

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ศึกษา วิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
กระทรวงสาธารณสุข
An Analysis and Study of the Model of Administration in Health Insurance for
Stateless People: Ministry of Public Health.

แก้วตา ธาณิรัตน์*
KAEWTA TANEERAT*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยหรือไร้สัญชาติ ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยและไปรับบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างเลี่ยงไม่ได้ ควรเร่งดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์จากรัฐธรรมนูญ 1 ฉบับ⁽¹⁰⁾ พระราชบัญญัติ 1 ฉบับ⁽⁶⁾ เอกสารทางวิชาการ 20 เรื่อง วารสารทางวิชาการ 3 เรื่อง และรายงานการประชุม 1 ฉบับ⁽¹¹⁾ ใช้การสังเคราะห์เอกสารเชิงบรรยาย ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ 3) ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีการกำกับ ติดตามผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ควรนำตัวแบบการวิเคราะห์และการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม ข้อมูลกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจเนื่องจากการตกหล่น หรือผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน⁽¹¹⁾ และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่ออนุมัติสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ จึงมีความจำเป็นเร่งจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ⁽¹⁻¹⁴⁾

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพ, บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

* กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ABSTRACT

The Kingdom of Thailand is home to individuals without Thai nationality, or stateless people, all of whom are left without any form of health insurance. When receiving medical treatment, financial burdens are invoked, hence an issue requiring immediate administrative attention.

This study applies the Descriptive Study format which employs the analytical assessment of 20 academic documents, 1 meeting proceeding, 3 academic journals, 1 national constitution and 1 parliament act. It also engages the use of synthesizing descriptive studies while acquiring information from 1) general data 2) information for medical treatment. 3) the obstacles found in operating From the process of examining documents in providing rights for stateless individuals, it was found that numerous were either lacking or possessing incorrect documents which do not coincide with the required set of documents in providing citizenship rights, leading to the inability to provide health security. Thus, it is mandatory that immediate health security coverage is provided as studies have shown that a lack of supervision over the issue is present. It would be beneficial to apply the analysis of statistical data in correlation of the matter. Additionally, the study has found that the rates of outpatients are still evidently low, which requires further regulations to enhance the accuracy and completeness of statistical data.

Keywords: The model of Administration in Health Insurance, Stateless People.

บทนำ

ประเทศไทยมีกองทุนด้านประกันสุขภาพที่คุ้มครองด้านสุขภาพประชาชนคนไทยซึ่งไม่รวมถึงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยหรือไร้สัญชาติ ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยและไปรับบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้ต้องมีการเงินจากการให้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ และเพื่อรวบรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน จึงได้ทำการศึกษา วิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข การประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีการดำเนินงานคล้ายคลึงกับกองทุนอื่นๆ จึงเรียกกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมาอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์จากรัฐธรรมนูญ 1 ฉบับ พระราชบัญญัติ 1 ฉบับ เอกสารทางวิชาการ 20 เรื่อง วารสารทางวิชาการ 3 เรื่อง และรายงานการประชุม 1 ฉบับ และใช้การสังเคราะห์เอกสารเชิงบรรยาย โดยศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ 3) ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพพบว่า ยังไม่มีการกำกับ ติดตามผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ควรนำตัวแบบการวิเคราะห์และการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม ข้อมูลกรณี การใช้บริการผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจเนื่องจากการตกหล่น หรือผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้

ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่ออนุมัติสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง และสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รับผลกระทบต่อการเงินจากการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีความจำเป็นเร่งจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ⁽¹⁻¹⁴⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์ปัจจุบันของรูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อสังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ
3. ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลทั่วไปจากการดำเนินงาน การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการอนุมัติสิทธิ และข้อมูลผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพของกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา วิเคราะห์การบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหา

สถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข พบ
ประเด็นตามผลการศึกษา ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
ให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานมาอย่าง
ต่อเนื่อง

2. มีมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23
มีนาคม 2553 และวันที่ 20 เมษายน 2558 เรื่อง การ
ให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับ
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รองรับให้กระทรวง
สาธารณสุข ดำเนินงานการให้บริการด้านสาธารณสุข
ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. ได้รับงบประมาณสนับสนุน
การดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 จนถึง
ปัจจุบัน

4. มีการดำเนินงานภายใต้
คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานที่
เกี่ยวข้อง

5. มีหน่วยงานภายในและ
ภายนอกให้ความร่วมมือในการประสาน
สนับสนุนข้อมูลและการดำเนินงาน อาทิเช่น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
สถานพยาบาลเอกชน กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง กอง
ยุทธศาสตร์และแผนงาน และกองกฎหมาย
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ด้านนโยบาย

1. มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23
มีนาคม 2553 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้น
พื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา
สถานะและสิทธิ

2. มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 20
เมษายน 2558 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้น
พื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา

สถานะและสิทธิ เพิ่มเติม และการจัดการสถานะ
และสิทธิในบริการสาธารณสุขของบุคคลไร้รัฐไร้
สัญชาติทั้งระบบ

3. การมีสิทธิในระบบประกัน สุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การมีสิทธิในระบบประกัน
สุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นไป
ตามเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเลขบัตรประจำตัว
บัตรประชาชนของกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวง
มหาดไทย กำหนด และสอดคล้องกับมติ
คณะรัฐมนตรี แต่จากการตรวจสอบเอกสาร
หลักฐานการขออนุมัติสิทธิของหน่วยบริการ
พบว่า ยังมีกลุ่มบุคคลที่อยู่นอกเหนือจากมติ
คณะรัฐมนตรีข้างต้นที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ
ใดๆ

4. การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์

งบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ จัดสรรให้กับกองเศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข เพื่อจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ได้
ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งในและ
นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่ม
รายการครอบคลุมบริการกรณีผู้ป่วยนอกและ
ผู้ป่วยใน การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
จากส่วนกลาง ให้หน่วยบริการที่ได้
ให้บริการด้านสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิ ส่งข้อมูล
เพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ทาง
โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ จากการดำเนินงานพบ
ปัญหาข้อขัดข้องในการส่งข้อมูลเข้าระบบ
บ่อยครั้ง

5. โครงสร้างการบริหารจัดการ ประกอบด้วย

1. กลไกส่วนกลางกองเศรษฐกิจ
สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวง

แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ในการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และเพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ และรวมถึงแก้ปัญหาลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนอีกด้วย แต่เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับระบบประกันบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตั้งแต่แรก และต้องรับผิดชอบระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ภาระงานจึงเพิ่มขึ้นจึงค่อนข้างมากในปัจจุบัน

2. บริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ภายใต้คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ 1) คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 2) คณะอนุกรรมการบริหารจัดการงบประมาณและการจัดการบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 3) คณะทำงานพัฒนาสิทธิ

ประโยชน์และการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 4) คณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศและข้อมูลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ทั้งนี้ ยังมีการประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ อันได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

แหล่งรายได้

กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแหล่งรายได้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้มีสิทธิและงบประมาณบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2560 - 2562

ปีงบประมาณ	งบประมาณ (บาท)	จำนวนผู้มีสิทธิ	จำนวนเงินต่อหัวประชากรต่อปี
2560	1,319,615,500.00	562,974	2,344.01
2561	1,305,236,100.00	557,324	2,341.97
2562	1,409,907,900.00	572,398	2,463.16

ที่มา: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562)

เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 ได้รับงบประมาณมากที่สุดและจำนวนเงินต่อหัวประชากรต่อปีมากที่สุด ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ตามลำดับตามจำนวนประชากร

การบริหารจัดการงบประมาณ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบ ในการบริหารจัดการงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณ โดยรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ ภายใต้กรอบหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานตามที่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกำหนด 2 ส่วน ดังนี้

1. งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ค่าบริการทางการแพทย์

1.1 จัดสรรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ที่มีผู้มีสิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (OP AE) ในจังหวัด และผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ภายในและภายนอกจังหวัด

1.2 จัดสรรให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนผู้มีสิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP Normal)

2. งบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ จัดสรรให้กับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ได้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มรายการครอบคลุมบริการกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน

กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินงานตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 และวันที่ 20 เมษายน 2558 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้าน

สาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยได้กำหนดเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิเพื่อให้ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ตามเอกสารหลักฐานที่สอดคล้องกับมติคณะรัฐมนตรีจากการดำเนินงานพบว่า ยังมีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง รวมถึงสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รับผลกระทบต่อภาระด้านการเงินจากการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จึงมีความจำเป็นเร่งรัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ มีแหล่งข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จากข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 2. ข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558 - 2560 ประกอบด้วย

ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุนอกจังหวัด การให้ยารักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ

บริการผู้ป่วยในทั่วไป อุบัติเหตุฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายสูง

วิธีการวิเคราะห์ : อัตราการใช้บริการต่อรายต่อปี ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อรายต่อปี และอัตราจ่ายต่อรายต่อปี

1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอก (43 แฟ้ม + Registration) พบว่า เมื่อทำการเทียบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก กับข้อมูลการขึ้นทะเบียนของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ไม่สามารถเทียบข้อมูลได้ทั้งหมด สาเหตุอาจเกิดจากผู้มีสิทธิยังไม่ได้ขึ้น

ทะเบียนในหน่วยบริการ หรือการบันทึกข้อมูลยังไม่ดีพอ

2. ฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายเคลม โดยเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลผู้มีสิทธิข้อมูลบริการ ผู้ป่วยนอก และข้อมูลค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ค่าใช้จ่ายเคลมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นในอัตราการเติบโตที่ลดลง

- ค่าใช้จ่ายเคลมทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 37% - 43 %

- อัตราจ่ายเฉลี่ยรายหัวทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 34-40%

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) จากฐานข้อมูลเคลม (Claim administration)

ค่าใช้จ่ายเคลมสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในอัตราการเติบโตที่เพิ่มขึ้น

- ค่าใช้จ่ายเคลมทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 5% - 10%

- อัตราจ่ายเฉลี่ยรายหัวทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 3 - 8%

ข้อจำกัด

มีระบบการเก็บข้อมูล (Information System) แต่ขาดความถูกต้อง เช่น

- ข้อมูลแฟ้ม diagnosis_opd ไม่ตรงตรงกับข้อมูลแฟ้ม opd_charge ทั้งหมด

- ข้อมูลแฟ้ม person ไม่ครอบคลุมข้อมูลจากแฟ้ม diagnosis_opd และ opd_charge

- ข้อมูลแฟ้ม registration ไม่ครอบคลุมข้อมูลการเบิกจ่าย Claim

ข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ

1. ข้อมูลของระบบประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จาก 43 แฟ้ม และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายสูงนั้นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ วางแผน กำกับติดตาม ประเมินผล

2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ควรต้องมีการดำเนินการ เช่นเดียวกับ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กรมบัญชีกลาง ในการกำกับติดตามผลการจัดบริการ โดยวิเคราะห์จากข้อมูลบริการจากรายงาน 43 แฟ้ม และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายสูง

3. ควรนำเอาตัวแบบการวิเคราะห์ทั้งการวิเคราะห์สถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม และการนำเอาตัวแบบคณิตศาสตร์ประกันภัยที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการบริหารระบบประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นงานประจำ รวมทั้งยังสามารถเพิ่มเติมการวิเคราะห์ในรายละเอียดของโรคและระบาดวิทยาได้ด้วย

4. ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม กรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก น่าจะยังมีการตกหล่น หรือผิดพลาดของข้อมูล การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่ำมาก ทำให้ต้นทุนบริการต่ำมาก จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

อภิปรายผล

รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สนับสนุนให้การบริหารจัดการสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม มีมติคณะรัฐมนตรีรองรับการดำเนินงาน มีการกำหนดการมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ คือ มีหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

อย่างชัดเจน มีแหล่งรายได้ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นประจำปี แต่พบปัญหาขาดแคลนด้านบุคลากรปฏิบัติงานด้านกฎหมาย การตรวจสอบข้อมูลเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และระบบการจัดการฐานข้อมูล ควรเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถให้เหมาะสมและเพียงพอในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพพบว่า ยังไม่มีการกำกับ ติดตามผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ควรนำตัวแบบการวิเคราะห์และการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม ข้อมูลกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจเนื่องจากการตกหล่น หรือผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่ออนุมัติสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง และสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รับผลกระทบต่อการระดมเงินจากการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีความจำเป็นเร่งรัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ด้านนโยบาย เร่งดำเนินการดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่บุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขครอบคลุมบริการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาให้กับบุคคลและสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมที่ยั่งยืนและถาวร

2. พัฒนากลไกการบริหารจัดการการเงินการคลังสุขภาพ

2.1 พัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

2.2 พัฒนาโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (E Claim) รองรับการดำเนินงานด้านระบบทะเบียน ระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และข้อมูลสารสนเทศให้ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

2.3 จัดทำหลักเกณฑ์การปฏิบัติทางการเงินให้เป็นปัจจุบัน

3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

3.1 การจัดการฐานข้อมูลประชากร เชื่อมโยงฐานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2 พัฒนาระบบการกำกับ ติดตามการใช้บริการสุขภาพ

4. การติดตามและประเมินผล

4.1 ควรมีการกำกับ ติดตามการใช้งบประมาณการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและค่าบริการทางการแพทย์

4.2 ควรมีการตรวจสอบเวชระเบียนการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยงานบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วัฒน์ชัย จรุงวรรณนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ซึ่งผลการศึกษา นำไปสู่การพัฒนาการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กฤษฎา บุญราช. สถานการณ์และแนวทางแก้ไขปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน

2562. จาก <https://prachatai.com/journal/2017/07/72339>
2. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2558. กันยายน 2558.
 3. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. คู่มือ หลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. ปีงบประมาณ 2562. ตุลาคม 2561.
 4. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. 2562.
 5. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์ อารี, ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, พรชัย พิไลหาเวสส. การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. เมษายน พ.ศ. 2556.
 6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.
 7. ถาวร สกุกพานิชย์. รายงานฉบับสมบูรณ์ การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์. 2556. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2562 แหล่งข้อมูล <http://hisro.or.th/main/download/book025.pdf>
 8. ปิ่นแก้ว อุณแก้ว. 5 ปี ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล. ส่วนหนึ่งของรายงานสถานการณ์ด้านสถานะบุคคลและสิทธิของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ. 2553. สืบค้น เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2562.
 9. พงษ์ธร พอกเพิ่มดี. การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ : ความสำเร็จอีกขั้นของหลักประกันสุขภาพไทย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; ปีที่ 5: หน้า 85 – 98.
 10. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก (ลงวันที่ 6 เมษายน 2560)
 11. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ วันที่ 26 ธันวาคม 2562.
 12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระยะต้น (พ.ศ.2561 - 2564) ระยะปานกลาง/ระยะยาว (พ.ศ.2565 - 2579) พิมพ์ครั้งที่ 1:กรุงเทพมหานคร : พฤษภาคม 2560. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2562 จำนวน 47 หน้า. แหล่งข้อมูล <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Final>
 13. สัมฤทธิ์ ศรีจรัสสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2556.
 14. สุรจิต สุนทรธรรม. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555.