ รัฐบาลพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (อัตราการใช้บริการและต้นทุนต่อหน่วยบริการ) เฉพาะในปี พ.ศ.2545 เท่านั้น หลังจากนั้น (พ.ศ.2546 - 2548) เป็นการพิจารณาบนพื้นฐานของงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดและการต่อรองเป็นหลัก ทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับการจัดสรรต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการจริง ทำให้ระบบมีการขาดทุนสะสมอย่างต่อเนื่องและเป็นอันตรายต่อการเงินของสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น งบประมาณใดที่งบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังขึ้นกับพระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี และสำนักงบประมาณซึ่งมีบทบาทหลักในการจัดทำพระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี โดยยังไม่ได้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอในการจัดสรรงบประมาณ งบนั้นก็จะมีโอกาสน้อยที่งบประมาณสำหรับโครงการ จะได้รับการพิจารณาจัดสรรตามข้อมูลการใช้บริการและต้นทุนการจัดบริการที่เกิดขึ้นจริง

มาตรา 39 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดแหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้หลายแหล่ง ซึ่งน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นในการพิจารณาหาทางเลือกแหล่งเงินอื่นนอกเหนือจากเงินภาษี เพื่อให้กองทุนเกิดความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาวได้ ซึ่งคณะทำงานฯ ประมาณการความต้องการงบประมาณระยะยาว 20 ปี ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ¹⁰¹ ได้ศึกษา และมีข้อเสนอรวมทั้งสิ้น 3 ทางเลือกเพื่อให้กองทุนเกิดความยั่งยืนในระยะยาว ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 รายได้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากภาษีเหล้าและบุหรี่ โดยโอนเงิน 2/3 (ร้อยละ 66) ของภาษีสรรพสามิตบุหรี่ที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 และครึ่งหนึ่งของภาษีแอลกอฮอล์และเบียร์ที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ทางเลือกนี้ มีข้อโต้แย้งว่าอาจทำให้การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ และเบียร์ลดลงเนื่องจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าว จะมีราคาที่สูงขึ้นหรือมีการลักลอบนำเข้ามากขึ้น ในที่สุด จะมีผลทำให้เงินรายได้ของกองทุนลดลง และรัฐบาลอาจสูญเสียรายได้ไปมากกว่าที่จะจัดสรรให้กับโครงการหลักประกันสุขภาพ ขณะเดียวกัน ได้มีข้อสนับสนุนทางเลือกนี้เช่นกัน นั่นคือการเก็บภาษีดังกล่าวมีผลกระทบต่อคนจนค่อนข้างน้อย และยังมีผลช่วยลดการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วย

ทางเลือกที่ 2 ให้ขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปสู่ผู้สมรสและบุตรของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม โดยผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่ม ทั้งนี้ประมาณว่าจะมีผู้มีสิทธิตามโครงการประกันสังคมเพิ่มขึ้นจำนวน 6 ล้านคน และช่วยลดภาระงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 9 พันล้านบาท

ทางเลือกที่ 3 การปฏิรูปพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ให้สามารถคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากระบบดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูงถึงร้อยละ 41 ของเบี้ยประกันที่จัดเก็บได้ในปี พ.ศ. 2545 ข้อเสนอในการปฏิรูปคือ ให้กรมการขนส่งทางบก ทำหน้าที่เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันจากเจ้าของควบคู่ไปกับการเสียภาษีเพื่อต่อทะเบียนรถประจำปี จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการลง ขณะเดียวกันก็เพื่อป้องกันการไม่ปฏิบัติตาม พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยรายได้จากเบี้ยประกันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บให้โอนไปให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าว การปฏิรูปนี้ แม้ว่าจะมีความจำเป็น แต่ดำเนินการให้เป็นจริงได้ยาก เนื่องจากจะได้รับการคัดค้านจากบริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของระบบในปัจจุบัน

ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงควรพิจารณาทางเลือกทั้งสามอย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในแง่ความยั่งยืนทางการเงิน

ของกองทุน ทั้งนี้ควรกำหนดกรอบเวลาในการดำเนินการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเริ่มต้นพิจารณาความเป็นไปได้ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลในแง่การใช้ภาษีจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ นับเป็นจุดเปลี่ยนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

6. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ: คุ้มครองใคร?

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีผลบังคับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยเป็นการประกันภาคบังคับที่มอบให้บริษัทประกันเอกชนที่มุ่งกำไรเป็นผู้บริหารโครงการนี้ทั้งหมด พระราชบัญญัติฯ นี้ให้ความคุ้มครองกับผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถ โดยจ่ายสินไหมชดเชยกรณีรักษาพยาบาล ไม่เกินเพดานที่กำหนด และจ่ายสินไหมชดเชยกรณีทุพพลภาพและเสียชีวิต ข้อมูลรายงานในปี พ.ศ. 2545 พบว่าบริษัทประกันสามารถเก็บเบี้ยประกันได้ 7,003 ล้านบาท โดยมีรายจ่ายเพื่อการบริหารสูงและรายจ่ายสินไหมทดแทน คิดเป็นร้อยละ 41 และ 52 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติฯ นี้ ไม่สามารถคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้ทุกคน

ด้วยเหตุนี้ เมื่อประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนความเหมาะสมและความจำเป็นที่จะคงพระราชบัญญัติฯ นี้ไว้ เพราะมีการให้บริการที่ทับซ้อนกับโครงการอื่น เนื่องจากปัจจุบันนี้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการได้จ่าย

ชดเชยให้แก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถแทนบริษัทประกันของเอกชน

ดังนั้น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ศึกษาพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹¹¹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความต้องการงบประมาณเพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน โดยครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา การชดเชยกรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ ได้ประมาณการว่าหากจะเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น จะต้องเก็บเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนกี่สตางค์ต่อลิตร เพื่อให้ได้เงินเพียงพอในการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคน หรือนำเสนอแนวทางการปฏิรูป

จากการศึกษาดังกล่าว พบว่าในปี พ.ศ. 2545 ต้องการงบประมาณจำนวน 7,158 ล้านบาท เพื่อให้การคุ้มครองผู้ประสบภัยทุกคน โดยเป็นการรักษายาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน ร้อยละ 63 การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 16 กรณีตาย ร้อยละ 15 กรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ร้อยละ 5 และกรณีทุพพลภาพ ร้อยละ 1 ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้ประมาณการจ่ายบริโภคน้ำมันของครัวเรือน และปรับรายจ่ายเป็นปริมาณการบริโภคน้ำมันเป็นลิตร จำแนกตามเดซิล์ของรายได้ครัวเรือน (10 percentiles) เพื่อวิเคราะห์ภาระรายจ่ายครัวเรือนหากจะต้องจ่ายภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้น โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจะต้องเก็บภาษีน้ำมันเพิ่มขึ้นลิตรละ 32 สตางค์ เพื่อให้ได้เงินทั้งสิ้น 7,158 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2545 นอกจากนี้ หากไม่มีความยืดหยุ่นของราคา (price elasticity) ต่อปริมาณและแบบแผนของอุปสงค์

ผู้วิจัยเสนอให้เก็บภาษีเบนซิน 95 สูงกว่าน้ำมันประเภทอื่น โดยทางเลือกที่มีความถดถอยน้อยที่สุดซึ่งมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับมากกว่าทางเลือก ก็คือ การเก็บเพิ่มขึ้นลิตรละ 26 สตางค์สำหรับน้ำมันประเภทอื่นๆ และ 55 สตางค์สำหรับเบนซิน 95 จึงกล่าวได้ว่า การปฏิรูปควรบรรลุเป้าหมายหลัก 2 ประการคือ ให้การคุ้มครองทุกคนและต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้เสนอ 3 ทางเลือกจำแนกตามที่มาของเงินเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 อาศัยเบี่ยประกันตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ

ทางเลือกที่ 2 อาศัยภาษีทั่วไป

ทางเลือกที่ 3 อาศัยภาษีน้ำมันเฉพาะ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ทางเลือกที่ 2 และ 3 มีความเป็นไปได้น้อยเนื่องจากมีเบี่ยประกันอยู่แล้ว ไม่น่าจะเป็นภาระงบประมาณ และในภาวะวิกฤตน้ำมัน ทางเลือกที่ 3 ไม่น่าจะเป็นที่ยอมรับได้ ส่วนทางเลือกที่ 1 ผู้วิจัยเสนอให้มีการปฏิรูปหลัก (major reform) โดยให้กรมขนส่งทางบกเก็บเบี่ยประกันพร้อมๆ กับการชำระภาษีรถยนต์ประจำปี โดยหักเบี่ยประกันจำนวนหนึ่งไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บเบี่ยประกัน และเบี่ยประกันส่วนที่เหลือส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารการจ่ายเงินชดเชยกรณีเจ็บป่วย ตาย และทุพพลภาพ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะใช้หลักการใดก็ยากที่จะหลีกเลี่ยงแรงเสียดทานจากธุรกิจประกันได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งมติหรือความเห็นพ้องต้องกันของภาครัฐในการเพิ่มการสนับสนุนการปฏิรูปครั้งนี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ที่ผ่านมา ซึ่งครอบคลุมสัมฤทธิ์ผลและปัญหาอุปสรรคที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำลังเผชิญอยู่ทั้งสิ้น 6 ด้าน สรุปได้ว่าด้านที่เป็นปัจจัยคุกคามหลักต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการอภิบาลระบบฯ เนื่องจากองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ มีผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างชัดเจน ทำให้ไม่สามารถกำหนดวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องกันระหว่างคณะกรรมการฯ กลุ่มต่างๆ เพื่อนำพาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนาได้ ประกอบกับการแก้ไขที่เป็นอยู่ เป็นแบบอนุรักษ์นิยม เนื่องจากการแก้ไขปัญหายังแท้จริง ยังมีความเป็นไปได้ต่ำ ดังนั้น เมื่อระบบอภิบาลมีปัญหาขาดความเป็นเอกภาพ ขาดวิสัยทัศน์ และเป็นไปเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของฝ่ายตนแล้ว ผลลัพธ์คือไม่สามารถบูรณาการระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 ระบบ รวมทั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหายของ พรบ. คุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ

นอกจากนี้ด้านที่เป็นปัจจัยคุกคามต่อระบบฯ รองลงมาคือ บทบาทที่เหมาะสมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประกันสุขภาพ แม้กฎหมายกำหนดชัดเจนว่า สถานพยาบาลระดับต่างๆ ให้โอนไปอยู่ในความรับผิดชอบของ อปท. เช่น สถานีอนามัยไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบล รพ.ชุมชนไปอยู่กับเทศบาล รพ.จังหวัดอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น รวมทั้งกำหนดให้ อปท. มีบทบาทในฐานะผู้ซื้อบริการ แต่พึง ตระหนักอยู่เสมอการกระจายอำนาจจะต้องดำเนินการเพื่อให้ระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มี

การบูรณาการ และไม่ทำลายทุนทางสังคมด้าน
สาธารณสุข ดังกรณีประเทศฟิลิปปินส์ และ
อินโดนีเซีย ที่การกระจายอำนาจได้ทำลายระบบ
สาธารณสุขจนเกิดการกระจัดกระจาย และขาดการ
ประสานกัน (fragmentation)

เอกสารอ้างอิง

- [1] Ovretveit, J. Purchasing for health. Open University Press: Buckingham and Bristol, 1995.
- [2] พันิส ไทยล้วน. ความคาดหวังของประชาชน ต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การบรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมระหว่าง 3 กองทุนประกันสุขภาพ. วันที่ 4 พฤศจิกายน 2547 โรงแรมภูริมาสปีช ระยอง, 2547.
- [3] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. วันที่ 4 พฤศจิกายน 2547 โรงแรมภูริมาสปีช ระยอง, 2547.
- [4] ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัทธนฤมล กัญญา ติชยาธิคม และวีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. "อัตราเหมาจ่ายรายหัวโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546" วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2547; 11: 582-98.
- [5] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการประชุมการจัดทำแผนบูรณาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วันที่ 3 มีนาคม 2547
- ห้องนรากร อาคารจัสตินอินเตอร์เนชั่นแนล-นนทบุรี, 2547.
- [6] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานความคืบหน้าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2547. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นนทบุรี, 2547.
- [7] สำนักงานกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545.
- [8] สำนักงานกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545.
- [9] ภิญโญ ตี้นวิเศษ. บทสัมภาษณ์ขณะดำรงตำแหน่งฐานะผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545.
- [10] Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V., Cichon M., Vasavid C., Tisayaticom K., Prakongsai P. Financing Universal Healthcare in Thailand. Nonthaburi, International Health Policy Program, 2004.
- [11] Tangcharoensathien V., Lertiendumrong J., Patcharanarumol W. Traffic Victim Protection Act in the context of Universal Coverage: what are the reform options?. Nonthaburi, International Health Policy Program, 2004.

