

รายงานฉบับสมบูรณ์

(Final Report)

โครงการวิจัย

การศึกษาผลกระทบของรายจ่ายเพื่อสวัสดิการ
การรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้าง
และพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง

เสนอต่อ

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

จัดทำโดย

ส่วนนโยบายการคลังและงบประมาณ

สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

กันยายน 2551

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1	
บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย	3
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2	
ทบทวนวรรณกรรม	4
2.1 ลักษณะของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	5
2.2 ความยั่งยืนทางการคลังกับการบริหารงานทางด้านสุขภาพ	11
บทที่ 3	
ระบบการประกันสุขภาพในต่างประเทศ	15
3.1 Employment – Based	16
3.1.1 แบบกองทุนที่หักจากเงินเดือนของลูกจ้าง นายจ้าง	16
บุคคลที่มีอาชีพอิสระ	
- ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	16
- ประเทศญี่ปุ่น	19
- ประเทศเกาหลีใต้	21
- ประเทศไต้หวัน	23
- ประเทศมาเลเซีย	25
3.1.2 แบบเงินออมสำหรับบุคคล (Medical Saving)	27
- ประเทศสิงคโปร์	27
3.1.3 ระบบที่มีการประกันสุขภาพเอกชนเป็นหลัก	29
- ประเทศสหรัฐอเมริกา	29
3.2 แบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ	33
- ประเทศสหราชอาณาจักร	33
- ประเทศออสเตรเลีย	35
- ประเทศนิวซีแลนด์	37
3.3 บทสรุปของระบบการประกันสุขภาพในต่างประเทศ	39
บทที่ 4	
แนวทางการวิจัย	44
4.1 โครงสร้างของผู้อ้างสิทธิและผู้อาศัยสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	44
4.2 ภาระทางการคลังของการรักษายาบาลข้าราชการ	46
4.3 แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ	48

บทที่ 5	ความคิดเห็นของข้าราชการต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	54
	5.1 ปัจจัยที่ทำให้รายจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขยายตัวอย่างรวดเร็ว	54
	5.2 แนวทางเลือกในระบบการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	61
	5.3 ความคิดเห็นของข้าราชการต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปัจจุบัน	62
	5.4 ความคิดเห็นของกลุ่มประชากรตัวอย่างต่อแนวทางเลือกในการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาล	68
	5.5 ข้อเสนอแนวทางในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	71
	5.6 การทำประกันสุขภาพหมู่ของข้าราชการ	75
	5.7 การคำนวณอัตราเบี้ยประกันสุขภาพหมู่ของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว	77
บทที่ 6	บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	82
	เอกสารอ้างอิง	85
ภาคผนวก	เอกสารแนบ 1 แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	
	เอกสารแนบ 2 สรุปข้อเสนอแนะการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นต่อโครงการวิจัย	
	เอกสารแนบ 3 รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจและรูปแบบการจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	

สารบัญตาราง

	หน้า
1. ตารางที่ 2.1 สัดส่วนประชากรในระบบประกันสุขภาพที่จัดให้โดยรัฐ พ.ศ. 2546	6
2. ตารางที่ 3.1 สรุบบรรณประกันสุขภาพในต่างประเทศ	41
3. ตารางที่ 4.1 โครงสร้างอายุของผู้ลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงของระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญ และผู้อาศัยสิทธิ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2549	43
4. ตารางที่ 4.2 สัดส่วนผู้อ้างสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ	44
5. ตารางที่ 4.3 งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ	45
6. ตารางที่ 5.1 สัดส่วนจำนวนผู้มีสิทธิแยกตามช่วงอายุและสัดส่วนค่ารักษาพยาบาล แยกตามช่วงอายุ พ.ศ. 2548	60
7. ตารางที่ 5.2 ความเห็นโดยรวมของกลุ่มประชากรตัวอย่างต่อค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	62
8. ตารางที่ 5.3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการรับบริการ ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	64
9. ตารางที่ 5.4 ความเห็นของกลุ่มประชากรตัวอย่างต่อแนวการปรับปรุงระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ	67
10. ตารางที่ 5.6 การคำนวณเบี้ยประกันสุขภาพ	79

สารบัญรูป

	หน้า
1. รูปที่ 1.1 อัตราการขยายตัวของงบประมาณรายจ่ายประจำปีและอัตราการขยายตัวของ รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาล ปีงบประมาณ 2536-2550	1
2. รูปที่ 2.1 อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน พ.ศ. 2536-2563	12
3. รูปที่ 4.1 กลุ่มประชากรตัวอย่างจำแนกตามเพศ	49
4. รูปที่ 4.2 กลุ่มประชากรตัวอย่างจำแนกตามอายุ	50
5. รูปที่ 4.3 กลุ่มประชากรตัวอย่างจำแนกตามประเภทข้าราชการ	50
6. รูปที่ 5.1 สัดส่วนค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเทียบกับ ค่ารักษายาบาลทั้งหมดในระบบสวัสดิการรักษายาบาล, ปีงบประมาณ 2543-2549	74
7. รูปที่ 5.2 เปรียบเทียบประมาณการค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลกรณี ใช้ประกันสุขภาพเอกชนกับกรณีปกติ ปีงบประมาณ 2551-2560	81

บทสรุปผู้บริหาร

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลจัดให้แก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ระบบนี้เป็นระบบปลายเปิด (open-ended) โดยรัฐบาล อุดหนุนค่ารักษายาบาลโดยไม่จำกัดวงเงิน ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลมี แนวโน้มขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วถึงเกือบร้อยละ 20 ต่อปี ซึ่งกลายเป็นภาระทางการคลังและมี ผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลังในระยะยาว

รัฐบาลได้มีความพยายามปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อให้สามารถควบคุม ค่าใช้จ่ายได้ เช่น การใช้ระบบจ่ายเงินแบบวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับผู้ป่วยใน และการ ปรับปรุงฐานข้อมูลสารสนเทศ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ความพยายามเหล่านี้ไม่ประสบผลสำเร็จ เท่าไรนัก ทั้งนี้ มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยากที่จะ ควบคุม โดยตัวของระบบเองซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ประกันตนและผู้ ให้บริการ นอกจากนี้ การจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ยังก่อให้เกิดการ อุดหนุนไขว้ข้ามระบบ กล่าวคือ สถานพยาบาลมีแนวโน้มเรียกเก็บค่ารักษายาบาลจากระบบ สวัสดิการรักษายาบาลเพื่อนำไปสนับสนุนการดำเนินการรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น การขยายตัวที่ไร้การควบคุมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลจึงเป็น ปัญหาที่สะท้อนถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

งานวิจัยชิ้นนี้ถือเป็นครั้งแรกที่ได้มีการนำความคิดเห็นของข้าราชการต่อแนวทางการ ปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลมาทำการวิเคราะห์อย่างเป็นรูปธรรม จากแบบสอบถามและ การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ข้าราชการส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการปรับปรุงระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ แต่จะต้องไม่ทำให้สิทธิลดลงกว่าเดิม เนื่องจากถือเป็นส่วนหนึ่งของ สัญญาจ้างงาน ทั้งนี้ สิ่งที่ข้าราชการกลุ่มตัวอย่างแสดงความไม่พึงพอใจคือความครอบคลุมของ รายการที่สามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องการให้ระบบมีความยืดหยุ่นมากขึ้น

และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
พึงพอใจกับความสะดวกในการรับบริการและคิดว่าตนเองสามารถใช้สิทธิได้อย่างเต็มที่

สำหรับทางเลือกในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการนั้น กลุ่มตัวอย่าง
แสดงความไม่เห็นด้วยหากมีการจำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลหรือจำกัดประเภทยาที่เบิกจ่ายได้ แต่
เห็นด้วยกับการทำประกันสุขภาพหมู่ภาคเอกชนให้แก่ข้าราชการ ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรัง
ที่แสดงความไม่เห็นด้วย ในขณะที่การใช้ระบบ medi-save ก็มีความเป็นไปได้ แต่ต้องคำนึงถึง
ข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการบริหารระบบซึ่งมีความซับซ้อนและมี
ค่าใช้จ่ายที่สูง

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ทางเลือกต่างๆ พบว่า การทำประกันสุขภาพเป็นทางเลือกที่มี
ความเป็นไปได้มากที่สุดสำหรับการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษพยาบาล ทั้งนี้ การประกันสุขภาพ
ภาคเอกชนช่วยให้สามารถควบคุมการขยายตัวของรายจ่ายได้ โดยยังคงสิทธิในการเลือก
สถานพยาบาลของผู้มีสิทธิและยังสามารถใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชนได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม
ตาม แนวทางเลือกนี้ก็ยังข้อจำกัด ซึ่งจะต้องทำการแก้ไขก่อนจะมีการดำเนินการจริง กล่าวคือ ใน
กรณีบุคคลมีโรคประจำตัวก่อนทำประกันนั้น โดยปกติจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองในโรคนั้น อีกทั้ง
บริษัทประกันส่วนใหญ่ไม่มีนโยบายรับประกันสุขภาพบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

Executive Summary

Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) is one of state-provided health insurance schemes covering all civil servants, retirees and their immediate family. As an open-ended scheme which gives claimants unlimited claims on medical services, the CSMBS posts a significant threat to long-term fiscal sustainability. Noteworthy, expenditures of the CSMBS has increased nearly 20% annually for the last five years.

There have been several attempts by the state to curb the growth of the CSMBS. For instances, the switch from the fee-for-service payment scheme to the DRGs payment scheme regarding in-patient payment, and the improvement in information and database collection. However, these attempts proved inefficient as expenditures of the CSMBS continue increasing uncontrollably. There are several factors which make the control of the CSMBS nearly impossible. By default, an open-ended scheme is open to opportunistic behaviors from both claimants and service providers. Further, the introduction of the under-funded universal health insurance scheme (UC) in 2002 exacerbates the problem leading to the cross-subsidy between the two health insurance systems.

The methodology of this paper is of the qualitative approach. Questionnaires and in-depth interviews are used for the analysis. For this, this paper can be considered as a pioneering work. Basically, this paper assumes that the best solution is the preferred solution by civil servants. This paper finds that civil servants notice the need for improving the CSMBS. However, they would basically resist anything that lessens their medical benefits as they consider such benefits as an implicit part of employment contract. More flexibility of the system and private hospital's participation in the scheme are emphasized as the cores of improvement.

Regarding alternatives to the existing CSMBS, samplings express strong opinions against the setting up of maximum limit on medical expenditure covered by the scheme or strict access to the use of drugs. In addition, they show substantial satisfaction if the government buys private health insurance on behalf of them.

Meanwhile, other alternative like the medi-save scheme is less welcome due to its sophistication and potential administration burden.

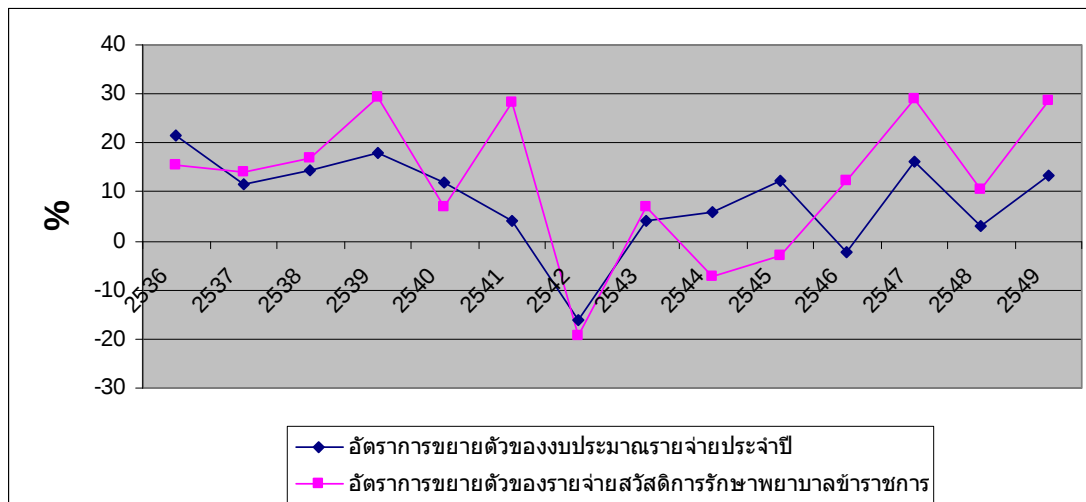
This paper proposes that private-sector health insurance is the most interesting alternative to the existing CSMBS. Under such scheme, the government could know the exact amount to be allocated to the CSMBS each year which, in turn, helps diverse fiscal risk to the private sector. In addition, claimants can still retain their rights to choose preferred medical service providers including private-owned ones. Nonetheless, if this option is to be implemented, some potential problems would have to be addressed. First, normally private insurers do not insure those whose age is above 60 years old. Second, private health insurance does not cover diseases found before purchasing the insurance policy. The former implies that retirees and civil servants' parents would be excluded while the latter means that those with chronic diseases would be partially unprotected by the scheme.

บทที่ 1 บทนำ

1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายจ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐ¹เป็นรายจ่ายค่ารักษายาบาลที่ผูกพันกับรัฐบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 ซึ่งในพระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ได้นิยามเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลไว้ว่า เงินที่ทางราชการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และลูกจ้างประจำ ตลอดไปจนถึงบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ต้องเข้ารับรักษายาบาลในสถานที่พยาบาล ทั้งของทางราชการและเอกชน ซึ่งที่ผ่านมาพบว่ารายจ่ายดังกล่าวได้ขยายตัวสูงขึ้นทุกปี โดยในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2546 ถึงปีงบประมาณ 2550 ได้มีอัตราการขยายตัวเฉลี่ยต่อปีประมาณร้อยละ 20 เทียบกับอัตราการขยายตัวของงบประมาณที่ร้อยละ 7.6 ต่อปี(ดังรูปที่ 1.1)

รูปที่ 1.1: อัตราการขยายตัวของงบประมาณรายจ่ายประจำปีและอัตราการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาล ปีงบประมาณ 2536-2550



ที่มา: งบประมาณโดยสังเขปและกรมบัญชีกลาง

¹ หลังจากนี้จะอ้างถึงโดยใช้คำว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งนี้ ในส่วนของพนักงานของรัฐนั้นปัจจุบันรายจ่ายในส่วนนี้มิได้อยู่ในความรับผิดชอบภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแล้ว

อนึ่ง พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 มีแนวทางในการให้สิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ บิณามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ โดยให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่ไม่จำกัดโดยรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งแนวทางเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการคลังของรัฐบาลในระยะปานกลางและในระยะยาว ดังที่รัฐบาลประสบอยู่ในปัจจุบัน

รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหานี้ โดยในปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงการคลัง ดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมของระบบ โดยได้มีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากการทรงจ่ายโดยผู้รักษาดนมา เป็นระบบจ่ายตรงในกรณีของผู้ป่วยใน และมีการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ ทางกรมบัญชีกลางและกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง คณะทำงานเพื่อศึกษาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสวัสดิการดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ความพยายามของรัฐบาลที่ผ่านมาถือว่ายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากรายจ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการยังคงขยายตัวอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้จึงต้องการ ศึกษาและเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของแนวทางต่างๆ ในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลโดย มุ่งเน้นที่ความยั่งยืนทางการคลังเป็นสำคัญ ทั้งนี้ ขอบเขตของงานวิจัยคือ การเสนอแนะนโยบาย การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ อันเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน และส่งเสริมความโปร่งใสและประสิทธิภาพ ของการใช้จ่ายสาธารณะอีกทางหนึ่งด้วย

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อจำกัดอัตราการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถควบคุมและประมาณการภาระรายจ่ายล่วงหน้าได้อย่างแม่นยำ โดยไม่ก่อให้เกิดภาระทางการคลังที่ไม่คาดคิด

1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย

1.3.1 ศึกษา วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลที่ไม่สามารถควบคุมได้

1.3.2 ศึกษา วิเคราะห์ระบบการประกันสุขภาพประเภทต่างๆ โดยเปรียบเทียบทั้งในและต่างประเทศ

1.3.3 ศึกษา วิเคราะห์ และเสนอแนะแนวทางการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การเพิ่มขีดความสามารถของภาครัฐในการกำหนดกรอบงบประมาณ และควบคุมรายจ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลของบุคลากรภาครัฐ เพื่อไม่ให้เป็นการะทางการคลังต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ ยังจะนำไปสู่พัฒนาระบบสวัสดิการของบุคลากรภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการด้านสุขภาพของบุคลากรเป็นไปด้วยความรวดเร็ว หน่วยงานหลักที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัยนี้คือ กระทรวงการคลัง สำนักงานงบประมาณ สำนักงาน ก.พ.และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

ระบบประกันสุขภาพโดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระบบ (Gottret and Schieber 2006: 7) ตามลักษณะความครอบคลุมของผู้ประกันตน และแหล่งเงินทุนสนับสนุน กล่าวคือ

(1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health services) ซึ่งครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ และใช้แหล่งเงินสนับสนุนจากรายได้ของรัฐบาล (General revenue) โดยไม่ได้กั้นเงินรายได้จากแหล่งใดแหล่งหนึ่งมาใช้สนับสนุนระบบประกันสุขภาพโดยเฉพาะ เช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ เป็นต้น

(2) ระบบประกันสังคม (Social security fund) ระบบนี้มีลักษณะสำคัญตรงที่ผู้ประกันตนจะต้องส่งนำเงินสบทบในอัตราที่กำหนดโดยรัฐบาล ทั้งนี้ รัฐบาลอาจสบทบเงินเข้ากองทุนในสัดส่วนที่ตกลงกันได้ด้วยก็ได้ ประเทศที่เป็นต้นแบบของการประกันสังคมได้แก่ ประเทศเยอรมันนี

(3) ระบบประกันสุขภาพชุมชน (Community-based health insurance) การประกันสุขภาพชุมชนมักเป็นระบบประกันสุขภาพเล็กๆ กระจายไปตามภูมิภาค ซึ่งจัดการโดยชุมชนนั้นๆ

(4) ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนโดยสมัครใจ (Private health insurance) ระบบนี้เป็นระบบประกันสุขภาพที่ผู้ประกันสมัครใจซื้อประกันจากภาคเอกชนโดยเงินทุนส่วนตัว

ระบบประกันสุขภาพทั้ง 4 ประเภทนั้นมีความแตกต่างกันในรายละเอียดและกลไกการจัดการ แต่จุดมุ่งหมายสำคัญของระบบประกันสุขภาพคือ การประกันความเสี่ยงในกรณีบุคคลเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ซึ่งระบบนี้จะเป็นการประกันความเสี่ยงทางการเงินและประกันความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ลดการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากกระเป๋า (Out-of-pocket) และป้องกันภาวะยากจนหรือล้มละลายจากการเจ็บป่วย (Financial catastrophe)

โดยปกติรัฐบาลในประเทศที่พัฒนาแล้วจะจัดระบบประกันสุขภาพหลักเพียงระบบเดียวสำหรับประชาชนทั้งประเทศ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต 2546) ดังเช่น ประเทศสหราชอาณาจักรจัดระบบ National Health Service และประเทศเยอรมัน ซึ่งใช้ระบบประกันสังคมที่

ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ² เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพไม่จำเป็นต้องมีระบบเดียวในแต่ละประเทศ การมีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุนอาจทำให้ประชากรมีทางเลือกมากขึ้น และแต่ละกองทุนก็สามารถออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมต่อประชากรเฉพาะกลุ่มได้มากขึ้น

เพียงแต่ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการทรัพยากรและการบริหารความเสี่ยงอาจลดลงเนื่องจากไม่มีการประหยัดจากขนาด (Gottret and Schieber 2006: 58) ในประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศเยอรมันเองก็ปรากฏว่ามีระบบประกันสุขภาพอื่นๆ เช่น ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นต้น เป็นระบบเสริมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคที่ต้องการบริการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าที่ระบบประกันสุขภาพหลักจัดหาให้เท่านั้น

2.1 ลักษณะของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบเหลื่อมซ้อนกันอยู่ โดยแต่ละระบบก็มีกลุ่มสมาชิกเป้าหมายที่ต่างกัน กล่าวคือ

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว
- ระบบประกันสังคมที่มุ่งเน้นประชากรวัยทำงานที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจทางการ (Formal sector)
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชากรที่ไม่อยู่ในเครือข่ายประกันสุขภาพทั้งสองระบบข้างต้น

การที่กลุ่มสมาชิกเป้าหมายต่างกันมีนัยถึงการกระจุกตัวของชนชั้นในแต่ละระบบประกันสุขภาพด้วย เช่น กลุ่มที่อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีกว่ากลุ่มอื่นๆ เป็นต้น นอกจากนี้ การกระจายตัวของประชากรในระบบประกันสุขภาพก็ไม่เท่าเทียมกัน โดยสัดส่วนของผู้ที่ใช้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นหลักเท่ากับร้อยละ 8.5

² สำหรับระบบประกันสังคมในประเทศเยอรมันนั้น ประชากรที่มีรายได้สูงเกินขึ้นที่กำหนดสามารถเลือกที่จะไปใช้ระบบประกันสุขภาพเสริมได้ แต่ไม่มีสิทธิกลับเข้ามาในระบบประกันสุขภาพหลัก (sickness funds)

ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุ้มครองประชากรถึงร้อยละ 79.9 ของประชากรทั้งประเทศ สำหรับการประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนก็มีบ้าง แต่เป็นระบบที่เสริมกับระบบหลักมากกว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพหลักของสังคมไทย³ (ตารางที่ 2.1) ทั้งนี้ ผู้ที่มีประกันสุขภาพส่วนบุคคลคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด (วิโรจน์ ณ ระนอง 2548: ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.1: สัดส่วนประชากรในระบบประกันสุขภาพที่จัดให้โดยรัฐ พ.ศ. 2546

ประเภทของระบบประกันสุขภาพ	สัดส่วนประชากร(ร้อยละ)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	8.5
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	1.0
กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน	0.2
ระบบประกันสังคม	10.4
อื่นๆ	0.1
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	79.9
รวม	100.0

ที่มา: วิโรจน์ ณ ระนอง (2548: ตารางที่ 2.2)

จากฐานข้อมูลกรมบัญชีกลาง พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2550 สูงถึง 6,771 บาท⁴ เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคิดอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation fee) เท่ากับ 1,899 บาท ในปีงบประมาณเดียวกัน⁵ พบว่าต้นทุนค่ารักษายาบาลต่อหัวของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนี้สูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 3.5 เท่า จึงอาจกล่าวได้ว่าข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนประมาณเกือบร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดได้รับการจัดสรรทรัพยากรด้าน

³ การซื้อประกันสุขภาพในประเทศไทยไม่เป็นที่นิยมเท่าใดนัก ส่วนใหญ่การซื้อประกันสุขภาพจะเป็นการการซื้อพร้อมกับกรมธรรม์ประกันชีวิต (สุวณี สุรเสียงสังข์ 2541)

⁴ รายจ่ายค่ารักษายาบาลข้าราชการ ปี 2550 จากระบบ GFMS เท่ากับ 46720 ล้านบาท และจำนวนผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิเท่ากับประมาณ 6.9 ล้านคน

⁵ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การรักษาพยาบาลจากรัฐบาลที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ต่างจากระบบประกันสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว อนึ่ง การให้สิทธิรักษาพยาบาลแบบไม่จำกัดนั้นทำให้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลายเป็นความเสี่ยงทางการคลังที่ไม่สามารถมองข้ามได้

ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อคนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลสูงมากเมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพระบบอื่นๆ ในประเทศ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมมากกว่าชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ปฏิเสธการคุ้มครองโรคที่เสียค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตวาย เป็นต้น นอกจากนี้เมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของกองทุนประกันสังคมสำหรับ 4 กรณีแรก⁶ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็ให้ความคุ้มครองที่ดีกว่าและครอบคลุมมากกว่า

การเปรียบเทียบระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้ภาพที่ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากระบบประกันสุขภาพทั้งสองระบบมีแหล่งรายได้ทั้งหมดจากงบประมาณของรัฐบาลเช่นเดียวกัน⁷ ในขณะที่ระบบประกันสังคม นายจ้างและสมาชิกต้องร่วมจ่ายเบี้ยประกันในสัดส่วนที่สูง วิธีการให้เงินอุดหนุนต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความแตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บย้อนหลัง (Fee for service reimbursement) และปัจจุบันได้เริ่มมีการนำระบบการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) มาใช้ ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น รัฐบาลจ่ายแบบเหมารายหัว (Capitation fee) ซึ่งสามารถควบคุมงบประมาณและค่าใช้จ่ายได้ง่ายกว่า

⁶ สิทธิประโยชน์ 4 กรณีแรกของกองทุนประกันสังคมประกอบด้วยเจ็บป่วย ดาย ทูพพลภาพ และคลอดบุตร

⁷ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงแรกที่ไม่ดำเนินการ มีการจัดเก็บค่าร่วมจ่าย (co-payment) แต่รายได้จากร่วมจ่ายนี้น้อยมากและไม่ได้มีความสำคัญในด้านการสนับสนุนการเงินของระบบ

รัฐบาลในฐานะผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายในระบบที่เพิ่มขึ้นสูงอย่างไม่สามารถควบคุมได้ การขยายตัวที่ไร้การควบคุมของค่าใช้จ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาล ก่อให้เกิดการวิจัยเกี่ยวกับแนวทางเลือกใหม่ในการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลเพื่อทดแทนระบบสวัสดิการรักษายาบาลเดิม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรรณสภาพร และจกมล เลิศเกียรติ์ดำรง⁸ (2540a) ได้เสนอให้แบ่งงบประมาณสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ รายจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก รายจ่ายผู้ป่วยนอกกรณีฉุกเฉินอุบัติเหตุและโรคที่มีค่ารักษายาบาลแพง รายจ่ายผู้ป่วยใน รายจ่ายสำหรับส่งเสริมสุขภาพ และรายจ่ายสำหรับการบริหารจัดการและวิจัยพัฒนา สำหรับค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวโดยปรับตามเพศและอายุโดยมีอัตราเหมาจ่ายเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 498-598 บาทต่อคน⁹ และมีการจ่ายร่วม ณ จุดบริการ ในขณะที่ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในจะจ่ายโดยใช้ระบบ Global budget ที่ถ่วงน้ำหนักโดยระบบการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือมีการเสนอให้จัดสรรงบประมาณโดยตรงเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาก่อน

ข้อดีของข้อเสนอการจ่ายเงินแบบนี้คือ การคำนวณงบประมาณสำหรับรายจ่ายกลุ่มต่างๆมีเพดานงบประมาณรวมกำกับอยู่ ทำให้รัฐบาลสามารถควบคุมรายจ่ายในแต่ละปีได้ ทว่า การคำนวณเพดานรายจ่ายในแต่ละปีที่ต้องจากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจะทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวไม่เพียงพอต่อการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรรณสภาพร และจกมล เลิศเกียรติ์ดำรง 2540b: 13) นอกจากนี้ ในกรณีที่วงเงินงบประมาณที่ตั้งไว้ไม่พอ รัฐบาลในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายจำเป็นต้องรับความเสี่ยงอยู่ดี เนื่องจากรัฐบาลรับบทบาทเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ขายบริการสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาล นอกจากนี้ การจ่ายอัตราเหมาจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกจะ

⁸ คณะวิจัยเป็นฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องระบบปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

⁹ แปรผันตามเพดานงบประมาณสำหรับรายจ่ายผู้ป่วยนอก ซึ่งอยู่ระหว่าง 3,500-4,200 ล้านบาทในปี 2541 ตามสมมติฐานของคณะวิจัยนี้

เป็นการจำกัดทางเลือกของผู้มีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล ซึ่งการรอนสิทธินี้จะก่อให้เกิดแรง
ต้านทานทางการเมืองอย่างสูง

สำหรับการสร้างแรงจูงใจให้ข้าราชการและผู้อยู่อาศัยสิทธิใช้บริการสถานพยาบาลปฐมภูมิใน
กรณีผู้ป่วยนอกนั้น วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548: 6) ได้เสนอให้มีการจ่ายร่วม ณ จุดบริการ
ในการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่ไม่เก็บเงินร่วมจ่ายในการใช้
สถานพยาบาลปฐมภูมิ¹⁰ ซึ่งมาตรการนี้ใช้ได้ผลในหลายๆประเทศ เช่น เกาหลีใต้ เป็นต้น (เสาวคนธ์
รัตนวิจิตรศิลป์ 2543: 46)

นอกจากนี้ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จงกล เลิศเชิธรดำรง และวิรัช เกษมทรัพย์ (2541) ได้เสนอให้
มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ซึ่งทำหน้าที่เหมือนกับกองทุนประกันสังคม โดยเรียกเก็บ
เงินสมทบจากข้าราชการและรัฐบาลจัดสรรเงินสมทบเพิ่มเติมจากงบกลาง ซึ่งการจัดตั้งกองทุนนี้จะทำ
ให้เกิด internal market โดย กสข.จะทำหน้าที่กำหนดราคาและรูปแบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล เป็น
การเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้จ่าย ทว่า การจัดตั้งกองทุนประเภทนี้ก็จะมีความเสี่ยงเรื่องการจัดเก็บเงิน
สมทบซึ่งข้าราชการมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับ

สำหรับแนวความคิดอีกประการหนึ่งคือการรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้า
กับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งโดยหลักการแล้วพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 9 ได้มีนัยถึงการรวมระบบทั้งสองเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ ระบบ
ประกันสังคมยังสามารถนำมารวมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อีก ซึ่งโดยหลักการแล้ว
การที่มีกองทุนประกันสุขภาพใหญ่กองทุนเดียวทำหน้าที่ประกันสุขภาพของประชากรทั้งประเทศจะทำ
ให้มีการกระจายความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และถ้าหากแหล่งเงินทุนของกองทุนประกันสุขภาพ
มาจากเงินภาษี ซึ่งมีอัตราก้าวหน้า จะเท่ากับว่าจะช่วยกระจายความเสี่ยงทางด้านรายได้อีกด้วย (Gottret
and Schieber 2006: 18-20)

¹⁰ เป็นข้อเสนอสำหรับนโยบายการจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตาม การรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้ากับกองทุนอื่นๆ นั้นจะก่อให้เกิดปัญหาอันไม่พึงประสงค์อย่างแน่นอน ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าข้าราชการมีแนวโน้มต่อต้านการเรียกเก็บเงินสมทบ เนื่องจากในระบบเดิมไม่มีการจ่ายเงินสมทบ ในขณะเดียวกันเนื่องจากข้าราชการเป็นกลุ่มคนที่มีการศึกษาและมีความคาดหวังในชีวิตสูงกว่ากลุ่มคนที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่ข้าราชการจะต่อต้านการรวมระบบสวัสดิการของตนเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในอนาคตมีความเป็นไปได้ที่ระบบประกันสุขภาพทุกระบบที่จัดการโดยรัฐหรือองค์กรอิสระของรัฐจะมารวมกันเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติระบบเดียว ดังเช่น ประเทศอังกฤษ แต่การทำเช่นนี้จะมีผลกระทบทางการเมืองอย่างสูง จึงต้องปฏิรูบบนค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น ในระยะสั้นการรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลเข้ากับกองทุนประกันสุขภาพกองทุนอื่นจึงไม่ใช่ทางเลือกที่ดีนัก

ทั้งนี้ แนวความคิดอีกด้านหนึ่งซึ่งต้องการสงวนสิทธิของข้าราชการในการเลือกสถานพยาบาลอย่างไม่จำกัดนั้น ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกจะยังคงต้องใช้ระบบจ่ายตามที่เรียกเก็บอยู่เช่นเดิม เพียงแต่การจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใช้ระบบการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งเป็นแนวทางที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน อัมมาร์ สยามวาลา และคณะ (2550: v-vi) ได้เสนอว่ารัฐบาลอาจควบคุมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้โดยการเพิ่มการตรวจสอบภายในของสถานพยาบาลและการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง และควรมีองค์กรทางวิชาการที่เป็นกลางจัดทำบัญชียาหลักใหม่ และกำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และราคาสำหรับการบริการทางการแพทย์ที่มีราคาสูง

กล่าวโดยสรุปคือ การเปลี่ยนระบบการจ่ายเงินจากแบบปลายเปิด (open-ended scheme) มาเป็นระบบปลายปิด (close-ended scheme) จะก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านคุณภาพของการบริการและการรอนสิทธิเดิมของข้าราชการ กล่าวคือ การใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับข้าราชการจะเป็นการจำกัดสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลของข้าราชการ เนื่องจากในระบบเหมาจ่ายรายหัว ผู้ที่อยู่ในระบบจะต้องลงทะเบียนกับสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งโดยเฉพาะ ส่วนการจำกัดเพดานงบประมาณก็จะมี

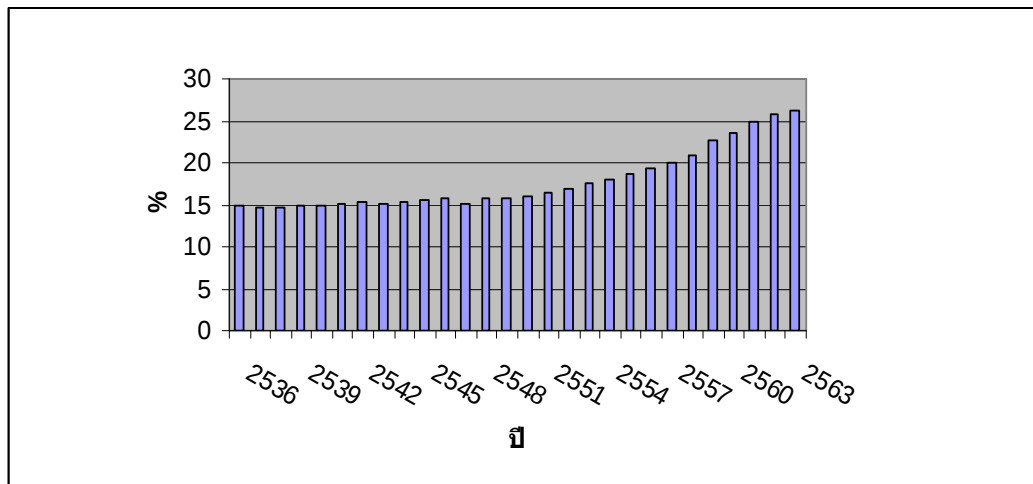
แรงจูงใจให้สถานพยาบาลให้บริการที่ด้อยลง ซึ่งข้อด้อยต่างๆเหล่านี้ ก่อให้เกิดความลำบากในการกำหนดนโยบายในการควบคุมรายจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลโดยไม่รอนสิทธิที่ข้าราชการได้รับอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ การวิเคราะห์แนวทางเลือกเชิงนโยบายในการควบคุมการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลแทบทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์ปัญหาในมุมมองของแพทย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับความชัดเจนของวิธีการจ่ายค่ารักษายาพยาบาลแบบใหม่มากกว่าปัญหาทางด้านความเสี่ยงทางการคลังและความพึงพอใจของผู้บริโภค ดังนั้นจุดประสงค์หลักของบทความชิ้นนี้ คือการนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในมุมมองของนักการคลัง

2.2 ความยั่งยืนทางการคลังกับการบริหารงานทางด้านสุขภาพ

ปัจจุบัน ประเทศในกลุ่ม OECD ได้ทำการประมาณการภาระรายจ่ายของรัฐบาลในระยะยาว (30 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีนัยถึงภาระรายจ่ายที่ผูกติดกับโครงสร้างอายุประชากร เนื่องจากกลุ่มประเทศเหล่านี้กำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) ซึ่งสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรัฐบาลของประเทศเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาระรายจ่ายทางด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นบริการสาธารณะได้ ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพโดยรัฐในสังคมผู้สูงอายุจึงเป็นความเสี่ยงทางการคลังที่จะส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลังในท้ายที่สุด การประมาณการภาระรายจ่ายระยะยาวจะช่วยให้รัฐบาลรับรู้ล่วงหน้าถึงความเสี่ยงทางการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น และพิจารณาหาทางแนวทางการเพิ่มรายได้ล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการจ่ายในอนาคต เช่น ในกรณีของกองทุนประกันสังคม ถ้ารัฐบาลสามารถรับรู้ความเสี่ยงล่วงหน้าได้ รัฐบาลอาจจะเพิ่มจำนวนเงินนำส่งจากผู้ประกันตนตั้งแต่ปัจจุบัน เป็นต้น

รูปที่ 2.1: อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน พ.ศ. 2536-2563



ที่มา: สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

ปัจจุบัน ประเทศไทยก็ได้มีการตื่นตัวในเรื่องการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ เนื่องจากเมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรของประเทศไทยแล้ว พบว่า อัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากประมาณร้อยละ 16 ของประชากรวัยทำงานใน พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 26 ใน พ.ศ. 2563 (รูปที่ 2.1) ประกอบกับการที่รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้การบริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ทำให้ภาระรายจ่ายทางด้านสุขภาพกลายเป็นความเสี่ยงทางการคลังอย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยง ทั้งนี้ ปัญหาอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่สูงนั้นมีผลกระทบถึง 2 ด้านด้วยกัน คือ ภาระรายจ่ายทางด้านสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการบริการมากกว่าประชากรวัยทำงาน และประชากรวัยทำงานที่มีสัดส่วนลดลงทำให้ผลิตภาพของประเทศลดลงและส่งผลต่อการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลในที่สุด

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติให้รวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ไม่ได้ระบุถึงเงื่อนไขเวลาการรวมระบบทั้งสองเข้าด้วยกันก็ตาม ดังนั้น ปัญหาการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาระยะยาวเกี่ยวกับภาระรายจ่ายด้านการรักษายาบาลของประเทศ นอกจากนี้

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ไม่สามารถควบคุมได้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการระยะปานกลางมารองรับควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะยาวต่อไป

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการจัดการด้านระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลนั้น คือ ความเสมอภาค การประกันความเสี่ยงทางการเงินที่ครอบคลุม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ บริการทางการแพทย์ (Hsiao and Heller 2006: 8) เมื่อพิจารณาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปัจจุบัน พบว่าระบบมีความเสมอภาคโดยข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์เดียวกันอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาถึงการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยแล้ว พบว่าคุณภาพของการบริการและสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีความเหลื่อมล้ำกันมากระหว่างผู้ใช้บริการในแต่ละภูมิภาค อัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรกรุงเทพมหานครในปี 2547 เท่ากับ 1: 879 ภาคกลางเท่ากับ 1: 3134 ภาคใต้เท่ากับ 1: 3982 ภาคเหนือเท่ากับ 1: 4534 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 1: 7466¹¹

สำหรับการประกันความเสี่ยงด้านการเงินเพื่อป้องกันความยากจนอันเกิดจากการเจ็บป่วย (financial catastrophe) นั้น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ทำการถ่ายเทความเสี่ยงจากผู้ที่อยู่ในระบบไปเป็นความเสี่ยงด้านการคลังของรัฐบาล อย่างไรก็ตาม มีการประมาณว่าในแต่ละปี ข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิต้องจ่ายเงินค่ารักษายาบาลเองอีกเป็นจำนวนถึง 7,000 ล้านบาทในปี 2540 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรรณสถาพร และจกมล เลิศเชียรดำรง 2540c: 4) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนเกือบร้อยละ 40 ของรายจ่ายค่ารักษายาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปีเดียวกัน¹² สัดส่วนของรายจ่ายค่ารักษายาบาลที่จ่ายออกจากกระเป๋าของข้าราชการที่สูงสะท้อนให้เห็นว่าระบบสวัสดิการข้าราชการนี้ยังขาดประสิทธิภาพด้านการประกันความเสี่ยง และมีความไม่เท่าเทียมกันในการรักษายาบาลของผู้ที่อยู่ในระบบ (Gottret and Schieber 2006: 37)

¹¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

¹² ข้อมูลจากตารางที่ 2.1

บทที่ 3 ระบบการประกันสุขภาพในต่างประเทศ

โครงสร้างระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศต่าง ๆ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ 2543; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และวิรัช เกษมทรัพย์ 2542) มีความแตกต่างหลากหลายแบบ โดยจากการศึกษาระบบการประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ 10 ประเทศ ได้แก่ ประเทศเยอรมนี ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศไต้หวัน ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถจัดกลุ่มลักษณะของระบบการประกันสุขภาพหลักๆ ได้ 2 กลุ่มคือ 1) ระบบหลักประกันที่ขึ้นอยู่กับการจ้างงาน (Employment – Based) และ 2) ระบบหลักประกันที่ขึ้นกับฐานประชากร (Population – Based) โดยระบบการประกันสุขภาพข้าราชการในแต่ละประเทศจะถูกจัดรวมอยู่ในระบบการประกันสุขภาพระบบเดียวกับประชาชนทั่วไป

ในส่วนของ Employment - Based จะมีรูปแบบ (Model) ในการดำเนินการที่สำคัญ 3 รูปแบบ คือ 1) แบบกองทุนที่หักจากเงินเดือนของลูกจ้าง นายจ้าง และบุคคลที่มีอาชีพอิสระ โดยรัฐอาจมีการสมทบเป็นบางส่วน และมีรูปแบบรายละเอียดในการบริหารที่แตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ ทั้งนี้ ประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศเยอรมนี ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศไต้หวัน และประเทศมาเลเซีย 2) แบบเงินออมสำหรับบุคคล (Medical Saving) โดยประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ และ 3) การประกันสุขภาพเอกชนเป็นหลัก โดยประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในขณะที่ Population - Based จะมีรูปแบบเดียวคือ แบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ ประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย และประเทศนิวซีแลนด์

3.1. Employment - Based

3.1.1 แบบกองทุนที่หักจากเงินเดือนของลูกจ้าง นายจ้าง บุคคลที่มีอาชีพอิสระ

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศเยอรมนี เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงที่สุดแห่งหนึ่ง ประชาชนได้รับหลักประกันว่าจะได้รับบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง โดยมีระบบประกันสุขภาพเป็นตัวรองรับ ประกอบด้วย การประกันสุขภาพตามกฎหมาย (Statutory health insurance or Sickness Funds) และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private health insurance)

การประกันสุขภาพตามกฎหมายเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ กฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) และจ่ายเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือน สำหรับประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดสามารถเลือกไปใช้ประกันเอกชนได้ ในส่วนของข้าราชการไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิกโดยสามารถเลือกที่จะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนหรือซื้อประกันเอกชน ทั้งนี้ ผู้ที่ตัดสินใจซื้อประกันเอกชนแล้วจะไม่สามารถย้ายเข้าเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยในภายหลัง ซึ่งข้อกำหนดนี้เป็นมาตรการป้องกัน ไม่ให้เพิ่มความเสี่ยงกับกองทุนการเจ็บป่วยในการต้องรับคนที่ถูกปฏิเสธจากประกันเอกชน

กองทุนการเจ็บป่วยนี้จัดตั้งขึ้นโดยภาคเอกชนในลักษณะองค์กรอิสระที่ไม่แสวงกำไรภายใต้การกำกับของรัฐ อาจรวมตัวกันในลักษณะของอาชีพหรือตามกฎหมายกำหนด แบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ คือ กองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนช่างฝีมือ กองทุนทดแทน และกองทุนอื่น ๆ เนื่องจากหลักการของระบบประกันสุขภาพเยอรมนีเป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก รายได้กองทุนมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายโดยนายจ้างเท่านั้น ไม่ได้มีการอุดหนุนจากรัฐ กองทุนเหล่านี้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิก และกำหนดอัตราเบี้ยประกันเองได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้เพดานที่กฎหมายกำหนด กองทุนทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ โดยทำความตกลงกับผู้ให้บริการ โดยทำความตกลงกับผู้ให้บริการต่าง ๆ

ประเทศเยอรมนีปกครองระบบสหพันธรัฐ นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง คือ การออกกฎหมายต่าง ๆ เพื่อควบคุมกำกับระบบบริการสาธารณสุข รัฐบาลของ มลรัฐมีบทบาทในการใช้กฎหมายต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และออกกฎหมายลูกของตนเองเพื่อบังคับใช้ในมลรัฐ ในการควบคุมกำกับการทำงานขององค์กรอิสระที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลในด้านศักยภาพทั้งรัฐและเอกชน ควบคุมกำกับมาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์ และรวมไปถึงการควบคุมการผลิตแพทย์

สำหรับแหล่งที่มาของงบประมาณนั้น เอกชนเป็นผู้รับภาระการจ่ายค่าบริการต่าง ๆ ผ่านกองทุนและประกันสุขภาพเอกชน รัฐสนับสนุนด้านการลงทุนจากภาษี

ภาระทางการเงินของประชาชน/ผู้ป่วย ประชาชนจ่ายค่าเบี้ยประกันเข้ากองทุนการเจ็บป่วยหรือซื้อประกันเอกชน โดยอัตราการจ่ายเข้ากองทุนสำหรับสมาชิกภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับจะแตกต่างกันในแต่ละกองทุน แต่ต้องไม่ต่ำกว่าหรือเกินกว่าอัตราที่กฎหมายกำหนด คือ ร้อยละ 8.5 – 16.5 สำหรับลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัท เบี้ยประกันจะออกโดยนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละครึ่ง ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระต้องจ่ายเองทั้งหมด ผู้ที่ว่างงานได้รับความคุ้มครองโดย Federal Labor Administration เป็นผู้จ่าย 2/3 ของเบี้ยประกัน และอีก 1/3 จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น สำหรับกรณีของผู้เกษียณอายุแล้วเบี้ยประกันจะจ่ายโดยกองทุนเกษียณ (Pension fund)

Sickness Funds มีหน้าที่เจรจากับผู้ให้บริการในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยการเจรจาจะแบ่งเป็นการให้การรักษานอกกับผู้ป่วยใน เพราะการแพทย์ที่เยอรมนี มีการแบ่งแยกกันอย่างชัดเจนว่าแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยนอกจะไม่มีสิทธิรักษาผู้ป่วยใน และในทางกลับกันแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในก็ไม่มีสิทธิที่จะรักษาผู้ป่วยนอก

แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยนอกนั้นเป็นถือผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ และจะต้องขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการแพทย์ของแต่ละรัฐก่อน จึงจะเปิดคลินิกรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งคณะกรรมการแพทย์จะทำ

การเจรจาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในส่วนของค่าตอบแทนแพทย์ การประกันคุณภาพการให้บริการนั้น Sickness Funds ได้มอบหมายให้คณะกรรมการแพทย์ในแต่ละรัฐเจรจากับแพทย์ในสังกัดเอง โดยจะจ่ายเงินให้เป็นก้อนในแต่ละปี

สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Sickness Funds จะทำการเจรจาโดยตรงกับโรงพยาบาลและจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอัตรารายวัน ประชาชนมีสิทธิที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนไหนก็ได้แล้วแต่ความต้องการโดยมีการร่วมจ่ายเล็กน้อย จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายที่ทาง Sickness Funds จ่ายนั้นเกือบทั้งหมดเป็นเงินสำหรับดำเนินการทางการแพทย์ แต่งบลงทุนทางการแพทย์นั้นรัฐบาลของแต่ละรัฐเป็นผู้ลงทุนให้ แม้แต่งบลงทุนในภาคเอกชน ถ้าการลงทุนนั้นอยู่ในแผนการดำเนินการของแต่ละรัฐ

บทบาทของระบบประกันสุขภาพเอกชน ในเยอรมนีกฎหมายยอมให้ผู้ที่มิฐานะดี ซึ่งจะต้องมีเงินรายได้ประจำปีสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด และเชื่อว่าจะมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อมีความเจ็บป่วย และรัฐจะมีบทบาทในการควบคุมอัตราเบี้ยประกันภัย ซึ่งคิดตามความเสี่ยงที่มากขึ้นและจำนวนผู้มีสิทธิที่จะถูกรวมคลุม ซึ่งต่างจากการจ่ายสมทบเข้าสู่ Sickness Funds ซึ่งจะคิดตามอัตราเงินเดือน

ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากประกันสุขภาพเอกชนนี้ก็คล้ายกับ Sickness Funds เว้นแต่จะมีเรื่องความสะดวกสบายบางอย่างที่เพิ่มขึ้น เช่น ห้องส่วนตัวในโรงพยาบาล และมีข้อได้เปรียบในเรื่องการให้บริการที่รวดเร็วกว่าทั้งในการเป็นคนไข้ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ได้รับการบริการจากแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากกว่า เพราะประกันสุขภาพภาคเอกชนจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์มากกว่าประมาณสองเท่าของ Sickness Funds

ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เป็นระบบที่ผูกติดกับระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบประกันสุขภาพมีสองประเภทหลัก ประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง

(Employee-based) ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเภทย่อย คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance) และประเภทที่ 2 คือ ระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) หรือเรียกว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ ทั้งสามกลุ่มครอบคลุมประชากรใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม

เมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นกับกองทุน retired person insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปี ก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health services for the elderly ทั้งสองกองทุนจัดอยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสูงมาก

การประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ กองทุนต่าง ๆ ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกัน กองทุนซึ่งมีสมาชิกที่มีอำนาจจ่ายมากก็สามารถให้สิทธิประโยชน์มากหรือลดอัตราดอกเบี้ยประกันของตนเอง

ผู้ให้ประกันไม่ได้มีการทำสัญญาการซื้อขายบริการสุขภาพกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลจังหวัด (Prefecture government) เป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน (กองทุน) ผ่านมายังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบประมวลผลการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ต่อไป เนื่องจากมีหน่วยงานที่เป็นผู้ให้การประกันจำนวนมาก ในขณะเดียวกันก็มีจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่ง ในขณะที่ประชาชนมีอิสระในการใช้บริการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บให้ในลักษณะของ Clearing house ซึ่งมีสองหน่วยงาน คือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund และ

และให้บริการกับ Workplace-based Insurance และ Federation of National Health Insurance

Association ซึ่งให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิประโยชน์มีทั้งประเภทบังคับที่กำหนดตามกฎหมาย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่กองทุนแต่ละแห่งเพิ่มให้กับผู้ประกัน ประเภทของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดตามกฎหมายมี เช่น บริการทางการแพทย์ ค่ายาตามใบสั่งยา เงินชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ การคลอด การดูแลบุตร รวมทั้งค่าเดินทางด้วย ไม่ครอบคลุมค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลไข้ และค่าวัสดุทันตกรรม การคุ้มครองรวมไปถึงครอบครัวของผู้มีสิทธิด้วย

ระบบการประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากลูกจ้าง นายจ้าง สมทบเข้ากองทุน และงบประมาณรัฐ โดยผู้ที่มีเงินเดือนประจำทั้งภาครัฐและเอกชนถูกหักเบี้ยประกันจากเงินเดือนเป็นรายเดือน โดยลูกจ้างและนายจ้างจ่ายคนละครึ่ง อัตราเบี้ยประกันคำนวณตามรายได้ ทั้งนี้ มีการแบ่งเงินเดือนเป็นช่วงเรียกว่า รายได้มาตรฐาน (Standard remuneration) เป็น 40 ช่วง โดยอัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการกำหนดเพดานของเบี้ยประกันที่จะต้องจ่าย อัตราเบี้ยประกันจะแตกต่างกันตามแต่ละกองทุน แต่มีกฎหมายควบคุมระดับของเบี้ยประกัน

สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น (Municipality government) ในการบริหารการเก็บเบี้ยประกันดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ เก็บเป็นเบี้ยประกันหรือเก็บเป็นภาษีประกันสุขภาพ โดยมีเพดาน และเมื่อใช้บริการผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมจ่ายประมาณร้อยละ 20

มาตรการจ่ายค่าบริการจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระดับผู้ให้บริการปฐมภูมิและผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ โดยระดับปฐมภูมิจะจ่ายแบบตามรายการ Fee-for-service ซึ่งแบ่งเป็นสองส่วน คือ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและวัสดุ โดยที่ค่าบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ ในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย ค่ายานั้นมีการปรับให้สอดคล้องกับราคาตลาด และกำหนดโดยใช้ราคาเฉลี่ยบวกอีกร้อยละ 5

ในขณะที่ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิการจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลนั้นเป็นการจ่ายแบบตามรายการ (Fee-for-service) โดยมีการกำหนดเป็น fee schedule มีการแยกประเภทเตียงที่เป็น acute care และ long term care เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วย แยกการจ่ายยาออกจากสถานพยาบาล การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์นั้นพิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ (เช่น ทักษะในการให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยีและทักษะ และจำนวนบุคลากร) และราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์ มีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะของแพทย์ในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้ เพื่อให้มีความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการทบทวนเพื่อหามาตรการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งในขณะนี้กำลังพิจารณานำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มาใช้

ประเทศเกาหลีใต้

ประเทศเกาหลีใต้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ โดยชุดสิทธิประโยชน์มีลักษณะจำกัด เบี้ยประกันกำหนดในอัตราต่ำ บริการที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการในโรงพยาบาล บริการอนามัยแม่และเด็ก ค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยา (ทั้งที่มีใบสั่งยาและไม่มีใบสั่งยา) และการแพทย์แผนตะวันออก เป็นต้น

ระบบประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนจำนวนมาก ซึ่งดูแลกลุ่มประชากรเป้าหมายแตกต่างกัน คือ 1) กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม (ร้อยละ 36.7 ของประชากร) อยู่ภายใต้การจัดการจัดบริการของ Employees' Health Insurance Societies 145 แห่ง 2) กลุ่มพนักงานของรัฐและครู (ร้อยละ 10.5 ของประชากร) อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ Korea Medical Insurance corporation และ 3) กลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 49 ของประชากร) อยู่ภายใต้การดูแลของ Rural and Urban Health Insurance Societies กองทุนต่าง ๆ มีการกระจายความเสี่ยงหรือประกันชั้นที่สอง (Reinsurance mechanism)

ในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน และรวมเข้ากับประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครู โรงเรียนเอกชน เป็น National Health Insurance Corporation โดยทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของ National Federation of

Medical Insurance เหลือกองทุนจำนวน 141 กองทุน เป็นของบริษัทเอกชน 140 แห่ง และอีก 1 แห่ง คือ National Health Insurance Corporation และในที่สุดรัฐบาลเกาหลีได้กำหนดให้มีการรวมกองทุน ประกันสุขภาพอีกครั้งให้เหลือเพียงกองทุนเดียวในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543

ประชาชนไม่ได้สิทธิเลือกกองทุน ไม่มีการแข่งขันระหว่างกองทุน ขณะเดียวกันกองทุนเหล่านี้ ก็ไม่มีสิทธิเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการเอง เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของ National Federation of Health Insurance ดังนั้น กองทุนเหล่านี้จึงทำหน้าที่เพียงแค่เป็นตัวกลางที่פקเงินก่อนที่จะจ่ายให้กับ ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ ยังมีประชาชนอีกประมาณร้อยละ 3.6 ที่มีฐานะ ยากจนอยู่ภายใต้การดูแลของ Medical Aid Program ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล

ระบบการประกันสุขภาพของเกาหลีได้มีแหล่งที่มาของงบประมาณจาก 3 แหล่งที่สำคัญคือ บุคคลจ่ายเบี้ยประกันและร่วมจ่ายค่าบริการ นายจ้างสมทบค่าเบี้ยประกัน และรัฐใช้เงินภาษีสนับสนุน กองทุนและจ่ายในโครงการช่วยเหลือผู้ยากจน ทั้งนี้ ประชาชน/ผู้ป่วยมีภาระทางการเงิน เบี้ยประกันจ่าย ตามสัดส่วนของเงินเดือน ร้อยละ 3.24 สำหรับลูกจ้างในบริษัทเอกชน และร้อยละ 3.8 สำหรับกลุ่ม ข้าราชการและครู ทั้งนี้ โดยนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายคนละครั้ง (นายจ้างครุออกร้อยละ 30) สำหรับ ในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำคำนวณอัตราดอกเบี้ยประกันจากรายได้ ทรัพย์สินและขนาดของ ครัวเรือน โดยรัฐบาลช่วยสนับสนุนสมทบงบประมาณประมาณร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด

ในส่วนของผู้ป่วยในนั้น ต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการ ผู้ป่วยนอกมีส่วนร่วมจ่าย ตามประเภทบริการ ระดับของโรงพยาบาลและขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30.55 เป็นต้นไป นอกจากนี้ ยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการสั่งยาของแพทย์และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาด้วย และ หากเป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพประชาชนก็ต้องจ่ายเอง

สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ทั้งผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ จะได้รับค่าบริการแบบ Fee-for-service ตามรายการบัญชีราคาบริการต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาล

ประเทศไต้หวัน

ประเทศไต้หวันใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบบังคับ ครอบคลุมประชากรทุกคน มีผู้ซื้อรายเดียว ค่าบริหารจัดการโรงพยาบาลถูกจำกัดไว้ไม่ให้สูงกว่าร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ สิทธิที่ผู้ประกันตนได้รับการรักษาพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ค่ายาตามใบสั่งแพทย์และยา OTC ที่จำเป็นบางส่วน การทำฟัน (ยกเว้น orthodontics และ prosthodontics) การรักษาด้วยแพทย์จีน การป้องกันโรค บริการเพื่อคัดกรองโรค ได้แก่ การตรวจ pap smear และการตรวจร่างกาย ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่พบบ่อย การดูแลก่อนคลอด การติดตามดูแลเด็กหลังคลอด และการดูแลรักษาที่บ้าน (Home care services)

ระบบการประกันสุขภาพของประเทศไต้หวันมีแหล่งที่มาของเงินงบประมาณจากการหักจากเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้รายเดือน สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไปและรายได้อื่นๆของรัฐ เช่น จากการนำเงินไปลงทุน เงินรายได้จากสลากรัฐบาล (Social welfare lottery) และจากภาษีบุหรี่และไวน์ เงินทั้งหมดรวมเข้าเป็นกองทุนเดียว นอกจากนั้นมาจากการร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย

ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพได้ถูกกำหนดตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2537 โดยแบ่งอัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันออกเป็น 6 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น สำหรับกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มทหารผ่านศึกรัฐจ่ายให้ทั้งหมด กลุ่มครูโรงเรียนเอกชนจ่ายร้อยละ 40 ของค่าเบี้ยประกัน นายจ้าง (เจ้าของโรงเรียนเอกชน) จ่ายร้อยละ 30 รัฐจะจ่ายสมทบ อีกร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มของผู้ที่มีกิจการของตนเองและกลุ่มของนักวิชาชีพต้องจ่ายเองทั้งหมด รัฐไม่จ่ายเงินสมทบเลย เงินที่เก็บจากแต่ละกลุ่มรวมเข้าเป็นกองทุนเดียว

ผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าลงทะเบียนผู้ป่วย (registration fee) และจ่ายค่าบริการในอัตราคงที่เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในพื้นที่ และต้องจ่ายเพิ่มเติมเล็กน้อยเมื่อรักษาที่โรงพยาบาลของศูนย์เขต

หรือจ่ายเพิ่มอีกจำนวนหนึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์โดยไม่ได้รับการรักษาตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นการไปพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินตนเองด้วย

ผู้ป่วยในต้องจ่ายร่วมร้อยละ 10-30 ของค่ารักษาพยาบาล ขึ้นกับระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและโรคที่เป็น หากพักในโรงพยาบาลนาน ต้องจ่ายร่วมในอัตราสูง แต่ทั้งนี้ได้กำหนดเพดานสูงสุดไว้ว่าผู้ป่วยจะจ่ายไม่เกินระดับที่กำหนดต่อครั้งที่นอนโรงพยาบาล และไม่เกิน เพดานต่อปี ส่วนที่เกินกองทุนประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ สำหรับผู้ป่วยในกรณีที่มาตลอดบุตร การรักษาเพื่อป้องกันโรค การป่วยจากโรคที่ต้องเสียค่ารักษาสูง (Catastrophic diseases) รวมทั้งคนจน ทหารผ่านศึกและครอบครัว และผู้ที่อาศัยบริเวณภูเขาสูงและบนเกาะ ไม่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น จะจ่ายผู้ให้บริการปฐมภูมิแบบ Fee-for-service ในขณะที่ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมินั้น เดิมเป็นการจ่ายแบบ Fee-for-service เช่นเดียวกัน ต่อมาได้นำเอาระบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการหลายๆ วิธีมาใช้ร่วมกัน (Multiple payment systems) ทั้งแบบ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับบางโรค Global budget สำหรับการดูแลรักษาโรคพื้น และแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ที่อยู่ในเกาะ เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการทำงานของแพทย์และลดปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย

ประเทศมาเลเซีย

ระบบการประกันสุขภาพของประเทศมาเลเซียเป็นระบบสาธารณสุขที่มีหลายรูปแบบผสมผสานกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นพหุลักษณะ (Pluralistic health care system) ระบบการประกันมีหลายระบบ โดยมีระบบหลักดังนี้

- 1) Employees Provident Fund (EPF) จัดตั้งโดย Employees Provident Fund Act 1951

เพื่อสร้างหลักประกันด้านการเงินเมื่อเกษียณจากการทำงานรวมทั้งยามเจ็บป่วยและ

ยามเดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัย ผ่านกลไกการบังคับออม (Compulsory savings scheme)

และร่วมสมทบโดยนายจ้าง ในจำนวนร้อยละ 10 และร้อยละ 12 ของเงินเดือนตามลำดับ

บริหารกองทุนโดยหน่วยงานอิสระในกำกับของกระทรวงการคลัง

- 2) Social Security Organization (SOCSO) ดำเนินการภายใต้ Employees Security Act 1969

สำหรับลูกจ้างหรือแรงงานที่มีรายได้ต่ำ เป็นการประกันสังคมแบบบังคับ เงินค่าสมาชิกได้จากทั้งลูกจ้างและนายจ้าง ให้ผลประโยชน์แก่ลูกจ้างในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยหรือพิการอันเนื่องมาจากการทำงาน

- 3) ประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีหลายรูปแบบ
- 4) สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ สามารถใช้บริการที่รัฐจัดให้โดยไม่เสียค่าบริการ

ระบบการคลังสุขภาพของประเทศมาเลเซียมีแหล่งที่มาของการเงินจาก 4 แหล่ง คือ ภาษีประกันสังคม, social insurance, private health insurance และ out-of-pocket payments และแหล่งที่มาของรายได้ของโรงพยาบาลรัฐมาจากเงินงบประมาณที่ได้จากการเก็บภาษีทั่วไป (General tax) โดยรัฐบาลกลาง แล้วจัดสรรไปให้โรงพยาบาลแบบ global budget อีกส่วนหนึ่งได้จากเงินที่ผู้ป่วยจ่าย

ทั้งนี้ ภาระทางการเงินของผู้ที่ใช้บริการการรักษาระดับปฐมภูมิจากสถานบริการของรัฐที่คลินิกชนบท (Rural Clinic) (ระดับหมู่บ้าน มีพยาบาลประจำ) และคลินิกสุขภาพ (Health Clinic) (ระดับตำบล และชุมชนในเขตเมือง มีแพทย์ประจำ) จะได้รับบริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย สำหรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นคือตั้งแต่โรงพยาบาลอำเภอขึ้นไป จะเสียค่าลงทะเบียนครั้งละเพียงเล็กน้อยเท่านั้นทั้ง สำหรับคนไข้นอก และสำหรับคนไข้ที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่ายาและค่ารักษาอื่นๆอีก ตามระเบียบ Fee Order and Government Ordinance สำหรับผู้ที่ด้อยโอกาสเช่น คนยากจน คนชรา และผู้พิการจะได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียนดังกล่าว

การไปใช้บริการจากสถานบริการเอกชน (คลินิก และ โรงพยาบาล) ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากปัญหาความแออัดของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆในโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยจำนวนมากจึงหันไปใช้บริการภาคเอกชน

ในส่วนของการจ่ายค่าบริการนั้น ผู้ให้บริการปฐมภูมิ จะใช้ระบบ Fee-for-service และแพทย์และบุคลากรในคลินิกของรัฐรับเงินเดือน ในขณะที่ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ใช้ระบบ Fee-for-service เช่นกัน ยกเว้นในกรณีของรัฐ สถานบริการของรัฐรับงบประมาณแบบ Global budget และแพทย์ผู้ให้บริการรับค่าตอบแทนแบบเงินเดือน

3.1.2 แบบเงินออมสำหรับบุคคล (Medical Saving)

ประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์มีระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ มีระบบการคลังที่เป็นเงินออมสำหรับบุคคลและครอบครัว (Medical Saving) เสริมด้วย safety net สำหรับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลบุคคลในระดับสูงและสำหรับผู้ยากไร้ในสังคม โดยผ่านระบบกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ต่างกันแต่เสริมกัน 3 กองทุน คือ (1) Medisave (2) Medishield และ (3) Medifund กองทุนเหล่านี้บริหารโดยรัฐบาล ลักษณะพิเศษ คือ กองทุน Medisave เป็นกองทุนที่บริหารรวม แต่เป็นบัญชีบุคคลซึ่งใช้สำหรับจ่ายบริการสุขภาพของบุคคลและครอบครัว นอกจากนี้ รัฐเป็นผู้จัดบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจำนวนมากให้เป็นบริการฟรี

ระบบ Medisave สิงคโปร์ได้สร้างขึ้นเพื่อให้ประชาชนไว้ใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการดำเนินการในรูปของเงินออมส่วนบุคคล กำหนดให้ประชาชนสิงคโปร์ที่มีงานทำหรือทำงานอาชีพอิสระได้มีบัญชีเงินออมเพื่อใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นของตนเองและครอบครัวและต้องหักเงินสู่บัญชี Medisave การจ่ายเงินเข้าสู่บัญชีเงินออม Medisave จะหยุดเมื่อมีการสะสมเงินเข้าบัญชีถึงระดับที่กำหนด

ระบบ Medisave ขึ้นอยู่บนหลักการของการช่วยเหลือตนเองและความรับผิดชอบต่อตัวเอง และครอบครัว ระบบจึงถูกออกแบบมาเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพพลานามัย และป้องกันการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น โดยรัฐจะอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรูปแบบของสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเองและรัฐต้องจ่ายอุดหนุน เช่น หากผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวใน

โรงพยาบาลของรัฐระดับ C รัฐจะให้การอุดหนุนถึงร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายและให้ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 20 และรัฐจะลดการอุดหนุนในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า และไม่อุดหนุนในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับ A และ โรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการเบิกเงินจากบัญชีเงินออม Medisave นี้ยังมีเพดานควบคุมอีกไม่ให้เบิกเกินกว่าที่กำหนดไว้

นอกจากระบบ Medisave ที่เน้นให้ประชาชนมีเงินฝากเป็นของตัวเองแล้ว สิงคโปร์ยังสร้างระบบรองรับสำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงมาก เรียกว่า Medishield มีลักษณะเป็นระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยให้ประชาชนจ่ายสมทบเข้ากองทุนทุกปี ระบบนี้จะทำตัวเป็นเสมือนระบบประกันสุขภาพเอกชนที่เก็บเบี้ยประกันต่ำโดยจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อจากกองทุน Medisave แต่การจ่ายค่ารักษานี้จะเริ่มจ่ายเมื่อผู้ป่วยจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลเอง (deductible) จากการที่เบิกเกินเพดานที่ Medisave กำหนด

นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้งสองแล้ว สิงคโปร์ยังได้จัดตั้งระบบประกันสุขภาพขั้นสุดท้าย เรียกว่า Medifund ซึ่งเป็นกองทุนที่มีไว้สำหรับผู้ยากจน หรือผู้ที่ไม่มีความสามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล

สำหรับการคลังของระบบนั้น ระบบ Medisave และ Medishield มาจากการเงินหักจากรายได้บุคคล และเงินสมทบจากนายจ้าง โดยประชาชนแต่ละคนถูกหักประมาณร้อยละ 6-8 ของเงินเดือนเข้าบัญชี Medisave (อัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยมีการกำหนดมูลค่าขั้นต่ำและเพดาน) ในขณะที่ Medifund นั้นจ่ายจากเงินภาษี

ทั้งนี้ การใช้บริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าบริการเอง และบริการโรงพยาบาลมีการกำหนดเพดานค่าบริการที่เบิกได้ ผู้ป่วยที่ใช้บริการพื้นฐานที่กำหนดไม่ต้องจ่ายร่วม แต่ถ้าเลือกบริการโรงพยาบาลเอกชน หรือ โรงพยาบาลรัฐที่เป็นหอผู้ป่วยระดับพิเศษต้องร่วมจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในส่วนที่เกินด้วย

มาตรการจ่ายค่าบริการ ทั้งผู้ให้บริการปฐมภูมิและผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิจะจ่ายเป็นระบบ Fee-for-service โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับ และอุดหนุนกรณีรับ โรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ (subvention piece rate) และอุดหนุนให้ถึงเพดาน (revenue cap)

สำหรับระบบประกันสุขภาพเอกชนในประเทศสิงคโปร์นั้นมีส่วนไม่มากนัก แม้ว่ารัฐจะสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการทางสุขภาพ โดยระบบประกันสุขภาพเอกชนจะเป็นระบบ Managed care ซึ่งระบบนี้จะเน้นให้ประชาชนไปใช้บริการชั้นปฐมภูมิในคลินิกและใช้ระบบการส่งต่อไปใช้บริการชั้นสูงต่อไป การจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์เป็นแบบเหมาจ่าย

3.1.3 ระบบที่มีการประกันสุขภาพเอกชนเป็นหลัก

ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดในโลก ทั้งในแง่ค่าใช้จ่ายรวม ต่อหัว และคิดเป็นร้อยละของ GDP ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นไม่ใช่สิทธิตามกฎหมาย ระบบสุขภาพตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยมีระบบการประกันที่มีรูปแบบหลากหลายมาก เนื่องจากประชากรสหรัฐส่วนมากมีความแตกต่างของค่านิยม ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่ใช้ประกันเอกชน ผู้มีรายได้จากเงินเดือนมักใช้ประกันแบบกลุ่มที่ผูกอยู่กับการจ้างงาน ในส่วนของรัฐนั้น จะให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคมโดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการ คือ 1) Medicare ครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการนี้บริหารโดย Health Care Financing Administration (HCFA) ภายใต้รัฐบาลสหพันธ์ (Federal Government หรือรัฐบาลกลาง) 2) Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเดียวบางส่วน ซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการโดยรัฐบาลมลรัฐ ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินเป็นก้อนรวมจากรัฐบาลกลาง ส่วนประกันเอกชนมีทั้งประเภทที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร องค์กรส่วนใหญ่ซื้อ

ประกันแบบกลุ่ม ธุรกิจบางแห่งใช้วิธีการประกันตัวเอง (self insured) คือจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้พนักงานเองโดยไม่ซื้อประกันสุขภาพ

แต่เดิมนั้นบริษัทประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้จ่ายค่าบริการ โดยไม่มีสัญญาผูกพันกับผู้ให้บริการ แต่ในทศวรรษที่ผ่านมา มีการประกันในระบบ managed care เพิ่มขึ้นมาก ซึ่ง managed care เป็นระบบที่องค์กรหรือบริษัทหนึ่งอาจเป็นทั้งผู้ประกันและผู้ให้บริการ หรือเป็นผู้ประกันและซื้อบริการจากผู้ให้บริการ โดยมีสัญญาผูกพัน ลักษณะการจัดระบบมีรูปแบบหลากหลายมาก สำหรับการคลังของระบบนั้น ค่าเบี้ยประกันภาคเอกชนจ่ายโดยบุคคลและธุรกิจ โดยผู้ที่ซื้อประกันเอกชนรับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันเอง ลูกจ้างอาจมีนายจ้างจ่ายให้หรือจ่ายสมทบ และผู้ป่วยอาจต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้ ขึ้นกับสัญญาที่ทำกับบริษัทประกันแต่ละราย ไม่มีบรรทัดฐานที่แน่นอน ในขณะที่กองทุน Medicare มาจากการหักเงินรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงาน และกองทุน Medicaid มาจากเงินภาษีโดยส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจากภาษีที่เก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ

เมื่อพิจารณาถึงมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ในส่วนระดับปฐมภูมิมีรูปแบบหลากหลาย การประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance มักเป็นแบบผู้ป่วยจ่ายก่อนแบบ fee-for-service แล้วจึงเบิกคืนจากประกันภายหลัง (retrospective reimbursement) กรณี managed care เป็นแบบ capitation หรือ fee-for-service ที่มีการตกลงอัตรากันล่วงหน้า (negotiated fee schedule) แพทย์ซึ่งเป็นลูกจ้างของ Health Maintenance Organization (HMO) ได้รับค่าตอบแทนในรูปเงินเดือน สำหรับกรณี Medicare มีการจ่ายค่าบริการแบบ fee schedule ในระบบ resource-based relative value scheme (RBRVS) และกองทุน Medicaid ในแต่ละรัฐมีวิธีการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน บางส่วนจ่ายแบบ fee schedule บางส่วนเป็นระบบ capitation ภายใต้การซื้อบริการแบบ managed care

สำหรับผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมินั้น ประกันเอกชนจ่ายแบบ fee-for-service บางรายมีการเจรจาตกลงอัตราเป็น fee schedule กับผู้ให้บริการ สำหรับกองทุน Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วน

ใหญ่จ่ายโรงพยาบาลโดยใช้ระบบ diagnostic-related group (DRG) มาตรการจ่ายค่าตอบแทนผู้

ให้บริการของ Medicaid แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เนื่องจากรัฐบาลระดับมลรัฐเป็นผู้บริหารโครงการ

ประเภทของการประกันสุขภาพภาคเอกชน

1) การประกันสุขภาพหมู่ที่ซื้อโดยบริษัทนายจ้างขนาดใหญ่ (Group Insurance)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาการประกันสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของนายจ้าง ซึ่งจะเป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันในรูปแบบสวัสดิการ ทั้งการประกันบุคคล และการประกันสำหรับครอบครัว อย่างไรก็ตามการสนับสนุนจากนายจ้างลดลงอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนให้ลูกจ้างมีส่วนร่วมในการร่วมจ่ายมากขึ้นในรูปแบบของเบี้ยประกัน Coinsurance และ Deductible ผลที่ตามมาคือลูกจ้างต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น

การประกันสุขภาพเป็นกลุ่มที่อิงกับการจ้างงานจะมีข้อได้เปรียบในหลายๆด้าน เช่น การกระจายความเสี่ยง ลดปัญหาการเกิด Adverse selection ของกองทุน ต้นทุนการบริหารจัดการที่ต่ำกว่า และอำนาจการต่อรองที่มากกว่า ในขณะที่เดียวกันการประกันสุขภาพลักษณะดังกล่าวก็ก่อให้เกิดข้อจำกัดหลายประการตามมา เช่น การทำให้ตลาดประกันสุขภาพแบ่งเป็นส่วนๆ ตามระดับความเสี่ยง ช่องว่างของการไม่มีประกันสุขภาพระหว่างเปลี่ยนงาน เช่นเดียวกับที่เป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนงานทำให้ลูกจ้างเสียโอกาสเนื่องจากลูกจ้างกลัวความไม่ต่อเนื่องของการประกันและใช้บริการทางสุขภาพ ความซ้ำซ้อนในกรณีของครอบครัวที่มีคนทำงานมากกว่า 1 คน ในการคุ้มครองครอบครัว ความไม่ครอบคลุมลูกจ้างประเภทชั่วคราว และความยุ่งยากรวมทั้งต้นทุนที่สูงมากในการบริหารจัดการ

2) การประกันสุขภาพส่วนบุคคล (Individual Insurance)

การประกันสุขภาพส่วนบุคคล คือ การประกันสุขภาพส่วนบุคคลโดยไม่ผ่านการจ้างงาน การประกันสุขภาพประเภทนี้ก่อให้เกิดข้อพิงระวังของปัญหา Adverse selection เนื่องจากผู้ขอรับการประกันแต่ละคน มักจะทราบสถานะสุขภาพของตนเองมากกว่าบริษัทผู้รับประกัน ดังนั้น บริษัทประกันจะบังคับให้บุคคลที่ใช้ประกันสุขภาพส่วนตัวจะต้องผ่านกระบวนการ underwriting ที่มีการวิเคราะห์ประวัติทาง

การแพทย์และการตรวจกรองหาโรคเรื้อรังต่างๆ นอกจากนี้ บริษัทประกันภัยสามารถปฏิเสธคนที่ต้องการใช้ บริการหากคิดว่าผู้ประกันตนมีความเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วย หรือไม่เช่นนั้นก็จะคิดเบี้ยประกันภัยในอัตราที่สูงมาก

นอกจากนี้ยังมีแผนการประกันสุขภาพภาคเอกชนที่เป็นประกันสุขภาพเสริมจากการ สวัสดิการด้านสุขภาพของภาครัฐอัน ได้แก่ Medicare โดยการประกันสุขภาพที่เสริมขึ้นมานี้อาจแบ่งได้ เป็น 5 ประเภท คือ

1. ประกันที่ให้ความคุ้มครองในส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเป็น deductible ให้แก่ โรงพยาบาล และส่วนจ่ายรวม (Co-payment) แก่แพทย์ ประกันประเภทนี้เรียกกันทั่วไปว่า Medigap
 2. แผนการประกันประเภทเรียกคืนค่าสินไหมสำหรับโรงพยาบาล (Hospital indemnity policies) ซึ่งจะจ่ายค่าสินไหมในอัตราคงที่ต่อวันที่ต้องอยู่โรงพยาบาล
 3. แผนการประกันเฉพาะโรคที่ร้ายแรง เช่น มะเร็ง
 4. ความคุ้มครองจากนายจ้างที่ผู้ประกันตนภายใต้ Medicare ยังได้รับอยู่ภายหลังเกษียณอายุ
 5. แผนการประกันเฉพาะบริการ เช่น ค่ายา หรือการดูแลระยะยาว (Long-term care)
- ประกันสุขภาพเหล่านี้จะช่วยลดภาระการชำระค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้สูงอายุต้อง ออกเองตามข้อกำหนดของ Medicare และผู้ที่อยู่ในโปรแกรม Medicare ส่วนใหญ่จะมีประกันสุขภาพ ของเอกชนด้วยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

3) การประกันตนเองของบริษัทยจ้าง

บริษัทยจ้างหลายรายในประเทศสหรัฐอเมริกาเลือกที่จะให้จ่ายค่าสวัสดิการรักษายาบาล เองแทนการซื้อประกันสุขภาพและจ่ายค่าเบี้ยประกันแก่บริษัทประกันสุขภาพ ทั้งนี้ เหตุผลที่การ ประกันตนเองได้รับการนิยมน่าจะเกิดจาก (1) การประกันตนเองทำให้ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันภัย ล่วงหน้า การจ่ายจะเกิดขึ้นเมื่อถูกจ้างไปใช้บริการทำให้ควบคุมการจ่ายเงินได้ดีกว่า และบริษัทยจ้าง มีเงินมาใช้จ่ายหมุนเวียนมากขึ้น (2) บริษัทยจ้างไม่ต้องจ่ายภาษีเบี้ยประกันภัยที่เรียกเก็บโดยรัฐบาล

แต่ละมลรัฐ รวมทั้งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วนของการตลาด การบริหารและกำไรของบริษัท ประกัน (3) การประกันตนเองช่วยให้บริษัทได้รับการยกเว้นจากกฎหมาย Employee Retirement, Income Security Act (ERISA) ซึ่งให้อิสระแก่บริษัทในการให้สวัสดิการความคุ้มครองต่างๆ โดยไม่มีการแทรกแซงจากรัฐ แทนการกำหนดให้แผนประกันสุขภาพเอกชนทั่วไปที่ต้องให้ความคุ้มครองในการบริการทางการแพทย์หลายประการเป็นภาคบังคับ

โดยทั่วไปนายจ้างที่ใช้การประกันตนเองนี้มักทำสัญญาจ้างบริษัทประกัน หรือบริษัทบริหารบุคคล ที่สาม (Third-party administrator) เป็นผู้บริหารจัดการการเรียกร้องค่าสินไหมต่างๆ โดยไม่แบกรับความเสี่ยงใดๆ เรียกว่าเป็น “Administrative services only (ASO) contract” นอกจากนี้บริษัทประกันอาจให้เป็นบริการประกันภัยต่อ (Reinsurance) ที่เรียกว่า “Minimum premium plan (MPP)” เพื่อรับประกันค่าใช้จ่ายราคาแพงที่ไม่ได้คาดไว้

3.2 แบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ

ประเทศสหราชอาณาจักร

ระบบบริการด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักรส่วนใหญ่เป็นระบบของรัฐ ซึ่งให้ความคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ทุกคน ครอบคลุมทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยไม่คำนึงถึงรายได้ของผู้มารับบริการ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ เรียกว่าระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS)

ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) มีการจัดองค์กรเป็นหลายระดับตั้งแต่ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบในเรื่องการจัดหางบประมาณซึ่งมาจากภาษีและกระจายไปสู่พื้นที่ต่างๆ แบ่งเป็น 14 เขตในอังกฤษ คูแลโดย (Regional Health Authorities: RHA) ส่วนในกรณีของสกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือจะบริหารจัดการโดยสำนักงานแห่งชาติ (National Office) และมี District Health Authorities (DHA) คูแลในระดับอำเภออีกทีหนึ่ง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังให้

งบประมาณแก่ Family practitioner committees (FPCs) ในการดำเนินการระบบริการสาธารณสุขแบบ
ปฐมภูมิ และ Special Health Authorities (SHA) ซึ่งรับผิดชอบด้านการตั้งราคา และการฝึกอบรม

สำหรับการคลังของระบบนั้น แหล่งรายได้สำหรับบริการด้านสุขภาพที่จัดโดย NHS มาจาก
ภาษีทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี โดยการใช้บริการทาง
การแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่า
ตามใบสั่ง (ยกเว้นเด็ก คนชรา และผู้ป่วยบางกลุ่ม) ยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยาและแว่นตาไม่ได้
ครอบคลุม ในขณะที่การบริการภาคเอกชนมาจากการซื้อประกันเอกชน ซึ่งต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง

เมื่อพิจารณาถึงมาตรการจ่ายค่าบริการพบว่า ในระดับผู้ให้บริการปฐมภูมินั้น แพทย์เวชปฏิบัติ
ทั่วไป (general practitioner: GP) มีรายได้จากการบริการ 3 ส่วน คือ 1) การจ่ายต่อหัวประชากรที่ขึ้น
ทะเบียนกับ GP นั้น ๆ (capitation) 2) ค่าธรรมเนียมจากบริการพิเศษบางอย่าง เช่น เยี่ยมไข้นอกเวลา
หรือ immunization 3) practice allowances จากการจัดบริการจำเพาะบางอย่าง เช่น บริการสำหรับ
ผู้สูงอายุ รายได้จากการบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพิ่มหรือลดตามจำนวนผู้ป่วยเป็นหลัก

อนึ่ง การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ขึ้นกับการเสนอขององค์กรอิสระ คือ Doctors' and Dentists'
Review Body เกษีกรได้รับการจ่ายค่ายาแบบ cost plus และได้รับค่าตอบแทนการจ่ายยา (dispensing
fees) ในสัดส่วนที่ลดลงตามจำนวนใบสั่งยาที่แต่ละคนให้บริการ โดยค่าจ่ายยานี้ได้รับการจัดสรรเป็น
ก้อนรวมทั้งหมดเป็นรายปี จากการเจรจาระหว่างองค์กรเกษีกรกับกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ผู้
ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมินั้น โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณตามข้อตกลงกับ District Health
Authority ในด้านบริการและจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ ทั้งนี้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่ gatekeeper
ของระบบ เป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาล หลังจาก
การตรวจรักษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาล ส่งกลับไปให้แพทย์เวชปฏิบัติ
ทั่วไปหรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่น ๆ เช่น nursing home

ส่วนของภาคเอกชน การประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทในการเสริมความคุ้มครองที่ให้โดยภาครัฐ ครอบคลุมบริการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน และเป็นส่วนเสริมหรือรายจ่ายแทนระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศ โดยมีความรวดเร็ว และสะดวกสบายมากกว่า ประชาชนสามารถย้ายการรับบริการระหว่าง NHS และภาคเอกชนได้อย่างอิสระ แม้แต่การเจ็บป่วยในโรคเดียวกัน

ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare โดยประชากรได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุใน Medical Benefits Scheme (MBS) และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) โดยโครงสร้างของระบบมีการแยกแยะระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ และมีความผูกพันโดยสัญญา (Contractual Mode) การบริหารจัดการเป็นระบบกองทุนเดียว คือ Medicare ซึ่งบริหารโดย Health Insurance Commission ทั้งนี้ Medicare ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ โดยจ่ายค่าบริการพื้นฐานแก่ผู้ให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชน ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนสำหรับบริการอื่น ๆ นอกrayการ ก็สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพที่ให้โดยรัฐหรือเอกชนได้เช่นกัน

เนื่องจากมีระบบการเมืองเป็นแบบสหพันธรัฐ จึงมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครอง (State/Territory) ต่าง ๆ โดยที่รัฐบาลกลางดูแลทางด้านนโยบายรวม สิทธิประโยชน์ของประชาชนทางด้านยาและบริการแพทย์นอกโรงพยาบาล nursing รวมทั้งดูแลโรงพยาบาลรัฐและโครงการส่งเสริมสุขภาพบางส่วน ในขณะที่รัฐบาลของมลรัฐรับผิดชอบบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลรัฐและโครงการต่าง ๆ

สำหรับการคลังของระบบนั้น ระบบการประกันสุขภาพของประเทศออสเตรเลียมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากภาษีทั่วไปที่จัดเก็บโดยรัฐบาลกลาง โดยเงินที่จัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพถูกแบ่งเป็น 2 ก้อน

1) รัฐบาลกลางจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ เป็น financial assistant grants (FAG) ขนาดของ FAG คำนวณจากปัจจัย เช่น โครงสร้างประชากรและอัตราการมีประกันสุขภาพเอกชน แล้วจัดทำเป็นข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกลางกับมลรัฐ คือ Health Care Agreements ซึ่งมีระยะเวลา 5 ปี

2) รัฐบาลกลางจัดสรรให้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เป็นค่าตอบแทนการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ในโครงการ Medicare

ทั้งนี้ ในส่วนภาระทางการเงินที่เกิดกับประชาชน/ผู้ป่วยนั้น กรณีการให้บริการตามสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมร้อยละ 15 ของ schedule fee สำหรับบริการที่คลินิก และ ร้อยละ 25 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ในกรณีที่รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งเป็นคู่สัญญากับ Medicare ที่ยอมรับอัตราการจ่ายเงินจาก Medicare ผู้ป่วยไม่ต้องมีส่วนจ่ายร่วม ในกรณีที่รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เรียกเก็บอัตราเกิน Schedule fee ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เกินนั่นเอง โดยมีระเบียบกำหนดเพดานต่อครั้ง โดยบริการนอกเหนือจาก Medicare Benefits Scheme ผู้ป่วยต้องรับภาระเองทั้งหมด หรืออาจซื้อประกันเอกชนคุ้มครองก็ได้

ส่วนภาระค่ายาเป็นแบบที่มีการจ่ายร่วมและการรองรับด้วย safety net กล่าวคือ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ยาตามใบสั่งต้องจ่ายร่วมในอัตราคงที่ต่อรายการ ยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยาหาซื้อได้จากร้านยาต้องจ่ายเอง ทั้งนี้ สำหรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ Medicare Benefits Scheme ไม่ต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ รวมทั้งค่ายา

ประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพโดยภาพรวมยังถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ และบริหารโดยองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (Single payer) โดย

HFA จะทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้ มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการต่าง ๆ สำหรับประชากรไว้อย่างชัดเจน

บริการสุขภาพต่าง ๆ ที่ HFA จัดซื้อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) บริการสาธารณสุข 2) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเด็กและผู้ป่วย 3) บริการวินิจฉัยเบื้องต้น การจ่ายยา รวมทั้งบริการสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งสามารถมีได้จากการส่งต่อของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 4) บริการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด 5) บริการทันตกรรม เป็นบริการการป้องกัน การให้สุขศึกษา รวมทั้งการอุดฟัน ให้บริการแก่เด็กในโรงเรียนและผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 6) บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด 7) บริการด้านจิตเวช 8) บริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ

การคลังของระบบการประกันสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์นั้น มีแหล่งที่มาของงบประมาณจากภาษีทั่วไปในการสนับสนุนเป็นหลัก ที่เหลือมาจากเงินที่บุคคลจ่ายเองและส่วนของประกันสุขภาพเอกชน โดยผู้ป่วยจะใช้บริการฟรีในส่วนของการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลหญิงมีครรภ์และการคลอด บริการทันตกรรมป้องกัน จิตเวช บำบัดยาเสพติด และบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ในขณะที่ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเอง ตามระดับรายได้ของผู้ป่วย หากมีส่วนต่างของค่าบริการที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บกับค่าบริการที่จ่ายตามระดับรายได้ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้คือ รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายแทน นอกจากนี้ รัฐอุดหนุนให้กับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น รายได้น้อยและเด็ก เป็นอัตราต่อครั้ง

ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ายาตามจำนวนรายการยา โดยมีเพดานค่าใช้จ่ายต่อปี รัฐรับผิดชอบเมื่อผู้ป่วยจ่ายถึงเพดาน อัตราการจ่ายค่ายาต่อรายการเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้สูง

บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด ในโรงพยาบาล เป็นบริการให้ฟรีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การดูแลผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ก็ไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกัน ยกเว้นการบริการที่ไม่ต้องนอนค้าง (day patients) จะต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยมีขีดจำกัด

3.3 บทสรุปของระบบการประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ระบบการประกันสุขภาพในแต่ละประเทศมีหลากหลายของระบบในแต่ละประเทศ โดยสามารถแบ่งกลุ่มตามลักษณะหลักของระบบได้ 2 ประเภท คือ ระบบหลักประกันที่ขึ้นกับฐานประชากร (population-based) และระบบหลักประกันที่ขึ้นอยู่กับการจ้างงาน (employment based)

ประเทศมีหลักประกันขึ้นกับฐานประชากร (population-based) มักมีระบบประกันจำนวนน้อย ๆ เช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ คือ มีระบบประกันหลัก 1 ระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะซื้อประกันเอกชนเสริม เพื่อความครอบคลุมในบริการ บางด้านที่ระบบหลักมิได้จัดให้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของส่วนแบ่งทางการคลัง พบว่า ทั้ง 3 ประเทศ มีสัดส่วนของรัฐบาลสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ที่เหลือ เป็นผลมาจากลักษณะของระบบที่มีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว ซึ่งการคลังสุขภาพบริหารจัดการโดยรัฐจากเงินภาษีทั่วไป

ในขณะที่ประเทศที่ใช้ระบบหลักประกันที่ขึ้นอยู่กับการจ้างงาน (employment based) มักจะมีระบบการประกันสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการจัดการแต่ละระบบแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ เช่นในประเทศเยอรมนีมีระบบประกัน 2 ระบบเป็นแบบคู่ขนาน กล่าวคือ มีระบบหลักคือ sickness funds ที่เป็นภาคบังคับสำหรับประชากรส่วนใหญ่และผูกติดกับการจ้างงาน แต่ยกเว้นให้ประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้มีรายได้สูง เลือกที่จะเข้าระบบหลักหรือจะซื้อประกันเอกชนเอง โดยที่หากเลือกที่จะไม่เข้าระบบหลัก จะไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบหลักในภายหลัง ทั้งนี้ เป็นการป้องกันไม่ให้ระบบหลักต้องรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการที่มีผู้ซื้อประกันเอกชนในช่วงที่ไม่ป่วยหรือตอนอายุน้อย แล้วเปลี่ยนเข้าสู่ sickness funds เมื่อป่วยหรือสูงอายุ

ได้เห็นว่าระบบประกันสุขภาพที่ผูกกับการจ้างงานเช่นกัน คืออัตราและวิธีการเก็บเบี้ยประกัน ขึ้นกับอาชีพและการจ้างงาน และเป็นระบบเดียว แต่เปิดโอกาสให้มีประกันเสริมกับระบบหลักได้ ส่วนญี่ปุ่นและเกาหลีใต้มีระบบประกันที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นระบบที่สิทธิการเข้าร่วมมีทั้งส่วนที่เป็น การจ้างงานและส่วนที่ขึ้นอยู่กับความเป็นสมาชิกของชุมชน นอกจากนี้ ของเกาหลียังมีหลักประกัน ส่วนหนึ่งที่เป็นความช่วยเหลือโดยรัฐบาล

สิงคโปร์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยผ่านกองทุน 3 กองทุน ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ระบบ Medisave เป็นบัญชีการออมที่หักจากเงินเดือนแบบบังคับ โดยผ่านระบบการจ้างงาน ส่วน Medishield เป็นระบบประกันที่เสริมในกรณีที่ระบบแรกไม่เพียงพอ และประชาชนมีสิทธิเลือกในการเข้าร่วม สำหรับ กลุ่มคนที่ยากจนและไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกัน 2 แบบดังกล่าวได้ รัฐบาลจัดระบบ Medifund ให้ โดยเฉพาะ เป็นแบบสวัสดิการสังคม

ระบบหลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่น สิงคโปร์มีลักษณะพิเศษประการหนึ่งคือ เป็นระบบที่ผูกติด กับระบบหลักประกันหรือสวัสดิการสังคมด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ในสิงคโปร์ Medisave เป็นส่วนที่ต่อ ยอดจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund) ซึ่งเป็นการออมสำหรับการใช้จ่ายในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพด้วย

ประเทศมาเลเซียมีประกันหลายระบบอยู่ร่วมกัน ในขณะที่มีประชากรจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ ระบบประกันด้วย ระบบประกันขนาดใหญ่ในประเทศครอบคลุมผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก สำหรับผู้ที่ไม่มี ประกันสุขภาพหากใช้บริการด้านสุขภาพก็ต้องจ่ายเอง โดยในภาคเอกชนราคาค่าบริการจะสูงกว่า ภาครัฐ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ก็ใช้บริการภาครัฐซึ่งสามารถยกเว้นค่าใช้จ่ายได้ นั้นหมายถึงการที่รัฐจัดบริการเป็นระบบที่ช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น ระบบการประกันสุขภาพเป็นระบบที่มีประชากรในประเทศ ใช้การประกันเอกชนซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลายมากเป็นหลักและส่วนใหญ่ผูกติดกับการจ้างงาน และมี ระบบที่จัดโดยรัฐ เช่น Medicare สำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปี และ Medicaid สำหรับผู้มีรายได้น้อย

ตารางที่ 3.1 ระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ

ประเทศ	ภาระประชาชน/ผู้ซื้อประกัน	ภาระผู้ป่วย(ตามสิทธิ)	จำนวนระบบประกัน	วิธีจ่ายค่าบริการปฐมภูมิ	วิธีจ่ายค่าบริการทุติยภูมิ	แหล่งเงิน
Employment-based						
เยอรมนี	ลูกจ้าง 8.5-16.5% เงินเดือน (ต่างกันตามระดับเงินเดือน) ว่างงาน/เกษียณ:ฟรีเบี้ยประกันเอกชนถ้ามี	OP ฟรี,IP ร่วมจ่ายตามจำนวนวันนอน ร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบิกคิน)	2 (คู่ขนาน) 89% ประชาชนใน sickness funds	Fee-schedule ตาม point system	รพ.: DRG, per diem, global budget แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ สมาชิกอาชีพอิสระ
ญี่ปุ่น	ลูกจ้างจ่ายเบี้ยประกันตามช่วงรายได้ (อัตราขึ้นกับกองทุน) อาชีพอิสระจ่าย เบี้ยประกันหรือภาษี	ร่วมจ่าย 20%	3: Gov-managed, Society-managed, NIH ครอบคลุมประชากรอย่างละ 1 ใน 3	Fee-schedule	Fee-schedule แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ สมาชิกอาชีพอิสระ
เกาหลีใต้	ลูกจ้าง ข้าราชการ 3-4% เงินเดือน อาชีพอิสระคิดจากรายได้+ทรัพย์สิน+ ขนาดครอบครัว	OP ร่วมจ่าย 30-35%, IP ร่วม 20 %, ยาร่วมจ่าย, prescribing fees	3 Employee's health insure society, NIH Corp, Medical aid	Fee-schedule	Fee-schedule	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ สมาชิกอาชีพอิสระ
ไต้หวัน	เบี้ยประกันหักจากเงินเดือน ลูกจ้างจ่าย 30-40% ของอัตรา นายจ้าง และรัฐสมทบ อาชีพอิสระ 100% รายได้น้อย ทหารผ่านศึกฟรี	OP จ่ายต่อครั้งประมาณ 3-5 US\$, IP ร่วม 10-30%, เพดาน/ปี	1+ (เสริม)	FFS	FFS, DRG ในบางโรค Capitation สำหรับเกาะที่ ห่างไกล	ลูกจ้าง/อาชีพอิสระ นายจ้าง รัฐ ภาษีมูลค่า เสถียร
มาเลเซีย	เบี้ยประกัน หรือสมทบเข้ากองทุน	บริการเอกชน: จ่ายค่าบริการ, บริการโดยรัฐ: ปฐมภูมิฟรี จ่ายค่าลง ทะเบียนรพ.รัฐ. ผู้มีรายได้ต่ำฟรี	2+ n: EPF,SOCSSO, ประกันเอกชน	FFS แพทย์ในคลินิกรัฐ; เงินเดือน	FFS แพทย์ในรพ.รัฐ; เงินเดือน	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ บุคคล
สิงคโปร์	ผู้มีรายได้ 6-8% เงินเดือน (มีพื้น/เพดาน) รายได้น้อยฟรี	OP 100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชน ต่อรายการ) IP ร่วมจ่าย	3: Medisave, Medishield และ Medifund	FFS	Fee-schedule และอุดหนุนให้ ถึงขั้นต่ำ	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ
สหรัฐอเมริกา	เบี้ยประกัน รายได้น้อยฟรี	หลากหลายแบบ มีร่วมจ่ายขึ้นกับประกัน Medicaid ร่วมจ่าย	2+ n: Medicare, Medicaid, ประกันเอกชนหลายแบบ	หลากหลายแบบ: FFS แบบ อิสระ และ Fee-schedule, Capitation	หลากหลายแบบ: FFS แบบ อิสระ และ Fee-schedule, DRG, capitation	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ บุคคล

Population-based						
ประเทศ	ภาระประชาชน/ผู้ซื้อประกัน	ภาระผู้ป่วย(ตามสิทธิ)	จำนวนระบบประกัน	วิธีจ่ายค่าบริการปฐมภูมิ	วิธีจ่ายค่าบริการทุติยภูมิ	แหล่งเงิน
อังกฤษ	ภาษี (+เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี)	OP,IP : ฟรี ยา : ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)	1+ (เสริม) 11% ประชากรมีประกันเอกชน	แพทย์ : capitation ยา : cost-plus, dispensing fee ป้องกัน : FFS เอกชน : FFS	รพ.: งบรายปี แพทย์ในรพ.: เงินเดือน เอกชน : FFS	รัฐ (ภาษีทั่วไป) 79%
ออสเตรเลีย	ภาษี (+เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี)	GP ร่วม 15%+ส่วนเกินถึงเพดาน OP รพ.ร่วม 25%, ฟันร่วม 15%, IP ฟรี ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี	1+ (เสริม)	แพทย์ : 85% schedule fee ยา : จ่ายส่วนต่างจากร่วมจ่าย	OP รพ. 75% schedule fee IP 100% schedule fee บางรัฐใช้ DRG แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	รัฐ (ภาษีทั่วไป)
นิวซีแลนด์	ภาษี (+เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี)	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี,IP จ่ายถึงเพดาน/ปี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี	1+ (เสริม) 37% ประชากรมีประกันเอกชน	FFS	รพ.: capitation แพทย์ในรพ.รัฐ : เงินเดือน รพ.เอกชน : FFS	รัฐ (ภาษีทั่วไป)

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาประสบการณ์ต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาประสบการณ์ต่างประเทศสามารถสรุปประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาเป็นหลักในการพิจารณาของการศึกษาวิจัยได้ดังนี้

1. สิทธิในการรับบริการว่าเป็นลักษณะของการจำกัดสิทธิหรือไม่จำกัดสิทธิ
2. แหล่งเงินที่สนับสนุนระบบสวัสดิการรักษายาบาลเป็นอย่างไร เป็นแบบจ่ายจริงตามการรักษาหรือเป็นแบบกองทุน และถ้าเป็นแบบกองทุนเป็นกองทุนแบบเงินประกัน (Defined contribution) หรือแบบตามสิทธิที่พึงได้รับ (Defined benefit)
3. การคำนวณต้นทุนทั้งจากบัญชียาและการคำนวณตามความเสี่ยงในการเกิดโรค
4. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลจะเป็นลักษณะของรัฐบาลจ่ายทั้งหมดหรือแบบร่วมจ่าย

บทที่ 4 แนวทางการวิจัย

4.1 โครงสร้างของผู้อ้างสิทธิและผู้อาศัยสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2545 มีแนวทางในการให้สิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญ ในที่นี้ขอเรียกว่า **ผู้อ้างสิทธิ** และบิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะของข้าราชการ ลูกจ้าง ข้าราชการบำนาญในที่นี้ขอเรียกว่า **ผู้อาศัยสิทธิ** โดยให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่ไม่จำกัดวงเงินและรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จากโครงสร้างอายุของผู้ลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงของระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญและผู้อาศัยสิทธิ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2549 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งในที่นี้ถือเป็นโครงสร้างประชากรเป้าหมายทั้งหมดโดยเรียกว่า **ผู้มีสิทธิ**¹³ ซึ่งในการใช้สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการพบว่า กลุ่มผู้มีอายุเกิน 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดคิดเป็นจำนวนประมาณร้อยละ 30 ของผู้มีสิทธิทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงระบบโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชากรไทยมีอายุขัยโดยเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาของความเสี่ยงทางการคลัง (Contingent Liabilities) ในการควบคุมรายจ่ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นในการใช้จ่ายการรักษายาบาลสูง และการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ควบคุมได้ยาก

¹³ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ที่มาลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงในส่วนของข้าราชการและลูกจ้างยังไม่เต็มจำนวนของข้าราชการและลูกจ้างที่มีสิทธิทั้งหมดและระบบในการบันทึกข้อมูลยังมีความไม่สมบูรณ์

ตารางที่ 4.1 โครงสร้างอายุของผู้ลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญและผู้อาศัยสิทธิ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2549

หน่วย : คน

อายุ	ผู้อ้างสิทธิ					ผู้อาศัยสิทธิ						รวม	
	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	บำนาญ	รวม (1)	ร้อยละ	บิดา	มารดา	คู่สมรส	บุตร	รวม (2)	ร้อยละ	รวม (1) +(2)	ร้อยละ
0-10	0	0	0	0	0	0	0	0	823,291	823,291	16	823,291	12
11-20	203	7	4	214	0	0	0	510	1,058,606	1,059,116	21	1,059,330	15
21-30	115,296	1,271	401	116,968	7	0	0	32,398	313,717	346,115	7	463,083	7
31-40	358,779	17,761	3,330	379,870	21	108	549	172,266	0	172,923	3	552,793	8
41-50	561,539	56,015	14,402	631,956	35	11,608	39,401	343,491	0	394,500	8	1,026,456	15
51-60	318,866	45,579	76,602	441,047	25	150,705	306,953	96,317	0	553,975	11	995,022	14
61-70	6,686	400	134,214	141,300	8	224,664	373,948	80,244	0	678,856	13	820,156	12
71-80	254	14	60,688	60,956	3	260,749	435,679	19,931	0	716,359	14	777,315	11
81-90	66	3	15,712	15,781	1	125,695	215,520	2,728	0	343,943	7	359,724	5
91-100	13	1	791	805	0	19,979	36,585	148	0	56,712	1	57,517	1
unknow	215	30	3,647	3,892	0	429	866	99	0	1,394	0	5,286	0
รวม	1,361,917	121,081	309,791	1,792,789	100	793,937	1,409,501	748,132	2,195,614	5,147,184	100	6,939,973	100

ที่มา: กรมบัญชีกลาง

หมายเหตุ: 1. ผู้ที่มาลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงในส่วนของข้าราชการและลูกจ้างยังไม่เต็มจำนวนของข้าราชการและลูกจ้างที่มีสิทธิทั้งหมด

2. ระบบการบันทึกฐานข้อมูลของระบบจ่ายตรงยังมีความไม่สมบูรณ์อยู่

เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนผู้อ้างสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ (ตารางที่ 4.2) พบว่า ประมาณสามในสี่ของผู้ที่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นผู้อาศัยสิทธิ ซึ่งได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในขณะที่ผู้มีสิทธิที่แท้จริงอันได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญมีสัดส่วนเพียงประมาณหนึ่งในสี่เท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามหลักของสิทธิแล้วจะพบว่าผู้อ้างสิทธิ 1 คนจะมีผู้อาศัยสิทธิที่ผูกอยู่ด้วย 4 คน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ซึ่งสิทธิในสวัสดิการเหล่านี้เป็นสิทธิประโยชน์ที่นายจ้างอันได้แก่รัฐบาลจัดให้กับลูกจ้าง

ตารางที่ 4.2 สัดส่วนผู้อ้างสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ

หน่วย : คน

	ผู้อ้างสิทธิ	ผู้อาศัยสิทธิ	รวม
จำนวน	1,792,789	5,147,184	6,939,973
ร้อยละ	25.8	74.2	100

4.2 ภาระทางการคลังของการรักษายาบาลข้าราชการ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 1 เงินค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อฐานะเงินคลังในแต่ละปีเป็นอย่างมาก จากตารางที่ 4.3 จะเห็นได้ว่ารายจ่ายจากเงินคลังเพื่อการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 2,220 ล้านบาท เป็น 16,720 ล้านบาทในปี 2550 หรือเพิ่มขึ้นกว่า 6 เท่า และหากรวมงบประมาณรายจ่ายจากเงินคลังเพื่อการรักษายาบาลที่รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายเพื่อชดเชยเงินคลังในร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายในแต่ละปีงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2550 จะมีจำนวนทั้งสิ้น 56,044 ล้านบาท ดังนั้นเมื่อรวมวงเงินงบประมาณรายจ่ายรักษายาบาลที่รัฐบาลตั้งไว้ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พบว่างบประมาณรายจ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีจากจำนวน 18,000 ล้านบาทในปี 2545 เป็นจำนวน 46,720 ล้านบาทในปี 2550 โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ย

อยู่ที่ร้อยละ 21.3 สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการควบคุมรายจ่ายในการรักษาพยาบาลดังกล่าวเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 4.3 งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐ

หน่วย : ล้านบาท

ปี	วงเงินงบประมาณรวม	วงเงินงบประมาณรักษาพยาบาล (1)	สัดส่วนต่องบประมาณ	รายจ่ายจากเงินคลังเพื่อการรักษาพยาบาล (2)	รวมรายจ่ายรักษาพยาบาล (1) + (2)	อัตราการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
2545	1,023,000	18,000	1.8		18,000	
2546	999,900	18,000	1.8	2,220	20,220	12.3
2547	1,163,500	17,000	1.5	9,100	26,100	29.1
2548	1,200,000	18,000	1.5	10,864	28,864	10.6
2549	1,360,000	20,000	1.5	17,140	37,140	28.7
2550	1,566,200	30,000	1.9	16,720	46,720	25.8

ที่มา: งบประมาณ โดยสังเขปและระบบ GFMS

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างมาก ดังนั้น ทำอย่างไรจึงจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลข้าราชการให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมของแต่ละปี เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงทางการคลังที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ในสังคมประเทศที่พัฒนาแล้วก็ได้มีการเตรียมความพร้อมโดยการปฏิรูประบบประกันสุขภาพหลักเพื่อให้ระบบสามารถรองรับความเสี่ยงทางการคลังได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ประเทศสิงคโปร์ ได้มีการนำระบบ medisave มาใช้ โดยให้ประชากรทุกคนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง และสามารถถอนเงินจากบัญชีได้เมื่อเกษียณอายุ และรัฐบาลสิงคโปร์จะให้ความช่วยเหลือโดยรัฐจะอุดหนุนค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในรูปแบบของสัดส่วนค่าใช้จ่ายตามระดับของบริการ รวมถึงการเบิกเงินจากบัญชีเงินออม Medisave นี้ยังมีเพดานควบคุมอีกไม่ให้เบิกเกินกว่าที่กำหนดไว้ ระบบนี้จะทำให้ประชาชนตระหนักอยู่บนหลักการของการช่วยเหลือตนเองและความรับผิดชอบต่อตัวเองและครอบครัว และมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพพลานามัย และป้องกันการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น นอกจากนี้หลายๆ ประเทศยังมี

แนวคิดขยายอายุการเกษียณให้สูงกว่า 60 ปี เพื่อให้ประชากรอยู่ในการจ้างงานนานขึ้นและมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพมากขึ้น

สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น สิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ การออกแบบปรับปรุงระบบให้มีความยืดหยุ่นต่อความเสี่ยงทางการคลังที่มากขึ้น โดยคำนึงถึงระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วย ทั้งนี้ ในขั้นตอนการวิจัยต่อไปจะทำการสุ่มตัวอย่างประชากรจากหน่วยราชการเพื่อสำรวจความคิดเห็นด้านการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระดับความพึงพอใจของการรับบริการในปัจจุบัน และความคิดเห็นที่มีต่อการประกันสุขภาพภาคเอกชน รวมไปถึงความคาดหวังที่มีต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐในอนาคต

โดยข้อมูลที่ได้จากการสำรวจดังกล่าว จะนำไปสู่การศึกษาโครงสร้างความต้องการบริการของประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมไปถึงทัศนคติที่อาจเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนระบบสวัสดิการรักษายาบาล

4.3 แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

ดังที่ได้แสดงตัวอย่างไว้ในบทที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนระบบในภาพรวม ทั้งนี้ งานวิจัยเหล่านี้ได้ร่วมตระหนักถึงข้อด้อยของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกล่าวคือ การที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลเป็นการประกันสุขภาพที่เป็นระบบปลายเปิด ทำให้รัฐบาลไม่สามารถควบคุมรายจ่ายรายการนี้ได้ และตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตราที่สูงขึ้นจนน่ากังวล อย่างไรก็ตาม อาจเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะกล่าวว่าการที่รัฐบาลไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นมีสาเหตุสำคัญมาจากความอ่อนด้อยของตัวระบบ ทั้งนี้ เนื่องจากมีปัจจัยภายนอกหลายประการที่มีผลต่อการขยายตัวของค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลและปัจจัยเหล่านี้อยู่นอกเหนือการควบคุมของกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นผู้ดูแล

ระบบ¹⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการอุดหนุนไขว้ข้ามระบบหรือที่บุคลากรในวงการประกันสุขภาพเรียกว่าเป็น พฤติกรรมแบบ Robin hood¹⁵

การนำข้อมูลสารสนเทศและสถิติในภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาใช้ ในการวิเคราะห์เชิงนโยบายเพื่อหาแนวทางปฏิรูปนั้นเป็นวิธีที่สามารถบ่งบอกข้อเท็จจริงผ่านทางตัวเลข ได้ก็จริงอยู่ แต่แนวทางนี้ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยปัญหาต่างๆ ที่อยู่นอกเหนือระบบดังที่ได้ กล่าวไปในย่อหน้าที่แล้ว งานวิจัยชิ้นนี้จึงต้องการเติมช่องว่างของงานวิจัยในหัวข้อเดียวกันโดยใช้การ วิเคราะห์เชิงคุณภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้เกิดจากการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับระบบ (Stake holders) ซึ่งนอกจากจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความอ่อนด้อยของ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลแล้ว ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกยังช่วยให้ คณะผู้วิจัยได้ทราบถึงระดับความเข้าใจและความคิดเห็นเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ในการปฏิรูประบบ สวัสดิการรักษายาบาลจากผู้ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

แนวทางการวิจัยของงานวิจัยชิ้นนี้คือการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative approach) โดยอาศัย ข้อมูลปฐมภูมิที่จัดเก็บได้โดยตรงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งนี้ กระบวนการให้ได้มาซึ่งข้อมูลมีทั้งหมด 2 วิธี กล่าวคือ การจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มประชากรตัวอย่างและการสัมภาษณ์เชิงลึกใน ลักษณะของการประชุมระดมความคิดเห็น (Focus group) ซึ่งทั้งสองกระบวนการนี้ได้ดำเนินไปควบคู่กัน และทางคณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาความสอดคล้องซึ่งกันและกันเพื่อให้ได้ผลสรุปที่สะท้อน ความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเที่ยงตรงและแม่นยำที่สุด

ในส่วนของแบบสอบถามนั้น¹⁶ มีการดำเนินการสำรวจภาคสนามโดยการเข้าพบเพื่อให้ได้ข้อมูล ทางสถิติในด้านความพึงพอใจและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการให้บริการ ทั้งนี้ การเก็บข้อมูล

¹⁴ เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

¹⁵ น.พ. ชูชัย ศรีธานี และดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาลม สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

¹⁶ ตัวอย่างแบบสอบถามได้ที่ภาคผนวก

จะเป็นลักษณะสื่อสาร 2 ทาง (Two –way communication) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามทฤษฎีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Cluster (ระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ ± 5) โดยจะทำการสุ่มกระจายตามพื้นที่ (Area Sampling) อย่างเหมาะสม และใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ในลักษณะคำถามแบบปิด (Closed-response question) โดยการกำหนดคำตอบให้สามารถเลือกตอบได้ และประมวลผลความพึงพอใจโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป QPS (Questionnaire Processing System) ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดจ้างคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตในการจัดทำกรเก็บข้อมูลในส่วนนี้

การสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลจากข้าราชการและข้าราชการบำนาญจำนวน 697 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มตัวอย่างของข้าราชการและข้าราชการบำนาญ ทั้งในส่วนของข้าราชการพลเรือน ข้าราชการตำรวจและข้าราชการทหารที่มีอยู่ทั้งสิ้น 2,517,838 คน¹⁷ ทั้งนี้ ตามตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ได้ระบุขนาดตัวอย่างสำหรับจำนวนประชากรขนาดนี้ไว้ที่ 400 ตัวอย่าง ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่สุ่มเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้จึงเพียงพอตามหลักและวิธีการทางสถิติ ทั้งนี้ การสุ่มตัวอย่างนี้ไม่รวมข้าราชการอัยการและข้าราชการตุลาการ เนื่องจากข้าราชการทั้งสองประเภทนี้มีจำนวนที่เล็กน้อยเมื่อเทียบกับข้าราชการประเภทอื่น

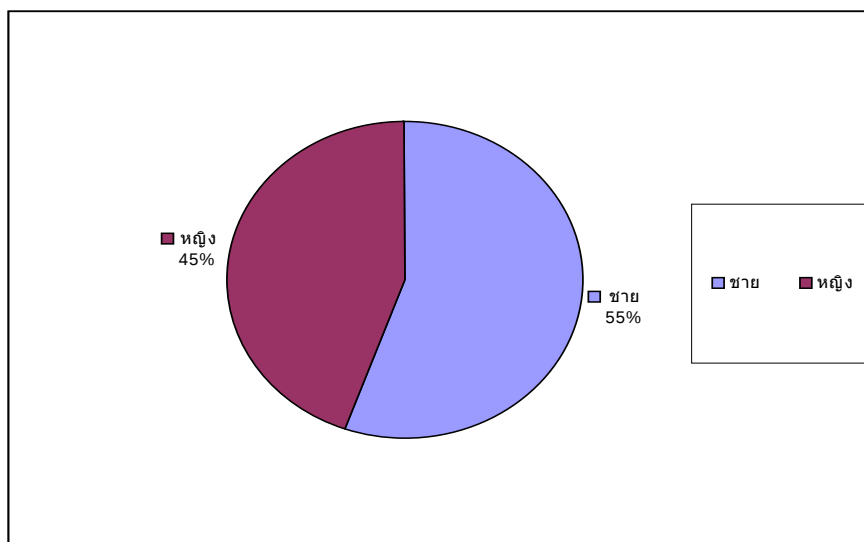
สำหรับตัวอย่างที่จัดเก็บจะทำการสุ่มจากข้าราชการและข้าราชการบำนาญที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทหาร โรงพยาบาลตำรวจ และโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลจำนวนทั้งสิ้น 18 แห่ง¹⁸ โดยแบบสอบถามจะมีลักษณะแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ (open-ended question) และคำถามที่กำหนดคำตอบไว้ให้เลือก (close-ended question) ในขณะที่บางส่วนเป็นคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า โดยในส่วนแรกของแบบสอบถามเป็นการสอบถามข้อมูลสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

¹⁷ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและกระทรวงกลาโหม ทั้งนี้ ไม่ได้รวมลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลอีกจำนวนกว่าหนึ่งล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2551)

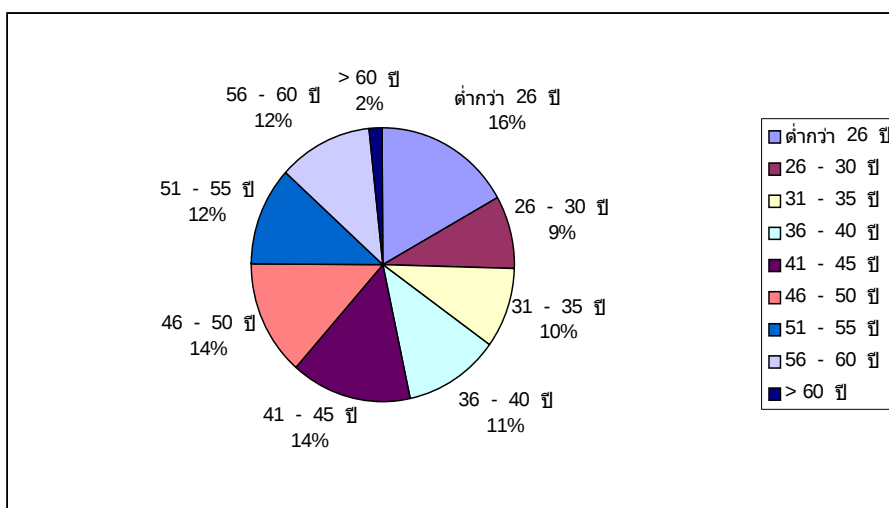
¹⁸ ดูรายชื่อสถานพยาบาลตามภาคผนวก

ของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีประโยชน์ในการพิจารณาการแจกแจงของกลุ่มประชากรตัวอย่างว่ามีการแจกแจงตามปกติหรือไม่ (normal distribution) เช่น เพศ ประเภทของข้าราชการ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อายุราชการ รายได้รวม จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ เป็นต้น ซึ่งผลปรากฏออกมาว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้มีการแจกแจงที่เป็นปกติในแต่ละด้านของสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลที่ได้รับจะไม่มี bias ไปในทางใดทางหนึ่ง (ดูรูปที่ 4.1 ถึงรูปที่ 4.3 สำหรับการแจกแจงกลุ่มประชากรตัวอย่างในบางประเภท)

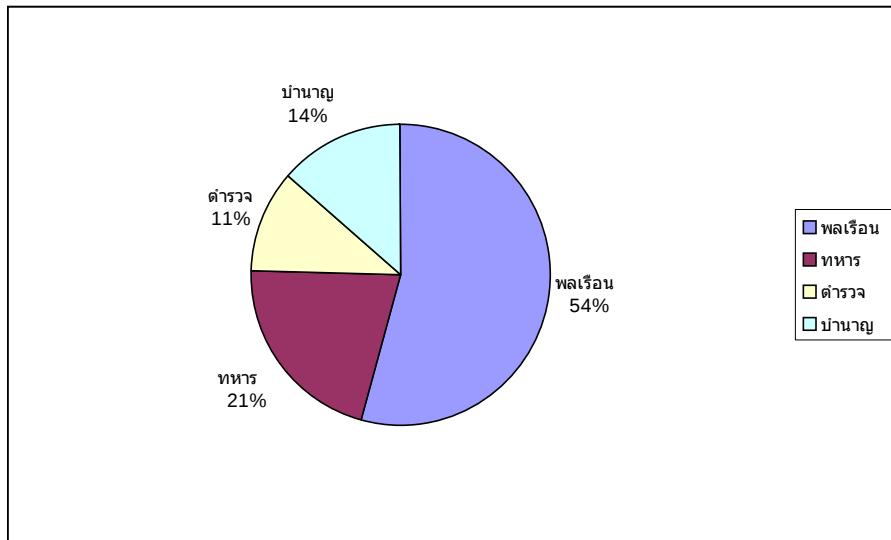
รูปที่ 4.1 กลุ่มประชากรตัวอย่างจำแนกตามเพศ



รูปที่ 4.2 กลุ่มประชากรตัวอย่างจำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.3 กลุ่มประชากรตัวอย่างจำแนกตามประเภทข้าราชการ



อย่างไรก็ตาม ด้วยวิธีการจัดเก็บข้อมูลซึ่งไปตามโรงพยาบาล อาจก่อให้เกิด bias ในกลุ่มประชากรตัวอย่างได้ เนื่องจากกลุ่มประชากรตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ต้องการการรักษาพยาบาลมากกว่าข้าราชการทั่วไปโดยเฉลี่ย ซึ่งทำให้การแปลความหมายต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ทว่า หากมองในแง่เศรษฐศาสตร์การเมืองแล้ว การปฏิรูประบบจะได้รับการต่อต้านจากบุคคลที่กลัวว่าจะสูญเสียผลประโยชน์ ดังนั้น ความคิดเห็นที่ได้รับจากกลุ่มประชากรตัวอย่างกลุ่มนี้จะมีประโยชน์ในแง่ของการพิจารณาความพร้อมและความเข้าใจของข้าราชการในการปรับเปลี่ยนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น กระทำในลักษณะของ focus group โดยเลือกสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายผู้ซื้อบริการ ฝ่ายผู้ให้บริการ และฝ่ายผู้ใช้บริการ ในการนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่จำนวน 6 ท่านจากสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง ซึ่งทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายและการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับฝ่ายผู้ให้บริการนั้น คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยข้อมูลและวางแผน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทางด้านฝ่ายผู้ใช้บริการ คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จากส่วนราชการระดับกรมทั้งหมด 3 หน่วยงาน ทั้งนี้ ทางคณะผู้วิจัยได้คัดเลือกหน่วยงานที่มียอดค่าใช้จ่ายรักษายาบาลทั้งหมดของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสูงสุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ สำนักงาน

คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน 1 หน่วยงานที่มี
 ยอดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลในระดับที่ต่ำ ได้แก่ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง¹⁹ โดยในแต่ละกรมได้เชิญ
 เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านงานคลังมา 1 ท่าน (ยกเว้นสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานซึ่งส่ง
 เจ้าหน้าที่มา 2 ท่าน) นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้ทำการสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและวางแผน
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะที่เป็นผู้จัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพที่คู่ขนานไปกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและมีแหล่งรายได้
 ทั้งหมดมาจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลเช่นเดียวกัน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของ
 เจ้าหน้าที่จาก สปสช. จะสามารถนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 ในแง่มุมต่างๆ ได้

¹⁹ ในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในสังกัดทั้งสิ้นจำนวน 11,820.5 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 25.4 ของยอดค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งหมด) ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมียอดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในสังกัดทั้งสิ้นจำนวน 5,419.3 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของยอดค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งหมด) ในขณะที่สำนักงานเศรษฐกิจการคลังมียอดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลทั้งสิ้นเพียง 8.6 ล้านบาท (คิดเป็น ร้อยละ 0.02 ของยอดค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งหมด)

บทที่ 5 ความคิดเห็นของข้าราชการต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

5.1 ปัจจัยที่ทำให้รายจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขยายตัวอย่างรวดเร็ว

การจ่ายเงินตามค่าบริการที่เรียกเก็บเป็นระบบการจ่ายเงินที่มีความซับซ้อนด้านการจัดการต่ำที่สุด และไม่มีการจำกัดสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล พจนากับรัฐบาลไม่มีการจำกัดเพดานงบประมาณรวมของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบประกันสุขภาพที่เปิดช่องว่างให้มีการรั่วไหลได้มากที่สุด ถึงแม้ในการเบิกค่ารักษายาบาลจะมีการจำกัดเพดานวงเงินในบางรายการไว้ เช่น ค่าห้องและค่าอาหารสามารถเบิกได้ไม่เกิน 600 บาทต่อคืน เป็นต้น²⁰ ดังที่ได้กล่าวไว้ในเบื้องต้นว่า นอกเหนือจากความอ่อนด้อยโดยตัวของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เป็นระบบปลายเปิดและมีการจ่ายเงินตามค่าบริการที่เรียกเก็บแล้ว²¹ ยังมีปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการขยายตัวของรายจ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลอย่างไ้การควบคุมอีกด้วย

โดยทั่วไปการจัดการด้านต้นทุน (cost management) ในระบบประกันสุขภาพโดยรวมนั้นมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเบื้องต้น 3 ด้าน²² กล่าวคือ

1) สถานการณ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์มหภาค

โดยทั่วไปแล้ว ประเทศที่มีการประกันสุขภาพให้กับประชากรทั้งประเทศมักเป็นประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี รัฐบาลมีการจัดเก็บรายได้เพียงพอที่จะนำไปใช้ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักเริ่มดำเนินการในช่วงที่เศรษฐกิจมีอัตราการเจริญเติบโตที่สูง เช่น ประเทศเกาหลีใต้²³ เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ 2543: 47-48) เมื่อเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างรวดเร็วความเป็นไปได้ของแหล่งเงินและสภาพคล่องของแหล่งเงินสำหรับใช้ใน

²⁰ www.cgd.go.th

²¹ การใช้ระบบ DRGs ในการจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน ได้มีการดำเนินการเต็มรูปแบบในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 ดังนั้น จึงยังไม่สามารถชี้ชัดถึงผลต่อรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่กรมบัญชีกลางเริ่มทดลองใช้ระบบ DRGs ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกขยายตัวอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน

²² น.พ. ชูชัย ศรีขำนิ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

โครงการประกันสุขภาพโดยรัฐก็จะยิ่งมีมากขึ้นตามลำดับ และรวมไปถึงระดับความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ผู้ประกันตนจะได้รับด้วย

2) พฤติกรรมของผู้ให้และผู้รับบริการ

บางครั้ง แพทย์จะสั่งจ่ายยาตามชื่อทางการค้า (trade name) ไม่ใช่ชื่อสามัญ (generic name) เนื่องจากแพทย์มีความเชื่อมั่นในตัวยี่ห้อของยา ทำให้ในบางครั้งมีการจ่ายยาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยเป็นข้าราชการซึ่งสามารถเบิกจ่ายค่ายาได้เกือบทั้งหมด ทำให้แพทย์มีแนวโน้มจะจ่ายยาราคาแพงให้ (over prescription) นอกจากนี้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ มักมีราคาแพง ทำให้แพทย์เลือกที่จะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาทางการเงิน อีกทั้ง เป็นความเต็มใจของผู้ป่วยเองที่ต้องการรับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่สูงที่สุด และการวินิจฉัยโรคที่ละเอียดที่สุดซึ่งเกินความจำเป็น (over investigation)

3) ต้นทุนแอบแฝงของผู้ประกันตน

ถึงแม้ว่าการมีประกันสุขภาพจะทำให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทว่า แท้ที่จริงแล้ว การเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนนั้นมีต้นทุนแอบแฝงซึ่งผู้ประกันตนต้องรับภาระ เช่น ค่าเดินทางและต้นทุนค่าเสียโอกาสในการทำงาน เป็นต้น เมื่อเป็นเช่นนี้ ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ประกันตนจึงมีผลต่อต้นทุนแอบแฝงอย่างมาก ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีถิ่นฐานอาศัยอยู่ในชนบทจะทำให้เสียค่าเดินทางมารับการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเมือง นอกจากนี้ ผู้ใช้แรงงานที่รับค่าตอบแทนเป็นรายวันจะมีต้นทุนค่าเสียโอกาสมากกว่า สภาพเช่นนี้ทำให้การควบคุมต้นทุนที่แท้จริง (real cost) ของระบบประกันสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ

²³ ประเทศเกาหลีได้เริ่มดำเนินการปฏิรูประบบประกันสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 1963 โดยกฎหมายประกันสุขภาพให้มีการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ในปี ค.ศ. 1977 ได้เริ่มมีการประกันสุขภาพภาคบังคับกับประชากรบางส่วน และบรรลุเป้าหมายในการครอบคลุมประชากรทุกคนได้ในปี 1989

ด้วยปัจจัยที่กล่าวข้างต้น เมื่อนำมาใช้วิเคราะห์กับรูปแบบของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ได้ทำการขยายจุดอ่อนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จนส่งต่อเสถียรภาพทางการคลังในระยะยาว ดังนี้

การที่รัฐบาลประกาศใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเต็มรูปแบบในปีงบประมาณ 2545 นั้น ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง ในทางหนึ่งคือการสร้างความชอบธรรมในการปกครองประเทศของรัฐบาล และในอีกทางหนึ่งคือการนำประเทศให้เข้าสู่ระดับประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม หากมองในแง่ของทรัพยากรทางการเงินแล้ว พบว่า การประกาศใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ประเทศยังไม่มีความพร้อมทางด้านการเงิน จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่จาก สปสช. พบว่า ในปี 2545 มีการประมาณการว่าจำเป็นต้องใช้งบประมาณถึง 200,000 ล้านบาท ถ้าจะให้ประชากรทั้งหมดของประเทศได้รับการรักษายาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย²⁴ ทว่า ในปีนั้น งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขและทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพมีแค่เพียง 63,875²⁵ ล้านบาทเท่านั้น²⁶ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิโรจน์ ระนอง (2548: 1) ซึ่งชี้ชัดว่า ในปีงบประมาณ 2544-2547 งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำกว่าที่ควรจะเป็นถึงประมาณ 16,000 - 41,000 ล้านบาท²⁷ เนื่องจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำกว่าอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณได้ตามหลักวิชาการ

โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งมีหน้าที่ต้องเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งๆ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ในปีงบประมาณ 2544 - 2545 สปสช. ได้รับงบประมาณสำหรับจัดสรรเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพียง 1,197 บาทต่อคนเท่านั้น ในขณะที่ปีงบประมาณ 2549 อัตราเหมาจ่ายรายหัวได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 1,510 บาทต่อคน เมื่อโรงพยาบาลเหล่านี้ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ

²⁴ ประมาณการโดยรวมผู้ได้รับสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม รวมไปถึงรายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายออกจากกระเป๋า (out-of-pocket payment)

²⁵ งบประมาณโดยสังเขป ปีงบประมาณ 2545

²⁶ น.พ. ชูชัย ศรีธานี, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

²⁷ ขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ใช้ในการคำนวณ

จำเป็นต้องใช้เงินบำรุงสะสมของโรงพยาบาล²⁸ และรวมถึงเงินบำรุงที่ได้จากการเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นรายได้ที่โรงพยาบาลได้รับการยกเว้นไม่ต้องนำส่งคลัง เข้ามาสนับสนุนการบริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อการให้บริการประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ุบัติการณ์การอุดหนุนไขว้ข้ามระบบ (cross financing) จึงเกิดขึ้นและเป็นสิ่งที่รับรู้กันโดยทั่วไปในภาค เศรษฐกิจสุขภาพ กล่าวคือ สถานพยาบาลของรัฐให้บริการรักษายาบาลข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิ์มากเกินไป ความจำเป็นเพื่อนำเงินที่เบิกได้มาอุดหนุนการรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วิโรจน์ ณ ระนอง 2548: 3; see also Hsiao and Heller 2006: 22) ซึ่งคำกล่าวอ้างนี้สามารถยืนยันได้โดยรูปที่ 1.1 ในบทที่ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลเริ่มมีอัตราการขยายตัวที่สูงผิดปกติในปิงบประมาณ พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นเวลาเดียวกับที่รัฐบาลเริ่มใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศ²⁹

โดยแท้จริงแล้ว การอุดหนุนไขว้ข้ามระบบไม่ใช่เรื่องใหม่ในระบบสุขภาพของประเทศไทย ก่อนที่ มีการประกาศใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐต่างก็ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย อนาถาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว และในบางครั้งก็ใช้สิทธิของข้าราชการในการเบิกจ่ายให้แก่ผู้ป่วย เหล่านี้³⁰ เพียงแต่ว่าเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้น ส่งผลทางจิตวิทยาต่อประชาชน ทำให้ ประชาชนมีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการในสถานพยาบาลมากขึ้นเนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ โรงพยาบาลไม่มีสิทธิปฏิเสธการบริการ ผลสุดท้ายคือการอุดหนุนไขว้ข้ามระบบจึงเกิดขึ้นในวงกว้างและ ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในที่สุด

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน สปสช. ได้รับงบประมาณสำหรับจัดสรรเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวของ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในปิงบประมาณ 2552 อัตราเหมาจ่ายรายหัว

²⁸ ดร. สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

²⁹ รัฐบาลเริ่มทดลองใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อต้นปิงบประมาณ 2545 และบังคับใช้ครอบคลุมทั่วประเทศกลางปิงบประมาณ 2545 แต่ระบบต้องใช้เวลาในการปรับตัวสำหรับการอุดหนุนไขว้ข้ามระบบ ดังนั้นผลจึงปรากฏเต็มที่ในปิงบประมาณ 2546

³⁰ น.พ. พุชช ศรชานิม สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

อยู่ที่ 2,217 บาทต่อคน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ารายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็ไม่ได้มีแนวโน้มลดลงแต่อย่างใด

การที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลเป็นระบบที่รัฐบาลรับผิดชอบค่ารักษายาบาลทั้งหมดของผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ ทำให้พฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่งผลต่อการขยายตัวของค่าใช้จ่ายอย่างมาก กล่าวคือ ผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลมักเป็นเป้าหมายของการทดลองใช้ยาและเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีราคาแพง เนื่องจากทางสถานพยาบาลทราบดีว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้อย่างโดยไม่มีเพดานวงเงินค่ารักษาต่อครั้ง นอกจากนี้ ถึงแม้ว่ากรมบัญชีกลางได้มีการใช้ระบบวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มาใช้เพื่อควบคุมรายจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในก็ตาม กรมบัญชีกลางก็ไม่ได้มีการจำกัดเพดานวงเงินเอาไว้ ทำให้การจ่ายเงินตามระบบ DRGs นี้ไม่ได้ช่วยให้เกิดการประหยัดมากนัก เมื่อเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่ง ซึ่งใช้ระบบ DRGs แบบมีเพดานวงเงิน (global budget)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการรับรู้ร่วมกันถึงพฤติกรรมนี้ โดยที่ทางฝ่ายกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นผู้ควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลเห็นว่าเป็นการกระทำที่เอาเปรียบและทำประหนึ่งว่า “ข้าราชการเป็นหนูทดลองยา”³¹ ในขณะที่ทางผู้ให้บริการกลับให้ความเห็นในทำนองว่าบางครั้งข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิก็เต็มใจหรือเรียกร้องให้ทำการวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกินขอบเขตความจำเป็น เช่น ขอนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นเนื่องจากมีสิทธินอนได้ติดต่อกัน 12 คืน เป็นต้น³² การปรับเปลี่ยนเข้าสู่ระบบจ่ายตรงของผู้ป่วยนอกก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ข้าราชการหลายๆ คนพบว่าตั้งแต่เปลี่ยนมาใช้ระบบจ่ายตรง ค่ายาผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงกว่าเดิมมาก³³ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์ กระทรวง

³¹ เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

³² น.พ. ชูชัย ศรีธานี และ ดร. สุวีรัตน์ จามเกียรติไพศาล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

³³ นางสาวจิน ทรัพย์ลักษณ์ นางศิริลักษณ์ จันทร์วรานนท์ และนางสาวสุลักษณ์ ดวงพรประทีป, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

สาธารณสุข³⁴ว่า ในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์นั้น การใช้ยาในปีงบประมาณ 2549 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับข้อมูลปีงบประมาณ 2547³⁵ อนึ่ง ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกนั้นคิดเป็นสัดส่วนค่ายาถึงประมาณเกือบร้อยละ 80 (จงกล เลิศเชิธรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2542: ตาราง 3.7) และสัดส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลข้าราชการทั้งหมดเท่ากับประมาณร้อยละ 60 ในปีงบประมาณ 2549³⁶ ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของค่ายาในผู้ป่วยนอกจึงมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอย่างมาก

ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการนี้สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Hsiao and Heller (2006: 6) ว่า ปัญหาของระบบประกันสุขภาพแบบปลายเปิดจะทำให้เกิด double moral hazard คือ ในส่วนของผู้บริการจะเกิดแรงจูงใจในการใช้ยาและการรักษาที่มีราคาแพงโดยที่ไม่จำเป็น ซึ่งคนไข้ไม่สามารถปฏิเสธได้เนื่องจากผู้ให้บริการทางการแพทย์มีข้อมูลที่เหนือกว่า สำหรับในส่วนของคนไข้นั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ดูแลตัวเอง เนื่องจากมีประกันสุขภาพที่คุ้มครองอย่างเต็มที่

เมื่อพิจารณาทางด้านต้นทุนแอบแฝงในการรักษายาพยาบาลพบว่า ต้นทุนแอบแฝงของข้าราชการค่อนข้างต่ำ เนื่องจากข้าราชการและครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีถิ่นฐานอยู่ในเมือง ซึ่งสะดวกในการรับบริการจากสถานพยาบาล นอกจากนี้ การมีถิ่นฐานอยู่ในเมืองยังส่งผลต่อการเลือกใช้บริการสถานพยาบาลอีกด้วย กล่าวคือ ข้าราชการและครอบครัวมีแนวโน้มจะเลือกใช้บริการรักษายาพยาบาลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่³⁷ ซึ่งมีต้นทุนการบริการที่สูงกว่า ทั้งๆ ที่อาการเจ็บป่วยบางอาการไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายชื่อผู้ป่วยนอก จงกล เลิศเชิธรดำรงและวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542: ตาราง 3.5) ได้ทำการสำรวจอัตราค่ารักษายาพยาบาลต่อครั้งแยกตามระดับสถานพยาบาล พบว่า อัตราค่า

³⁴ รายรับของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการคิดเป็นเป็นถึงร้อยละ 40 ของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลทั้งหมดในปีงบประมาณ 2549 (รายงานการประชุมคณะทำงานพิจารณางบประมาณค่ารักษายาพยาบาลของทางราชการ ครั้งที่ 1/2549 วันอังคารที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2549)

³⁵ รายงานการประชุมคณะทำงานพิจารณางบประมาณค่ารักษายาพยาบาลของทางราชการ ครั้งที่ 2/2549 วันพฤหัสบดีที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2549

³⁶ ข้อมูลจากกรมบัญชีกลาง

³⁷ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าปัญหาทางด้านจิตวิทยา ทำให้สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็นในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กล่าวคือ ข้าราชการมักไม่มีแพทย์ประจำตัวที่ตรวจรักษาทุกโรคในลักษณะ General Physician แต่จะเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคนั้นๆ

รักษาพยาบาลเฉลี่ยผู้ป่วยนอกของสถานีนามัยเท่ากับ 178 บาทต่อครั้ง ของโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 262 บาทต่อครั้ง และของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย 1,503 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ เนื่องจากบุคลากรของสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทำให้ต้นทุนค่าบริการสูงกว่าสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้แล้ว ยังมีปัจจัยทางโครงสร้างประชากรและปัจจัยทางด้านกฎหมายที่ทำให้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีการกระจายโดยเฉลี่ยต่อรายที่สูง เช่น ติความตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 ซึ่งมาตรา 4(1) ได้ระบุว่าค่ารักษายาบาล คือ ค่าดำเนินการในการบำบัดรักษาโรค ทำให้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลนี้ครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค (Curative care) และค่าตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการเท่านั้น ทั้งๆที่กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ³⁸ (Health promotion) และป้องกันโรค (Preventive care) ให้ผลตอบแทนที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาโรค โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ โรคเรื้อรังต่างๆ และโรคจิตเวช เป็นต้น (ปริดา เต๋ออารักษ์และคณะ 2543: 19-21 และ นวลอนันต์ ดันติเกตุ และคณะ 2541: 1)

การที่สวัสดิการรักษายาบาลให้ความคุ้มครองครอบคลุมถึงบิดามารดาของข้าราชการ ก็มีผลทำให้ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีอายุเกิน 60 ปีมีสัดส่วนที่สูง เมื่อเทียบกับกองทุนประกันสังคมซึ่งคุ้มครองเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งประชากรสูงอายุกลุ่มนี้ต้องการค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สูงกว่าประชากรในวัยทำงานและประชากรสูงอายุที่อยู่ในความคุ้มครองมีแนวโน้มสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 5.1³⁹ พบว่า สัดส่วนของค่ารักษายาบาลในประชากรสูงอายุต่อค่ารักษายาบาลทั้งหมดสูงกว่าสัดส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ

³⁸ การส่งเสริมสุขภาพ คือ “กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และ เป็นผลทำให้คนเรามีสุขภาพดีขึ้น” (นวลอนันต์ ดันติเกตุ และคณะ 2541: 5)

³⁹ โครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่แสดงในตาราง 5.1 จะไม่เท่ากับโครงสร้างในตารางที่ 4.1 ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลในตารางที่ 4.1 เป็นชุดข้อมูลใหม่กว่า และแสดงเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลางแล้วเท่านั้น

ตารางที่ 5.1: สัดส่วนจำนวนผู้มีสิทธิแยกตามช่วงอายุและสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลแยกตามช่วงอายุ พ.ศ. 2548 (ร้อยละ)

กลุ่มอายุ	2546		2547		2548	
	ผู้ป่วย	ค่ารักษา	ผู้ป่วย	ค่ารักษา	ผู้ป่วย	ค่ารักษา
< 3 ปี	4.34	1.73	3.98	1.57	4.35	1.67
3-10 ปี	5.21	1.84	5.09	1.76	5.13	1.71
11-20 ปี	4.79	2.67	4.39	2.56	4.40	2.40
21-40 ปี	15.75	9.87	14.44	8.79	13.25	8.00
41-50 ปี	13.18	12.44	13.02	11.82	12.88	11.94
51-60 ปี	13.07	15.33	13.50	15.44	13.62	15.60
> 60 ปี	43.65	56.13	45.59	58.06	46.36	58.68
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

5.2 แนวทางเลือกในระบบการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

โดยความเป็นจริงแล้ว รัฐบาลได้เริ่มดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายตั้งแต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 แล้ว โดยมาตรการที่ใช้เป็นมาตรการระยะสั้นทางด้านอุปสงค์ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2544: 52-54) กล่าวคือ ควบคุมให้การใช้สิทธิเบิกยาเฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติยกเว้นกรณีจำเป็น และยกเว้นค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจากคลินิกพิเศษ นอกเวลาราชการ นอกจากนี้ ยังทำการจำกัดสิทธิการเบิกค่าห้องตามจำนวนวันนอน และการงดการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชนยกเว้นกรณีจำเป็น อนึ่ง ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะได้ทำการคำนวณค่าใช้จ่ายรักษายาบาลข้าราชการที่ลดลงในช่วง 6 เดือนหลังจากการประกาศใช้มาตรการระยะสั้นเหล่านี้ พบว่า มาตรการเหล่านี้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 18 เมื่อเทียบกับรายจ่าย 6 เดือนก่อนหน้านี้ (อ้างในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2544: ตารางที่ 3.2)

อย่างไรก็ตาม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะได้แสดงความเห็นว่ามาตรการต่างๆ เหล่านี้อาจได้ผลในระยะสั้นบ้าง แต่ในระยะยาวแล้วอาจไม่มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายรักษายาบาลข้าราชการมากนัก เช่น แพทย์มักให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการรับรองความจำเป็นในการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น (อ้างในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2544: ตารางที่ 3.3) เมื่อพิจารณาจากอัตราการขยายตัวของ

รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกปี อาจกล่าวได้ว่าความพยายามของรัฐบาลในการควบคุมรายจ่ายด้านนี้ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาเสนอแนวทางเลือกในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีผลให้รัฐบาลสามารถควบคุมรายจ่ายในระยะยาวได้ โดยข้าราชการไม่ได้รู้สึกว่าเป็นการรอนสิทธิ ในส่วนต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์ผลที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างประชากรเพื่อทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งถือเป็นข้อมูลปฐมภูมิหลักของงานวิจัยชิ้นนี้

5.3 ความคิดเห็นของข้าราชการต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาผลที่ได้จากแบบสอบถาม เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงความเห็นต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลไปในทางเดียวกัน โดยไม่ขึ้นอยู่กับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนผู้อยู่ในการอุปการะ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน และการมีอาชีพเสริม แทบไม่มีนัยสำคัญต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่างเลย นอกจากนี้ในเรื่องของความเหมาะสมของรายการที่ไม่ได้รับความคุ้มครองไม่ว่าจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลหรือบริษัทประกัน ซึ่งรายรับในครอบครัวต่อเดือน รายได้รวม/บ้านาญรวม และจำนวนผู้อยู่ในการอุปการะมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นที่มีต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁴⁰ หนึ่ง ปัจจัยด้านอายุซึ่งคาดว่าจะเป็นมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลับไม่มีนัยสำคัญ

⁴⁰ ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ค่า Chi-square ที่มีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

ตารางที่ 5.2 ความเห็นโดยรวมของกลุ่มประชากรตัวอย่างต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁴¹

คำถาม	เหมาะสม/ไม่เหมาะสม	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าเหมาะสม (หรือไม่เหมาะสม)
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง	เหมาะสม	78
รายการที่ต้องจ่ายเงินเพิ่มเอง (ไม่ครอบคลุมโดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ)	เหมาะสม	55
รายการที่สามารถเบิกจากบริษัทประกันได้	เหมาะสม	65
รายการที่ไม่สามารถเบิกจากบริษัทประกันได้	ไม่เหมาะสม	51
การเบิกจ่ายตรงในส่วนของผู้ป่วยนอก	เหมาะสม	81
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เบิกได้ในปัจจุบัน	เหมาะสม	80

ที่มา: จากการสำรวจของคณะผู้วิจัย ระหว่างวันที่ 18 – 27 มิถุนายน พ.ศ. 2551

จากตารางที่ 5.2 เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างคิดว่าค่าใช้จ่ายรักษายาบาลที่รับผิดชอบโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีความเหมาะสม เห็นได้จากร้อยละ 78 และร้อยละ 80 ของประชากรตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งและค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เบิกได้มีความเหมาะสม ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้าราชการยังคงไม่พึงพอใจกับรายการที่ไม่สามารถเบิกจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ เห็นได้จากมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแค่ร้อยละ 55 เท่านั้นที่เห็นว่ารายการเหล่านี้มีความเหมาะสม ในขณะเดียวกันร้อยละ 51 ของกลุ่มตัวอย่างยังแสดงความคิดเห็นว่า รายการที่ไม่ครอบคลุมโดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและไม่สามารถเบิกจากประกันสุขภาพได้มีความไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับความคิดเห็นที่มีต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีรายรับในครอบครัวพอใช้หรือพอดีถึงร้อยละ 50 เห็นว่ารายการที่ไม่คุ้มครองโดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีความเหมาะสม ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายรับในครอบครัวต่อเดือนเหลือเก็บเพียงร้อยละ 38 เห็นว่าไม่เหมาะสม และเทียบกับค่าเฉลี่ยร้อยละ 47 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่แสดงความคิดเห็นว่ารายการที่ต้องจ่ายเพิ่มเองไม่มีความเหมาะสม

⁴¹ ดูภาคผนวกสำหรับผลการสำรวจทั้งหมด

ในทำนองเดียวกัน จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะก็มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อรายการที่ไม่คุ้มครองโดยสวัสดิการรักษายาบาลและไม่สามารถเบิกจ่ายจากบริษัทประกันได้ โดยสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้อยู่ในอุปการะที่เห็นว่ารายการที่ต้องจ่ายเงินเพิ่มเองและไม่สามารถเบิกจากบริษัทประกันได้ มีความเหมาะสมดีแล้วสูงถึงร้อยละ 64 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด และสูงกว่าค่าเฉลี่ยซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 48⁴² ซึ่งสอดคล้องกับผลที่ได้จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้รวม/บ้านาญรวมกับความคิดเห็นต่อรายการที่ไม่คุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและไม่สามารถเบิกจากบริษัทประกันได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,000-25,000 บาทต่อเดือนถึงร้อยละ 64 และร้อยละ 63 ตามลำดับ ที่เห็นว่ารายการเหล่านี้ไม่เหมาะสม ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เห็นว่ารายการเหล่านี้ไม่เหมาะสมอยู่ที่เพียงร้อยละ 53 เท่านั้น

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมต่อความคิดเห็นต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลนี้มีนัยสำคัญต่อการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล กล่าวคือ ข้าราชการมีความต้องการสวัสดิการรักษายาบาลแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับรายได้และภาระค่าใช้จ่าย ข้าราชการที่มีรายได้ต่ำและมีภาระครอบครัวมาก ย่อมต้องการสวัสดิการรักษายาบาลที่ครอบคลุมมากกว่าข้าราชการกลุ่มอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากตัวแปรทางด้านรายได้และตัวแปรทางด้านภาระครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดเห็นต่อรายการที่ไม่ถูกรอบคลุมโดยสวัสดิการรักษายาบาลว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ดังนั้น การปฏิรูประบบจะต้องคำนึงถึงความจำเป็นของข้าราชการเหล่านี้ด้วย

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจจากผลสำรวจของแบบสอบถามนี้ คือ การถือกรรมธรรม์ประกันสุขภาพหรือการมีกรรมธรรม์ประกันชีวิตที่มีการประกันสุขภาพแนบท้ายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความคิดเห็นของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการที่มีประกันสุขภาพหรือประกันชีวิตที่สามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้ถึงร้อยละ 82 และร้อยละ 75 ตามลำดับเห็นว่ารายการที่ไม่ครอบคลุมโดยสวัสดิการรักษายาบาลไม่มีความเหมาะสม ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

⁴² สัดส่วนค่าเฉลี่ยในที่นี้จะไม่เท่ากับค่าเฉลี่ยในตารางที่ 3.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้กรอกข้อมูลจำนวนผู้อยู่ในอุปการะ และค่าสถิติ Chi-square ที่ได้อยู่ที่บริเวณวิกฤติพอดิ (critical area)

ทั้งหมดที่เห็นว่ารายการเหล่านี้ไม่เหมาะสมอยู่ที่เพียงร้อยละ 50 ซึ่งน่าจะตีความได้ว่า ข้าราชการเหล่านี้
 เชื่อประกันสุขภาพหรือกรมธรรม์ประกันชีวิตที่มีประกันสุขภาพแนบท้าย เนื่องจากไม่มีความมั่นใจใน
 ความคุ้มครองที่จะได้รับจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ตารางที่ 5.3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง⁴³ที่มีต่อการรับบริการภายใต้ระบบ
 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁴⁴

	ค่าเฉลี่ยที่ได้	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
ความสะดวกในการใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.3	0.73	พึงพอใจมากที่สุด
สามารถใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้เต็มที่	3.3	0.71	พึงพอใจมาก
มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.0	0.76	มีความรู้ความเข้าใจมาก
สวัสดิการรักษายาบาลเป็นแรงจูงใจในการตัดสินใจรับราชการ	3.1	0.80	เห็นด้วยมาก
โรงพยาบาลเข้มงวดในการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	2.7	0.89	เห็นด้วยมาก
โรงพยาบาลให้สิทธิในการเบิกสวัสดิการรักษายาบาลอย่างเต็มที่	3.1	0.76	เห็นด้วยมาก
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ	2.9	0.92	เห็นด้วยมาก

ที่มา: จากการสำรวจของคณะผู้วิจัย ระหว่างวันที่ 18 – 27 มิถุนายน พ.ศ. 2551

ตารางที่ 5.3 แสดงความพึงพอใจ/ความคิดเห็นของข้าราชการต่อการรับบริการรักษายาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาล โดยทั่วไปแล้ว กลุ่มตัวอย่างแสดงความเห็นว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความสะดวกในการใช้สวัสดิการรักษายาบาลและกลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าสามารถใช้สิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางว่า ในส่วนของผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นไม่มีหลักฐานแสดงว่ามีการการร้องเรียนในเรื่องของความไม่สะดวกในการรับบริการ⁴⁵ ทั้งนี้ ข้าราชการส่วนใหญ่มักจะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ดี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางการเงินค่ารักษายาบาลและไม่มีการจำกัดวงเงินเหมือนในระบบประกันสังคมหรือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน

⁴³ คำถามชุดนี้ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นออกมาเป็นมาตรวัดค่า ตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดย 1 เท่ากับไม่พึงพอใจ/ไม่เห็นด้วย และ 4 เท่ากับพึงพอใจมากที่สุด/เห็นด้วยมากที่สุด

⁴⁴ ดูภาคผนวกสำหรับผลสำรวจทั้งหมด

⁴⁵ เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์เชิงลึกเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางยังกล่าวต่อไปว่า สิ่งที่ได้รับคือการร้องเรียนคือ ข้อกล่าวหาที่ว่ากรมบัญชีกลางไม่ดูแลระบบสวัสดิการรักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพ

หน้า นอกจากนี้แล้ว กลุ่มประชากรตัวอย่างยังเห็นว่ามีรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลเป็นอย่างดีและเห็นว่าสิทธิในระบบสวัสดิการนั้นเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้ารับราชการ อีกทั้งเห็นว่าโรงพยาบาลเข้มงวดในการใช้สิทธิมากเกินไป อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมว่ามีผลต่อระดับค่าที่ประชากรตัวอย่างทำการประเมินหรือไม่นั้น พบว่า ปัจจัยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับความคิดเห็นในด้านความสะดวกในการรับบริการภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

นอกจากนี้ กลุ่มประชากรตัวอย่างยังเห็นด้วยที่จะให้มีการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลซึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลจากตารางที่ 3.3 ควบคู่ไปกับผลในตารางที่ 3.2 พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลต้องการเปลี่ยนแปลงระบบมากที่สุดน่าจะมาจากการที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีการจำกัดรายการรักษายาบาลที่สามารถเบิกได้ครอบคลุม ซึ่งทำให้ผู้มีสิทธิต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในการเข้ารับรักษายาบาล นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างประชากรเห็นว่าโรงพยาบาลมีความเข้มงวดในการใช้สิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมากเกินไปนั้น อาจแปลได้ว่าผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต้องการการบริการที่มากขึ้นและยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มประชากรตัวอย่างเห็นว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลควรมีการปรับปรุง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากชุดแบบสอบถามไม่ได้ให้กลุ่มตัวอย่างระบุให้แน่ชัดถึงสิ่งที่ต้องการให้มีการปรับปรุง ดังนั้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง จึงถูกนำมาเติมภาพในเชิงลึกที่ขาดหายไป ทั้งนี้ พบว่าการที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกำหนดไม่ให้ผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิเข้ารับรักษายาบาลในสถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นในกรณี “มีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษายาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต”⁴⁶ เป็นแนวทางที่ไม่ยืดหยุ่นและแท้ที่จริง

⁴⁶ พระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ. 2523

แล้วไม่ได้ก่อให้เกิดการประหยัตามที่รัฐบาลตั้งใจไว้เท่าไรนัก ซ้ำแล้วยังเป็นช่องทางให้เกิดการปฏิบัติ
สองมาตรฐาน

กล่าวคือ การอนุโลมให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนได้
นั้น แพทย์จะต้องระบุลงไปในคำวินิจฉัยว่า “เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต” ทั้งๆ ที่ไม่มีหลักเกณฑ์ที่เป็น
มาตรฐานที่ชัดเจนว่าอาการประเภทใดถึงเรียกได้ว่าขั้นรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ซึ่งในทาง
ปฏิบัติแล้ว แพทย์อาจช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษารวดด่วนใน
สถานพยาบาลเอกชนให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้
ขึ้นอยู่กับ“ปลายปากกาของหมอ”⁴⁷ ในขณะที่ส่วนราชการต้นสังกัดที่ทำการเบิกจ่ายไม่สามารถท้วงติงถึง
ความไม่เหมาะสมได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่คลังก็ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์จึงไม่อาจยืนยันปฏิเสธ
คำวินิจฉัยของแพทย์ได้ ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ตัวแทนข้าราชการจากทั้ง 3 กรมเห็นพ้องกันว่า ควรจะอนุญาตให้ผู้
มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนได้เพื่อความเท่าเทียมกัน อีกทั้งขณะนี้
สถานพยาบาลภาครัฐก็มีการปรับเพิ่มค่ายาและค่าบริการ ทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล
ภาครัฐและภาคเอกชนไม่ได้แตกต่างกัน เพียงแต่อาจต้องหาวิธีมาควบคุมการรั่วไหลให้ดีขึ้น นอกจากนี้
เจ้าหน้าที่บางท่านยังให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า สถานพยาบาลของรัฐให้บริการทางด้าน hospitality ผู้ของ
สถานพยาบาลภาคเอกชนไม่ได้

กล่าวโดยสรุป ข้าราชการมีความพึงพอใจในระบบสวัสดิการรักษายาบาลปัจจุบันทั้งในแง่ของ
ความสะดวกในการใช้บริการและคิดว่าตนเองสามารถใช้สิทธิตามสวัสดิการได้เต็มที่ ทว่า ระบบ
สวัสดิการเองก็มีข้อด้อยตรงที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ในการ
ควบคุมมากกว่าเป็นแนวทางในการบริหาร ทำให้ไม่มีความยืดหยุ่น อีกทั้งระบบไม่อนุญาตให้เข้ารับการ
รักษาที่สถานพยาบาลเอกชน และการรักษายาบาลบางรายการไม่สามารถเบิกได้ โดยผู้ที่มีปัญหา
เกี่ยวกับรายการที่ไม่ได้รับคุ้มครองตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมักเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย

⁴⁷ นางสาวจิน หิรัญลักษณ์, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

และมีภาระในครอบครัวมาก ทั้งนี้ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นในการเข้ารับราชการ ดังนั้นถึงแม้ว่าข้าราชการส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการส่วนใหญ่ก็ยังคงคาดหวังว่าสิ่งที่ได้จากการปรับปรุงระบบนี้จะไม่ทำให้สิทธิด้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของสัญญาจ้างงานที่รัฐบาลมีต่อข้าราชการทุกคน

5.4 ความคิดเห็นของกลุ่มประชากรตัวอย่างต่อแนวทางเลือกในการปรับปรุงระบบสวัสดิการ

รักษายาบาล

ตารางที่ 5.4 ความคิดเห็นของกลุ่มประชากรตัวอย่างต่อแนวทางการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

	เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย	ร้อยละของประชากรที่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย
การให้สิทธิรักษาในโรงพยาบาลเอกชนโดยจำกัดวงเงิน	เห็นด้วย	52.0
การรับประกันสุขภาพเหมือนกับบริษัทประกันภาคเอกชน	เห็นด้วย	61.2
การใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการควรมีการจำกัดวงเงิน	ไม่เห็นด้วย	75.1
การใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการควรมีการจำกัดด้วยยา	ไม่เห็นด้วย	77.0
ควรจ่ายเงินชดเชยให้กลุ่มข้าราชการที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษายาบาล	ไม่เห็นด้วย	50.5
ควรใช้คลินิกพิเศษ	เห็นด้วย	83.4

ที่มา: จากการสำรวจของคณะผู้วิจัย ระหว่างวันที่ 18 – 27 มิถุนายน พ.ศ. 2551

จากตารางที่ 5.4 พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงความไม่เห็นด้วย หากว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นนำมาซึ่งการจำกัดวงเงินหรือจำกัดประเภทของยาที่สามารถเบิกจ่ายได้ เนื่องจากการรอนสิทธิเดิม ซึ่งการสัมภาษณ์ในเชิงลึกก็ให้ข้อมูลในลักษณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาแนวทางเลือกในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วถึงหนึ่งของกลุ่มประชากรตัวอย่างเห็นว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการควรขยายสิทธิให้ครอบคลุมถึงการรักษายาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนได้ในทุกกรณี ไม่ใช่แค่ในกรณี “เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต” ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยอาจมีการจำกัดวงเงินรักษายาบาลในสถานพยาบาลเอกชนก็ได้ ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลที่ได้จากการ

สัมภาษณ์เชิงลึกที่ต้องการให้ข้าราชการมีสิทธิในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน⁴⁸ ในส่วนของผู้ให้บริการเอง พบว่า มีความพร้อมที่จะปรับตัวหากให้สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมในระบบสวัสดิการรักษายาบาล เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ให้ความเห็นว่า⁴⁹ หากจะให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการรักษายาบาล ก็ควรมีการตั้งค่ารักษายาบาลที่เป็นมาตรฐานเพื่อไม่ให้เกิดการรั่วไหลและควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลภาคเอกชนเป็นส่วนที่มาเสริมสถานพยาบาลภาครัฐ ไม่ใช่เป็นการเข้ามาแข่งขัน โดยในทางปฏิบัติอาจมีการตั้งเครือข่ายการรักษายาบาลซึ่งผสมทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลตติยภูมิหรือโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ซึ่งมีต้นทุนค่ารักษายาบาลที่ค่อนข้างสูงนั้น การมีสถานพยาบาลเอกชนอยู่ในเครือข่ายจะช่วยแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลเหล่านั้นได้มาก โดยให้สถานพยาบาลเอกชนทำการรักษายาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโรคหรืออาการที่รุนแรง ทั้งนี้ กรมบัญชีกลางก็ให้ความเห็นไปในทำนองกัน แต่มีข้อขัดข้องในกรณีการได้รับสิทธิในการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชนต้องแลกกับสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล⁵⁰

ในขณะเดียวกัน ร้อยละ 61.2 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการที่รัฐบาลจัดทำประกันสุขภาพหมู่ภาคเอกชนให้แก่ข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิแทนการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลจากกรมบัญชีกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องเท่าใดนักกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ถูกสัมภาษณ์มีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการประกันสุขภาพภาคเอกชน เนื่องจากเกรงว่าสิทธิที่ได้รับจะด้อยลง

สำหรับการนำแนวคิดแบบ medisave มาใช้ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น โดย การจ่ายเงินชดเชยให้แก่ผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิในการรักษายาบาลตลอดทั้งปีนั้นๆ พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของกลุ่มประชากรตัวอย่างเห็นด้วยกับแนวคิดนี้ ในขณะที่การสัมภาษณ์เชิงลึกให้มุมมองที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ การนำระบบ medisave มาใช้ โดยให้ข้าราชการทุกคนมีบัญชีส่วนตัวและรัฐบาลนำเงิน

⁴⁸ นางนราพร มะโนหาญ, นางศิริลักษณ์ จันทรวรานนท์, นางสาวสุลักษณ์ ดวงพรประทีป และนางสาวจิน หิรัญลักษณ์, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁴⁹ ดร. สุวีรัตน์ จามเกียรติไพศาล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁵⁰ เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ต่อคำถามที่ว่าถ้ามีการใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวโดยสามารถเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนได้ มีความคิดเห็นอย่างไร

เข้าไปใส่ไว้ในบัญชีนั้นๆ เป็นประจำเพื่อให้ใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลหรือซื้อประกันสุขภาพนั้น ข้าราชการ
มีมติว่าไม่ค่อยเห็นด้วยมากนัก โดยข้าราชการเหล่านี้ให้ความเห็นว่า การใช้ระบบ medisave อาจจะ
ไม่ได้ส่งผลให้ข้าราชการมีการรักษาสุขภาพมากขึ้น⁵¹ และรัฐบาลเองก็ต้องเสียกำลังคนมากมายเพื่อมา
ดูแลระบบบัญชีนี้⁵² ในขณะที่กรมบัญชีกลางให้ความเห็นว่า ถ้านำระบบ medisave มาใช้เฉพาะกับ
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก อาจช่วยให้มีแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพมากขึ้นและลดการเข้ารับบริการ
รักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็นลง แต่ไม่ควรให้ครอบคลุมไปถึงค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน เนื่องจากทุกวันนี้ค่าใช้จ่าย
ผู้ป่วยในต่อการเข้าพักที่โรงพยาบาลหนึ่งครั้งค่อนข้างสูง ข้าราชการอาจคิดว่าเป็นการรอนสิทธิได้
นอกจากนี้ หากมีการใช้ระบบ medisave กับผู้ป่วยนอกจริงๆ จะต้องเตรียมการแก้ปัญหาในเรื่องโรคเรื้อรัง
ของผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคหัวใจและโรคเบาหวาน เป็นต้น⁵³

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับการแสดงความ
คิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวทางเลือกต่างๆ ในการปรับปรุงระบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อการให้ใช้
บริการสถานพยาบาลเอกชนโดยจำกัดวงเงินและการใช้ระบบ medisave ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมี
นัยสำคัญกับปัจจัยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่แสดง
ความไม่เห็นด้วยต่อการใช้ประกันสุขภาพภาคเอกชน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้รับรู้ว่าการ
ประกันสุขภาพภาคเอกชนจะไม่คุ้มครองถึงโรคที่เป็นมาแต่เดิมก่อนการทำประกันสุขภาพ ทำให้กลุ่ม
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาในการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลในโรคที่ตนเองเป็นอยู่เรื้อรัง

จากค่าทางสถิติและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก อาจกล่าวได้ว่า ข้าราชการส่วนใหญ่มี
ความเห็นว่าการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล เนื่องจากความไม่ยืดหยุ่นของระบบและ
ต้องการการคุ้มครองที่ครอบคลุมรายการมากขึ้น ทว่า การปรับเปลี่ยนใดๆ ต้องไม่ก่อให้เกิดการรอนสิทธิ
เดิม ทั้งนี้ แนวทางเลือกที่คณะผู้วิจัยนำเสนอไปนั้น จากค่าสถิติพบว่าเป็นแนวทางข้าราชการค่อนข้างที่

⁵¹ นางสาวศิริลักษณ์ จันทรวรานนท์, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁵² นางสาวจิน หิรัญลักษณ์, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁵³ เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

เห็นด้วยเป็นอย่างมากที่สุด ในขณะที่การให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชนและการใช้ระบบ medisave เองก็มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเช่นเดียวกัน

5.5 ข้อเสนอแนะทางในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามที่ปรากฏในบทที่ 2 พบว่า แนวคิดต่างๆ จะอยู่ระหว่างแนวคิดที่แตกต่างกันอย่างมาก 2 ด้าน คือ การคงระบบสวัสดิการรักษายาบาลไว้เช่นเดิม แต่เพิ่มระบบการตรวจสอบให้ดีขึ้น และการรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในกรณีแรกนั้น เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางให้ความเห็นว่า ในปัจจุบันกรมบัญชีกลางมีการตรวจสอบความจำเป็นของการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลตามคำวินิจฉัยของแพทย์ (clinical audit) ควบคู่ไปกับการตรวจสอบด้านระเบียบการเบิกจ่าย ทั้งนี้ การทำ clinical audit ได้ดำเนินการโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม ศักยภาพในการทำ clinical audit ของกรมบัญชีกลางนั้นจำกัดอยู่แค่เพียงปีละ 30 โรงพยาบาลเท่านั้น โดยจะทำการสุ่มตรวจโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติ⁵⁴ ดังนั้น การเพิ่มการตรวจสอบให้ครอบคลุมสถานพยาบาลทั้งหมดจะต้องใช้ทรัพยากรอย่างมหาศาล

ทางหนึ่งที่จะเป็นไปได้คือการที่มีหน่วยงานกลางทางการแพทย์หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสังกัดอยู่จำนวนมากกำหนดมาตรฐานแนวทางการรักษาเป็นการเฉพาะโรคขึ้นมา แล้วกรมบัญชีกลางจะออกระเบียบการเบิกจ่ายโดยอ้างอิงตามมาตรฐานนั้น ซึ่งถ้าหากมีมาตรฐานกลางแล้ว สถานพยาบาลผู้ให้บริการเองก็จะมีความสะดวกในการวินิจฉัยและให้การรักษายาบาลตามหลักเกณฑ์นั้นด้วย⁵⁵ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัมมาร์ สยามวาลา และคณะ (2550: v-vi) ซึ่งได้เสนอว่ารัฐบาลอาจควบคุมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้โดยการเพิ่มการตรวจสอบภายใน

⁵⁴ สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁵⁵ ดร. สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

ของสถานพยาบาลและการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง และควรมีองค์กรทางวิชาการที่เป็นกลางจัดทำบัญชียาหลักใหม่ และกำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และราคาสำหรับการบริการทางการแพทย์ที่มีราคาสูง

ส่วนแนวคิดที่จะรวมระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ผลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกบ่งบอกว่าข้าราชการไม่เห็นด้วยกับแนวทางนี้เป็นอย่างยิ่ง กลุ่มประชากรตัวอย่างโดยเฉลี่ยมีความรู้ดีกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นแรงจูงใจในการรับราชการ⁵⁶ ในขณะที่ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้าราชการก็ให้ความเห็นในลักษณะเดียวกัน⁵⁷ ทั้งนี้สิ่งที่ทำให้ข้าราชการไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ การใช้ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายทำให้เกิดการรอนสิทธิในการเลือกการสถานพยาบาล นอกจากนี้ คุณภาพในการรักษายาพยาบาลที่อาจลดลงจากการรวมเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นประเด็นที่ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความกังวล⁵⁸ ทั้งนี้ ที่ปัจจุบันชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้มีความแตกต่างกันเท่าใดนัก⁵⁹ ความกังวลต่างๆ เป็นปัญหาทางด้านจิตวิทยาเสียมากกว่า

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการคงระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลไว้รูปแบบเดิมโดยให้มีระบบตรวจสอบที่ดีขึ้นนั้น จะเป็นแนวทางที่ข้าราชการแสดงความเห็นชอบมากที่สุดก็ตาม⁶⁰ การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลก็ยังคงมีความจำเป็นอยู่ เนื่องจากระบบเดิมได้แสดงให้เห็นแล้วว่าเป็นระบบที่ไม่มีเสถียรภาพด้านการคลัง กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลไม่มีการจำกัดวงเงินงบประมาณรวมแบบ global budget การติดตามและตรวจสอบที่ดีขึ้นอาจช่วยลดการรั่วไหลของค่าใช้จ่ายได้พอสมควร ทั่ว วิธีจ่ายเงินแบบจ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บนั้นเป็นระบบที่ตรวจสอบได้ยากและต้องใช้ทรัพยากรใน

⁵⁶ กลุ่มประชากรตัวอย่างทำการตอบคำถามนี้โดยใช้มาตราวัดค่าไล่จาก 1 ถึง 4 โดยค่า 1 แสดงว่าไม่เห็นด้วยที่สุด ปรากฏว่าค่าเฉลี่ยคำตอบของประชากรตัวอย่างอยู่ที่ 3.1 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.8

⁵⁷ นางนราพร มโนหาญ, นางศิริลักษณ์ จันทรวรานนท์, นางสาวสุลักษณ์ ดวงพรประทีป และนางสาวจิน หิรัญลักษณ์, สัมภาษณ์เชิงลึกเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁵⁸ นางนราพร มโนหาญ, นางศิริลักษณ์ จันทรวรานนท์, นางสาวสุลักษณ์ ดวงพรประทีป และนางสาวจิน หิรัญลักษณ์, สัมภาษณ์เชิงลึกเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁵⁹ น.พ. ชูชัย ศรีจันทร์, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

⁶⁰ นางนราพร มโนหาญ, นางศิริลักษณ์ จันทรวรานนท์, นางสาวสุลักษณ์ ดวงพรประทีป และนางสาวจิน หิรัญลักษณ์, สัมภาษณ์เชิงลึกเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

การตรวจสอบค่อนข้างสูง⁶¹ อีกทั้ง ยังไม่สามารถรับรองได้ว่าจะควบคุมอัตราการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลได้จริง

สำหรับการรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น แม้เป็นเป้าหมายระยะยาวของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามความในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติค่อนข้างต่ำในระยะสั้น เนื่องจากมีแรงเสียดทานจากข้าราชการค่อนข้างสูง ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว การรวมทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน จะทำให้เกิดการประหยัดเนื่องจากขนาดและทำให้ระบบกลายเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพรายใหญ่ที่มีอำนาจต่อรองสูง อย่างไรก็ตาม หากการรวมระบบทั้งสองระบบเข้าด้วยกันเป็นไปได้ อาจมีแนวทางที่จะให้ประโยชน์จากการประหยัดเนื่องจากขนาดคือให้รวมทรัพยากรสำหรับการทำวิจัย และการจัดหาเวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ของทั้งระบบสวัสดิการรักษายาบาลและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าด้วยกัน⁶² ในขณะที่ทั้งสองกองทุนก็ยังคงมีระบบการจัดการและเครือข่ายสมาชิกที่แตกต่างกันอยู่เช่นเดิม⁶³ ซึ่งแนวทางนี้ในประเทศที่มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุนก็มีการรวมทรัพยากรทางด้านการรักษายาบาลทั้งหมดไว้ด้วยกัน โดยกองทุนเป็นแค่ทางผ่านของเงินเท่านั้น เช่น ในประเทศเกาหลีได้ก่อนที่จะมีการรวมเป็นกองทุนประกันสุขภาพกองเดียวในปี พ.ศ. 2543 เป็นต้น

ในส่วนของแนวทางเลือกทั้ง 3 แนวทางที่ทางคณะผู้วิจัยเสนอ พบว่า การให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนั้นสามารถนำมาเพิ่มเติมในระบบเดิมได้เลย เพียงแต่จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพและค่าบริการให้ดี ทั้งนี้ แนวทางนี้อาจทำให้ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความสะดวกและพึงพอใจมากขึ้น แต่แนวทางนี้ไม่ได้ส่งผลในเรื่องการควบคุมการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเท่าใดนัก กล่าวคือ ในปัจจุบันก็มีการสมยอมระหว่างแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนและผู้ป่วยในการเขียนคำวินิจฉัยให้สามารถเบิกจ่ายจากสวัสดิการรักษายาบาล

⁶¹ ปัจจุบัน กรมบัญชีกลางมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณ 30 คนเท่านั้น

⁶² อาจรวมทรัพยากรของกองทุนประกันสังคมเข้ามาร่วมด้วยก็ได้

⁶³ น.พ. ชูชัย ศรีธานี, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

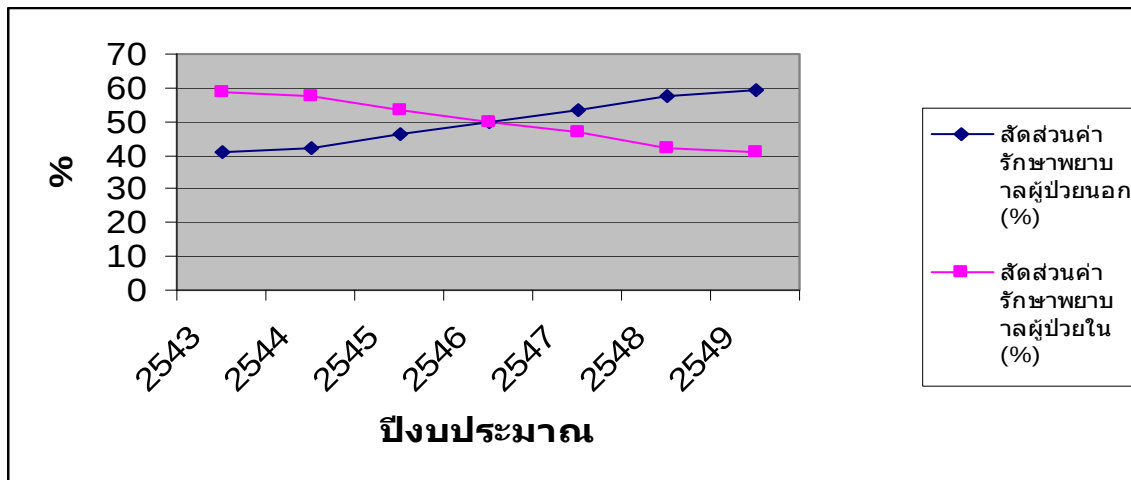
ข้าราชการได้อยู่แล้ว การเพิ่มสิทธิในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนจึงน่าจะเป็นช่องทาง
รั่วไหลของเงินได้มากขึ้น หากระบบการจัดการและตรวจสอบไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ⁶⁴

การใช้ระบบ medi-save โดยรัฐบาลนำเงินที่จะจัดสรรให้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมา
ใส่ไว้ในบัญชีส่วนตัวของข้าราชการแทน โดยข้าราชการสามารถนำเงินนั้นไปใช้จ่ายทางการ
รักษายาบาลหรือซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มเติมก็ได้ และเงินที่เหลือจะตกเป็นของข้าราชการผู้
นั้นทันทีเมื่อมีการลาออกจากราชการนั้น โดยหลักการแล้วน่าจะเป็นการส่งเสริมให้ข้าราชการมีการรักษา
สุขภาพที่ดีขึ้น อันเป็นการแก้ไขข้อด้อยอย่างหนึ่งของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตาม
ด้วยเหตุที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สิทธิในการรักษายาบาลของครอบครัว
ข้าราชการด้วยนั้น ทำให้การออกแบบระบบตามแนวทางของ medi-save นี้มีความซับซ้อน และจากการ
สัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ข้าราชการมีความกังวลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษายาบาลของครอบครัวว่าจะถูก
ริดรอน สำหรับข้อเสนอของกรมบัญชีกลางที่ให้มีการใช้ระบบ medi-save กับผู้ป่วยนอก ในขณะที่ผู้ป่วย
ในยังคงให้เบิกจ่ายจากส่วนกลางเช่นเดิมนั้น เป็นข้อเสนอที่น่าสนใจหากพิจารณาสัดส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วย
นอกต่อค่าใช้จ่ายรักษายาบาลทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 60 อย่างไรก็ตาม หากพิจารณารูปที่ 4.4
อย่างละเอียด จะพบว่า สัดส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกเริ่มสูงขึ้นในขณะที่มีการเริ่มมีการทดลองใช้ระบบ
วินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ในปีงบประมาณ 2544 เป็นต้นมา ซึ่งข้อมูลสถิติบ่งชี้ว่า อาจเกิดการถ่ายโอน
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในมาเป็นผู้ป่วยนอก ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่าการมีระบบ medi-save สำหรับผู้ป่วยนอก
อาจก่อให้เกิดผลในทางย้อนกลับ คือ การถ่ายโอนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกไปเป็นค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเท่านั้น

⁶⁴ หน่วยงานตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของประเทศญี่ปุ่นเป็นหน่วยงานที่ใหญ่มาก (เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2551)

รูปที่ 5.1: สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเทียบกับค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดในระบบ

สวัสดิการรักษายาบาล, ปีงบประมาณ 2543-2549



ที่มา: กรมบัญชีกลาง

5.6 การทำประกันสุขภาพหมู่ของข้าราชการ

หากพิจารณาถึงความเป็นไปได้ ทั้งในแง่ประสิทธิภาพของค่าใช้จ่าย เสถียรภาพความยั่งยืนทางการคลัง และความพึงพอใจของข้าราชการแล้ว การจัดทำประกันสุขภาพหมู่ภาคเอกชนให้แก่ข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ว่ามีการประมาณการว่าข้าราชการและครอบครัวจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลออกจากกระเป๋าในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 40 ของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีประสิทธิภาพในแง่ของการประกันความเสี่ยงทางการเงินและความเสมอภาคในการรับบริการของผู้ที่อยู่ในระบบ

ทั้งนี้ หากรัฐบาลสามารถถ่ายโอนความเสี่ยงทางด้านค่าใช้จ่ายรักษายาบาลไปสู่บริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนได้ นอกจากจะช่วยแก้ปัญหาเรื่องความยั่งยืนทางการคลังได้แล้ว ยังสามารถลดการจ่ายเงินออกจากกระเป๋าของข้าราชการเพื่อรักษายาบาลได้อีกด้วย กล่าวคือ การทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนทำให้รัฐบาลสามารถคาดการณ์ได้ว่ารายจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการจะเป็นเท่าใด และสามารถจำกัดการขยายตัวของเบี้ยประกันได้อีกด้วย ในขณะเดียวกัน ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการเดิมก็ได้รับความคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ โดยยังคงสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลได้ และยังมีสิทธิเพิ่มเติมในการเลือกสถานพยาบาลเอกชนอีกด้วย ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจ่ายเงินออกจากกระเป๋าของข้าราชการลดลง

ตลาดการประกันสุขภาพในประเทศไทยค่อนข้างเล็กเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD โดยการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยคิดเป็นเพียงร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมดเทียบกับร้อยละ 7 ในกลุ่มประเทศ OECD (ปีเตอร์ คอย 2550) เมื่อเทียบภายในภาคการประกันภัยเอง พบว่าการประกันสุขภาพมีส่วนแบ่งตลาดที่น้อยกว่าการประกันชีวิตและการประกันวินาศภัย นอกจากนี้ยังพบว่าบริษัทประกันที่เน้นขายประกันสุขภาพหมู่มีอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนอยู่ที่เพียงร้อยละ 30 เท่านั้น สุวณี สุรเสียงสังข์ (2541) ดังนั้น การที่รัฐบาลเลือกใช้บริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนจะเป็นการกระตุ้นให้ตลาดเกิดการขยายตัวอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ โดยหลักการแล้วการทำประกันสุขภาพให้ข้าราชการนี้จะต้องไม่รอนสิทธิเดิม กล่าวคือจะต้องครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังจะต้องคุ้มครองทั้งตัวข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิอย่างทั่วถึง

สิ่งหนึ่งที่น่าจะก่อให้เกิดแรงเสียดทานจากข้าราชการ คือ การทำประกันสุขภาพจะต้องกำหนดอัตราผลประโยชน์สูงสุดที่บริษัทประกันจะจ่ายให้ในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งๆ หากไม่มีการจำกัดวงเงินผลประโยชน์จะทำให้บริษัทประกันไม่สามารถคำนวณอัตราเบี้ยประกันได้ นอกจากนี้ กรมธรรม์อาจจะกำหนดจำนวนเจ็บป่วยต่อครั้งต่อโรคที่กรมธรรม์ให้ความคุ้มครองในปีหนึ่งๆ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นไม่มีการจำกัดค่ารักษาพยาบาล นอกจากกำหนดให้ผู้ที่อยู่ในระบบจะต้องเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การที่ไม่จำกัดค่ารักษาพยาบาลนั้นก่อให้เกิดปัญหา double moral hazard ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่รัฐบาลต้องรับภาระมีการขยายตัวในอัตราที่สูงผิดปกติ

การประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนจะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการควบคุมและตรวจสอบได้ บริษัทที่รับประกันสุขภาพให้ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวจะสามารถทำการตรวจสอบและควบคุมต้นทุน

ค่ารักษาพยาบาลได้ดีกว่ากรมบัญชีกลาง เนื่องจากกรมบัญชีกลางไม่ได้มีบุคลากรความเชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาล จึงทำได้เพียงตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายเท่านั้น นอกจากนี้ การแยกผู้ซื้อบริการสุขภาพออกจากผู้ขายบริการสุขภาพจะทำให้เกิดการต่อรองเรื่องราคาและการบริการ และกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาล อีกทั้งบริษัทประกันสุขภาพเหล่านี้จะมีเครือข่ายโรงพยาบาลที่ให้ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมต้นทุนมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

5.7 การคำนวณอัตราเบี้ยประกันสุขภาพหมู่ของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

การประกันสุขภาพหมู่โดยส่วนใหญ่จะไม่มี การตรวจสอบสุขภาพ และอัตราเบี้ยประกันจะเป็นอัตราเดียวกันทั้งกลุ่ม (สุวณี สุรเสียงสังข์ 2541: 10) อย่างไรก็ตาม ตัวแปรทางเพศและอายุอาจมีผลต่อการคำนวณอัตราเบี้ยประกัน เช่น อัตราเบี้ยประกันจะแปรผันตามสัดส่วนของผู้หญิงต่อผู้เอาประกันทั้งกลุ่ม เป็นต้น ดังนั้นหากจะคำนวณอัตราเบี้ยประกันที่เหมาะสมกับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและคู่อาศัยสิทธิทั้งหมด จะต้องอาศัยข้อมูลจำนวนผู้อยู่ในระบบจำแนกเพศและอายุจากฐานข้อมูลของกรมบัญชีกลาง ซึ่งหลังจากปรับตามฐานอายุแล้ว⁶⁵ ปรากฏว่าในระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีผู้หญิงในอัตราส่วนถึงร้อยละ 67

การคำนวณพิกัตอัตราสุขภาพหมู่ของข้าราชการนั้น จะคำนวณจากพิกัตอัตราเบี้ยประกันสุขภาพหมู่ต่อเดือนที่ปรากฏในสุวณี สุรเสียงสังข์ (2541: ตารางที่ 9) ซึ่งแบ่งความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลออกเป็น 8 หมวด สำหรับวงเงินคุ้มครองผลประโยชน์ในแต่ละหมวดนั้น บทความชิ้นนี้จะคำนวณรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการในหมวดต่างๆทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากโครงสร้างค่ารักษาพยาบาลข้าราชการในสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพปี 2535 ของจกส เลิศเกียรติ์ดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542: ตาราง 1.6 และตาราง 1.7) การจัดแบ่งหมวดหมู่ค่ารักษาพยาบาลของจกส เลิศเกียรติ์ดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542) นั้นบางส่วนไม่สอดคล้องกับสุวณี สุรเสียงสังข์ (2541) บทความวิจัยนี้จะ

⁶⁵ จากตารางพิกัตอัตราเบี้ยประกันสุขภาพหมู่ของสุวณี สุรเสียงสังข์ (2541: ตารางที่ 9) ระบุว่าผู้เอาประกันเพศชายที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไปให้นับรวมเป็นผู้หญิง สำหรับผู้เอาประกันที่เป็นเด็กให้นำไปรวมกับเพศหญิงเช่นกัน แต่จำนวนที่นำไปรวมนั้นให้คิดเท่ากับร้อยละ 75

ทำการปรับปรุงโดยใช้สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย⁶⁶ มาเทียบเคียง ดังนี้

อัตราผลประโยชน์คุ้มครองสำหรับหมวดค่าห้องและค่าอาหารนั้นจะให้เท่ากับ 600 บาทต่อวัน ซึ่งเป็นไปตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด⁶⁷ สำหรับหมวดค่าใช้จ่ายทั่วไปจะนำค่ารักษาพยาบาลที่รายงานในจกกล เลิศเชิธรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542: ตาราง 1.7)⁶⁸ มาใช้ โดยแยกค่าห้องและค่าอาหารออกมาจากรายจ่ายอื่น สำหรับรายจ่ายอื่นนั้นไม่สามารถแยกออกมาเป็นค่าผ่าตัดและค่าคลอดบุตรได้ จึงทำการปรับโดยใช้สัดส่วนค่าผ่าตัดทำคลอดหัตถการและวิสัญญีต่อค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยหักออก (สัดส่วนเท่ากับประมาณร้อยละ 10.2) จึงได้ค่าใช้จ่ายทั่วไปต่อครั้งเท่ากับ 7,000 บาทต่อครั้ง และโดยหลักการเดียวกันจะได้ค่าผ่าตัดทำคลอดหัตถการและวิสัญญีต่อครั้งเท่ากับ 1,080 บาท

สำหรับผลประโยชน์คุ้มครองสำหรับการรักษาผู้ป่วยนอก จะใช้ข้อมูลที่รายงานในจกกล เลิศเชิธรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542: ตาราง 1.6) เท่ากับ 740 บาทต่อครั้ง ส่วนหมวดค่ารักษาฟันจะใช้อัตราที่กำหนดโดยกองทุนประกันสังคมเป็นมาตรฐานเท่ากับ 400 บาทต่อปี (อัญชนา ณ ระนอง และสรชัย เจริญวรกุล 2545: 104) แต่ในที่นี้จะใช้ 400 บาทต่อเดือน สำหรับหมวดค่าพยาบาลพิเศษนั้น ประกันสุขภาพนี้จะไม่ครอบคลุมเนื่องจากโดยปกติระบบสวัสดิการรักษายาบาลก็ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ สำหรับการรักษาเจ็บป่วยสาหัสก็จะใช้อัตราที่กำหนดโดยประกันสังคมเป็นฐาน (อัญชนา ณ ระนอง และสรชัย เจริญวรกุล 2545: 104) และคิดโดยใช้จำนวนวันเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาลเท่ากับประมาณ 14 วัน (จกกล เลิศเชิธรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2542: ตาราง 1.7) ทำให้ได้การคุ้มครองการรักษาเจ็บป่วยสาหัสเท่ากับ 30,000 บาทต่อครั้ง

⁶⁶ เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานพิจารณาประมาณค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ ครั้งที่ 2/2549 วันพฤหัสบดีที่ 28 กันยายน 2549

⁶⁷ คู่มือประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549

⁶⁸ จกกล เลิศเชิธรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542) ได้เสนอข้อมูลค่ารักษาพยาบาลทั้งของข้าราชการและข้าราชการบำนาญและครอบครัว ทางผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปถ่วงน้ำหนักโดยใช้สัดส่วน 90:10 ระหว่างข้าราชการและครอบครัว กับข้าราชการบำนาญและครอบครัว

ตารางที่ 5.6 การคำนวณเบี้ยประกันสุขภาพ

	ความคุ้มครอง (บาท)	ฟัคต์อัตราในกรณี สัดส่วนเพศหญิงต่อผู้ เอาประกันอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-70 (%)	เบี้ยประกันต่อเดือน (บาท)
หมวด 1 การรักษาในโรงพยาบาล			
-ค่าห้องและค่าอาหาร (ต่อวัน)	600 บาท	7.80	23.4 บาท
-ค่าใช้จ่ายทั่วไป (ต่อครั้ง)	7,000 บาท	0.26	18.2 บาท
หมวด 2 ค่าผ่าตัด (ต่อครั้ง)	1,100 บาท	0.125+ 2.00	21.5 บาท
หมวด 3 ค่าดูแลโดยแพทย์ (ต่อวัน)	400 บาท	3.90	15.6 บาท
หมวด 4 การรักษานอกโรงพยาบาล			
-500 บาทแรก (ต่อครั้ง)	500 บาท	32.50	162.5 บาท
-500 บาทต่อไป (ต่อครั้ง)	240 บาท	13.00	31.2 บาท
หมวด 5 การคลอดบุตร	รวมในหมวด 2	รวมในหมวด 2	รวมในหมวด 2
หมวด 6 การรักษาฟัน	400 บาท	2.00	8 บาท
หมวด 7 ค่าพยาบาลพิเศษ	ไม่ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม
หมวด 8 การรักษาเจ็บป่วยสาหัส (รับผิดชอบเอง 5000 บาทแรก)	30,000 บาท	130	
-10,000 บาทแรก			$440 \times 130 = 572$ บาท
-10,000 บาทที่สอง			$220 \times 130 = 286$ บาท
-10,000 บาทที่สาม			$110 \times 130 = 143$ บาท
รวม			1281.4 บาท

สำหรับการคิดอัตราเบี้ยประกันตามตารางที่ 5.6 นี้จะเป็นการคำนวณเบี้ยประกันรายเดือน มีระยะเวลาความคุ้มครองสามสิบวัน ดังนั้นจึงต้องมาปรับเป็นเบี้ยประกันรายปีโดยนำไปคูณจำนวนเดือน 12 เดือนในทุกๆหมวด ทำให้อัตราเบี้ยประกันสุขภาพหมู่ต่อปีที่คำนวณได้เท่ากับ 15,376.8 บาท อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของข้อมูลที่น่ามาใช้ในการคำนวณอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของอัตราเบี้ยประกันสุขภาพที่คำนวณออกมา ข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างเก่าและควรจะต้องมีการปรับฐานตามเงินเฟ้อและฐานเงินเดือนบุคลากรของรัฐ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถจำแนกรายจ่ายบุคลากรออกจากรายจ่ายค่าบริการอื่นๆได้ การปรับค่าใช้จ่ายตามฐานเงินเฟ้อและฐานเงินเดือนอาจนำไปสู่ความผิดพลาดได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้โครงสร้างค่าบริการของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครมาเป็นตัวแทน

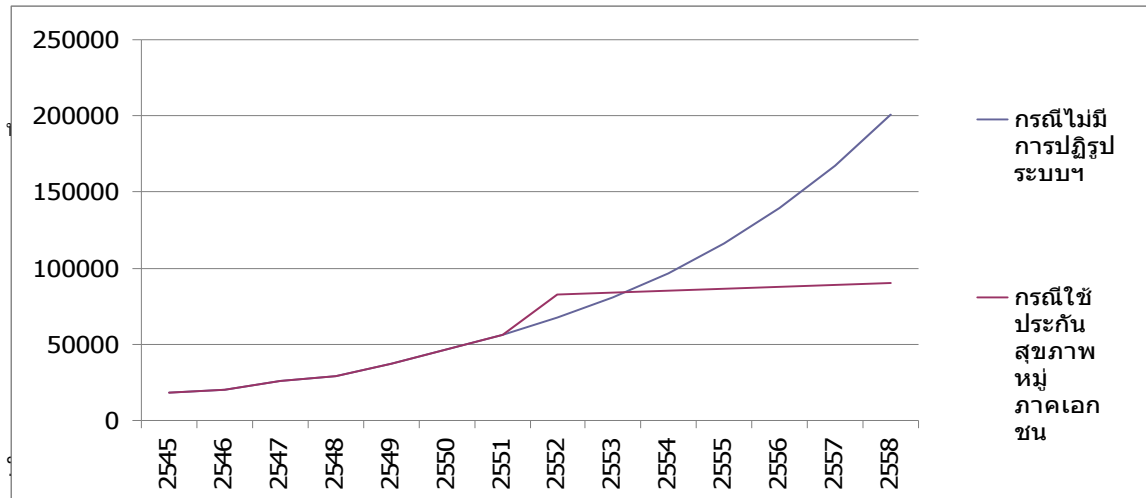
ของค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลทั่วประเทศ จึงมีความเป็นไปได้ว่าผลของอัตราเงินเฟ้อจะถูกดูดซับไปบางส่วนแล้ว

เมื่อเทียบอัตราเบี้ยประกันที่คำนวณได้กับอัตราเบิกจ่ายสำหรับการทำประกันสุขภาพกลุ่มให้สำหรับสมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งกฎหมายกำหนดให้เบิกจ่ายได้ไม่เกิน 20,000 บาท ต่อคนต่อปีนั้น⁶⁹ พบว่า อัตราเบี้ยประกันที่คำนวณได้อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลสามารถจ่ายได้ นอกจากนี้ จำนวนผู้ประกันตนในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการรวมถึงผู้อาศัยสิทธิซึ่งมากถึง 6.9 ล้านคน จะทำให้เกิดความประหยัดจากขนาด (economies of scale) และมีการกระจายความเสี่ยงที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้น คาดว่าสามารถลดอัตราเบี้ยประกันให้ถูกลงได้อีก ณ วันที่ 5 กันยายน 2551 ได้มีการเบิกจ่ายรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลในปีงบประมาณ 2551 ไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 51,032 ล้านบาท ดังนั้น อัตราเบี้ยประกันที่อาจดึงดูดรัฐบาลให้เห็นชอบกับการประกันสุขภาพภาคเอกชนนี้ควรจะอยู่ที่ประมาณ 10,000 - 12,000 บาท ซึ่งอยู่ในวิสัยที่จะต่อรองได้

อย่างไรก็ตาม กรมธรรม์ประกันสุขภาพยังไม่คุ้มครองโรคอีกหลายโรคที่คุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาล เช่น โรคไตและโรคจิต เป็นต้น อีกทั้งกรมธรรม์ยังไม่ครอบคลุมถึงโรคที่ตรวจพบมาก่อนการทำประกันสุขภาพอีกด้วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจความตกลงกับบริษัทประกันให้แน่นอนก่อน

⁶⁹ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของสมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547

รูปที่ 5.2 เปรียบเทียบประมาณการค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลกรณีใช้ประกันสุขภาพเอกชนกับกรณีปกติ ปีงบประมาณ 2551-2558



ที่มา: กรมบัญชีกลางและการคำนวณของคณะผู้วิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้เสนอทางเลือกอีกหนึ่งทางสำหรับการป้องกันความเสี่ยงทางการคลังจากการขยายตัวของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลที่ได้รับการควบคุม กล่าวคือ การนำระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้าสู่ตลาดการประกันสุขภาพ เมื่อเทียบกับกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว พบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลเป็นระบบประกันสุขภาพเดียวที่ไม่ผ่านกลไกของระบบตลาด ไม่มีการแบ่งแยกระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการสุขภาพ ทำให้ไม่มีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ กรมบัญชีกลางซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษายาบาลก็ทำการตรวจสอบเพียงความถูกต้องของการเบิกจ่าย แต่ไม่สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของค่ารักษายาบาลได้

การแก้ปัญหาการขยายตัวสูงอย่างผิดปกติของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลนั้น ได้มีผู้เสนอให้รัฐบาลใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัว และใช้วิธีบริหารงานโดยองค์กรกึ่งอิสระ แต่การใช้ระบบ contracting model นั้นจะมีข้อด้อยคือเป็นการจำกัดสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตน ซึ่งอาจทำให้ความพึงพอใจของผู้บริโภคลดลงได้ นอกจากนี้ ถ้าหากรัฐบาลกำหนดให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวของข้าราชการและบุคคลในครอบครัวมีอัตราที่สูงกว่าอัตราเหมาจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้า อาจทำให้เกิดแรงเสียดทานทางการเมืองที่ค่อนข้างสูง แต่ถ้าวรัฐบาลจะกำหนดอัตราเหมาจ่ายให้เป็นอัตราเดียวกันทั้งสองระบบ มีแนวโน้มว่าจะได้รับการต่อต้านจากข้าราชการ และการรวมกองทุนสองกองทุนเข้าด้วยกันนั้นไม่สามารถทำได้ในระยะสั้นอีกด้วย

ปัญหาอีกประการหนึ่งของการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลต้องคำนึงถึงคือ ปัญหาเรื่องการอุดหนุนไขว้ข้ามระบบ ถ้าวรัฐบาลกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวของข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้โรงพยาบาลขาดเงินบำรุง ซึ่งเป็นแหล่งรายได้หลักของโรงพยาบาล ดังนั้นอาจเกิดปัญหาว่าอัตราเหมาจ่ายของทั้งสองระบบไม่เพียงพอ และรัฐบาลในฐานะผู้รับผิดชอบระบบไม่สามารถผลักภาระความรับผิดชอบนี้ได้ ความเสี่ยงทางด้านการคลังจึงยังไม่หมดไปเสียทีเดียว แต่ถ้าหากรัฐบาลกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวของข้าราชการและบุคคลในครอบครัวสูงกว่าอัตราเหมาจ่ายอีกระบบหนึ่ง การอุดหนุนไขว้ข้ามระบบก็ยังคงดำเนินต่อไป

การให้บริษัทเอกชนรับทำประกันสุขภาพให้แก่ข้าราชการและผู้จ้างสิทธินั้นจะทำให้รัฐบาลสามารถจำกัดภาระทางการคลังได้ และสามารถจัดเตรียมงบประมาณสำหรับรายจ่ายด้านนี้ได้เพียงพอเพียง โดยไม่ต้องอาศัยการเบิกจ่ายจากเงินคงคลังอีกเหมือนเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน นอกจากนี้ การใช้บริการบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนจะไม่จำกัดสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลเท่ากับวิธีเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ผู้ที่อยู่ในระบบจะได้รับความพึงพอใจมากขึ้น เนื่องจากสามารถเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชนได้ รวมทั้งสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมกรมธรรม์ที่ให้ความคุ้มครองที่สูงขึ้นได้

การประกันสุขภาพโดยบริษัทเอกชนสามารถลดปัญหาเรื่องการอุดหนุนไขว้ข้ามระบบได้ เนื่องจากงบประมาณในส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการได้ถูกแยกออกจากงบประมาณในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างสิ้นเชิง นอกจากนี้ปัญหาความไม่เป็นธรรมเกี่ยวกับการที่เงินเดือนบุคลากรของสถานพยาบาลถูกจ่ายโดยเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็จะได้รับการแก้ไข

ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐก็จะลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของระบบโดยรวม

อย่างไรก็ตาม การลดภาระความเสี่ยงให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนนั้นจะต้องพิจารณาด้วยว่าบริษัทนั้นสามารถแบกรับภาระความเสี่ยงได้มากน้อยแค่ไหนสำหรับเบี้ยประกันที่ทางรัฐบาลเสนอเนื่องจากอัตราเบี้ยประกัน 10,000 บาทนั้นเป็นอัตราที่ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและการคลอดบุตร แต่การใช้บริการการประกันสุขภาพภาคเอกชนนั้นจะช่วยประหยัดทรัพยากรในการบริหารงานของกรมบัญชีกลางซึ่งไม่ได้นับรวมอยู่ในรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลนี้

สำหรับทางเลือกอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ คือ การพิจารณาเพิ่มเงินเดือนให้แก่ข้าราชการเพื่อให้ข้าราชการสามารถหาจัดหาบริการรักษายาบาลให้แก่ตนเองและครอบครัวได้ตามความจำเป็น แต่ทางเลือกนี้มีความเป็นไปได้ค่อนข้างต่ำด้วยข้อจำกัดทางงบประมาณ ซึ่งโดยปกติเงินเดือนค่าจ้างจะคิดเป็นสัดส่วนถึงเกือบร้อยละ 30 อยู่แล้ว⁷¹ นอกจากนี้ อาจมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้เป็นเงินรางวัลแก่ครอบครัวข้าราชการที่มีสุขภาพแข็งแรงและไม่ต้องใช้บริการรักษายาบาลของระบบสวัสดิการข้าราชการ แต่ดังที่ได้กล่าวไปในตอนต้นว่าแนวทางนี้อาจทำให้มีการถ่ายโอนค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกมาเป็นค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการสุ่มตัวอย่างประชากรในการทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบ ซึ่งถือเป็นงานวิจัยแรกที่ใช้แนวทางการศึกษานี้มาวิเคราะห์เพื่อหาความเป็นไปได้ในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล อนึ่ง คณะผู้วิจัยสนับสนุนให้มีการทำวิจัยอย่างต่อเนื่องในประเด็นที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาคเอกชน ทั้งนี้ งานวิจัยในอนาคตอาจใช้แนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของการประกันสุขภาพหมู่อย่างละเอียดต่อไป เพื่อเป็นการยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ว่า การทำประกันสุขภาพหมู่กับบริษัทเอกชนนั้น

⁷¹ สัดส่วนงบบุคลากรต้องงบประมาณทั้งหมดสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 เท่ากับร้อยละ 27.8 (งบประมาณโดยสังเขป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551)

เป็นแนวทางที่เป็นไปได้มากที่สุดในทุกแง่มุมของประสิทธิภาพการใช้จ่าย การควบคุมการขยายตัวของ
รายจ่าย ความยั่งยืนทางการคลัง และความพึงพอใจของผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

เอกสารชั้นต้น

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง

งบประมาณโดยสังเขป

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2523

พระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ. 2491

พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานพิจารณางบประมาณค่ารักษายาบาลของทางราชการ ครั้งที่ 2/2549

วันพฤหัสบดีที่ 28 กันยายน 2549

เอกสารชั้นรอง

ปีเตอร์ คอย, “การจัดการระบบประกันสุขภาพให้เหมาะสมกับประเทศไทย” มติชนรายวัน 1 มิถุนายน 2550

วิโรจน์ ณ ระนอง (2548), “ทางเลือกด้านการเงินของการจัดหลักประกันสุขภาพ”, ใน วรวรรณชาญด้วย

วิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), วิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้า (นนทบุรีย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จงกล เลิศเชิธรดำรง และวิรัช เกษมทรัพย์ (2541) “หลักการ สาระสำคัญของ

พระราชบัญญัติกองทุนสุขภาพข้าราชการ พ.ศ....”, เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่

ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง

ครั้งที่ 7/2540

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรณสถาพร และจงกล เลิศเชิธรดำรง (2540a), “การปฏิรูปสวัสดิการ

รักษายาบาลข้าราชการ: การบริหารการเงิน 2”, เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่

ปริญญานิพนธ์การวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง
ครั้งที่ 4/2540

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรณสถาพร และจกมล เลิศเชียรดำรง (2540b), “สวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ: วิถุคตบประมาณปี 2541 และการปฏิรูประบบในปี 2542-2544”, เอกสาร
ประกอบการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบ สวัสดิการ
รักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง ครั้งที่ 5/2540

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรณสถาพร และจกมล เลิศเชียรดำรง (2540c), “การปฏิรูปสวัสดิการ
รักษายาบาลข้าราชการ: การบริหารการเงิน 1”, เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่
ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง
ครั้งที่ 3/2540

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548), “การจ่ยร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิง
นโยบาย”, *HSRI Research Report* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

จกมล เลิศเชียรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542), “คำรักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2540”, *HSRI Research Report* (นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

สุวณิ สุรเสียงสังข์ (2541), “การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย”, *HSRI Research Report*
(นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2544), “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของรายจ่ายตาม
บริการที่ไ้การควบคุม”, *HSRI Research Report* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิษั เกษมทรัพย์ (2542), “การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบการณ์ของ
ต่างประเทศ” (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2543), “การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ: ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ”,

HSRI Research Report (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546), *การศึกษา*

และประเมินรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรุงเทพ)

ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2543), “ข้อเสนอการพัฒนาระบบสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูป

ระบบสุขภาพแห่งชาติ”, *HSRI Research Report* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

นวลอนันต์ ดันติเกตุ (2541), “การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ”, *HSRI Research Report* (นนทบุรี:

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

อัมมาร์ สยามวาลา และคณะ (2550), “ข้อเสนอแนวทางสนับสนุนและจัดสรรค่าใช้จ่ายสำหรับการสร้าง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และ พนักงาน

ของรัฐ”, รายงานของคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าและค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ

Gottret, Pablo and George Schieber (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*

(Washington: World Bank).

Hsio, William and Peter S. Heller (2006), “What Should Macroeconomists Know about Health

Care Policy”, *IMF Working Paper* (Washington).

Internet

http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm

http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/table/files/1300201/2549/000/00_1300201_2549_000_0

00000_00100.xls

รายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาเชิงลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1. น.พ. ชูชัย ศรีธานี ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและวางแผน

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1. ดร.สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล หัวหน้าหน่วยข้อมูลและวางแผน

กรมบัญชีกลาง

1. นางสาวสุวิภา สุขวัฒนันท์ ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ
2. นางสาววิริยา พูนคำ ผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
3. นางสุภัทร โรจน์บวรวิทยา ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาค่าตอบแทนและสวัสดิการ
4. นางวาสนา ชาญสืบกุล นิติกร 8
5. นายกุลเสขร์ ลิ้มปิยากร เจ้าหน้าที่บริหารงานการคลัง 7
6. นายรัชตะ อุ่นสุข นิติกร 4

กระทรวงสาธารณสุข

1. นางนราพร มะโนหาญ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี 6

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

1. นางศิริลักษณ์ จันทรวรานนท์ นักวิชาการเงินและบัญชี 6ว
2. นางสาวสุลักษณ์ ดวงพรประทีป นักวิชาการเงินและบัญชี 5

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

1. นางสาวจิน หิรัญลักษณ์ นักวิชาการเงินและบัญชี 8ว

รายชื่อผู้วิพากษ์และผู้ให้ความคิดเห็นจากการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นต่อโครงการวิจัย

ผู้วิพากษ์

1. นายมนัส แจ่มเวหา รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง
2. ดร.จิระวัฒน์ ปิ่นเปี่ยมรัชฎ์ นักวิจัยเชี่ยวชาญ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ผู้ให้ความคิดเห็นจากการสัมมนา

1. นพ. ฉัตรชัย มโนกุลจิต ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นพ. สุพรรณ ศรีธรรมมา ที่ปรึกษาระบบสาธารณสุขด้านพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.สุชาติ สรรณสาพร ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ สำนักงานกลาง
สารสนเทศบริการสุขภาพ
4. นายปฏิพัทธ์ มตตารักษ์ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ 8ว สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
5. นายกุลเศรษฐ์ ลิ้มปิยากร เจ้าหน้าที่บริหารงานการคลัง 7 กรมบัญชีกลาง

ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย เรื่อง “ความพึงพอใจและรูปแบบการจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาล”

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รายจ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาล ความพึงพอใจของผู้ใช้สิทธิ และรูปแบบในการปรับเปลี่ยนระบบรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลที่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ข้าราชการพลเรือน ข้าราชการทหาร ข้าราชการตำรวจ และข้าราชการบำนาญ ที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ในโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงโรงพยาบาลทหารและตำรวจ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลในช่องว่าง และกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อาชีพ ☐ 1. ข้าราชการพลเรือน สังกัด.....
☐ 2. ข้าราชการทหาร สังกัด.....
☐ 3. ข้าราชการตำรวจ สังกัด.....
☐ 4. ข้าราชการบำนาญ สังกัด.....
3. อายุ

☐ 1. ต่ำกว่า 26 ปี	☐ 2. 26 - 30 ปี
☐ 3. 31 - 35 ปี	☐ 4. 36 - 40 ปี
☐ 5. 41 - 45 ปี	☐ 6. 46 - 50 ปี
☐ 7. 51 - 55 ปี	☐ 8. 56 - 60 ปี
4. สถานภาพ

☐ 1. โสด	☐ 2. สมรส จำนวนบุตร ชาย หญิง.....คน
	☐ 2.1 คู่สมรส เบิกค่ารักษาเองได้/ มีประกันสังคม
	☐ 2.1 คู่สมรส เบิกค่ารักษาเองไม่ได้
☐ 3. หม้าย/ หย่าร้าง	
5. ระดับการศึกษา

☐ 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	☐ 2. ปริญญาตรี
☐ 3. ปริญญาโท	☐ 4. ปริญญาเอก
☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....	
6. อายุราชการ

☐ 1. ต่ำกว่า 6 ปี	☐ 2. 6-10 ปี	☐ 3. 11-15 ปี
☐ 4. 16-20 ปี	☐ 5. 21-25 ปี	☐ 6. 26-30 ปี ☐ 7. 30 ปีขึ้นไป

7. รายได้รวม/ บำนาญรวม

- ☐ 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 2. 10,000-15,000 บาท
- ☐ 3. 15,000-20,000 บาท ☐ 4. 20,000-25,000 บาท
- ☐ 5. 25,000-30,000 บาท ☐ 6. 30,000 บาท ขึ้นไป

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านที่ต้องรับผิดชอบ (บิดา/ มารดา/ บุตร/ หลาน)

- ☐ 1. ไม่มีผู้อยู่ในการอุปการะ ☐ 2. 1-3 คน
- ☐ 3. 4-6 คน ☐ 4. 7 คนขึ้นไป

9. อาชีพเสริมจากงานประจำ

- ☐ 1. มี ระบุอาชีพ..... รายได้โดยเฉลี่ยจากอาชีพเสริมโดยประมาณ
- ☐ 1.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท/ เดือน ☐ 1.2 3,001-5,000 บาท/ เดือน
- ☐ 1.3 5,001-7,000 บาท/ เดือน ☐ 1.4 7,001-9,000 บาท/ เดือน
- ☐ 1.5 9,000 บาท ขึ้นไป ระบุ.....บาท/ เดือน
- ☐ 2. ไม่มีอาชีพเสริมจากงานประจำ

10. ค่าใช้จ่ายในครอบครัวโดยประมาณต่อเดือน รวมค่าผ่อนส่งต่างๆ (ส่งให้พ่อแม่/ ผ่อนบ้าน/ ผ่อนรถ)

- ☐ 1. ต่ำกว่า 30,000 บาท/ เดือน ☐ 2. 30,001-50,000 บาท/ เดือน
- ☐ 3. 50,001-70,000 บาท/ เดือน ☐ 4. มากกว่า 70,001 บาท/ เดือน

11. รายรับในครอบครัวต่อเดือน

- ☐ 1. พอใช้/พอดี ☐ 2. ไม่พอใช้
- ☐ 3. บางครั้งไม่พอใช้ ☐ 4. เหลือเก็บ ประมาณ.....บาท/ เดือน

12. ท่านทำประกันชีวิต/ สุขภาพหรือไม่

- ☐ 1. ทำ ประกันชีวิต บริษัท..... ค่าเบี้ยประกัน.....(ต่อปี/ เดือน)
- ☐ 1.1 เบิกค่ารักษาได้ ☐ 1.2 เบิกค่ารักษาไม่ได้ เนื่องจาก.....
- ☐ 2. ทำประกันสุขภาพ บริษัท..... ค่าเบี้ยประกัน.....(ต่อปี/ เดือน)
- ☐ 3. ☐ 3.1 เบิกค่ารักษาได้ ☐ 3.2 เบิกค่ารักษาไม่ได้ เนื่องจาก.....
- ☐ 4. ไม่ทำเนื่องจาก เบิกค่ารักษาได้อยู่แล้ว ☐ 5. ไม่ทำ เนื่องจาก

13. การรักษาพยาบาลที่ใช้ (กาได้มากกว่า 1 ข้อ)	โรค	เหตุผล
☐ ซื้อยาทานเอง		
☐ รักษาคลินิกทั่วไป.....		
☐ รักษาคลินิกพิเศษ.....		
☐ รักษาโรงพยาบาลรัฐ.....		
☐ รักษาโรงพยาบาลเอกชน.....		
☐ ทานยาแผนโบราณ.....		
☐ อื่นๆ ระบุ.....		

ตอนที่ 2 การวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเพื่อให้ท่านได้แสดงทัศนคติความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวนี้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงตามที่ท่านเห็นสมควรที่สุด

1 = นานๆ ครั้ง 2 = เดือนละครั้ง 3 = 2 สัปดาห์/ ครั้ง 4 = สัปดาห์ละครั้ง 5 = มากกว่า 8 ครั้ง/ เดือน

14. ท่านมีโรคประจำตัวดังรายการต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคที่กำลังป่วย	ระยะเวลาการป่วย		ระดับความถี่					การรักษา	
	0-2 ปี	มากกว่า 2 ปี	1	2	3	4	5	ยังไม่หาย	หายดีแล้ว
☐ โรคหัวใจ	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
☐ โรคมะเร็ง	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
☐ โรค (ระบุ)	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
.....									
☐ โรค (ระบุ)	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
.....									
☐ โรค (ระบุ)	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
.....									
☐ โรค (ระบุ)	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
.....									
☐ โรค (ระบุ)	เริ่มเป็น	เป็นมานาน	1	2	3	4	5		
.....									

ตอนที่ 3 ความเหมาะสมในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

รายละเอียด	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ความคิดเห็น
ค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งในปัจจุบัน	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
รายการต้องจ่ายเงินเพิ่มเอง	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
สามารถเบิกจากประกันได้	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
ไม่สามารถเบิกจากประกันได้	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
การเบิกโดยตรงจากกรมบัญชีกลาง	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
ค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ในปัจจุบัน			
อื่นๆ ระบุ.....			
.....			
.....			

ตอนที่ 4 ความสะดวกของการใช้ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล

ระดับความพึงพอใจ/เห็นด้วย 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = มาก 4 = มากที่สุด

รายละเอียด	ความพึงพอใจ/เห็นด้วย			
	4	3	2	1
ข้าพเจ้ามีความสะดวกในการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	4	3	2	1
ข้าพเจ้าสามารถใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่	4	3	2	1
ข้าพเจ้ามีความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบข้อบังคับตลอดจนผลประโยชน์ต่าง ๆ ของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่ในขณะนี้	4	3	2	1
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเข้ารับราชการ	4	3	2	1
โรงพยาบาลเข้มงวดในการใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เช่น ให้ยาราคาถูก	4	3	2	1
โรงพยาบาลให้สิทธิในการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่	4	3	2	1
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลควรมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ	4	3	2	1
อื่นๆ ระบุ.....				
.....				

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบของระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาล

ความคิดเห็น	ความคิดเห็น		ความคิดเห็น
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
การให้สิทธิรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล <u>เอกชน</u> โดยจำกัดวงเงิน	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
ข้าราชการมีการทำ <u>ประกัน</u> กับ <u>บริษัทเอกชน</u> เพื่อใช้สิทธิทางการรักษาพยาบาล	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
สวัสดิการรักษาพยาบาล <u>เป็นแรงจูงใจ</u> ในการเข้ารับราชการ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
การใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลควรมีการจำกัดวงเงิน	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
การใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลควรมีการจำกัดตัวยา	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
ควรจ่ายเงินชดเชยให้กลุ่มที่ไม่ป่วย/ ไม่เบิกค่ารักษา	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
ควรใช้คลินิกพิเศษ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	

ความคิดเห็นอื่นๆ

.....

.....