

บทความพิเศษ

Special Article

หลักประกันสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคมได้จริงหรือ

สมเกียรติ วรประวัติ, วท.ม.

กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เป็นการศึกษาและวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงกระบวนการทัศน์ของหลักประกันสุขภาพที่ได้จัดให้มีขึ้น โดยศึกษาและค้นหาข้อมูลแห่งความจริงเชิงประจักษ์ในหลาย ๆ มิติของหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่ภาครัฐได้จัดให้มีขึ้นเพื่อให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าได้มีสิทธิในการเข้ารักษาพยาบาลได้ด้วยความเป็นธรรม และอีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยเหลือหรือช่วยชีวิตประชาชนในกลุ่มที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยหลักประกันสุขภาพ อันที่จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ได้รับการรักษาเสมือนเป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม ซึ่งผลการศึกษาในเชิงประจักษ์ปรากฏให้เห็นถึงความพยายามในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงให้แก่ภาคประชาชนทุกหมู่เหล่าภายใต้ความเป็นธรรมในการให้บริการเพื่อให้เป็นเสมือนตาข่ายความปลอดภัยทางสังคมสำหรับประชาชนทุกคนให้สามารถเข้าถึงการบริการหลักประกันสุขภาพได้ถ้วนหน้า ไม่ให้เขาเหล่านั้นต้องขาดโอกาสในการรับบริการในหลักประกันสุขภาพที่รัฐได้จัดให้มีขึ้น อันเป็นนโยบายสาธารณะอีกนโยบายหนึ่ง

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพหนึ่งเดียว, ตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม

บทนำ

ตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (social safety net) หมายถึงการช่วยประชาชนที่ประสบปัญหาวิกฤติในด้านต่าง ๆ ให้ได้รับสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนคนไทยทุกคน เป็นหลักประกันความปลอดภัยทางสังคมภายใต้ระบบสวัสดิการที่รัฐได้จัดให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจน ทั้งนี้ หลักประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะหรือนโยบายของรัฐอันเป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐบาลในการบริหารประเทศตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁽¹⁾ กำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และกำหนดให้คณะรัฐมนตรีที่จะเข้าบริหารราชการแผ่นดินต้องชี้แจงต่อรัฐสภาให้ชัดเจนว่าจะดำเนินการอย่างไร ในระยะเวลาใด เพื่อให้การ

บริหารราชการแผ่นดินเป็นไปตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และต้องจัดทำรายงานแสดงผลการดำเนินการรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคเสนอต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง

ส่วนคำว่านโยบาย หมายถึงหลักและวิธีปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ และสำหรับคำว่านโยบายสาธารณะมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย กล่าวคือ กิจกรรมหรือการกระทำของรัฐบาล โดยมีผู้ที่ให้นิยามในแนวนั้น เช่น James Anderson⁽²⁾, Ira Sharkansky⁽³⁾, Thomas R. Dye⁽⁴⁾ และ David Easton⁽⁵⁾ กล่าวได้ว่า หนึ่งในนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพของประชาชนคือ หลักประกันสุขภาพ ซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงกระบวนการทัศน์ของหลักประกันสุขภาพหนึ่งเดียวในการเป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม

หลักประกันสุขภาพหนึ่งเดียวในการเป็น ตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม

ภาพสะท้อนถึงหลักประกันสุขภาพหนึ่งเดียวในการเป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม ภายใต้การให้บริการนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพของประชาชนด้วยหลักประกันสุขภาพ โดยภาครัฐที่มีระบบสวัสดิการของการรักษาพยาบาลของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องตลอดมาแสดงให้เห็นว่าภาครัฐให้ความสำคัญในส่วนของสุขภาพของประชาชน และเป็นการสร้างความมั่นคงให้กับชีวิตของประชาชน เปรียบเสมือนเป็นตาข่ายที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลระบบแรกๆ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2521⁽⁶⁾ ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523⁽⁷⁾ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (รวมจำนวน 8 ฉบับ) ในปัจจุบันระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อ้างอิงพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553⁽⁸⁾ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ระบบสวัสดิการลำดับต่อมา ก็คือ ระบบประกันสังคม ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2533 โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533⁽⁹⁾ มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองลูกจ้างผู้ประกันตน และระบบสุดท้ายที่เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2545 เป็นกองทุนที่ให้การดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ก็คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽¹⁰⁾ เพื่อสานต่อนโยบายรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน เพื่อให้ทุกคนได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็นอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยระบบการบริหารจัดการและการจัดให้มีการบริการที่มีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการ

ของตนเอง รวมถึงการที่ผู้ให้บริการมีความสุขและสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ดังนั้น ประชาชนไทยทุกคนไม่ว่าจะมีอาชีพหรือไม่ จะได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง ถ้าผู้รับบริการเป็นข้าราชการ ก็มีระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดูแล ถ้าผู้รับบริการทำงานในภาคเอกชนก็มีระบบประกันสังคมดูแล ถ้าผู้รับบริการเป็นประชาชนทั่วไปก็มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ กล่าวได้ว่า “ไม่มีคนไทยคนใดที่ไม่มีสิทธิด้านสวัสดิการ รักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้” (ดูตารางที่ 1)

ในปัจจุบัน ระบบสวัสดิการทั้ง 3 ระบบมีการเชื่อมโยงข้อมูลกันตลอดเวลา ด้วยการใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน เป็นเลขอ้างอิงในการตรวจสอบสิทธิที่จะแยกแยะผู้มีสิทธิแต่ละระบบและป้องกันปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนซึ่งครอบคลุมประชาชนคนไทยไปแล้วส่วนหนึ่ง และประชาชนส่วนที่เหลือก็มีหน่วยงานที่รองรับอยู่ เช่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ ราชการส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งจะมีกฎหมายเฉพาะของหน่วยงานนั้นๆ ที่กำหนดสิทธิสวัสดิการให้แก่พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของตนไว้

จากที่กล่าวมาแล้วว่า “คนไทยทุกคนต้องมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล 1 สิทธิ” หากบุคคลนั้นทำงานภาคเอกชน (เป็นลูกจ้าง) หรือทำงานในภาคราชการในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานราชการ บุคคลกลุ่มนี้จะเป็น “ผู้ประกันตนและมีสิทธิในระบบประกันสังคม” หากรับราชการหรือเป็นผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญหรือเป็นลูกจ้างประจำจะเป็น “ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งรวมทั้งบุคคลในครอบครัวของบุคคลดังกล่าวด้วย” และหากเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์กรอิสระ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ก็จะเป็นผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลตามระบบนั้นๆ ส่วนประชาชนที่ไม่ใช่บุคคลที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ประชาชนคนนั้นก็จะเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถือว่าเป็นสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่นแต่อย่างใด กล่าวคือ หากไม่มีสิทธิด้านสวัสดิการใดๆ แล้วสามารถขอรับสิทธิหลัก-

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ณ สำนักงานเขต กรณีอยู่ใน กรุงเทพมหานครหรือสถานีนามัย กรณีอยู่ในต่างจังหวัด หรือติดต่อ 1330 เพื่อขอทราบข้อมูลเพิ่มเติม

คำถามที่ว่า คนไทย 1 คน มีมากกว่า 1 สิทธิได้หรือไม่ คำตอบ คือ “ได้” ยกตัวอย่างเช่น นาย ก. เป็นข้าราชการมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และไปรับงานรักษาความปลอดภัยในวันหยุด จึงมีสิทธิประกัน-

สังคมด้วย ในกรณีนี้ นาย ก. สามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือใช้สิทธิประกันสังคม และหากเลือกใช้สิทธิประกันสังคม นาย ก. จะไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามมาตรา 10 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 สำหรับกรณีที่บุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลตามสิทธิ

ตารางที่ 1 ลักษณะสำคัญของระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล⁽¹²⁾

ประเด็น	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	สวัสดิการ
กลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และบุคคลในครอบครัว	ลูกจ้างภาคเอกชน	ประชาชนทั่วไป
จำนวนผู้มีสิทธิ	5 ล้าน	กองทุนประกันสังคม 10.5 ล้านคน กองทุนเงินทดแทน 8.2 ล้านคน	48 ล้านคน
สิทธิประโยชน์			
บริการผู้ป่วยนอก	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
บริการผู้ป่วยใน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน	รพ.รัฐ/เอกชน
คลอดบุตร	ครอบคลุม	N/A	รพ.รัฐ/เอกชน
ตรวจสุขภาพ	ครอบคลุม	ไม่	N/A
โรคเรื้อรัง 9 กลุ่มโรค**	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง
โรคจิต	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง
โรคเอดส์	คุ้มครอง	คุ้มครอง	คุ้มครอง
ค่าบริการห้องและอาหาร	ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด	รวมในเหมาจ่าย	รวมในเหมาจ่าย
การคลัง			
แหล่งเงิน	งบประมาณแผ่นดิน	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ	งบประมาณแผ่นดิน
การจ่ายค่าบริการ	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย
ค่ารักษายาบาลต่อจำนวนผู้มีสิทธิ (บาทต่อคน)	ประมาณ 14,123.01*	เหมาจ่ายรวมทั้งหมด 2,050	เหมาจ่าย 3,028 บาท (ข้อมูล ปี 2559)
หน่วยงานกำกับดูแล	กรมบัญชีกลาง	กระทรวงแรงงาน	กระทรวงสาธารณสุข

- หมายเหตุ: 1. บุคคลในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายไม่เกิน 3 คน
 2. จำนวนผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสังคม คือ ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และผู้ประกันตนตามมาตรา 39
 3. * มาจากการคำนวณของคณะผู้วิจัย โดยใช้ข้อมูลปี พ.ศ. 2554 (สถาบันวิจัยพัฒนาประเทศไทย, 2556)
 4. ** โรคเรื้อรัง 9 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบ/ตับแข็ง โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง และโรคไตวายเรื้อรัง

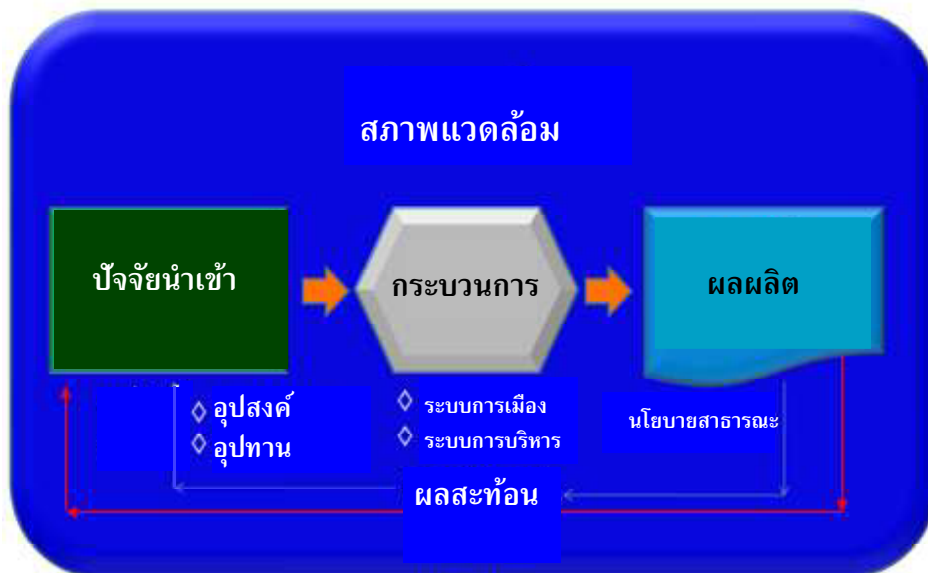
ของตนเองจากหน่วยงานอื่น บุคคลผู้นั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ได้⁽¹¹⁾

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบสวัสดิการภาครัฐที่จัดให้แก่ภาคประชาชนในมุมมอง ถ้าพิจารณามูลกลงไปเพื่อให้ได้เห็นภาพรวมมากยิ่งขึ้น โดยย้อนไปดูอดีตว่า ภาครัฐมีการให้บริการด้านสวัสดิการของการรักษายาบาลมาจนถึงปัจจุบันนั้น พอที่จะกล่าวได้ดังนี้ นโยบายภาครัฐที่ให้บริการด้านสวัสดิการของการรักษายาบาลและสุขภาพอนามัย เริ่มขึ้นในสมัยคณะรัฐมนตรี คณะที่ 2 พระยามโนปกรณนิติธาดา เป็นนายกรัฐมนตรี จนถึงปัจจุบันด้วย 30 บาทรักษาทุกโรค ตลอดจนมีหลักประกันสุขภาพ กองทุนสุขภาพต่างๆ อย่างมากมาย⁽¹³⁾

จากภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ภาครัฐจัดให้ มองในมุมมองกว้างและเชิงลึกแล้วระบบทั้งสามมีความครอบคลุมประชาชนทุกหมู่เหล่าไว้หมดแล้ว ตาม

นโยบายของรัฐ ถ้าพิจารณาในมิติของการกำหนดนโยบายสาธารณะจะเห็นถึงแนวคิดของ Thomas R Dye⁽⁴⁾ ที่ได้นำเสนอตัวแบบไว้ในหนังสือชื่อ Understanding public policy โดยมองว่านโยบายสาธารณะต่างๆ ที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่อาศัยหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ อันได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นผลผลิตของตัวแบบระบบ (ภาพที่ 1) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยนำเข้า (input) จะเป็นข้อเรียกร้องที่ต้องการในระบบสวัสดิการรักษายาบาล (demands) หรือการสนับสนุนจากประชาชน (support) จะถูกนำเข้าสู่ระบบการเมือง เพื่อการกลั่นกรองระบบสวัสดิการรักษายาบาล (process) แล้วตัดสินใจออกมา (output) เป็นนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบที่กล่าวมา อันเป็นนโยบายสาธารณะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยประเมินว่านโยบายดังกล่าวตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้มากน้อยเพียงไร ย่อมสามารถที่จะพิจารณาได้จากผลสะท้อน (feedback) ที่ย้อนกลับมา ซึ่งผลสะท้อนก็ได้ออกมาตามหน้าหนังสือพิมพ์อยู่แล้ว

ภาพที่ 1 ตัวแบบระบบ⁽⁴⁾



การบริการจากภาครัฐด้วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีความเป็นธรรมตามแนวคิดอรรถประโยชน์ (utilitarianism) เพราะเป็นระบบที่ให้ประโยชน์ต่อกลุ่มคนส่วนใหญ่ในสังคม แต่ก็มีผู้ไม่เห็นด้วย โดย John Rawls มองว่าการใช้แนวคิดดังกล่าวทำให้คนส่วนน้อยถูกกลืนกลืนสิทธิ⁽¹⁴⁾ ยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดอรรถประโยชน์ยังมีผลให้เสรีภาพของปัจเจกบุคคลมีความสำคัญเป็นอันดับสองเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ ทฤษฎีความเป็นธรรมของ John Rawls พยายามแสดงการประนีประนอมอย่างมีหลักการระหว่างเสรีภาพ (liberty) กับความเสมอภาค (equality) โดยนำเสนอให้เห็นชุดของแนวคิดที่มองความยุติธรรมเสมือนการปฏิบัติต่อกันอย่างเป็นธรรม (justice as fairness) ซึ่ง John Rawls ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดหลักในการถ่ายทอดเนื้อหาของความยุติธรรมในฐานะที่เป็นการปฏิบัติต่อกันอย่างเป็นธรรม เขาพยายามที่จะแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาคำคัญอย่างหนึ่งคือ “การกระจายความยุติธรรม” ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ภาครัฐจัดให้ ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบในประเทศไทยยังมีเงื่อนไขที่ต่างกันเหลื่อมล้ำกันในแต่ละกองทุน (ดังตารางที่ 1)

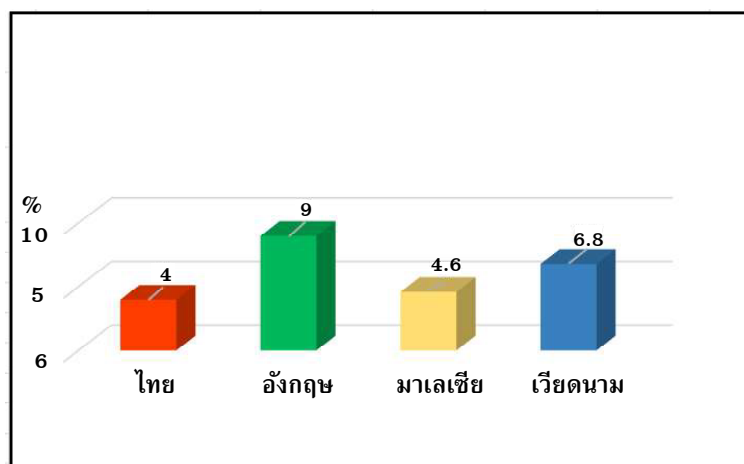
ในอีกแง่มุมหนึ่ง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่เป็นนโยบายสาธารณะนี้เป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคมได้เป็นอย่างดี เป็นเครื่องมือที่เป็นรูปธรรมในการให้ความ

ช่วยเหลือประชาชนที่เดือดร้อนจากปัญหาของระบบการรักษายาบาล เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการให้ความช่วยเหลือ ดังนั้น เชื่อได้ว่าหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการในเรื่องนี้สำเร็จ ประชาชนคนไทยทุกคนก็จะมีระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ดีขึ้นและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้ประชาชนทุกคนมีตาข่ายเอาไวรองรับเมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพและการเข้ารับการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นการบรรเทาปัญหาทางสังคมที่จะให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพกายและใจที่ดีและมีความสุขกันโดยทั่วถึง หรือแม้กระทั่งตัวน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ก่อนที่ภาครัฐจะเข้าไปให้ความช่วยเหลือ

ผลการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเห็นได้ว่า ในอดีตมีผู้ป่วยที่ยากจนต้องล้มละลายจากการรับภาระค่ารักษายาบาล 120,100 ครอบครัว⁽¹⁶⁾ แต่ในปี 2552 ลดลงเหลือ 39,750 ครอบครัว⁽¹⁶⁾ ซึ่งให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจนถึง 1 แสนครอบครัว ทั้งนี้ ประเทศไทยจัดสรรงบประมาณดูแลค่าใช้จ่ายสุขภาพให้ประชาชนร้อยละ 4 ของ GDP⁽¹⁶⁾ (ภาพที่ 2) ใกล้เคียงกับประเทศเวียดนามและมาเลเซีย โดยผ่านระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กองทุนหลักประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณค่อนข้างจำกัด

ภาพที่ 2 รายจ่ายสุขภาพโดยรวมของประเทศต่าง ๆ เปรียบเทียบกับ GDP⁽¹⁶⁾



หลายฝ่ายจึงเกรงว่ากองทุนอาจจะมีปัญหาด้านการเงินในอนาคต

ระบบสวัสดิการรักษายาบาล จากทั้งสามระบบของหลักประกันสุขภาพเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของคน/ประชาชน ตามที่ Abraham H. Maslow⁽¹⁷⁾ ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาแห่ง Brandeis University ได้กล่าวถึงทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (the Hierarchy of Needs Theory) ระบุว่า บุคคลมีความต้องการเรียงลำดับจากระดับพื้นฐานที่สุดไปยังระดับสูงสุด ซึ่งความต้องการในการเข้าถึงของระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมาทั้งสามระบบย่อมเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนมีความต้องการนั่นเอง

การดำเนินงานของภาครัฐด้านสุขภาพทั้งสามระบบนั้น มีการประเมินผลนโยบายสาธารณะในแต่ละระบบ ซึ่งเมื่อนำมาบูรณาการกับทฤษฎีของ Thomas R. Dye⁽⁴⁾ สามารถกล่าวได้ว่า การประเมินผลนโยบายสาธารณะโดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพ ย่อมหมายถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับ John Bryant และ Neil Wallace⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวถึงความพยายามในการบันทึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและกำหนดว่าทำไมสิ่งนั้นจึงเกิดขึ้น การประเมินจึงหมายความว่ามีความพยายามที่จะค้นหาว่าแผนหรือโครงการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร เป็นไปตามที่คาดหวังไว้หรือไม่เพียงใด และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Jones Charles⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวว่า การดำเนินการของหลักประกันสุขภาพที่มีระบบและต่อเนื่องนั้น จะทำให้ทราบถึงผลในเชิงเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในลักษณะผลกระทบของการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีต่อปัญหาของสังคมที่ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพเพื่อมุ่งแก้ไขการกระทำที่เป็นหน้าที่ประจำอย่างหนึ่งของรัฐบาลในทุกระบบการเมือง เป็นเสมือนเครื่องมือที่รัฐบาลใช้ทบทวนตรวจตรา และประเมินความก้าวหน้าในการทำงานของตนเอง ทั้งนี้ การที่ต้องทำการประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มการดำเนินการมาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบอยู่เสมอว่านโยบายหรือโครงการ

ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพนั้น มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงต่ำเพียงไร มีปัญหาอุปสรรคหรือข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นอย่างไรหรือไม่ ประการใด มีการเบี่ยงเบนไปจากเดิมที่วางไว้ตั้งแต่ต้นหรือไม่ ถ้ามีการเบี่ยงเบนก็จำเป็นต้องแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป นอกจากนั้น ในขณะที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ออกมา อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ด้วย การประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและด้านลบต่อประชาชนทั้งประเทศอันเป็นผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ

จากหลักการดังกล่าวเชื่อมโยงให้เห็นถึงภาพรวมของการประเมินนโยบายสวัสดิการรักษายาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ อันได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม ตลอดจนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 6.0 – 7.0 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งประเทศ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีแหล่งเงินมาจากงบประมาณของภาครัฐ (ร้อยละ 67.0) ในขณะที่แหล่งเงินมาจากระบบประกันสังคมมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 8.0

บทสรุป

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการบริหารจัดการแบบแยกส่วนกันทำ ก่อให้เกิดความลักลั่นในระบบประกันสุขภาพของไทย ประการแรก ทั้งสามระบบของหลักประกันสุขภาพมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่

ใช้เงินสมทบจากสามฝ่าย กล่าวคือ นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ ในขณะที่อีกสองระบบมีแหล่งเงินมาจาก ภาษีเท่านั้น ประการที่สอง วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน ระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่เรียกกันอีกอย่างว่าเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (per capitation)

ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลตามค่าใช้จ่ายจริง (fee for service) ส่งผลทำให้สิทธิในการรักษาพยาบาลของประชาชนต่างกัน นอกจากนี้ การที่หลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีการออกแบบที่แตกต่างยังก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างสิทธิของประชาชน ซึ่งก็เป็นไปตามทฤษฎีของ John Rawls⁽¹⁴⁾ ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินนโยบายสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ⁽¹³⁾

ประเด็น	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)	ระบบประกันสังคม (สปส.)	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)
อัตรากำลัง งบประมาณที่ต้อง บริหารจัดการ (ข้อมูลปีงบประมาณ 2552)	32 ตำแหน่ง บริหารค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 60,000 ล้านบาท	5,854 ตำแหน่ง บริหารเงินกองทุนประกันสังคม - จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 700,000 ล้านบาท และ กองทุนเงินทดแทน - จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 25,000 ล้านบาท	ประมาณ 800 ตำแหน่ง ประมาณ 76,000 ล้านบาท
จำนวนผู้ได้รับสิทธิ	ประมาณ 5 ล้านคน	- ผู้ประกันตนในกองทุนประกัน สังคมประมาณ 9.3 ล้านคน - นายจ้างและลูกจ้างในกองทุน- เงินทดแทนประมาณ 8.3 ล้านคน	ประมาณ 47 ล้านคน
ค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณ ที่ได้รับในการบริหาร จัดการ	35 ล้านบาท (เป็นงบประมาณ ในการบริหารจัดการและพัฒนา ระบบสวัสดิการข้าราชการ)	- ประมาณ 3,058 ล้านบาท (กองทุนประกันสังคม) - ประมาณ 23.8 ล้านบาท (กองทุนเงินทดแทน)	ประมาณ 936 ล้านบาท
อัตรากำลัง/จำนวน ผู้ได้รับสิทธิ	- ร้อยละ 0.00064 - $(32 \div 5,000,000) \times 100$	- ร้อยละ 0.065 - $(5,854 \div 9,300,000) \times 100$	- ร้อยละ 0.0017 - $(800 \div 47,000,000) \times 100$
งบประมาณที่ได้รับในการ บริหารจัดการต่อ งบประมาณที่ต้องบริหาร- จัดการ	ร้อยละ 0.058 $(32 \text{ ล้าน} \div 60,000 \text{ ล้าน}) \times 100$	ร้อยละ 0.44 $(3,058 \text{ ล้าน} \div 7000,000 \text{ ล้าน})$ $\times 100$	ร้อยละ 1.2 $(936 \text{ ล้าน} \div 76,000 \text{ ล้าน}) \times 100$
งบประมาณที่ได้รับในการ บริหารจัดการต่อจำนวน ผู้ได้รับสิทธิ	7 บาทต่อคน	328.8 บาทต่อคน	19.9 บาทต่อคน
(สัดส่วนงบบริหารจัดการ/ จำนวนผู้ได้รับสิทธิ) ต่อ อัตราเหมาจ่ายรายหัวของ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ร้อยละ 0.048 $(7 \div 14,600) \times 100$	"N/A"	ร้อยละ 0.83 $(19.9 \div 2,401) \times 100$

1) ภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายร่วมกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นสวัสดิการของภาครัฐซึ่งรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้

2) สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลต่างกัน เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคมและกองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าใช้บริการจากหน่วยบริการที่เลือก หรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้นเนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่สมาชิกระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง นอกจากนี้ สิทธิในการรักษาโรคก็ต่างกัน เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น อันเป็นการนำมาซึ่งความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้ตามหลักที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

3) คุณภาพในการรักษาพยาบาลต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามกลุ่มโรค อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน นอกจากความไม่เท่าเทียมกันในมิติของการรักษายาบาลแล้ว การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแบบแยกส่วน ยังทำให้เกิดต้นทุนที่ซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม อันจะนำมาซึ่งความไม่เป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม social safety net ที่ทำให้ประชาชนที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลได้มั่นใจในระบบการรักษาที่ดีและมีคุณภาพอันนำมาสู่ความปลอดภัยแห่งตนเองได้

ดังเช่น การคำนวณต้นทุนในการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค (DRG) การตรวจสอบทางการเงิน (financial audit) และการตรวจสอบคุณภาพในการรักษาพยาบาล (clinical audit) เป็นต้น

โดยสรุป ระบบประกันสุขภาพของไทยที่ประกอบด้วยระบบหลักประกันสุขภาพที่หลากหลายในปัจจุบัน มีการบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อนกัน และยังเป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษาพยาบาล และภาระค่าเบี้ยประกันระหว่างกลุ่มผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนอีกด้วย ถ้าจะให้ลดปัญหาหรือข้อขัดแย้งในประเด็นข้างต้น ด้วยการที่จะรวมเป็นกองทุนสุขภาพหนึ่งเดียวในการเป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคมได้ ย่อมเป็นแนวทางออกหนึ่งของการดำเนินการด้านนโยบายสาธารณะว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ถ้าไม่โทษที่ตัวระบบ (system error) หรือความผิดพลาดอันเนื่องมาจากการบริหารจัดการและคน (management and human error) หรืออื่นๆ การมองในมุมเพื่อประเทศชาติและประชาชนก็ต้องเอาระบบที่ดีที่สุด ทั้งนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องพยายามพัฒนากองทุนทั้งสามระบบให้ดีขึ้น โดยการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน และไม่ไปดึงระบบที่ดีอยู่แล้วให้ลดลง รวมทั้งไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายในแต่ละระบบให้โตเร็วเกินไป ซึ่งจะต้องพิจารณาปัจจัยร่วมอื่นๆ ประกอบด้วย เพื่อให้การดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปเพื่อประชาชนได้อย่างแท้จริง อีกทั้งเป็นไปตามความต้องการของประชาชนและเป็นการลดความเหลื่อมล้ำได้ อันที่จะเป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคมให้แก่ประเทศได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 47 ก (ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2550).
2. Anderson JE. Politics and economic policy-making: selected readings. New York: Addison-Wesley Pub Co; 1970.

3. Sharkansky I. Policy analysis in political Science. Chicago: Markham; 1970.
4. Dye TR. Understanding public policy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall; 1972.
5. Easton D. The political system: an inquiry into the state of political science. New York: Alfred A Knopf; 1953.
6. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 95, ตอนที่ 30 ก ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 16 มีนาคม 2521).
7. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 97, ตอนที่ 36 ง ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2523).
8. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127, ตอนที่ 23 ก (ลงวันที่ 2 เมษายน 2553).
9. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 107, ตอนที่ 161 ก ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 1 กันยายน 2533).
10. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119, ตอนที่ 116 ก (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
11. กรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร: กรมบัญชีกลาง; 2551.
12. สถาบันวิจัยพัฒนาประเทศไทย. โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพัฒนาประเทศไทย; 2556.
13. โชคชัย สุทธาเวศ. พัฒนาการนโยบายสวัสดิการสังคมและมิตินโยบายสวัสดิการในนโยบายรัฐบาลอดีต - ปัจจุบัน. การบรรยายวิชาการนโยบายเศรษฐกิจและสังคม ประจำหลักสูตรดุสิตบัณฑิต. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
14. Raws J. A theory of justice. Harvard law review. Cambridge: Harvard University Press; 1972.
15. Hosek J, Levine R. The new fiscal federalism and the social safety net. California: RAND; 1965.
16. Thaipublica. 11 ปี สปสช. โรงพยาบาลไม่มีงบลงทุนสาธารณสุขไอเดียกระฉูด เก็บเงินเศรษฐกิจ 36,000 ล้าน ตั้ง “กองทุนร่วมจ่าย” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ไทย-พับลิค; 2557 [cited 1 ก.พ. 2058]. แหล่งข้อมูล: <http://thaipublica.org/2014/11/30-baht-healthcare-scheme/>
17. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper and Row Publishers; 1970.
18. Bryant J, Wallace N. The inefficiency of interest-bearing national debt. Journal of Political Economy 1979;87: 365-81.
19. Jones CI. R & D-based models of economic growth. Journal of Political Economy 1977;103:759-84.

Abstract: One Health Security for Social Safety Net

Somkiet Woraprawat, M.Sc.

Division of Planning, Office of the President, Mahidol University

Journal of Health Science 2017;26:226-34.

The objective of this article was to study and analyze for vision of the health security; and also searched for the empirical truth in various dimensions which are public policies that the government has established for people to have the right in healthcare. This will help the population in getting the fairness and being a tool to help those who lack of the opportunity for healthcare services. The results of this assessment showed that there has been efforts to provide health security service to all population with fairness. The healthcare service is utilized as social safety net for those who lack opportunity to get access to health security in order to ensure highest healthcare service coverage, which is one of the policies the government has established.

Key words: one health security, social safety net