



ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการ แบบ 2.1 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



โดย  
นางสาวกนิษฐา สุขสมัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการ แบบ 2.1 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

DISPARITY IN HEALTH CARE BENEFIT OF 3 HEALTH INSURANCE SCHEMES



By  
MISS Kanitta SUKSAMAI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for Doctor of Philosophy (Management)  
Graduate School, Silpakorn University  
Academic Year 2018  
Copyright of Graduate School, Silpakorn University

|                      |   |
|----------------------|---|
| หัวข้อ               | ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน |
| โดย                  | กนิษฐา สุขสมัย  |
| สาขาวิชา             | การจัดการ แบบ 2.1 ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต                   |
| อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก | รองศาสตราจารย์ พรชัย เทพปัญญา                         |

---

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

พิจารณาเห็นชอบโดย

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ )

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ พรชัย เทพปัญญา )

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นรินทร์ สังข์รักษา )

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ดร. อัญจมา บุญपालิต )

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชัยชนะ อิงคะวัต )

57604925 : การจัดการ แบบ 2.1 ปรัชญาชุมชนบัณฑิต

คำสำคัญ : ความเหลื่อมล้ำ/สิทธิประโยชน์/ระบบสุขภาพ

นางสาว กนิษฐา สุขสมัย: ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน อาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ : รองศาสตราจารย์ พรชัย เทพปัญญา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานวิธี ทั้งวิธีการเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 2) ศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 3) ร่างข้อเสนอแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และ 4) นำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน เก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 25 คน และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบร่างแนวทางและมาตรการ จำนวน 17 คน ใช้วิธี EDFR และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาแนวทาง มาตรการลดความเหลื่อมล้ำ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) โดยการวิเคราะห์เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ต่างก็มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง กลไกการอภิบาลระบบและหน่วยงานบริหาร แหล่งเงินของเงินทุน ชุดสิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการและเงื่อนไขการให้บริการรูปแบบการจ่ายเงิน รวมทั้งการจัดบริการที่แตกต่างกันส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน 2) ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มี 4 ด้านได้แก่ 2.1) ด้านสิทธิประโยชน์ แม้ส่วนใหญ่มีชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันมากแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกัน 2.2) ด้านการเงินการคลัง ได้แก่ การจัดสรรเงินงบประมาณของรัฐบาลไม่เท่ากัน อัตราค่าตอบแทนแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และการควบคุมการจ่ายยา 2.3) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่รูปแบบและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2.4) ด้านคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ การใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ ขาดอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย และขาดการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ สถานพยาบาลยังเน้นรูปแบบการแสวงหากำไร และขาดกลไกการคุ้มครองผู้มารับบริการและบุคลากรสาธารณสุข 3) ร่างข้อเสนอแนวทางมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ซึ่งได้จากการศึกษาสภาพการณ์และปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนดังกล่าวทำให้ได้ข้อเสนอแนวทางมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 4 ด้าน และ 4) แนวทางมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ทั้งหมดได้ผ่านฉันทมติในที่สนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้วว่ามีเหมาะสม

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานเกี่ยวข้องได้นำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนให้มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

57604925 : Major (Management)

Keyword : Disparity/Health Care Benefit/Health Insurance Scheme

MISS KANITTA SUKSAMAI : DISPARITY IN HEALTH CARE BENEFIT OF 3 HEALTH INSURANCE SCHEMES THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR PORNCHAI DHEBPANYA

This research was a policy research. Data were collected with the mixed method researches in quantitative research and qualitative research. The research aimed to 1) study the context of 3 health insurance schemes, 2) study the problems of disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes, 3) draft a proposal for guidelines and measures to reduce disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes, and 4) present and confirm the guidelines and measures to reduce disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes. The data collection was from 25 related in-depth interviewees and 17 experts auditing the drafts of guideline and measure to reduce disparity by using EDFR (Ethnographic Delphi Future Research technique). The in-depth interviews were to seek for the guidelines and measures to reduce disparity. The data were collected by qualitative research and EDFR by using the document analysis, the literature reviews, the in-depth interviewees from expert group, and the focus group discussion with the stakeholders in health care benefit of 3 health insurances.

The research results indicated that 1) the context of 3 health insurance schemes had the purpose of establishing, mechanism system and management, source of funds, benefit package, provider and terms of service, payment system, and differentiated services that affected the access to the difference rights. 2) The problems of disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes had 4 aspects: 2.1) Benefit aspect, most of them did not have many differences in benefit packages, but their payment methods were managed differently, that affected the access to the different services. 2.2) Finance aspect such as the inequity of government budget allocation, medical compensation rates between public and private hospitals, and drugs dispensing control 2.3) Management aspect such as mechanism system, information system integration, monitoring and evaluation, and lack of participation from stakeholders 2.4) Quality of service aspect, such as national and generic drugs, low technology in equipments, lack of participation in various sectors, profit oriented hospitals, lack of mechanism for the protection of services and medical staffs 3) To draft the proposals for guidelines and measures to reduce disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes, which was studied from contexts, problems of disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes, obtaining the proposals for guidelines and measures to reduce disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes in 4 aspects, and 4) all appropriated guidelines and measures to reduce disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes reached the consensus in the focus group discussion from the stakeholders.

The findings of this research provide the context, policy proposals and guidelines to reduce disparity in health care benefit of 3 health insurance schemes. This research is beneficial to government and related organizations as guidelines for development of 3 health insurance schemes to be effectively in responding to the needs of the population.

## กิตติกรรมประกาศ

ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ เนื่องจากได้รับความเอาใจใส่อย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์พรชัย เทพปัญญา และรองศาสตราจารย์ ดร.นรินทร์ สังข์รักษาอาจารย์ที่ปรึกษารวมถึงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิโรจน์ เจษภูาลักษณ์ ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยชนะ อิงคะวัต และอาจารย์ ดร.อัฐธมา บุญपालิต กรรมการสอบ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้ดุชฎินิพนธ์มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่สุธาดา ฤทธิ์คำรพ และทุกๆคนในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญมาโดยตลอด กราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากรทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้แนะนำสั่งสอนและมอบประสบการณ์อันมีค่าแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ขอขอบพระคุณเจ้าของหนังสือ วารสาร เอกสารและวิทยานิพนธ์ทุกเล่ม ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ที่นี่ที่สละเวลาเอื้อเฟื้อข้อมูลและให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่มีส่วนให้ดุชฎินิพนธ์มีคุณค่าความน่าเชื่อถือทางวิชาการมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณเพื่อนหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตทุกคนที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเป็นมิตรแท้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่กระทั้งจบการศึกษา



กนิษฐา สุขสมัย

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....   | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                                      | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ.....   | ฉ    |
| สารบัญ.....  | ช    |
| สารบัญตาราง.....   | ญ    |
| สารบัญภาพ.....   | ฐ    |
| บทที่ 1 บทนำ.....  | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....                          | 1    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....                                    | 6    |
| คำถามการวิจัย.....   | 6    |
| ขอบเขตของการวิจัย.....                                       | 7    |
| ขั้นตอนการวิจัย.....   | 8    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....   | 9    |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย.....                                    | 11   |
| ประโยชน์ที่จะได้รับ.....                                     | 12   |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....                           | 14   |
| ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน..... | 14   |
| กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน.....  | 28   |
| แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน.....         | 36   |
| แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ 3 กองทุน.....                      | 49   |
| แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ.....                           | 76   |



|  |     |
|--|-----|
| แนวคิดสวัสดิการสังคม .....   | 88  |
| แนวคิดสิทธิมนุษยชน.....  | 98  |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 106 |
| วิธีที่ใช้ในการวิจัย.....  | 106 |
| ขั้นตอนการวิจัย .....  | 106 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....  | 125 |
| ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..            | 126 |
| ตอนที่ 2 ผลวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน .....  | 162 |
| ตอนที่ 3 ร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3<br>กองทุน .....  | 200 |
| ตอนที่ 4 รับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3<br>กองทุน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม Focus group discussion .....                        | 222 |
| บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....   | 235 |
| สรุปผลการวิจัย.....  | 237 |
| อภิปรายผล.....   | 249 |
| ข้อเสนอแนะ .....   | 296 |
| รายการอ้างอิง .....  | 300 |
| ภาคผนวก.....   | 312 |
| ภาคผนวก ก ตารางเปรียบเทียบอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคระหว่าง<br>กองทุนสวัสดิการข้าราชการ/ประกันสังคม/ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ..... | 313 |
| ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....   | 341 |
| ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของเครื่องมือวิจัย.....   | 352 |
| ภาคผนวก ง รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....  | 358 |
| ภาคผนวก จ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญขอเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก.....   | 365 |

|  |     |
|--|-----|
| ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคต<br>แบบ EDFR..... | 378 |
| ภาคผนวก ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมสนทนากลุ่ม .....                                       | 397 |
| ภาคผนวก ซ ภาพประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก .....  | 405 |
| ประวัติผู้เขียน.....   | 407 |



## สารบัญตาราง

|   | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 1 สรุปเงื่อนไขการเกิดสิทธิและการได้สิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคม .....   | 42   |
| ตารางที่ 2 วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในประเทศไทย.....  | 54   |
| ตารางที่ 3 อัตราค่าตรวจสุขภาพประจำปี.....   | 61   |
| ตารางที่ 4 ความแตกต่างของ 3 ระบบสุขภาพประเทศไทย .....   | 72   |
| ตารางที่ 5 หลักการและแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน.....   | 78   |
| ตารางที่ 6 สรุปประเด็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนที่นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย ..   | 104  |
| ตารางที่ 7 สรุปประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนที่นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย .. | 105  |
| ตารางที่ 8 สรุปขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบทของระบบสุขภาพ 3 .....   | 112  |
| ตารางที่ 9 สรุปขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน .....   | 116  |
| ตารางที่ 10 การกำหนดระดับคะแนนค่าเฉลี่ยแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน .....  | 120  |
| ตารางที่ 11 การกำหนดค่ามัธยฐาน พิจารณาความเหมาะสมของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ.....   | 121  |
| ตารางที่ 12 การกำหนดค่าพิสัยระหว่างควอไทล์พิจารณาความสอดคล้องของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ.....   | 121  |
| ตารางที่ 13 สรุปขั้นตอนที่ 3 ร่างแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน.....  | 122  |
| ตารางที่ 14 สรุปขั้นตอนที่ 4 การนำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน .....  | 124  |
| ตารางที่ 15 วิวัฒนาการของระบบสุขภาพ 3 กองทุน .....  | 128  |
| ตารางที่ 16 เปรียบเทียบระบบสุขภาพหลัก 3 กองทุน .....  | 130  |

|   |     |
|---|-----|
| ตารางที่ 17 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560 .....   | 136 |
| ตารางที่ 18 สรุปจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของระบบสุขภาพ 3 กองทุนพ.ศ. 2560.....  | 170 |
| ตารางที่ 19 สรุปปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุนประกอบด้วย 4 ด้าน.....   | 197 |
| ตารางที่ 20 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านสิทธิประโยชน์ .....                                 | 201 |
| ตารางที่ 21 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านการเงินการคลัง .....                                | 203 |
| ตารางที่ 22 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการ .....                               | 205 |
| ตารางที่ 23 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านคุณภาพการบริการ.....                                | 206 |
| ตารางที่ 24 ตารางเปรียบเทียบแบบสอบถามเดิมและแบบสอบถามใหม่ที่มีการปรับปรุงแก้ไข .....  | 208 |
| ตารางที่ 25 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับด้านสิทธิประโยชน์ .....                                 | 209 |
| ตารางที่ 26 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับด้านการเงินการคลัง .....                                | 211 |
| ตารางที่ 27 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการ .....                               | 212 |
| ตารางที่ 28 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับด้านคุณภาพการบริการ.....                                | 214 |
| ตารางที่ 29 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่2 และ3 ประเด็นด้านสิทธิประโยชน์.....   | 215 |
| ตารางที่ 30 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่2 และ3 ประเด็นด้านการเงินการคลัง ..... | 218 |

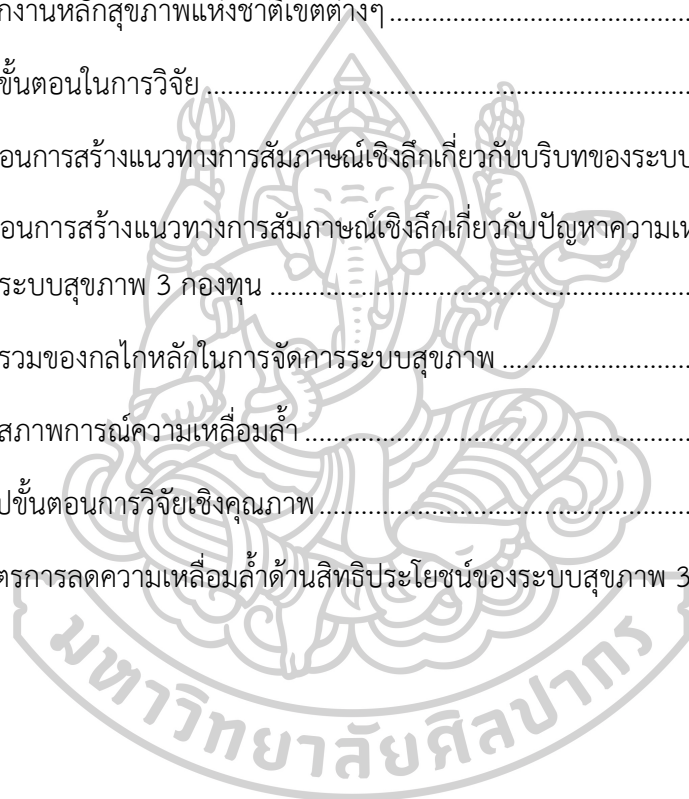
ตารางที่ 31 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ  
 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่2 และ3 ประเด็นด้านการบริหารจัดการ..... 219

ตารางที่ 32 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ  
 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่2 และ3 ประเด็นด้านคุณภาพการบริการ ..... 221



## สารบัญภาพ

|   | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....   | 12   |
| ภาพที่ 2 ระบบย่อยในระบบสุขภาพไทย .....  | 50   |
| ภาพที่ 3 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยระบบ DRGs.....  | 58   |
| ภาพที่ 4 สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติเขตต่างๆ.....  | 65   |
| ภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนในการวิจัย .....  | 107  |
| ภาพที่ 6 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน..                                    | 111  |
| ภาพที่ 7 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ..... | 115  |
| ภาพที่ 8 ภาพรวมของกลไกหลักในการจัดการระบบสุขภาพ .....   | 149  |
| ภาพที่ 9 สรุปสภาพการณ์ความเหลื่อมล้ำ .....  | 161  |
| ภาพที่ 10 สรุปขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ.....  | 200  |
| ภาพที่ 11 มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน.....   | 234  |



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่ทศวรรษ 1970 (พ.ศ. 2513-2523) ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพทั้งระดับอำเภอและตำบล ใช้นโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถ โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และกราฟกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน มีการเพิ่มงบประมาณเพื่อครอบคลุมไปยังประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนกระทั่งสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ถึงแม้ว่าขณะนั้นประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรในระดับต่ำ แต่รัฐบาลไทยได้ตัดสินใจอย่างกล้าหาญในการเลือกใช้ภาษีทั่วไปสำหรับการดำเนินโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่มีการเก็บเงินสมทบจากสมาชิก (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2561)

จากพัฒนาการของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในหลายประเทศนั้นเริ่มมาจากการประกันสุขภาพของกลุ่มอาชีพที่เกิดจากการต่อรองระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง โดยทั้งสองฝ่ายร่วมกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการแบ่งภาระค่าเบี้ยประกัน ตามสัดส่วนที่ตกลงกันจึงไม่ค่อยเกี่ยวกับภาครัฐเท่าใดนัก อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจที่ส่งผลให้รัฐมีความมั่งคั่งมากขึ้นนำไปสู่ข้อเรียกร้องให้มีระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนเพื่อที่จะลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มผู้มีอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัทและกลุ่มผู้ไม่มีอาชีพ หรือประกอบอาชีพอิสระ รวมทั้งผู้เกษียณอายุด้วย เนื่องจากการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเกิดขึ้นหลังจากระบบประกันสุขภาพที่ภาคธุรกิจให้ลูกจ้างจึงมีความแตกต่างกัน ทั้งในส่วนของสิทธิประโยชน์และภาระค่าเบี้ยประกันทำให้การควบคุมกองทุนสุขภาพของกลุ่มอาชีพต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นเข้ามาอยู่ในระบบกลางเป็นไปได้อย่างลำบาก อย่างไรก็ตามบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักรและเกาหลีใต้ก็ประสบความสำเร็จในการควบคุมกองทุนสุขภาพที่หลากหลายเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ได้แก่ฝรั่งเศส และญี่ปุ่นไม่ประสบความสำเร็จทำให้ยังคงมีกองทุนสุขภาพของกลุ่มอาชีพที่หลากหลายกว่า 10 กองทุนจวบจนปัจจุบัน อีกทั้งบางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส แม้ไม่ได้มีการยุบรวมกองทุนสุขภาพแต่ก็ได้ดำเนินการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุน หรือเยอรมนีได้มีการโอนย้ายงานด้านสุขภาพจากกระทรวงแรงงานมายังกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

สำหรับประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน โดยมีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นคงให้กับชีวิตของประชาชน ซึ่งมีระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่เกิดขึ้นเริ่มแรก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้มีการ

ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 และต่อมาเปลี่ยนเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมจำนวนทั้งหมด 8 ฉบับ ซึ่งปัจจุบันอ้างอิงพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 ต่อมาได้มีระบบประกันสังคม โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2533 อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองลูกจ้าง ผู้ประกันตน และระบบสุดท้ายได้เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2545 เป็นกองทุนที่ให้การดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อสานต่อนโยบายรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคนให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็น อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการของตนเอง รวมถึงต้องการให้ผู้ให้บริการมีความสุข และสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ (กรมบัญชีกลาง, 2555: 1)

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ 3 กลุ่มหลัก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2555: 41, พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2555: 4) ได้แก่ 1) กลุ่มที่อยู่ในระบบ “กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” รัฐจัดให้เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public formal sector) และบุคคลในครอบครัว ครอบคลุมสิทธิการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สามารถเลือกใช้บริการในสถานบริการของรัฐทุกแห่ง เป็นการจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ หรือแบบปลายเปิด และใช้ระบบเบิกจ่ายตรง ผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า มีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้รับผิดชอบโดยใช้แหล่งเงินจากภาษี ครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐและบุคคลในครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน 2) กลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน (Private formal sector) อยู่ในระบบ “กองทุนประกันสังคม” เกิดจากหลักคิดเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสังคมให้แก่ลูกจ้าง เป็นระบบที่ครอบคลุมเฉพาะตัวลูกจ้างไม่รวมคู่สมรสและบุตร มีแหล่งเงินจากการสมทบ 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ร้อยละ 5 ลูกจ้างร้อยละ 5 และรัฐบาลร้อยละ 2.75 โดยคำนวณจากฐานเงินเดือนสูงสุด 15,000 บาท ใช้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยไม่มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามความเสี่ยง และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักได้อย่างเสรี ครอบคลุมผู้เอาประกันตนที่เป็นลูกจ้างและพนักงานบริษัทเอกชนประมาณ 10.50 ล้านคน อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) และ 3) กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (Informal sector) เช่น ผู้ใช้แรงงาน รับจ้าง เกษตรกร เป็นต้น จะอยู่ในระบบ “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยยึดหลักการรักษายาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนจะได้รับตามรัฐธรรมนูญ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนทั่วไป ที่นอกเหนือจากผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม หน่วยงานที่กำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ สำนักงาน



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยครอบคลุมผู้ได้รับสิทธิจำนวน 63.2 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 99 ของประชากรทั้งหมด แต่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิเพียง 48 ล้านคน (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2556)

ขณะนี้ประชาชนของไทยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบร้อยละ 98 (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559: 2) แต่การเข้าถึงบริการในการรักษาพยาบาลของประชาชนนั้นยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่ จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 -2564 โดยรัฐบาลให้ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข อีกทั้งผู้รับบริการก็ได้รับความพึงพอใจ แต่อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ มีประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน อีกทั้งมีวิวัฒนาการ แนวคิด สิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ วิธีการบริหารจัดการ ตลอดจนวิธีการออกแบบและการจ่ายที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2555: 51; เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ, 2556: 3-5)

สำหรับโครงสร้างระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศพบว่าระบบประกันสุขภาพที่ประกอบด้วยกองทุนที่หลากหลายจึงไม่ใช่สิ่งที่แปลกสำหรับประเทศไทย เนื่องจากประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมโดยส่วนมากจะมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนที่จำแนกตามลักษณะของอาชีพ แต่การบริหารจัดการกองทุนเหล่านั้นในต่างประเทศจะอยู่ภายใต้กระทรวงเดียวคือ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งต่างจากประเทศไทยที่กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบประกันสังคมอยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลังและระบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

นอกจากนี้ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกันนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการระหว่าง 3 กองทุน (Thammatacharee J., 2011: 11) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยมีประเด็นความเหลื่อมล้ำที่มีการกล่าวถึงอย่างมากในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมเกี่ยวกับการบริการไม่เท่าเทียมกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแม้ว่าสิทธิประโยชน์เหมือนกัน แต่เงื่อนไขการใช้บริการที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการที่แตกต่างกัน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธ์, 2556: 20) เช่น ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลัก ยาดันแบบนำเข้าจากต่างประเทศ หรือยาที่มีราคาแพง รวมถึง

การได้รับหัตถการบางอย่าง (เช่น การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง) สูงกว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคม (Limwattananon S and others, 2004; Limwattananon S and others, 2009) รวมถึงพบความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน (เช่น การตรวจ HbA1C, ไขมันในเลือด, จอประสาทตา) (Limwattananon S and others, 2009) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายเงินตามรายบริการเป็นหลัก ส่วนอีก 2 ระบบนั้นใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวหรือรายป่วยเป็นหลัก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2555: 51) อีกทั้งระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจากโรคหรือ ภาวะต่างๆ (เช่น โรคปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมอง) นานกว่าของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจนแม้ปรับด้วยเพศ อายุ และ ความรุนแรงของโรคแล้ว จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็สูงกว่าอีกสองสิทธิ และผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายสูงกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญ (Limwattananon S and others, 2009)

นอกจากนี้ยังพบว่าระบบประกันสังคมยังไม่ครอบคลุมกลุ่มคนยากจนและแรงงานนอกระบบ ถึงแม้ว่าคนกลุ่มนี้ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมของไทยมีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอของทรัพยากรทางการเงิน เพื่อใช้สำหรับการจัดสวัสดิการประเภทต่างๆ และการประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมยังมีปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษายาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับประกันสุขภาพของข้าราชการและเอกชน เนื่องจากเงินประกันสุขภาพรายหัวต่ำกว่า อีกทั้งการบังคับใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้คนไข้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากขณะที่อุปทานทางการแพทย์ยังเท่าเดิม ทำให้มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นส่งผลให้แพทย์ส่วนหนึ่งลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งยังส่งผลให้คุณภาพการบริการของการประกันสุขภาพทั้งระบบคุณภาพต่ำลง (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2550)

จากการจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนแบบแยกส่วนทำให้เกิดความคลั่งคลึงในระบบประกันสุขภาพไทย คือ 1) ทั้งสามกองทุนมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้เงินสมทบจากสามฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้างและภาครัฐ ในขณะที่อีกสองระบบแหล่งเงินมาจากภาษี 2) วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแตกต่างกัน ซึ่งระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Per capita) ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลตาม

ค่าใช้จ่ายจริง (Fee for service) ทำให้สิทธิในการรักษาพยาบาลของประชาชนต่างกัน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน มีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้านที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าคลอด เป็นต้น แต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและวิธีการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ นอกจากนี้มีประเด็นแนวความคิดการจัดบริการที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน เช่น กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับพื้นที่เป็นหลัก (Area-based approach) กล่าวคือ อาศัยพื้นที่เป็นเขต แบ่งการจัดบริการ ในขณะที่ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่ได้อิงกับพื้นที่ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งที่ใดก็ได้ ก็เป็นการอิงหน่วยบริการเป็นหลัก ดังนั้นการให้บริการของระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับสถานพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายการจัดบริการไปยังในชุมชนด้วย เช่น บริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะยาวในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น (คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559: 5) และยังมี ความไม่ชัดเจนของการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชาชน

เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพที่หลากหลาย ในด้านการเงินการคลังพบว่ามีงบประมาณซ้ำซ้อนที่เลี่ยงไม่ได้คืองบประมาณด้านการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ ซึ่งปัจจุบันมีการบริหารหลายหน่วยงานมีได้มีหน่วยงานเดียวทำให้ต้องเสียค่าบริหารจัดการไปเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบภายใต้หน่วยงานเดียวจะสร้างความเป็นธรรมให้ทุกคนในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมถึงประหยัดงบประมาณส่วนที่ใช้เกินความจำเป็น และส่วนที่ซ้ำซ้อนออกไป แล้วจะสามารถจัดการงบประมาณที่ประหยัดได้กับการพัฒนาคุณภาพการรักษา พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ และพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยให้ยั่งยืนอย่างถูกทาง (กลุ่มคนรักสุขภาพ, 2557: ออนไลน์) นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยยังขาดการประสานงานในการวางแผนกำกับบริการและการอภิบาลในภาพรวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากอยู่ในการกำกับของหลากหลายสังกัด และยังพบว่าคุณภาพการให้บริการทั้งระบบประกันคุณภาพ มีคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม รวมทั้งระบบการส่งต่อ การสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ลดภาระความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจนและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า มักกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่

ในขณะที่เมืองขนาดเล็กและชนบทยังมีความขาดแคลนอยู่ ดังนั้นในระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนจะต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพการให้บริการซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตของประชาชนด้วยเช่นกัน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีประเด็นความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนที่ส่งผลให้เกิดปัญหาอย่างมากมาย จึงมีปัญหาว่าควรทำอย่างไรที่จะทำให้ประชากรไทยได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยจะทำการศึกษาเกี่ยวกับสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ตลอดจนแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะที่เป็นธรรมต่อประชาชนทุกคน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพื่อศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. เพื่อร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. เพื่อนำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### คำถามการวิจัย

1. สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน เป็นอย่างไร
2. ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีประเด็นอะไรบ้าง
3. ร่างแนวทางมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนเป็นอย่างไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง
4. แนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยอย่างไร มีข้อเสนออย่างไร

## ขอบเขตของการวิจัย

### 1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ ข้อมูลเอกสาร จากหนังสือ ตำรา บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แผ่นพับ สื่อชนิดต่างๆ และอินเทอร์เน็ตผ่านต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่เกี่ยวกับสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ตลอดจนแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

### 2. ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักอันประกอบด้วย

2.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 25 คน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาครัฐ 12 คน ได้แก่

- 1) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง 1 คน
- 2) รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย กรมบัญชีกลาง 1 คน
- 3) นักวิชาการกองปฏิบัติการ กรมบัญชีกลาง 2 คน
- 4) หัวหน้ากองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1

คน

5) ผู้อำนวยการกลุ่มงานมาตรฐานทางแพทย์ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม 1 คน

6) ผู้อำนวยการสำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

7) ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

8) รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

9) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ 3 คน

กลุ่มที่ 2 ภาคเอกชน จำนวน 5 คน

1) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลเอกชน 3 คน

2) ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 1 คน

3) ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 1 คน

กลุ่มที่ 3 ประชาชน จำนวน 8 คน

- 1) ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2 คน
- 2) ผู้มีสิทธิประกันสังคม 3 คน
- 3) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 คน

2.2 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic delphi futures research) ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากข้อมูลที่ได้ศึกษาที่เกี่ยวกับบริบทระบบสุขภาพ 3 กองทุน และปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาฉันทมติ จำนวน 17 คน ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic delphi futures research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมในการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเคราะห์ในการพัฒนามาตรการลดความเหลื่อมล้ำ

2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระดมความคิดเห็นเพื่อรับรองแนวทางการพัฒนามาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กรมบัญชีกลาง กลุ่มสิทธิประโยชน์ประกันสังคม กลุ่มงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จำนวน 7 คน

### 3. ขอบเขตด้านเวลา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2560 – กรกฎาคม 2561

## ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบทระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. วิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) ที่เกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยตำรา บทความวิชาการเอกสารต่างๆ และ เว็บไซต์ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวคิดทฤษฎี วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรายงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) รวม 25 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

1. ศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน
2. วิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วยตำรา บทความวิชาการ เอกสารต่างๆ และเว็บไซต์ ต่างๆ และรายงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ที่มีความเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) รวม 25 คน ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาข้อเสนอมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 นำมาร่างข้อเสนอในการพัฒนามาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDR (Ethnographic delphi futures research) สอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ประกอบด้วยผู้จัดหาบริการ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 นำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้วิจัยเน้นการตรวจสอบความเหมาะสมและรับรองแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ที่ได้จากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 และ 3 โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระดมความคิดเห็นเพื่อรับรองแนวทางในการพัฒนามาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) และนักวิชาการ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ (Disparity of health care benefit) หมายถึง การมีโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกันของสถานะของสังคม หรือ กลุ่มคนในการเข้าถึงระบบสุขภาพ

3 กองทุน ระหว่างกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 ประเด็นดังนี้

1. ด้านสิทธิประโยชน์ (Health benefits) หมายถึง กลุ่มรายการบริการที่กำหนดในกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ข้าราชการ พนักงานในหน่วยงานเอกชน และประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐจัดขึ้น เงื่อนไขการบริการ/วิธีการรักษายาบาล ความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากการรักษายาบาล ความต่อเนื่องในการรักษายาบาล รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่ม

2. ด้านการเงินการคลัง (Financing) หมายถึง การบริหารงบประมาณให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและการควบคุม กำกับดูแล ตรวจสอบรายได้ค่ารักษายาบาล ค่าตอบแทนแพทย์

3. ด้านการบริหารจัดการ (Management) หมายถึง รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณ และการจ่ายค่ารักษายาบาล การตรวจสอบ กำกับดูแลความถูกต้องในการเบิกจ่าย และการบริหารจัดการการลงทะเบียนสิทธิ รวมถึงการพัฒนาปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ

4. คุณภาพการบริการ (Quality of service) หมายถึง คุณภาพในการบริการของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา อุปกรณ์ และเทคโนโลยีการส่งต่อ/ส่งกลับของสถานพยาบาล รวมถึงระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อผู้มาใช้บริการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเข้ามารับบริการรักษายาบาล

ระบบสุขภาพ (Health system) หมายถึง ระบบการบริการรักษายาบาลให้แก่ประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานจําเป็นที่รัฐจัดให้อย่างเป็นธรรม โดยมีมาตรฐาน และคุณภาพของ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil servant medical benefit: CSMB) ประชาชนที่รับราชการและบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกค่ารักษายาบาลของโรงพยาบาลรัฐได้ฟรี อยู่ภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

กองทุนประกันสังคม (Social security scheme: SSS) เป็นสวัสดิการด้านประกันที่รัฐบาลให้สิทธิแก่ประชาชนในการจ่ายเงินสมทบ (ร่วมกับนายจ้าง หรือรัฐบาล) เข้ากองทุน เรียกคนที่มีสิทธิกลุ่มนี้ว่า “ผู้ประกันตน” อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

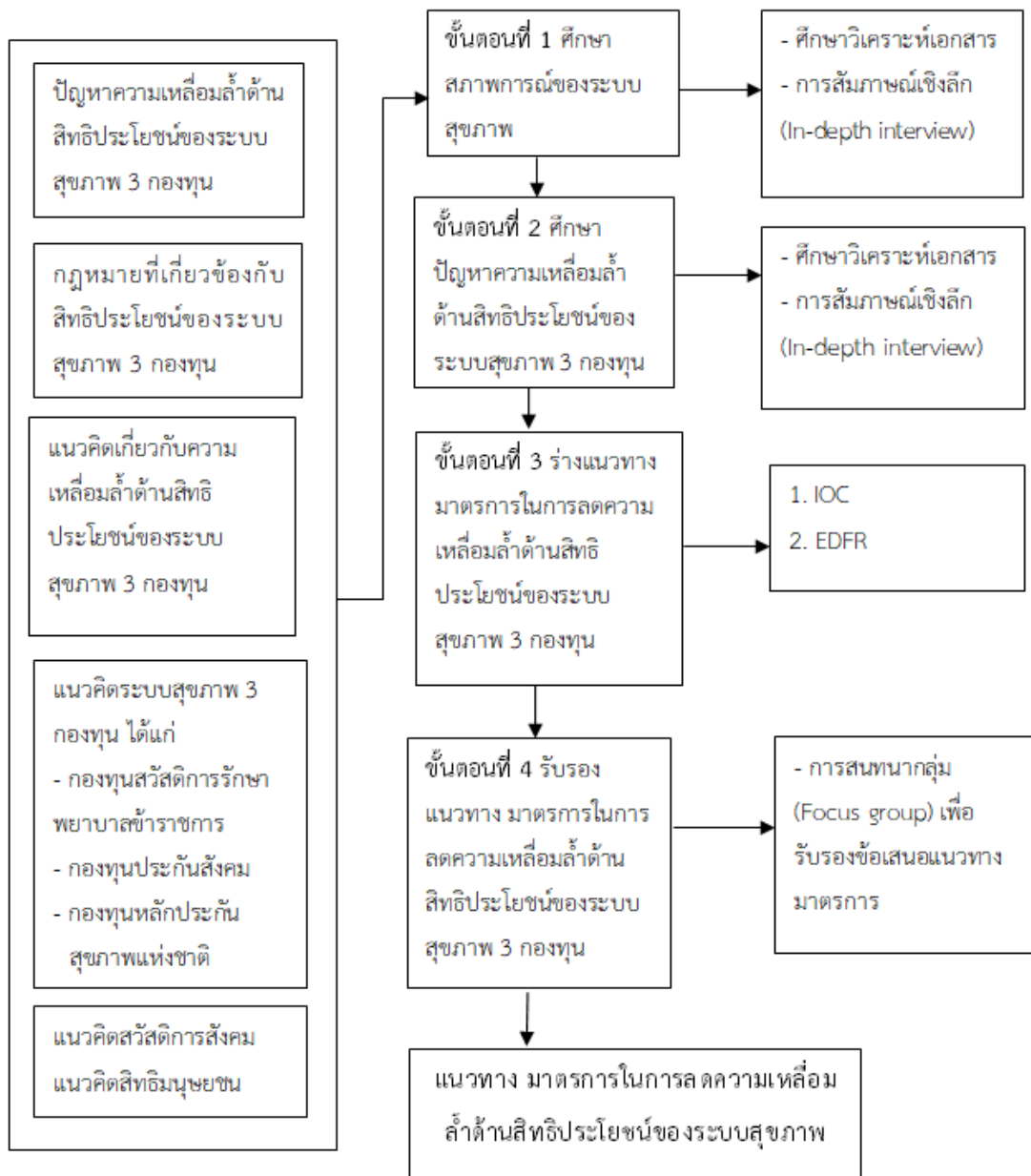
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal coverage scheme: UCS) เป็นสวัสดิการเบิกค่ารักษาโรงพยาบาลรัฐ หรือสถานพยาบาลใดๆที่ลงทะเบียนกับทางรัฐ ของประชาชนคนไทยทุกคนที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มอื่นๆ อยู่ภายใต้การดูแลของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดโดยนำข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน แนวทางและมาตรการการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดตามแผนภาพประกอบ ดังนี้





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ประโยชน์ที่จะได้รับ

#### 1. ประโยชน์ทางวิชาการ

1.1 สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสู่การกำหนดแนวทางในการพัฒนามาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม

1.2 ผลการวิจัยทำให้ได้แนวทางในการพัฒนามาตรการ ในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง

## 2. ประโยชน์เชิงนโยบาย

2.1 หน่วยงานภาครัฐที่ปฏิบัติงานและดูแลรับผิดชอบด้านนโยบายและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ สามารถนำองค์ความรู้ที่ผ่านการรับรองการพัฒนา นโยบายและมาตรการจากผู้เชี่ยวชาญไปปฏิบัติได้

2.2 นำผลวิจัยไปกำหนดนโยบายและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับหัวข้อของงานวิจัยให้ได้มากที่สุด โดยมีละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน
2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน
3. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน
4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ 3 กองทุน
5. แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ
6. แนวคิดสวัสดิการสังคม
7. แนวคิดสิทธิมนุษยชน

### ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน

1. ปัญหาด้านสิทธิประโยชน์

แม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ประชาชนแล้วก็ตามแต่การที่มีระบบสุขภาพหลายระบบ โดยมีแนวทางการดำเนินงานและการออกแบบที่ต่างกันอีกทั้งวิธีการจ่ายค่าบริการ เงื่อนไขการใช้บริการ และสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกแต่ละกลุ่มได้รับยังมีความแตกต่างกันทั้งการใช้บริการเจ็บป่วยทั่วไปและเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ เป็นต้น รวมทั้งการชดเชยการบริการต่อสถานบริการก็มีความแตกต่างกัน จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้และให้บริการ สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการข้าราชการไม่ว่าจะเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการพยาบาล ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามจริงซึ่งเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด ค่าห้องและค่าอาหารก็สามารถเบิกจ่ายได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษาตัวแต่ไม่เกิน 600 บาท ในขณะที่ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้อง ค่าอาหารของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่าย (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3-30) นอกจากนี้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจากโรคหรือภาวะต่างๆ เช่น โรคปอดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมอง มีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนานกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจนแม้ปรับด้วยเพศ อายุ และ ความรุนแรงของโรค ส่วนจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานสิทธิสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการก็นานกว่าอีกสองสิทธิ และผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช้าภายในเวลา 30 หลังจำหน่ายสูงกว่าระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญ (Limwattananon C. and others, 2009) จากการศึกษาของ ณวัฒน์ แก้วพันธ์ (2557: 142) เรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจาก 3 สิทธิ ได้แก่ความครอบคลุมของโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยารักษาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับบัญญัติ พงศ์ ทองภักดี (2557: 49) พบว่าระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการมีสิทธิประโยชน์เหนือกว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้ให้สิทธิการรักษาพยาบาลตามดุลยพินิจของแพทย์ และใช้ระบบการเบิกจ่ายตรง ทำให้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีข้อได้เปรียบในการบำบัดรักษาพยาบาลได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอีกสองสิทธิ

ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล 30 บาท กลับได้รับสิทธิประโยชน์ดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองทุกด้านและเมื่อเปรียบเทียบกับขอบเขตและเงื่อนไขความคุ้มครองระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจะให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการเจ้าของสิทธิและบุคคลในครอบครัวรวมถึงบุตรได้ไม่เกิน 3 คนแต่สิทธิในการคุ้มครองจะสิ้นสุดลงเมื่อพ้นสภาพจากการเป็นข้าราชการโดยการรับบำเหน็จและบุตรที่ได้รับสิทธิในสวัสดิการข้าราชการจะหมดสิทธิดังกล่าวเมื่อมีอายุเกิน 20 ปี สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่จำเป็นต้องจ่ายเบี้ยประกันจะได้รับการคุ้มครองทันทีเมื่อลงทะเบียนในขณะที่ระบบประกันสังคมผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบกรณีเจ็บป่วยผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 เดือนจึงจะได้รับความคุ้มครอง กรณีการคลอดบุตรผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนไม่น้อยกว่า 7 เดือนจึงจะได้รับการคุ้มครอง และหากขาดการจ่ายเงินสมทบเกิน 3 เดือนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครองทุกกรณีจะสิ้นสุดลงทันทีหรือเมื่อพ้นจากการเป็นลูกจ้างหรือตาย (ณวัฒน์ แก้วพันธ์, 2557: 71) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลของระบบประกันสังคมไม่มีความต่อเนื่องหากลูกจ้างไม่ส่งเงินสมทบในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินอกจากจะไม่มีค่าใช้จ่ายแล้วยังให้การคุ้มครองตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ประกันตนของระบบประกันสังคมยังเห็นว่าการที่ตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสมทบเป็นการจ่ายที่ซ้ำซ้อนเนื่องจากผู้ประกันตนจ่ายภาษีเงินได้และรัฐนำเงินภาษีดังกล่าวมาจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมอีกทางหนึ่งด้วย (วิชัย โชควิวัฒน์, 2554: 7) แม้ในปัจจุบันจะมีการแข่งขันในเรื่องการให้สิทธิประโยชน์

ที่เท่าเทียมระหว่าง 3 กองทุน มีการจัดทำนโยบายลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนสุขภาพโดยมีการดำเนินการบูรณาการ 3 กองทุน และกองทุนประกันสังคมเองก็มีความพยายามที่จะเพิ่มสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้แก่ผู้ประกันตนหากแต่สิทธิประโยชน์ที่ได้รับยังคงมีความแตกต่างกัน เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3-40)

นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในแต่ละกลุ่มที่ได้ยังคงแตกต่างกัน เช่น การเข้าถึงการรักษา ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริงในขณะที่อีก 2 ระบบนั้นต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในส่วนของการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์สืบเนื่องมาจากทั้ง 3 ระบบมีหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการข้าราชการซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธาน สำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการคณะกรรมการการแพทย์สำหรับระบบประกันสังคม และคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งต้องเสนอข้อคิดเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3-40) เพื่อพิจารณาอีกชั้นหนึ่ง

จะเห็นได้ว่าความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในด้านสิทธิประโยชน์จะมีข้อกำหนดและกฎระเบียบโดยเฉพาะสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด และระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการข้าราชการซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานสำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการ คณะกรรมการการแพทย์สำหรับระบบประกันสังคม และคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งต้องเสนอข้อคิดเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## 2. ปัญหาด้านการเงินการคลัง

ในส่วนของความรับผิดชอบด้านการเงินเกี่ยวกับการติดตามตรวจสอบการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินงบประมาณที่ได้รับ การตรวจสอบการเบิกจ่ายนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในระบบประกันสุขภาพไม่ว่าระบบนั้นจะมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่าย การเบิกจ่ายตามกลุ่มโรค DRG หรือการเบิกจ่ายตามจริงก็ตาม โดยทั่วไปแล้วการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องมักพบในระบบการจ่ายตามจริงเนื่องจากเป็นระบบการจ่ายเงินที่ไม่มีการควบคุมที่ดีจึงทำให้สถานพยาบาลที่ให้บริการไม่มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการสำหรับวิธีการ

ตรวจสอบการเบิกจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยกรมบัญชีกลางทำการว่าจ้างทีมแพทย์เป็นผู้ทำการตรวจการเบิกจ่ายของสถานพยาบาลเนื่องจากผู้ตรวจสอบจะต้องตรวจสอบประเด็นสำคัญ 3 ประการคือการลงเวชระเบียนคุณภาพในการรักษาและคุณภาพในการเบิกจ่ายว่ามีความถูกต้องและมีความซ้ำซ้อนหรือไม่ซึ่งการตรวจสอบเหล่านี้จำเป็นที่จะต้องใช้แพทย์ผู้มีความรู้จึงจะสามารถตรวจสอบได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในด้านการตรวจสอบบัญชีการเบิกจ่ายในไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด การเพิ่มแพทย์ผู้ตรวจสอบการเบิกจ่ายไม่สามารถทำได้ง่ายนัก (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3-30) สำหรับวิธีการตรวจสอบแพทย์ผู้ตรวจสอบจะสุ่มเลือกตรวจแบบเจาะจงเฉพาะรายการเบิกจ่ายที่น่าสงสัยว่าจะมีการทำการเบิกจ่ายไม่เหมาะสมหรือผิดพลาด เช่น การเบิกจ่ายในจำนวนเกิน 50,000 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งรายในเวลาหนึ่งไตรมาส เป็นต้น เมื่อผู้ตรวจสอบพบความผิดพลาดในการเบิกจ่ายกรมบัญชีกลางจะทำการออกหนังสือเรียกคืนเงินที่สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายเกินไปโดยกรมบัญชีกลางเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลทำการอุทธรณ์การตัดสินใจของกรมบัญชีกลางได้ สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ทำการคืนเงินให้ตามที่กรมบัญชีกลางร้องขอ กรมบัญชีกลางจะทำการชะลอการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลร้องขอในคราวต่อไป มาตรการนี้เองทำให้ในปีงบประมาณที่ผ่านมาส่งผลให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะส่งเงินที่เบิกจ่ายผิดพลาดให้แก่กรมบัญชีกลางทันทีเนื่องจากผลเสียจากการถูกลดการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางในงวดต่อไปนั้นมีมากกว่าการที่สถานพยาบาลจะต้องคืนเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่กรมบัญชีกลาง อย่างไรก็ตามกรมบัญชีกลางเป็นเพียงผู้ตรวจสอบบัญชีการเบิกจ่ายและรับผิดชอบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเท่านั้นกรมบัญชีกลางจึงไม่มีอำนาจแทรกแซงการดำเนินการของสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้ทำการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผิดพลาด

นอกจากนี้รูปแบบของการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะของกองทุนในขณะที่อีก 2 ระบบใช้เงินจากงบประมาณของประเทศโดยตรงซึ่งต่างจากกรณีศึกษาในต่างประเทศที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอิงกับระบบประกันสังคม ได้แก่ เยอรมนี ฝรั่งเศส และญี่ปุ่น ในประเทศเหล่านี้กองทุนประกันสุขภาพทุกกองทุนจะดำเนินการภายใต้ระบบประกันสังคมที่ร่วมจ่ายระหว่างลูกจ้างและนายจ้างโดยเฉลี่ยแล้วร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมจะมาจากระบบประกันสังคมเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 10 มาจากงบประมาณของภาครัฐที่ให้การอุดหนุนกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่มียาได้ เช่น ผู้เกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น โดยการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐนั้นจะดำเนินการผ่านระบบกองทุนประกันสังคมมิได้เป็นการดำเนินการแบบแยกส่วนดังเช่นในประเทศไทย(เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3-30)

การพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐในปัจจุบัน แม้ว่าจะดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาไม่เท่าเทียมกันในการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆอยู่ นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพมีการแข่งขันสูงขึ้นในระบบบริการสุขภาพภาคเอกชน และพบว่ารายจ่ายบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงยา ปัญหาการใช้ยาเกินจำเป็น และปัญหาเชื้อโรคดื้อยา รวมถึงปัญหาโรคอุบัติใหม่ (สำนักพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ยังพบว่าในการจัดสรรงบประมาณเมื่อพิจารณาจากเป้าหมายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ดำเนินการในปีแรก อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับระบบสุขภาพแบบอื่นๆ พบว่างบประมาณต่อหัวสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกวาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างเห็นได้ชัดซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาความไม่เสมอภาคในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขระหว่างระบบสุขภาพต่างๆ (สุนทร ต้นมันทอง, 2553: 89)

จะเห็นได้ว่าความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในด้านการเงินและการคลัง การบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะของกองทุนในขณะที่อีก 2 ระบบใช้เงินจากงบประมาณของประเทศโดยตรง ซึ่งมีความไม่เท่าเทียมกันในการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆอยู่ นอกจากนี้ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระบบสวัสดิการรักษายาบาลใช้วิธีการเบิกจ่ายตามจริงจึงทำให้สถานพยาบาลที่ให้บริการไม่มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ซึ่งอีกสองระบบจะมีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดีกว่า

### 3. ปัญหาการบริหารจัดการ

สภาพปัญหาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปัจจุบันยังขาดการจัดการและการทำงานในส่วนของการบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้เกิดแผนงานโครงการที่มีประโยชน์ในระดับประชากร ไม่ใช่ระดับปัจเจก จากการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพพบว่าสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) กรณีการจัดบริการในระดับปฐมภูมิพบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ 2) กรณีระบบการส่งต่อที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ 4) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจนตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง 5) ขาดการให้ข้อมูลที่



ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชนในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความคาดหวังที่เกินจริง และนำไปสู่ความขัดแย้งข้อเสนอด้านการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สามารถเน้นงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, 2549)

ในเชิงประสิทธิภาพ (Efficiency) การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนที่สูงสำหรับผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่าย (Payer) ในมิติของผู้ให้บริการการมีระบบสุขภาพ 3 กองทุนทำให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นปัญหาเนื่องจากแต่ละกองทุนมีวิธีการและเอกสารที่ต้องใช้ที่แตกต่างกันเช่นการเก็บข้อมูลในการรักษาพยาบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้โปรแกรม NHSO สำนักงานประกันสังคมใช้โปรแกรม SSdata และกรมบัญชีกลางใช้โปรแกรม CSMBs ทำให้ฐานข้อมูลไม่สอดคล้องกันเป็นต้น(เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3) ซึ่งข้อมูลไม่สามารถบูรณาการกันได้ การบริหารจัดการที่หลากหลายที่ใช้มาตรฐานข้อมูลแตกต่างกัน ทำให้เป็นภาระกับสถานพยาบาลอย่างมาก โดยเจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาที่มากกว่าหนึ่งในสามของเวลาทำงานมาจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนที่แตกต่างกัน แทนที่จะใช้เวลาไปดูแลรักษาผู้ป่วย (คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2560: 5) ในมิติของผู้จ่ายหรือผู้ที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลซึ่งหมายถึงภาครัฐนั้นการมีระบบประกันสุขภาพที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุมเช่นการตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (Clinical audit) เป็นต้น(เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3)

นอกจากนี้ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2556) ศึกษาความแตกต่างและทางเลือกในการประสานการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย: กรณีศึกษาโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ พบว่า การจัดการภายในสำหรับกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีกรอบแนวคิด นโยบาย วิธีการนำสู่การปฏิบัติ รวมถึงถึงการติดตามผลมีความแตกต่างกันมากกว่าความสอดคล้องกันของแนวทางต่างๆ ในการจัดการ ทั้งระหว่างกลุ่มโรคภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน และระหว่างกลุ่มโรคเดียวกัน ในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ อีกทั้งยังไม่มีระบบสารสนเทศและกลไกการจัดการที่ได้รับการออกแบบด้วยจุดมุ่งหมายที่มีประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นศูนย์กลางหรือการมุ่งเน้นจัดการโรคเรื้อรังที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการดูแลรักษาโรคเฉียบพลัน และความต้องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงยังไม่เอื้อต่อการประสานและติดตามข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยกรณีย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ามาสู่ระบบและออกจากระบบการเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อทบทวนสิทธิประโยชน์และแนว

ทางการดำเนินการ ตลอดจนการพยากรณ์และการจัดการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับการดูแลโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การกำหนดนโยบายเชิงรุกในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่มีข้อจำกัดมากที่สุดโดยประเมินจากกลไกการกำกับดูแลระบบและการดำเนินการในปัจจุบันน่าจะได้แก่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ในขณะที่การกำหนดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทิศทางพัฒนาไปแนวทางใกล้เคียงกัน แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดของวิธีการในการพิจารณาและกำหนดสิทธิประโยชน์สุขภาพ โดยแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพต่างก็มีวิธีการ เครื่องมือ และช่องทางเป็นของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเมื่อมีเหตุต้องเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาลต้องมีการลงทะเบียนใหม่ เกิดปัญหาช่องว่างของความคุ้มครอง ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลในระหว่างช่วงเวลา 15-45 วัน แล้วแต่กรณี ดังนั้นควรจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีการประสานให้เป็นระบบเดียว หรือใช้ระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดียวกัน เพื่อให้การได้รับสิทธิสามารถติดตัวผู้ป่วยไปเสมอ (Portability) ป้องกันช่องว่างเมื่อผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลต้องดำเนินการแจ้งหรือตรวจสอบคุณสมบัติก่อนการใช้สิทธิ

จะเห็นได้ว่าความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ 3 กองทุนด้านการบริหารจัดการจากการที่ระบบสุขภาพทั้งสามระบบมีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลต้องทำงานซ้ำซ้อนในการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย และทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการควบคุม อีกทั้งการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างหน่วยงานกันได้ในกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิทำให้เกิดปัญหาช่องว่างในการคุ้มครอง ดังนั้นควรมีการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### 4. ปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ

คุณภาพการบริการเป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการของสถานพยาบาลในประเทศไทยจึงได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและรับรองคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีแนวคิดมุ่งเน้นการพัฒนามากกว่าการตรวจสอบสถานพยาบาล “HA is an educational process, not an inspection” ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือการมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้กติการ่วมกัน การประเมินและพัฒนาตนเองโดยยึดหลักคิด (Core value) ที่เหมาะสม การประเมินภายนอกเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และการให้การรับรองด้วยประกาศนียบัตรรับรองในความสำเร็จ และเป็นที่น่าเชื่อถือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจัดตั้งขึ้นภายใต้ข้อบังคับตาม พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

ของโรงพยาบาลโดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอก (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2558: 171-173) แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ด้อยคุณภาพเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้การบริการและการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการของสถานพยาบาลเกิดปัญหาตามมา เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจำนวน 4,186 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่ได้รับการตามสิทธิที่ได้กำหนดไว้ ร้อยละ 41.61 และสถิติแพทย์ถูกฟ้องร้องที่มีคดียื่นฟ้องกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 2539-2533 อีกทั้งผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA .ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีโรงพยาบาลไม่ผ่านการรับรองคุณภาพร้อยละ 65.61 มีเพียงร้อยละ 34.39 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (ณัฐกฤษฏ์ ธรรมกวินวงศ์ และศิริไลซ์ วรรณวิจิตร, 2559: 179)

นอกจากนี้การบริหารจัดการที่ทับซ้อนของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการกลุ่มใหญ่ที่สุดเนื่องจากเป็นเจ้าของโรงพยาบาลจำนวนมาก และในขณะเดียวกันกระทรวงฯ ก็ต้องกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพทุกระบบ ด้วยบทบาทของกระทรวงฯ ที่เป็นทั้งผู้ที่ต้องกำกับดูแลและผู้ให้บริการ ที่ยังทับซ้อนเช่นนี้ทำให้การกำกับดูแลระบบเป็นไปได้ยาก เพราะเมื่อไรก็ตามที่ต้องต่อรองเพื่อให้สถานพยาบาลได้รับค่ารักษาจากระบบประกันสุขภาพมากขึ้นก็เหมือนกับเป็นการต่อรองเพื่อผู้ให้บริการ เพื่อโรงพยาบาลของตนเอง จึงเป็นการเอียงข้างอยู่ฝ่ายผู้ให้บริการ ทั้งที่กระทรวงฯ ควรเป็นผู้กำกับดูแลค่ารักษาที่โรงพยาบาลได้รับอยู่นั้นครอบคลุมต้นทุนการรักษาหรือไม่ และสถานพยาบาลให้การรักษามีคุณภาพมาตรฐานหรือไม่ บทบาทที่เป็นกลางและเป็นธรรมกับทั้งฝ่ายประชาชนและผู้ให้บริการ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2561)

อีกทั้งกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนยังมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมายรวมถึงมีวิธีการออกแบบและการจ่ายที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลัก ยาดันแบบนำเข้าจากต่างประเทศรวมถึงการได้บริการที่ดีกว่า เช่น การผ่าตัดส่องกล้องสูงกว่าผู้ป่วยกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งการรักษาผู้ป่วยเบาหวานซึ่งผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอันเป็นผลมาจากวิธีการจ่ายเงินทั้ง 3 กองทุนต่างกัน เช่นเดียวกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจากโรคหรือภาวะต่างๆ เช่น ปอดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรคหลอดเลือดตีบในสมองนานกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็สูงกว่าทั้งสองสิทธิ เป็นต้น นอกจากนี้การมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนยังทำให้ระบบขาดประสิทธิภาพ เช่น การซ้ำซ้อนของสิทธิการผลการจ่ายจากระบบหนึ่งไปยังอีกระบบรวมทั้งยังก่อให้เกิดการขาดประสิทธิภาพในระบบจากรูปแบบการจ่าย

แบบปลายเปิดโดยค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 10 เพิ่มขึ้นเป็นกว่าร้อยละ 20 นับจากปี 2549 เป็นต้นมา (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555: 5)

ด้านการให้บริการของผู้มีสิทธิในแต่ละระบบสุขภาพ ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับอีกสองสิทธิ อีกทั้งยังมีประเด็นการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิในระบบสุขภาพที่แตกต่างกันของสถานพยาบาล โดยมีประเด็นที่กล่าวถึงกันมากคือการขาดข้อมูลของผู้รับบริการ (Asymmetric information) ทำให้ชนิดและปริมาณของบริการทางการแพทย์ของแต่ละระบบมักขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคลากรทางสถานพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้รับบริการ อีกทั้งยังมีความเหลื่อมล้ำในการได้รับการรักษายาบาลในด้านวิธีการรักษายาบาล และประเภทยาที่ใช้ในการรักษาซึ่งอาจเป็นผลมาจากรูปแบบการกำหนดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแตกต่างกันของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน (ณัฐพงศ์ ทองภักดี, 2557: 52)

นอกจากนี้คุณภาพหรือมาตรฐานการบริการเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานการบริการรักษายาบาลมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการได้ หากการบริการไม่ได้คุณภาพหรือมาตรฐานประชาชนผู้มีสิทธิจำนวนหนึ่งที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็จะเลือกจ่ายค่าบริการเองเพื่อรับบริการที่มีคุณภาพดีกว่า ในขณะที่เดียวกันหากการบริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยคุณภาพการดำเนินงานของระบบนี้ก็อาจไม่แตกต่างจากระบบสงเคราะห์เดิมหรือกลายเป็นระบบสุขภาพที่จัดให้สำหรับผู้มีรายได้ (อัมมาร สยามวาลา, 2546: 5)

จะเห็นได้ว่าความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ 3 กองทุนด้านคุณภาพการให้บริการกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมายมีกลุ่มเป้าหมายรวมถึงมีวิธีการออกแบบและการจ่ายที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการให้บริการตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้รวมถึงการได้รับชนิดและปริมาณของบริการทางการแพทย์ของแต่ละระบบมักขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคลากรทางสถานพยาบาลโดยทำหน้าที่แทนผู้รับบริการ

นอกจากนี้การจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุนแบบแยกส่วนทำให้เกิดความสับสนในระบบประกันสุขภาพไทย (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556) คือทั้งสามกองทุนมีรูปแบบการบริการจัดการด้านการคลังที่ต่างกันระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้เงินสมทบจากสามฝ่ายคือนายจ้างลูกจ้างและรัฐบาลในขณะที่อีกสองระบบแหล่งเงินมาจากภาษีเท่านั้น และมีวิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแตกต่างกันระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Per capitation) ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้

สถานพยาบาลตามค่าใช้จ่ายจริง (Fee for service) ทำให้สิทธิในการรักษาพยาบาลของประชาชนต่างกัน

สำหรับการขับเคลื่อนเป้าหมายบูรณาการ 3 กองทุนสุขภาพสู่ความเท่าเทียมและเป็นธรรมนั้นนายแพทย์ประดิษฐสินธวัฒน์รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางการทำงานโดยเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพโดยมีนโยบายหลัก4ประการดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555: 5-6)

1) ปรับโครงสร้างด้านการเงินการคลังเพื่อสร้างความสมดุลของรายได้และรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาวในระดับมหภาคภูมิภาคและโรงพยาบาลที่เหมาะสมของแต่ละแห่ง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับระบบตัวชี้วัดร่วมกับกระทรวงมีการปรับระบบโครงสร้างเพื่อรองรับงานใหม่เป็นต้น

2) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลระดับชาติและภายใน 1 ปี โดยมีหน่วยงานกลางในการจัดทำธุรกรรม การเบิกจ่ายระดับชาติ (National clearing house) ซึ่งหน่วยบริการจะส่งข้อมูลทุกระบบผ่านหน่วยงานเดียวมีระบบการเรียกเก็บเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปยังกองทุนอื่น และจ่ายเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการเป็นระบบเดียวใช้ได้กับ 3 กองทุน เป็นต้น

3) การเสริมสร้างบทบาทหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในระดับโลกและระดับภูมิภาครวมถึงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและประโยชน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดสหัสวรรษใหม่โดยนำบทเรียนเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพต่างประเทศมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย

4) การเพิ่มประสิทธิภาพและปรับปรุงคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพมีนโยบายสำคัญ ได้แก่ 1) การบูรณาการสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ ให้ทัดเทียมกัน เช่น มีหลักเกณฑ์การรักษาโรคมะเร็งเหมือนกันใช้ระบบการเบิกจ่ายเดียวกันมีการจัดระบบการจัดซื้อยารวมเพื่อให้ได้ราคาถูกลง 2) การดูแลสุขภาพในระยะยาวโดยจะร่วมกับญี่ปุ่นจัดทำระบบหลักประกันสุขภาพแนวใหม่ และ3) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองนำระบบบำบัดอาการป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาใช้ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าความเหลื่อมล้ำคือความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีโอกาสกับผู้ขาดโอกาส คือโอกาสในการเข้าถึงต่อรองและจัดการทรัพยากรต่างๆในสังคม หรือโอกาสในการใช้สิทธิ อาทิเช่นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศไทยยังคงแตกต่างกันอยู่ เช่นข้าราชการสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐที่ไหนก็ได้ แต่กองทุนอื่นต้องไปใช้ในหน่วย

บริการที่ได้ลงทะเบียนไว้เท่านั้น รัฐจึงจำเป็นต้องบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน

จากการศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2549) ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ที่ได้รับผลกระทบจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดทำข้อเสนอการปรับปรุงในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ 1. อาการแสดงออกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้จากการทบทวนสถานการณ์ พบปัญหาสำคัญ คือ (1) การดำเนินงานเพื่อให้เกิดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (2) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (3) ปัญหาคุณภาพบริการ ทั้งระบบประกันคุณภาพ คุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ ได้รับบริการตามสิทธิ รวดเร็ว และการต้อนรับ รวมทั้งระบบการส่งต่อ การสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ลดภาระความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจน (4) การวางแผนกำหนดเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งเขตชนบทและเขตเมืองที่ชัดเจน (5) ความไม่ชัดเจนของการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชาชน (6) ขาดการจัดการและการทำงานในส่วนของการบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้เกิดแผนงานโครงการที่มีประโยชน์ ในระดับประชากรไม่ใช่ระดับปัจเจก 2. สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่า (1) กรณีการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ มีกำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ (2) กรณีระบบการส่งต่อที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (3) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ (4) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจนตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง (5) ขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชนในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการเพื่อป้องกันมิให้เกิดความคาดหวังที่เกินจริง และนำไปสู่ความขัดแย้ง และ 3. ข้อเสนอต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สามารถเน้นงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มากขึ้น ดังนี้ (1) มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและอัตรากำลังของหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับจำนวนประชากรที่ดูแล และภาระงานที่รับผิดชอบอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (2) มีวิธีการจัดสรรเงินให้กับงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดประเภทของกลุ่มงานที่ชัดเจน (3) การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรเน้นให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีแผนการดูแลประชากรที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน (4)

รูปแบบการบริการจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรเน้นเชิงธุรกิจหรือใช้ระบบการแข่งขันแบบเสรี เพราะจะทำให้บริการเป็นไปในลักษณะการค้าเพื่อให้ได้ประโยชน์ทางธุรกิจมากกว่าเรื่องสุขภาพ และข้อเสนออื่นๆ ต่อการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ 1) ปรับแก้ระบบการจัดสรรเงิน Non-UC ออกมาจากงบประมาณเพื่อการซื้อบริการที่ชัดเจน แต่มีการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรบริหารกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อป้องกันปัญหาช่องว่างการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดภาระทางการเงินแก่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเกินไป 2) ปรับปรุงการจัดสรรและการจัดการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ ยกเลิกการรวมเงินเดือนส่วนกลาง ให้จัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการระดับอำเภอตามสัญญาที่ทำไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สร้างกลไกการจัดระบบ Reinsurance ในระดับจังหวัด และหรือระดับประเทศ เพื่อรับภาระความเสี่ยงให้กับหน่วยบริการ พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ รัฐและเอกชน ทุกระดับ พื้นที่ โดยมีแผนปรับปรุงการกระจายหน่วยบริการและบุคลากรที่ชัดเจน ในระยะยาว และมีระบบจัดสรร Contingency fund เพื่อไม่ให้กระทบขวัญและกำลังใจในระยะเปลี่ยนผ่าน สร้างระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการที่โปร่งใส มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Case-management รวมทั้งระบบปรึกษาหารือทางไกล และพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง 3) พัฒนากลไกการทำงานในระดับหน่วยบริการและส่วนกลางเพื่อป้องกันและลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับ ผู้รับบริการ และแก้ไขกฎหมายมาตรา 42 โดยเร็ว พร้อมสร้างความเข้าใจในหมู่ประชาชน และผู้เกี่ยวข้องกับมาตรา 41 และ 4) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้รับบริการและคุณภาพและประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ 5) ควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ และการจัดบริการ เพื่อให้ท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบประกันสุขภาพมากขึ้น

พชิตา โรจนพิทยากร (2551) ศึกษาเรื่อง “การบูรณาการแนวความคิดการจัดการภาครัฐในการแก้ปัญหาการขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำในการกระจายของแพทย์ในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์และมีการโยกย้ายหรือลาออกของแพทย์เป็นประจำ การคาดการณ์ความต้องการการแพทย์ในอนาคตต่ำกว่าความต้องการจริงโดยมีความต้องการทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางแต่ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น การเพิ่มค่าตอบแทน และการบริหารจัดการของหน่วยงานผลการศึกษาบูรณาการแนวความคิดการจัดการของภาคเอกชนในการแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่พึงพิงการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนและการจัดสรรตำแหน่งในการฝึกอบรมจากส่วนกลางซึ่งเป็นการจัดสรรในลักษณะปีต่อปี การอยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจหรือมีการคมนาคมสะดวกเป็นปัจจัยบวกที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถสรรหาแพทย์ได้ง่าย แต่ไม่สำคัญเท่ากับ

การมีวัฒนธรรม ความไว้วางใจ ความผูกพัน นวัตกรรม และการทำงานเพื่อส่วนรวม การมีผู้นำ ผลักดันให้หน่วยงานประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ มีภาพลักษณ์ของการเป็น บุคคลต้นแบบที่ดีแก่แพทย์ การใช้กลยุทธ์และเทคนิคการจัดการที่สามารถสร้างสมดุลระหว่าง ผลประโยชน์ของสังคมหน่วยงานและผลประโยชน์ส่วนบุคคลและมีการกระจายอำนาจอย่างทั่วถึง

วิรุฬ ลิ้มสวาท (2552) ศึกษาเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิดพัฒนาการและข้อเสนอเพื่อ การพัฒนา” การพัฒนาหลักธรรมาภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติจะต้องให้ความสำคัญกับอย่างน้อย 3 มิติ ของการอภิบาลได้แก่ มิติของการพัฒนาเครือข่ายการอภิบาล การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละ องค์การและการพัฒนากระบวนการและกลไกในการอภิบาลโดยอาศัยการไตร่ตรองสะท้อนคิด ซึ่ง จากการศึกษานี้สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1) การพัฒนาโครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายการอภิบาล (1) ควรมีกระบวนการสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกอภิบาล ระบบสุขภาพของประเทศ ลดการแบ่งแยกและคลายความยึดมั่นถือมั่นในองค์กรของตน (2) ควรมี กระบวนการกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกัน ควรใช้ธรรมาภิบาลแห่งชาติ เป็นกรอบอ้างอิงในการดำเนินงานและอาจใช้กระบวนการค้นหาภาพอนาคตร่วมกัน จัดทำแผนหรือ กำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน (3) หน่วยงานกลางควรเพิ่มการกระจายอำนาจและปฏิรูปโครงสร้าง องค์กรให้สอดคล้องกับบริบทโดยรวมของระบบ เพื่อให้สามารถทำบทบาทที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพในภาพรวมได้ดียิ่งขึ้น (4) ควรเสริมสร้างให้ระบบสุขภาพมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง โดยในภาคการเมืองนายกรัฐมนตรีนและ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ควรแสดงบทบาทการนำให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อกำกับดูแลให้โครงสร้างทั้งหลายที่มีอยู่สามารถทำหน้าที่ประสานกันได้ดี (Harmony) ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ (5) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรโดยการ พัฒนาโครงสร้างและกลไกการทำงานในประเด็นต่างๆ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง (6) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลากรขององค์กรต่างๆ ในทุกระดับให้ได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน หรือทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการเพิ่มมากขึ้น

2) การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร (1) ทุกระดับควรพัฒนาให้มีธรรมาภิบาล อย่างแท้จริงโดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการสรรหาหรือแต่งตั้งโยกย้ายบุคลากร กระบวนการใช้อำนาจของผู้บริหารโดยถูกต้องชอบธรรมโปร่งใส มีส่วนร่วม และมีการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่เพียงพอ (2) แต่ละองค์กรควรมีการทบทวนตนเองและทำการปรับเปลี่ยนและปฏิรูประบบและโครงสร้างการทำงานอยู่เสมอเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะการสนับสนุน



ให้มีกระจายอำนาจในรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบทบาทภารกิจ (3) ควรมีการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงานโดยเฉพาะระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมแบบราชการที่แทรกซึมอยู่ในทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์การที่ตั้งขึ้นภายหลังโดยต้องเน้นการปรับเปลี่ยนที่ระดับบุคคลให้มีส่วนร่วมในการสร้างธรรมาภิบาลในองค์การเช่นการไม่เพิกเฉยต่อการใช้อำนาจโดยมิชอบของผู้บริหารหรือการทุจริตคอร์รัปชันในองค์การ (4) ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกที่สนับสนุนพัฒนาธรรมาภิบาลของภาครัฐได้แก่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครองรัฐสภาสื่อมวลชนและองค์การกลางอื่นๆ เป็นต้น

สุพจน์ เต๋นดวง (2553) ศึกษาเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมผลการวิจัยพบว่าความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทำให้เกิดโครงสร้างและสถาบันสังคมที่ไม่เป็นธรรมหรือบิดเบือนรวมถึงสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วยเนื่องจากคนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากผลประโยชน์โดยเฉพาะเงินอำนาจและทรัพยากรที่จะนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตการขาดแคลนจากผลประโยชน์เหล่านั้นทำให้คนเหล่านั้นป่วยดังนั้นความป่วยของเขาไม่ใช่ป่วยเพราะว่าเหตุธรรมชาติหรือเป็นความผิดของเขาแต่เป็นเพราะว่าเขาไม่ได้รับสิทธิที่ควรจะได้รับที่จำเป็นต่อสุขภาพเหมือนคนอื่นการป่วยและตายด้วยเหตุของความไม่เป็นธรรมทางสังคมนั้นเป็นการป่วยและตายของคนจำนวนมากมายมหาศาลซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้หรือหลีกเลี่ยงปัญหาเหล่านี้ไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสังคมการผิตจริยธรรมโดยการละเมิดสิทธิมนุษยชนและถือว่าเป็นความโหดร้ายของเราถ้าเรารับรู้และเข้าใจสิ่งนี้แล้วแต่ไม่ยอมลงมือเพื่อช่วยลดช่องว่างได้

ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดีที่สุด 3 สิทธิ ได้แก่การคุ้มครองของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยาราคาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ร่วมจ่ายค่ารักษา 30 บาท กลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองในทุกด้านที่กล่าวมา

ขณะที่ความเหลื่อมล้ำในเชิงคุณภาพของการให้บริการนั้น พบว่า ผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมีระดับความพึงพอใจในการบริการทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลสูงที่สุด ส่วนผู้ใช้บริการในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกลับมีระดับคะแนนความพึงพอใจจากการให้บริการในระดับที่เท่ากัน และพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านสิทธิรักษาพยาบาลที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ เขต

ที่פקอาศัย สังกัดของสถานพยาบาลที่ไปใช้บริการ ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องชำระเอง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้รับบริการสำเร็จ

ในการสำรวจระดับปัญหาในการให้บริการของแพทย์ว่าผลของความเหลื่อมล้ำเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบในเรื่องข้อจำกัดด้านงบประมาณและนโยบายของแต่ละสิทธิรักษาพยาบาลได้ส่งผลต่อการรักษาในแต่ละขั้นตอนการรักษาอย่างไรบ้าง พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นสิทธิการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิรักษาพยาบาลที่ด้อยที่สุด และแพทย์ให้ข้อเสนอแนะว่าหากสำนักงานประกันสังคมแยกสิทธิในการรักษาพยาบาลออกจากสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ มาให้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการแทน ก็จะสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า

ส่วนแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำนั้นควรกำหนดสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่คนไทยทุกคนควรจะได้รับ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแบบเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องร่วมจ่ายเงินสมทบให้กับตนเองนั้น จึงควรได้รับสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในอนาคตหากอัตราค่าจ้างของข้าราชการยังไม่สูงเท่ากับลูกจ้างในภาคเอกชน จึงสมควรให้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการยังคงเป็นสิทธิรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามการได้รับสิทธิประโยชน์ที่ดีที่สุดนี้ก็สร้างภาระทางการคลังที่สูงตามไปด้วย จึงต้องลดสิทธิประโยชน์ที่ไม่จำเป็นบางอย่างลง โดยทั้ง 3 สิทธิรักษาพยาบาลจะต้องร่วมจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเพื่อลดภาระทางการคลังของรัฐบาลในอนาคต

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าความไม่ชัดเจนของการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชาชน และคุณภาพบริการของระบบประกันคุณภาพคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ ได้รับบริการตามสิทธิ รวดเร็ว และการต้อนรับ รวมทั้งระบบการส่งต่อการสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ลดภาระความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจน นอกจากนี้ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทำให้เกิดโครงสร้างและสถาบันสังคมที่ไม่เป็นธรรมเนื่องจากคนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากผลประโยชน์โดยเฉพาะเงินอำนาจและทรัพยากร

### กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน

การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของคนไทยในระบบสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 กองทุน คือ 1) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ 2) สิทธิประกันสังคม และ 3) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

1) พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 พระราชบัญญัติดังกล่าวเป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจกระทรวงการคลังในการกำหนดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามมาตรา 3 (6) ได้กำหนดให้การจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินสวัสดิการจากทางราชการให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลนั้นเป็นสวัสดิการจากทางราชการอย่างหนึ่ง จึงต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ฉะนั้นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลจึงเป็นกฎหมายซึ่งฝ่ายบริหารเป็นผู้กำหนดขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติดังกล่าว

2) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน (มาตรา 8 (3)) เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลพ.ศ. 2553 คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงพระราชกฤษฎีกาดำเนินการด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริหารทางการแพทย์และระบบประกันสุขภาพอื่น และเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของรัฐ โดยขยายสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนให้กว้างขึ้นและกำหนดให้การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นการรักษายาบาลด้วย รวมทั้งกำหนดให้มีการนำระบบการเบิกจ่ายตรงมาใช้กับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล อันเป็นการลดขั้นตอนการดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้

3) หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังนี้ กำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้มีสิทธิและส่วนราชการให้ถือปฏิบัติหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กันยายน 2553 โดยให้ยกเลิกระเบียบ 2 ฉบับ คือ 1) ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2545 2) ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 ในปัจจุบันสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของทางราชการ มีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายเป็นค่ารักษายาบาลที่ใช้บังคับโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ส่วนวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนดตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และหนังสือเวียนหรือหนังสือข้อมความเข้าใจวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาล

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะเห็นได้ว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาจากเงินงบประมาณรายจ่าย ซึ่งการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลนั้นถือว่าเป็นสวัสดิการจากทางราชการและกำหนดผู้มีสิทธิในการใช้สิทธิไว้และขยายสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนให้กว้างขึ้น

## 2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประกันสังคม

การประกาศใช้ครั้งแรก การประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมฉบับแรก คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ตราขึ้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 โดยได้จัดตั้งกรมประกันสังคมขึ้นในสังกัดกรมกระทรวงการคลัง แต่ไม่เคยมีการบังคับใช้ ซึ่งเหตุที่ไม่สามารถประกาศใช้บังคับได้ อาจอ้างอิงจากหลักการและเหตุผลที่ประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ว่า “เนื่องจากได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 มาเป็นเวลานานแล้ว แต่ในขณะนั้น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมไม่เอื้ออำนวยให้นำกฎหมายนั้นมาบังคับใช้ ปัจจุบันนี้การพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ก้าวหน้าไปมาก สมควรสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น โดยจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และสำหรับกรณีว่างงานซึ่งให้หลักประกันเฉพาะลูกจ้างจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้” ดังนั้นกฎหมายประกันสังคมที่ใช้บังคับฉบับแรก คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกาเล่มที่ 107 ตอน 161 วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533

ต่อมาปี พ.ศ. 2538 ได้มีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมครั้งแรกโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกาเล่มที่ 111 ตอนที่ 63 ก วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2537 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 โดยมีหลักการและเหตุผลว่า “เนื่องจากพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันมีข้อขัดข้องและมีปัญหาในทางปฏิบัติเกิดขึ้นหลายประการ ทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่เจตนารมณ์ของกฎหมาย นอกจากนั้น วิธีปฏิบัติบางเรื่องในพระราชบัญญัตินี้ยังคงมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ยุ่งยากสลับซับซ้อนเกิดภาระแก่นายจ้างและไม่เอื้ออำนวยประโยชน์และการให้บริการแก่ผู้ประกันตน สมควรแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

ในระหว่างที่ใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 นั้น ได้มีการตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาเริ่มดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ พ.ศ. 2541 โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 221 ของ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และมาตรา 104 วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 ซึ่งบัญญัติว่า “การจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตรและในกรณีชราภาพจะเริ่มดำเนินการเมื่อใดให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา แต่ทั้งนี้ต้องไม่ช้ากว่าวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541” โดยพระราชกฤษฎีกาฉบับดังกล่าว ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 115 ตอนที่ 101 ก ธันวาคม พ.ศ. 2541 ทั้งนี้มาตรา 3 แห่งพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวได้บัญญัติว่า “ให้เริ่มดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541 เป็นต้นไป

ในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมครั้งที่สองโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 116 ตอนที่ 22 ก ลงวันที่ 31 มีนาคม 2542 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2542 โดยมีหลักการและเหตุผลว่า “เนื่องจากบทบัญญัติทั้งหลายอันเกี่ยวกับกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ไม่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ประกันตนมากนัก ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเกิดสิทธิไม่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533”

ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ได้ตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาเริ่มดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน พ.ศ. 2546 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 80 ก ลงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2546 โดยให้ดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการให้ความคุ้มครองในกรณีต่างๆตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้ นั้น มีระยะเวลาเริ่มต้นของการดำเนินการให้ความคุ้มครองแตกต่างกัน ดังนี้

ระยะเริ่มแรก ดำเนินการให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย โดยเริ่มจัดเก็บเงินสมทบ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2533

ระยะที่สอง ดำเนินการให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ โดยเริ่มดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบ ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541

ระยะที่สาม ดำเนินการให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีว่างงาน โดยเริ่มดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547

แม้ว่าใน พ.ศ. 2497 จะได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม แต่เนื่องด้วยสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้นยังไม่อำนวยให้นำกฎหมายนั้นมาใช้บังคับ จนกระทั่งใน พ.ศ. 2515 คณะปฏิวัติได้มีประกาศฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนขึ้น

เพื่อเป็นทุนให้มีการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในความรับผิดชอบของนายจ้างที่จะต้องจ่ายเงินทดแทนในกรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงาน หรือจากโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือโรคซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงาน เนื่องด้วยคณะปฏิวัติพิจารณาเห็นว่า การให้ความคุ้มครองแรงงานแก่ลูกจ้างและการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างความเจริญก้าวหน้าของประเทศและเพื่อให้การใช้แรงงานเป็นไปโดยเหมาะสมและแก้ไขข้อขัดแย้งระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างให้เป็นไปโดยวิธีปรองดองและเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย นี้จึงถือเป็นก้าวแรกของการประกันสังคมของประเทศไทยเมื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมได้เจริญก้าวหน้าไปมากประกอบกับปัญหาการใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 เป็นต้นมา เพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น โดยจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพและกรณีว่างงาน นับจากวันนั้น ถือได้ว่าประเทศไทยมีการประกันสังคมอย่างเต็มรูปแบบกฎหมายประกันสังคมที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันคือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมมาแล้ว 3 ครั้งเพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์ในแต่ละยุคสมัยครั้งล่าสุดคือ พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2558 โดยให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้น 120 วันนับแต่วันประกาศ ดังนั้นจึงมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558 เป็นต้นมา การแก้ไขเพิ่มเติมครั้งนี้ได้ขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมถึงลูกจ้างชั่วคราวทุกประเภทของส่วนราชการ และลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและไปประจำทำงานในต่างประเทศ จากเดิมลูกจ้างของส่วนราชการนั้นจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนเท่านั้น รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติมบทนิยามคำว่า “ลูกจ้าง” เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมถึงลูกจ้างทั้งหมด ไม่ว่าจะเรียกว่าอย่างไร นอกจากนี้ผู้ประกันตนยังได้รับการคุ้มครองและได้รับประโยชน์ทดแทนที่สำคัญเพิ่มขึ้นหลายประการเป็นต้นว่า (ฉัฎฐพล ยิ่งกล้า, 2558: 2-4)

1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1) ขยายความคุ้มครองให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน รวมทั้งกรณีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย ซึ่งสิทธิดังกล่าวไม่อาจโอนกันได้และไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี 2) เพิ่มประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คือค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ จากเดิมมีเพียงค่าตรวจวินิจฉัยโรค

ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย และค่าบริการอื่นที่จำเป็นเท่านั้น

2) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ไม่ได้จำกัดจำนวนครั้งในการรับประโยชน์ทดแทนในกรณีนี้จากเดิมที่จำกัดให้แต่ละคนมีสิทธิได้รับเพียงไม่เกิน 2 ครั้ง โดยเป็นการเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท และเงินสงเคราะห์กรณีหยุดงาน นอกจากนี้ผู้ประกันตนยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขเดิม

3) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ขยายความคุ้มครองให้ผู้ประกันตนซึ่งสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน จากเดิมผู้ประกันตนต้องสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายร้อยละ 50 ถึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน

4) ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย 1) ยกเลิกบทบัญญัติในกฎหมายเดิมเพื่อขยายความคุ้มครองให้ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสหรือบุตรของผู้ประกันตนซึ่งจงใจทำให้ตนเองหรือยินยอมให้บุคคลอื่นกระทำให้ตนเองประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ หรือตาย มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคมและเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ขยายความคุ้มครองให้ผู้ประกันตนซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงแก่ความตายนั้น มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเช่นเดียวกับผู้ทุพพลภาพ

5) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร เพิ่มจำนวนบุตรของผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน จากจำนวนคราวละไม่เกิน 2 คน เป็น จำนวนคราวละไม่เกิน 3 คน ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

6) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ (1) แก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสิทธิการได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนของผู้ประกันตนโดยให้สิทธิผู้ประกันตนสามารถทำหนังสือระบุบุคคลผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพได้ และในกรณีที่ไม่มีทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ ให้ทายาทของผู้ประกันตนหรือผู้รับเงินบำนาญชราภาพแล้วแต่กรณีดังต่อไปนี้ มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพตามลำดับ หากบุคคลใดมีจำนวนมากกว่า 1 คน ให้บุคคลลำดับนั้นได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน (1.1) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน (1.2) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา (1.3) ปู่ ย่า ตา ยาย (1.4) หลง ป้า น้า อา (2) ให้ผู้ประกันตนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทย เมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง ไม่ว่าจะส่งเงินสมทบครบ 180 เดือนหรือไม่ก็ตามมีสิทธิได้รับบำนาญชราภาพด้วย

7) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ให้สิทธิกับผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัยหรือนายจ้างไม่ให้งานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัยทำให้ไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ เช่น หยุดกิจการชั่วคราวโดยยังไม่มีเลิกจ้าง หรือกรณีน้ำท่วมสถานประกอบการ เป็นต้นนอกจากนี้ยังได้คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในการเรียกร้องหรือการ

ได้มาซึ่งสิทธิหรือประโยชน์ตามกฎหมายประกันสังคม โดยไม่ถือเป็นการตัดสิทธิหรือประโยชน์ที่พึงได้ตามกฎหมายอื่นขยายระยะเวลาการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนจาก 1 ปี เป็น 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิรวมทั้งให้สิทธิกับบุคคลซึ่งมิใช่ลูกจ้างหรือไม่อยู่ในบังคับแห่งกฎหมายประกันสังคม อาจสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมก็ได้ ทั้งนี้ เพื่อขยายความคุ้มครองให้แรงงานนอกระบบสามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้มากขึ้น

ผู้มีสิทธิได้รับบริการรักษาพยาบาลของระบบประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 มีขอบข่ายให้ความคุ้มครองลูกจ้างของนายจ้าง ในสถานประกอบการทุกพื้นที่ของประเทศไทยที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ยกเว้นบุคคลที่ไม่อยู่ในข่ายความคุ้มครอง ดังนี้ 1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น 2) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษา ซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียนสถานพยาบาล วิทยาลัย หรือมหาวิทยาลัยนั้น 3) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ 4) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

1) ผู้มีสิทธิหรือผู้ประกันตน ต้องเป็นลูกจ้างมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่ในกรณีที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์แต่ยังคงทำงานอยู่ในสถานประกอบการเดิมอยู่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2) กรณีผู้ประกันตนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง แต่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 12 เดือน

กฎหมายประกันสังคม หรือพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 54 กำหนดให้ความคุ้มครองผู้ประกันตน 7 กรณี ดังนี้

- 1) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- 2) กรณีคลอดบุตร
- 3) กรณีทุพพลภาพมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- 4) กรณีตายมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- 5) กรณีสงเคราะห์บุตร
- 6) กรณีชราภาพ
- 7) กรณีว่างงาน

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประกันสังคมจะเห็นได้ว่ากฎหมายมุ่งคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย โดยเริ่มจัดเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนและให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ ตลอดจนให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีว่างงาน ซึ่งจะเห็นว่ารัฐไม่ได้เข้ามา



ช่วยเหลือโดยจ่ายงบประมาณแผ่นดินให้ทั้งหมด แต่รัฐได้ใช้เงินงบประมาณแค่เพียงบางส่วนมาช่วย กองทุนประกันสังคม

### 3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุให้คนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับ บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มี “กองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ” เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ส่งเสริมให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ “สิทธิ หลักประกันสุขภาพ” หรือที่รู้จักกันในนาม “สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง” จึงเป็นสิทธิตาม กฎหมายที่คนไทย มีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและ การดำรงชีวิตรวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรค ศิลปะ ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556: 7)

พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เหตุผลในการประกาศใช้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ” และมาตรา 80 (2) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้อง “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัด และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และ ส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มี หน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความ ค้ำครองตามกฎหมาย” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550: 15 และ 23) ด้วยเหตุนี้จึงต้อง จัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มี มาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาค ประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนมี สิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทุกคน ในปัจจุบันระบบสุขภาพมีอยู่หลายระบบ ทำให้มี การเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงจำเป็นต้องลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมด้านสาธารณสุข และจัดระบบใหม่ให้ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามกฎหมายที่ได้บัญญัติไว้

จะเห็นได้ว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้สิทธิกับคนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงเป็นสิทธิตามกฎหมายที่คนไทย มีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตรวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่ากฎหมายระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะเรื่องของสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบกล่าวคือ 1.สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ จะให้ความคุ้มครองข้าราชการและครอบครัว 2.ระบบประกันสังคมจะดำเนินการให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย 3.ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประชาชนคนไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนดไว้

### แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน

#### 1. ความหมายของสิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพที่กำหนดในกฎหมายซึ่งอาจ กำหนดในรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ ซึ่งอาจกำหนดเป็นแนวทาง กว้าง ๆ หรือกำหนดเป็นรายละเอียด ส่วนชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit catalogue) หมายถึง การกำหนดรายการบริการย่อยในสิทธิประโยชน์ ซึ่งอาจระบุถึงรายละเอียดแต่ละบริการ เช่น ชนิดบริการ วิธีการ ให้บริการข้อจำกัดในการใช้บริการ และราคา เป็นต้น (Schreyögg, Stargardt, Velasco-Garrido, & Busse, 2005: 2-10)

สิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพ สำหรับเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลนั้น มีการให้สิทธิประโยชน์แบบรอบด้านตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการพัฒนาระบบไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการสำหรับข้าราชการหรือสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ดังนั้นเมื่อมีระบบประกันสังคมเกิดขึ้นหรือโครงการประกันสุขภาพใด ๆ ที่รัฐจัดให้ ภายหลัง เช่น ประกันสุขภาพนักเรียน บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท เป็นต้น ดังนั้นทั้ง 3 ระบบต่างมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน ทั้งบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตามประเด็นที่นำกล่าวถึง หลัก ๆ คือ แม้ชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ นอกจากนั้น มีประเด็นแนวคิดการจัดการบริการที่ต่างกันก็

ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน เช่น กรณีของระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับพื้นที่เป็นหลัก (Area-based approach) กล่าวคือ อาศัยพื้นที่เป็นเขต แบ่งการจัดบริการ ในขณะที่ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล คู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่ได้อิงกับพื้นที่ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ นั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งที่ใดก็ได้ ก็เป็นการอิงหน่วยบริการเป็นหลัก ดังนั้นการให้บริการของระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับสถานพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายการจัดบริการไปยังในชุมชนด้วย เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะท้ายในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น (คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559: 5)

จะเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพ คือ กลุ่มรายการบริการสุขภาพที่กำหนดในกฎหมายซึ่งอาจ กำหนดในรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพซึ่งอาจระบุถึงรายละเอียดแต่ละบริการ เช่น ชนิดบริการ วิธีการ ให้บริการข้อจำกัดในการใช้บริการ และราคา เป็นต้น

สิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ผู้มีสิทธิจะมีสิทธิตั้งแต่วันที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้ง และหมดสิทธิเมื่อเกษียณอายุราชการ ลาออกถูกไล่ออก หรือเสียชีวิต และกรณีถูกระงับสิทธิเพราะถูกพักราชการสำหรับบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธินั้น อิงการเกิดสิทธิ และหมดสิทธิของผู้มีสิทธิ กล่าวคือเมื่อผู้มีสิทธิเกิดสิทธิ ก็จะมีสิทธิเบิกค่ารักษายาบาลของบุคคลในครอบครัวไปด้วยพร้อมกัน และเมื่อผู้มีสิทธิหมดสิทธิก็จะไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษายาบาลของบุคคลในครอบครัวเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิอาจไม่สามารถเบิกค่ารักษายาบาลของบุคคลในครอบครัวได้เนื่องจากเหตุอื่นที่ระบุไว้ในกฎหมายด้วยเช่น บุตรของผู้มีสิทธิบรรลุนิติภาวะ ผู้มีสิทธิจดทะเบียนหย่ากับคู่สมรส เป็นต้น(กรมบัญชีกลาง, 2553: 8)

“ผู้มีสิทธิ” ได้แก่ (1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบประมาณของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ (2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษายาบาลไว้ (3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล แบ่งออกได้ ดังนี้ (กรมบัญชีกลาง, 2553: 14-15)

1) การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ให้ผู้มีสิทธิเลือกว่าจะใช้สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพ.ศ. 2553 หรือใช้สิทธิจากหน่วยงานอื่น โดยกรอกข้อมูลตามแบบแจ้งการเลือกสิทธิและเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล (แบบ 7131) พร้อมลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้องเสนอต่อหัวหน้าส่วนราชการระดับกรม หรือหัวหน้าหน่วยงานในส่วนภูมิภาค แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ การเลือกหรือการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการเลือกหรือเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล (หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 377 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553)

2) การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้มีสิทธิเช่นเดียวกัน ให้ต่างฝ่ายต่างใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของตนเอง

3) การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรกำหนดไว้ดังนี้ 3.1 กรณีผู้มีสิทธิมีคู่สมรสเป็นผู้มีสิทธิเช่นเดียวกัน ให้คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรทุกคนแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยให้ปฏิบัติดังนี้ - ถ้าอยู่ส่วนราชการผู้เบิกแห่งเดียวกัน ผู้ใช้สิทธิจะต้องรับรองตนเองในใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลว่าตนเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว ถ้าอยู่ต่างส่วนราชการผู้เบิก หรือต่างส่วนราชการเจ้าสังกัด หรือมีการเปลี่ยนส่วนราชการภายหลังจากการที่มีการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไปแล้ว ผู้ใช้สิทธิจะต้องขอให้ส่วนราชการของตนแจ้งการใช้สิทธิตามแบบ 7132 ให้ส่วนราชการของคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งทราบแล้วแต่กรณี และให้ส่วนราชการที่ได้รับแจ้งดำเนินการตอบรับตามแบบ 7133 (หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 379 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553) 3.2 กรณีผู้มีสิทธิมีคู่สมรสเป็นผู้มีสิทธิเช่นเดียวกันสำหรับกรณีการหย่า ไม่ว่าจะการหย่าจะเกิดขึ้นก่อนหรือหลังจากการที่มีการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไปแล้ว ก็ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 3.1

4) การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวกรณีผู้มีสิทธิมีหลายราย ให้ผู้มีสิทธิคนหนึ่งคนใดเป็นผู้ขอใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลดังกล่าวแต่เพียงฝ่ายเดียวก็ได้ โดยให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 3.1

5) การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลในครอบครัวซึ่งมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิของตนเองจากหน่วยงานอื่น ให้ผู้มีสิทธิใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะส่วนที่ต่ำกว่าสิทธิที่พึงได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้เท่านั้น (หลักเกณฑ์ฯ ข้อ 7 วรรคหนึ่ง)

6) การใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่นซึ่งมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวจากหน่วยงานอื่นเช่นเดียวกัน ให้ผู้

มีสิทธิมีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามหลักเกณฑ์นี้ได้ (หลักเกณฑ์ฯ ข้อ 7 วรรคสอง)

สิทธิในการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

การเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นโครงการแบบสมัครใจ ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไม่ต้องการทตรงจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน หรือยุ่งยากที่จะต้องเดินทางมาขอหนังสือรับรองฯ จากต้นสังกัดสามารถสมัครเข้าโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อลดภาระของผู้มีสิทธิ และบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งระบบยังช่วยลดภาระงานของกองคลังของส่วนราชการที่จะต้องตรวจเอกสาร หลักฐาน และเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลในสังกัดโครงการเบิกจ่ายตรงฯ นั้น กรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวให้กับสถานพยาบาลแทนส่วนราชการต่าง ๆ โดยการส่งข้อมูลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ข้อมูลการรักษาพยาบาล ข้อมูลการจ่ายเงิน เป็นการดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งสิ้น ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ระบบด้วยกัน คือ ระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก และระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิ หรือบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิเข้าซ้อน (เช่น มีสิทธิประกันสังคมสิทธิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สิทธิรัฐวิสาหกิจ สิทธิองค์กรอิสระ เป็นต้น) จะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ได้ทั้งนี้ หนังสือเวียนหลัก ๆ ของกรมบัญชีกลางที่เวียนแจ้งส่วนราชการเกี่ยวกับโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้แก่ - หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 34 ลงวันที่ 4 กันยายน 2549 เรื่อง การบริหารจัดการฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ - หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 196 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2549 เรื่องขยายระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของนายทะเบียนส่วนภูมิภาค เพื่อดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

จากการศึกษาสิทธิประโยชน์สวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการจะเห็นได้ว่าผู้มีสิทธิได้แก่ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม และคนในครอบครัว โดยไม่ต้องทตรงจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวให้กับสถานพยาบาลแทนส่วนราชการต่าง ๆ โดยการส่งข้อมูลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ข้อมูลการรักษาพยาบาล ข้อมูลการจ่ายเงิน เป็นการดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งสิ้น

สิทธิประโยชน์ประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการบริหารงานกองทุน โดยมีภารกิจที่มุ่งสร้างความมั่นคงในสังคมโดยเฉพาะผู้ใช้แรงงาน เพื่อให้ได้รับหลักประกันจากสิทธิประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ในส่วนของกองทุนประกันสังคมจะดำเนินงานตาม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้มีการจ่ายประโยชน์ทดแทนทั้งหมด 7 กรณี ดังต่อไปนี้ (สิริกาญจน์ ศิริโรจน์นวกุล, 2557: 20- 24)

1) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติงาน ไม่จงใจให้เกิดขึ้นหรือยินยอมให้บุคคลอื่นทำให้ตนเองประสบอันตราย และอยู่ภายใต้เงื่อนไขผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย

สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนจากการบริการทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษาเช่น กรณีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปลุกถ่ายไขกระดูก เปลี่ยนอวัยวะกระเจกตา อวัยวะและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค บริการด้านทันตกรรม และเงินทดแทนการขาดรายได้ เป็นต้น

2) กรณีคลอดบุตร อายุครรภ์ต้องครบ 28 สัปดาห์หรือถ้าหากอายุครรภ์ไม่ครบ 28 สัปดาห์ แต่เด็กรอดและต่อมาเสียชีวิต ให้จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้เมื่อมีใบมรณะบัตรมาแสดง เพราะเด็กมีสภาพเป็นบุคคลแล้วตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 โดยมีเงื่อนไขผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนคลอด

สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้คนละไม่เกิน 2 ครั้ง จะให้ใช้สิทธิภรรยาเบิกค่าคลอดบุตรก่อน เพราะผู้ประกันตนหญิงจะได้ค่าทดแทนมากกว่าผู้ประกันตนชายคือจะได้รับค่าคลอดบุตร 13,000 บาทต่อครั้งและได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานระหว่างการคลอดบุตร

3) กรณีทุพพลภาพ จะต้องไม่เกิดระหว่างการปฏิบัติงานให้แก่นายจ้าง และไม่จงใจหรือยินยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองเป็นผู้ทุพพลภาพ ซึ่งผู้ประกันตนจะจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนทุพพลภาพจึงจะได้ประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้โดยมีเงื่อนไขต้องยื่นคำขอภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิการขอรับประโยชน์ทดแทนทุพพลภาพ และให้นับตั้งแต่วันที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าผู้ประกันตนเป็นผู้ทุพพลภาพ

สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือนและเงินทดแทนขาดรายได้ตลอดชีวิตและค่าพาหนะไปทำการรักษาจำนวน 500 บาท และค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพทางร่างกายจิตใจในด้านอาชีพให้ไม่เกิน 40,000 บาท

4) กรณีตาย ต้องเป็นการตายไม่ใช่จากการปฏิบัติงาน ไม่จงใจหรือยินยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองถึงแก่ความตาย โดยมีเงื่อนไขผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายใน 6 เดือน และถ้าจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือน จะได้รับเงินสงเคราะห์ตาย และจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ซึ่งผู้ประกันตนได้ทำหนังสือระบุไว้ แต่ถ้าหากไม่ได้ระบุไว้ให้นำเงินสงเคราะห์จ่ายให้แก่สามีหรือภรรยา บิดา มารดา โดยชอบด้วยกฎหมายและบุตรของผู้ประกันตนแบ่งเท่า ๆ กัน

สิทธิประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนเสียชีวิต ผู้จัดการศพจะได้รับเงินค่าทำศพในวงเงิน 40,000 บาท และเงินสงเคราะห์กรณีตาย ตามระยะเวลาที่ผู้ประกันตนได้ทำงานมา คือเงินสะสมที่เรียกว่า เงินชราภาพ

5) กรณีสงเคราะห์บุตร ต้องเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ สามารถเบิกได้ไม่เกิน 2 คน ซึ่งไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรที่ได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมผู้อื่น โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายใน 36 เดือนก่อนมีสิทธิ

สิทธิประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตน จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีเงินสงเคราะห์บุตร ได้ครั้งละ 2 คน โดยนับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปีบริบูรณ์ เงินสงเคราะห์บุตรจะจ่ายโอนผ่านเข้าบัญชีให้เดือนละ 400 บาทต่อบุตรหนึ่งคน

6) กรณีชราภาพ ต้องสิ้นสุดจากการเป็นผู้ประกันตน ถ้าสิ้นสุดลงก่อนอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์จะต้องรอก่อนอายุจะครบ 55 ปีบริบูรณ์เงื่อนไขผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วเกินกว่า 180 เดือน ไม่ว่าจะระยะเวลาจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงจะได้รับเป็นเงินบำนาญชราภาพ และถ้าหากผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ หรือผู้ทุพพลภาพหรือผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนจะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ

สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีจ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน จะมีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย ที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง ให้ปรับเพิ่มอัตราเงินบำนาญชราภาพขึ้นอีกในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบครบ 12 เดือน สำหรับระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน และกรณีที่จ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 180 เดือน จะได้รับเป็นเงินก้อนพร้อมดอกเบี้ยตามอัตราที่กำหนด

7) กรณีว่างงาน เมื่อนายจ้างและลูกจ้างตามสัญญาจ้างแรงงานสิ้นสุดลง ลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนการว่างงาน และเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งจะปฏิบัติงานหรือต้องไม่ปฏิเสธการฝึกงานที่เหมาะสมตามที่รัฐจัดหาให้ โดยขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักงานจัดหางานของรัฐ และต้องไปรายงานตัวไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีถูกเลิกจ้างได้รับเงินทดแทน กรณีว่างงานร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายวัน ครั้งละไม่เกิน 180 วันใน 1 ปีปฏิทิน กรณีลาออกจากงานหรือสิ้นสุดสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างไม่แน่นอนและเลิกจ้างตามกำหนดระยะเวลานั้น ได้รับเงินทดแทนกรณีว่างงานร้อยละ 30 ของค่าจ้างรายวัน ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

ตารางที่ 1 สรุปเงื่อนไขการเกิดสิทธิและการได้สิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคม

| สิทธิ             | สิทธิประโยชน์   |
|-------------------|---|
| กรณีเจ็บป่วย      | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน<br>2. มีสิทธิรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรพรียกเว้น ฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นต้องสำรองจ่ายไปก่อน                        |
| กรณีทุพพลภาพ      | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน<br>2. ค่ารักษา 2,000/4,000 บาทต่อเดือน<br>3. เงินขาดรายได้ร้อยละ 50 รายเดือน ตลอดชีวิต<br>4. ค่าพาหนะเดือนละ 500 บาท                         |
| กรณีตาย           | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 1 เดือน ภายใน 6 เดือน<br>2. ค่าทำศพ 40,000 บาท<br>3. เงินสงเคราะห์กรณีตายตามระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ   |
| กรณีคลอดบุตร      | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 7 เดือน ภายใน 15 เดือน<br>2. ได้ค่าคลอด 13,000 บาท<br>3. เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร (หญิง)   |
| กรณีสงเคราะห์บุตร | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 12 เดือน ภายใน 36 เดือน<br>2. ได้เงินสงเคราะห์บุตรคนละ 400 บาท/เดือน<br>3. คราวละไม่เกิน 2 คน ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ขวบ   |
| กรณีชราภาพ        | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 180 เดือน อายุ 55 ปีบริบูรณ์<br>2. สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน รับเงินบำนาญชราภาพ<br>3. จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน หรือตาย หรือเป็นผู้ทุพพลภาพรับเงินบำเหน็จชราภาพ |
| กรณีว่างงาน       | 1. ต้องจ่ายเงินสมทบ 6 เดือน ภายใน 15 เดือน<br>2. เลิกจ้างรับร้อยละ 50 ของค่าจ้าง 180 วัน 3 ลาออกรับร้อยละ 30 ของค่าจ้าง 90 วัน  |

ที่มา: สิริกาญจน์ ศิโรจน์นวกุล (2557: 24 25)

จากตารางจะเห็นว่าสิทธิประโยชน์ของประกันสังคม มีเงื่อนไขการเกิดสิทธิและการได้สิทธิประโยชน์ที่มีความแตกต่างกันไปตามที่เกิดสิทธิ และในแต่ละสิทธิจะได้รับประโยชน์ที่แตกต่างกันไป โดยมีการกำหนดการจ่ายเงินสมทบในแต่ละเดือน

จะเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมคุ้มครองผู้ใช้แรงงาน เพื่อให้ได้รับหลักประกันจากสิทธิประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ซึ่งกองทุนประกันสังคมจะดำเนินงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้มีการจ่ายประโยชน์ทดแทนทั้งหมด 7



กรณี ได้แก่ 1. กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 2. กรณีคลอดบุตร 3. กรณีทุพพลภาพ 4. กรณีตาย 5. กรณีสงเคราะห์บุตร 6. กรณีชราภาพ 7. กรณีว่างงาน

#### สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิหลักประกันสุขภาพตามกฎหมาย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ระบุให้คนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มี “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ส่งเสริมให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ “สิทธิหลักประกันสุขภาพ” หรือที่รู้จักกันในนาม “สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง” จึงเป็นสิทธิตามกฎหมายที่คนไทย มีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตรวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2556: 7)

#### สิทธิหลักประกันสุขภาพ

สิทธิประกันสุขภาพบัตรทองผู้มีสิทธิได้รับบัตรทอง คือ ประชาชนสัญชาติไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิใด ๆ จากหลักประกันอื่นที่รัฐจัดให้ยกเว้น

1) ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างที่ทำงานในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป ยกเว้น ลูกจ้างทำงานบ้าน หาบเร่ แผงลอย หรือลูกจ้างของบุคคลธรรมดาที่ไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

2) ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าราชการลูกจ้างประจำของส่วนราชการและครอบครัว

3) ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ

สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)มีรายละเอียด (ศูนย์ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลราชวิถี, 2561) ดังนี้

#### 1) สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ 1) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนงานการ 2) ให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ- การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง 3) การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันถาวร) 4) ยาต้านไวรัส เอดส์ กรณีป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่ตั้งครรภ์สู่ลูก 5) การ

เยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 6) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว 7) การให้คำปรึกษา (Counseling) และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ 8) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอรวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

1.2 บริการด้านการตรวจวินิจฉัย 1) การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษาทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) โดยนับตั้งแต่ใช้สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ 4) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ 5) ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ 6) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

2) สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง บริการทางแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง

2.1 กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ 1) การรักษาที่มีบุตรยาก 2) การผสมเทียม 3) การเปลี่ยนเพศการกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 4) การตรวจวินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 5) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2.2 กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรเป็นการเฉพาะ - โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน ได้แก่ 1) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด 2) อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและผู้อยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่ายหลังจากใช้สิทธิ พ.ร. บ. ครบจึงจะสามารถใช้สิทธิ

2.3 กลุ่มบริการอื่น ๆ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาเนื่องจากการแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2. เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับระบบประกันสังคม

จากการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับระบบประกันสังคม ผู้มีสิทธิและผู้ประกันตนได้รับ (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554) ดังนี้

1) ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่จำเป็นต้องจ่ายเบี้ยประกัน ได้รับการคุ้มครองทันทีเมื่อลงทะเบียน ขณะที่ระบบประกันสังคมต้องจ่ายเงินสมทบ

ในระยะเวลาที่กำหนด กรณีเจ็บป่วยต้องส่งเงินสมทบติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือน กรณีทุพพลภาพ ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือน กรณีตาย ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายใน 6 เดือน กรณีคลอดบุตรต้องเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน จึงจะได้รับการคุ้มครองกรณี และหากขาดการจ่ายเงินสมทบเกิน 3 เดือนสิทธินั้นเป็นอันสิ้นสุด ซึ่งต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สิทธิจะสิ้นสุดก็ต่อเมื่อผู้มีสิทธินั้นได้รับการคุ้มครองจากสิทธิอื่นของรัฐแล้ว

2) สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันสิทธิประโยชน์ที่ทั้งสองระบบมีความแตกต่างกันทั้งสิ้น 11 สิทธิประโยชน์ โดยที่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมมากกว่า 10 สิทธิประโยชน์ ยกเว้นเพียง รากฟันเทียม ที่ระบบประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์มากกว่า ที่เพิ่งจะบรรจุในสิทธิประโยชน์ วันที่ 1 มกราคม 2554 และยังมีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคที่แตกต่างกัน โดยมีจำนวน 206 รายการที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแต่ระบบประกันสังคมไม่มี มีเพียง 17 รายการ ที่ระบบประกันสังคมมีแต่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มี

3) สิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกัน จำนวน 27 รายการ มีจำนวน 11 รายการที่ทั้งสองระบบมีระบบบริหารจัดการเฉพาะ แต่แตกต่างกันในรายละเอียด มีสิทธิประโยชน์จำนวน 14 รายการ และยาที่มีปัญหาในการเข้าถึงอีก 15 รายการ ที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีระบบบริหารจัดการเฉพาะ ขณะที่ระบบประกันสังคมไม่มี มีเพียงรายการเดียว คือ ผ่าตัดสมอง ที่ระบบประกันสังคมมีระบบบริหารจัดการเฉพาะ แต่ระบบหลักประกันสุขภาพไม่มี แต่ใช้วิธีจ่ายเงินให้หน่วยบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และมีค่าห้องและค่าอาหารที่ระบบประกันสังคมจ่ายให้หน่วยบริการแพงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเห็นว่ากองทุนนี้ได้ให้สิทธิคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตรวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรคศิลป์โดยจัดให้มี “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการส่งเสริมให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ “สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือที่รู้จักกันในนาม “สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง”

สิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในต่างประเทศ (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559: 12)

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ดำเนินการนโยบายหลักประกันสุขภาพโดยประธานาธิบดีโอบามาได้ตราพระราชบัญญัติบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ได้ (Affordable care act) ซึ่งกำหนดสิทธิ

ประโยชน์หลักด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การดูแลแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory patient services) บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency services) บริการผู้ป่วยใน (Hospitalization) การบริบาลมารดาและทารก (Maternal and newborn care) บริการสุขภาพจิตรวมถึงพฤติกรรมบำบัด (Mental health and substance abuse disorder services including behavioural health treatment) บริการยาตามใบสั่งแพทย์ (Prescription drugs) บริการฟื้นฟูสุขภาพและกายอุปกรณ์ (Rehabilitative and habilitative services and devices) บริการชันสูตรโรค (Laboratory services) บริการป้องกันโรคและสุขภาพและการจัดการผู้ป่วยเรื้อรัง (Preventive and wellness services and chronic disease management) บริการกุมารเวชกรรมรวมถึงสุขภาพช่องปากและการมองเห็น (Paediatric services including oral and vision care) (Centers for medicare and medicaid services 2014) นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงสิทธิของตนด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพิทักษ์สิทธิและปฏิบัติหน้าที่เพื่อใช้สิทธินั้น ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

ประเทศเยอรมนีโดย Federal Joint commission มีกรรมการ 4 ชุด คือ Committee on ambulatory care, Committee on hospital care, Committee on dental care และ Committee on physician issues เพื่อทำหน้าที่พิจารณากำหนดชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะด้าน โดยกรรมการแต่ละชุดมีการแบ่งย่อยเป็นอนุกรรมการอีกหลายคณะ เช่น Committee on ambulatory care มีอนุกรรมการพิจารณารายการสิทธิประโยชน์เฉพาะด้าน คือ medical procedures, psychotherapy, sickness certification, prevention, family planning, care provided by allied health professionals and medical aids, pharmaceuticals, prescription of hospital care and patient transport, home nursing care, rehabilitation care provided by allied health professionals ส่วนกรรมการชุดอื่นก็มีอนุกรรมการเฉพาะเป็นด้านเช่นกัน

ประเทศสหราชอาณาจักรจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 สิ้นสุด โดยเริ่มครอบคลุมทั้งชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและชุดสิทธิประโยชน์ขั้นคร่าวเรื่อยลึ้มละลายต่อมาภายหลังเมื่อมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ ที่มีราคาแพงที่อ้างว่ามีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับวิธีเดิมเกิดองค์กร National Institute for health and Care excellence (NICE) ประเมินด้านความคุ้มค่า จึงจัดจำพวกของบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความค้ำค่าน้อย (Low value intervention) เป็นข้อเสนอนะบัญญัติที่ไม่ควรทำ (List of 'do not do') (Garner & Littlejohns, 2011) ซึ่งมีผลถึงการอ้างอิงที่ปฏิเสธการรักษา จนเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยฟ้องร้องสิทธิของตนต่อศาลยุติธรรม

ประเทศออสเตรเลีย วางกรอบการพิจารณาการจัดบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม (Comprehensive management framework) โดยพิจารณาทั้งความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และ

ความคุ้มค่าของเงิน จัดจำแนกประเภทบริการที่ไม่มีประสิทธิผลและไม่ปลอดภัย (Ineffective or unsafe value) เพื่อไม่ส่งเสริมการใช้ (Elshaug et al., 2012) ประเทศเนเธอร์แลนด์มีการถกเถียงนโยบายเพื่อให้การพิจารณาประเมินบริการเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์จำเป็นด้านสุขภาพเป็นไปอย่างเข้มข้นเข้มงวด การทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการคลังสุขภาพกับการจัดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบในประเทศต่าง ๆ ให้ข้อสรุปว่าต้องพิจารณาข้อมูลเชิงบริบทประกอบ (Van de Wees et al 2015)

บทเรียนจากต่างประเทศดังกล่าวได้ให้แนวทางการดำเนินงานชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพว่า กรณีประเทศที่จัดสิทธิประโยชน์แบบบูรณาการมาก่อนการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สิ่งที่ทำได้ผลคือการระบุบัญชีรายการที่ไม่คุ้มครอง (Exclusion list) เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ความคุ้มค่า ส่วนประเทศที่เพิ่งเริ่มอธิบายชุดสิทธิประโยชน์หลักใช้วิธีระบุบัญชีรายการที่คุ้มครอง (Inclusion list) เพื่อเป็นแม่บทของวิธีดำเนินการ ซึ่งต่อเนื่องไปถึงการกำหนดราคาที่กองทุนประกันสุขภาพจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรายการดังกล่าว

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ชรินทร์ ศรีวิไล (2551) ศึกษาเรื่องสิทธิการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงสิทธิการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 23) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2543 รวมทั้งปัญหาที่ลูกจ้างผู้ประกันตนประสบเมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ตลอดจนค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปรับปรุงสิทธิการรับบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายประกันสังคม ผลการศึกษาพบว่า กฎหมายประกันสังคมกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนทำให้ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ได้รับความคุ้มครองทันทีอีกทั้งยังมีข้อยกเว้นสิทธิรับบริการทางการแพทย์อาทิโรคที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือกรณีมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายอื่นก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคมนอกจากนี้ลูกจ้างผู้ประกันตนยังประสบปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์รวมทั้งถูกจำกัดสิทธิรับบริการทางการแพทย์เช่น กรณีลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพแต่ยังสามารถทำงานได้ก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองกรณีทุพพลภาพ

นิรมล รongศรีแย้ม (2552) การศึกษาเรื่อง การเข้าถึงสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม กรณีเจ็บป่วยของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคในการใช้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมกรณีเจ็บป่วยของผู้ประกันตน ผลการศึกษาพบว่าผู้ประกันตนมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ผู้ประกันตนมีความรู้เรื่องเงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีเจ็บป่วยมากที่สุดและมีความรู้

กรณีทันตกรรมน้อยที่สุด เจ้าหน้าที่มีความรู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ได้เป็นอย่างดี การเข้าถึงสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย โดยการรับบริการ ณ สำนักงานประกันสังคม การรับบริการ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ สถานพยาบาลบอกจุดบริการอย่างชัดเจน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการใช้สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย ผู้ประกันตนเห็นด้วยในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ประกันตนพบปัญหาและอุปสรรคในการใช้สิทธิ ณ สำนักงานประกันสังคมในระดับมาก คือ การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารไม่ชัดเจนและไม่ทั่วถึง เงื่อนไขการได้รับสิทธิประโยชน์มีรายละเอียดที่เข้าใจยาก การใช้สิทธิ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิพบปัญหาได้รับการรักษาไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้สิทธิประกันสังคม แพทย์ซักถามอาการเจ็บป่วยไม่ละเอียดขณะตรวจ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะของผู้ประกันตน พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นผู้ประกันตน จำนวนใช้สิทธิแตกต่างกัน

นันทวรรณ กิติกรรมากรณ์ และคณะ (2557) ศึกษาเรื่องวิกฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการไทยผลการศึกษาพบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพโครงการสวัสดิการข้าราชการในประเทศไทยเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (พ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกิน 3 ราย) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางตามปริมาณการให้บริการแบบย้อนหลังโดยไม่มีกำหนดเพดานสูงสุดทำให้ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนคนไทยผู้ใช้สิทธินี้จะมีจำนวนประมาณร้อยละ 10 แต่ช่วงระยะเวลาเพียง 13 ปี (พ.ศ. 2531-พ.ศ. 2544) เกิดค่าใช้จ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่าตัวและมีค่าใช้จ่ายจริงสูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ทุกปีโดยในงบประมาณปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็นมูลค่าถึง 54,904.48 ล้านบาทโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงถึงร้อยละ 80 ของค่าบริการผู้ป่วยนอกทำให้เกิดการตื่นตัวในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในช่วง พ.ศ. 2540-2553 ในหลายมาตรการแต่ศักยภาพในการบริหารจัดการการคลังของโครงการนี้มีจำกัดเนื่องจาก (1) งบประมาณเป็นแบบปลายเปิดสามารถใช้จ่ายส่วนที่เกินกว่าที่ตั้งงบประมาณได้จากงบกลางรวมทั้ง (2) ระบบนี้มีสัดส่วนครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวนมากเนื่องจากครอบคลุมข้าราชการเกษียณอายุราชการและครอบครัวด้วยและ (3) สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อสร้างรายได้จากการเบิกเงินคืนจากโครงการนี้ในอนาคตจึงต้องมีการศึกษารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมและหามาตรการเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการดำเนินการปฏิรูประบบด้านต่างๆจากการศึกษาและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเช่นแพทย์ให้ความร่วมมือในการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุสมผลและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประชาชนในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโดยไม่จ่ายยาในบางโรคที่ยังไม่จำเป็นต้องจ่ายยาหรือทัศนคติต่อการจ่ายยาที่มีราคาถูกแต่ประสิทธิภาพในการรักษาดีเป็นต้นนอกจากนี้ยังต้องมีกฎหมายรองรับเอื้อต่อการ

ดำเนินการที่สำคัญจะต้องไม่เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการที่ต้องแลกมากับเงินเดือนที่ต่ำกว่าภาคเอกชนอีกด้วย

ณัฐธิดา จินดาพลและคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง วิฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไทยผลการศึกษาพบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐพบปัญหาวิกฤตงบประมาณอย่างมากมาหลายปี แต่ไม่ว่าจะมีการปฏิรูปใดๆก็ตามต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งรัฐบาลผู้ออกนโยบาย สังคมให้การยอมรับ เช่น แพทย์ให้ความร่วมมือในการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุสมผล การรักษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลให้มีการใช้จ่ายเป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ สร้างทัศนคติที่ดีของประชาชนในสังคมต่อการรักษาโดยไม่ใช้จ่ายในบางโรคที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือทัศนคติต่อการใช้จ่ายที่มีราคาสูง แต่ประสิทธิภาพในการรักษาดีและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีกฎหมายรองรับเอื้อต่อการดำเนินการ ที่สำคัญจะต้องไม่เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการที่ต้องแลกมากับเงินเดือนที่ต่ำกว่าภาคเอกชนอีกด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าสิทธิประโยชน์ของระบบ 3 กองทุนมีความแตกต่างกันพบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพโครงการสวัสดิการข้าราชการในประเทศไทยเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวโดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางตามปริมาณการให้บริการแบบย้อนหลังโดยไม่มีกำหนดเพดานสูงสุดทำให้มีค่าใช้จ่ายงบประมาณที่สูง ส่วนผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมพบว่า กฎหมายประกันสังคมกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนทำให้ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ได้รับความคุ้มครองทันที

### แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ 3 กองทุน

#### 1. ความหมายของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้นิยามของ “ระบบสุขภาพ” ได้รับการบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าหมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ซึ่งสัมพันธ์กับนิยามของ “สุขภาพ” ที่บัญญัติไว้ว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” โดย “ปัญญา” หมายถึง “ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความซื่อ ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่” จึงมีความหมายที่กว้างขวางมากกว่านิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาก โดยกระบวนการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ ได้พยายามจัดวางองค์ประกอบของระบบสุขภาพให้ครบถ้วนและสอดคล้อง

กัน ซึ่งประกอบด้วย 10 ระบบย่อย (อำพล จินดาวัฒน์, 2551: 337) ได้แก่ 1) ระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 4) ระบบการควบคุมคุณภาพ และการบริการสาธารณสุข 5) ระบบการส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ 6) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค 7) ระบบเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 8) ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ 10) ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และ 9) ระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

ทั้ง 10 ระบบย่อยนี้มีความเชื่อมโยงประสานกัน โดยมีระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเป็นศูนย์กลาง โดยสามารถสรุปเป็นแผนงานดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบย่อยในระบบสุขภาพไทย

ที่มา: อำพล จินดาวัฒน์และคณะ, 2551: 337

แนวคิดระบบสุขภาพประกอบขึ้นจากสองส่วนคือ “ระบบวิธีคิด” หรือทฤษฎีเกี่ยวกับโรคและสุขภาพ (Disease theory system) และ “ระบบงาน” หรือระบบการดูแลรักษาและแก้ปัญหา



สุขภาพ (Health delivery system) ซึ่งสัมพันธ์กันมาก คือถ้าวิถีคิดเปลี่ยนจะทำให้การสร้างระบบงานด้านสุขภาพเปลี่ยนไปด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 180) วิถีคิดแบบการแพทย์แบบชีวภาพภายใต้ทฤษฎีเชื้อโรค (Germ theory) เป็นแนวคิดกระแสหลักของประเทศแถบตะวันตก เนื่องจากพัฒนาการของสังคมและความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และเมื่อการแพทย์เป็นเครื่องมือ สำคัญอย่างหนึ่งในการขยายอิทธิพลไปยังดินแดนต่าง ๆ จึงทำให้ระบบการแพทย์แบบตะวันตกกลายเป็นการแพทย์ กระแสหลักของโลก ภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 จะมีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้น ค.ศ. 1946 และมีการกำหนดคำนิยาม ของสุขภาพ (Health) ไว้ในธรรมนูญองค์การอนามัยโลกว่า “สุขภาพ หมายถึงสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น” ที่ดูเหมือนจะเป็นความพยายามขยายขอบเขตออกไปให้กว้างกว่าวิถีคิดแบบเดิม แต่การฟื้นฟูประเทศที่เสียหายจากสงครามของรัฐบาลประเทศต่าง ๆ และการต่อต้านสังคมนิยม โดยให้ความช่วยเหลือประเทศโลกที่สาม ก็ยังคงมุ่งเน้นที่การจัดบริการสุขภาพ (Health service system) เป็นหลัก คำประกาศเพื่อสร้างกระแสธารณสุขมูลฐานที่อัลมาตา ในปี พ.ศ.2518 (ค.ศ. 1975) ได้นำมาสู่การตั้งเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ทำให้สุขภาพกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อย่างชัดเจน ต่อมาเมื่อมีการตื่นตัว เรื่องการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนหันมามีส่วนร่วมในการปกป้องสุขภาพของประชาชน จึงเกิด “กฎบัตรอตตาวา” ในปี พ.ศ.2529 (ค.ศ.1986) ซึ่งทำให้ประชาคมโลกตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพมากกว่าสนใจเพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพเท่านั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2550) แม้กระแสแนวคิดเรื่องสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงไปมากจนในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2542 มีการเสนอให้ขยายนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกให้ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณและความเป็นพลวัตของ สภาวะ เพื่อให้มีความหมายชัดเจนและเป็นองค์รวมมากขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 1) แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนแต่อย่างใด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกจะส่งผลกระทบต่อประเทศต่าง ๆ ต้องมีการทบทวนวิถีคิดและวิธีทำงานกับสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพ” ในความหมายใหม่ รวมถึงองค์การอนามัยโลกเองก็ต้องทบทวนบทบาทภารกิจของตนเองด้วย อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทยที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมุมมองเชิงปรัชญาของระบบสุขภาพ จาก การจัดการอย่างทั่วถึง (Health for All) เป็นแนวคิดที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (All for health) (วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 46)

จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ระบบสุขภาพจึงที่จะให้ประชาชนมีสภาวะกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

รักษาโรค ฟันฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแรงและความพร้อมของ  
 สาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติต่างๆ

## 2. วิวัฒนาการของระบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลมาอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นว่า  
 รัฐบาลให้ความสำคัญกับสุขภาพ และเป็นการสร้างความมั่นคงให้กับชีวิตของประชาชนซึ่งแต่ละระบบ  
 มีวิวัฒนาการที่แตกต่างกัน โดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2488 รัฐบาลได้ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้  
 ผ่านการดำเนินการของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งให้ผู้ใช้บริการรักษายาบาลจ่ายค่ารักษายาบาล  
 บางส่วนแก่สถานพยาบาลของรัฐบาล โดยสถานพยาบาลสามารถใช้ดุลยพินิจในการสงเคราะห์  
 ผู้ใช้บริการที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้

ปี พ.ศ. 2515 กองทุนเงินทดแทน ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน  
 กรมแรงงาน ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ที่ให้ความคุ้มครองลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือ  
 เจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป  
 ที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ถือว่าเป็นก้าวแรกของการเกิดระบบประกันสังคมที่ไม่เต็มรูปแบบ

ปี พ.ศ. 2518 เริ่มมีโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย เพื่อสร้างหลักประกัน  
 สุขภาพให้กับประชาชนที่ยากจน แต่พบว่ากระบวนการจัดสรรบัตรสงเคราะห์ภายใต้ระบบอุปถัมภ์ใน  
 สังคมไทย ทำให้ผู้มีอำนาจในการจัดสรรบัตรให้กับคนในเครือข่ายซึ่งมิได้ยากจนจริงๆ จึงทำให้ผู้  
 ยากจนจริงๆ ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์นี้ (นาถฤดี เทพหัสดิน ณ อยุธยา, 2528) และต่อมาในปี พ.ศ.  
 2535-2537 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) โดยขยาย  
 สวัสดิการไปยังกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ภิกษุ  
 สามเณร เป็นต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นรายปีในการจัดบริการ

หลังจากนั้นรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ  
 รักษายาบาล พ.ศ. 2521 เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับข้าราชการ และต่อมาได้เปลี่ยนเป็นพระราช  
 กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมรวมจำนวน 8  
 ฉบับ โดยปัจจุบันอ้างอิงพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และ  
 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 (กันยารัตน์ แสนสันเทียะ, 2559: 30) โดยใช้เงินงบประมาณจ่าย  
 เป็นเงินสวัสดิการให้แก่ข้าราชการเจ้าหน้าที่พนักงานและลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public formal  
 sector) รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี ไม่เกิน 3  
 คน รวมถึงลูกจ้างชาวต่างชาติที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณของ กระทรวง ทบวง กรม ซึ่ง  
 ครอบคลุมประมาณ 5 ล้านคน ทั้งนี้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดำเนินงานภายใต้กลุ่ม  
 งานสวัสดิการข้าราชการ สังกัดกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

ในปี พ.ศ. 2526 รัฐบาลได้ขยายสวัสดิการรักษายาบาลให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้รับบัตรรายได้น้อยและยังไม่มีประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการบัตรสุขภาพ และได้นำร่องบัตรอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งครอบคลุมการบริการดูแลก่อนคลอด การคลอด หลังคลอด การวางแผนครอบครัวและอนามัยเด็กเล็ก ราคา 100 บาท เป็นการบริหารจัดการเป็นลักษณะกองทุนสุขภาพชุมชน มีคณะกรรมการที่คัดเลือกมาจากชุมชน ซึ่งมาตรการนี้ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหลักประกัน มากกว่าการส่งเสริมหลักประกัน เพราะคนกลุ่มนี้ไม่มีเงินพอที่จะซื้อบัตร จนถึง พ.ศ. 2537 โครงการนี้ได้ปรับเปลี่ยนเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยรัฐให้งบประมาณสนับสนุน (Public subsidized voluntary health insurance scheme) ประชาชนต้องซื้อบัตรราคา 500 บาท และรัฐสมทบให้ 500 บาท ต่อมารัฐสมทบเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาท ใน พ.ศ. 2542 คุ่มครองบุคคลในครอบครัว 5 คน บัตรมีอายุหนึ่งปี และได้มีการปรับการบริหารกองทุนจากระดับชุมชนเป็นระดับจังหวัดและประเทศ โดยมีการจัดสรรเงินให้แก่จังหวัดตามจำนวนบัตรที่จำหน่ายได้ซึ่งได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและเข้าร่วมโครงการ มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้จำหน่าย ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมี “นโยบายหลักประกันสุขภาพ 100 เปอร์เซ็นต์” จึงส่งผลให้โครงการนี้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว (สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์, 2556)

ถัดมาในปี พ.ศ. 2533 เริ่มประกาศใช้ระบบประกันสังคมสำหรับประชาชนที่ทำงานในสถานประกอบการภาคเอกชน โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน อยู่ภายใต้กระทรวงแรงงาน และมีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองลูกจ้างผู้ประกันตน หรือกลุ่มลูกจ้างเอกชน (Private formal sector) เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้าง หรือผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย เจ็บป่วยทุพพลภาพ หรือตาย อันมิใช่จากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน ที่ให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้าง ไม่ครอบคลุมบุคคลในครอบครัวเช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกและใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้พदानงบประมาณสำหรับการรักษายาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งคุ้มครองสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และต่อมาปี พ.ศ. 2536 และปี พ.ศ. 2545 ได้ขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน 5 คน และ 1 คนตามลำดับ โดยมีการกำหนดให้ร่วมร่วมจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนจากนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลกองทุนประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างประมาณ 10.50 ล้านคน และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ

ฉบับที่ 102 สภาพเศรษฐกิจและสังคมของไทยในปัจจุบัน ไม่นานมานี้ได้มีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองลูกจ้างผู้ประกันตนรอบด้านมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนจำนวนมากที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2545 ได้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือประกันสังคม กองทุนที่ให้การดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (Informal sector) เช่นเกษตรกรผู้ใช้แรงงานรับจ้างค้าขาย ส่วนตัวซึ่งมีจำนวนผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิ 48 ล้านคน โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อสานต่อนโยบายรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน เพื่อให้ทุกคนได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็น อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยระบบบริหารจัดการและการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการของตนเองรวมถึงการที่ผู้ให้บริการมีความสุข และสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการ (กรมบัญชีกลาง, 2553; สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์, 2556: 41)

## ตารางที่ 2 วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในประเทศไทย

| ปี พ.ศ. | เหตุการณ์  |
|---------|--|
| 2515    | กองทุนเงินทดแทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103   |
| 2518    | โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย(สปร.)  |
| 2517    | พระราชบัญญัติกองทุนทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยจากการทำงาน   |
| 2523    | พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523   |
| 2526    | โครงการบัตรสุขภาพ  |
| 2533    | พระราชบัญญัติ ประกันสังคม (ผู้ประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป)   |
| 2537    | พรบ.กองทุนเงินทดแทน  |
| 2540    | รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2540 กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิได้รับการสุขภาพที่จำเป็น แผนพัฒนาสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) โดยมีเป้าหมายในการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 |
| 2544    | นำร่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน 6 จังหวัดภายใต้โครงการ SIP  |
| 2545    | พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545  |
| 2553    | พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลพ.ศ. 2553<br>เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมป้องกันโรค (มาตรา 4)   |
| 2555    | พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555   |
| 2558    | พระราชบัญญัติ ประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558  |

ที่มา: ปรับปรุงจากระบบประกันสุขภาพไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์, 2556: 41; เจษฎาพงษ์ พรหมเฝ้า และธีระ ศรีธรรมรักษ์, 2559

จากการศึกษาวิวัฒนาการของระบบสุขภาพจะเห็นว่าในช่วงแรกๆประชาชนยังเข้าไม่ถึงสิทธิในระบบสุขภาพ ไม่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือประกันสังคม มีการพัฒนามีตลอดต่อมารัฐบาลได้มีนโยบายรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน เพื่อให้ทุกคนได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็น อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยระบบบริหารจัดการและการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบสุขภาพหลัก 3 ระบบด้วยกันได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งครอบคลุมผู้มีสิทธิจำนวน 4.97 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 7.41 ระบบประกันสังคมครอบคลุมผู้มีสิทธิจำนวน 10.84 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 16.15 และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมผู้มีสิทธิจำนวน 49.83 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 74.20 ซึ่งครอบคลุมคนไทยร้อยละ 97.76 ของประชากรทั้งประเทศ (ข้อมูล พ.ศ. 2558, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนจะครอบคลุมคนไทยเกือบทั้งประเทศ แต่ยังมีคงมีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพ ทั้ง 3 กองทุนมีความแตกต่างกันในหลายประเด็น เช่น วัตถุประสงค์ในการก่อตั้งจำนวนประชาชนที่มีสิทธิ รวมทั้งรูปแบบการบริหารจัดการ เป็นต้น โดยเฉพาะรูปแบบการบริหารจัดการของทั้ง 3 ระบบมีนโยบายและการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน (อัมมาร สยามวาลา, อนุ แนนทนา และนิพิฐ พิรเวช, 2555: 26) ทำให้ระบบสาธารณสุขประเทศไทยมีการบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพ (ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์, 2557: 13) โดยทั้งระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับรักษายาบาลข้าราชการเริ่มมีใช้ตั้งแต่พ.ศ. 2523 โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นสวัสดิการเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานแก่ข้าราชการและลูกจ้าง เพื่อเป็นการชดเชยเงินเดือนของข้าราชการที่ถือว่าน้อย เพื่อเป็นการบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย โดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณของรัฐบาล ซึ่งเป็นงบกลางใช้สำหรับทุกส่วนราชการซึ่งตั้งไว้ที่กรมบัญชีกลาง โดยกรมบัญชีกลางมีหน้าที่ตั้งงบประมาณและควบคุมดูแลการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาฯ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลกระทรวงการคลัง

หลักเกณฑ์ของระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล

(1) ผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ได้แก่ข้าราชการ และลูกจ้างประจำที่ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือน และงบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการพลเรือน ข้าราชการครู ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ข้าราชการฝ่ายอัยการ

ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ข้าราชการฝ่ายรัฐสภา ข้าราชการตำรวจ ข้าราชการทหาร และ ข้าราชการการเมืองอีกทั้งลูกจ้างชาวต่างประเทศที่มีหนังสือสัญญาจ้างที่รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณ รายจ่าย และผู้ได้รับบำนาญปกติตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 หรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการ พ.ศ. 2495 จะเห็นได้ว่าข้าราชการส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์กรของรัฐ และพนักงานราชการไม่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกานี้ นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวยังมีสิทธิตาม พระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2553 มาตรา 5 บุคคลในครอบครัวนั้นประกอบด้วย บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรมีอายุไม่ถึง 20 ปี ไม่เกิน 3 คน ที่ถูกต้องตามกฎหมาย กรณีมีบุตรมากกว่า 3 คน และกรณีมี บุตรคนใดคนหนึ่งภายใน 3 คน ตายก่อนบรรลุนิติภาวะ ให้บุตรคนที่อยู่ลำดับถัดไปได้รับสิทธิเพิ่มขึ้น เท่ากับจำนวนบุตรที่ตาย

#### (2) เงื่อนไขการได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

2.1) กรณีผู้มีสิทธิที่ได้รับเงินค่ารักษายาบาลตามสิทธิของตนจากหน่วยงานอื่น ผู้ มีสิทธิเลือกว่าจะใช้สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2553 หรือใช้สิทธิจากหน่วยงานอื่น การเปลี่ยนแปลงสิทธิสามารถทำได้ในเดือนตุลาคมของทุกปี ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การเลือกหรือเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ กระทรวงการคลังกำหนด ตามประกาศของกรมบัญชีกลาง เรื่องหลักเกณฑ์การเลือกหรือเปลี่ยนแปลง การใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ที่ กค 0422.2/ว377 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553

2.2) กรณีที่บุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลตามสิทธิของตนเอง จากหน่วยงานอื่น ผู้มีสิทธิไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลสำหรับบุคคลใน ครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา เว้นแต่ค่ารักษายาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการ ให้ผู้มีสิทธิ ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่

2.3) กรณีที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่นซึ่ง มีสิทธิได้รับเงินค่า รักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวจากหน่วยงานอื่นในขณะเดียวกัน ให้ผู้มีสิทธิ มีสิทธิได้รับเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา

#### (3) การเกิดสิทธิและการหมดสิทธิ

ผู้มีสิทธิจะมีสิทธิตั้งแต่วันที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้ง และหมดสิทธิเมื่อเกษียณอายุ ราชการ ลาออก ถูกไล่ออก หรือเสียชีวิต และกรณีถูกระงับสิทธิเพราะถูกพักราชการ สำหรับบุคคลใน ครอบครัวของผู้มีสิทธินั้นจะต้องตามการเกิดสิทธิและการหมดสิทธิของผู้มีสิทธิ

#### (4) โครงสร้าง แหล่งที่มาของเงินทุนและระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล

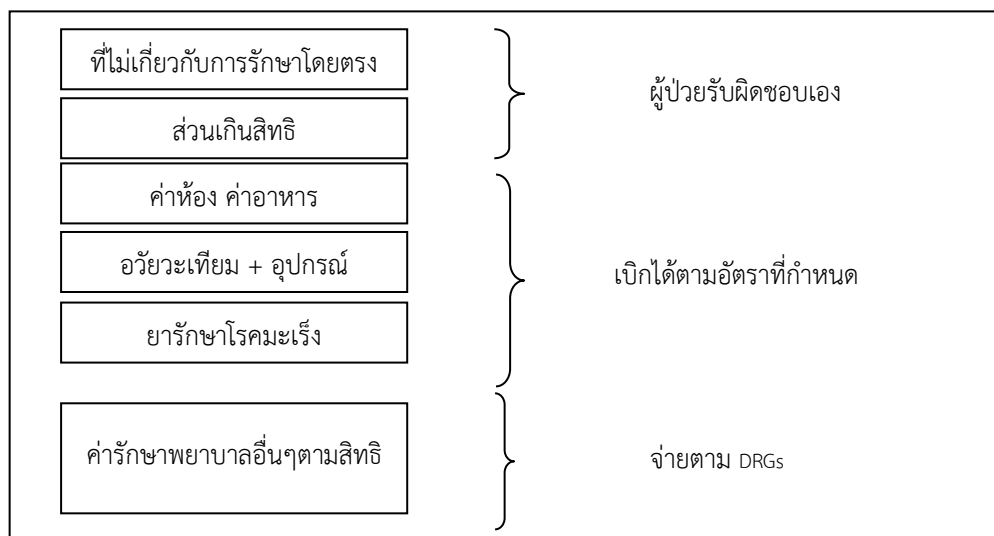
4.1) โครงสร้างของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้ กระทรวงการคลัง ซึ่งกระทรวงการคลังเป็นผู้มีหน้าที่ออกหลักเกณฑ์ และวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยมีกรมบัญชีกลางทำหน้าที่ดูแล และรับผิดชอบในการออกหลักเกณฑ์วิธีการ อัตรากារเบิกจ่ายเงิน และการเบิกจ่ายเงินทั้งระบบโดยตรง

4.2) แหล่งที่มาของเงินทุนของระบบสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการ มาจากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายกลางของสำนักงบประมาณให้กับกรมบัญชีกลาง ตามวงเงินที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม

4.3) ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษพยาบาลให้กับสถานพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

การเบิกจ่ายค่ารักษพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาลแบบวิธีการจ่ายเงินตามรายการบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee for services) ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2550 ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุดที่ กค 0417/ว 204 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2550 กรมบัญชีกลางได้เริ่มใช้ระบบการเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยในด้วยระบบ DRGs ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee for services) เป็นการตกลงการจ่ายล่วงหน้าตามกลุ่มโรค (Case base) ระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลโดยการจ่ายค่ารักษพยาบาลด้วยระบบ DRGs เป็นการจ่ายค่ารักษาเพียงส่วนหนึ่งของยอดเงินทั้งหมดที่จ่ายเท่านั้นซึ่งอัตราที่คำนวณการจ่ายจากค่ารักษพยาบาลอื่น ๆ เช่น ค่าตรวจ ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าการพยาบาล เป็นต้น ให้เบิกได้ตามตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ส่วนของค่าห้องค่าอาหาร และค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และอวัยวะเทียมเบิกได้ตามอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ



ภาพที่ 3 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยระบบ DRGs

ที่มา: กรมบัญชีกลาง (2553: 23)

ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนสุด ที่ กค 0417/ว204 ลว 13 มิถุนายน 2550 เรื่องการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บผู้ป่วยในแต่ละราย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนผู้ป่วยจ่าย ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น ค่าโทรศัพท์ ค่าใช้เครื่องไฟฟ้า เป็นต้น และ 2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินสิทธิ ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษาส่วนที่เกินอัตราที่กำหนด รวมทั้ง ยาบำรุง ค่าผ่าตัดที่เป็นการเสริมสวย ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีกรรมการแพทย์รับรองความจำเป็น เป็นต้น

- ส่วนนอก DRG เบิกได้ทั้งหมดตามที่อัตรากำหนด

- ส่วนจ่ายตาม DRG เบิกได้ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์และอัตราฐาน ได้แก่ 1) ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด ได้แก่ ยาที่ใช้ในโรงพยาบาล และยาที่นำกลับบ้าน 2) ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา 3) ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต 4) ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา 5) ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา 6) ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ 7) ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ 8) ค่าผ่าตัด ทำคลอด และการทำหัตถการ และวิสัญญี 9) ค่าบริการทางทันตกรรม 10) ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟู 11) ค่าบริการทางการแพทย์ และ 12) ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ



สำหรับการจ่าย แต่ละโรงพยาบาลจะมีอัตราฐานของตัวเอง ซึ่งมาจากการเฉลี่ยค่ารักษาต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ และปรับเปลี่ยนสำหรับการเพิ่มขึ้นของค่ารักษาพยาบาลต่อปีด้วยอัตราที่เท่ากัน โรงพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการและระดับการให้บริการใกล้เคียงกันจะมีอัตราเท่ากันหรือใกล้เคียง

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกรณีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในโดยระบบ DRGs เป็นลักษณะของการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า สถานพยาบาลจะทราบว่าการรักษาโรคนั้นๆ ตามมาตรฐานการรักษาของสถานพยาบาลจะได้รับค่ารักษาในอัตราเท่าไร เพื่อให้สถานพยาบาลพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าสถานพยาบาลรักษาผู้ป่วยด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าอัตราที่กรมบัญชีกลางตกลงที่จะจ่ายไว้สถานพยาบาลสามารถนำจำนวนเงินที่เหลือจากที่ตกลงไว้ไปเป็นรายได้ของสถานพยาบาลได้เลย แต่เมื่อใดก็ตามถ้าการรักษาพยาบาลมีต้นทุนสูงกว่าที่ตกลงไว้ สถานพยาบาลต้องรับผิดชอบส่วนเกินนั้นเอง โดยห้ามเรียกเก็บจากผู้ป่วย (กรมบัญชีกลาง, 2553: 23-24)

หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายในระบบ DRG มี 2 ระบบดังนี้

- ระบบ DRG สถานพยาบาลของทางราชการ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน โดยระบบ DRG เป็นลักษณะของการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า ทำให้สถานพยาบาลรู้ค่ารักษาในอัตราเท่าไรในการรักษาโรคนั้นๆ ตามมาตรฐานการรักษาของสถานพยาบาล ทั้งนี้หากสถานพยาบาลรักษาผู้ป่วยด้วยต้นทุนต่ำกว่าอัตราที่กรมบัญชีกลางตกลงที่จะจ่าย จำนวนเงินที่เหลือจากการรักษาสามารถนำไปเป็นรายได้ของสถานพยาบาลได้เลย แต่หากมีต้นทุนสูง สถานพยาบาลต้องรับผิดชอบส่วนเกินสิทธินั้นเอง โดยห้ามเรียกเก็บจากผู้ป่วย ระบบ DRG

- ระบบ DRG สถานพยาบาลเอกชน เริ่มดำเนินการในเดือนเมษายน 2554 สถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลางมีข้อปฏิบัติ ดังนี้ (1) ต้องเป็นโรคที่กรมบัญชีกลางประกาศ ซึ่งจะต้องเป็นโรคที่ต้องมีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective surgery) เช่น การคลอดบุตร (2) การเบิกจ่ายจะต้องเป็นการเบิกจ่ายตรงเท่านั้น โดยค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เบิกได้ กรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินเข้าบัญชีของสถานพยาบาลเอกชนโดยตรง ส่วนค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ผู้ป่วยต้องรับภาระเอง และไม่สามารถมาเบิกจากทางราชการได้

#### (5) สิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

5.1) สถานพยาบาลของทางราชการสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศไทยส่วนประเภทผู้ป่วยในสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ กรณีสถานพยาบาลเอกชนผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย (Co-payment) ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังกำหนด

5.2) ค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลได้แก่ 1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค 2) ค่าอวัยวะเทียมและ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ 3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการพยาบาล ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค 4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแล หลังคลอดบุตร 5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล 6) ค่าใช้จ่ายเพื่อ เป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค 7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ 8) ค่าใช้จ่ายที่ จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่ไม่รวมถึงการเสริมความงาม

### 5.3) อัตราค่ารักษาพยาบาลมีดังนี้

(1) ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ เบิกได้เต็มตามที่จ่ายจริงทั้ง คนไข้ในและคนไข้นอก สำหรับในสถานพยาบาลของเอกชน เบิกได้เฉพาะกรณีที่มีอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (แปดพันบาทถ้วน)

(2) ค่ายา เบิกได้ไม่เกินที่ใบเสร็จรับเงินระบุว่าเป็น “ค่ายาที่เบิกได้” หรือ “ค่า ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ” หรือ “ค่ายาในบัญชียาของสถานพยาบาล” หรือ “ค่ายานอกบัญชียา” แต่สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ว่าจำเป็นต้องใช้นั้น

(3) ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา และค่าซ่อมแซมอวัยวะ เทียมเบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

(4) กรณีคนไข้ใน ค่าเตียงสามัญ และค่าอาหาร เบิกได้ไม่เกินวันละ 400 บาท กรณีอื่นเบิกได้ไม่เกินวันละ 1,000 บาท และไม่เกิน 13 วัน

(5) ค่ารถ Reffer เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น การจ่ายแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ อัตราเหมาจ่าย (ค่ารักษาค่าบริการในกรณีฉุกเฉิน) 500 บาท/ครั้ง และจ่ายตามระยะทาง (ระยะทางไป-กลับ) ในอัตรา 4 บาท/กิโลเมตร เบิกได้เฉพาะกรณีส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเท่านั้น

(6) การตรวจสุขภาพประจำปีให้สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือผู้ได้รับ เบี้ยหวัดบำนาญไม่รวมบุคคลในครอบครัว ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทาง ราชการมีสิทธิเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลัง กำหนด โดยผู้มีสิทธิต้องทดลองจ่ายไปก่อน ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 อัตราค่าตรวจสุขภาพประจำปี

| กลุ่มผู้มีสิทธิ            | ตรวจได้ (รายการ) | อัตราค่าตรวจสุขภาพประจำปี |
|----------------------------|------------------|---------------------------|
| อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์  | 7                | ไม่เกิน 580 บาท           |
| อายุเกินกว่า 35 ปีบริบูรณ์ | 16               | ไม่เกิน 1,050 บาท         |

ที่มา: คู่มือสวัสดิการรักษายาบาล, กรมบัญชีกลาง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะมีกฎหมายกำหนดเงื่อนไขต่างๆในเรื่องของสิทธิประโยชน์ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้กระทรวงการคลัง ผู้มีหน้าที่ออกหลักเกณฑ์ และวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล โดยมีกรมบัญชีกลางทำหน้าที่ดูแล และรับผิดชอบในการออกหลักเกณฑ์ วิธีการ อัตราการเบิกจ่ายเงิน และการเบิกจ่ายเงินทั้งระบบโดยตรงซึ่งแหล่งที่มาของเงินทุนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มาจากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายกลางของสำนักงบประมาณให้กับกรมบัญชีกลาง ตามวงเงินที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี

#### 2) ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเกิดขึ้นมาจากแนวความคิดและแรงผลักดันของสังคมรวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นแรงผลักดันให้รัฐต้องเข้ามามีบทบาททางด้านประกันสังคม เพราะการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร และการพัฒนาไปสู่สังคมเมือง ผลจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมของชนชั้นกลางและกลุ่มแรงงานผลักดันผู้นำประเทศเยอรมนี Chancellor Otto von Bismark ซึ่งเป็นผู้นำประเทศในขณะนั้นอีกทั้งภาวะยากจนที่เกิดขึ้นทั่วประเทศแถบยุโรป ซึ่งรัฐเกรงว่าสถานการณ์จะนำไปสู่อิทธิพลของแนวคิดสังคมนิยม Bismark จึงแก้ปัญหาด้วยวิธีการเสริมทางบวกของการให้แทนที่จะเป็นทางลบ โดยการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ กลุ่มแรงงานให้ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนระบบสหกรณ์ ควบคุมการใช้แรงงานเด็กและอื่นๆ โดยริเริ่มการประกันสังคมเมื่อประกอบกับอิทธิพลทางการเมืองที่มีอยู่ทำให้การตรากฎหมายเพื่อการนี้ประสบความสำเร็จโดยง่าย (พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธ และคณะ, 2559: 11)

การประกันสังคมคือโครงการที่รัฐได้จัดขึ้นเพื่อคุ้มครองประชาชนให้มีความมั่นคงในชีวิต โดยให้ผู้มีรายได้ประจำเก็บออมเงินไว้ในกองทุนกลาง โดยต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าร่วมกองทุนกับรัฐบาลจนครบตามเงื่อนไขที่กำหนด จึงจะได้รับสิทธิ์ตามที่ตกลงกัน หรือตามกฎหมาย (บริษัทกลุ่มแอดวานซ์ รีเสิร์ช จำกัด, สำนักงานประกันสังคม, 2559: 2-1) แล้วเบิกใช้เมื่อประสบเคราะห์กรรมต่างๆ การประกันสังคมจึงเป็นระบบร่วมมือกันรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการออมและการเสียสละเพื่อส่วนรวมเมื่อสมาชิกในสังคมต้องขาดรายได้ อันมีผลมาจากการประสบเคราะห์กรรมอย่าง

ใดอย่างหนึ่ง การประกันสังคมจะเป็นหลักประกันในการทดแทนรายได้ในส่วนที่สูญเสียไป เพื่อให้ดำรงชีพต่อไปได้ การประกันสังคมจึงถือเป็นมาตรการหนึ่งที่เกิดความมั่นคงในสังคม ในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งในการวางรากฐานของความมั่นคงทางสังคม (กิตติพงษ์ สุขุณดี, 2539: 15)

ระบบความมั่นคงทางสังคมโดยอาศัยการสร้างหลักประกัน 3 วิธี (Neill Gilbert, Henry Milfer and Harry Spech, 1960) ประกอบด้วย

(1) หลักการสงเคราะห์ (Public assistance) เป็นการช่วยเหลือประชาชน หรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในรูปการสงเคราะห์การประสาสงเคราะห์ กรณีที่บุคคลประสบความทุกข์ เช่น ประสบอุบัติเหตุ วาดภัย อัคคีภัย เป็นต้น โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ การรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ และการให้บริการต่างๆ

(2) หลักการบริการสังคม (Social service or public service) เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชน โดยไม่คำนึงว่าผู้นั้นจะต้องมีความเดือดร้อนจริงๆ หรือไม่ในรูปการจัดโครงสร้างพื้นฐานและการบริการ เช่น การศึกษาสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

(3) หลักประกันสังคม (Social insurance) เป็นวิธีการที่รัฐให้ประชาชนทำการประกันรายได้ของตนไว้เพื่อประโยชน์ของตนเองและครอบครัว เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการคุ้มครองไม่ให้เกิดความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยจัดให้มีกองทุนกลางที่นายจ้างและช่วยออกเงินสมทบ

การประกันสังคม (Social insurance) เป็นโครงการบริหารทางสังคมในระยะยาวที่รัฐบาลดำเนินการ โดยให้ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วยตัวเองหรือครอบครัวโดยร่วมกันเสี่ยงภัยหรือช่วยเหลือบำบัดทุกข์ยาก เดือดร้อนซึ่งกันและกันระหว่างผู้มีรายได้ทางสังคมด้วยการออกเงินสมทบเข้ากองทุนเรียกว่า “กองทุนประกันสังคม” โดยมีนายจ้างลูกจ้าง รวมทั้งรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุน และนำเงินในกองทุนนี้จ่ายประโยชน์ทดแทนให้กับผู้ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดความเดือดร้อน เช่น เจ็บป่วย คลอดบุตร ว่างาน ชราภาพ เป็นต้น โดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ดังนั้นการประกันสังคมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนโดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดแคลนรายได้ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข (ปราณี สุขศรี, 2550: 42-50)

ระบบประกันสังคมในประเทศไทยถือกำเนิดเมื่อปี พ.ศ. 2533 โดยที่ระบบประกันสังคมเป็นระบบที่ผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล ร่วมกันสมทบจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคม (Matching fund) ระบบประกันสังคมครอบคลุมประชากรประมาณ 10 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 15) อัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ณ. สิ้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดย

ผู้ประกันตนจ่ายร้อยละ 5 นายจ้างจ่ายร้อยละ 5 และรัฐบาลจ่ายร้อยละ 2.75 ของเงินเดือนโดยคำนวณจากฐานเงินเดือนสูงสุด 15,000 บาท ดังนั้นในกรณีที่ผู้ประกันตนมีเงินเดือนมากกว่า 15,000 บาท ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงิน 750 บาทต่อเดือนนายจ้างรวมจ่าย 750 บาทต่อเดือน และรัฐบาลรวมสมทบให้อีกเป็นจำนวน 412.50 บาทต่อเดือนโดยมีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงานเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาล ระบบการจ่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,460 บาทต่อคนต่อปี โดยสำนักงานประกันสังคมจ่ายล่วงหน้าให้สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมดในสังกัดทั้งที่ป่วย และไม่ป่วยเป็นพื้นฐาน มีการจ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มให้สถานพยาบาลตามภาระเสี่ยงโดยเฉลี่ย 432 บาทต่อคนต่อปีสำหรับเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง 26 โรค (ประมาณร้อยละ 90) และจ่ายเพิ่มสำหรับผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักโรคสัมพัทธ์น้อยกว่า 2 (ประมาณร้อยละ 10) โดยคำนวณการจ่ายเงินตามภาระในการรักษาแต่ละครั้งของผู้ป่วยคิดเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวทุกรายการในปี พ.ศ.2560 แล้วมีค่าเท่ากับ 2,532 บาทต่อคนต่อปีและการจ่ายเพิ่มตามภาระเสี่ยงสูงโดยเฉลี่ย 560 บาทต่อคนต่อปี สำหรับผู้ป่วยในที่เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่มีค่าน้ำหนักโรคสัมพัทธ์มากกว่าหรือเท่ากับ 2 (พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธและคณะ, 2559: 11)

จากการศึกษาระบบประกันสังคมจะเห็นว่าเป็นโครงการที่รัฐได้จัดขึ้นขึ้นเพื่อคุ้มครองประชาชนผู้ใช้แรงงานให้มีความมั่นคงในชีวิต โดยให้ผู้มีรายได้ประจำเก็บออมเงินไว้ในกองทุนกลาง โดยต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าร่วมกองทุนกับรัฐบาลจนครบตามเงื่อนไขที่กำหนด จึงจะได้รับสิทธิตามที่ตกลงกัน หรือตามกฎหมาย โดยมีนายจ้างลูกจ้าง รวมทั้งรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุน และนำเงินในกองทุนนี้จ่ายประโยชน์ทดแทนให้กับผู้ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดความเดือดร้อน เช่น เจ็บป่วย คลอดบุตร ว่างาน ชราภาพ เป็นต้น

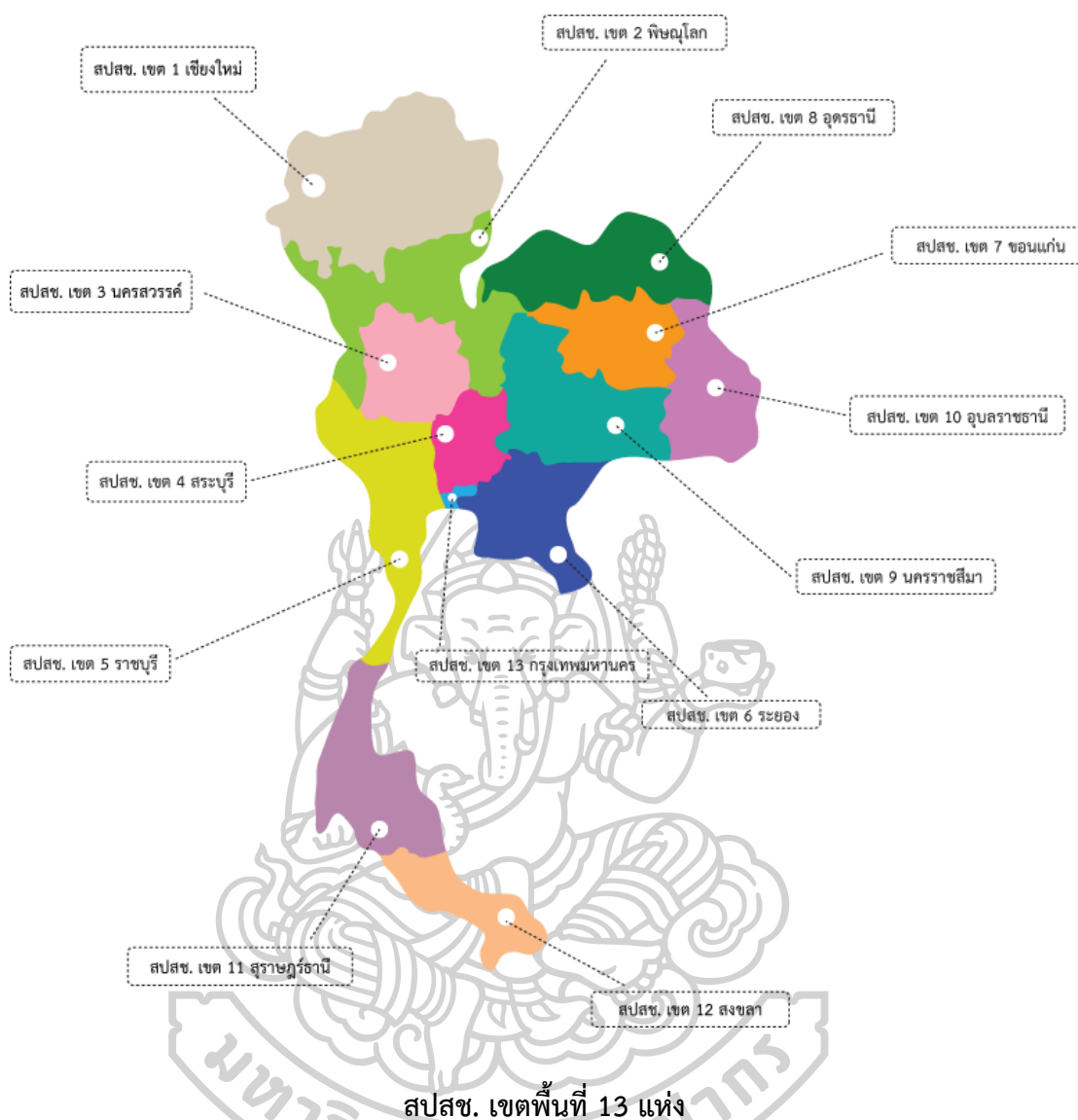
### 3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตคือประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ (Universal coverage) โดยมีมาตรฐานเดียวอย่างเท่าเทียมกัน และเพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตอย่างมั่นใจ เมื่อประสบปัญหาทางสุขภาพ โดยไม่ต้องแบกรับภาระทางการเงิน ซึ่งมีรูปแบบในการจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนได้คำนึงถึงเป้าหมายของระบบสุขภาพ 7 ข้อ ได้แก่ (1) คุณภาพและการเข้าถึงบริการ (2) ประสิทธิภาพ (3) หลักประกันด้านสุขภาพ (4) ความเสมอภาค (5) ความตระหนักเรื่องสุขภาพ (6) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ และ (7) กระบวนการวางนโยบายด้านสุขภาพเชิงสร้างสรรค์เป็นสำคัญ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่เกิดขึ้นหลังจาก 3 ระบบ โดยก่อนท  
มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรง  
และมีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน

ปี 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชาชน และได้  
จัดตั้งโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal coverage: UC) หรือ โครงการ 30 บาท  
รักษาทุกโรค ซึ่งผู้รับบริการร่วมจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท ระยะเวลาเริ่มดำเนินโครงการเดือน  
เมษายน 2544 โดยนำร่อง 6 จังหวัด ต่อมาไม่นานเริ่มระยะที่ 2 อีก 15 จังหวัด และวันที่ 1 ตุลาคม  
2544 ได้ขยายโครงการครอบคลุมทุกจังหวัดทั้งประเทศไทย และบางเขตในกรุงเทพมหานคร และ  
เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการเปิดให้โรงพยาบาลของรัฐนอกกระทรวง  
สาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการได้ในระยะที่ 2

ในปี 2545 ได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้น  
และได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐมีฐานะเป็นนิติ  
บุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ส่งเสริมและ  
พัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ทั้งให้และผู้รับมีความมั่นใจและมีความสุข ปัจจุบัน สปสช. มี  
สำนักงานเขต 13 แห่งกระจายอยู่ทั่วภูมิภาคโดยทำหน้าที่ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดอีกทั้ง สปสช.  
สนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคี เช่น เครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
โดยเข้ามามีบทบาทในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ สปสช. ยังทำหน้าที่คุ้มครอง  
สิทธิและส่งเสริมให้ประชาชนกว่า 48 ล้านคนให้เข้าใจสิทธิที่ตนพึงได้รับตามที่กฎหมายบัญญัติไว้



สปสช. เขตพื้นที่ 13 แห่ง  
ภาพที่ 4 สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติเขตต่างๆ

ที่มา: สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ, 2560: ออนไลน์

วิธีการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

- (1) เจ็บป่วยทั่วไปได้แก่ 1) เข้ารับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนทุกครั้ง และ 2) แจ้งความจำนงขอใช้สิทธิพร้อมแสดงหลักฐานประกอบ ได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้สำเนาใบสูติบัตร (ใบเกิด))
- (2) เจ็บป่วยฉุกเฉินได้แก่การวินิจฉัยว่า เจ็บป่วยฉุกเฉิน แพทย์จะพิจารณาตามข้อบ่งชี้ ดังนี้ 1) โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต หรืออันตรายต่อผู้อื่น 2) โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน 3) โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หาก

ปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต และ 4) โรคหรือลักษณะอาการของโรคที่คณะกรรมการกำหนดทั้งนี้ แพทย์จะพิจารณาจากความดันโลหิต ชีพจร อาการของโรค การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาและความเร่งด่วน ในการรักษารวมทั้งคำนึงถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่อการป่วยด้วย

กรณีฉุกเฉิน สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกเหนือหน่วยบริการประจำได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และปัจจุบันมีนโยบายใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทนบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) กรณีอุบัติเหตุผู้ที่มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่หน่วยบริการอื่นนอกเหนือหน่วยประจำครอบครัวได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

กรณีได้ประสบอุบัติเหตุทั่วไป 1) สามารถเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการของรัฐหรือเอกชนที่เข้าร่วมโครงการที่อยู่ใกล้ที่สุด และ 2) แจ้งความจำเป็นขอใช้สิทธิพร้อมแสดงหลักฐานประกอบ ได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้สำเนาใบสูติบัตร (ใบเกิด))

กรณีประสบภัยจากรถผู้ที่มีสิทธิสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ต่อเนื่องจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ หรือบริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่าย โดย 1. เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการได้แก่ 1.1 แจ้งใช้สิทธิพร้อมหลักฐานประกอบ ได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้และมีรูปถ่าย (หากเป็นเด็กใช้สูติบัตร) สำเนา พ.ร.บ.รถที่ประสบภัย 1.2 หากมีความเสียหายเกินค่าเสียหายเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายแล้วไปรับคืนจากบริษัทประกันภัยของคู่กรณี (กรณีได้ข้อยุติวารรถคู่กรณีเป็นฝ่ายผิด) 2. เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการที่ไม่เข้าร่วมโครงการได้แก่ 2.1 แจ้งใช้สิทธิพร้อมหลักฐานประกอบได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้สำเนาใบสูติบัตร (ใบเกิด)) สำเนา พ.ร.บ.รถที่ประสบภัย 2.2 ติดต่อสายด่วน สปสช. 1330 เพื่อประสานหาเตียงรองรับ ในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพต่อเนื่อง และ 2.3 หากมีความเสียหายเกินค่าเสียหายเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายแล้วไปรับคืนจากบริษัทประกันภัยของคู่กรณี (กรณีได้ข้อยุติวารรถของคู่กรณีเป็นฝ่ายผิด)ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ไม่ได้กำหนดให้โรงพยาบาลเรียกเก็บแทนผู้ประสบภัย

(4) การส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง 1) เข้ารับการรักษา ณ หน่วยบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ 2) แจ้งความจำเป็นเพื่อขอใช้สิทธิทุกครั้ง พร้อมทั้งแสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้สำเนาสูติบัตร (ใบเกิด)) และ 3) หากการรักษาพยาบาลครั้งนั้นเกินศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจะพิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่าตามภาวะความจำเป็นของโรค



ผู้มีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 บัญญัติให้บุคคลทุก คนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับ การสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนด เว้นแต่ที่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรี กำหนด โดยตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2555 เป็นต้นไป คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาทในแต่ละครั้งที่ เข้ารับบริการและได้รับยา และกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค กรือการเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ กรณีฉุกเฉินเร่งด่วน หรือบุคคลผู้ ยากไร้ หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือบุคคลที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการ ที่มีระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท

(1) หลักเกณฑ์ของผู้มีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพ แห่งชาติ โดยบุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อ สำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติกำหนด เพื่อกำหนดเป็น หน่วยบริการประจำ ในการให้การดูแลทางด้านสุขภาพซึ่งจะถือเป็นหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วย บริการปฐมภูมิ(Primary care) และหน่วยบริการร่วมให้บริการโดยยังทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการ คู่สัญญา (Main contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for registration) อันเป็นสถานพยาบาลด่านแรก (Front line service) ซึ่งทำหน้าที่ในการให้บริการ แบบผสมผสาน (Comprehensive care) ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู ตลอดจนประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับ การส่งต่อ ตามสภาพความเจ็บป่วยและความจำเป็นด้านสุขภาพ

(2) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทย และมีเลขบัตรประชาชน 13 หลักอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากร ของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

(3) บุคคลที่ไม่มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ 1) ผู้มีสิทธิตามกฎหมาย ว่าด้วยประกันสังคม 2) ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล 4) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ 5) คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคล ข้อ(2) ข้อ(3)และข้อ(4) 6) ครูโรงเรียนเอกชน 7) ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รอง นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วยว่าการ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา ซึ่ง

รัฐได้จัดหาสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้อยู่แล้ว(8) ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ

ในกรณีที่คนไทยกำลังอาศัยอยู่ในต่างประเทศติดต่อกันมากกว่า 2 ปีขึ้นไป (ข้อมูลจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง) หรือ ผู้ที่ลงทะเบียนเลือกตั้งในต่างประเทศ (ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน) จะสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ต่อเมื่อเดินทางกลับมาอาศัยอยู่ในประเทศไทยแล้ว เนื่องจากรัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลกลุ่มดังกล่าว ในขณะที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ

โครงสร้างและแหล่งที่มาของเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 1) โครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งขึ้นโดยให้ดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขาธิการของคณะกรรมการ เพื่อการปฏิบัติภารกิจด้านนโยบายเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ ออกเป็น 2 ลักษณะ ประกอบด้วย(1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน 13 แห่ง และ (2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด รับผิดชอบการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด ตามนโยบายแนวทางสนับสนุนในการปฏิบัติภารกิจในด้านต่างๆที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตกำหนด

#### 2) แหล่งที่มาของเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในหมวด 4 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยและเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วยแหล่งที่มาของเงินทุนในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) เงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี(2) เงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ (3) เงินจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ (4) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน (5) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้ (6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิด

จากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน (7) เงินหรือทรัพย์สินอื่นๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอัตราเหมาจ่ายโดยในปีงบประมาณ 2561 ได้รับงบประมาณในอัตราเหมาจ่าย 3,197.32 บาทต่อคน สำหรับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิทั้งสิ้นจำนวน 48.797 ล้านคน โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือน และในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในเครือข่ายต่อไป

สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 1) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 3 กำหนดให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ (1) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค ซึ่งครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการ และโภชนาการของเด็กและเยาวชน รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันถาวร)
5. การให้ยาด้านไวรัสเอดส์กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
8. การให้คำปรึกษา และการเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
9. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)
- (2) การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ (3) การตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมการตรวจและการบริหาร เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ (4) ค่าทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่ (5) ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ (6) การบริหารทารกแรกเกิด (7) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่

เขตแดนเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ (8) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งเสริมให้ใช้จ่ายตามกรอบและแนวทางที่ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อย่างไรก็ตาม ในกรณีมีการสั่งจ่ายที่ไม่อยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติและเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม ยกเว้นกรณีผู้รับบริการร้องขอด้วยตนเอง (9) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล ทั้งนี้ หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด (10) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา (11) ค่าบำบัดและการบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกเหนือจาก (1)-(7) ที่คณะกรรมการกำหนด เช่นการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และการบำบัดโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดระยะเวลาการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน และการบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามเงื่อนไข และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

2) สิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่ (1) การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาและเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (2) อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องจ่าย (3) การรักษาภาวะมีบุตรยาก (4) การผสมเทียม (5) การเปลี่ยนเพศ (6) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (7) การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (8) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (9) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง (10) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้น กรณีจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (11) การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation) ยกเว้นการปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาโรคไตระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) การปลูกถ่ายหัวใจ

3) หลักเกณฑ์ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

(1) กรณีทั่วไปข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเพื่อเป็น

หน่วยบริการประจำ ซึ่งการเลือกหน่วยบริการจะต้องเป็นหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอที่ตนมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือที่ตนพักอาศัยอยู่จริง หรือที่อยู่ต่อเนื่อง โดยให้คำนึงถึงความสะดวกหรือความจำเป็นของตนเป็นสำคัญ เมื่อได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำแล้วก็สามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือจากหน่วยบริการร่วมให้บริการ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั้งนี้ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปีงบประมาณ

กรณีที่มีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนหรือหน่วยบริการประจำ อาจเข้ารับบริการสาธารณสุขครั้งแรกที่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิต้องจัดให้ผู้มีสิทธินั้นลงทะเบียนหรือเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบภายใน 30 วัน นับแต่ให้บริการ และกรณีผู้มีสิทธิเป็นเด็กแรกเกิด ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้เด็กแรกเกิดมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่แรกเกิด และให้หน่วยบริการที่ให้บริการจัดให้เด็กแรกเกิดได้รับการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำด้วย

(2) กรณีอุบัติเหตุ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน กรณีฉุกเฉินเร่งด่วน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นอันดับแรก

### (3) กรณีมีเหตุสมควรในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเห็นว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดคนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้คนไทยเข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนดคือ 30 บาท เว้นแต่ที่ผู้ยากไร้ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าประเทศไทยมีระบบสุขภาพหลัก 3 กองทุนใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (2) กองทุนประกันสังคม และ (3) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ละกองทุนจะมีความแตกต่างกัน อาทิเช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน เป็นต้น กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการรวมถึง พ่อ แม่ บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 3 คน ขณะที่กองทุนประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่รัฐ นายจ้าง และลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในกองทุน ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรัฐสวัสดิการที่จัดให้แก่ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ที่เหลือ ซึ่งเกิดจากการรวมระบบสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น ได้แก่ กองทุนสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือ กอองทุนบุตรประกันสุขภาพ เป็นต้น

## 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

สวัสดิการด้านสุขภาพรัฐในประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบหลักสุขภาพ ซึ่งมีการออกแบบระบบที่แตกต่างกันในหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน ดังแสดงในตาราง (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของ 3 ระบบสุขภาพประเทศไทย

|                           | ระบบสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลข้าราชการ  | ระบบประกันสังคม  | ระบบหลักประกันสุขภาพ<br>แห่งชาติ  |
|---------------------------|--|--|---|
| แหล่งเงิน                 | - งบประมาณรัฐ  | - สมทบจากรัฐ, นายจ้างและ<br>ลูกจ้างฝ่ายละเท่ากัน ร้อย<br>ละ 1.5 ของเงินเดือน<br>อัตราเหมาจ่ายรายหัว                                    | - งบประมาณรัฐอัตราเหมา<br>จ่ายรายหัว  |
| สิทธิประโยชน์             | - บริการผู้ป่วยนอก<br>- ผู้ป่วยใน<br>- ทันตกรรม<br>- ค่ายา เวชภัณฑ์<br>- ค่าอาหาร, ค่าห้องพิเศษ<br>- ค่าคลอดบุตร     | - บริการผู้ป่วยนอก<br>- ผู้ป่วยใน<br>- ทันตกรรม<br>- ค่ายา เวชภัณฑ์<br>- ค่าห้องสามัญ, ค่าอาหาร<br>- ชดเชยกรณีคลอดบุตร<br>- ตาย, พิการ | - บริการผู้ป่วยนอก<br>- ผู้ป่วยใน<br>- ทันตกรรม<br>- ค่ายา เวชภัณฑ์<br>- ค่าห้องสามัญ, ค่าอาหาร<br>- ค่าคลอดบุตร<br>- ชดเชยตาม ม.41 |
| ผู้ให้บริการ              | - สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก<br>ใช้รพ.เอกชนกรณีฉุกเฉิน<br>แบบผู้ป่วยในเบิกได้ไม่เกิน<br>3,000 บาท                         | - โรงพยาบาลรัฐและเอกชน<br>คู่สัญญาและสถาน<br>พยาบาลในเครือข่าย   | - สถานพยาบาลรัฐและ<br>เอกชนคู่สัญญาและ<br>สถานพยาบาลใน<br>เครือข่าย   |
| รูปแบบวิธีการ<br>จ่ายเงิน | - ผู้ป่วยนอก: ตามปริมาณ<br>บริการและราคาที่เรียกเก็บ<br>ย้อนหลัง<br>- ผู้ป่วยใน: ตามการป่วย ใน<br>อัตราที่กำหนด(DRG) | - เหมาจ่ายแบบห้องรวม<br>สำหรับบริการผู้ป่วยนอก<br>และในและจ่ายเพิ่มเป็น<br>รายการณี  | - เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ<br>บริการส่งเสริมป้องกัน<br>และผู้ป่วยนอกสำหรับ<br>ผู้ป่วยในจัดสรรงบยอด<br>รวมตามน้ำหนัก<br>สัมพันธ์DRG      |

ที่มา: หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552

จากการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ 3 กองทุนได้แก่กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเห็นว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องสิทธิประโยชน์ อาทิเช่น ที่มาของกองทุน เงื่อนไขการใช้บริการวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาล เป็นต้น ความแตกต่างของ 3 ระบบประกันสุขภาพไทยนี้ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รัฐจึงควรออกนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ และให้ภาคส่วนต่างๆ ของสังคมเขามามีส่วนร่วมรับภาระในการจัดสวัสดิการสังคม ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับบริการทางด้านสุขภาพอนามัยทั่วถึง และเท่าเทียม แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน การบริหารจัดการ เพื่อความยั่งยืนและสมเหตุผลของระบบสวัสดิการด้วย

นอกจากนี้การที่กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีการออกแบบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุน (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์และคณะ, 2556) ดังนี้ 1) ภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกันระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายร่วมกับนายจ้างและรัฐในขณะที่ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นสวัสดิการของภาครัฐซึ่งรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ 2) สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลต่างกันเช่นสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าใช้บริการจากหน่วยบริการที่ได้เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้นเนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัวในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง

นอกจากนี้แล้วสิทธิในการรักษาโรคก็ต่างกันเช่นกองทุนหลักประกันสุขภาพของข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์เป็นต้นและ 3) คุณภาพในการรักษายาบาลต่างกันเนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษายาบาลที่ต่างกันโดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัวและแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามกลุ่มโรค (DRG) อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกันทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กฤษญา บุญชัยและคณะ (2556) ศึกษาเรื่อง แนวคิดและทัศนคติต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพผลการศึกษาได้ข้อสรุปว่า

1) พัฒนาการแนวคิดความเป็นธรรมในวงการสุขภาพจุดเริ่มต้นขบวนการสุขภาพสนใจแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมมาจากกระแสเคลื่อนไหวทางการเมืองหลัง 14 ตุลาคม 2516 ที่ฝ่าย

ปัญญาชนหัวก้าวหน้าชูเรื่องสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคหรือความเป็นธรรมทำให้กลุ่มแพทย์ในยุคนั้นมีมุมมองเรื่องความเป็นธรรมโดยนำมาใช้ในการวิเคราะห์และขับเคลื่อนระบบสุขภาพจุดเปลี่ยนเชิงสถาบันเกิดขึ้นจากการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 ที่ดำเนินมาต่อเนื่อง

2) ทิศนะต่อความเป็นธรรม สิ่งที่ทุกฝ่ายมีจุดร่วมกันคือเห็นว่าแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมมีความสำคัญต่อการอภิบาลระบบสุขภาพเนื่องจากตระหนักว่าสังคมมีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมและอำนาจการต่อรองคนด้อยโอกาส จุดเน้นความเป็นธรรมเริ่มต้นจากความเป็นธรรมในระดับพื้นฐานเชิงปริมาณ (Equality) คือให้ความสำคัญต่อสิทธิโอกาสของประชาชน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเพิ่มเงื่อนไขให้เกิดการกระจายทรัพยากร(คนความรู้ เทคโนโลยีงบประมาณ ฯลฯ) ไปสู่กลุ่มคนยากจนให้มากยิ่งขึ้นพร้อมกับจำกัดหรือกำหนดเงื่อนไขไม่ให้มีการกระจุกตัวของทรัพยากรในภาคเมืองเกินไป แม้เป้าหมายความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ฝ่ายต่างๆ สะท้อนตรงกันแต่ทุกฝ่ายล้วนตระหนักในข้อเท็จจริงว่าเราไม่สามารถบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมสมบูรณ์แบบได้เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำเป็นโครงสร้างใหญ่ที่ดำเนินมาช้านาน “ความเป็นธรรม” จึงเป็นกระบวนการไม่รู้จบที่ต้องดำเนินการให้ก้าวหน้าขึ้นไปเพื่อถ่วงดุลกับกระแสทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังสนใจคำถามเรื่องความเป็นธรรมน้อยลง-บางส่วนจากภาครัฐมองปัญหาความเป็นธรรมในแง่ระบบการคลังที่รัฐต้องจัดสรรให้ประชาชนเข้าถึงได้ดังนั้นคนส่วนใหญ่จึงเน้นการปฏิรูประบบความเป็นธรรมไปที่การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ-บางส่วนจากภาคสังคมมองว่าการอภิบาลระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การศึกษาเศรษฐกิจวัฒนธรรมสิทธิมนุษยชนและอื่นๆ โดยเอาคนเป็นตัวตั้งมากกว่ามองแค่การจัดสรรงบประมาณบางส่วนมองว่าต้องมองปัญหาความเป็นธรรมในเชิงโครงสร้างเพราะความไม่เป็นธรรมคลี่คลายไม่ได้หากรัฐยังมองความเป็นธรรมแบบเท่าเทียมเชิงปริมาณ (Equality) มีนโยบายแบบมาตรฐานเดียวขาดความยืดหยุ่นไม่สามารถเผชิญกับปัญหาความเป็นธรรมที่หลากหลายและที่สำคัญคือไม่มีความสามารถที่จะวัดได้ว่านโยบายที่ดำเนินการไปบรรลุความเป็นธรรมหรือไม่นโยบายและกลไกที่แข็งตัวดังกล่าวได้สร้างปัญหาต่างๆตามมาเช่นการออกนโยบายมาตรการที่ผิดพลาดการเปิดช่องให้เกิดการคอร์รัปชันทางออกของการสร้างความเป็นธรรมต้องคิดในเชิงโครงสร้างแบบใหม่คือการสร้างความเข้มแข็งธรรมาภิบาล (Governance) โดยสร้างกระบวนการกลไกที่ภาคีต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่นโดยสรุปแล้วกลไกสำคัญต่างๆในการอภิบาลระบบสุขภาพต่างมุ่งเป้าหมายความเป็นธรรมไม่ต่างกันนักคือยอมรับและให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมโดยเฉพาะต่อคนด้อยโอกาส เพียงแต่อาจมีความต่างในด้านจุดเน้นและวิธีการ

3) สิ่งบ่งชี้และปัจจัยประกอบสร้างความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพฝ่ายต่างๆมองปัญหาความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพอย่างหลากหลายดังนี้ (1) โครงสร้างความเหลื่อมล้ำของสังคมที่มีอยู่เดิม (2) นโยบายการสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่กีดกันรายย่อย (3) การบริการรัฐไม่ทั่วถึง



(4) โครงสร้างรัฐไม่สมบูรณ์ (5) โครงสร้างและสถาบันการจัดการความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีข้อจำกัด (6) โครงสร้างรัฐมีผลประโยชน์ทับซ้อน (7) ความลึกลับในระบบสวัสดิการสุขภาพ 3ระบบ(สวัสดิการข้าราชการ,ประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) (8) ทุนโลกาภิวัตน์ และ (9) การเปิดเสรีการค้าและการแปรรูปทรัพยากรสาธารณสุข

4) ข้อถกเถียงเรื่องความเป็นธรรมจากกรณีศึกษากรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขนั้นเป็นปัญหาความไม่เป็นธรรมที่ดำรงอยู่ในระบบรวมศูนย์อำนาจ(นโยบายงบประมาณ ความรู้ความชอบธรรมจากความเป็นสถาบัน)ของหน่วยงานรัฐและแพทย์ที่เป็นสถาบันผู้เชี่ยวชาญกับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการบริการการแพทย์ทั้งจากรัฐและเอกชนตั้งนั้นเมื่อประชาชนผลักดันร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายขึ้นมาจึงเกิดแรงต้านทานอย่างรุนแรงจากแพทย์ทั้งแพทย์สภากลุ่มแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆแม้ว่าผู้ผลักดันจะอธิบายว่ากฎหมายดังกล่าวจะสร้างความเป็นธรรมทั้งสองฝ่ายและลดภาวะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแพทย์แต่ด้วยความที่ร่างกฎหมายดังกล่าวถูกมองว่าเป็นการทำทลายอำนาจหรือตั้งคำถามต่อความไม่มีประสิทธิภาพของแพทย์โดยตรงควบคุมสั่งการและกระจายทรัพยากรไม่ได้เปิดรับข้อเสนอความเป็นธรรมจากมุมมองของประชาชนคนยากจนที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายและกลไกรัฐและเอกชน

รัชนิบูล น้ำใจดี (2557) ศึกษาเรื่องการเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยผลการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานร้อยละ 28.3 และร้อยละ 64.8 เคยเปลี่ยนสิทธิการรักษาในรอบ 2 ปี มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีอยู่ก่อนได้แก่อายุระดับการศึกษาและทัศนคติด้านการรักษาและพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 37 ปี ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีและผู้ที่มีทัศนคติด้านการรักษาระดับปานกลางขึ้นไป จะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่ปัจจัยสนับสนุนได้แก่รายได้และสิทธิการรักษาพื้นฐานโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่ปัจจัยด้านความจำเป็นได้แก่การมีโรคประจำตัวและลักษณะของความเจ็บป่วยโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและมีลักษณะอาการของโรคเรื้อรังจะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพควรมีระบบเดียวกันทั้งประเทศผู้ป่วยร้อยละ 55.5มีความเห็นว่าควรมีส่วนร่วมจ่ายซึ่งมีความสามารถจ่ายได้เฉลี่ย 95.33 บาทต่อครั้ง ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือมีประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีความสามารถจ่ายค่ารักษาด้วยตนเองซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลเอกชนควรให้ความสนใจเป็นลำดับแรกภาครัฐควรทำการศึกษาทัศนคติของประชาชนทั่วประเทศที่มีต่อระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันและความสามารถในการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อนำไปกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

Rotaroua, E.S. & Sakellariou, D. (2016) การปฏิรูปเสรีนิยมใหม่ในระบบสุขภาพและโครงสร้างความไม่เท่าเทียมกันระยะยาวในระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาจากประเทศชิลี จุดมุ่งหมายของบทความนี้คือเพื่อหารือเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายเสรีนิยมใหม่ในระบบสุขภาพของชาวชิลี ในช่วงการปกครองของ Pinochet มีผลต่อเนื่องในการเข้าถึงสุขภาพที่เท่าเทียมกันในปัจจุบัน ระบบสุขภาพสองชั้น ประกอบด้วยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยถูกนำมาใช้เมื่อต้นทศวรรษ 1980 ซึ่งเป็นวิธีการในการปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่มาทดแทนความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและการถูกละเลยความเป็นมนุษย์ของระบบสุขภาพ ระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากสิทธิ์ที่มีเป็นขึ้นการกับความต้องการของตลาด ดังนั้นจึงสร้างโครงสร้างที่เสียเปรียบของหลายภาคส่วนของประชากร โดยเฉพาะคนจน ผู้สูงอายุและผู้หญิง ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินเพื่อให้ได้การบริการที่มีคุณภาพและให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพเอกชนอย่างทันท่วงที ดังนั้นจึงไม่ได้รับการป้องกันอย่างเพียงพอต่อความเสี่ยงต่อสุขภาพ แม้จะมีการปฏิรูปด้านสุขภาพที่ผ่านมาซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มให้เกิดความยุติธรรมในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและการจัดหาเงินทุนเราให้เหตุผลว่าสุขภาพของชิลีระบบสุขภาพยังคงล่าเอียงกับประชาชนที่ยากยากจน แต่ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับกลุ่มที่มั่งคั่ง เพราะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนตัวได้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน จะเห็นว่าความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมและอำนาจการต่อรองคนด้อยโอกาสเป็นจุดเริ่มต้นจากความเป็นธรรมในระดับพื้นฐานคือทำให้ความสำคัญต่อสิทธิโอกาสของประชาชนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและการถูกละเลยความเป็นมนุษย์ของระบบสุขภาพ ได้ถูกเปลี่ยนแปลงขึ้นตามความต้องการของตลาด ดังนั้นโครงสร้างที่เสียเปรียบของหลายภาคส่วนของประชาชน โดยเฉพาะคนจน ผู้สูงอายุและผู้หญิง ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินเพื่อให้ได้การบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทันท่วงที

## แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ

### 1. ความหมายของความเหลื่อมล้ำ

ความเหลื่อมล้ำคือ การมีโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกันของสถานะของสังคมหรือกลุ่มคน ซึ่งตัววัดของความเหลื่อมล้ำ มักจะวัดจากรายได้ หรือ ความมั่งคั่ง แน่นนอนว่า รายได้คือ สิ่งที่ได้รับจากการงาน หรือ การลงทุนในขณะที่ความมั่งคั่งหมายถึง การสะสมทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงการเอาหนั๊กออกจากสินทรัพย์รวม ในมิติอื่นๆ ที่ใช้มองความเหลื่อมล้ำจะเกี่ยวข้องในเรื่องความแตกต่างของอำนาจ อาชีพ ที่มีหน้ามีตาในสังคม การอบรมในโรงเรียน หรือ สถาบันการศึกษา บรรพบุรุษ เชื้อชาติ สัญชาติ อื่นๆ ไม่เพียงแต่ชาติอื่นที่มีความเหลื่อมล้ำ ชาติไทยก็มีความเหลื่อมล้ำ ในประเทศกำลังพัฒนา หรือ ด้อยพัฒนาจะมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่สูงมาก (อรภาค สุวรรณภักดี, 2557: ออนไลน์) หากสังคมใดมี

ความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่มาก สังคมนั้นก็จะมีการบริหารจัดการยาก ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาแก่ประเทศ ทั้งในด้านสังคมเศรษฐกิจและการเมือง ความเหลื่อมล้ำทำให้เกิดความยากในการบริหารจัดการของรัฐในหลายๆเรื่องและเป็นอุปสรรคแก่การพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาประเทศในระบอบประชาธิปไตย ในสภาวะแวดล้อมที่โลกาภิวัตน์กดดันให้ประเทศไทยเข้าร่วมอาเซียน เออีซี รัฐบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมหลายๆด้าน และ ลดความเหลื่อมล้ำ ก่อนที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สากล นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2553) “ความเหลื่อมล้ำ” อาจเกิดได้สี่ด้านด้วยกัน คือ เหลื่อมล้ำทางสิทธิ - โอกาส - อำนาจ - ศักดิ์ศรี ไม่จำเป็นว่าความเหลื่อมล้ำทั้งสี่ด้านนี้ต้องเกิดขึ้นจากกฎหมายเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติ หรือเกิดในทาง “วัฒนธรรม” มากกว่าเช่นคนที่ไม่มีหลักทรัพย์ยอมเข้าถึงแหล่งเงินกู้ได้ยาก ไม่มีกฎหมายใดบังคับว่าธนาคารต้องให้กู้ได้เฉพาะผู้ที่มีหลักทรัพย์ แต่ธนาคารกลัวเจ๊ง จึงเป็นธรรมดาที่ต้องเรียกหลักทรัพย์ค้ำประกันเงินกู้ ในขณะที่เดียวกัน ธนาคารไทยไม่เห็นความจำเป็นจะทำไมโครเครดิตกับคนจน เพราะแค่นี้ก็กำไรพอแล้ว จึงไม่มีทั้งประสบการณ์และทักษะที่จะทำ แม้รู้ว่าจะมีลูกค้าจำนวนมากที่มารออยู่ก็ตามนี่คือโลกทรรศน์ทางธุรกิจของนายธนาคารไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ “วัฒนธรรม” “ความเหลื่อมล้ำ” ทางเศรษฐกิจนั้นมืออยู่จริง และจริงจนน่าวิตกด้วย เพราะมันกว้างขวางขึ้นอย่างน่าตกใจตลอดมา แต่เป็นหนึ่งใน “ความเหลื่อมล้ำ” ด้านโอกาสด้านอำนาจด้านสิทธิ จนทำให้คนส่วนใหญ่ต้องศักดิ์ศรี ไม่ใช่เรื่องจน-รวยเพียงด้านเดียวหรือในทางกลับกัน เพราะมีอำนาจน้อย จึงถูกคนอื่นแย่งเอาทรัพยากรที่ตัวใช้อยู่ไปใช้ หรือต้องคำพิพากษาว่าทำให้โลกร้อน ต้องเสียค่าปรับเป็นล้าน ทำมาหากินด้วยทักษะที่ตัวมีต่อไปไม่ได้ จึงหมดปัญญาหาส่งลูกเรียนหนังสือ ในที่สุดก็จนลงทั้งโคตร สิทธิก็ย่น้อยลงโอกาสก็ย่น้อยลงอำนาจก็ย่น้อยลงและศักดิ์ศรีก็ไม่มีใครนับขึ้นไปอีก

นอกจากนี้จากการศึกษารูปแบบของความเหลื่อมล้ำในภาพรวมมี 3 รูปแบบคือ (สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554: ออนไลน์)

1) ความเหลื่อมล้ำด้านความมั่งคั่งและรายได้ (Wealth & income inequality) ซึ่งเกิดจากการพัฒนาที่มีลักษณะไม่สมดุลหรือกระจุกตัวในบางพื้นที่หรือบางสาขาการผลิตส่งผลให้ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากระจายไปไม่ถึงถึงทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มบุคคล

2) ความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายโอกาส (Opportunity inequality) ในการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะที่มีคุณภาพทั้งในด้านการศึกษารับเข้าถึงสวัสดิการสังคมและการเข้าถึงแหล่งทุนหรือปัจจัยการผลิต

3) ความเหลื่อมล้ำด้านอำนาจ (Power inequality) ทั้งด้านสิทธิทางการเมืองอำนาจต่อรองในการเข้าถึงทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางในการพัฒนาทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมและอาจเกิดการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ต่อกลุ่มที่มีอำนาจในสังคมน้อย

จากการศึกษาความหมายสรุปได้ว่า ความเหลื่อมล้ำคือ ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีโอกาสกับผู้ที่มีขาดโอกาสซึ่งโอกาสในที่นี้คือโอกาสในการเข้าถึงต่อรองและจัดการทรัพยากรต่างๆในสังคมความเหลื่อมล้ำบางครั้งก็เป็นเหตุบางครั้งก็เป็นผลในตัวเองที่เป็นเหตุเพราะความเหลื่อมล้ำทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมหรือเนื่องจากคนเกิดมามีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่ากันจึงก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำตามมา

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำระบบสุขภาพ

### ตารางที่ 5 หลักการและแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน

| ระดับนโยบาย       | ประเด็น   | ข้อสั่งการ  |
|-------------------|---|---|
| รัฐบาล            | ข้อ1 พัฒนาคูณภาพและสุขภาพคนไทยในทุกช่วงวัย<br>ข้อ2 มีหลักปฏิบัติที่เท่าเทียมกันต่อประชาชนคนไทยทุกคน | ประกาศนโยบาย 28 มี.ค.2555 การสร้างความเสมอภาพทั้ง 3 กองทุนให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทันท่วงทีและมีการดูแลบริการที่จำเป็นอย่างทั่วถึง ภายใต้หลักการพื้นฐานเดียวกัน ไม่เหลื่อมล้ำ ไม่แตกต่าง                    |
| รัฐมนตรีสาธารณสุข | นโยบาย<br>1. พัฒนาระบบประกันสุขภาพ<br>2. เพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ                            | - หน่วยบริการทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยทุกสิทธิตามระบบปกติ<br>- ขอความร่วมมือหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการภาคเอกชน หลังจากให้บริการผู้ป่วยจนทุเลา |
| ปลัดกระทรวง       | - ขับเคลื่อนดำเนินการประสานหน่วยที่เกี่ยวข้อง<br>- จัดตั้งศูนย์ประสานงาน                            | กำหนดแนวปฏิบัติ<br>- ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทันที<br>- ไม่ตรวจสอบสิทธิก่อนการรักษา  |

ที่มา: หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552

จากตารางจะเห็นได้ว่า ระบบสุขภาพของไทย 3 ระบบ ได้แก่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีความแตกต่างกันนี้ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงเป็นที่มาของนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ กองทุนอันเป็นวิธีทางหนึ่งอันจะนำไปสู่แนวคิดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ที่ให้ภาคส่วนต่างๆ ของสังคมเขามามีส่วนร่วมรับภาระในการจัดสวัสดิการสังคม ซึ่งนอกจากภาครัฐแล้วภาคเอกชนคือโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพต้องรับภาระด้านการบริหารจัดการและการเงินด้วยโดยที่ภาครัฐกำหนดอัตราและเงื่อนไขการจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการ

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับบริการทางด้านสุขภาพอนามัยทั่วถึง และเท่าเทียม แต่อย่างไรก็ตามหลักสากลว่าด้วยสวัสดิการพื้นฐานถ้วนหน้ารัฐบาลต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน การบริหารจัดการ เพื่อความยั่งยืนและสมเหตุสมผลของระบบสวัสดิการด้วย

ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศไทยยังคงแตกต่างกันอยู่ เช่น ข้าราชการสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐที่ไหนก็ได้ แต่กองทุนอื่นต้องไปใช้ในหน่วยบริการที่ได้ลงทะเบียนไว้เท่านั้น รัฐจึงจำเป็นต้องมีกลไกในการอภิบาลระบบ จัดตั้งศูนย์ประสานงานให้ระบบบริการของประชาชนรวมเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้สามารถบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีหลักการดังนี้ (สมชัย นิชพานิช, 2555: ออนไลน์) “หลักการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ถึงแก่ชีวิตไม่ถามสิทธิรักษาทันที ใกล้เคียงที่หนีไปที่นั่น

### 3. ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิและโอกาส

แนวคิด เรื่อง “สิทธิ” เป็นแนวคิด ที่ไม่เคยหยุดนิ่งอยู่กับที่ ซึ่งผกผันและผันแปรไปตามค่านิยม สถานะ เศรษฐกิจ และ สังคม ในแต่ละยุคสมัย โดยแบ่งสิทธิทั้งหมดออกเป็น 3 ประเภท (อาจทับซ้อนกันได้) ดังต่อไปนี้ (สฤณี อาชวานันทกุล, 2554: 118-119)

1) “สิทธิสากล” (Universal rights) หมายถึง สิทธิมนุษยชนที่มนุษย์ทุกคนมีติดตัวมาตั้งแต่เกิด กล่าวได้ว่าเป็น “สิทธิธรรมชาติ” ที่ไม่จำเป็นจะต้องอาศัยกฎหมายมารองรับการดำรงอยู่

2) “สิทธิพลเมือง” (Civil rights) หมายถึง สิทธิที่เกิดจากความ เป็นพลเมืองในประเทศ เป็นสิทธิที่รัฐต้องให้การคุ้มครองอย่างเสมอภาคกันตามกฎหมาย

3) “สิทธิเฉพาะกลุ่ม” (Interest group rights) หมายถึง สิทธิของบุคคลเฉพาะกลุ่มที่เรียกร้องว่าสมควรได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษ นอกเหนือจากสิทธิพลเมืองทั่วไป ด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม ศีลธรรม หรือ ความจำเป็นในการดำรงชีวิต

รัฐธรรมนูญไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 ให้การคุ้มครองสิทธิของประชาชนอย่างค่อนข้างครอบคลุม ตั้งแต่ สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง ไปจนถึงสิทธิชุมชน รวมถึงสิทธิที่จะได้รับการสาธารณสุขที่สำคัญจากรัฐ ในทางที่สะท้อนกระแสการขยายสิทธิไปสู่คนทุกหมู่เหล่า แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาหลายประการ เช่น กฎหมายหลายฉบับยังระบุในตัวเองว่า “มีบทบัญญัติที่จำกัดเสรีภาพ” และมาตราเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่ ประชาชนเรียกร้องให้แก้ไขได้ยากมาก ส่วนหนึ่งเนื่องจากบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพหลายประการใน รัฐธรรมนูญมีสร้อยต่อท้ายว่า “เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อรักษาความ มั่นคงของรัฐหรือเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อย หรือ ศีลธรรมอันดีของประชาชน”

ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิ มีความหมายได้สองลักษณะ คืออาจหมายถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างคน ที่ควรมีสิทธิเดียวกัน แต่ในความเป็นจริงกลับไม่มี หรือความเหลื่อมล้ำระหว่างคนที่มีสิทธิเดียวกัน แต่มี “โอกาส” และ “ความสามารถ” ในการ “ใช้” สิทธิไม่เท่ากัน สถูณี อาชวสนันท์กุล (2554: 120) ได้เน้นเฉพาะความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิลักษณะหลัง เพราะความเหลื่อมล้ำลักษณะแรก ต้องอาศัยการวิพากษ์เชิงปรัชญามากกว่าข้อเท็จจริง ซึ่งในความเป็นจริงมีประชาชนมากมายมี “สิทธิ” ตามรัฐธรรมนูญ แต่ไม่มี “โอกาส” ในการใช้สิทธินั้นอย่างเต็มที่ ซึ่งเหตุผลมักจะเกี่ยวพันกับความเหลื่อมล้ำ ดังนั้นการถกประเด็นความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิจึงไม่มีความหมายเท่าไร ถ้าหากไม่ถกประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสไปพร้อมกัน

#### 4. แนวคิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม

แนวคิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคมเป็นแนวคิดที่ได้รับการรวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลากหลายนักคิดในปัจจุบันยังไม่มีชุดหลักเกณฑ์สมบูรณ์ใดๆมาตัดสินความถูกผิดหรือความสมบูรณ์ของแนวคิดได้มีเพียงดำเนินการในลักษณะของการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลจากมุมมองที่แตกต่างกันดังนั้นการตัดสินว่าจะเชื่อหรือประยุกต์ใช้แนวคิดของสำนักคิดใดจึงควรต้องอยู่บนพื้นฐานการประเมินผลได้และผลเสียของแต่ละแนวคิดเปรียบเทียบกับสังคมที่เป็นจริงภายใต้การคำนึงถึงสถานการณ์และบริบทของสภาพความเป็นจริงของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน

##### ความหมายของความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม

ความหมายของความเสมอภาคในสังคม (Social equality) จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเสมอภาคในสังคมพบว่าสามารถแบ่งความหมายของความเสมอภาคในสังคมได้เป็น 3 มิติ มีดังนี้ 1) ความหมายตามหลักสิทธิมนุษยชนหมายถึงความเท่าเทียมของมนุษย์ทุกคนในการได้รับสิทธิพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชนโดยผ่านการปฏิบัติต่อกันระหว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ด้วยความเคารพต่อสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2) ความหมายตามหลักกฎหมายหมายถึงหลักการพื้นฐานของความยุติธรรมที่กำหนดให้มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆอย่างเท่าเทียมกันและ 3) ความหมายตามระบอบประชาธิปไตยหมายถึงการที่ประชาชนทุกคนในประเทศมีความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกันในเรื่องสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคมพบว่าสามารถแบ่งความหมายของความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคมได้เป็น 2 ด้าน (พีรธร บุนยรัตพันธุ์และคณะ, 2555: 15-22) กล่าวคือ 1) แนวคิดความเสมอภาคในสังคม (Social equality) และ 2) แนวคิดความเป็นธรรมในสังคม

1) แนวคิดความเสมอภาคในสังคม (Social equality) เน้นการนิยามไปที่ลักษณะของความยุติธรรมและความเป็นธรรมโดยการคำนึงถึงและให้ความสำคัญกับ “การยอมรับในความแตกต่าง

หลากหลาย (Diversity)” ของบุคคลทั้งในส่วนของสถานสภาพทางสังคมหรือลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันอย่างใดอย่างหนึ่งของแต่ละบุคคลเช่นกลุ่มชาติพันธุ์เพศสภาพชนชั้นศาสนาอายุ เป็นต้น เหล่านี้ซึ่งเป็นตัวแทนของการยอมรับในความแตกต่างหลากหลายของคนในสังคมโดยปราศจากเหตุผลในการแบ่งแยก (Discrimination) หรือกีดกัน (Kabanoff Boris, 1991: 416-441) จะเห็นได้ว่าหลักความเสมอภาคนั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับหลักเสรีภาพเนื่องจากเป็นหลักการที่จะทำให้การใช้เสรีภาพเป็นไปอย่างเสมอกันทุกผู้ทุกคนแต่หากเสรีภาพสามารถใช้ได้เพียงบุคคลบางคนเท่านั้น ในขณะที่คนบางกลุ่มบางคนเข้าถึงไม่ได้ในกรณีดังกล่าวก็ไม่ถือว่ามีเสรีภาพแต่ประการใดความเสมอภาคจึงเป็นฐานของเสรีภาพและเป็นหลักประกันในการทำให้เสรีภาพเกิดขึ้นได้จริงดังนั้น หลักความเสมอภาคภายใต้กฎหมายจึงเป็นหลักการที่ทำให้มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆอย่างเท่าเทียมกันหรือไม่เลือกปฏิบัติ (Non-discrimination) ทั้งนี้การปฏิบัติตามหลักความเสมอภาคนั้นจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกันอย่างเท่าเทียมกันและจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญแตกต่างกันให้แตกต่างกันไปตามลักษณะของเรื่องนั้นๆจึงจะทำให้เกิดความเป็นธรรมภายใต้หลักความเสมอภาคขึ้นได้

2) แนวคิดความเป็นธรรมในสังคม (Social equity) เน้นการนิยามไปที่ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างรัฐซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันโดยรัฐในการบริหารจัดการและประชาชนในการมีสิทธิในการได้รับโอกาสที่เท่าเทียมและเป็นธรรมใน “การเข้าถึง” (Access) ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งจำเป็นต้องกำจัดอุปสรรคต่างๆที่เป็นตัวกีดกันการเข้าถึงโอกาสต่างๆเช่นความไม่เป็นธรรมของโอกาสในการเข้าถึงระบบเศรษฐกิจและการเมืองความไม่เป็นธรรมของโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาและการบริการสาธารณะขั้นพื้นฐาน เป็นต้นโดยมีนัยยะในการใช้ครอบคลุมถึงกลุ่มบุคคลในทุกเพศสภาพทุกวัยทุกลักษณะและทุกสถานสภาพทางสังคมซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์จากการเข้าถึงโอกาสต่างๆในการพัฒนาคุณภาพชีวิตดังนั้นความเป็นธรรมในสังคม (Social equity) จึงให้ความสำคัญกับ “การมีส่วนร่วม” (Participation) จากประชาชนทุกภาคส่วนในการสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกัน (Deutsch, 1975)

แต่กรณีความเป็นธรรมในสังคม (Social equity) นั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานความยุติธรรม (Justness) และความเที่ยงธรรม (Fairness) แต่เมื่อเด็กนักเรียนเหล่านั้นเดินมาขอคะแนนหรือเกรดกับคุณครูคุณครูจำเป็นต้องประเมินความรู้ความสามารถของเด็กนักเรียนแต่ละคนแล้วจึงสามารถให้คะแนนหรือเกรดนั้นได้ตามความรู้ความสามารถเฉพาะของนักเรียนแต่ละคนซึ่งเป็นลักษณะของแนวคิดความเป็นธรรมในสังคมหากเปรียบเทียบในกรณีของรัฐบาลที่ต้องการที่จะดูแลแก้ปัญหาของประชาชน ทุกคนที่มีความแตกต่างหลากหลายทางสภาพปัญหาความต้องการและความจำเป็นในแบบเฉพาะรัฐบาลควรที่จะก้าวข้ามผ่านความแตกต่างหลากหลายของการนับถือศาสนาชนชั้นหลักความ

เชื้อหรือเพศสภาพและลักษณะต่างๆที่เป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันอย่างใดอย่างหนึ่งของแต่ละบุคคลโดยควรมุ่งเน้นการดูแลแก้ปัญหาการศึกษาเยียวยาอย่างสอดคล้องกับสภาพการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ(Situation) (Olivia, 2011: ออนไลน์)

ประเภทของความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม

1) ประเภทของความเสมอภาคในสังคมตามแนวคิดหลักสิทธิมนุษยชนและแนวทางของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 เป็นต้นมาจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 จำแนกประเภทของความเสมอภาคดังนี้

1.1) ความเสมอภาคในโอกาสหมายถึงความเท่าเทียมกันของโอกาสในการได้รับบริการสาธารณะของรัฐและไม่ถูกกีดกันออกจากกิจกรรมต่างๆของสังคมเช่นโอกาสได้รับการศึกษาโอกาสได้รับการจ้างงานโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นต้น

1.2) ความเสมอภาคทางสังคมหมายถึงความเท่าเทียมกันทางสังคมของสมาชิกทุกคนในสังคมการไม่เลือกปฏิบัติเพราะความแตกต่างทางอัตลักษณ์ของบุคคลหรือกล่าวได้ว่าถิ่นกำเนิดชาติพันธุ์ภาษาผิวสีเพศศาสนารายได้หรือทรัพย์สินชนชั้นวรรณะความสมบูรณ์ของร่างกายสุขภาพความคิดเห็นที่แตกต่างการถูกตัดสินว่ากระทำผิดไม่เป็นเหตุให้เกิดการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกัน

1.3) ความเสมอภาคทางกฎหมายหมายถึงสิทธิที่เท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายเดียวกันมีความหมายรวมถึงกระบวนการทางกฎหมายที่มีผลต่อประชาชนโดยรวมตั้งแต่การออกกฎหมายที่ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเท่าเทียมกันการบังคับใช้กฎหมายและการพิจารณาคดีต้องเป็นไปอย่างเสมอภาคเท่าเทียมต่อประชาชนทุกคนการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกันรวมถึงการคุ้มครองทางกฎหมายเพื่อการสร้างโอกาสที่เท่าเทียมกันด้วย

1.4) ความเสมอภาคทางการเมืองหมายถึงการมีสิทธิทางการเมืองที่เท่าเทียมกันในที่นี้รวมถึงการมีส่วนร่วมทางการเมืองผ่านทางตัวแทนและการมีส่วนร่วมทางตรงโดยการกำหนดในกฎหมายให้ผู้มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์มีสิทธิในการเลือกตั้งอย่างเท่าเทียมและรัฐต้องจัดให้เกิดความสะดวกและการเท่าเทียมในโอกาสออกไปใช้สิทธิเลือกตั้งด้วยการจัดสรรจุดเลือกตั้งสำหรับประชาชนอย่างเท่าเทียมทั่วถึงทั้งในและต่างประเทศ คณะเสียงของประชาชนทุกคนมีค่าเท่ากันมีความเท่าเทียมกันของผู้สมัครทั้งคุณสมบัติผู้สมัครโอกาสหาเสียงและวงเงินในการหาเสียงมีการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในการเลือกตั้ง ต้องไม่เลือกปฏิบัตินอกจากนี้ทุกคนต้องมีส่วนร่วมทางการเมืองในรูปแบบต่างๆตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญอย่างเท่าเทียมกัน เช่นความเท่าเทียมในการใช้สิทธิการเข้าชื่อเสนอกฎหมายหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นการออกเสียงประชามติการเข้าชื่อร้องขอให้ถอดถอนผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองการเข้าร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน เป็นต้น



2) ประเภทของความเป็นธรรมในสังคมจากความแตกต่างหลากหลายของการจำแนกประเภทเกี่ยวกับความเป็นธรรมในสังคม (Social equity) พบว่ามีข้อถกเถียงโต้แย้งจำนวนมากความเป็นธรรมในสังคมจากการเข้ารับบริการสาธารณะจากรัฐ ซึ่งการบริการสาธารณะแบ่งเป็น 2 ประเภทที่จัดทำโดยรัฐ คือบริการสาธารณะระดับชาติและบริการสาธารณะระดับท้องถิ่นมีรายละเอียดดังนี้

2.1) บริการสาธารณะระดับชาติ (Lesservices publics nation Aux) เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเป็นผู้จัดทำบริการที่เกี่ยวกับความมั่นคงและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคมรวมทั้งการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรมบริการสาธารณะระดับชาติ โดยที่รัฐต้องจัดทำอย่างทั่วถึงทั้งประเทศซึ่งแบ่งได้เป็น 7 ประเภทดังนี้ (1) บริการสาธารณะทางด้านยุติธรรม (2) บริการสาธารณะทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของประเทศ (3) บริการสาธารณะทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของสังคม (4) บริการสาธารณะทางด้านสังคม (5) บริการสาธารณะทางการศึกษาของชาติ (6) บริการสาธารณะทางการท่องเที่ยว (7) บริการสาธารณะทางด้านวัฒนธรรม

2.2) บริการสาธารณะระดับท้องถิ่น (Lesservices publics local Aux) เป็นการบริการสาธารณะที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ที่จะดำเนินการจัดทำโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (Les collectivites locales)

2.3) องค์ประกอบของความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม

1) องค์ประกอบของความเสมอภาคในสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการถือปฏิบัติและส่งเสริมความตระหนักรู้และความเข้าใจรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 เป็นต้นมาจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 ได้กำหนดสาระสำคัญของความเสมอภาคเท่าเทียมกันและการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายไว้เป็นแนวทางดังนี้ (1) การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะความแตกต่างเรื่องเพศอายุถิ่นกำเนิดเชื้อชาติภาษาสภาพทางกายภาพหรือสุขภาพสถานะของบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมความเชื่อศาสนาการศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองจะเป็นการขัดต่อรัฐธรรมนูญ (2) รัฐสามารถกำหนดมาตรการเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เท่าเทียมกันกับบุคคลอื่นได้และไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติและ (3) บุคคลผู้เป็นทหารตำรวจข้าราชการเจ้าหน้าที่อื่นของรัฐพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรของรัฐย่อมมีสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญยกเว้นที่จำกัดไว้ในกฎหมายกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการเมืองสมรรถภาพวินัยหรือจริยธรรม

2) องค์ประกอบของความเป็นธรรมในสังคมเพื่อความชัดเจนในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเป็นธรรมในสังคม (Social equity) ในการศึกษาวิจัยตามมุมมองของรัฐประศาสนศาสตร์ของสถาบันบริหารงานสาธารณะแห่งชาติ (The national academy of public administration-NAPA) ได้กำหนดชุดของเกณฑ์ในการวัดผลการบรรลุผลสำเร็จของการประเมินผลความเป็นธรรมใน

สังคมไว้ดังนี้ (1) ความเป็นธรรมในขั้นตอนการดำเนินงาน (Procedural fairness) ควรครบและเป็นไปตามขั้นตอนมีระบบการป้องกันมีข้อตกลงในการจ้างงานการสนับสนุนส่งเสริมและการให้รางวัล (2) ความเป็นธรรมในการจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์ (Distributional equity) เพื่อความมั่นใจการเข้าถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับการป้องกันการแทรกแซงในผลประโยชน์และการให้คำมั่นสัญญาของการบริหารจัดการที่ให้ผลลัพธ์ที่เป็นธรรม (3) ความเป็นธรรมในกระบวนการ (Process equity) เป็นหลักประกันความมั่นคงในระดับของการบริการสาธารณะโดยไม่คำนึงถึงเกณฑ์ของการจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์ที่เคยใช้มาก่อนและ(4) ความแตกต่างของผลลัพธ์ (Outcome disparities) เพื่อค้นหาเหตุผลว่าทำไมความแตกต่างของผลลัพธ์ยังคงมีอยู่ในรูปของผลลัพธ์ของนโยบายและโครงการที่อาจเชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์กับเกณฑ์ของปัจจัยนำเข้า (Input criteria)

แต่จากการกำหนดเกณฑ์ในการวัดผลการบรรลุผลสำเร็จของการประเมินผลความเป็นธรรมในสังคมดังกล่าวยังคงเป็นการกำหนดแบบกว้างๆ และไม่เฉพาะเจาะจงในเนื้อหา Kristen Norman-Major (2010) จึงรวบรวมเรียบเรียงเกณฑ์ในการวัดผลดังกล่าวโดยมีพื้นฐานจากการประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์เดิมเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยใน 3 หลักเกณฑ์ดังนี้ 1) ความเป็นธรรมพื้นฐานและความเป็นธรรมในการปฏิบัติ 2) ความเป็นธรรมในการจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์เพื่อลดระดับความไม่เสมอภาคของการบริการสาธารณะ และ 3) ความเป็นธรรมในการจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์ใหม่เพื่อการจัดระดับและการกำหนดนโยบายและโครงการบริการสาธารณะที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชนทั้งนี้เกณฑ์ดังกล่าวกำหนดเพื่อเป็นหลักเกณฑ์ร่วมในการสร้างความเสมอภาคในโอกาสและการเข้าถึงการบริการสาธารณะของประชาชนเป็นสำคัญ (Kristen Norman-Major, 2010: 233-252)

สรุปแนวคิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม จะเกี่ยวข้องกับความเท่าเทียมกันของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณะของรัฐและไม่ถูกกีดกัน เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคมอาจจะกำหนดไว้รัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย หรือหลักสิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคน

จากการศึกษาความเหลื่อมล้ำมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

อนรรฆ พิทักษ์ธานินและคณะ (2556) ศึกษาทบทวนนิยามความหมายรูปแบบและแนวคิดที่เกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการเด็กผู้หญิงและผู้สูงวัยผลการศึกษาพบว่า หนึ่งการขจัดการเลือกปฏิบัติฯ ต่อทุกกลุ่มคนทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจและความสำคัญจากทั้งองค์กรระหว่างประเทศองค์กรระดับภูมิภาคและประเทศในยุโรปอเมริกาเหนือและเอเชียบางส่วนที่ได้มีการผลักดันและขับเคลื่อนการขจัดการเลือกปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมสองประเด็นการขจัดการเลือกปฏิบัติฯ ในประเทศไทยเป็นสิ่งที่ได้รับการระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแต่ละกลุ่มคนอย่างน้อยตั้งแต่พุทธทศวรรษ 2540 รวมถึงมีเป้าประสงค์

และกรอบคิดที่สอดคล้องกับองค์ระหว่างประเทศและต่างประเทศที่มีการดำเนินการในเรื่องนี้ยังเป็นรูปธรรมอย่างไรก็ดีไม่ปรากฏว่ามีการหิบบกการขจัดการเลือกปฏิบัติเป็นประเด็นหลักของกฎหมายแต่อย่างใดสามปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการขจัดการเลือกปฏิบัติในสังคมไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพพอทั้งนี้สาเหตุดังกล่าวมีพื้นฐานสำคัญมาจากการที่คนส่วนใหญ่และผู้บังคับใช้กฎหมายในสังคมไทยยังไม่มี ความตระหนักเกี่ยวกับความเท่าเทียมและการขจัดการเลือกปฏิบัติมากเพียงพอและประเทศไทยยังขาดการบูรณาการประเด็นของการขจัดการเลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มคนต่างๆและการผลักดันประเด็นการขจัดการเลือกปฏิบัติตามบทบัญญัติทางกฎหมายยังอยู่ในหน่วยงานของทางราชการเป็นสำคัญมิได้มีลักษณะของการผลักดันผ่านองค์กรอิสระเช่นในต่างประเทศ

สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่อง “การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร” ผลวิจัยพบว่า 1) ด้านการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียวมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินการตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยแล้วมีการประชุมระหว่างคณะผู้บริหารกับหัวหน้าฝ่ายต่างๆภายในโรงพยาบาลประกอบกับระบบรายงานมีความชัดเจนเรื่องการสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กรในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการควบคุมมาตรฐานโดยภาพรวมของโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสากลระบบการตรวจสอบภายในระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ 2) พบปัญหาดังนี้การจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่คิดว่าไม่คุ้มทุนปัญหาหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อตัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยปัญหาประชาชนไม่เข้าใจนิยาม “ฉุกเฉิน” พยายามหาช่องทางและวิถีทางเพื่อให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนปัญหาการไม่สามารถส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัด 3) แนวทางการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพคือ การกำหนดนโยบายที่มีผลต่อภาคเอกชนควรให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการร่างนโยบายปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพสร้างความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคำว่า “ฉุกเฉินรักษาฟรี” แก่ประชาชนปรับปรุงระบบการย้ายผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดและปรับอัตราค่าชดเชยให้เหมาะสมเช่นการใช้ระบบ Co-payment การใช้ ThirdParty หรืออัตราค่าชดเชยหลายระดับตามความสามารถและต้นทุนโรงพยาบาล

Bravemana, P. & Tarimo, E. (2002) ศึกษาเรื่อง ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมในระบบสุขภาพในประเทศ : ไม่ใช่ปัญหาสำหรับประเทศที่ร่ำรวย การศึกษาพบว่า ในขณะที่ความสนใจในความเหลื่อมล้ำทางสังคมในด้านสุขภาพภายในประเทศที่ร่ำรวยเติบโตขึ้น การถกเถียงเกี่ยวกับ

ความเสมอภาคด้านสุขภาพในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางมักมุ่งเน้นไปที่ทางตอนเหนือ-ใต้ และความแตกต่างระหว่างประเทศมากกว่าช่องว่างระหว่างกลุ่มทางสังคมภายในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ของโลกอาศัยอยู่บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เห็นถึงเหตุผลในการมุ่งเน้นไปที่ความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งภายในและระหว่างประเทศของระดับรายได้ต่อหัวและมีการแนะนำเครื่องมือที่เกี่ยวข้องสำหรับนักวิจัยประเทศกำลังพัฒนาข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์สามารถทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มใหญ่ที่ไม่ชัดเจนในประเทศ การขาดข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ หลักฐานจากการศึกษาในหลายกรณีพบว่ามี ความแตกต่างในด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มมากขึ้น และสิทธิทางสังคมที่ได้รับน้อยกว่าในระดับต่ำและระดับกลาง รวมทั้ง ประเทศที่มีรายได้สูง ความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เกิดขึ้นไม่เพียงในกลุ่มทางเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเพศชาติพันธุ์และข้อเสียเปรียบทางสังคมอื่นๆ ความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจกำลังขยายตัวทั่วโลก และความเหลื่อมล้ำระบบสุขภาพขยายตัวหรืออ่อนตัว แนวโน้มเศรษฐกิจโลกรวมทั้งแรงกดดันที่จะลดการใช้จ่ายทางสังคมและการแข่งขันในตลาดโลก ซึ่งเป็นเรื่องยากสำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยในการดำเนินนโยบายให้เท่าเทียมกัน ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้ความกังวลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความเท่าเทียมในด้านสุขภาพและปัจจัยต้องกำหนดอยู่ในนโยบายและการวิจัยมากขึ้นวาระการประชุมขององค์การระหว่างประเทศและระดับประเทศในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ปานกลาง และประเทศที่มีรายได้สูง หน่วยงานระหว่างประเทศสามารถเสริมสร้างหรือทำลายความพยายามของชาติเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันมากขึ้น กลยุทธ์หลักของการดูแลสุขภาพคือ เมื่อราวสองทศวรรษที่ผ่านมาความเท่าเทียมกันต้องเป็นองค์ประกอบที่ชัดเจนในยุทธศาสตร์และมีความคืบหน้า ซึ่งส่วนใหญ่ความเท่าเทียมกันจะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดในทุกประเทศระดับรายได้ต่อหัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทในยุคโลกาภิวัตน์การปรับปรุงกลุ่มสิทธิด้านสุขภาพ โดยควรแนะนำสิ่งที่สามารถทำได้โดยตรงกับแนวทางการเมือง ซึ่งมีความเป็นไปได้กับทุกคน

Watanabe, R. & Hashimoto, H. (2012) ความไม่เสมอภาคแนวราบในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพภายใต้การคุ้มครองแห่งชาติญี่ปุ่น 1986-2007 ผลการวิจัยพบว่าความเหลื่อมล้ำในแนวราบในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในกลุ่มคนรวยค่อยๆเพิ่มขึ้นจนเกิดช่องว่างที่กว้างมากขึ้นกับกลุ่มคนจน ความเหลื่อมล้ำในกลุ่มคนร่ำรวยจากการศึกษาพบว่ามียุทธระหว่าง 20 – 64 ปี ในขณะที่ความเสมอภาคด้านขนาดความสูงของแนวราบมีอายุ > 65 ปี การสลายตัวของ CM ยังแสดงให้เห็นว่ารายได้และสถานะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ความเหลื่อมล้ำกว้างขึ้น ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนและนโยบายการจ่ายเงินในช่วงระยะเวลาการศึกษา ทำให้ลดขนาดความสูงแนวนอนลง ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือควรให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมแนวราบโดยครอบคลุมระดับชาติที่เป็นโครงการต่อเนื่อง และเป็นโครงการที่มีการออกแบบใหม่อย่างต่อเนื่อง และมีประโยชน์ในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ

Skinner, E. & Masuda, J.R. (2013) ศึกษาเรื่อง สติสุขสภาพของคนเมือง การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ในเมืองความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพโดยนักกิจกรรมศิลปินหนุ่มชาวอะบอริจิน ในสังคมวินนิเพก บทความนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่และความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่ได้รับจากชาวอะบอริจินเยาวชนที่อาศัยอยู่ในวินนิเพกแคนาดา ระหว่างปี 2010 ถึง 2011 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ามีหลายวิธี ได้แก่ สถานที่ การเคลื่อนย้าย และขอบเขตมีผลกระทบต่อประสบการณ์ด้านสุขภาพของประชากร และได้สะท้อนถึงความรู้สึกไม่เสมอภาคด้านสุขภาพของพวกเขา การศึกษายืนยันได้ว่าช่องว่างของสังคมเมืองสามารถผลิตข้อขัดแย้งทางภูมิศาสตร์อย่างสูงจากที่ทำงานโดยลำพัง การแยกตัวออกมา และการตรึงในสังคมของเยาวชนอะบอริจิน และพร้อมกับเพิ่มความเครียดสูงต่อสุขภาพและสวัสดิภาพ

El-Sayed et al. (2015) ศึกษาเรื่อง ประกันสุขภาพลดความไม่เท่าเทียมกันในการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อ หลักฐานจาก 48 ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า การประกันตนมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่สูงขึ้นสำหรับ โรคที่ไม่ติดต่อในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และช่วยลดความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคมในการรักษาซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างมากในกลุ่มผู้หญิงการประกันภัยยังคงคาดการณ์โอกาสในการยืมหรือขายเพื่อจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพแก่ผู้หญิงยากจน ความคุ้มครองของการประกันภัยอาจเป็นนโยบายสำคัญในการส่งเสริมการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อและในการลดความไม่เท่าเทียมกันในการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อโดยครอบครัวที่ร่ำรวยในเมือง และเพศในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

Sonenberg, A. & Knepper, H. J. (2016) พิจารณาความไม่เท่าเทียมกัน: นโยบายด้านกฎระเบียบของผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลการเข้าถึงการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพแตกต่างกันไปอย่างไรในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดและความไม่สอดคล้องของ นโยบาย NP SOP อาจมีผลต่อความสามารถในการทำงานด้านสุขภาพ และความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลเกี่ยวกับตัวชี้วัดหลักด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ารัฐที่มีข้อบังคับ NP SOP ที่เข้มงวดมากขึ้น ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการปฐมภูมิซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากร ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงว่าควรทำการวิจัยเพิ่ม NP คือสิ่งความจำเป็นต่อความต้องการเพิ่มขึ้นของการดูแลปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกาและการวิจัยตัวบ่งชี้ด้านคุณภาพของการดูแลเป็นตัวสนับสนุนการทำงานของพวกเขา

Craveiro, D (2017) ศึกษาเรื่อง บทบาทของเครือข่ายสังคมส่วนบุคคลต่อความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพในภูมิภาคยุโรป ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของเครือข่ายสังคมส่วนบุคคลต่อความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพมีความเข้าใจกันน้อย ในทางทฤษฎีคุณลักษณะเครือข่ายทางสังคมอาจส่งผลทั้งการเพิ่มและลดทอนความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ การศึกษาเชิงประจักษ์มีเพียงเล็กน้อยที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งทางสังคมเศรษฐกิจและเครือข่ายทางสังคมซึ่งให้ข้อมูลเชิงลึกน้อยมากใน

หัวข้อนี้ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุและการเกษียณอายุในยุโรป การศึกษานี้วิเคราะห์บทบาทตัวกลางของเครือข่ายสังคมส่วนบุคคลต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพในชีวิตในภายหลังในภูมิภาคภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ของยุโรป ประโยชน์ทางสังคมของบุคคลทางสังคมเศรษฐกิจที่สูงขึ้นจะผลักดันอีกครั้งด้วยคุณภาพของการเชื่อมต่อทางสังคมและการให้การสนับสนุนทางสังคม ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพลดลงด้วยการมีคู่สมรสและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในตำแหน่งทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าอิทธิพลของคุณลักษณะเครือข่ายทางสังคมที่มีต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพเป็นรูปแบบตามนโยบายที่แตกต่างกันไปของแต่ละภูมิภาคเพื่อทำความเข้าใจ/ความไม่คุ้นเคยของแรงกดดัน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำจะเห็นว่า ความไม่เท่าเทียมกันและนโยบายด้านกฎระเบียบของผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลการเข้าถึงการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในกลุ่มคนรวยและกลุ่มคนจนมีความแตกต่างกัน ซึ่งในการเข้าถึงกองทุน 3 ระบบ จะมีความเหลื่อมล้ำเห็นได้จากผู้ใช้สิทธิอย่างเช่นข้าราชการ กับ ผู้ประกันสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันโดยกลุ่มข้าราชการไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่ผู้ประกันสังคมจะต้องจ่ายเงินสบทบเข้ากองทุน เป็นต้น

## แนวคิดสวัสดิการสังคม

### 1. ความหมายของสวัสดิการสังคม

เดย์และคนอื่นๆ (Day and Other, 2000: 275) ได้ให้ความหมายสวัสดิการสังคมหมายถึง ระบบบริการทางสังคมที่สร้างขึ้นมาให้สมาชิกในสังคมได้รับบริการทางสังคม ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของคนในสังคมแต่ละวัย ในขณะที่พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของ “สวัสดิการสังคม” ว่าเป็น “ระบบการจัดบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึงเหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัยการทำงาน การมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ” (พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546, 2546: 6) สำหรับแนวทางประสานโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมดังนั้นสวัสดิการสังคมเป็นเรื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และความอยู่ดีมีสุข (Well-being) ของคน กลุ่ม และชุมชน และไม่จำกัดบทบาทหลักที่รัฐอีกต่อไปสวัสดิการสังคมเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนในสังคมที่จะมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการ ตามมาตรา 5 พ.ร.บ.ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546

อภิญา เขยชัย และศิริพร ยอดกมลศาสตร์ (2550: 125-125) กล่าวว่า สวัสดิการแยกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มองสวัสดิการเป็นเรื่องการเยียวยาทดแทนความเสียหาย (Remedy) โดยใช้หลักของการกลับสู่สภาวะปกติเดิมอย่างทันทีและเพียงพอ แต่ถ้าไม่สามารถเยียวยาความเสียหายให้ได้แล้วก็จะถือเป็นคราวเคราะห์ของผู้เสียหายเอง โดยผู้ที่ได้รับความเสียหายจะได้รับการคุ้มครองจากการใช้กระบวนการยุติธรรมที่เน้นเทคนิคทางคดี ซึ่งมีความล่าช้า และมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ถ้าผู้เสียหายไม่มีเงินจ่ายค่าฤชาธรรมเนียมในการฟ้องร้อง ก็ไม่สามารถดำเนินคดี ทำให้พวกเขาไม่มีสิทธิที่จะได้รับค่าเสียหาย

กลุ่มที่ 2 มองสวัสดิการเป็นเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานหรือสิทธิขั้นต่ำตามกฎหมายรับรอง เช่น การจ่ายค่าชดเชยให้ผู้เจ็บป่วยตามที่ระบุไว้ในกฎหมายคุ้มครองแรงงาน เสียแขนข้างซ้ายต้องจ่ายเท่าไร เสียนิ้วสองข้อต้องจ่ายเท่าไร เป็นต้น แม้จะมีกฎหมายรับรองแต่เวลาปฏิบัติจริงไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เนื่องผู้บังคับใช้กฎหมายและระบบกฎหมายปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง และปัญหาเกิดติดตามมาอย่างรู้เท่าทัน ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีมักจะมุ่งหาทางออกเชิงคดีมากกว่าความเป็นธรรมที่เป็นการวางบรรทัดฐาน ต่อมา มีการประกาศใช้กฎหมายที่เรียกว่า “พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546” โดยกำหนดให้มีการจัดระบบสวัสดิการใหม่ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด แต่กฎหมายนี้ยังคงเน้นหน้าที่ในเรื่องการสงเคราะห์ ไม่สนใจปัญหาเรื่องสิทธิ

กลุ่มที่ 3 มองสวัสดิการเป็นเรื่องความเป็นธรรม/มนุษยธรรม โดยมีการมองปัญหาแตกต่างจากสองกลุ่มแรก คือ กลุ่มนี้จะเริ่มต้นมองสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงๆ ซึ่งไม่ได้มองปัญหาที่เกิดจากตัวแม่บทกฎหมาย โดยเอาปัญหาเป็นตัวตั้ง แล้วเชื่อมโยงสาเหตุของปัญหาศึกษาผลกระทบที่ตามมา เพื่อจะได้มองปัญหาอย่างรอบด้าน ชัดเจน แก่ปัญหาให้ตรงประเด็นกฎหมายมีปัญหาก็ต้องแก้ไข ดดยยึดหลักความเป็นธรรม/มนุษยธรรม ดังนั้นถ้าประชาชนอยู่ในฐานะยากจนหรือด้อยโอกาส ไม่ว่าจะโดยสาเหตุใด ก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องเข้ามาดูแลโดยจัดสวัสดิการมารองรับ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2553) การจัดสวัสดิการสามารถสรุปรูปแบบการดำเนินงานได้ 4 กลุ่มดังนี้กลุ่มแรกการบริการสังคม (Social service) เป็นการจัดบริการสังคมขั้นพื้นฐานโดยภาครัฐสำหรับประชาชนทั่วไปเช่น การจัดการศึกษาตามโครงการให้เรียนฟรี 15 ปี การจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพเป็นต้นกลุ่มที่ 2 การช่วยเหลือทางสังคม (Social assistance) เป็นการจัดสวัสดิการสังคมเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย ที่ดำเนินการโดยภาครัฐเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายที่สมควรได้รับเป็นพิเศษเช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายครบถ้วน เบี้ยยังชีพคนพิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ การช่วยเหลือทางสังคมแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน การช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และ

กลุ่มผู้ประสพภัย เป็นต้นกลุ่มที่ 3 การประกันสังคม (Social insurance) เป็นสวัสดิการด้านการประกันสังคมที่ภาครัฐดำเนินการร่วมกับภาคีอื่นทั้งในแง่การบริหารจัดการและงบประมาณเพื่อเพิ่มหลักประกันทางสังคมแก่ประชาชน เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพกองทุนพัฒนาฝีมือแรงงาน กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) เป็นต้น และกลุ่มที่ 4 การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชนเป็นการจัดสวัสดิการสังคมโดยภาคประชาชน ปัจเจกชน ภาคธุรกิจ และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเช่น สวัสดิการชุมชน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ การซื้อประกันภัยรูปแบบต่างๆ การดำเนินกิจการด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate social responsibility: CSR) เป็นต้น ซึ่งกลุ่มนี้มีความสำคัญและช่วยเติมเต็มช่องว่างของระบบสวัสดิการที่รัฐไม่สามารถจัดให้ได้

การจัดสวัสดิการดังกล่าวข้างต้น เป็นการดำเนินงานโดยมีกฎหมายรองรับและมีกลไกปฏิบัติชัดเจนส่วนกลุ่มสุดท้ายแม้ครั้งแรกเริ่มดำเนินการในอดีตจะไม่มีกฎหมายรองรับโดยตรงแต่ปัจจุบันมีการพัฒนาระเบียบกฎหมายใหม่ๆ เพื่อเข้าไปสนับสนุนและคุ้มครองกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องให้ได้รับความเป็นธรรม มีกลไกสนับสนุนที่ค่อนข้างยืดหยุ่นเพื่อให้สอดคล้องกับความแตกต่างของวิถีชีวิต วัฒนธรรม-สังคม ของชุมชนท้องถิ่นอย่างไรก็ตาม ในชั้นการดำเนินงานควรให้ความสำคัญประเด็นปัญหาเชิงนโยบาย เพื่อสามารถนำไปใช้ในการกำหนดกรอบทิศทาง การจัดสวัสดิการสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553)

กล่าวโดยสรุปสวัสดิการสังคมเป็นระบบการจัดบริการให้กับประชาชนหรือสังคมส่วนร่วม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีและการให้บริการทางสังคมประชาชนจะต้องได้รับการอย่างทั่วถึงเหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัยการทำงาน การมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมจะต้องคำนึงถึงสิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ

จากคำจำกัดความของสวัสดิการสังคมจะเห็นว่ามี ความแตกต่างกัน ตามประเภทของสวัสดิการสังคมดังนี้ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2552: 7) 1) สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุรวมถึง บำเหน็จ บำนาญ การดูแลคนชราที่บ้านและบ้านพักคนชราสิทธิประโยชน์ด้านภาษีแก่ผู้ออมเพื่อเกษียณอายุ และเงินบำนาญจากบริษัทประกันเอกชน 2) สวัสดิการสำหรับผู้เป็นหม้ายและบุตร รวมถึงบำนาญแก่ผู้เป็นหม้ายและค่าใช้จ่ายทำศพแก่ผู้เสียชีวิต 3) สวัสดิการสำหรับผู้ทุพพลภาพ รวมถึง ค่าดูแลรักษาเงินประโยชน์ทดแทน เงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงาน และเงินชดเชยแก่ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วย 4) สวัสดิการรักษาพยาบาลรวมถึงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รวมทั้งโดยรัฐและสถาบันเอกชน) ยาและเวชภัณฑ์และการป้องกันโรค 5) สวัสดิการสำหรับครอบครัวรวมถึงเงินสงเคราะห์บุตร เงินช่วยเหลือการจ้างเลี้ยงดูบุตร และเงินช่วยเหลือเมื่อหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตร



6) สวัสดิการเพื่อแรงงาน รวมถึง การให้บริการทางานทำการอุดหนุนการจ้างงานแก่เยาวชนมาตรการการจ้างงานผู้พิการ 7) สวัสดิการเพื่อ ผู้ว่างงาน รวมถึงเงินประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ว่างงาน เงินชดเชยการเลิกจ้างการจ่ายเงินแก่ผู้เกษียณก่อนกำหนดด้วยเหตุด้านตลาดแรงงาน 8) ค่าใช้จ่ายเพื่อที่อยู่อาศัยรวมถึงเงินช่วยเหลือเพื่อค่าเช่าบ้านและ 9) สวัสดิการอื่นๆ เช่น เงินช่วยเหลืออื่นๆ ที่ให้แก่ครัวเรือนรายได้น้อย หรือเงินอุดหนุนด้านอาหาร เป็นต้น

## 2. หลักการจัดสวัสดิการสังคม

รพีพรรณ คำหอม (2545: 25-26) การจัดสวัสดิการสังคมต้องสอดคล้องกับความเป็นสากลโลก คือ สิทธิมนุษยชน (Humanright) สาระสำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่เน้นให้มีการพิทักษ์ ปกป้องคุ้มครองสิทธิของเด็ก สตรี คนชรา และผู้พิการทุพพลภาพให้ได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนคนไทยควรได้รับ เช่น 1) บริการประกันสุขภาพจากโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค 2) ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic needs) ประชาชนควรได้รับบริการสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ เช่น การศึกษาภาคบังคับ บริการสุขภาพอนามัยของรัฐ 3) ความเป็นธรรมทางสังคม (Social justice) บริการสวัสดิการสังคมที่ดีต้องเป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานความถูกต้องของกฎหมาย ความยุติธรรมทางสังคม และการไม่เลือกปฏิบัติ 4) การมีส่วนร่วมของคนในสังคมทุกระดับ (Participation) บริการสวัสดิการสังคมเป็นบริการที่เกี่ยวกับคนในสังคมตั้งแต่เกิดจนตาย จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้คนทุกกลุ่มทุกระดับที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ ร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผน ร่วมจัด บริการและติดตามประเมินผลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในสังคม และ 5) ความโปร่งใส (Transparency) คือการเปิดโอกาสให้ประชาชน องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสามารถเข้าร่วมตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของโครงการ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนผู้ใช้บริการเป็นหลัก

## 3. ระดับของสวัสดิการ

สวัสดิการสามารถแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ (สมชัย จิตสุชน และคณะ, 2554: 20-22)

1) สวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐาน โดยหลักการประชาชนไทยทุกคนต้องได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐตามนิยามข้างต้นอย่าง แห่งชาติและ เท่าเทียมกันมระดับพื้นฐานคือ เป็นสวัสดิการขั้นต่ำที่ทำให้มีชีวิตอยู่ได้สมกับความเป็นมนุษย์สวัสดิการสังคมพื้นฐานควรครอบคลุมตั้งแต่แรกเกิดถึง 2) สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่มกรณีทั่วไป ประชาชนบางกลุ่มอาจได้รับสวัสดิการสูงกว่าระดับพื้นฐาน เรียกว่าสวัสดิการสังคมส่วนเพิ่ม ในกรณีที่มีการจ่ายเพิ่มจากผู้ได้รับสวัสดิการ เช่น บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม หรือมีเหตุอันสมควรที่รัฐควรให้บริการเพิ่มเติมเช่น บริการรักษาพยาบาลข้าราชการ เนื่องจากข้าราชการได้รับเงินเดือนต่ำกว่าภาคเอกชนในระดับความสามารถเดียวกัน ส่วนนี้ไม่มีลักษณะ “ถัวหน้า” สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่มอาจเป็นการต่อยอดจากสวัสดิการพื้นฐานในโครงการเดียวกัน หรือเป็นโครงการแยกต่างหากจากสวัสดิการสังคมพื้นฐาน เช่น ประสิทธิภาพถัวหน้าถือเป็น

สวัสดิการพื้นฐาน ในขณะที่ประกันสุขภาพของระบบประกันสังคมและข้าราชการเป็นสวัสดิการส่วนเพิ่มและ3) สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่ม: กรณีคนจนและกลุ่มอาชีพ คนจนและผู้มีรายได้น้อยควรได้สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่มบางประการด้วยตัวอย่างเช่น เงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาภายใต้โครงการกยศ. สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่มนี้มีลักษณะเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย (Targeting) โดยการดำเนินการเพื่อเลือกกว่าใครอยู่ในกลุ่มเป้าหมายนั้นอาจใช้วิธีดูรายได้หรือฐานะ (Mean-testing) เช่น โครงการให้กู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา (กยศ.) หรือกำหนดตามกลุ่มอาชีพที่ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย เช่น โครงการประกันราคาพืชผล กองทุนสวัสดิการชาวนา เป็นต้น

โดยหลักการหาระดับสวัสดิการภายใต้สวัสดิการพื้นฐานสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคตก็ไม่มี ความจำเป็นต้องมีสวัสดิการส่วนเพิ่มสำหรับคนจนหรือกลุ่มอาชีพ แต่ต้องบริหารจัดการให้ประชาชนทุกคนได้รับสวัสดิการพื้นฐานอย่างถ้วนหน้าจริงๆ แต่หลักสากลว่าด้วยสวัสดิการพื้นฐานถ้วนหน้าของรัฐบาลต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน การบริหารจัดการ และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ชุมชน ภาคธุรกิจ องค์กรไม่แสวงกำไร เป็นต้นประเด็นที่สำคัญต่อความยั่งยืนและสมเหตุผลของระบบสวัสดิการ โดยหากมีการให้สวัสดิการน้อยเกินไปก็ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในการให้สวัสดิการกับประชาชน แต่หากให้มากเกินไปก็จะเป็นภาระต่อรัฐบาลหรือสังคมและไปเบียดบังรายจ่ายที่จำเป็นด้านอื่นของประเทศมากเกินไป

#### 4. การจัดสวัสดิการการรักษาพยาบาลและสุขภาพภาครัฐในประเทศไทย

การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพถือเป็นสวัสดิการพื้นฐานที่สำคัญมากในทุกประเทศและในหลายประเทศได้กลายเป็นภาระค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงมาก โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้สูง อีกทั้งมีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงสำหรับประเทศไทยการให้บริการรักษาพยาบาลได้กลายเป็นสวัสดิการถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544-2545 ผ่านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เรียกว่า “30บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งได้กลายเป็นบริการบัตรทองและต่อมาปี2551 ได้มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ต้องถามสิทธิ เข้ารับบริการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกโรงพยาบาลที่ใกล้เคียง

สวัสดิการด้านสุขภาพในภาครัฐในประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบ ซึ่งหมายความว่าคนไทยทุกคนต้องอยู่ภายใต้สวัสดิการสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง โดยแต่ละระบบจะมีกลุ่มประชากรเป้าหมาย และระบบการคลังเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ (สมชัย จิตสุชนและคนอื่นๆ, 2554: 103)

1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งจะให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว โดยแหล่งที่มาของเงินมาจากงบประมาณรายจ่ายรัฐบาล (งบกลาง) สำหรับระบบการจ่ายผลตอบแทนเป็นแบบรัฐจ่ายตามอัตราที่สถานบริการเรียกเก็บ (Fee for service) แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด ทำให้ยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย

2) ระบบประกันสังคม ประกอบด้วยกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน เป็นระบบที่มุ่งเน้นให้ความคุ้มครองแก่ประชากรวัยทำงานที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจทางการ (Formal sector) แหล่งที่มาของเงินกรณีกองทุนประกันสังคมมาจากการเรียกเก็บเงินสมทบ 3 ฝ่ายได้แก่ รัฐบาล นายจ้างและลูกจ้าง ฝ่ายละเท่าๆกัน ในอัตราร้อยละ 1.5 (สำหรับกรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร) แต่ไม่เกินอัตราของผู้มีเงินได้ 15,000 บาทต่อเดือน ส่วนกองทุนเงินทดแทนเงินสมทบมาจากนายจ้าง มีระบบการจ่ายผลตอบแทนแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) และรายกิจกรรม (Fee for service) ตามอัตรา Diagnosis related group (DRG) นอกจากประกันสังคมจะดูแลด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมกรณีทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร และการชดเชยรายได้ด้วย

3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้การคุ้มครองสุขภาพแก่ประชากรที่ไม่อยู่ในเครือข่ายประกันสุขภาพทั้งสองระบบข้างต้น แหล่งที่มาของเงินมาจากงบประมาณรัฐบาลที่จัดสรรให้ มีการบริหารจัดการภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) ร่วมกับการจ่ายรายกิจกรรม (Fee for service) ตามอัตรา Diagnosis related group (DRG) โดยในปี 2553 รัฐบาลจ่ายในอัตรา 2,401 บาทต่อหัว ซึ่งทำให้สามารถควบคุมต้นทุนได้ (หมายเหตุ : อัตรานี้มีค่าใช้จ่ายต้นทุน (Cost recovery) แต่เป็นการต่อรองขึ้นอยู่ขีดความสามารถของงบประมาณในแต่ละปี

จากที่กล่าวมาข้างต้นระบบสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบ ซึ่งมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ หรือการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รัฐบาลพยายามที่จะสร้างความเสมอภาพทั้ง 3 กองทุนให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและมีการดูแลบริการที่จำเป็นอย่างทั่วถึง ภายใต้หลักการพื้นฐานเดียวกัน ไม่เหลื่อมล้ำ ไม่แตกต่าง และคำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนเป็นหลัก

#### 5. แนวคิดทฤษฎีทางสังคม

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม

1) ทฤษฎีอิสระนิยม (Libertarianism) เป็นแนวคิดที่สืบทอดมาจากศตวรรษที่ 19 ให้ความสำคัญต่อเสรีภาพส่วนบุคคล สนับสนุนกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล (Private property) และเชื่อในกลไกตลาด มีความคิดที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เรียกว่า “Naturalrights” และกลุ่ม “Empirical” กลุ่ม “Natural-rights” (Nozick) กล่าวว่า การแทรกแซงของรัฐเป็น ความผิดเชิงศีลธรรม แต่รัฐสามารถเข้าแทรกแซงได้ในสภาวะที่สังคมถูกควบคุมอย่างรุนแรง ขณะที่ กลุ่ม “empirical” และ “Hayek และ Friedman” ผู้เป็นผู้สืบทอดแนวคิดแบบเสรีนิยมแบบคลาสสิก (Classical liberal) ได้โต้แย้งว่าการแทรกแซงของรัฐไม่ใช่พื้นฐานด้านศีลธรรม แต่การแทรกแซงของรัฐจะทำให้รีดรอนความเป็นเสรีภาพส่วนบุคคล โดยมีสวัสดิการลดลง (ไม่เชื่อในการแทรกแซงของรัฐต่อการจัดสวัสดิการ

สังคม) ดังนั้น บทบาทของรัฐต่อการจัดเก็บภาษีและการจัดสรรทรัพยากรจะถูกจำกัดอย่างรุนแรง (ถาวร สกุกพาศิษฐ์ และคณะ, 2559: 46) ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม ทุกคนสามารถดำเนินกิจกรรมในระบบเศรษฐกิจโดยไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น มีกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน และเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต รัฐไม่เข้าแทรกแซงในระบบเศรษฐกิจ กลไกตลาดจะทำหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรด้วยตัวเอง

2) ทฤษฎีเสรีนิยม (Liberal) มาจากสำนักปรัชญาอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) นักคิดกลุ่ม Rawlsian และผู้สนับสนุนนโยบายเบอเวอร์ริดจ์ (Beveridge) และเคนส์ (Keynes) ทฤษฎีนี้มี 3 ลักษณะที่สำคัญ คือ (1) สังคมถูกวิเคราะห์ในรูปที่ผลกระทบต่อบุคคล (2) กรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล (Private property) อยู่ในความหมายของผลิตภาพ (Production) การกระจาย (Distribution) และการแลกเปลี่ยน (Exchange) สิ่งที่เกิดขึ้น และ (3) หลักการของการกระจายมีนัย ของหลักแห่งความเสมอภาคของมนุษย์ทุกคน (Egalitarian) กล่าวคือ รัฐทำหน้าที่จัดสรรรายได้ อย่างเหมาะสมในสภาวะการณ์ที่แน่นอน โดยให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะเป็นสำคัญ ซึ่งแย้งกับ ทฤษฎีอิสระนิยม (Libertarianism) ที่กำหนดให้บทบาทของรัฐมีน้อยที่สุด แนวคิดอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) เชื่อว่าการกระจายสินค้า ก่อให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกในสังคม ขัดแย้งกับนักคิด Rawls ที่เห็นว่าการกระจาย ที่เท่ากันจะก่อให้เกิดผลร้ายต่อสังคม การกระจายควรมุ่งเน้นการช่วยเหลือคนที่อยู่ระดับล่างสุด หรือยากจนที่สุดของสังคมก่อน นอกจากนี้ Rawlsian ได้เสนอหลักการความเป็นธรรม 2 ข้อ คือ (1) หลักการสิทธิและเสรีภาพที่เท่าเทียมกัน และ (2) การจัดการความไม่เป็นธรรมในสังคม โดย มุ่งเน้นไปผู้ที่อยู่ระดับล่างสุด หรือยากจนที่สุดของสังคมก่อน ซึ่งระบบเศรษฐกิจแบบผสม เป็นระบบที่อยู่ภายใต้แนวคิดนี้ โดยรัฐและเอกชนต่างมีส่วนร่วมในระบบเศรษฐกิจ รัฐเข้ามากำกับกิจการพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของ ประชาชน เช่น กิจการสาธารณูปโภค ใช้กลไกตลาด และกลไกรัฐในการจัดสรรทรัพยากร

3) ทฤษฎีคิตรวมหมู่ (Collectivist) มีความหลากหลายมาก นักคิดแนวคิดรวมหมู่เน้นความเท่าเทียม การใช้ทรัพยากรร่วมกันในสังคม เห็นด้วยต่อการปฏิบัติงานของภาครัฐ และไม่เห็นว่าเป้าหมายของสังคมจะถูกทำให้สำเร็จด้วย ระบบของตลาด บางท่านสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบผสม ที่ผสมผสานระหว่างภาคเอกชนและการแทรกแซงของภาครัฐ ซึ่งกลุ่มสังคมนิยมประชาธิปไตย มีส่วนผสมของทฤษฎีคิตรวมหมู่ในระดับกลาง สนับสนุนการให้รัฐเข้ามาแทรกแซงตลาด จำกัดบทบาทภาคเอกชนในการจัดบริการสังคม เพราะบริการของเอกชนมักก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในสังคม และยากต่อการตรวจสอบ ระบบสังคมนิยมอยู่พื้นฐานความเท่าเทียม (Equality) ความมีเสรีภาพ (Freedom) และภราดรภาพ (Fraternity) ความเท่าเทียมแตกต่างจากความเท่าเทียมในแนวตั้ง (Vertical equity) และภราดรภาพเกี่ยวกับความเป็นหนึ่งน้ำใจเดียวกัน (Solidarity) ความเท่าเทียม ด้านโอกาสไม่เพียงพอเพราะผลลัพธ์ของความเท่าเทียมอาจจะคงอยู่

ซึ่งใกล้เคียงกับความหมายของ Miller ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิ (Right) และความต้องการ (Needs) กลุ่มที่เชื่อในแนวคิดนี้ เห็นความเป็นไปได้ในการให้รัฐเข้ามาควบคุมการจัดสรรและกระจายทรัพยากร มาร์กซิสต์ให้เหตุผลว่า ระบบรัฐสวัสดิการในฝันนี้ไม่มีทางเกิดขึ้น เพราะระบบนายทุนมีความไม่ยุติธรรมซึ่งเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ ทฤษฎีมาร์กซิสต์ (Marxist theory) ซึ่งได้รับปรัชญาจาก Marx และ Harold Laski กำเนิดขึ้นในช่วงปฏิวัติอุตสาหกรรมซึ่งเริ่มมีชนชั้นทางสังคม ที่นิยามในความสัมพันธ์ต่อผลิตภัณฑ์ ปัจจัยการผลิต กรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล มาร์กซิสต์เน้นให้ รัฐทำหน้าที่จัดสรรและกระจายทรัพยากรให้สอดคล้องต่อความต้องการในระดับบุคคล ปฏิเสธระบบตลาด

4) แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ แนวคิดเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ (Welfare economic) จะมุ่งเน้นให้เกิด สวัสดิการสังคมสูงสุด เมื่อมีประสิทธิภาพทางเศรษฐศาสตร์สูงสุด (Efficiency) และมีความเท่าเทียม (Equity) (Barr N., 2012) ได้กล่าวไว้เบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายของรัฐ สวัสดิการไว้ว่า หมายถึงรัฐที่ใช้อำนาจอย่างจริงจังในการปรับเปลี่ยนกลไกตลาดในอย่างน้อย 3 ทิศทาง คือ การรับประกันรายได้ขั้นต่ำ การลดขอบเขตของความไม่มั่นคง และการกำหนดขอบเขตของการบริการทางสังคม

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าระบบสวัสดิการสังคมอยู่บนพื้นฐานการให้คุณค่าต่อค่านิยมทางสังคมและคุณค่าเชิงเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน และเป้าหมายของรัฐสวัสดิการเป็นไปเพื่อประสิทธิภาพ (Efficiency) ความเท่าเทียม และความยืดหยุ่นในการบริหาร กล่าวคือ ระบบสวัสดิการนั้น ต้องตอบสนองต่อเป้าหมายทางสังคมที่ก่อให้เกิดให้อรรถประโยชน์สูงสุดโดยใช้ทรัพยากรต่ำที่สุด ประสิทธิภาพ (Efficiency) ครอบคลุมมุมมองดังต่อไปนี้ (1) ประสิทธิภาพ ระดับมหภาค (Macro-efficiency) พิจารณาผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) (2) ประสิทธิภาพ ระดับจุลภาค (Micro-efficiency) พิจารณาความเพียงพอของทรัพยากรสำหรับการจัดสรรสวัสดิการ ผ่านกลไกตลาดหรือรัฐเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายของนโยบายที่กำหนดไว้ (3) ความสม่ำเสมอ การบริโภค (Consumption Smoothing) กล่าวคือ หน่วยงานควรทำให้บุคคลสามารถบริโภคได้ ตลอดช่วงชีวิต (4) การกระจายความเสี่ยง (Risk Sharing) เพื่อไม่ให้บุคคลใดต้องตกอยู่ในภาวะ ที่ต่ำกว่ามาตรฐาน การครองชีพ และ (5) ค่าตอบแทน (Incentive) กล่าวคือ หน่วยงานหรือองค์กร การจัดการการคลัง สิทธิประโยชน์ต้องไม่บิดเบือนอุปทานแรงงานและการออมอันเป็นผลให้เกิด เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความเท่าเทียม (Equity) ครอบคลุมมุมมองดังต่อไปนี้ (1) การบรรเทาความ ยากจน (Relieving poverty) (2) การลดความไม่เท่าเทียม โดยสังคมต้องพิจารณาว่าสังคมเชื่อความ เท่าเทียมแบบใด ซึ่งสามารถจำแนกเป็นความเท่าเทียมแนวนอน (Horizontal equity) และความเท่าเทียมแนวตั้ง (Vertical equity) (3) การกีดกันทางสังคม (Social exclusion) โดยพิจารณาพื้นฐานทางสังคม คือ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Solidarity) และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dignity) ความ

ยืดหยุ่นการบริหารจัดการ (Administrative feasibility) ครอบคลุม มุมมองดังต่อไปนี้ (1) ระบบไม่ซับซ้อนและไม่แพงเกินไป และ (2) ระบบควรมีความผิดพลาดน้อยที่สุด

จากการศึกษาสวัสดิการสังคม มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

มยุรา จรรยารักษ์ และคณะ (2555) ศึกษาเรื่องสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทยผลการวิจัยพบว่าประมาณหนึ่งในสิบของวัยแรงงานมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทยโดยที่ผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจน่าจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากนายจ้างจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากระบบประกันสังคมและไม่ได้รับสวัสดิการอย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพเอกชนนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยระดับบุคคลได้แก่เพศสถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพประเภทค่าจ้างและรายได้ปัจจัยระดับชุมชนได้แก่ภูมิภาคและเขตที่อยู่อาศัยส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งนั้นข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้คือ 1) รัฐควรเร่งประสานความร่วมมือระหว่างกองทุนต่างๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและ 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตไว้ในหลักสูตรการศึกษาระดับประถมศึกษา

สุขมา อรุณจิต (2557) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นธรรมทางสังคมของงานสวัสดิการสังคมผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นธรรมทางสังคมของงานสวัสดิการสังคมประกอบด้วย 8 ปัจจัยอันได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจสิทธิสวัสดิการของผู้ใช้บริการสวัสดิการสังคม 2) ลักษณะความต้อโอกาสของผู้ใช้บริการ 3) พฤติกรรมการปฏิบัติตามสิทธิของผู้ใช้บริการสวัสดิการสังคม 4) ระดับการบริหารจัดการงานสวัสดิการสังคม 5) ระดับการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ 6) ความรู้ความเข้าใจในสิทธิสวัสดิการสังคมของผู้ให้บริการสวัสดิการสังคม 7) พฤติกรรมการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ของผู้ให้บริการสวัสดิการสังคม 8) ทศนคติของสังคม ทั้งนี้สภาวะเงื่อนไขของความเป็นธรรมทางสังคมของงานสวัสดิการสังคมมี 2 ประการคือ 1) โอกาสในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการของผู้ใช้บริการสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจสิทธิสวัสดิการของผู้ใช้บริการสวัสดิการสังคมโดยตรงและ 2) ศักยภาพในการทำงานสวัสดิการสังคมเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจสิทธิสวัสดิการของผู้ให้บริการสวัสดิการสังคมโดยตรงเช่นเดียวกันนอกจากนี้ผลการสงเคราะห์สภาพปัจจุบันของความรู้เกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสังคมของงานสวัสดิการสังคมยังสะท้อนถึงภาพความไม่เป็นธรรมทางสังคมในลักษณะของการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสวัสดิการสังคมความไม่เที่ยงกันของสวัสดิการที่ผู้ให้บริการสวัสดิการสังคมได้รับการที่ผู้ให้บริการสวัสดิการสังคมไม่มีสิทธิโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคการที่สังคมมี

อคติต่อกลุ่มผู้ด้อยโอกาสซึ่งเป็นลักษณะที่บ่งบอกถึงความไม่เป็นธรรมทางสังคมของงานสวัสดิการในสังคมไทย

จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ (2557) ความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของบริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์:การศึกษาเชิงปริมาณผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของบริการและผลลัพธ์ที่สำคัญระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล (ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) vs สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CS)) ในช่วงได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและ6เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ติดตามได้รับยา rtPA ร้อยละ 7 แต่การได้รับการเยี่ยมบ้านในภาพรวมยังมีสัดส่วนต่ำกว่าการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพแย่งจะได้รับการเยี่ยมบ้านในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพดีผู้ป่วย UC สามารถเข้าถึงบริการรถฉุกเฉิน 1669 ร้อยละ 44 ประเด็นที่แตกต่างกันระหว่างสิทธิการรักษายาบาลได้แก่ผู้ป่วย UC มาถึงโรงพยาบาลภายใน 210 นาทีร้อยละ 37 ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วย CS ร้อยละ 48 การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอาการเตือนและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการยังมีสัดส่วนต่ำมากในผู้ป่วย UC ร้อยละ18ในขณะที่ผู้ป่วย CS เท่ากับร้อยละ 52 นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีความรู้ถูกต้องมีโอกาสมากกว่าร้อยละ 40 ที่จะมาถึงโรงพยาบาลภายใน 210 นาทีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความรู้ไม่ถูกต้องสำหรับการเปรียบเทียบอัตราตายด้วย Coxproportional hazard regression ควบคุมปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจสถานะสุขภาพก่อนเข้าโรงพยาบาลอาการแรกเริ่มความรุนแรงของโรคไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยสิทธิ UC และ CS รวมทั้งไม่พบความแตกต่างของปัจจัยด้านเศรษฐกิจเมื่อประเมินจากดัชนีทรัพย์สินครัวเรือนในส่วนที่สองวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2550-2555 เพื่อศึกษาแนวโน้มอัตราการตายภายใน 30วันและอัตราการรอดชีพเวลาต่างๆซึ่งพบว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบมีแนวโน้มภาพรวมของประเทศที่ดีขึ้นเรื่อยๆสำหรับโรคหลอดเลือดสมองแต่ก็ยังดีขึ้นเพียงเล็กน้อยอัตราการตายใน30วันของโรคหลอดเลือดสมองตีบปี 2555 เท่ากับร้อยละ 8.2 และ14.8 ในอายุ 15-64 และ65+ ปีและลดลงทั้ง 13 เขตสุขภาพอัตราการตายใน 30 วันของโรคหลอดเลือดสมองแตกปี 2555 เท่ากับร้อยละ 38 และ49 ตามลำดับแต่มีบางเขตสุขภาพไม่ลดลงอัตราการรอดชีพมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่องชัดเจนในโรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มผู้ใหญ่อายุต่ำกว่า 15-64 ปีการพัฒนากระบวนการบริการโรคหลอดเลือดสมองของ UC สามารถเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบบริการอื่นๆและต้องขยายผลบำรุงรักษาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่ดีไว้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องสวัสดิการสังคมจะเห็นได้ว่า กองทุนต่างๆที่เกี่ยวกับสวัสดิการสังคม ยังมีความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นธรรมในสวัสดิการสังคมได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจสิทธิสวัสดิการของบริการสวัสดิการสังคม 2) ลักษณะความด้อยโอกาสของผู้ใช้บริการ 3) พฤติกรรมการปฏิบัติตามสิทธิของผู้ใช้บริการสวัสดิการ

สังคม 4) ระดับการบริหารจัดการงานสวัสดิการสังคม 5) ระดับการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ 6) ความรู้ความเข้าใจในสิทธิสวัสดิการสังคมของผู้ให้บริการสวัสดิการสังคม 7) พฤติกรรมการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ของผู้ให้บริการสวัสดิการสังคม 8) ทักษะคติของสังคมทั้งนี้สภาวะเงื่อนไขของความเป็นธรรมทางสังคมของงานสวัสดิการสังคม นอกจากนี้ในการจัดสวัสดิการสังคมของรัฐที่เกี่ยวข้องกับกองทุนจะต้องมีความเสมอภาค ไม่มีการเลือกปฏิบัติด้วยเช่นกัน

### แนวคิดสิทธิมนุษยชน

#### 1. ความหมายของสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน (Human right) หมายถึง สิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง ทั้งความคิดและการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ (มูลนิธิเพื่อความเข้าใจเด็ก, 2560: ออนไลน์) สิทธิมนุษยชน คือ สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ทุกคน ไม่ว่าจะเป็ใคร หรืออยู่ที่ใดบนโลกใบนี้ ไม่ว่าจะมีความเชื่ออะไร หรือใช้ชีวิตแบบไหนก็ตามสิทธิมนุษยชนไม่สามารถถูกพรากไปได้ แต่สิทธิมนุษยชนอาจถูกจำกัดได้บางครั้ง เช่น ถ้าคุณทำผิดกฎหมาย หรือกระทำการที่อาจเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งนี้สิทธิมนุษยชนนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความเป็นมนุษย์ เช่น ความมีศักดิ์ศรี ความเท่าเทียม ความยุติธรรม ความเคารพ และความเป็นอิสระ นอกจากนี้สิทธิมนุษยชนนั้นไม่ได้เป็นเพียงแค่แนวคิดที่เป็นนามธรรมเท่านั้น เพราะสิทธิมนุษยชนคือแนวคิดที่ได้รับการนิยาม และได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย (แอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2561)

สิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาสากลว่าด้วย สิทธิมนุษยชน (Universal declaration of human rights หรือ UDHR) ซึ่งประเทศไทยให้การรับรอง ข้อ 25 ระบุว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้ง อาหาร เครื่อง นุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาทางการแพทย์ การบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกการ หม้าย วยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน” หลักการข้างต้น กล่าวถึง “บริการการแพทย์” และ “บริการสังคมที่จำเป็น” ว่าเป็น สิทธิมนุษยชน ซึ่ง หมายความว่า รัฐควรจัดหาให้แก่ประชาชนอย่างเสมอภาคกัน อย่างไรก็ตาม ประเด็นใหญ่ที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคมคือประเด็นที่ว่า การบริการสาธารณะแต่ละประเภทนั้น “ใคร” ควรเป็นผู้จัดบริการบ้างและ “ใคร” ควรเป็นผู้รับภาระในการจ่ายบ้่างระหว่างรัฐเอกชน (ระบบตลาด) องค์กรไม่แสวงกำไร (เอ็น จี โอ) หรือ ชุมชนส่วนผสมระหว่างผู้เล่นสี่ฝ่ายที่คนอยากเห็นมักจะขึ้นอยู่กัจุดยืนความเชื่อหรืออุดมการณ์ทางการเมืองของคนแต่ละคนเช่น นักคิดสำนักเสรี



นิยมมักเรียกร้องให้รัฐสนับสนุนให้ระบบตลาดทำหน้าที่จัดบริการเป็นส่วนใหญ่ รัฐทำหน้าที่เพียงจัดสวัสดิการแบบสงเคราะห์ให้กับผู้ด้อยโอกาส ซึ่งต้องผ่านการทดสอบระดับความจำเป็น (Means-test) ก่อน ฝ่ายนักคิดสำนักความยุติธรรมทางสังคมมักสนับสนุนให้รัฐเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้าเพื่อจัดบริการสาธารณะอย่างทั่วถึงให้กับคนทุกกลุ่มหรือไม่ก็ให้รัฐร่วมมือกับเอกชนในการสร้างระบบประกันสังคมขึ้นมาอันเป็นระบบที่เอกชนร่วมมือกับรัฐในการจ่ายและจัดบริการ

ประเทศไทยเป็นภาคีสถิติสัญญาระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนจำนวน 7 ฉบับ จากทั้งหมด 9 ฉบับ ทำให้ประเทศไทยมีพันธะผูกพันในการปฏิบัติตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และสนธิสัญญาระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี รวมไปถึงข้อตกลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการประชุมระดับโลก โดยองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่หลักในการทำงานเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย คือ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2560) ได้ระบุถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้หลายมาตราด้วยกัน เช่น ในมาตรา 4 นั้นระบุว่า "ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง" และ ในหมวดที่ 3 ซึ่งเป็นหมวดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตราที่ 25 ถึง 49 ยังได้บรรยายขอบเขตของสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้ในหลายด้านด้วยกัน เช่น ความยุติธรรมทางอาญา การศึกษา การไม่เลือกปฏิบัติ เสรีภาพในการแสดงออก การไม่ก้าวท้าวชีวิตส่วนตัว และข่าวของเครื่องใช้ส่วนตัว เป็นต้น (แอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2561)

จะเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน โดยสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคนั้นผู้ใดจะการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการรับรองคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ ดังนั้น การดูแลรักษาทางการแพทย์ จึงเป็นสิทธิพื้นฐานที่ทุกคนจะได้รับเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างทั่วถึงและไม่เลือกปฏิบัติ

## 2. สิทธิมนุษยชนกับระบบกองทุนสุขภาพ

แนวความคิดเกี่ยวกับการที่มนุษย์ทุกคนควรมีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นสิทธิมนุษยชนที่ถูกกล่าวถึงมาโดยตลอด และเป็นประเด็นร่วมกันของนานาอารยประเทศที่จะทำให้สุขภาพหรือสุขภาพวะของมนุษย์เป็นสิทธิของมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับการรับรองและคุ้มครองสิทธิ

นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า การรณรงค์ในปี 2560 คือ "Rise for our right" สื่อถึงการร่วมกันลุกขึ้นมาเพื่อสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเรา เพื่อแสดงให้เห็นประชาคมโลก และประเทศสมาชิก สนับสนุนให้ประชากรได้ตระหนักถึงสิทธิที่จะมีหลักประกันสุขภาพและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งในระดับสากลนั้น หลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ ในส่วนบริบทของประเทศไทยนั้นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมากกว่า 16 ปีแล้ว และได้รับการยกย่องจากองค์การสหประชาชาติให้เป็นต้นแบบประเทศ

ไม่รวยแต่สามารถทำให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีคุณภาพได้ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นหนึ่งในหุ้นส่วนนานาชาติเพื่อเป้าหมายการมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี ค.ศ.2030 (พ.ศ.2573) และเป็นต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแต่ละประเทศสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2560: ออนไลน์)

ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนพ.ศ. 2491 (กระทรวงการต่างประเทศ, 2551) ได้ให้การรับรองสิทธิทางด้านสุขภาพไว้อย่างกว้าง ๆ ดังนี้ข้อ 25 (1) ว่า “คนทุกคนมีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว รวมไปถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพพยาบาล และการบริการทางสังคมที่จำเป็น นอกจากนี้ คนทุกคนยังมีสิทธิที่จะได้รับความมั่นคงแม้ว่างาน เจ็บป่วย พิกการ เป็นหม้าย ้วยชรา หรือขาดปัจจัยดำรงชีวิตอื่น ๆ ในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตน” ตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International covenant on economic, social and cultural rights) ได้ให้การรับรองไว้คือ “ข้อ 12” 1) รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของคนทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ 2) ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้ เพื่อให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์ จะต้องรวมสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ (ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอด และของเด็กแรกเกิดและการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก (ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม (ค) การป้องกัน รักษา และควบคุมโรคระบาดโรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่น ๆ (ง) การสร้างสภาวะที่ประกันการบริการทางการแพทย์และการให้การดูแลสุขภาพพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย ซึ่งประเทศไทยเป็นรัฐภาคีภายใต้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

สิทธิมนุษยชนโดยเฉพาะสิทธิในสุขภาพของบุคคลมีความสำคัญในการสร้างเสริมและพัฒนาบุคลิกภาพให้มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและใจยิ่งขึ้น ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ ด้วย อย่างไรก็ตามหากสิทธิมนุษยชนหรือสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงมีพืงได้นั้น โดยเฉพาะสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในสุขภาพ (Right to health) ถือว่าเป็นวัตถุประสงค์หลักขององค์การอนามัยโลก (World health organization) ที่ว่า “Health for all” หมายถึงสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นบุคคลธรรมดา และสัญชาติใดก็ตามโดยไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุสัญชาตินั้นเอง (คมสัน สุขมาก และกานดา สุขมาก, 2559: 223)

จะเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชนกับระบบกองทุนสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กันกล่าวคือมนุษย์ทุกคนมีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพในยามที่เจ็บป่วยและรัฐบาลต้องสนับสนุนสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพโดยการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิจะมีหลักประกันสุขภาพและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

จากการแนวคิดสิทธิมนุษยชนมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

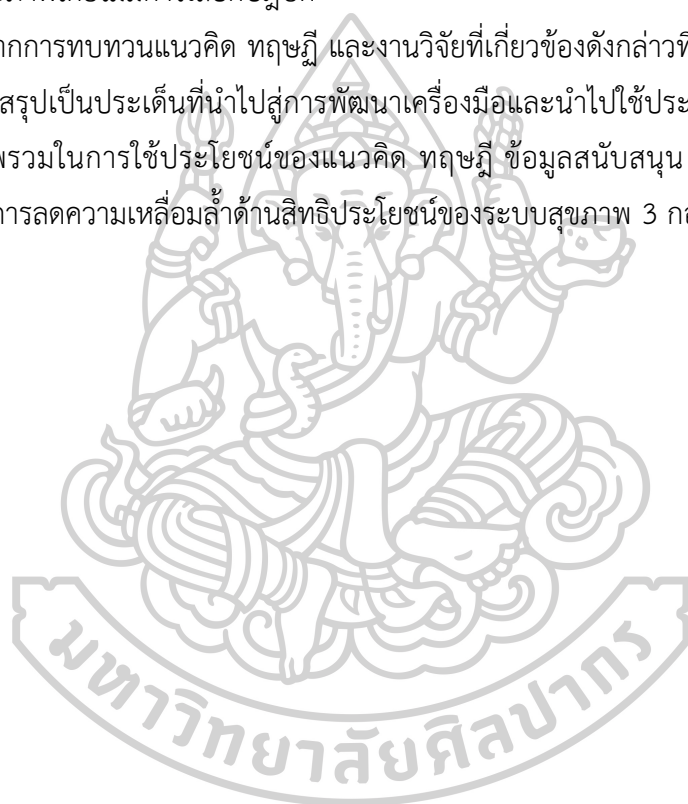
สุรสม กฤษณะจู่ทะและคณะ (2546) ศึกษาเรื่อง สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ: บทสำรวจเบื้องต้นเพื่อทบทวนและทำทายองค์ความรู้ มุ่งศึกษาทบทวนแนวความคิดว่าด้วย “สิทธิมนุษยชน” และ “สุขภาพ” เพื่อนำมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผสมผสาน และเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสองแนวคิดข้างต้น โดยใช้กรอบคิดเรื่อง “การนิยามความหมายทางสังคม” ผนวกกับการประยุกต์แนวความคิดทางสังคมอื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจความหลากหลายของการนิยามความหมายของแนวคิด “สุขภาพ” และ “สิทธิมนุษยชน” งานวิจัยชิ้นนี้ได้จัดจำแนกฐานคติของการนิยามความหมายสุขภาพไว้ 3 กระบวนทัศน์คือ กระบวนทัศน์แรก เป็นการนิยามความหมายสุขภาพปัจเจกชน ซึ่งมองสุขภาพอย่างแยกส่วนและมีเป้าหมายมุ่งไปที่การรักษา สุขภาพกาย กระบวนทัศน์ที่สองคือ กระบวนทัศน์สุขภาพสาธารณะ มีฐานคติของการมองสุขภาพในระดับการจัดการบริการสาธารณสุขหรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อม อันเป็นปัจจัยภายนอก เพื่อเอื้อให้ปัจเจกชนมีสุขภาพที่ดี บางครั้งสุขภาพสาธารณะอาจถูกตั้งคำถามในระดับปรัชญาว่า มุ่งรักษาสุขภาพของคนส่วนใหญ่ แต่ได้กีดกันหรือทำลายสุขภาพของคนส่วนน้อย กระบวนทัศน์สุดท้ายคือกระบวนทัศน์สุขภาพสังคม มีฐานคติมองสุขภาพอย่างองค์รวม ซึ่งมองเหตุปัจจัยแห่งสุขภาพมาจากปัจจัยอันซับซ้อน ทั้งในระดับวิถีชีวิต ในระดับโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความสัมพันธ์กับธรรมชาติแวดล้อมแนวคิดสิทธิมนุษยชน ผู้วิจัยได้ถกเถียงถึงฐานรากทางความคิดสำคัญอยู่ 6 ประการคือ แนวคิดมนุษยภาพ ที่เน้นการเคารพความเป็นมนุษย์ แนวคิดอิสระภาพที่ส่งเสริมสิทธิที่เสรีภาพของประชาชน แนวคิดความเป็นสากล ที่มองว่ามนุษย์ทุกคนเหมือนกัน แนวคิดความเสมอภาคเน้นความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติ แนวคิดความเป็นเหตุผล เน้นเคารพในเหตุผลมากกว่าความรู้สึก แนวคิดคิดประโยชน์นิยม เป็นแนวคิดที่ปกป้องผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ แต่เมื่อสิทธิมนุษยชนถูกนำมาใช้ทางปฏิบัติกลับพบกับความขัดแย้งของแนวคิดพื้นฐานข้างต้น เช่น ความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่กับส่วนน้อย หรือขัดแย้งระหว่างปรัชญากับการปฏิบัติ การนิยามความหมายของสิทธิมนุษยชนมีลักษณะสัมพัทธ์ ทำให้สิทธิมนุษยชนอาจมีการตีความไปตามเงื่อนไขบริบทแต่ละวัฒนธรรมซึ่งมีความแตกต่างกันหลากหลาย ดังนั้น ภายใต้ความสับสนทางปรัชญาและการเปิดกว้างให้มีการผสมผสานความรู้จากแหล่งต่างๆ กระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเมื่อเชื่อมโยงโน้มนำแนวความคิดสุขภาพเข้ากับสิทธิมนุษยชน สังเคราะห์เป็นแนวคิดสิทธิสุขภาพ พบว่าการเชื่อมโยงสองแนวคิดข้างต้นจะขึ้นอยู่กับบริบททางประวัติศาสตร์ สังคม หรือขึ้นอยู่กับกาลเทศะอันเฉพาะเจาะจง แนวคิดสิทธิสุขภาพของประเทศที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนสูง เช่นการทรมานนักโทษ สิทธิสุขภาพก็จะเน้นไปที่การเรียกร้องให้ชุมชนแพทย์เข้ามาแสดงบทบาทในการยับยั้งการละเมิดสิทธิ แต่ในสังคมที่ยากจน สิทธิสุขภาพอาจเป็นประเด็นของการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหลัก ในกรณีสังคมไทย สิทธิสุขภาพมีความหมายกว้างขวางมาก มีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา 3 ระดับ คือ ใน

ชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นเพศสภาพ ผู้บริโภค คนพิการ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น ระดับที่สองต้องพิจารณาในเชิงสถาบันหรือโครงสร้างสังคม ซึ่งได้หยิบยกกรณีศึกษากรณี สุขภาพของชาวบ้านแม่เกาะที่เผชิญหน้ากับปัญหามลพิษของโรงไฟฟ้าและเหมืองถ่านหิน และกรณีศึกษาสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในระดับที่สาม พิจารณาในระดับความรู้ พบว่า กระบวนการกีดกันเบียดขับหรือการละเมิดสิทธิไม่ได้กระทำกับคนโดยตรงเท่านั้น แต่ยังได้กระทำกับ “ความรู้” ที่มนุษย์สร้างขึ้น โดยเฉพาะความรู้ท้องถิ่น ทำให้มิติมุมมองต่อแนวคิดสิทธิ สุขภาพได้แผ่ขยายไปยังมิติที่ซับซ้อนยิ่งการพิจารณาสถานการณ์ความเป็นไปของโลกซึ่งมีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงต้องเท่าทันความไม่หยุดนิ่งดังกล่าว ฉะนั้น เมื่อพิจารณาประเด็นการละเมิดสิทธิหรือการทำลายสุขภาพซึ่งมีแนวโน้มที่สลับซับซ้อนยิ่งขึ้นทุกทีนั้น เป็นปัญหาอันละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และกระทบต่อคนทุกชนชั้น การผูกประสานทางความคิดระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพจึงมีความสำคัญยิ่ง การหยิบเลือกมิติที่สร้างสรรค์ของความคิดมาสังเคราะห์ผสมผสาน หากนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เหตุปัจจัยแห่งทุกชั่วร่วมสมัย เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขทุกข์ที่เหมาะสมกับบริบททางสังคม ก็จะเป็นวิถีในการยกระดับให้การแก้ไขปัญหามลพิษไม่ให้ผูกติดอยู่กับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือแก้ไขแบบแยกส่วนทีละจุด แต่เป็นการแก้ไขปัญหามลพิษอย่างค่อยเป็นค่อยไป มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาทันทีระยะสั้นระยะยาวไปพร้อมๆ กัน และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ทอดทิ้งผู้ที่อ่อนแอไว้อยู่เบื้องหลัง นี่เป็นหนทางแห่งการร่วมสร้างกระบวนการทัศน์สิทธิสุขภาพให้มีพลัง ในการเอื้อให้ปัจเจกชนสามารถพัฒนาศักยภาพความเป็นมนุษย์ เป็นหนทางในการสร้างสรรค์สังคมที่เป็นธรรม และเคารพต่อธรรมชาติแวดล้อม

คมสัน สุขมาก และกานดา สุขมาก (2559: 216) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน จุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน และพันธกรณีของประเทศไทยตามกฎหมายระหว่างประเทศ เรื่องสิทธิในการในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขประเทศไทยได้ลงนามและให้สัตยาบันไว้ต่อกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนหลายฉบับ และนำมาปรับเป็นกฎหมายภายใน โดยบัญญัติหลักสิทธิมนุษยชนไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายภายในของรัฐและเรื่องสิทธิของผู้ป่วยได้บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแม้ว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลไร้สัญชาติ หรือบุคคลต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย บุคคลนั้นมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลตามหลักสิทธิมนุษยชนของกฎหมายระหว่างประเทศ และจากสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่เป็นพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างประเทศจากการเข้าเป็นภาคีของสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนจึงก่อให้เกิดพันธกรณีที่ประเทศไทยต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับสนธิสัญญา มิฉะนั้นต้องรับผิดชอบในทางระหว่างประเทศ ดังนั้นเมื่อประเทศไทยเมื่อเข้าเป็นภาคี ประเทศไทยต้องปฏิบัติตามพันธกรณีของสนธิสัญญาดังกล่าวคือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนโดยเท่าเทียมกัน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิดสิทธิมนุษยชนจะเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ สิทธิสุขภาพก็จะเน้นไปที่การเรียกร้องให้ชุมชนแพทย์เข้ามาแสดงบทบาทในการยับยั้งการละเมิดสิทธิ แต่ในสังคมที่ยากจนสิทธิสุขภาพอาจเป็นประเด็นของการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้บัญญัติหลักสิทธิมนุษยชนไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายภายในของรัฐและเรื่องสิทธิของผู้ป่วยได้บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแม้ว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลไร้สัญชาติ หรือบุคคลต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายดังนั้นมนุษยชนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน ทั้งถึงและมีประสิทธิภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวที่ได้นำเสนอมาในข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสรุปเป็นประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือและนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย และภาพรวมในการใช้ประโยชน์ของแนวคิด ทฤษฎี ข้อมูลสนับสนุน และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ดังตารางต่อไปนี้



ตารางที่ 6 สรุปประเด็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนที่นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย

| แนวคิดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน            | ด้านสิทธิประโยชน์ | ด้านการเงินการคลัง | ด้านการบริหารจัดการ | ด้านคุณภาพการให้บริการ |
|---|-------------------|--------------------|---------------------|------------------------|
| สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2549)                     |                   |                    | √                   |                        |
| สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2555)                       |                   |                    |                     | √                      |
| เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556)                         | √                 | √                  | √                   | √                      |
| สิริกัญจน์ ศิโรจน์นวกุล (2557)                        | √                 |                    |                     |                        |
| รวิวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2561)                           |                   |                    |                     | √                      |
| ศูนย์ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลราชวิถี (2561)             | √                 |                    |                     |                        |
| Schreyögg, Stargardt, Velasco-Garrido, & Busse (2005) | √                 |                    |                     |                        |

ที่มา: จากการสรุปประเด็นการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาวิจัย

ตารางที่ 7 สรุปประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนที่นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย

| แนวคิดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน | ด้านสิทธิประโยชน์ | ด้านการเงินการคลัง | ด้านการบริหารจัดการ | ด้านคุณภาพการให้บริการ |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|------------------------|
| สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2549)          |                   |                    | ✓                   | ✓                      |
| พจิราโรจน พิทยากร (2551)                   |                   |                    | ✓                   |                        |
| ชรินทร์ ศรีวิไล (2551)                     | ✓                 |                    |                     |                        |
| นิรมล รองศรีแย้ม (2552)                    | ✓                 |                    |                     |                        |
| สุพจน์ เต๋นดวง (2553)                      | ✓                 |                    |                     |                        |
| นันทวรรณ กิติกรรณาภรณ์และคณะ (2557)        |                   |                    | ✓                   |                        |
| ณัฐธิดา จินดาพลและคณะ (2557)               |                   |                    | ✓                   |                        |
| รัชณี บูลน้ำใจดี (2557)                    | ✓                 |                    |                     |                        |
| สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์ (2557)               |                   |                    | ✓                   |                        |
| จุฬารภรณ์ ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ (2557)      | ✓                 |                    |                     |                        |
| ณวัฒน์ แก้วพรรัตน์ (2557)                  | ✓                 | ✓                  | ✓                   | ✓                      |

ที่มา: จากการสรุปประเด็นการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method research) ใช้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการแบบอุปนัย (Inductive method) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) เพื่อศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 3) เพื่อศึกษาแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และ 4) เพื่อนำเสนอแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยมีวิธีการศึกษาการวิจัยดังต่อไปนี้

#### วิธีที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method research) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการแบบอุปนัย (Inductive) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร วารสาร ตำราทั้งในและต่างประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) และใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic delphi futures research) จากนั้นจึงนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ สรุปและนำเสนอในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อนำเสนอแนวทางและมาตรการและยืนยันรับรองผลการศึกษา

#### ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

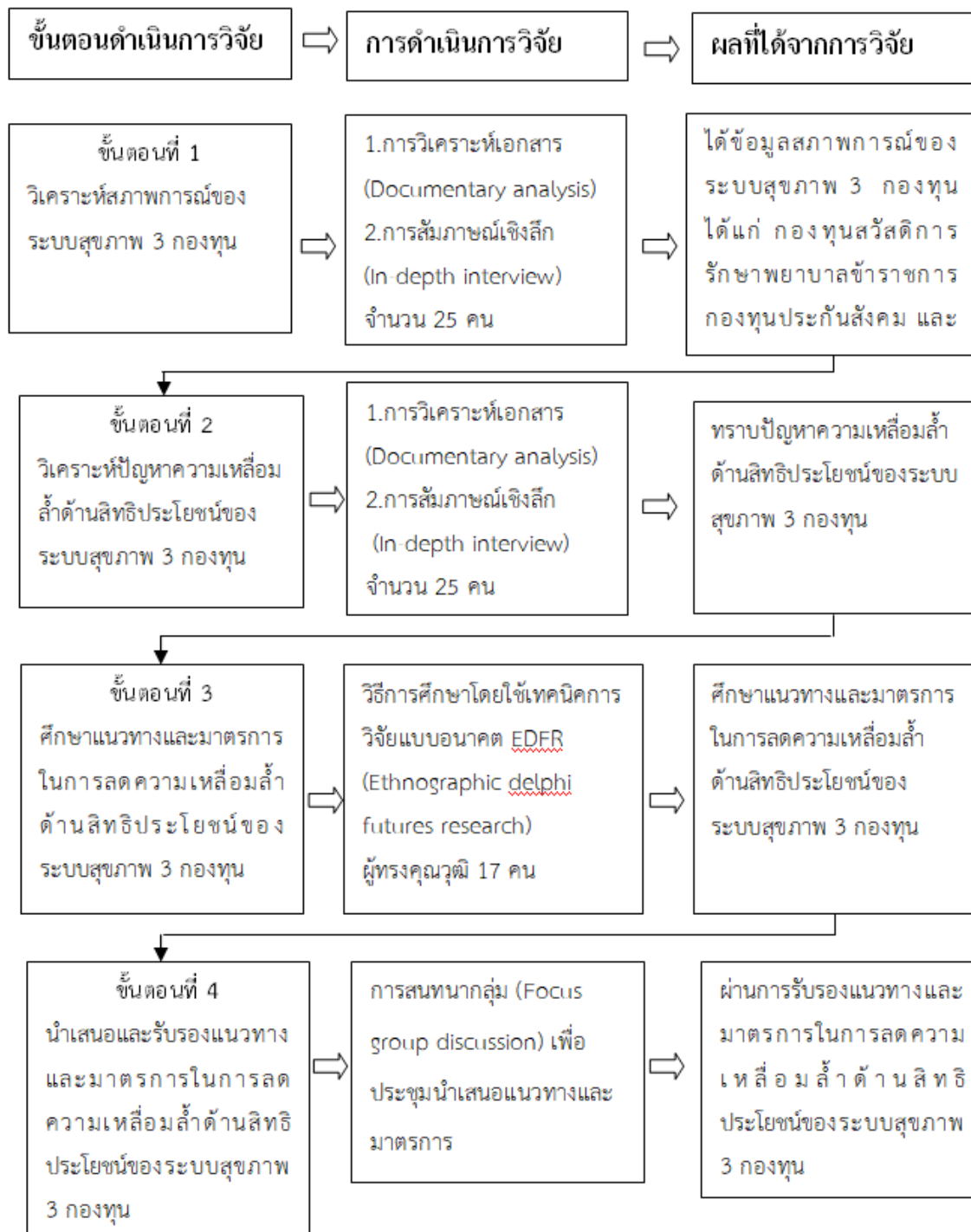
ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



ขั้นตอนที่ 4 นำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



ภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนในการวิจัย

โดยในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล  
ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยตำรา บทความวิชาการเอกสารต่างๆ และ Website ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรายงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกเอกสารต่างๆในแต่ละประเภท โดยอาศัยหลักการพิจารณาจากชื่อเรื่องวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แนวคิดทฤษฎี ผลการศึกษาและรายงานของหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเชื่อถือ (Credibility) และสามารถเป็นตัวแทนของเอกสารด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆมาสังเคราะห์ วิเคราะห์ และตีความ เพื่อหาบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบการเทียบเคียงรูปแบบ (Pattern matching) ของ Yin (2003) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การลดข้อมูลเป็นกระบวนการลดข้อมูลดิบ และคัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่ใช้ในการทำงานวิจัย 2) จัดรูปแบบข้อมูลเป็นกระบวนการสร้างรูปแบบหรือจัดกลุ่มของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย เพื่อพิจารณาข้อมูลที่มีความเหมือนกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องและพิจารณาถึงความแตกต่างของข้อมูลดังกล่าว เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อสรุปการวิจัย และ 3) การหาข้อสรุปและจัดกลุ่มเนื้อหาที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์และเพื่อนำมาจัดทำเป็นแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาข้อมูลสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive selection) คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงาน หรือมีประสบการณ์ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ใช้

สิทธิในระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 3 กลุ่ม รวม 25 คน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาครัฐ ได้แก่

- 1) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง 1 คน
- 2) รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย กรมบัญชีกลาง 1 คน
- 3) นักวิชาการกองปฏิบัติการ กรมบัญชีกลาง 2 คน
- 4) หัวหน้ากองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 คน
- 5) ผู้อำนวยการกลุ่มงานมาตรฐานทางการแพทย์ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

สำนักงานประกันสังคม 1 คน

6) ผู้อำนวยการสำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

7) ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

8) รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

9) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ 3 คน

กลุ่มที่ 2 ภาคเอกชน จำนวน 5 คน

1) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลเอกชน 3 คน

2) ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 1 คน

3) ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 1 คน

กลุ่มที่ 3 ประชาชน จำนวน 8 คน

1) ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2 คน

2) ผู้มีสิทธิประกันสังคม 3 คน

3) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 คน

## 2.1 การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ถูกรวบรวมมาจากการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อสร้างเป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 25 คน

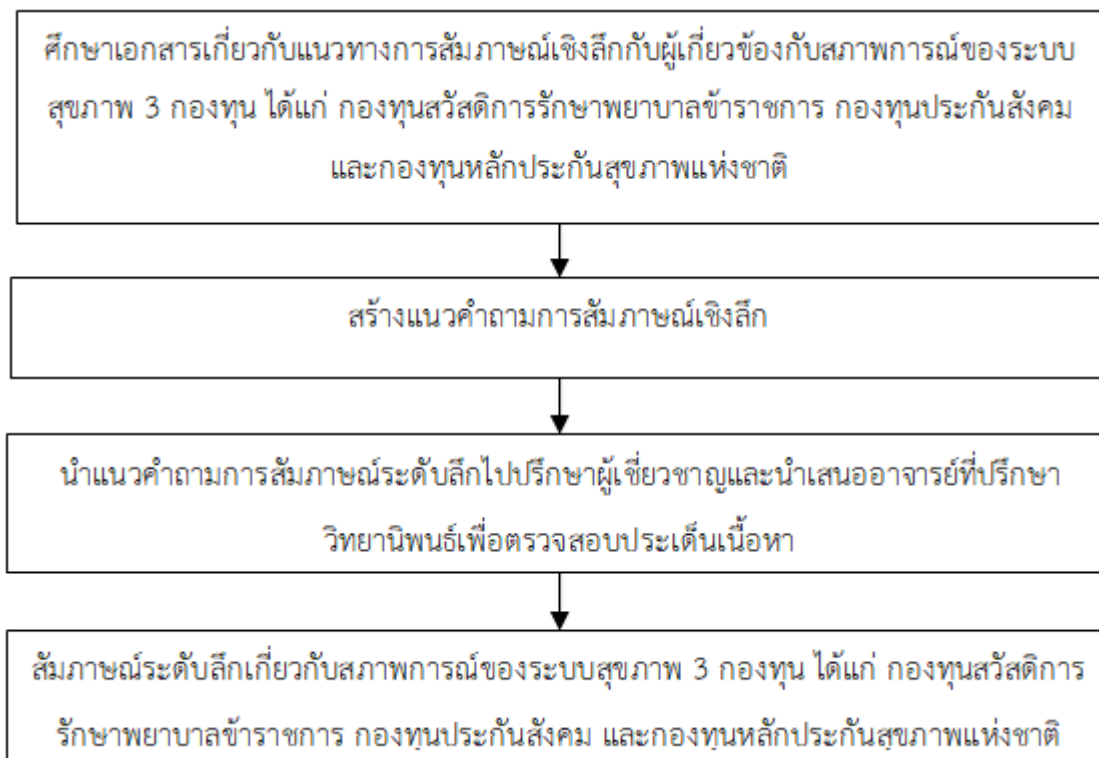
## 2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหา ความตรงของเนื้อหาและข้อคำถามให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ แล้วนำแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำถาม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ภาคประชาชน นำกลับมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงในภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ (Valid and reliable) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านแนวคิดทฤษฎี (Theory triangulation) และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) (Denzin, 1978: 294-304) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยการหาข้อมูลจากหลายฝ่ายหรือใช้วิธีการหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเดียวกัน จนกระทั่งได้ความคิดหรือข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นหรือเรื่องนั้นๆ ออกมาตามที่คนส่วนใหญ่เข้าใจหรือรู้สึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือ

## 2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และหลังจากที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลเหล่านั้นมาแยกประเภท จัดหมวดหมู่ เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย กล่าวคือในแต่ละวันหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จผู้วิจัยกลับมาบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด พร้อมจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูล เสนอผลการวิจัยในลักษณะของการบรรยายข้อมูลและสรุปเชิงวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎี

จากการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถสรุปได้ตามภาพที่ 6 ดังนี้



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



ตารางที่ 8 สรุปขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบทของระบบสุขภาพ 3

| วัตถุประสงค์   | วิธีการ  | เอกสาร   | เครื่องมือ  |
|--|--|--|---|
| ศึกษาบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ กองทุน ประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |  |  |   |
| 1.1 การวิเคราะห์เอกสาร   | วิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis)           | สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | แบบการวิเคราะห์เอกสารโดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) |
| 1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก   | สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 25 คน | 1. ภาครัฐ<br>2. ภาคเอกชน<br>3. ภาคประชาชน  | แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก/ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)  |

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์วิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยตำรา บทความวิชาการ เอกสารต่างๆ และ Website ต่างๆ และรายงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้าน

สิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่มีความเกี่ยวข้องด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงาน หรือมีประสบการณ์ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับด้านสิทธิประโยชน์ หรือผู้ใช้สิทธิในระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 3 กลุ่ม รวม 25 คน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาครัฐ 11 คน ได้แก่

- 1) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง 1 คน
- 2) รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย กรมบัญชีกลาง 1 คน
- 3) นักวิชาการกองปฏิบัติการ กรมบัญชีกลาง 2 คน
- 4) หัวหน้ากองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 คน
- 5) ผู้อำนวยการกลุ่มงานมาตรฐานทางการแพทย์ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์สำนักงานประกันสังคม 1 คน
- 6) ผู้อำนวยการสำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน
- 7) รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

8) ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน

9) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ 3 คน

กลุ่มที่ 2 ภาคเอกชน จำนวน 5 คน

1) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลเอกชน 3 คน

2) ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 1 คน

3) ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 1 คน

กลุ่มที่ 3 ประชาชน จำนวน 8 คน

1) ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2 คน

- 2) ผู้มีสิทธิประกันสังคม 3 คน
- 3) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 คน

## 2.2. การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ถูกรวบรวมมาจากการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อสร้างเป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 25 คน

## 2.3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหา ความตรงของเนื้อหาและข้อคำถามให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ แล้วนำแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำถาม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ภาคประชาชน นำกลับมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงในภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ (Valid and reliable) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านแนวคิดทฤษฎี (Theory triangulation) และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) (Denzin, 1978: 294-304) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยการหาข้อมูลจากหลายฝ่ายหรือใช้วิธีการหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นเดียวกัน จนกระทั่งได้ความคิดหรือข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นหรือเรื่องนั้นๆ ออกมาตามที่คนส่วนใหญ่เข้าใจหรือรู้สึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือ

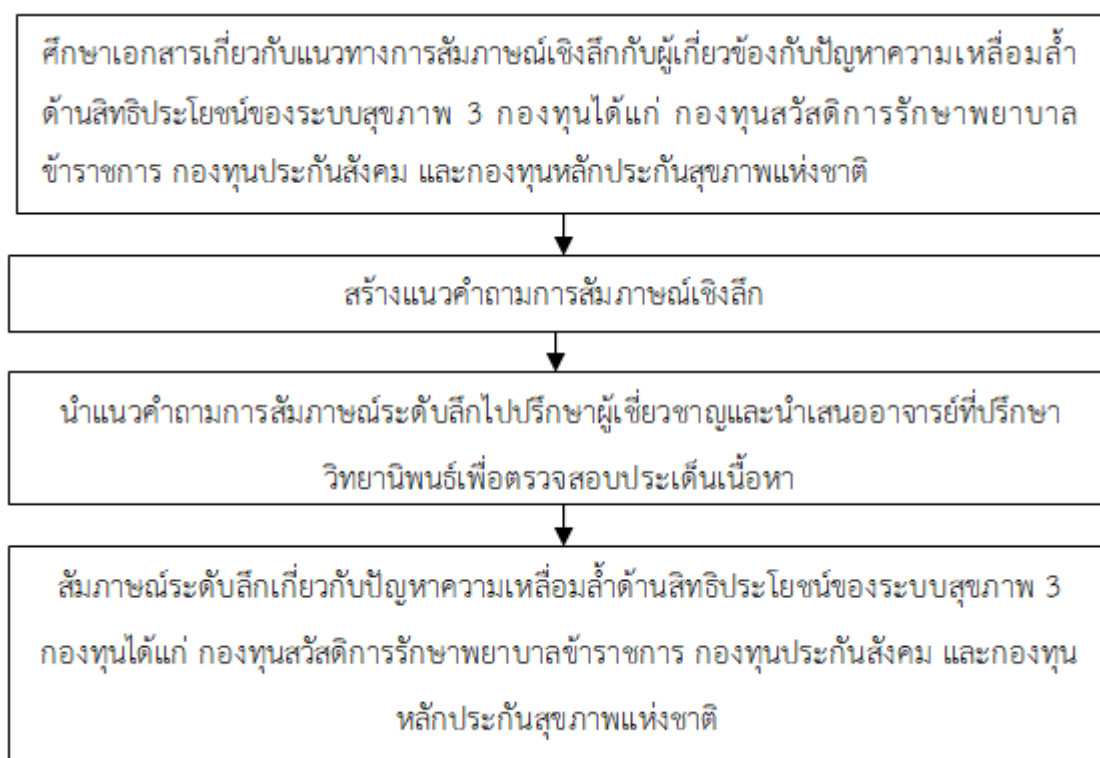
## 2.4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และหลังจากที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลเหล่านั้นมาแยกประเภท จัดหมวดหมู่ เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย กล่าวคือในแต่ละวันหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จผู้วิจัย



กลับมาบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด พร้อมจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูล เสนอผลการวิจัยในลักษณะของการบรรยายข้อมูลและสรุปเชิงวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎี

จากการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถสรุปได้ตามภาพที่ 7 ดังนี้



ภาพที่ 7 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ตารางที่ 9 สรุปขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ  
3 กองทุน

| วัตถุประสงค์   | วิธีการ   | เอกสาร/กลุ่มผู้ให้ข้อมูล  | เครื่องมือ/<br>การวิเคราะห์ข้อมูล                                     |
|--|---|---|---|
| 1.ศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |   |   |   |
| 1.1 การวิเคราะห์เอกสาร   | วิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis)              | ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | แบบการวิเคราะห์เอกสารโดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) |
| 1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก   | การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 25 คน | 1. ภาครัฐ<br>2. ภาคเอกชน<br>3. ภาคประชาชน   | แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก/ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)  |

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์แนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 นำมาร่างแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic delphi futures research) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำร่างแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และนำร่างไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบวิเคราะห์เอกสารไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาภาษาและการวัดประเมินผล เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ภาษาที่ใช้และนำมาหาค่า IOC ของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

|                      |          |    |
|----------------------|----------|----|
| เห็นว่าสอดคล้อง      | ให้คะแนน | +1 |
| ไม่แน่ใจ             | ให้คะแนน | 0  |
| เห็นว่าจะไม่สอดคล้อง | ให้คะแนน | -1 |

การวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมสอดคล้องของแบบวิเคราะห์เอกสารที่ใช้ในการศึกษาความต้องการ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คำนวณตามสูตร (Hemphill and Website, 1950: 325-342)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ  
 $N$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

นำข้อมูลที่รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence) ของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ได้ค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 และปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับรายละเอียดของคำถามให้มีความชัดเจนสามารถสื่อความหมายได้ง่าย

2. ผู้วิจัยใช้การวิจัยการใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR สอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ 17 คนจำนวน 2 รอบกำหนดขั้นตอนไว้ 3 ขั้นตอนดังนี้

#### 2.1 การกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยวิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 17 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติในข้อใดข้อหนึ่งหรือ

หลายข้อตามเกณฑ์ดังนี้ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

ภาครัฐ หมายถึง ผู้รับผิดชอบ และผู้ปฏิบัติงานด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ปฏิบัติงานระบบสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนยุทธศาสตร์สังคมเข้มแข็ง แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่สถานพยาบาลของรัฐ

ภาคเอกชน หมายถึง ผู้มีส่วนได้เสียต่อระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ปฏิบัติงานมูลนิธิคุ้มครองสิทธิ

นักวิชาการ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ ด้านรัฐประศาสนศาสตร์ ด้านการจัดการ ด้านสาธารณสุข และผู้มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพ 3 กองทุน

2.2 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามรอบที่ 1 แบบสอบถามครอบคลุมถึงประเด็นแนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่างแนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 17 คน

2.3 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามรอบที่ 2 แบบสอบถามได้พัฒนามาจากแบบสอบถามรอบที่ 1 โดยนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญมาสังเคราะห์สร้างแบบสอบถามปลายเปิดชนิดมาตราประมาณค่า แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับความสำคัญหรือคาดการณ์แนวโน้มในแต่ละข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDR (Ethnographic delphi futures research) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาจัดทำเป็นแบบสอบถาม

2. การวิเคราะห์จัดทำแบบสอบถาม เพื่อให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นความเห็นพ้องต้องกัน (Consensus) ผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาโยบายและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด มาตรการส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน ลงความเห็น

3. การยืนยันความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับคืนจากผู้เชี่ยวชาญสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดโดยเพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยควอไทล์ (Inter-quartile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบส่งให้ผู้เชี่ยวชาญชุดที่ส่งกลับคืนพิจารณาคำตอบใหม่ แล้วตอบกลับมาอีกครั้ง ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ทั้งนี้ เมื่อดำเนินการวิจัยตามเทคนิคการวิจัยครบทั้ง 2 รอบแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาวิเคราะห์ผลข้อมูลทางสถิติ แล้วนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้เป็น(ร่าง) แนวทางในการพัฒนาโยบายและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน ตามกระบวนการเทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR ในรอบที่ 2 และ 3 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แล้วนำมาแปลผลค่ามัธยฐานจากแบบสอบถาม มาตรการส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ความหมายดังนี้

1. การกำหนดค่าน้ำหนักของแต่ละข้อของแนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของแต่ละคำถาม กำหนดให้ค่าระดับคะแนนของช่วงน้ำหนักเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง แนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นไปได้มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง แนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นไปได้มาก

ระดับ 3 หมายถึง แนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความ  
เป็นไปได้ปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง แนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความ  
เป็นไปได้น้อย

ระดับ 1 หมายถึง แนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความ  
เป็นไปได้น้อยที่สุด

2. การกำหนดระดับคะแนนค่าเฉลี่ยแนวทางและมาตรการระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่  
กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ โดยแปลความหมายได้ตามตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 10 การกำหนดระดับคะแนนค่าเฉลี่ยแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิ  
ประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

| ค่าเฉลี่ย   | แนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน |
|-------------|---|
| 4.50 -5.00  | ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุด                         |
| 3.50 - 4.49 | ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้มาก                               |
| 2.50 - 3.49 | ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้ปานกลาง                           |
| 1.50 - 2.49 | ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้น้อย                              |
| 1.00 - 1.49 | ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้น้อยที่สุด                        |

3. การกำหนดค่ามัธยฐาน (Median) พิจารณาความเหมาะสมของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ  
แต่ละข้อแล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์ เพื่อแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย (Best & Kahn, 2006) ได้ตาม  
ตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 การกำหนดค่ามัธยฐาน พิจารณาความเหมาะสมของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ

| ค่ามัธยฐาน  | ความเหมาะสมของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ         |
|-------------|--|
| 4.50 - 5.00 | แนวทางและมาตรการมีความเป็นเหมาะสมมากที่สุด |
| 3.50 - 4.49 | แนวทางและมาตรการมีความเป็นเหมาะสมมาก       |
| 2.50 - 3.49 | แนวทางและมาตรการมีความเหมาะสมปานกลาง       |
| 1.50 - 2.49 | แนวทางและมาตรการมีความเหมาะสมน้อย          |
| 1.00 - 1.49 | แนวทางและมาตรการมีความเหมาะสมน้อยที่สุด    |

ทั้งนี้ ค่ามัธยฐานที่กำหนดเป็นเกณฑ์การยอมรับในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องมีความคิดเห็นว่าแนวทางและมาตรการมีความเป็นเหมาะสมมาก คือ ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

4. การกำหนดค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) แต่ละข้อจากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแล้ว พิจารณาความสอดคล้องตามเกณฑ์ ตามตารางที่ 12 ดังนี้

ตารางที่ 12 การกำหนดค่าพิสัยระหว่างควอไทล์พิจารณาความสอดคล้องของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ

| ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ | ความสอดคล้องของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ          |
|------------------------|--|
| สูงกว่า 3.00           | คำตอบของผู้เชี่ยวชาญไม่มีความสอดคล้องกัน     |
| ระหว่าง 2.00 - 2.99    | คำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันต่ำ     |
| ระหว่าง 1.01 - 1.99    | คำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันปานกลาง |
| ระหว่าง 0.51 - 1.00    | คำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันสูง     |
| ต่ำกว่า 0.50           | คำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันสูงมาก  |

ทั้งนี้ ค่าความสอดคล้องที่กำหนดเป็นเกณฑ์ยอมรับในการวิจัยครั้งนี้ต้องมีความสอดคล้องกันปานกลางขึ้นไปคือ มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับหรือน้อยกว่า 1.00

ตารางที่ 13 สรุปขั้นตอนที่ 3 ร่างแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

| วัตถุประสงค์  | วิธีการ  | กลุ่มเป้าหมาย  | เครื่องมือ/ สถิติ   |
|---|--|--|---|
| 1.ร่างแนวทางและมาตรการการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน                  | นำแบบสอบถาม (ร่างแนวทางและมาตรการ) ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (IOC)      | ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน                                    | การวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมสอดคล้องกับแบบวิเคราะห์เอกสารที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) |
| 2.เพื่อวิเคราะห์ข้อเสนอแนวทางและมาตรการการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน | เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR  | 1. ภาครัฐ<br>2. ภาคเอกชน<br>3. นักวิชาการ<br>4. ภาคประชาชน | 1.แบบสอบถามปลายปิด<br>2.มัธยฐาน(Median), ค่าพิสัยควอไทล์ (Inter-quartile range)                         |
| 2.1 วิเคราะห์จัดทำแบบสอบถามรอบที่ 1   | ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสัมภาษณ์ได้จากขั้นตอนที่ 1และ2 | 1. ภาครัฐ<br>2. ภาคเอกชน<br>3. นักวิชาการ<br>4. ภาคประชาชน | ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi- structure) ใช้สถิติ Mean, SD                                      |
| 2.2 วิเคราะห์จัดทำแบบสอบถามรอบที่ 2   | นำข้อมูลที่ได้รับคืนจากแบบสอบถามรอบที่ 1 มาวิเคราะห์                       | 1. ภาครัฐ<br>2. ภาคเอกชน<br>3. นักวิชาการ<br>4. ภาคประชาชน | แบบสอบถามจากรอบที่ 1 สถิติที่ใช้ Median, Mode, IQR  |

ขั้นตอนที่ 4 นำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อประชมนำเสนอแนวทางและมาตรการ ระดมความคิดเห็นเพื่อรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



### วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่อดำเนินการวิจัยเทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR ครบ 2 รอบแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 3 มาตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมและความสำคัญของข้อเสนอแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีเนื้อหาครบถ้วน

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กลุ่มมีบทบาทสนับสนุน กลุ่มผู้รับประโยชน์ กลุ่มนักวิชาการ เพื่อร่วมกันคิด วิพากษ์วิจารณ์ ร่วมให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผลการวิจัยที่ดำเนินการแล้วในขั้นตอนที่ผ่านมา

#### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อประชุมนำเสนอแนวทางและมาตรการ ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนใช้การเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้แทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และนักวิชาการรวมทั้งสิ้นจำนวน 7 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเด็นการสนทนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากองค์ประกอบของแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน
2. ร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

#### 3. อุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องบันทึกภาพและเสียง สมุดจดบันทึก

#### การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ผู้วิจัยนำร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ที่ได้จากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 และ 3 จัดทำเป็นเอกสารประกอบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อประชุมนำเสนอแนวทางและมาตร

#### 2. จัดทำหนังสือเชิญผู้เข้าร่วมประชุม

3. ผู้วิจัยนำร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน นำเสนอต่อผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนาจะได้อภิปราย ชักถาม และแสดงความคิดเห็นใน

ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยการอภิปรายในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้พิจารณาแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ตรวจสอบทิศทางดำเนินการร่วมกับความเชื่อมโยงของผลการศึกษาในตอนที 3 จากการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR จากผู้เชี่ยวชาญ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงานการวิจัยตามตารางที่ 14 ดังนี้

ตารางที่ 14 สรุปขั้นตอนที่ 4 การนำเสนอและรับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

| วัตถุประสงค์  | วิธีการ  | กลุ่มเป้าหมาย  | เครื่องมือ/สถิติ   |
|---|--|--|--|
| เพื่อรับรองข้อเสนอแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน | การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียจำนวน 7 คน | 1. ภาครัฐ<br>2. ภาคเอกชน<br>3. นักวิชาการ<br>4. ภาคประชาชน | -เครื่องมือการจัดประชุม<br>-การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) |

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 2) ศึกษาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 3) ศึกษาแนวทางและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานและพัฒนาร่วมกับการวิจัยเชิงนโยบาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Mixed method research) ใช้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการแบบอุปนัย (Inductive method) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร วารสาร ตำราทั้งในและต่างประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) และใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic delphi futures research) จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์สรุปและนำเสนอในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อนำเสนอแนวทางและมาตรการและยืนยันรับรองผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตอนที่ 3 ร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตอนที่ 4 รับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 1. การวิจัยเอกสาร

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์เอกสารโดยการรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตั้งกล่าวที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 2 ข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกเอกสารต่างๆในแต่ละประเภท โดยอาศัยหลักการพิจารณาจากชื่อเรื่องวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แนวคิดทฤษฎี ผลการศึกษาและรายงานของหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเชื่อถือ (Credibility) ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของเอกสารด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ออกมาเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนรวมถึงนำไปใช้เป็นคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกในลำดับถัดไป

สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการมาแบบแยกส่วนกันสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่ม เช่น ประชาชนที่เป็นข้าราชการและลูกจ้างหน่วยงานรัฐ (Public formal sector) ประชาชนที่อยู่ภาคการจ้างงานเอกชนอย่างเป็นทางการ (Private formal sector) และประชาชนกลุ่มที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ (Informal sector) เช่น ผู้ประกอบอาชีพอิสระ เกษตรกร รวมถึงผู้ยากไร้ต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาาระบบสุขภาพสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่มนั้น อยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของต่างหน่วยงานกัน มีปรัชญาแนวคิดในการพัฒนารวมถึงมีกลไกการอภิบาลระบบที่แยกส่วนกัน (ระบบประกันสุขภาพไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2556: 41) ดังนั้น การที่ระบบสุขภาพหลักทั้งสามจะถูกรื้อออกแบบระบบที่ต่างกันจึงเป็นสิ่งที่คาดเดาได้ และนำมาซึ่งปัญหาการเข้าถึงบริการและอาจรวมถึงคุณภาพและผลลัพธ์บริการ ประชาชนคนไทย ร้อยละ 98 อยู่ภายใต้ระบบสุขภาพหลัก 3 ระบบด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7 (2) ระบบประกันสังคม ร้อยละ 17 และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 73 ทั้งนี้ ระบบหลักประกันทั้งสามระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันหลายประเด็น ตั้งแต่แนวคิด กลไกการอภิบาลระบบ หน่วยงานบริหารจัดการระบบ แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน (คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559: 2)

จะเห็นได้ว่าหลักประกันสุขภาพจะครอบคลุมคนไทยเกือบทั้งประเทศ แต่ก็พบว่าหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนยังมีความเหลื่อมล้ำกัน อาทิเช่น กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ บุคคลในครอบครัวจะได้รับการคุ้มครอง ซึ่งต่างจากกลุ่มลูกจ้างเอกชน ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม บุคคลในครอบครัวจะไม่ได้รับการคุ้มครอง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษายาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษายาบาล อันเนื่องมาจากความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อถึงคุณภาพของบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพอันเป็นผลจากการรักษายาบาลด้วย (คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559: 1)



ตารางที่ 15 วิวัฒนาการของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

| ช่วงเวลา                           | ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ  | ลูกจ้างเอกชน(ทางการ)  | อาชีพอิสระ(ไม่ทางการ)   |
|------------------------------------|---|---|---|
| ก่อนพ.ศ. 2518                      | - แต่ละส่วนราชการตั้ง<br>งบดูแลกันเอง   | - เก็บค่าบริการในสถานพยาบาลรัฐ<br>- กระทรวงต่างๆตั้งبودชนุนค่าลดหย่อนสำหรับผู้<br>จ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้                        |   |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 3<br>(2515 – 2519) |   | - พรบ.กองทุนทดแทน<br>สำหรับการเจ็บป่วยจาก<br>การทำงาน<br>(2517)   | บัตรรายได้น้อยหรือ<br>โครงการสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (สปร.) พ.ศ. 2518 |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 4<br>(2520-2524)   | - พระราชกฤษฎีกา<br>สวัสดิการรักษายาบาล  |   |   |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 5<br>(2525-2529)   | ข้าราชการ (2521) โดย  |   |   |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 6<br>(2530-2534)   |   | - กองทุนประกันสังคม<br>สำหรับ การเจ็บป่วยที่<br>ไม่ได้เกิดจากการทำงาน<br>(2533)   |   |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 7<br>(2534-2539)   |   | - ชื้อบริการจากทั้ง<br>ภาครัฐและเอกชน<br>- จ่ายแบบเหมาจ่ายราย<br>หัวรวมผู้ป่วยนอกและใน<br>- จ่ายเพิ่มตามอัตราใช้<br>บริการ (2538) |   |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 8<br>(2540-2544)   | มาตรการควบคุม<br>ค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์<br>(2542)  | จ่ายเพิ่มตามปัจจัยเสี่ยง<br>(2544)  | - นำร่องหลักประกัน<br>สุขภาพถ้วนหน้าใน 6<br>จังหวัดภายใต้โครงการ<br>SIP (2544)        |
| แผนพัฒนาฉบับที่ 10<br>(2550-2554)  | จ่ายผู้ป่วยในตามกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วมที่มีอัตรา<br>ฐานต่างกัน (ต.ค. 2549)<br>- เบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก<br>(ต.ค.2549) | จ่ายอัตราเหมาจ่ายเพิ่ม<br>สำหรับโรงพยาบาลที่<br>ได้รับการรับรองคุณภาพ<br>(Hospital Accreditation)                                 |   |

| ช่วงเวลา                          | ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ   | ลูกจ้างเอกชน(ทางการ)   | อาชีพอิสระ(ไม่ทางการ) |
|-----------------------------------|--|--|-----------------------|
| แผนพัฒนาฉบับที่ 11<br>(2555-2559) | - พระราชกฤษฎีกา<br>สวัสดิการรักษายาบาล<br>ข้าราชการ (2555) | พรบ. ฉบับที่ 4 พ.ศ.<br>2558กรณีใจได้รับ<br>บาดเจ็บ ทูพพลภาพ<br>หรือตาย โดยไม่ใช่<br>ประสบอุบัติเหตุหรือ<br>เจ็บป่วยเนื่องจากการ<br>ทำงาน | - การจัดการรายโรค     |

**ที่มา:** ระบบประกันสุขภาพไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์, 2556: 41; เจษฎาพงษ์ พรหมเฝ้า และธีระ ศรีธรรมรักษ์, 2559.

จากตารางที่ 15 จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพ 3 กองทุนของประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลมาอย่างต่อเนื่อง โดยในภาพรวมโครงการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะการจัดตั้งวัตถุประสงค์ และการบริหารจัดการ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2536: 56) คือ 1) การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health insurance) เช่น กองทุนทดแทนแรงงาน และกองทุนประกันสังคม 2) การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary health insurance) เช่น การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน โครงการบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 500 บาท) ของกระทรวงสาธารณสุข และ 3) สวัสดิการที่รัฐจัดทำให้ (Social welfare) มีพัฒนาการขึ้นตามลำดับ เช่น ในปี พ.ศ. 2518 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณสำหรับสังคมสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2532 รัฐบาลได้ริเริ่มโครงการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2535 จัดทำโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษายาบาล (สปน.) และในปี พ.ศ. 2537 ได้จัดให้มีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.)

จากการพัฒนาระบบสุขภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับสุขภาพ และได้สร้างความมั่นคงให้กับชีวิตของประชาชน เพื่อต้องการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ปัจจุบันระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิจำนวน 4.97 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 7.41 ระบบประกันสังคมครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิจำนวน 10.84 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 16.15 และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิจำนวน 49.83 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 74.20 ซึ่งครอบคลุมคนไทยร้อยละ 97.76 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนจะครอบคลุมคนไทยเกือบทั้งประเทศ แต่ยังมีคงมีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นระหว่าง 3 กองทุนนี้

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบระบบสุขภาพหลัก 3 กองทุน

| ประเด็น                | กองทุนสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลข้าราชการ   | กองทุนประกันสังคม   | กองทุนหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ  |
|------------------------|---|---|---|
| แนวคิด                 | สวัสดิการ (Fringe benefit)<br>สำหรับผู้ทำงานภาครัฐ  | ความมั่นคงด้านสังคม<br>(Social security)  | สิทธิขั้นพื้นฐานประชาชน<br>(Entitlement)  |
| กลไกอภิบาล<br>ระบบ     | คณะกรรมการบริหารระบบ<br>สวัสดิการรักษายาพยาบาล<br>ข้าราชการ   | คณะกรรมการประกันสังคม   | คณะกรรมการหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ  |
| หน่วยงานบริหาร         | กรมบัญชีกลาง (กบค.)<br>กระทรวงการคลัง   | สำนักงานประกันสังคม<br>(สปส.) กระทรวงแรงงาน   | สำนักงานหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)<br>กระทรวงสาธารณสุข  |
| แหล่งเงิน              | รัฐบาลร้อยละ 100  | สมทบจากรัฐร้อยละ 2.75<br>นายจ้างร้อยละ 5 และ<br>ลูกจ้างร้อยละ 5 ของ<br>เงินเดือน โดยมีเพดาน<br>เงินเดือนสูงสุดที่ 15,000<br>บาท | รัฐบาลร้อยละ 100  |
| งบประมาณ พ.ศ.<br>2560  | 71,035.8 ล้านบาท<br>(~14,000 บาทต่อคน)  | อัตราเหมาจ่ายรายหัว<br>(อัตราเหมาจ่ายรายหัว<br>3,399.69 บาท/คน/ปี)  | อัตราเหมาจ่ายรายหัว<br>(อัตราเหมาจ่ายรายหัว<br>3,109.87 บาท/คน/ปี)  |
| จำนวนผู้ใช้สิทธิ       | 5 ล้านคน (ร้อยละ 8)   | 10.50 ล้านคน (ร้อยละ 15.8)  | 48.8 ล้านคน (ร้อยละ 75.5)   |
| การเกิดสิทธิ           | ทันทีที่เป็นข้าราชการ   | จ่ายสมทบไม่น้อยกว่า 3 ใน<br>15 เดือน  | ทันทีที่ลงทะเบียน   |
| การสิ้นสุดของ<br>สิทธิ | ไม่ได้เป็นข้าราชการ   | ขาดส่ง > 3 เดือน  | ได้สิทธิอื่น  |
| ชุดสิทธิประโยชน์       | รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย<br>นอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา<br>เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้อง<br>พิเศษ ค่าคลอดบุตร | รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย<br>นอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา<br>เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และ<br>ห้องสามัญ ชดเชยกรณี<br>คลอดบุตร ตาย พิการ         | รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย<br>นอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา<br>เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และ<br>ห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร<br>ชดเชยตามมาตรา 41 |



| ประเด็น                     | กองทุนสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลข้าราชการ   | กองทุนประกันสังคม  | กองทุนหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ   |
|-----------------------------|---|--|--|
| เงื่อนไขการใช้<br>บริการ    | ใช้บริการสถานพยาบาลรัฐได้<br>ทุกแห่งทั่วประเทศ ใช้<br>โรงพยาบาลเอกชนได้กรณี<br>เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน<br>ผู้ป่วยใน เบิกได้ไม่เกิน 8,000<br>บาท บวกค่าห้องตามอัตราที่<br>กำหนด และกรณีบริการผ่าตัด<br>นัดหมายล่วงหน้าแต่ต้องจ่าย<br>ค่าแพทย์ ค่าบริการและส่วน<br>ต่างค่าห้อง | โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่<br>ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียน<br>ไว้ในคู่สัญญา และ<br>สถานพยาบาล ในเครือข่าย<br>เท่านั้น   | โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน<br>คู่สัญญาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้นๆ<br>และสถานพยาบาล ใน<br>เครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น  |
| รูปแบบการ<br>จ่ายเงิน       | การจ่ายเงินให้กับสถาน<br>พยาบาลเป็นแบบปลายเปิด<br>(ไม่กำหนดเพดานการ<br>จ่ายเงิน)<br>- ผู้ป่วยนอก จ่ายตามปริมาณ<br>บริการและราคาที่เรียกเก็บ<br>ย้อนหลัง (Retrospective fee<br>for service)<br>- ผู้ป่วยในจ่ายตามรายการ<br>ป่วยในอัตราที่กำหนด กลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG)    | การจ่ายเงินให้กับสถาน<br>พยาบาลเป็นแบบปลายปิด<br>(กำหนดเพดานการจ่ายเงิน)<br>- ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน<br>เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับ<br>บริการ ที่มีค่าน้ำหนัก<br>สัมพัทธ์ DRG ในกรณีค่า<br>น้ำหนักสัมพัทธ์เกิน 2 และ<br>จ่ายเพิ่มเป็นรายกรณีตาม<br>อัตราที่กำหนด | การจ่ายเงินให้กับสถาน<br>พยาบาลเป็นแบบปลายปิด<br>(กำหนดเพดานการจ่ายเงิน)<br>- เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ<br>บริการส่งเสริมป้องกันและ<br>ผู้ป่วยนอก<br>- ผู้ป่วยในจัดสรรงบยอด<br>รวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์<br>DRG และจ่ายเพิ่มเป็นราย<br>กรณีตามอัตราที่กำหนด |
| การตรวจสอบสุขภาพ<br>ประจำปี | ใช้สิทธิได้เฉพาะข้าราชการผู้<br>มีสิทธิและข้าราชการบำนาญ<br>(ไม่รวมบุคคลในครอบครัว)<br>ปีละ 1 ครั้งใน รพ.ของรัฐ   | ไม่มี แต่สามารถใช้สิทธิกรณี<br>ส่งเสริมและป้องกันโรคจาก<br>หลักประกันสุขภาพถ้วน<br>หน้าได้   | มีแต่เป็นการตรวจสอบสุขภาพ<br>พื้นฐานทั่วไปตามความจำ<br>เป็นเพื่อคัดกรองและ<br>ประเมินความเสี่ยงต่อการ<br>เกิดโรค ส่วนการตรวจที่<br>ซับซ้อนต้องให้แพทย์<br>วินิจฉัยสั่งการ  |

| ประเด็น  | กองทุนสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลข้าราชการ   | กองทุนประกันสังคม   | กองทุนหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ  |
|--|---|---|---|
| ยาและเวชภัณฑ์                                    | <p>-เบิกจ่ายได้โดยตรง แต่ต้องเป็นยาที่มีคุณสมบัติในการรักษาโรค (ไม่ใช่เพื่อการเสริมสวยหรือไม่ป้องกันโรค) และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p>-ในกรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถเบิกจ่ายได้หากคณะกรรมการการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือแพทย์ที่ทำการรักษาได้ออกหนังสือรับรอง (แต่มีข้อยกเว้นในการเบิกยาบางกลุ่ม)</p>   | <p>-จ่ายอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว</p> <p>-ใช้ได้ทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์</p>   | <p>-จ่ายอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว โดยครอบคลุมยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก</p> <p>-ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยผู้รับบริการไม่เสียเงินเพิ่ม</p> <p>-กรณียาราคาสูง มีระบบอนุมัติการใช้ยาและจ่ายยาแยกจากเงินเหมาจ่ายรายหัว ผ่านกองทุนยาเวชภัณฑ์ และวัคซีนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านยาของผู้ป่วยในบางรายการ</p> |
| การส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า | <p>-เฉพาะกรณีการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเท่านั้น (ไม่รวมการส่งต่อจากจุดเกิดเหตุหรือที่บ้านไปโรงพยาบาล) และโรงพยาบาลปลายทางที่รับผู้ป่วยจะต้องรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วย</p> <p>-เบิกจ่ายตรงให้กับโรงพยาบาลซึ่งแบ่งจ่ายออกเป็น 2 ส่วน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.เหมาจ่ายทั้งค่ารักษาและค่าบริการรถส่งต่อในอัตรา 500 บาทต่อครั้ง</li> <li>2.จ่ายตามระยะทาง โดยคิดตามระยะทางไป-กลับในอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร</li> </ol> | <p>-เฉพาะกรณีการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลแรกที่รักษาเป็นโรงพยาบาลรับรองสิทธิ กับโรงพยาบาลที่สอง (ซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ) โดยค่าใช้จ่ายจะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิซึ่งครอบคลุมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว โดยเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ 2 กรณี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ภายในเขตจังหวัด</li> <li>1)ค่ารักษาพยาบาลหรือเรือพยาบาล เบิกคืนได้เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 500 บาท</li> </ol> | <p>-กำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำแบบเหมาจ่าย คือ การจ่ายตามจริง ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง</p> <p>-กรณีค่าใช้จ่ายสูงกว่าอัตราขั้นต่ำ ให้ปรับอัตราราคาต่อระยะทางตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยจ่ายตามจริง ไม่เกิน 500 บาท และจ่ายเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท หรือตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด</p> <p>-ค่าเรือ/แพขนานยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง</p>          |

| ประเด็น  | กองทุนสวัสดิการ<br>รักษาพยาบาลข้าราชการ   | กองทุนประกันสังคม  | กองทุนหลักประกัน<br>สุขภาพแห่งชาติ   |
|--|---|--|--|
| การส่งต่อผู้ป่วย<br>ไปหน่วยบริการที่<br>มีศักยภาพสูงกว่า |   | 2) ค่ารักษาพยาบาลหรือรถ<br>ส่วนบุคคล หรือพาหนะ<br>อื่นๆ เบิกคืนแบบเหมาจ่าย<br>300 บาท<br>2.ข้ามเขตจังหวัด เบิกเพิ่ม<br>ได้อีกกิโลเมตรละ 6 บาท<br>ตามระยะทางของกรมทาง<br>หลวง   | -ค่าเฮลิคอปเตอร์จ่ายตาม<br>จริงไม่เกิน 40,000 บาทต่อ<br>ครั้ง  |
| อวัยวะเทียมและ<br>อุปกรณ์ที่ใช้ใน<br>การบำบัดโรค         | -เบิกได้ไม่เกินอัตราที่<br>กระทรวงการคลังกำหนด<br>จำนวน 447 รายการ<br>-มีชนิดเดียวกันแต่ราคาแพง<br>กว่าระบบประกันสังคม 1<br>รายการ<br>-มีชนิดเดียวกันแต่ราคาแพง<br>กว่าระบบหลักประกัน<br>สุขภาพถ้วนหน้า 12 รายการ | -ค่าใช้จ่ายครอบคลุมอยู่ใน<br>เงินเหมาจ่ายรายหัว<br>-จ่ายจริงตามความจำเป็น<br>ให้ผู้ประกันตนหรือ<br>สถานพยาบาลตามอัตราที่<br>กำหนด จำนวน 177<br>รายการ<br>-มีชนิดเดียวกันแต่ราคาแพง<br>กว่าหลักประกันสุขภาพ<br>ถ้วนหน้า 17 รายการ | -หน่วยบริการต้องเบิกจาก<br>กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ<br>ทางการแพทย์ ซึ่งจะจ่าย<br>ชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วย<br>บริการซื้อหรือจัดหาได้จริง<br>บวกค่าดำเนินการตามควร<br>แก่กรณีและไม่เกินเพดาน<br>ราคากลางตามที่สสข.<br>กำหนด จำนวน 229<br>รายการ<br>-มีชนิดเดียวกันแต่ราคาแพง<br>กว่าระบบประกัน สังคม 3<br>รายการ |

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธีราชสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ, 2556:8-9; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559; สำนักประกันสังคม, 2559; ัญญพงษ์ ทองภักดี, 2557: 47-48.

จากตารางที่ 16 จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีความแตกต่างกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ 4 ด้านดังต่อไปนี้

#### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

ระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบต่างมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้านที่ไม่ต่างกัน ทั้งการบริการ ผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิทำให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลบางโรคที่แตกต่างกัน เช่น ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการรับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ (กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์, 2560: 6)

อีกทั้งการเกิดสิทธิ การสิ้นสุดสิทธิ จำนวนอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้การบำบัดโรค รวมทั้งเงื่อนไขการใช้บริการของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน ดังเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศ และสามารถใช้โรงพยาบาลเอกชนได้กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ผู้ป่วยใน เบิกได้ไม่เกิน 8,000 บาท บวกค่าห้องตามอัตราที่กำหนด และกรณีบริการผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าแต่ต้องจ่ายค่าแพทย์ ค่าบริการและส่วนต่างค่าห้อง สำหรับระบบประกันสังคมผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนด้วยหรือสถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้นยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ที่ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนด้วยเป็นหลัก หรือสถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้นยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรือกล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับพื้นที่เป็นหลัก (area-based approach) คือ ใช้พื้นที่เป็นเขตแบ่งการจัดบริการ ในขณะที่ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่ได้อิงกับพื้นที่ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งที่ใดก็ได้ ก็เป็นการอิงหน่วยบริการเป็นหลัก ส่วนการให้บริการของระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับสถานพยาบาลเป็นหลัก ดังนั้นสมาชิกกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้บริการจากหน่วยบริการที่เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น เนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ขณะที่สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายการจัดบริการไปยังในชุมชนด้วย เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะท้ายในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น (คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559:5)

## 2) ด้านการเงินการคลัง

แหล่งเงินของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากงบประมาณแผ่นดิน โดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมด ในขณะที่กองทุนประกันสังคมแหล่งเงินมาจากเงินสมทบจากรัฐร้อยละ 2.75 นายจ้างร้อยละ 5 และลูกจ้างร้อยละ 5 ของเงินเดือนผู้ประกันตน โดยมีเพดานเงินเดือนสูงสุดที่ 15,000 บาท ซึ่งสร้างภาระให้กับนายจ้างและลูกจ้าง จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพ 3 กองทุนต่างก็มีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังต่างกัน โดยมีระบบ

ประกันสังคมเพียงระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้เงินสมทบจากสามฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ ขณะที่อีกสองระบบมีแหล่งเงินจากภาษี (กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์, 2560: 5)

นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณของแต่ละกองทุนมีความไม่เท่าเทียมกันได้แก่ งบประมาณปี พ.ศ. 2560 กองทุนประกันสังคม จากมติของคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา (ชุดที่ 13) เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2560 ได้ปรับเพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล คู่สัญญาประกอบด้วย 1) ค่าเหมาจ่ายรายหัว 1,500 บาท 2) ค่าภาระเสี่ยงสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็น 447 บาท 3) ค่ารักษาผู้ป่วยในสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงฯ 640 บาท 4) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินหนึ่งล้านบาท 15 บาท ซึ่งมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 โดยสำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในอัตราที่เท่ากันและเสมอภาคกัน 5) ค่าบริการทางการแพทย์ตามสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์อื่นๆ ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ค่าอุปกรณ์สำหรับการบำบัดรักษาโรค ค่าปลูกถ่ายอวัยวะ ค่าบำบัดทดแทนไต ค่ายาสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ค่ายาราคาสูงสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ค่าส่งเสริมสุขภาพเป็นการตรวจร่างกายประจำปี กรณีประสบอันตราย/ฉุกเฉิน ค่าบริการทันตกรรม คิดเป็นอัตราค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น 797.69 บาทต่อราย ซึ่งเมื่อรวมค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคม จ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ และสถานพยาบาลอื่นๆ สำหรับการบริการแก่ผู้ประกันตนแล้ว มียอดรวมทั้งสิ้น 3,399.69 บาท/คน/ปี (สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุทัยธานี, 2560)

ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการกำหนด ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 37/2559 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2560 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวมีอัตราเหมาจ่ายภาพรวมเท่ากับ 3,109.87 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 48,802,900 คน แบ่งออกเป็น 8 ประเภทบริการดังนี้ 1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 1,137.58 บาท 2) บริการผู้ป่วยในทั่วไป (รวมเด็กแรกเกิดทุกราย) 1,090.41 บาท 3) บริการกรณีเฉพาะ 315.14 บาท 4) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 405.29 บาท 5) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 16.13 บาท 6) บริการการแพทย์แผนไทย 11.61 บาท 7) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) 128.69 บาท และ 8) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 5.02 บาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จะเห็นได้ว่าวิธีการตั้งงบประมาณในการรักษาพยาบาลต่อหัวมีความแตกต่างกันทำให้การจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันแตกต่างกัน

### 3) ด้านการบริหารจัดการ

ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Per capitation) ขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามค่าใช้จ่ายจริง (Fee for service) ทำให้สิทธิในการรักษาพยาบาลของประชาชนแตกต่างกัน

ตารางที่ 17 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560

หน่วย: ล้านบาท

| ปี พ.ศ. | ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการลูกจ้างและพนักงานของรัฐ |
|---------|--|
| 2556    | 59,772.4   |
| 2557    | 62,353.2   |
| 2558    | 66,456.0   |
| 2559    | 71,035.8   |
| 2560    | 73,631.8   |

ที่มา: สถิติการคลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556, 2557-2558, 2559 และ 2560

จากตารางที่ 17 จะเห็นได้ว่า การเบิกจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560 มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 มีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 59,772.4 ล้านบาท ส่วนปี พ.ศ. 2560 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 73,631.8 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 18.82 โดยมีกรมบัญชีกลางและสำนักงานคลังจังหวัดทำหน้าที่เพียงการอนุมัติฎีกาที่ส่วนราชการและให้สถานพยาบาลตั้งเบิกมา โดยไม่สามารถเข้าไปควบคุมตรวจสอบการเบิกจ่ายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (นิภา ศรีอนันต์, 2545) ถึงแม้จะมีกลไก และขั้นตอนตรวจสอบที่ชัดเจน แต่ผู้ตรวจสอบไม่มีความรู้ทางการแพทย์ในการตรวจสอบการเบิกจ่ายเหล่านี้ได้ (วิโรจน์ และคณะ, 2542) แม้ว่าใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายการที่จ่ายจริง แต่ใช้วิธีกำกับดูแลผ่านระบบเบิกจ่ายตรง โดยสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาล อุปกรณ์ และอวัยวะที่ยืมได้ไม่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (Fee schedule) และกรมบัญชีกลางได้นำวิธีการการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาใช้กับผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2550

ระบบประกันสังคมใช้วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในกรณีผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถควบคุมต้นทุนได้ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุภัทลยา คงสวัสดิ์, 2554; 18) ซึ่งดีกว่าวิธีการจ่ายเงินตามรายการที่จ่ายจริงของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวประกอบด้วยค่าตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ค่าห้อง ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าพาหนะรับส่งและค่าบริการอื่นๆที่จำเป็น โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวนี้ปรับสูงขึ้นตามดัชนีราคาผู้บริโภคทุกปี โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยในใช้วิธีเบิกจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted relative weight: (AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ( $AdjRW > 2$ ) กำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ต่อ หนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) และจ่ายเพิ่มเป็นรายการกรณีตามอัตราที่กำหนด(คณะกรรมการการแพทย์, 2560)

ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในกรณีผู้ป่วยนอก เช่นเดียวกับระบบประกันสังคม ส่วนกรณีผู้ป่วยในใช้วิธีเบิกจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และจ่ายเพิ่มเป็นรายการกรณีตามอัตราที่กำหนด อีกทั้งยังมีวิธีการจ่ายแบบอื่นๆ ได้แก่ กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจ่ายตามบัญชีค่าบริการ (Fee schedule) และกรณีที่สถานพยาบาลทำผลงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดก็จะจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for performance หรือ P4P)

จะเห็นได้ว่าการเบิกจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นแบบตามรายการที่จ่ายจริง (Fee for service) โดยจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลตามรายการที่สถานพยาบาลให้บริการการกำกับดูแลการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลจึงไม่ได้ดำเนินการผ่านกรมบัญชีกลางที่ทำหน้าที่เป็นเพียงผู้จ่ายเงิน แต่ให้สถานพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมคุณภาพในการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแนวทางการบริการจัดการที่ง่ายที่สุด (ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์, 2557: 13) ดังนั้นปัญหาด้านคุณภาพจากผู้รับบริการมีน้อยมาก แต่สร้างภาระค่าใช้จ่ายทางการคลังเนื่องจากระบบนี้ยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

#### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

คุณภาพในการรักษายาบาลต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลแตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการ ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2556 รักษายาบาลข้าราชการที่เบิกจ่ายตามจริง กับระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว แม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่จ่ายตามกลุ่มโรคมียุทธการเบิกจ่ายที่ต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนแตกต่างกัน นอกจากความไม่เท่าเทียมกันในมิติของการรักษายาบาล การบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วน ยังทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับ

ควบคุม เช่น การคำนวณต้นทุนการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค การตรวจสอบทางด้านการเงิน และ การตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล (กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์, 2560: 6) คุณภาพของการรักษาพยาบาลเป็นอีกประเด็น ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่องบประมาณมีจำกัด ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องพยายามให้ได้มาซึ่งการ บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด

ระบบสุขภาพแต่ละระบบมีวิวัฒนาการมาแตกต่างกันรวมถึงแนวคิดในการพัฒนา ระบบที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจถือเป็น สวัสดิการที่รัฐหรือนายจ้างจัดให้แก่ข้าราชการหรือพนักงานของรัฐ/ลูกจ้างประจำรวมถึง พ่อ แม่ บุตร ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 2 คน ในขณะที่ระบบประกันสังคมยึดหลักความมั่นคงด้านสังคมของ ลูกจ้าง อาศัยหลักประกันความเสี่ยงด้านสุขภาพและช่วยเหลือเจือจานรายได้ระหว่างกันส่วนระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน เป็นรัฐสวัสดิการที่จัดแก่ประชาชนไทย กลุ่มอื่น ๆ ที่เหลือ ซึ่งเกิดจากการรวมระบบสุขภาพที่มีอยู่ก่อนหน้ามีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล และระบบบัตรประกันสุขภาพ และขยายความครอบคลุมไปยังผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันใดๆ

ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งนำไปสู่การประเด็นเรื่องของการรวม 3 กองทุน คือ ความเหลื่อมล้ำของ ทั้งสิทธิในการได้รับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลมีความแตกต่างกัน ประเภทของโรคที่ได้รับ สิทธิในการรักษายาบาล ตลอดจนคุณภาพของการรักษาที่อาจแตกต่างกันเนื่องจากระบบแต่ละ ระบบมีการกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายแต่ละโรคที่แตกต่างกัน เช่น การฟอกไตสำหรับข้าราชการได้รับ สิทธิในการรักษาไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้งไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ ขณะที่ระบบประกันสังคม ได้รับสิทธิ 1,500 บาทต่อครั้งไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และผู้ป่วยในระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคได้รับ สิทธิในการฟอกไต 1,500 - 1,700 บาทต่อครั้งไม่จำกัดจำนวนครั้ง เป็นต้น โดยที่ข้าราชการสามารถ เข้ารับสิทธิในการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง ในขณะที่อีก 2 ระบบนั้นสามารถรับการ รักษาพยาบาลเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่เป็นเครือข่ายที่ลงทะเบียนไว้เท่านั้น ยกเว้น กรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต สามารถเข้ารับรักษาได้ทุกโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

นอกจากนี้แล้ว ประเด็นของการชดเชยความเสียหายกรณีผู้ป่วยได้รับความเสียหายจาก การรักษายาบาล มีเพียงระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคเท่านั้นที่ได้รับสิทธิในการชดเชยเบื้องต้นจาก การรักษาที่ผิดพลาดกรณีที่ไม่สามารถหาผู้กระทำผิดได้ หรือกรณีที่ทำได้แต่ยังไม่ได้รับการชดเชยจาก กระบวนการศาลซึ่งต้องใช้เวลา (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2558) นอกจากนี้ความแตกต่างของสิทธิต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว ยังมีประเด็นเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่ต่างกันอีกด้วยโดยผู้ที่เป็นสมาชิกระบบประกันสังคม เป็นคนกลุ่มเดียวที่ต้องร่วมจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคมในอัตราหนึ่งในสาม ส่วนที่เหลืออีกสองในสาม



ร่วมจ่ายโดยรัฐและนายจ้าง ในขณะที่ข้าราชการและผู้ใช้ระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคไม่ต้องร่วมจ่าย การร่วมจ่ายดังกล่าวอาจไม่เป็นประเด็นมากนักหากได้รับเงื่อนไขการรักษาพยาบาลที่ดีกว่ากลุ่มอื่น แต่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมกลับพบว่า ในหลายกรณีกลับได้รับเงื่อนไขที่ด้อยกว่าระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคดังเช่นในกรณีของการพอกไตที่ได้กล่าวมาแล้ว หรือแม้แต่อัตราการเบิกจ่ายหลายโรคที่ต่ำกว่าอีกสองระบบ เช่น โรคเนื้องอกในระบบประสาท (รหัสกลุ่มโรค DRG 01520) มีอัตราการเบิกจ่ายเพียง 4,800 บาทเทียบกับระบบสวัสดิการข้าราชการที่มีอัตรา 10,462 บาท และระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคมีอัตราเบิกจ่าย 8,033 บาทเป็นต้น ทำให้เกิดความไม่พอใจและมีการเรียกร้องให้ยกเลิกการจ่ายเงินสมทบให้แก่กองทุนประกันสังคมในส่วนของ การรักษาพยาบาล แต่ยังคงจ่ายในส่วนของสวัสดิการอื่นๆ เช่น การได้รับเงินทดแทนในกรณีลาป่วยหรือลาคลอด เป็นต้น (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2558)

จากการศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1) ปัญหาด้านสิทธิประโยชน์

ที่ผ่านมาการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแต่ละสิทธิมีที่มาแตกต่างกัน จึงทำให้มีการออกแบบสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน นำไปสู่ความไม่มีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวมและเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการ

สิทธิประโยชน์ในระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการรักษายาบาลนั้นมีการให้สิทธิประโยชน์แบบรอบด้านตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการพัฒนาระบบไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการสำหรับข้าราชการหรือสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ดังนั้น เมื่อมีระบบประกันสังคมเกิดขึ้นหรือโครงการประกันสุขภาพใด ๆ ที่รัฐจัดให้ภายหลัง เช่น ประกันสุขภาพนักเรียน บัตรประกันสุขภาพ 500 บาทเป็นต้น ดังนั้นทั้งสามระบบต่างมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้านทั้งบริการ ผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่ากล่าวถึงหลัก ๆ คือ แม้ชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ รายละเอียดจะได้กล่าวต่อไปในตอนหน้า นอกจากนี้มีประเด็นแนวความคิดการจัดบริการที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน เช่น กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับพื้นที่เป็นหลัก (area-based approach) กล่าวคือ อาศัยพื้นที่เป็นเขตแบ่งการจัดบริการ ในขณะที่ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่ได้อิงกับพื้นที่ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งที่ได้ก็ก็ได้ ก็เป็นการอิงหน่วยบริการเป็นหลัก ดังนั้น การให้บริการของระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับสถานพยาบาลเป็นหลักในขณะที่

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายการจัดบริการไปยังในชุมชนด้วย เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะท้ายในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น(สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559: 5 )

ปัจจุบันโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 กองทุนหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่แต่ละกองทุนคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษายาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษายาบาล อันเนื่องมาจากความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพอันเป็นผลจากการรักษายาบาลด้วย (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559)

นอกจากนี้จะเห็นว่าสิทธิประโยชน์จาก 3 กองทุน นั้นมีความแตกต่างกัน ดังนี้

- (1) สวัสดิการข้าราชการ ให้สิทธิแก่บุคคลที่รับราชการ มีสิทธิเบิกค่ารักษายาบาลของโรงพยาบาลรัฐได้ฟรี โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้ดูแล
- (2) กองทุนประกันสังคม เป็นสวัสดิการที่รัฐบาลให้สิทธิแก่ประชาชนในการจ่ายเงินสมทบ (ร่วมกับนายจ้าง หรือรัฐบาล) เข้ากองทุน (เรียกคนที่มีสิทธิกลุ่มนี้ว่า "ผู้ประกันตน") ซึ่งเรามีสิทธิเบิกค่ารักษายาบาล กรณีทุพพลภาพ เสียชีวิต หรือว่างงาน จากกองทุนประกันสังคมนี้ได้ โดยอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
- (3) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสวัสดิการเบิกค่ารักษายาบาลโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ลงทะเบียนกับทางรัฐ ของประชาชนคนไทยทุกคนที่โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่า สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นสวัสดิการของทางรัฐที่มีประโยชน์มาก สำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิสวัสดิการอื่นๆ จากทางรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้สิทธิก็ยังมีข้อจำกัดบางอย่างอยู่ เช่น ใช้สิทธิได้แค่เฉพาะโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ แต่บางครั้งการใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐก็อาจจะต้องใช้เวลาในการรอคิวนานมาก ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะหวังพึ่งพาสวัสดิการของรัฐแต่เพียงอย่างเดียว เพราะหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเพียงสวัสดิการการรักษายาบาลขั้นพื้นฐานเบื้องต้น

จากการศึกษาวิจัยในประเทศไทยให้การติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ตายจากโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ คือ มะเร็ง และเบาหวาน พบว่า มีความแตกต่างกันในอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในกองทุนต่าง ๆ กองทุนสวัสดิการข้าราชการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ที่ดีที่สุด รวมทั้งการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด จำนวน 98,074 คน เป็นเวลา 6 ปี แสดงให้เห็นความแตกต่างในการอยู่รอดระหว่างผู้ป่วยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยที่สวัสดิการข้าราชการมีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะเดียวกัน การศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากผู้ป่วยสามกองทุนสุขภาพ แต่ภายใต้การบริหารจัดการการจ่ายค่ารักษาจากหน่วยงานเดียว คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” ก็ยังแสดงความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างผู้ป่วยสามกองทุน ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า เกิดเนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้ตรวจสอบวิธีการรักษายาบาล ซึ่งอาจมีความแตกต่างเป็นระหว่างสถานพยาบาลได้ (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559)

จะเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาโรคของกองทุนต่างๆ ยังมีความแตกต่างกันในการอยู่รอดระหว่างผู้ป่วยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยที่สวัสดิการข้าราชการมีอัตราการรอดชีวิตมากกว่า นอกจากนี้ความแตกต่างผลลัพธ์ทางสุขภาพยังแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการแก้ไข โดยกำหนดรูปแบบการอภิบาลระบบ โดยเฉพาะการเงินการคลังที่ดีโปร่งใส ตรวจสอบได้ ให้อำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เป็นธรรม โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสามกองทุน เช่น ในเรื่องของยาและหัตถการบางอย่าง อาจนำมาซึ่งคุณภาพของบริการซึ่งแตกต่างกันส่งผลถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงควรมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่สถานะทางสุขภาพของประชาชนไทยตามเพศและกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุนใด ๆ เพราะเป็นสิทธิที่ควรจะมีของคนไทยทุกคน

นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนมีหลายขั้นตอนและมีหน่วยงานเกี่ยวข้องหลายหน่วย ดังนี้ คือ 1) การเริ่มต้นเสนอรายการบริการหรือครุภัณฑ์เพื่อบรรจุเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่อาจเกิดจากสถานพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการหน่วยงานประกันสุขภาพ หรือในบางประเทศยอมให้ผู้ผลิตเช่น บริษัทยา มีส่วนในกระบวนการเสนอรายการ 2) ขั้นตอนการพิจารณาทางเทคนิค การพิจารณารายการที่เสนอดังกล่าว จะดำเนินการโดยคณะกรรมการกลางเพื่อพิจารณาความเหมาะสม โดยกรรมการจะมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนในการคัดเลือก การตัดสินใจของคณะกรรมการต้องให้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งบางเรื่องใช้ข้อมูลงานวิจัยที่จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ บางส่วนเป็นการวิเคราะห์จากหน่วยงานเฉพาะที่ตั้งขึ้น เพื่อจัดทำมาตรฐานรหัส การจำแนกประเภทบริการ การจัดทำฐานข้อมูลราคาเบิกจ่ายต้นทุนบริการ และการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น 3) ขั้นตอนการพิจารณาทาง

นโยบาย เริ่มจากคณะกรรมการกลางจัดทำข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้หน่วยงานหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบพิจารณา ซึ่งขั้นตอนนี้ มักเป็นรูปแบบการเจรจาต่อรอง โดยพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือประเด็นทางเทคนิค เช่น ข้อจำกัดทางการเงินการคลังประเด็นสังคม และประเด็นทางการเมือง เป็นต้น (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559)

## 2) ปัญหาด้านการเงินการคลัง

การกระจายประโยชน์ด้านสุขภาพจากงบประมาณรัฐก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำอยู่ แม้จะไม่รุนแรงมาก งานวิจัยของ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้มีฐานะดีใช้สิทธิของข้าราชการหรือประกันสังคม ผู้ที่ใช้สิทธิข้าราชการจะได้รับประโยชน์มากกว่าผู้ใช้สิทธิบัตรทอง เนื่องจากรัฐบาลจ่ายเงินให้กับโครงการสวัสดิการข้าราชการถึง 11,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าการจ่ายในโครงการบัตรทองประมาณ 5 เท่า หมายความว่าร้อยละ 30 ของทรัพยากรที่ใช้รักษาผู้ป่วยนอกตกอยู่กับกลุ่มคนที่มีฐานะดีที่สุทธร้อยละ 10 เนื่องจากมีข้าราชการอยู่ในกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย ส่วนผู้ป่วยใน แม้ว่าชนชั้นกลางระดับล่างบางกลุ่มได้รับประโยชน์ค่อนข้างมาก แต่กลุ่มที่รวยที่สุดก็ยังได้รับประโยชน์มากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศถึง 2 เท่า (วิโรจน์ ณ ระนอง: 2552)

กรมบัญชีกลางได้ชี้แจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ 34 แห่ง (โรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึงโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร ตั้งแต่การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยองค์ความรู้เทคโนโลยี และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โรงพยาบาลประเภทนี้โดยมากจึงมักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่) เบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 90 ของวงเงินทั้งหมด ผลการตรวจสอบเบื้องต้นพบว่ามีค่าใช้จ่ายที่ผลิตจากต่างประเทศ ไม่ใช่ยาบัญชีหลักๆ และมีการเบิกจ่ายยาจำนวนมาก ถ้าหากไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลการเบิกจ่าย จะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 1.05 แสนล้านบาทในปีงบประมาณ 2553 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552) ซึ่งนอกจากจะเป็นการใช้เงินงบประมาณอย่างไม่เหมาะสมแล้ว ยังจะซ้ำเติมให้ความเหลื่อมล้ำด้านค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันประเทศไทยมีกลไกการสังเคราะห์ความคุ้มค่าของบริการสุขภาพอยู่แล้ว และมีขีดความสามารถสูงเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ แต่ยังเป็นเพียงโครงการที่สามารถทำภารกิจได้ในระดับจำกัด คือ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and technology assessment project, HiTAP) ซึ่งเป็นโครงการในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีพันธกิจหลักศึกษาวิจัยและให้คำปรึกษาในเรื่อง การประเมินเทคโนโลยี ในปัจจุบัน HiTAP มีบทบาทสำคัญในการประเมินความคุ้มค่าของข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนเป็นต้นแบบของการบรรจุรายการที่คุ้มครอง โดยพิจารณาทั้งมิติความคุ้มค่า ความสามารถในการ

จ่ายของกองทุน และความเป็นธรรมควบคู่กันไป แต่มีบทบาทไม่มากนักในการพิจารณาสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดสิทธิประโยชน์ของยาบางรายการที่มีการกำหนดร่วมกันของทั้งสามกองทุนนั้น HiTAP มีบทบาทสำคัญในการประเมินความคุ้มค่าจนเป็นรูปแบบใช้เป็นกลไกประสานระหว่าง 3 กองทุนจึงมีความจำเป็นต้องปรับ HiTAP ให้เป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีใหม่สำหรับสิทธิประโยชน์หลักสำหรับคนไทยทุกคนให้แก่คณะกรรมการฯ โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานฯ นอกจากนี้ยังควรขยายภารกิจให้แก่หน่วยงานกลางดังกล่าวในการรวบรวมจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในเรื่องการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักๆ เช่นเดียวกับหน่วยงานของเยอรมนีเนื่องจากการตัดสินใจในหลายเรื่องอาจไม่จำเป็นต้องทำประเมินความคุ้มค่าเต็มรูปแบบเอง เพียงอาศัยผลงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลงานวิจัยหรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในระดับนานาชาติก็พอ สำหรับประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีหน่วยงานผู้รับประกันหลายหน่วยนั้นจำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางมาทำหน้าที่ในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการจ่ายมาตรฐานสำหรับบริการสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานผู้รับประกันและหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพใช้ในการจ่ายค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้ อาจดำเนินการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการจ่ายมาตรฐานสำหรับบริการสุขภาพภายใต้หน่วยงานเดียวกัน เช่น ประเทศญี่ปุ่น หรือ ในกรณีแยกชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการจ่ายมาตรฐานสำหรับบริการสุขภาพที่แยกจากกัน เช่น ประเทศเยอรมนีก็ควรมีกลไกเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559: 20-22)

การกำหนดงบประมาณด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำมาใช้กับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปลี่ยนระบบการกำหนดงบประมาณไปอย่างมากงบประมาณของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติถูกคำนวณจากต้นทุนและอัตราการให้บริการประเภทต่างๆ มาตั้งแต่แรกและยังใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ต้นทุนและอัตราการให้บริการถูกประมาณการสำหรับแต่ละปีงบประมาณ ต้นทุนรวมถึงค่าแรง ยา วัสดุและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ งบประมาณทั้งหมดถูกคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยวิธีนี้สำนักงานงบประมาณไม่สามารถใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจได้อย่างที่เคยกระทำแต่ต้องใช้หลักฐานจากข้อมูลต้นทุนและการให้บริการกระบวนการกำหนดงบประมาณจัดทำโดยคณะกรรมการการเงินการคลังที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการการเงินการคลังและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยสมาชิกที่มาจากหลายภาคส่วนโดยมีสำนักงานงบประมาณเป็นหนึ่งในสมาชิก คณะอนุกรรมการและคณะกรรมการแต่ละท่านมีสิทธิและเสียงเท่าๆ กันในการให้ข้อเสนอแนะ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2561: 11)

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงเดียวในประเทศไทย ที่ไม่ได้รับงบประมาณโดยตรงจากรัฐบาลมาใช้ในการดำเนินงานตามภารกิจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ซึ่งภารกิจหลักที่สำคัญอันหนึ่งคือ การดูแลรักษาโรคภัย การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน โดยผ่านทาง การจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแต่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการเนื่องจากไม่ได้รับการจัดสรรทรัพยากรทุกชนิดที่จำเป็นในการทำงานตามภาระหน้าที่รับผิดชอบ กล่าวคือ งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ต้องไปขอจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตำแหน่งและอัตรากำลังของบุคลากรก็ต้องไปขอจาก ก.พ. เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรที่ทำงานให้บริการประชาชนส่วนหนึ่งก็ต้องไปขอจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีแต่หน้าที่ในการทำงานให้บริการประชาชน แต่ขาดแคลนทรัพยากรทุกชนิดในการทำงาน (วงการแพทย์, 2557) ดังนี้

(1) กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณโดยตรงตามภารกิจ แต่ต้องขอรับงบประมาณจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดแบ่งงบประมาณโดยไม่รับฟังความเห็นจากผู้บริหารโรงพยาบาล ทำให้งบประมาณที่ได้รับนั้นไม่เพียงพอในการดำเนินงานตามภารกิจในการให้บริการแก่ประชาชน เกิดภาวะขาดเงินหมุนเวียนในการจัดหาวस्तุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ อาคารสถานที่ เติง เทคโนโลยี และเครื่องมือแพทย์ ฯลฯ และสิ่งของที่จำเป็นในการบริหารจัดการ เพื่อให้มีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน

เมื่อโรงพยาบาลขาดงบประมาณที่จำเป็นในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อประชาชน ซึ่งมีประจักษ์พยานที่เห็นได้อย่างชัดเจนถึงความขาดแคลนของโรงพยาบาล ตั้งแต่ขาดอาคารสถานที่ ขาดเตียงรองรับผู้ป่วย เราจึงเห็นภาพที่ผู้ป่วยต้องนอนตามระเบียบ หน้าบันได หน้าห้องน้ำ นอนเตียงเสริมเตียงแทรก บางแห่งถึงกับต้องปูเสื่อนอน ในแผนกผู้ป่วยนอกก็มีจำนวนผู้ป่วยรอการตรวจรักษาอย่างแน่นขนัดจนล้นโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังขาดงบประมาณในการซ่อมแซมอาคารสถานที่ ขาดงบประมาณในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย มีผลทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่ออันตรายในการไปรับบริการสาธารณสุข ก่อให้เกิดผลเสียหายแก่สุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความพึงพอใจในระบบการบริการ ไม่พึงพอใจในผลการรักษาจนเกิดกรณีฟ้องร้อง/ร้องเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเกิดขึ้นมากมายภายหลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถจัดสรรตำแหน่งและจำนวนบุคลากรได้ตามความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุข เนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดสรร/ขยายอัตราและตำแหน่งข้าราชการพลเรือนได้ทำการ “แช่แข็ง” ตำแหน่งข้าราชการและลูกจ้างประจำไว้หลายปีมาแล้ว ไม่ยินยอมให้มีการขยายตำแหน่งเพิ่ม ทั้ง ๆ ที่

ภาระงานในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนเพิ่มปริมาณอย่างมากในช่วงหลังจากการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลทำให้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีอัตราส่วนน้อยลงเมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลานานในการไปรอรับบริการตรวจรักษา ในขณะที่แพทย์มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละคนเพียงคนละ 2-4 นาทีเท่านั้น การที่แพทย์มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยน้อยเกินไปทำให้เกิดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจในสภาพการเจ็บป่วยของตน และไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพซึ่งอาจส่งผลเสียหายต่อการรักษาโรคและความเจ็บป่วยนั้น ๆ

(3) กระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณในการจ่ายค่าจ้าง เงินเดือน และค่าตอบแทนบุคลากรให้เหมาะสม/เป็นธรรมตามกฎหมาย กล่าวคือข้าราชการได้รับเงินเดือนตามอัตราของข้าราชการพลเรือนทั่วไป แต่มีภาระต้องมาทำงานดูแลรักษา/รับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมงทุก ๆ วัน โดยกระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณค่าตอบแทนเหล่านี้ ต้องไปของบประมาณมาจาก สปสช. และเป็นงบประมาณที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความแตกสามัคคีของบุคลากรจากวิธีการจ่ายค่าตอบแทนนอกเหนือเวลาราชการและค่าตอบแทนตามภาระงานที่บุคลากรแต่ละสาขาวิชาชีพอาจมีมุมมองว่าตัวเองไม่ได้รับความเป็นธรรมจากระบบการจ่ายค่าตอบแทนนี้ และยังมีความเหลื่อมล้ำในการจ่ายค่าตอบแทนตามลักษณะวิชาชีพ หรือตามสถานที่ทำงาน เช่น ความแตกต่างในโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมของไทยแตกต่างจากของประกันสังคมประเทศอื่นๆ คือ สิทธิดังกล่าวจะถูกจำกัดเฉพาะในช่วงที่สมาชิกยังคงสถานภาพการเป็นลูกจ้างเท่านั้น เมื่อลูกจ้างเกษียณงานแล้วจะต้องไปใช้สิทธิของระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคแทน ซึ่งเห็นว่าหากสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสังคมกับระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคไม่ต่างกันดังเช่นกรณีที่เสนอให้มีชุดสิทธิประโยชน์กลางก็ไม่น่าจะมีปัญหา แต่หากมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญดังนั้นควรมีการพิจารณาให้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกอย่างต่อเนื่องแม้จะเกษียณอายุงานไปแล้วดังเช่นในต่างประเทศโดยอาจมีการพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมเพื่อที่สมาชิกจะไม่ถูก “ผลัก” ออกจากระบบดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2558)

### 3) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

เนื่องจากระบบสุขภาพของไทยใช้งบประมาณของภาครัฐและเงินกองทุนของระบบประกันสังคมรวมแล้วเป็นวงเงินเกือบ 200,000 ล้านบาทในแต่ละปีการบริหารจัดการจึงต้องมีความโปร่งใส ปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน โครงสร้างของคณะกรรมการที่เข้ามาดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในประเทศอังกฤษมีระบบสุขภาพที่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกกรรมการของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS Board) ได้ให้ความสำคัญแก่ 3 ปัจจัย คือ ความเท่าเทียมกัน (equality) การมีส่วนร่วม (inclusion) และความ

หลากหลาย (diversity) ซึ่งหมายความว่าองค์ประกอบของคณะกรรมการจะต้องให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย โดยมีตัวแทนของผู้ที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน (stakeholders) เช่น ตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการ ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยตัวแทนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ความหลากหลายของเพศ วัย วิชาชีพ และความเชี่ยวชาญที่สำคัญในการกำกับดูแลระบบสุขภาพ เช่น ความเชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ด้านการเงิน ด้านการบริหารธุรกิจ เป็นต้น แต่ที่สำคัญคือกรรมการทุกรายจะต้องมีประวัติในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณกุศลที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข หรือ สาธารณูปโภคพื้นฐาน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

จากการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) กรณี การจัดการบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ 2) กรณี ระบบการส่งต่อ ที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ 4) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจน ตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง 5) ขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชน ในเรื่อง ชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความคาดหวังที่เกินจริง และนำไปสู่ความขัดแย้งนอกจากนี้รูปแบบการบริการจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรเน้นเชิงธุรกิจหรือใช้ระบบการแข่งขันแบบเสรี เพราะจะทำให้บริการเป็นไปในลักษณะการคั่นเพื่อให้ได้ประโยชน์ทางธุรกิจมากกว่าเรื่องสุขภาพ (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ และคณะ, 2549)

#### 4) ปัญหาด้านคุณภาพการบริการ

ปัจจุบัน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ “เหมาะสมและได้มาตรฐาน” เป็น “สิทธิพลเมือง” ที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2560 บัญญัติว่า

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ

- บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ

- บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ

- บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ"



มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมส่งเสริมสุขภาพการควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

- รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นว่ารัฐธรรมนูญ 2560 ได้กำหนดให้บุคคลมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐ และกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่จากสถานการณ์ของการประกันสุขภาพของประชาชนยังขาดความเท่าเทียมกันในการได้รับการสุขภาพ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการบูรณาการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ และมีการพัฒนาลิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน โดยกำหนดให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ ซึ่งคณะทำงานเห็นความสำคัญของการใช้กรอบกฎหมายบัญญัติเพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 กองทุน ดำเนินการมากกว่าใช้กลไกประสานงานระหว่าง 3 กองทุน ตามที่ได้เคยปฏิบัติมาก่อนหน้านี้เพราะเกิดประสิทธิผลน้อย

นอกจากนี้จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการกลุ่มใหญ่ที่สุดที่เป็นเจ้าของโรงพยาบาลจำนวนมาก ในขณะที่เดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็ต้องกำกับดูแลระบบสุขภาพทุกระบบด้วย บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นทั้งผู้ที่ต้องกำกับดูแลและผู้ให้บริการ ที่ยังทับซ้อนแบบนี้ ทำให้การกำกับดูแลระบบเป็นไปได้ยาก เพราะเมื่อไรก็ตามที่ต้องต่อรองเพื่อให้สถานพยาบาลได้รับค่ารักษาจากระบบสุขภาพมากขึ้น ก็เหมือนกับเป็นการต่อรองเพื่อผู้ให้บริการ เพื่อโรงพยาบาลของตัวเอง จึงเป็นการเอียงข้างอยู่ฝ่ายผู้ให้บริการ ทั้งที่ กระทรวงฯ ควรเป็นผู้กำกับดูแลว่าค่ารักษาที่โรงพยาบาลได้รับอยู่นั้นครอบคลุมต้นทุนการรักษาหรือไม่ และสถานพยาบาลให้การรักษามีคุณภาพมาตรฐานหรือไม่ บทบาทที่เป็นกลางและเป็นธรรมกับทั้งฝ่ายประชาชนและผู้ให้บริการ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2561) และ โรงพยาบาลไม่มีตำแหน่งที่จะบรรจุข้าราชการให้เพียงพอต่อภาระงาน เนื่องจาก ก.พ. ไม่ได้ขยายตำแหน่งข้าราชการเพิ่ม แต่จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงต้อง “จ้าง” บุคลากรเพิ่มเติมเป็นจำนวนมาก โดยเป็นลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ รองรับ ต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคม ไม่มีบำเหน็จ บำนาญ ไม่มีหลักประกันความมั่นคงในตำแหน่ง รวมทั้งไม่มีการขึ้นเงินเดือนประจำปีเหมือนลูกจ้างประจำหรือข้าราชการ เป็นผลให้ลูกจ้างชั่วคราว ไม่ว่าจะแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรอื่น ๆ ลาออกกันตลอดเวลา เนื่องจากขาดความมั่นคงของงาน พอทำงานดีขึ้นแล้วก็พากันลาออกไปทำงาน

ในโรงพยาบาลเอกชน ทำให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนบุคลากรที่ชำนาญงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องมาฝึกหัดบุคลากรใหม่ทุกปี พอเริ่มรู้งานก็ลาออกไปอีก

การที่โรงพยาบาลต้อง “จ่ายค่าจ้าง” ให้แก่ลูกจ้างมากขึ้น เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ทำให้โรงพยาบาลต้องการงบประมาณมาจ่ายเป็นค่าจ้างบุคลากรเหล่านี้มากขึ้น ซึ่งทำให้โรงพยาบาลขาดเงินทุนในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ทำให้โรงพยาบาลยิ่งขาดงบประมาณในการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยยิ่งขึ้น เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลตกต่ำ และเกิดความเสียหายต่อคุณภาพมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

การที่จะแก้ปัญหาใด ๆ ในระบบการประกันสุขภาพ ระบบการบริการสาธารณสุขทาง การแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน จึงต้องวิเคราะห์ถึง “ต้นเหตุแห่งปัญหา” เพื่อที่จะได้แก้ต้นตอแห่งปัญหาไม่ให้เกิดปัญหาได้อีก จึงจะสามารถ “ปฏิรูปการแพทย์ การสาธารณสุข และการประกันสุขภาพ” ได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถยกระดับคุณภาพมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืน

จากที่กล่าวมาทำให้ต้องมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่ยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือการกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชนบทกับเมือง และระหว่างเมืองใหญ่ที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจและสังคม กับเมืองที่ระดับความพร้อมยังต่ำ เนื่องจากพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า มักกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ในขณะที่เมืองขนาดเล็กและชนบท ยังมีความขาดแคลนอยู่ มาตรฐานในการสร้างแรงจูงใจ ความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการทำงานในชนบท เป็นสิ่งที่รัฐควรให้ความสนใจ เช่นเดียวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ควรมีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทั้งในมุมมองของการวินิจฉัย การรักษาโรค ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และการกระจายที่เหมาะสม

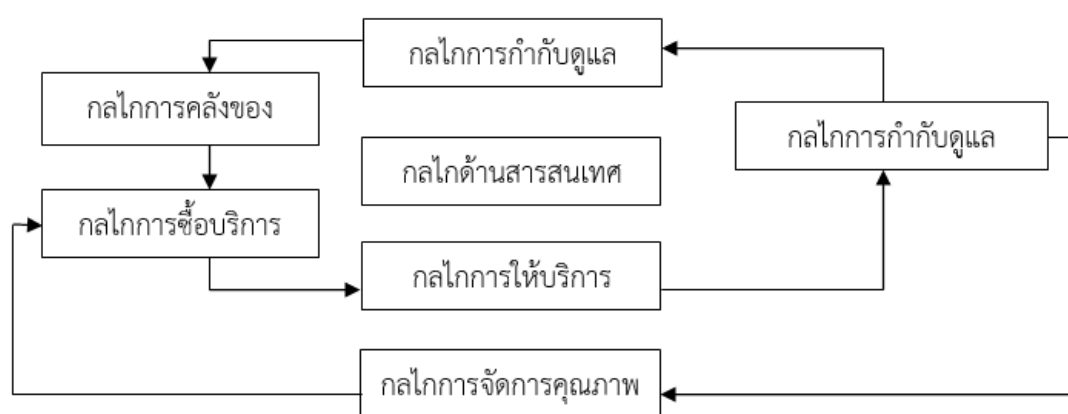
นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบสุขภาพมีปัญหาต่อไปนี้ (เจตต์จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัชรนฤมล, 2555: 109)

(1) ความสอดคล้องกันของระบบสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันโดยรวมเช่น กลไกการจ่ายเงินประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับระบบข้อมูลข่าวสาร

(2) ไม่มีการแข่งขันในกลุ่มผู้ให้บริการ เนื่องจากต้องใช้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการบริหารข้อตกลงนั้นไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังมีความขาดแคลนบุคลากรในการทำงานบริการสาธารณสุขอีกมาก และยังมีทิศทางไม่ชัดเจนในการปฏิรูปการกระจายกำลังคน โดยเฉพาะในภาครัฐ

(3) ชุดลิตีพื้นฐานตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่กำหนด โดยเฉพาะด้านระบบบริการ (เช่น ระบบบริหารปฐมภูมิการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ยังไม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมากนักผลงานด้านกระบวนการให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน และส่วนที่ชัดเจนก็พบว่าการให้บริการน้อยกว่าที่ควรเป็น ส่วนด้านการรักษาพยาบาลก็ยังคงมีปัญหาในการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งมีราคาแพงเข้ามาใช้ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบัน สปสช. ได้ใช้ระบบประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีมาช่วยในการคัดกรองแต่ก็ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น ต้องรอการประเมินว่ามีความสำเร็จหรือไม่อย่างไร

(4) ยังไม่มีระบบการจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมว่าควรเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว การจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน หรือการจ่ายเป็นเงินเพิ่มพิเศษ



ภาพที่ 8 ภาพรวมของกลไกหลักในการจัดการระบบสุขภาพ

ที่มา: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2555: 113

จากภาพแสดงให้เห็นว่า การซื้อบริการสาธารณสุข (Healthcare purchasing) เป็นระบบหรือกระบวนการที่หน่วยงานซึ่งเป็นองค์กรภายนอก (Third party) เข้ามาบริหารจัดการและกำกับดูแลการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ “การซื้อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพให้แก่สถานพยาบาลเพื่อให้ส่งมอบบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้โดยกระบวนการครอบคลุมการทำสัญญา (Contracting) เป็นกลไกเพื่อให้ได้มาซึ่งการบริการตามปริมาณและคุณภาพที่ประสงค์จากผู้ให้บริการที่กำหนดไว้ในราคาที่ตกลงกันในช่วงเวลาที่กำหนดประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ การกำหนดนโยบายทิศทางและกำกับดูแลระบบการคลังเพื่อบริการสาธารณสุข

การจัดให้มีบริการสาธารณสุขการจ่ายเงินการจัดการคุณภาพและติดตามประเมินผล และการสื่อสาร และการให้ความสำคัญคุ้มครองแก่ผู้ใช้บริการ

ในภาพรวมการจัดให้มีระบบในการซื้อบริการสาธารณสุขตลอดจนกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการเป็นองค์กรภายนอกที่ทำหน้าที่ซื้อบริการสาธารณสุขแทนประชาชนผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย มักมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้<sup>1)</sup> เพื่อให้ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (Access) อันประกอบด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยงหรือโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นและเหมาะสมได้<sup>2)</sup> เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ (Quality) ผ่านระบบและกลไกการบริหารจัดการและกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล<sup>3)</sup> เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีบทบาทรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในระดับที่เหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ผู้ใช้บริการจนถึงขั้นที่ทำให้ประสบความเดือดร้อน และส่งเสริมความเท่าเทียม (Equity) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ<sup>4)</sup> ส่งเสริมประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุข ทั้งประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency)<sup>5)</sup> สร้างธรรมาภิบาล (Good governance) ในระบบบริการสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสในการดำเนินงานตรวจสอบได้ และสร้างสมดุลของผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ให้เป็นธรรม

กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการในเบื้องต้นการเลือกกลไกการจ่ายเงินดังกล่าวอาจพิจารณาจากความจำเป็นด้านการควบคุมงบประมาณความต้องการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการ และการยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการของหน่วยบริการ ทั้งนี้อาจจำแนกเบื้องต้นได้เป็นการซื้อบริการที่ผู้ให้บริการไม่ต้องรับความเสี่ยงทางการเงินและการซื้อบริการที่ผู้ให้บริการต้องร่วมรับความเสี่ยงทางการเงินด้วย ดังต่อไปนี้การซื้อบริการที่ผู้ให้บริการไม่ต้องรับความเสี่ยงทางการเงิน การซื้อบริการแบบนี้มักจัดให้มีกลไกการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบปลายเปิด (Open-ended payment) คือให้เบิกจ่ายได้ตามค่าใช้จ่ายจริงของบริการ แต่อาจมีหรือไม่มีกำหนดวงเงินสูงสุดเป็นเพดานไว้ล่วงหน้าก็ได้ เช่น การจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนกรณีที่มีการกำหนดอัตราจ่ายหรือวงเงินไว้ หากค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ ผู้ใช้บริการมักต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินนั้นเอง ส่งผลให้ผู้ใช้บริการต้องรับภาระความเสี่ยงทางการเงินจนอาจล้มละลาย (Catastrophic illness) ได้เนื่องจากไม่อาจควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการได้ นอกจากนี้กลไกการจ่ายเงินแบบนี้ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือแรงกดดันให้ผู้ให้บริการพยายามเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการหรือการใช้ทรัพยากรเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในการคงมาตรฐานด้านคุณภาพ

กรณีการซื้อบริการที่ผู้ให้บริการต้องร่วมรับความเสี่ยงทางการเงิน มักใช้กลไกการจ่ายเงินเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบปลายปิด (Close-ended payment) โดยไม่ยอมให้

มีการเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายเกินกว่าวงเงินที่กำหนด ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้บริการต้องร่วมรับความเสี่ยงทางการเงินด้วย หากค่าใช้จ่ายในการบริการสูงกว่าอัตราการจ่ายที่กำหนด เนื่องจากผู้ให้บริการมักมีศักยภาพในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการได้ดีกว่าผู้รับบริการ เมื่อมีการนำการรับความเสี่ยงทางการเงินของผู้ให้บริการดังกล่าวมาใช้ที่เหมาะสม ก็จะเป็นกลยุทธ์ส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเลือกกลไกการจ่ายให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์ของการซื้อบริการลักษณะของบริการสาธารณสุข และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการขององค์กรที่ซื้อบริการ ตัวอย่างการซื้อบริการสาธารณสุขแบบนี้ในประเทศไทย เช่น ในระบบประกันสังคมที่เลือกใช้การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ให้แก่หน่วยบริการคู่สัญญา ซึ่งโดยทฤษฎีแล้วน่าจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ให้บริการปรับปรุงคุณภาพบริการผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง มีการประสานบริการที่ดี เพื่อลดต้นทุนอันเนื่องมาจากความบกพร่อง แต่ก็อาจก่อผลกระทบทางลบต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพที่จำเป็นได้จากความพยายามลดค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2555: 121-122)

## 2. การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) 3 กลุ่ม มีจำนวนทั้งสิ้น 25 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาครัฐ 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล (กรมบัญชีกลาง) รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย (กรมบัญชีกลาง) นักวิชาการกองปฏิบัติการ (กรมบัญชีกลาง) หัวหน้ากองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข) ผู้อำนวยการกลุ่มงานมาตรฐานทางการแพทย์ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ (สำนักงานประกันสังคม) ผู้อำนวยการสำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ กลุ่มที่ 2 ภาคเอกชน จำนวน 5 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่และแพทย์สถานพยาบาลเอกชน ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และกลุ่มที่ 3 ประชาชน จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ผู้มีสิทธิประกันสังคม และผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดตามภาคผนวก เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนโดยมีผลการศึกษาดังนี้

### สถานการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

กรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงการคลัง มีบทบาทหน้าที่ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดมาตรฐานสวัสดิการให้แก่บุคลากรภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วยสวัสดิการรักษายาบาลและสวัสดิการค่าการศึกษาบุตรด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกันไม่ว่าจะดำรง

ตำแหน่งราชการใดก็ตามสามารถได้รับสวัสดิการเหล่านี้วัตถุประสงค์หลักในการจัดสวัสดิการข้าราชการคือเพื่อการจูงใจให้คนเข้ามารับราชการ เนื่องจากมีอัตราเงินเดือนไม่สูง ซึ่งมีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพแต่ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลดังนั้นรัฐจึงจัดรูปแบบเงินสวัสดิการโดยให้สิทธิมาเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนกลไกการบริหารอยู่ภายใต้กรอบการบริหารราชการแผ่นดิน ภายใต้กรอบนิติรัฐ นิติธรรม โดยปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเพื่อการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

นอกจากนี้งบประมาณได้รับการจัดสรรมาจากรัฐบาลทั้งหมดโดยให้กรมบัญชีกลางบริหารจัดการภายใต้งบประมาณนี้ เริ่มแรกกรมบัญชีกลางยังไม่มีระบบการบริหารจัดการที่ดี คือข้าราชการสามารถนำเอาใบเสร็จมาเบิกได้ที่หน่วยราชการในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในเป็นระบบที่ช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการไม่ต้องให้ข้าราชการจ่ายเงินสำรองให้แก่สถานพยาบาลไปก่อน แต่ให้สถานพยาบาลมา claim เงินกับส่วนราชการโดยตรง ต่อมาปี พ.ศ. 2549 – 2550 เทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีระบบการเบิกจ่ายตรงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จึงมีระบบการตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่ดีกว่าเดิมแต่ก็ไม่ดีทั้งหมด เพราะสามารถตรวจสอบได้บางส่วนเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2 ได้กล่าวถึงบริบทของกรมบัญชีกลางไว้ดังนี้ว่า

“กรมบัญชีกลาง เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงการคลัง มีภารกิจ บทบาทหน้าที่ที่ ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายอย่างหนึ่งคือว่ากำหนดมาตรฐานสวัสดิการให้แก่ บุคลากรภาครัฐ ซึ่งจริงๆว่าสวัสดิการไม่ใช่มีแค่เรื่องค่ารักษาพยาบาลเรื่องเดียว มีเรื่องค่าการศึกษาบุตร และนี่คือภารกิจหนึ่งที่กรมบัญชีกลางจะต้องทำ ส่วนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เราต้อง เข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับคำว่าสวัสดิการก่อนหลักของการจัดสวัสดิการก็คือความเสมอภาค และเท่าเทียมกันไม่ว่าคุณจะเป็นคนชนชั้นใด ไม่ว่าจะเป็นปลัดกระทรวงถึงลูกจ้างประจำ เมื่อคุณเจ็บป่วยคุณเบิกได้เท่ากัน เพราะความเจ็บป่วยไม่เลือกชั้นวรรณะ โดยหลักในการ จัดสวัสดิการเป็นไปเพื่อการจูงใจให้คนเข้ามารับราชการ ซึ่งเดิมคนที่มารับราชการก็ไม่ได้ มีเบี้ยสูง หรือเงินเดือนที่พออยู่ได้ เพราะฉะนั้นเงินเดือนที่ไม่ได้สูงนักนี่ถ้าเขาต้องนำมา ออกมาจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสิ่งที่จะพึงมีในอนาคตไม่แน่นอนเช่นค่ารักษาพยาบาลก็จะเกิด ปัญหา รัฐจึงจัดให้ ในรูปของเงินสวัสดิการ คือให้เบิกเงินเมื่อมีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลก็ เอาสิทธิมาเบิก เป็นสิ่งที่ปฏิบัติมา 40 50 ปี นานมาก ส่วนกลไกการบริหารก็เหมือน ข้าราชการอื่นทั่วไปก็อยู่ภายใต้กรอบการบริหารราชการแผ่นดินภายใต้กรอบนิติรัฐ นิติ ธรรม สิ่งสำคัญก็คือว่าต้องปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเพื่อการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ ดีและที่ทุกสิ่งทุกอย่างต้องโปร่งใสและตรวจสอบได้ งบประมาณที่เราได้เป็นงบประมาณที่ ก็ได้รับการจัดสรรมาจากรัฐบาลล้วนๆ ไม่ได้มี contribution จากผู้มีสิทธิเลือกเช่น

ประกันสังคม แต่มีนโยบายหนึ่งเขาบอกข้าราชการมี contribution ทางอ้อมแล้ว เพราะรับเงินเดือนที่น้อย เหมือนกับว่าสะสมไว้ใช้ตอนแก่ งบประมาณที่ได้รับก็เหมือนกับงบล่าช้าได้มาก่อนหนึ่งปีหนึ่ง เอมามากองไว้ตรงกลาง มีค่าใช้จ่ายก็เอามาเบิกคือพูดง่ายๆ คือบก่อนนี้เป็นงบก้อนหนึ่งที่รัฐบาลจัดสรรมาให้และโยนมาให้กรมบัญชีกลางบริหารจัดการ ภายใต้เงินนี้ มีค่าใช้จ่ายก็เบิกจากเงินก้อนนี้ ระบบก็วิวัฒนาการเรื่อย จากเดิมที่ไม่ได้มีระบบใดมากมาย ใช้การจ่ายเงินเอาใบเสร็จมาเบิกหน่วยราชการในกรณีที่เป็นผู้จ่ายเงิน ผู้จ่ายเงินก็เป็นระบบที่ช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการไม่ต้องจ่ายเงินให้โรงพยาบาลมา claim เงินกับส่วนราชการโดยตรง คือส่วนราชการประจำจังหวัดในสมัยก่อน ระบบก็เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงปี 2549 ถึง 2550 ทุกอย่างเปลี่ยนแปลงไปเยอะ มีระบบการเบิกจ่ายตรงทั้งผู้จ่ายเงินและผู้จ่ายเงิน สิ่งเหล่านี้ก็นำมาซึ่งเทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไป และก็ทำให้ระบบการตรวจสอบค่าใช้จ่ายเข้มแข็งขึ้นกว่าแต่ก่อนแต่อาจจะไม่ได้ตอบสนองความต้องการที่มีได้ คือเดิมไม่ได้เข้มแข็งเท่านี้ แต่ก็ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน ถามว่าดีที่สุดในยุคไหน คำตอบก็คือมันก็ดีเท่าที่จะดีได้ ไม่ได้ดีทั้งหมด คือถ้าจะขยายความก็คือเราไม่สามารถตรวจสอบค่าใช้จ่ายได้ครบทุกรายการ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

เดิมการเบิกจ่ายของข้าราชการสามารถนำไปเสร็จไปเบิกได้ที่ส่วนราชการต้นสังกัดตนเอง ซึ่งไม่ต้องมาเบิกตรงที่กรมบัญชีกลาง ส่วนเรื่องระบบการตรวจสอบใบเสร็จรับเงินจะมีเจ้าหน้าที่ทั้ง internal audit ในส่วนราชการ และ external audit จากสำนักตรวจสอบแผ่นดิน ภายใต้พื้นฐานตามหลักเกณฑ์ระบบ billing audit และในเวลาต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระบบการเบิกจ่ายตรง ใบเสร็จทั้งหมดจะส่งไปที่กรมบัญชีกลาง ดังนั้นกรมบัญชีกลางต้องมีระบบการตรวจสอบ โดยการจ้างหน่วยงานมาทำ post-audit และ pre-audit ซึ่งความมีประสิทธิภาพในการตรวจสอบข้อมูลขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้ในแต่ละปี ถ้างบประมาณน้อยก็ตรวจได้น้อย แต่ถ้างบประมาณมากก็ตรวจได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3 ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของกรมบัญชีกลางไว้ดังนี้ว่า

“เดิมเราใช้วิธีการ คือผู้มีสิทธิจะกระจายอยู่ทั่วประเทศ เราไม่สามารถให้มาเบิกที่กรมบัญชีกลางได้ เราก็ให้เขาไปเบิกที่ส่วนราชการของเขา กระบวนการตรวจสอบส่วนราชการก็จะมีเจ้าหน้าที่ ในการที่จะตรวจสอบใบเสร็จรับเงินว่า รายการนี้เบิกได้หรือเบิกไม่ได้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดไหม อันนี้คือขั้นตอนปกติของการเงินที่ทำและมีอีกหน่วยงานหนึ่งที่เรียกว่าผู้ตรวจสอบภายในตรวจอีกหนึ่งชั้น คือ internal audit ในส่วนของราชการและก็มี external audit คือสำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน

เป็นการลุ่มตรวจ ระบบเดิมมีการตรวจสอบอยู่แล้ว แต่เป็นการตรวจสอบที่เป็น internal audit และ external audit ภายใต้พื้นฐานที่เป็นระบบ billing audit ก็คือตรวจว่าเบิกได้ เบิกไม่ได้ ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ใหม่ พอระบบเปลี่ยนมีระบบการเบิกจ่ายตรงใบเสร็จ ไม่ได้มาที่สวนราชการก็เลยเป็นหน้าที่ของกรมบัญชีกลางที่จะต้องมีการตรวจสอบที่เกิดขึ้น ระบบตรวจสอบที่ทำ คือเราต้องไปจ้างหน่วยงานมาทำ post-audit บ้าง pre-audit บ้าง ตรวจได้มากก็ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้มาก ตรวจได้น้อยก็ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่มีน้อย เพราะว่างบประมาณที่ตรวจสอบคนละก้อนกับงบประมาณที่จัดสวัสดิการ เพราะฉะนั้นมีระบบตรวจสอบอยู่แล้วแต่ว่าจะมีประสิทธิภาพหรือไม่เป็นคนละเรื่องกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3, สัมภาษณ์วันที่ 15 พฤษภาคม 2561)

กรมบัญชีกลางมีหน้าที่ดูแลเรื่องการเบิกจ่ายของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกำหนดสิทธิการเบิกจ่ายตามรายการ Fee for service โดยระบบนี้ส่งผลให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น กรมบัญชีกลางจึงกำหนดนโยบายกำกับกับการเบิกจ่าย โดยการพัฒนากลไกการเบิกจ่าย และมีการกำหนดอัตราค่าเบิกจ่าย อุปกรณ์อวัยวะเทียม จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1 พุดถึงบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการของกรมบัญชีกลางที่กำกับดูแลกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้

“กรมบัญชีกลางจะดูแลเรื่องการเบิกจ่ายเงิน ของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของราชการ ก็จะทำให้ตามสิทธิที่เรากำหนดให้คือ fee for service คือให้บริการเท่าไรก็ไปเก็บเท่านั้นแต่ในระยะหลังหลังเริ่มมีการให้สิทธิสวัสดิการเข้าไปแล้วค่าใช้จ่ายมันสูงขึ้นทางรัฐบาล ก็เลยให้กรมบัญชีกลางกำหนดนโยบายกำกับกับการเบิกจ่ายเงิน เราจึงพัฒนา กลไก การปฏิรูประบบการเบิกจ่ายเงิน ออกแนวทางปฏิบัติต่างๆ กำกับดูแลในเรื่องของการเบิกจ่าย ไม่ว่าจะการกำหนดอัตราค่าเบิกจ่าย อัตราการเบิกอุปกรณ์อวัยวะเทียม อะไรต่างๆเหล่านี้”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

กองทุนประกันสังคมสังกัดอยู่ภายใต้กระทรวงแรงงาน โดยคุ้มครองแรงงานผู้ที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไปเป็นผู้ประกันตนซึ่งผู้ประกันตนจะต้องนำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนไม่น้อยกว่า 3 เดือนใน 15 เดือนเพื่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ กองทุนประกันสังคมให้สิทธิผู้ประกันตน 7 กรณี ซึ่งแต่ละกรณีจะมีเงื่อนไขการเกิดสิทธิที่แตกต่างกัน ส่วนกรณีการรักษายาบาลจะเกิดสิทธิได้เมื่อผู้ประกันตนส่งเงินสมทบ 3 เดือนใน 15 เดือน ผู้ประกันตนสามารถเลือก



สถานพยาบาลเพื่อรักษาพยาบาลได้ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ซึ่งผู้ประกันตนทุกคนจะต้องมีสถานพยาบาลตามสิทธิของตนเอง

จากประกาศของสำนักงานประกันสังคมเรื่องมาตรฐานสถานพยาบาลของผู้ประกันตน ได้กำหนดระดับมาตรฐานโรงพยาบาลต้องอยู่ในระดับทุติยภูมิขึ้นไป ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐเป็นขนาด 100 เตียง และมีแพทย์ 12 สาขาหลัก โดยมี 4 สาขาหลักที่ต้องมีแพทย์ให้บริการประจำในสถานพยาบาลครบ ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และ ออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ประกันตน ส่วนที่เหลืออีก 8 สาขานั้นก็ต้องมีแต่ไม่เน้นต้องมีแพทย์ให้บริการประจำ เงื่อนไขการเข้ารับบริการถ้าเป็นเจ็บป่วยทั่วไปจะต้องเข้าโรงพยาบาลตามสิทธิ แต่ถ้ากรณีฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาที่ไหนก็ได้ซึ่งเหมือนกับสิทธิอื่นตามมติกรม. ปี 2534 ได้กำหนดไว้ว่าสถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งจะต้องให้ความร่วมมือกับโครงการประกันสังคม ทำให้สถานพยาบาลรัฐทุกแห่งที่มีขนาดทุติยภูมิขึ้นไปต้องเข้าโครงการประกันสังคมโดยอัตโนมัติส่วนสถานพยาบาลเอกชนสามารถเข้าโครงการประกันสังคมตามที่โรงพยาบาลสมัครและเป็นไปตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ขณะนี้มีสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 237 แห่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ 159 แห่งและที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชน ผู้ประกันตนต้องเข้าโรงพยาบาลตามสิทธิ มีบางกรณีที่สามารถไปเข้าที่ไหนก็ได้เช่น การคลอดบุตร และทันตกรรมสามารถไปปรับการรักษาที่ไหนก็ได้ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“กองทุนประกันสังคมภายใต้กระทรวงแรงงาน กองทุนประกันสังคมให้การคุ้มครองแรงงานผู้ที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไปเป็นผู้ประกันตน ผู้ประกันตนจะต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน สิทธิประโยชน์ ปกส.มี 7 กรณี ซึ่งแต่ละกรณีจะมีเงื่อนไขการเกิดสิทธิ ส่วนกรณีการรักษาพยาบาลจะเกิดสิทธิได้เมื่อผู้ประกันตนส่งเงินสมทบ 3 เดือนใน 15 เดือน โรงพยาบาลที่กำหนดสิทธิถ้ากรณีที่เราเลือกไว้เต็มโควต้าสปก. จะเลือกสถานพยาบาลให้จึงทำให้ทุกคนจะมีโรงพยาบาลตามสิทธิของตนเอง จากประกาศของ ปกส.ตามมาตรฐานสถานพยาบาลของผู้ประกันตนจะกำหนดไว้ ระดับมาตรฐานของแต่ละสิทธิจะเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐจะเป็นขนาด 100 เตียง มีแพทย์ 12 สาขาหลัก โดยหลักต้องมี 4 สาขาหลักครบ คือ สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และ ออร์โธปิดิกส์ เป็น 4 สาขาหลักต้องมีแพทย์ให้บริการประจำในสถานพยาบาล การที่ ปกส. กำหนดให้มี 4 สาขาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ประกันตน ถ้าเทียบกับกระทรวงจะบังคับที่สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และเด็ก จะไม่เน้น ออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกวัย แต่ประกันสังคมไม่มีเด็ก เลยเอาออร์โธปิดิกส์มาแทนที่ ที่เหลืออีก 8 สาขานั้นก็ต้องมีแต่ไม่

เน้นต้องมีแพทย์ประจำ เงื่อนไขการเข้ารับบริการถ้าเป็นเจ็บป่วยทั่วไป จะต้องเข้าโรงพยาบาลตามสิทธิ แต่ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินเหมือนกองทุนอื่นคือสามารถเข้าที่ไหนก็ได้ โรงพยาบาลรัฐถ้าจะเข้ามาในโครงการปกสตามมติ ครม ตั้งแต่ปี 2534 ซึ่งเริ่มมีสิทธิประโยชน์ทางด้านเจ็บป่วย มติครม กำหนดไว้ว่าสถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งจะต้องให้ความร่วมมือกับโครงการประกันสังคมก็เลยเป็นไปตามอัตโนมัติว่าโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งที่มีขนาดทุติยภูมิขึ้นไปต้องเข้าโครงการ ปกส ส่วนสถานพยาบาลเอกชน เข้าโครงการประกันสังคมตามที่โรงพยาบาลสมัครและเป็นไปตามมาตรฐานที่ ปกส กำหนด ตอนนี้องพยาบาลในระบบปกส.มีทั้งหมด 237 เป็นโรงพยาบาลรัฐ 159 และที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชน ผู้ประกันตนต้องเข้าโรงพยาบาลตามสิทธิ มีบางกรณีที่สามารถไปเข้าที่ไหนก็ได้เช่น การคลอดบุตรไม่เจ็บเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลตามสิทธิ และทันตกรรมก็เข้าที่ไหนก็ได้ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนก็ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

นอกจากนี้แหล่งที่มาของเงินในกองทุนประกันสังคมนั้นได้มาจากการสมทบ 3 ส่วนคือ ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ ปัจจุบันเงินกรณีเจ็บป่วยดึงเงินออกมาจากกองทุนฝ่ายละ ร้อยละ 1.06 รวมเป็น ร้อยละ 3.18 เพื่อใช้สำหรับเป็นสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลซึ่งเงินจำนวนนี้ไม่รวมกับกรณีคลอดบุตร และทุพพลภาพ ซึ่งจะมีเงินอีกก้อนต่างหาก กรณีผู้ประกันตนเป็นบุคคลทุพพลภาพก็จะให้สิทธิทุพพลภาพและได้รับการชดเชยการขาดรายได้ตลอดซึ่งการชดเชยจะขึ้นอยู่กับความรุนแรง คือระดับ 35 แต่ไม่เกิน 50 จะเรียกว่าไม่รุนแรง การชดเชยการขาดรายได้จะได้ 180 เดือนแต่ถ้ารุนแรงจะได้ตลอดชีวิต การรักษาของผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ ผู้ประกันตนสามารถไปรับการรักษาโรงพยาบาลรัฐที่ใดก็ได้ ส่วนค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกจะจ่ายจริงตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะจ่ายตาม AjdRW 12,500 ต่อ 1 AjdRW ซึ่งเป็นอัตราคงที่ ส่วนผู้ประกันตนปกติจะจ่ายตามกรอบวงเงินที่ได้ในปีนี้ได้ 640 ต่อคนต่อปี ก็คูณจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมดแล้วก็หารด้วย sum ของ AjdRW รวมของทั้งปี ซึ่งอาจจะได้ 12,800 หรืออาจจะน้อยกว่าที่ 11,000 ต้องขึ้นอยู่กับวงเงินและจำนวน AjdRW แต่ละปี และรายการอุปกรณ์ก็จะจ่ายตามรายการที่กรมบัญชีกลางประกาศซึ่งจะมีประมาณ 400 กว่ารายการ ไม่ว่าจะมีการปรับเพิ่มก็จะสามารถปรับได้โดยอัตโนมัติคนใช้ทุพพลภาพสามารถเบิกได้ทั้งหมด โดยปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“ระบบการเงินการคลัง เงินที่ได้มาจะได้มาจาก 3 ส่วนคือ ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ ตอนนี้ใช้เงินในกรณีเจ็บป่วยฝ่ายละ 1.06 ที่ดึงมาจากกองทุน เป็นสำหรับกรณีบริการทางการแพทย์ รวมเป็น 3.18 เพื่อเอาไว้สำหรับเป็นสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลซึ่งไม่รวมกับกรณีคลอดบุตรก็จะมีเงินอีกก้อนหนึ่ง และคุณภาพ ประกันสังคมให้สิทธิเมื่อผู้ประกันตนเป็นบุคคลทุกคุณภาพก็จะให้สิทธิทุกคุณภาพไป ก็จะได้ค่าบริการชดเชยการขาดรายได้ไปตลอด ถ้าคุณภาพแบบรุนแรง ถ้าไม่รุนแรงก็คือระดับ 35 แต่ไม่เกิน 50 ก็จะเรียกว่าไม่รุนแรง การชดเชยการขาดรายได้จะได้ 180 เดือนแต่ถ้ารุนแรงจะได้ตลอดชีวิต การรักษาของผู้ประกันตนในกรณีทุกคุณภาพ ผู้ประกันตนจะไม่มีบัตรประกันสังคม คือจะไม่มีโรงพยาบาลที่สังกัด จะไปรับการรักษาโรงพยาบาลรัฐที่ไหนก็ได้ ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกจะจ่ายจริงตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะจ่ายตาม AdjRW12,500 ต่อ 1 AdjRW อันนี้จะfix จะไม่เหมือนกับผู้ประกันตนปกติที่เราจะจ่ายตามกรอบวงเงิน ที่ได้ขยับขึ้นได้ 640 ต่อคนต่อปี เราก็คูณจำนวนผู้ประกันตนแล้วก็เอามามหารด้วยsumของAdjRWรวมของทั้งปี อาจจะได้ 12,800 หรืออาจจะน้อยกว่าที่ 11,000 ต้องขึ้นอยู่กับวงเงินและจำนวน AdjRWแต่ละปี และรายการอุปกรณ์ก็จะจ่ายตามการการที่กรมบัญชีกลางประกาศซึ่งจะมีประมาณ 400 กว่ารายการ ไม่ว่าจะมีการปรับเปลี่ยนก็สามารถปรับได้โดยอัตโนมัติคนใช้ทุกคุณภาพสามารถเบิกได้ทั้งหมด ทั้งหมดที่เราปฏิบัติเราจะถือปฏิบัติตามคณะกรรมการแพทย์ที่ออกมา”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

ส่วนการบริหารจัดการกองทุนประกันสังคมยึดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์และประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพ.ร.บ. ประกันสังคม ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์มีหน้าที่ ดังนี้ 1) จัดระบบบริการทางการแพทย์และประสานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนและลูกจ้าง กำหนดแนวปฏิบัติและตรวจแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการจัดระบบบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลและสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา และให้ความคุ้มครองสิทธิการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนและลูกจ้าง 2) จัดหาสถานพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม 3) งานเลขานุการของคณะกรรมการการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและกฎหมายทดแทน 4) เพื่อประโยชน์แก่ผู้ประกันตนและลูกจ้าง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการลดการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ทั้งเนื่องจาก

การทำงานและมีไข้เนื่องจากการทำงาน 5) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายโดยสำนักสิทธิประโยชน์มีอำนาจหน้าที่ ดำเนินการกำหนดประโยชน์ทดแทนและเงินทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน ลูกจ้าง และผู้มีสิทธิตามกฎหมาย รวมทั้งปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ได้พูดถึงแนวทางการบริหารจัดการกองทุนประกันสังคมไว้ดังนี้

“แนวทางการบริหารจัดการกองทุนประกันสังคม ยึดตามแนวทางตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์และประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพ.ร.บ.ประกันสังคม ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์มีหน้าที่ ดังนี้

1. ดำเนินการจัดระบบบริการทางการแพทย์และประสานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนและลูกจ้าง กำหนดแนวปฏิบัติและตรวจแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการจัดระบบบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลและสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 หรือสำนักงาน ประกันสังคมจังหวัด/สาขา และให้ความคุ้มครองสิทธิการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนและลูกจ้าง
2. ดำเนินการจัดหาสถานพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม
3. ดำเนินการเกี่ยวกับงานเลขานุการของคณะกรรมการการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและกฎหมายทดแทน
4. ดำเนินการเพื่อประโยชน์แก่ผู้ประกันตนและลูกจ้างในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการลดการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ทั้งเนื่องจากการทำงานและมีไข้เนื่องจากการทำงาน
5. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

โดยสำนักสิทธิประโยชน์มีอำนาจหน้าที่ ดำเนินการกำหนดประโยชน์ทดแทนและเงินทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน ลูกจ้าง และผู้มีสิทธิตามกฎหมาย รวมทั้งปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิบัตรทองซึ่งรัฐบาลจัดให้ โดยเริ่มมีการนำร่อง 6 จังหวัด และต่อมาดำเนินการใช้ทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2546 ผู้มีสิทธิบัตรทองคือประชาชนคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ซึ่งไม่รวมผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ผู้มีส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและเด็ก มีประชาชนจำนวนทั้งหมดประมาณ 48 ล้านคน ในสมัยอดีตการบริการสาธารณสุขทำหน้าที่ทั้งรับงบประมาณมาบริหารงบประมาณและจัดบริการสาธารณสุข ต่อมาแนวคิดแยกผู้ซื้อบริการกับผู้จัดการบริการ หรือ provider กับ purchaser โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็น provider เป็นผู้จัดการให้บริการ ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ซื้อบริการ purchaser โดยอาจารย์สุวิทย์ให้ใช้คำว่า financial supporting เนื่องจากการบริการสาธารณสุขคือการบริการเรื่องสุขภาพของประชาชนไม่ใช่การเก็งกำไร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณที่ได้มาจากรัฐบาล เพื่อการจัดหาบริการด้านสุขภาพตามมาตรฐานพื้นฐานทั่วไปสำหรับประชาชนไทยทุกคน ทั้งนี้การแบ่งแยกหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาการไม่คล่องตัวหรือการใช้จ่ายงบประมาณที่ไม่สามารถควบคุมได้ อีกทั้งค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และได้รายหัวต่อปี ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้การคำนวณเพื่อของบประมาณโดยการเฉลี่ยตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุทั้งหมดและคำนวณการคิดต่อหัวประชาชนเป็นรายหัว สมมติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิครอบคลุมประชาชนทั้งหมด 48,000,000 คน เฉพาะประชาชนที่มีเลข 13 หลักเท่านั้นเช่น ปีนี้ วันที่ 1 กรกฎาคม คนไทยที่มีสิทธิบัตรทองจำนวน 48,000,000 คน ซึ่งคิดคำนวณต่อหัวทางวิชาการ 3,000 กว่าบาท/คน  $\times$  48,000,000 คน รัฐบาลก็จะจัดสรรงบประมาณมาให้ก่อนหนึ่ง คือการเฉลี่ยทุกเฉลี่ยสุข เพราะคนไม่ได้ป่วยทั้งหมดและทุกคนใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่เหมือนกัน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 7 ดังนี้

“สิทธิบัตรทองเป็นสิทธิที่รัฐจัดให้ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2546 เริ่มแรกจะดำเนินการใน 6 จังหวัด แล้วก็พัฒนามาเป็นบัตรทองเป็นสิทธิที่ทางรัฐบาลจัดให้ไม่ใช่การสงเคราะห์เหมือนในอดีต สมัยก่อนจะเป็นบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยหรือไปขออนาถาจากโรงพยาบาลเราถือว่าบัตรทองเป็นสิทธิประโยชน์ของคนไทยทุกคนที่มีสัญชาติไทยและมีเลข 13 หลัก เป็นผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการอื่นใดก็คือไม่ใช่ข้าราชการ และไม่ใช่ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคม ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุและเด็ก ส่วนวัยแรงงานส่วนมากก็จะอยู่ในประกันสังคมอยู่แล้ว เราก็เลยจะมีกลุ่มคนพวกนี้ประมาณ 48 ล้าน คน ที่ดูแล

ในสมัยอดีตการบริการสาธารณสุขจะมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ทั้งรับงบประมาณมาบริหารงบประมาณและจัดบริการสาธารณสุข แนวคิดต่อมาก็คือน่าจะแยกผู้ซื้อบริการกับผู้จัดการบริการ ก็เลยกลายเป็น provider กับ purchaser กระทรวง

สาธารณสุขเป็น provider เป็นผู้จัดการให้บริการ สปสช. และสปสช. จะใช้คำว่าผู้ซื้อบริการ purchaser แต่อาจารย์สุวิทย์ให้ใช้คำใหม่แทนผู้ซื้อผู้ขายเพราะการบริการสุขภาพไม่น่าจะต้องการเก็งกำไร บริการสาธารณสุขก็คือการบริการเรื่องสุขภาพของประชาชน จึงเปลี่ยนใช้คำว่า financial supporting คือสปสช. งบประมาณประมาณ เงินภาษีที่รัฐบาลให้มาเพื่อการจัดหาบริการด้านสุขภาพ ตามมาตรฐานพื้นฐานทั่วไปสำหรับคนไทยทุกคนก็เลยแยกออกมา ด้วยแนวคิดว่ามันควรจะแยกกันไม่ควรรวมอยู่ที่คนคนเดียวเหมือนสมัยก่อน ซึ่งอาจทำให้เกิดการไม่คล่องตัวหรือการใช้จ่ายงบประมาณที่มันไม่สามารถควบคุมได้ ยุคนั้นส่วนหนึ่งคือค่าบริการสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็คิดว่าจะทำยังไงดี เราได้รายหัวมาปีต่อปี ว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหัวประชากรเท่าไรและคำนวณออกมาเป็นรายหัวต่อปี สมมติเราบอกว่าเราดูแลคน 48,000,000 คน เฉพาะคนที่ มีเลข 13 หลักจริงๆ ที่เป็นสิทธิของเรา อย่างปีนี้ 1 กรกฎาคม คนไทยที่มีสิทธิบัตรทองจำนวน 48,000,000 คน เราก็มาคิดคำนวณต่อหัวทางวิชาการ 3,000 กว่าบาท/คน  $\times$  48,000,000 คน รัฐก็จะให้เงินมาก่อนหนึ่ง คือการเฉลี่ยทุกเฉลี่ยสุข เพราะคนไม่ได้ป่วยทั้งหมดและทุกคนใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่เหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 7, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

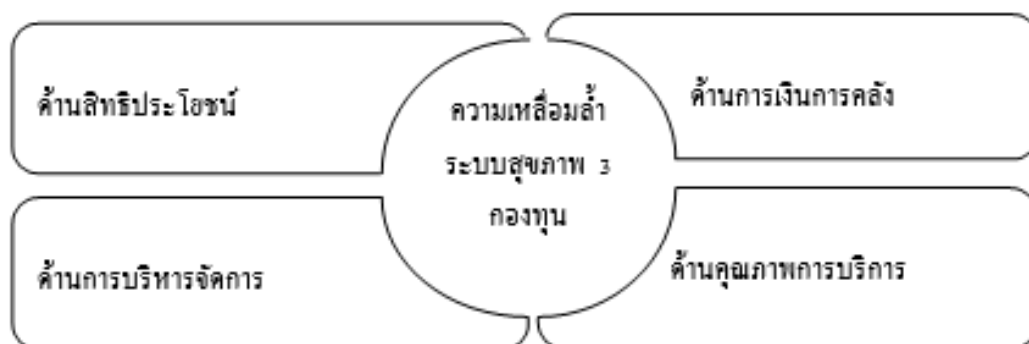
ปัจจุบันทั้ง 3 กองทุนต่างก็มีสายด่วนเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับทุกกลุ่มทุกวัย และปรึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ ซึ่งแต่ละกองทุนพยายามที่จะปรับในเรื่องสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกันที่สุด สำหรับ UCEP คือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิทั้ง 3 สิทธิ ได้แก่ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าได้ทุกที่ และสามารถเข้าโรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้ที่สุดได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 7 ดังว่า

“3 กองทุน ตอนนี้มีสายด่วน 1506 ของ ปกส. 1130 ของสปสช. ของกรมบัญชีกลางมีเลขเจ็ดหลักที่จำไม่ได้ เราก็ร่วมมือกัน ตอนนี้อย่างไรก็ให้ร่วมมือกัน 3 กองทุน ตอนนี้อย่างไรก็ดูคนประมาณ 6-7,000,000 คน ประกันสังคมประมาณ 10,000,000 คน ของเราประมาณ 48,000,000 คน ก็มาร่วมมือกันในเรื่องการถามตอบในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เพราะว่าโดยบัตรทองของเรานี้ เราคำนวณเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้คนทุกกลุ่มวัย และคนทุกสิทธิประโยชน์ แต่ส่วนมากคนยังไม่ทราบและก็ตอบคำถามเรื่องถามว่า มีความเหลื่อมล้ำกันไหม เรื่องเอดส์เรื่องไต เราใช้อันเดียวกันนะ สิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงกันมาก ตอนนี้นั้น

กำลังปรับในเรื่องของสิทธิประโยชน์ให้มันใกล้เคียงและขออีกอันหนึ่ง คือเรื่อง UCEP เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิเข้าได้ทุกที่ ส่วนใหญ่จะเป็น 3 สิทธินี้ ประกันสังคม ข้าราชการ UC เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าได้ทุกที่ มันจะมีวิกฤตถึงแก่ชีวิตจะมีสิทธิเลยนะวิกฤตสีแดง คือถ้าไม่รักษาจะเสียชีวิตสามารถเข้าโรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้ที่สุดได้ อันนี้ก็จะมีการดูแลโดยสามกองทุน ถามว่าตอนนี้ก็มีการพูดคุย แต่ในอดีตมันก็มีการแยกกันเป็นแห่งๆ ของมันแหละอย่างที่เรารู้ เก่าสุดก็น่าจะข้าราชการสิทธิประโยชน์เก่าสุด ต่อมาประกันสังคมปี 2530 ต่อมาก็บัตรทอง แต่ปัจจุบันก็มีการพูดคุยกันมากขึ้น ปรับชุดสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกันมากขึ้นนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 7, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

จากการสัมภาษณ์พบว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีความเหลื่อมล้ำและมีแนวการปฏิบัติแตกต่างกัน ดังนี้ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ยึดการบริหารจัดการตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ส่วนกองทุนประกันสังคมได้ ยึดแนวทางตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์และประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพ.ร.บ. ประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยึดแนวทางปฏิบัติตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตามทุกกองทุนมีเป้าหมายเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้มีสิทธิในกองทุนของตนให้ได้รับการบริการอย่างเป็นธรรม



ภาพที่ 9 สรุปสภาพการณ์ความเหลื่อมล้ำ

## ตอนที่ 2 ผลวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

จากการสัมภาษณ์ปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุนในมุมมองของภาครัฐ จากผู้ที่ปฏิบัติงานทั้ง 3 กองทุน ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง และประชาชนผู้ใช้สิทธิของทั้ง 3 กองทุน เพื่อสะท้อนให้เห็นมุมมองที่แท้จริงของปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าวก่อนที่จะดำเนินมาตรการและแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ลำดับถัดไปซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถสรุปปัญหาความเหลื่อมล้ำได้เป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

### 1. ด้านสิทธิประโยชน์

ประเทศไทยมีระบบสุขภาพหลักที่สำคัญอยู่ 3 ระบบ คือระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2553 กำหนดให้บุคคลที่มีสิทธิภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำของรัฐและบุคคลในครอบครัว โดยจะต้องเป็นข้าราชการ ซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม ลูกจ้างประจำซึ่งได้รับค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำเหน็จพิเศษเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำนาญข้าราชการ ทหารกองหนุน และบุคคลในครอบครัว เช่น บิดามารดา คู่สมรส และบุตรชอบด้วยกฎหมายคนที่หนึ่งถึงคนที่สามซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ตลอดจนลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย และสัญญานั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือค่ารักษายาบาลไว้ โดยผู้มีสิทธิจะได้รับสิทธิทันทีเมื่อเข้ารับราชการ

ส่วนระบบประกันสังคม เป็นสวัสดิการในการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันสังคมและเป็นการช่วยเหลือแก่ลูกจ้างผู้ซึ่งประกันตน และจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมร่วมกับเงินสมทบจากนายจ้างและรัฐบาล การเกิดสิทธิประกันสังคมได้ก็ต่อเมื่อผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างต่อเนื่องทุกเดือนไม่น้อยกว่า 3 เดือน

นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้สิทธิแก่บุคคลทุกคนที่มีสัญชาติไทยมีสิทธิได้รับสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐได้จัดขึ้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้บุคคลทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิทางด้านสุขภาพในระบบอื่นๆ สามารถใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพอนามัยจากอาการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน การเกิดสิทธิทันทีที่ลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประเด็นความเหลื่อมล้ำการรักษาโรคบางอย่างของระบบสุขภาพ 3 กองทุนอาจจะเหมือนกัน แต่โรคบางอย่างการรักษาพยาบาลข้าราชการอาจมีทางเลือกในการรักษาที่มากกว่าทั้ง 2 สิทธิ เนื่องจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้มาจากภาษี โดยรัฐจัดให้เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับข้าราชการ ดังนั้นสิทธิสวัสดิการควรจะได้รับมากกว่า ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแหล่งงบประมาณมาจากภาษีควรได้รับสิทธิรักษาพยาบาลพื้นฐาน สำหรับสิทธิในการรักษาของกองทุนประกันสังคมได้มาจากการจ่ายเงินสมทบ ดังนั้นสิทธิการรักษาควรต่างกัน

ส่วนสิทธิการเลือกสถานพยาบาล ข้าราชการสามารถเลือกสถานพยาบาลของรัฐได้ทั่วประเทศโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่เลือกไว้ เช่นเดียวกับสิทธิประกันสังคม โดยมุมมองของประชาชนเรียกร้องว่าไม่ควรให้มี 3 กองทุน ต้องการให้การรักษายาบาลมีความเท่าเทียมกัน ให้เหลื่อมล้ำกันตรง benefit อื่น เช่น การได้ขดเชยการหยุดงาน และการรักษาควรรักษาตามความจำเป็นเท่ากันไม่ควรเหลื่อมล้ำประชาชนให้ความเห็นว่าคนอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 3 คน โดยมีสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลแตกต่างกันทั้ง 3 คน แต่เป็นโรคเดียวกันเมื่อไปรักษายาบาลกลับได้ยาแตกต่างกัน การรักษาแตกต่างกัน นี่คือการเหลื่อมล้ำซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 9 ดังว่า

“จากประสบการณ์ ถ้าพูดถึงความเหลื่อมล้ำผมมองว่ามี เช่น การรักษาโรคบางอย่างอาจจะเหมือนกัน แต่โรคบางอย่างข้าราชการอาจมีทางเลือกในการรักษา 2-3 ทาง บัตรทองอาจมีทางเลือก 1 ทาง อันนี้มองว่ามีความเหลื่อมล้ำ มีข้อโต้แย้งกันไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวของผม

การรักษาพยาบาล ข้าราชการสิทธิในการรักษาได้มาจากภาษีเขามองว่าสิทธิในการรักษาของเขาเป็นสวัสดิการ สิทธิว่าจะต่างจากบัตรทองที่เป็นพื้นฐาน เนื่องจากเค้าเป็นลูกจ้างของรัฐ สิทธิการรักษาที่มากกว่าเป็นสวัสดิการที่นายจ้างควรให้แก่ลูกจ้าง บัตรทองสิทธิในการรักษาได้มาจากภาษีซึ่งควรเป็นพื้นฐานปกส.สิทธิในการรักษาได้มาจากการจ่ายเงินสมทบ ซึ่งสิทธิการรักษาก็จะต่างกัน ถามว่ามีความเหลื่อมล้ำ อันนี้ใช่

สิทธิการเลือกสถานพยาบาลข้าราชการเลือกโรงพยาบาลรัฐที่ไหนก็ได้ สามารถเข้ารักษาได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินบัตรทองต้องใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่เลือกไว้ประกันสังคมก็ต้องใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่เลือกไว้ถามว่าเท่ากันไหม มุมมองของประชาชนเขาเรียกร้องว่าไม่ควรให้มี 3 กองทุน ต้องการให้การรักษาเท่าเทียมกัน ถ้าจะเหลื่อมล้ำกันให้ต่างกันตรง benefit อื่น เช่น การได้ขดเชยการหยุดงาน แต่เรื่องสุขภาพไม่ควรจะพ่วงกับคำว่าสิทธิ ควรจะได้รับเท่ากัน การรักษาควรรักษาตามความจำเป็นเท่ากันไม่ควรเหลื่อมล้ำประชาชนให้ความเห็นว่าคนอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 3 คน แต่มีสิทธิต่างกัน 3 คน แต่

เป็นโรคเดียวกัน ไปรักษาจะได้ยาต่างกัน การรักษาต่างกันบางอย่างคนนี้ได้คนนั้นไม่ได้ อันนี้คือความเลื่อมล้ำ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 9, สัมภาษณ์วันที่ 4 เมษายน 2561)

นอกจากนี้การรักษาควรจะรักษาตามความจำเป็นที่ไม่เท่ากัน เช่น ถ้าเจ็บป่วยมากควรได้รับการรักษาที่มาก แต่ถ้าหาเจ็บป่วยน้อยก็ควรได้รับการรักษาน้อย กรณีนี้ไม่ถือว่ามีความเหลื่อมล้ำ ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเดียวกันแต่มีสิทธิในระบบสุขภาพต่างกัน ทำให้การรักษาไม่เหมือนกันต่างกัน โดยมีการถามสิทธิก่อนได้รับการรักษา ซึ่งควรจะรักษาตามอาการเจ็บป่วยไม่ใช่รักษาตามเงิน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 9 ดังว่า

“ถ้ามองตามความจำเป็นความที่ไม่เท่ากันเกิดจากความจำเป็นที่ไม่เท่ากัน เช่น ป่วยมาก ก็ต้องได้รับการรักษาที่มาก ป่วยน้อยได้รับการรักษาน้อย ขอให้สอดคล้องกัน อันนี้ผมมองว่าไม่เลื่อมล้ำ แต่ไม่ใช่ผมมีบัตรนี้ คุณมีบัตรนี้แต่เป็นโรคเดียวกันแต่ให้การรักษาไม่เหมือนกัน อันนี้ไม่เสมอภาค ความเสมอภาคต้องมี ความเสมอภาคจะตาม need การรักษาไม่ควรจะถามว่ามีบัตรอะไร ใช้สิทธิอะไร ควรจะรักษาตาม need โดยไม่มีอุปสรรคในเรื่องของเงิน เช่น มีคุณไปโรงพยาบาลเอกชน คุณถามมีเงินเท่าไร ก็ไม่ควรถามว่าคุณมีเงินเท่าไร คุณมีหน้าที่รักษาก็ควรรักษาไม่ควรจะมีถามว่าเรื่องเงินเท่าไร เรื่องสิทธิควรเป็นเรื่องหลัง แต่บ้านเราจะถามก่อนว่าคุณใช้สิทธิอะไร มันก็จะทำให้การรักษาไม่เท่ากัน มันควรจะเท่ากันคุณจะระดับไหนไม่รู้ จะขึ้นลงหรือไม่รู้แต่ไม่ควรจะถามเรื่องสิทธิแต่ควรรักษาก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 9, สัมภาษณ์วันที่ 4 เมษายน 2561)

ตามปฏิญญาตนของแพทย์และพยาบาลทุกคนต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อน ถ้าผู้ป่วยรายนั้นเจ็บป่วยใกล้ตายกรณีฉุกเฉิน แต่ถ้าเจ็บป่วยไม่ร้ายแรงเรื่องสิทธิจะมาก่อน และสามารถรอรับการรักษาได้ซึ่งไม่ควรเข้าไปสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 12 ดังว่า

“คนไข้ใกล้ตายแล้วเราจะไม่มานั่งสนใจเรื่องสิทธิและจะทำการรักษาทันทีที่เราต้องช่วยชีวิตเขาก่อนนี่คือหน้าที่ของแพทย์ และการปฏิญญาตนของแพทย์และพยาบาลทุกคน ซึ่งตรงนี้มีกฎหมายรองรับ คือถ้าเราเห็นคนเจ็บแล้วเราไม่รักษาเรามีความผิดนะ เพราะฉะนั้นอันนี้ต้องมาก่อนคืออาการคนไข้

ถ้าคนไข้ไม่ด่วน เบื้องต้นคนไข้ต้องเข้าใจก่อนว่าด่วนคืออะไร ฉุกฉินคืออะไร ถ้าฉุกฉินจริงเราทำอยู่แล้วโดยที่ไม่สนหรอกว่าสิทธิอะไร มีเงินไหมหรือคุณเป็นใคร แต่ถ้ามันไม่ด่วนเรื่องสิทธิจะเข้ามาเกี่ยวข้องแล้วเพราะคุณกำลังใช้สถานที่ที่ไม่เหมาะสม เบื้องต้นประชาชนต้องเข้าใจก่อนว่า ห้องฉุกฉินมีไว้ทำไม ห้องตรวจธรรมดาไม่มีไว้ทำไม ห้องตรวจธรรมดาคือห้อง OPD คือคนไข้ผู้ป่วยนอกที่ต้องรอนานๆ ฉุกฉินมันจะเร็ว เพราะว่าเราออกแบบสถานที่มาว่าเพื่อคนไข้ฉุกฉิน คือคนไข้ถ้าไม่ได้รับการรักษา ณ เวลานั้นหรือ 1-2 ชั่วโมงแล้วเสียชีวิต คือเราดูอาการคนไข้เป็นหลักอันที่สองคือดูสิทธิครับ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 12, สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2561)

สิทธิประกันสังคมจ่ายค่าคลอดบุตร 13,000 บาท มีเงินสงเคราะห์ และมีเงินชดเชยการหยุดงานให้กับผู้ประกันตน ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีความคุ้มครองดังกล่าว อีกทั้งผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องไปรับการรักษาสถานพยาบาลรัฐที่ขึ้นทะเบียนไว้ และเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปฐมภูมิ สำหรับสิทธิประกันสังคมสามารถไปคลอดสถานพยาบาลรัฐและเอกชนใดก็ได้ แต่ประกันสังคมจ่ายให้ 13,000 บาท ซึ่งถ้าใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนที่ระดับไม่สูงมาก ค่าใช้จ่ายก็จะครอบคลุมอยู่ แต่ถ้าเป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ระดับสูงผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายส่วนต่าง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังนี้

“เนื่องจากเรื่องรูปแบบบริการที่แตกต่างกัน เช่น เรื่องคลอดประกันสังคม ให้ 13,000 และมีเงินสงเคราะห์และมีเงินชดเชยการหยุดงาน ของสปสช. จะไม่มีความคุ้มครอง สปสช. ต้องเข้าโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนที่เป็นรัฐ และเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปฐมภูมิ แต่ประกันสังคมจะไปคลอดโรงพยาบาลไหนก็ได้ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน แต่ประกันสังคมจ่าย 13,000 บาท การเข้าถึงบริการประกันสังคมจะเข้าถึงได้ดีกว่า แต่ถ้าเข้าเอกชนที่ระดับไม่สูงมากค่าใช้จ่ายก็จะครอบคลุมอยู่ แต่ถ้าเอกชนที่ระดับสูงค่าใช้จ่ายก็ไม่พอผู้ประกันตนก็ต้องร่วมจ่าย”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

นอกจากนี้ข้อจำกัดของระบบประกันสังคมคือ เรื่องการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพที่มีการบริการให้ในส่วนนี้ เนื่องจากสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่ผู้ประกันตนอยู่ในกลุ่มวัยทำงานเป็นหลัก จึงไม่มีการดูแลต่อเนื่องลักษณะผู้ป่วยติดเตียง และข้อจำกัดเรื่องเงื่อนไขการเกิดสิทธิผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกันก่อนจึงจะเกิดสิทธิ ซึ่ง

แตกต่างจากอีกสองระบบที่สามารถเกิดสิทธิทันทีเมื่อมีการลงทะเบียนสิทธิซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าว  
ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“ข้อจำกัด ประกันสังคมจะไม่โดดเด่นเรื่องการดูแลต่อเนื่อง ซึ่ง UC จะมีตรงส่วนนี้  
เนื่องจากประกันสังคมว่าผู้ประกันตนจะเป็นคนในวัยทำงานเป็นหลัก การดูแลต่อเนื่อง  
ลักษณะผู้ป่วยติดเตียงก็ไม่มีในส่วนนี้ และข้อจำกัดอีกประการก็คือเงื่อนไขการเกิดสิทธิ  
ผู้ประกันตนต้องส่งเงินสบทบ 3 เดือนติดต่อกันก่อนจึงจะเกิดสิทธิ แตกต่างจากอีก 2  
กองทุนที่เกิดสิทธิทันทีเมื่อมีการลงทะเบียนสิทธิ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

นอกจากนี้ยังมีความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นจากสถานพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไปรับการ  
รักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล สถานพยาบาลก็มีการคัดกรองสิทธิและระบุสิทธิเพื่อจะให้พยาบาล  
และแพทย์ได้รับรู้สิทธิของผู้ป่วยและให้การรักษาตามสิทธิที่พึงมีซึ่งแพทย์ควรทำการรักษาตามวิชาชีพ  
แพทย์ไม่ควรคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 13 ดังว่า

“มีการแบ่งแยกทั้งหมด ไปลองถามโรงพยาบาลรัฐ 100 ทั้ง 100 ทำไมเข้ามาคุณ  
ต้องมาตรวจสอบสิทธิ คุณก็รักษาไม่ต้องตรวจสอบสิทธิให้ขึ้นแคว่ว่ามีสิทธิ ไม่ต้องขึ้นว่ามี  
สิทธิปกส. สิทธิ 30 บาท สิทธิข้าราชการ หมอกี่ไม่ต้องรู้ว่ามียสิทธิตะไร หมอกี่รักษาไป  
ตามปกติ หมอกี่จะสั่งยาไปตามปกติ อันนี้จะไม่เหลื่อมล้ำ ถูกไหม ไม่ต้องตรวจสอบสิทธิ  
แต่ทุกวันนี้ต้องตรวจสอบสิทธิ ทุกที่ระบุสิทธิ บางทีทำสีด้วยนะกลัวพยาบาลไม่เห็น กลัว  
หมอลืมก็ทำสี แยกสีชะ ก็เกิดความเหลื่อมล้ำ มันอยู่ที่การตรวจสอบสิทธิอย่ามี ให้รู้ว่ามี  
สิทธิก็พอ มีสิทธิไหนไม่รู้ หมอมีหน้าที่รักษาก็รักษาไป มีหน้าที่สั่งยากี่สั่งยาไป”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 13, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2561)

ผลจากการสัมภาษณ์ประชาชนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล 3 สิทธิ พบว่า ผู้มีสิทธิสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลข้าราชการต้องสแกนนิ้วมือในการลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิในการรักษาพยาบาล และ  
สามารถสแกนนิ้วมือเพื่อรับสิทธิในการรักษาได้ทุกแห่งทั่วประเทศที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐมาก่อน  
ได้รับการรักษา และต้องไปที่จุดเวชระเบียนเพื่อบอกสิทธิของตน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้  
ข้อมูลหลักท่านที่ 18 ดังว่า

“ก่อนที่พี่จะเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ พี่จะต้องเข้าไปสแกนนิ้วมือก่อน ถึงจะใช้สิทธิได้ และสามารถสแกนโรงพยาบาลรัฐไว้ได้ก็ทั่วทั้งประเทศ แต่ถ้าไม่สแกนไว้ก่อนเมื่อไปรักษาจะต้องจ่ายเงินเอง ก่อนอื่นเลยพี่ต้องไปคัดกรองที่จุดเวชระเบียน และไปนั่งรอพบหมอ ถ้ามีคิวนัดล่วงหน้าไว้ก็จะเร็วหน่อยรอตรวจไม่นาน แต่ถ้าหมอไม่นัดก็จะไปคลินิกนอกเวลาราชการ ในเวลารอไม่ไหวคนเยอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 18, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2561)

ส่วนผู้มีสิทธิประกันสังคมเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้านเนื่องจากรอรับบริการไม่นานและคนไข้ไม่มากเท่ากับโรงพยาบาลรัฐบาล และก่อนได้รับการรักษาต้องแจ้งกับสถานพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิของตนเองเป็นสิทธิประกันสังคมก่อน และหลังจากนั้นจึงสามารถไปรอรับบริการรักษา ณ จุดบริการที่จัดไว้ให้โดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 23 ดังว่า

“ใช้สิทธิประกันสังคมเป็นผู้รับบริการของโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน ถึงแม้จะรอนานแต่ก็ไม่นานเหมือนกับไปโรงพยาบาลรัฐและคนก็เยอะด้วยซึ่งโรงพยาบาลเอกชนก็จะถามเราเป็นจุดแรกว่าใช้บัตรอะไรพอเราบอกว่าใช้บัตรประกันสังคมเขาจะชี้ไปยังอีกจุดหนึ่ง ซึ่งตรงนั้นมันก็จะบริการต่างกัน เพราะมีคนรอให้บริการเยอะ และหมอก็ต้องตรวจเร็วๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 23, สัมภาษณ์วันที่ 15 มีนาคม 2561)

ส่วนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอยู่ใกล้บ้านและเดินทางไปกลับสะดวก อีกทั้งมีความคุ้นเคยกับหมอและพยาบาล เนื่องจากมีการไปให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเตียงระยะพักพิงที่บ้านรวมทั้งการแนะนำวิธีการดูแลรักษาตัวเองให้กับประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 25 ดังว่า

“ถ้าไม่เจ็บป่วยมากจะไปหาหมอที่อนามัยใกล้บ้าน เดินทางไปมาสะดวก และรู้จักกับหมอที่นี่ดีเพราะหมอกับอสม. จะมาตรวจเยี่ยมป่าที่บ้านตอนนั้นนอนป่วยอยู่ที่บ้าน ก็ได้หมอนี้มาคอยดูแลและมาทำแผลให้ บางทีก็มาแนะนำให้ดูแลตัวเองยังไงจะได้ไม่ต้องเจ็บป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 25, สัมภาษณ์วันที่ 10 มีนาคม 2561)

นอกจากนี้เมื่อผู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็สามารถเข้าไปรับการรักษาโรงพยาบาลรัฐบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 24 ดังว่า

“ป่าใช้สิทธิ 30 บาท ถ้าป่วยไม่มากป่าก็ไม่มานะโรงพยาบาลคนเยอะจะไปหาหมอที่อนามัยแทน และหมอที่อนามัยก็แนะนำให้ป่ามาโรงพยาบาลเถอะเพราะเริ่มเป็นเยอะหลายโรค ป่าป่วยเป็นเบาหวานความดัน และตอนนี้ก็ขาบวมเดินไม่ได้ มารอพบหมอตั้งแต่ 6 โมงเช้าแล้ว มาถึงก็ไปยื่นบัตรประชาชนและก็นั่งรอเรียกคิวตรงตามที่อยู่พยาบาล บอกให้ไปวันนี้คงต้องรอนาน คนเยอะมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 24, สัมภาษณ์วันที่ 10 มีนาคม 2561)

กรณีเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุ (ไม่ฉุกเฉิน) ที่ต่างจังหวัด สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐได้ทั่วประเทศ แต่ต้องลงทะเบียนสิทธิรักษายาบาลไว้ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 20 ดังว่า

“ตอนนั้นเกิดอุบัติเหตุที่ต่างจังหวัดแล้วรถชนกัน เขาก็ส่งน้ำเข้าเอกซเรย์ก็สำรองจ่าย ก็เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลนะคือเราไม่ได้สแกนสแกนสิทธิ ไปก่อนเราต้องสำรองจ่ายแล้วไปตั้งเบิก แต่อนาคตเค้าจะใช้เลข 13 หลักในการตรวจสอบสิทธิคือมันต้องใช้บัตรสมารถการีตรูดและมันจะขึ้นข้อมูล

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 20, สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2561)

ส่วนสิทธิประกันสังคม ถ้ากรณีมาใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ จึงต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาบาลไปก่อน ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 22 ดังว่า

“เคยไปใช้บริการโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในบัตรรับรองสิทธิ จึงไม่สามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ ต้องสำรองจ่ายเงินเอง เพราะโรงพยาบาลไม่ได้อยู่ในเครือข่ายที่ระบุไว้”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 22, สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2561)

นอกจากนี้เมื่อลาออกจากสิทธิประกันสังคมเพื่อจะขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะไม่สามารถใช้สิทธิได้ในทันทีจะต้องใช้สิทธิประกันสังคมก่อนเพราะสิทธิประกันสังคมยัง

คุ้มครองต่ออีก 6 เดือนซึ่งระหว่าง 6 เดือนนี้จะไม่สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 19 ดังว่า

“ตอนนั้นแฟนลาออกจากบริษัทซึ่งใช้ประกันสังคม แต่ไม่สามารถใช้สิทธิข้าราชการของผมไปใช้ได้เพราะต้องรอให้สิทธิประกันสังคมหมดอีก 6 เดือน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 19, สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2561)

จากการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระบบสุขภาพของทั้ง 3 กองทุนมีสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันที่กล่าวไว้แล้ว ยังพบว่าแต่ละกองทุนมีประเด็นความแตกต่างดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความเหลื่อมล้ำของอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล

ระบบสุขภาพ 3 กองทุนให้สิทธิในการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคไม่เท่ากัน จากอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทั้งหมด 9หมวด โดยสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ จากประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ลงวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2560 พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรครวมทั้งหมด 499 รายการ ส่วนสิทธิประกันสังคมจากประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2560 พบว่ามีสิทธิในการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งหมด 176 รายการ ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2560 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2559 (คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561) รวมทั้งรวม 291 รายการ ดูตารางที่ 18

ตารางที่ 18 สรุปจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของระบบสุขภาพ  
3 กองทุนพ.ศ. 2560

| หมวดอุปกรณ์และอวัยวะเทียม               | ข้าราชการ | ประกันสังคม | หลักประกันสุขภาพ<br>แห่งชาติ |
|---|-----------|-------------|------------------------------|
| 1. ระบบประสาท                           | 20        | 5           | 5                            |
| 2. ตา หู คอ และจมูก                     | 54        | 27          | 31                           |
| 3. ระบบทางเดินหายใจ                     | 22        | 1           | 1                            |
| 4. หัวใจและหลอดเลือด                    | 139       | 84          | 84                           |
| 5. ระบบทางเดินอาหาร                     | 50        | 11          | 11                           |
| 6. ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์       | 14        | 0           | 1                            |
| 7. กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น | 79        | 48          | 48                           |
| 8. วัสดุและอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู   | 107       | 0           | 105                          |
| 9. อุปกรณ์อื่น                          | 14        | 0           | 5                            |
| รวม                                     | 499       | 176         | 291                          |

ที่มา: กรมบัญชีกลาง, 2560; คณะกรรมการแพทย์, 2560; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560.

เมื่อพิจารณาจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแสดงให้เห็นว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีทางเลือกในการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษายาบาลได้มากที่สุดในทุกหมวด ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีทางเลือกในการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์รักษายาบาลได้น้อยกว่าอีก 2 สิทธิและเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์เป็นรายหมวดพบว่า ในหมวด 2) ตา หู คอ และจมูก หมวด 6) ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ หมวด 8) วัสดุและอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และหมวด 9) อุปกรณ์อื่นๆ ของสิทธิประกันสังคมมีรายการให้บริการน้อยกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะหมวด 6) ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ หมวด 8) วัสดุและอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และหมวด 9) อุปกรณ์อื่นๆ สิทธิประกันสังคมไม่มีรายการใดที่ให้บริการเลย ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทางเลือกในการให้บริการ 105 และ 5 รายการตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรกระหว่าง 3 กองทุน พบว่าการให้บริการตามรหัสโรคมีความแตกต่างกัน (ดูภาคผนวก ก ตารางเปรียบเทียบอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรกระหว่างกองทุนสวัสดิการข้าราชการ/ประกันสังคม/หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2560) ดังนี้



1) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมมีรายการให้บริการเหมือนกัน แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มี ประกอบด้วย 2 หมวด มีเพียง 2 รายการ

2) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีรายการให้บริการ แต่สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประกอบด้วย 3 หมวด มีทั้งหมด 20 รายการ โดยมี 5 รายการมีอัตราไม่เท่ากัน

3) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมไม่มีรายการให้บริการ แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี ประกอบด้วย 2 หมวด มีทั้งหมด 13 รายการ

4) ทั้ง 3 สิทธิมีรหัสโรคเดียวกันแต่อัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครามีราคาแตกต่างกันประกอบด้วย 5 หมวด มีทั้งหมด 35 รายการ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจากการเปรียบเทียบของกลุ่มอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทั้ง 3 กองทุน ด้านจำนวนและราคาที่สามารถเบิกได้แต่ละสิทธิรักษายาบาลให้สิทธิในการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคไม่เท่ากัน สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีทางเลือกในการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ได้มากที่สุด รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และน้อยที่สุดคือสิทธิประกันสังคม

ถึงแม้ว่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาของแต่ละสิทธิมีความแตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ที่ได้เหมือนกัน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 14 ดังนี้

“รู้ครับว่าคนไข้ใช้สิทธิอะไร เขาเช็คสิทธิมาก่อนแล้ว พวกเรื่องเฟือกอะไรพวกนี้ด้วยนะครับ แต่ก่อนเฟือกที่ใช้เป็นเฟือกปูน แต่เดี๋ยวนี้มีเฟือกไฟเบอร์เฟือกพลาสติกที่เบา กว่าและแข็งแรงกว่า แต่ก็ใช้เหมือนกันความคงทนมากกว่า แต่ระยะเวลาการหายเหมือนกัน ก็คือปูนก็จะหนักกว่าและก็จะอับกว่าอะไรนิดหน่อยประมาณนี้ แต่ก็ไม่มีผลต่อการรักษา”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 14, สัมภาษณ์วันที่ 6 เมษายน 2561)

#### เงื่อนไขวิธีการรักษายาบาล

เมื่อเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ที่จัดสรรให้กับผู้ใช้สิทธิรักษายาบาลของแต่ละกองทุน โดยผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบประเด็นความแตกต่างเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูง 3 โรค ประกอบด้วย โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ พบว่าระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีการกำหนดเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันอีกทั้งในแต่ละสิทธิรักษายาบาลยังมีข้อกำหนดและกฎระเบียบในการรักษาโรคบางประเภทเป็นการเฉพาะ แต่เนื่องจากการรักษาโรคของสิทธิรักษายาบาลข้าราชการนั้นไม่ได้มีการกำหนดไว้อย่างแน่ชัด เพราะให้สิทธิในการรักษาโรคตาม

ดุลยพินิจของแพทย์และจ่ายเงินตามค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการจึงได้เปรียบในการทำการรักษามากที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์, 2557: 77-80) แต่อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนให้การคุ้มครองในการรักษาโรคดังกล่าวเหมือนกัน ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างเพียง 2 กองทุนคือกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังต่อไปนี้

กรณีโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีวิธีการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยมี 3 วิธี คือ 1) การล้างไตผ่านช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และ 3) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตจากผู้อื่น ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด มีค่าใช้จ่ายสูงมากเป็นการรักษาทำให้หายขาด ทุกสิทธิรักษาพยาบาลต้องลงทะเบียนเพื่อขอรับบริจาคไตจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ตามลำดับก่อนหลัง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบชั่วคราวไปก่อนด้วยการรักษาแบบ 2 วิธีแรก ซึ่งแต่วิธีมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันคือ การล้างไตผ่านช่องท้องมีต้นทุนในการรักษาต่ำที่สุดเพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คือน้ำยาล้างช่องท้อง ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดีอาจจะได้ราคาที่ถูกมากโดยผู้ป่วยสามารถทำการล้างช่องท้องได้เองที่บ้านโดยไม่ต้องเดินทางมาที่สถานพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดเวลาในการเดินทาง แต่มีข้อเสียคือจะติดเชื้อได้ง่าย ถ้าหากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในเรื่องความสะอาด ส่วนวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีโอกาสติดเชื้อได้น้อยกว่าการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงกว่าด้วยเช่นกัน ซึ่งทั้ง 2 สิทธิมีการกำหนดลำดับทางเลือกในการรักษาไม่เหมือนกัน โดยผู้มีสิทธิประกันสังคม สามารถเลือกได้ว่าจะใช้วิธีล้างช่องท้องหรือการฟอกเลือดก่อนก็ได้ ในขณะที่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดให้ใช้วิธีล้างช่องท้องก่อนสำหรับผู้ป่วยใหม่ แต่ถ้าผู้ป่วยใหม่ต้องการที่จะใช้วิธีฟอกเลือดก่อนก็สามารถทำได้แต่ต้องชำระค่าใช้จ่ายส่วนต่างเอง ซึ่งจะใช้วิธีฟอกเลือดได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้วิธีล้างช่องท้องได้ อีกทั้งอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแต่ละสิทธิแตกต่างกัน โดยสิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราค่าใช้จ่ายเท่ากัน แต่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะมีอัตราที่มากกว่า 2 ระบบ ดังนั้นเมื่อไรก็ตามที่สถานพยาบาลมีอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงกว่าอัตราที่กองทุนตั้งไว้ ดังนั้นสถานพยาบาลจะสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายส่วนต่างจากผู้ป่วยได้ ยกเว้นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถเรียกเก็บส่วนต่างเหล่านี้ได้ เนื่องจากได้มีการตราพระราชบัญญัติไว้ อีกทั้งเงื่อนไขจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา มีความแตกต่างกัน โดยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเข้ารับการรักษาฟอกไตได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ โดยขึ้นอยู่กับคำสั่งแพทย์ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาได้มากกว่าสิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ระบุเงื่อนไขจำนวนครั้งไม่เกิน 3 ครั้งต่อ

สัปดาห์ แต่เมื่อใดก็ตามที่แพทย์สั่งให้เข้ามาทำการรักษาฟอกไตเพิ่มก็ต้องชำระค่าส่วนต่างเอง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 13 ดังว่า

“สปสช เขาบังคับเลยนะว่าเป็นผู้ป่วยใหม่ต้องหน้าห้องอย่างเดียว ถ้าไม่พอกหน้าห้อง แต่ต้องการพอกแบบเจาะคอเพราะจะสบายกว่า ซึ่งค่าใช้จ่ายก็ถือว่าแพง ถ้าไม่ยอมก็ต้องจ่ายเงินเองการฟอกไตของระบบ สปสช. และ ปกส. เริ่มเป็นแนวทางเดียวกันอย่างแต่พอกรมบัญชีกลางขยับปั๊บบวมมีสิทธิเริ่มมีปัญหาเลย หาวาลิตรอนสิทธิก็มีการต่อต้านอย่างค่าฟอกไต สปสช. กับ ปกส. จ่ายให้ 1,500 บาท กรมบัญชีกลางจ่ายให้ 2,000 บาท ถ้ากรมบัญชีกลางปรับลดลงเหลือ 1,500 บาท ต้องมีปัญหาแน่นอน เพราะต้องเก็บส่วนเกินคนไข้ได้ คนไข้ก็ต้องจ่ายส่วนเกินอีก 500 บาท พวมนี้นี้เค้าก็เลยหาว่าลิตรอน ซึ่งไม่ได้บอกว่าห้ามเก็บคนไข้ เว้นแต่ สปสช. มีระบุว่าห้ามเก็บคนไข้ โรงพยาบาลก็จะไม่กล้าที่จะตั้งราคาให้สูงกว่าที่กำหนด ปกส. ไม่ได้ห้ามมีแค่ประกาศราคา สถานพยาบาลก็คิดอยู่ที่ 1,800 – 2,000 บาท สถานพยาบาลก็เก็บส่วนเกินได้ 300-500 บาท ถ้าคนไข้ไม่มีจริงๆ ก็เก็บอาทิตย์หนึ่ง 2 ครั้ง 900 บาท และไหนจะค่าเดินทางบ้างก็เยอะอยู่

ค่าฟอกไตข้าราชการจ่ายให้ 2000 บาท ยามี limit ไม่จำกัดจำนวนครั้ง จะพอกทั้ง 7 วันก็ได้ใน 1 สัปดาห์ แต่เงื่อนไขคือต้องเป็นคำสั่งของหมอและจำเป็นต้องพอกได้อยู่แต่ปกส. กับสปสช. จะ limit ที่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ถ้าจำเป็นต้องพอกหมอล้างพอกครั้งที่ 4 ก็ต้องจ่ายเงินเอง อันนี้แหล่มีระหว่างสิทธิข้าราชการไม่เหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 13, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2561)

สำหรับการบำบัดทดแทนไตในกรณีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทุกกองทุนจะมีการรักษา 3 วิธี คือ 1. การล้างไตทางช่องท้อง 2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 3. การปลูกถ่ายไต การปลูกถ่ายไตนั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดซึ่งผู้ป่วยได้ไตและทำการปลูกถ่ายไต แต่ต้องกินยากดภูมิคุ้มกันไปตลอด ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะรักษาผู้ป่วยโรคไตเริ่มต้นที่การล้างด้วยช่องท้องก่อน ส่วนประกันสังคมจะให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะใช้วิธีไหน เพราะว่าการฟอกเลือดฟอกได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ถ้าล้างช่องท้องต้องล้างวันละ 4 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“การบำบัดทดแทนไตในกรณีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทุกกองทุนจะมีการรักษา 3 อย่าง การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไต ซึ่งการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีที่ดีที่สุดซึ่งผู้ป่วยได้ไตและก็ทำการปลูกถ่ายไต แต่ต้องกินยากดภูมิคุ้มกันไปตลอด ซึ่งวิธีนี้จะเหมือนกันทั้ง 3 กองทุน และวิธีการฟอกเลือดด้วย

เครื่อง ถ้าสปลช. จะเริ่มที่การล้างด้วยช่องท้องก่อน ส่วนประกันสังคมจะให้ผู้ป่วยเลือกว่า จะสะดวกวิธีไหน เพราะว่าการฟอกเลือดสัปดาห์หนึ่งไม่เกิน 3 ครั้ง แต่ถ้าล้างช่องท้องวัน หนึ่งต้องทำ 4 ครั้ง คือต้องนำเข้าน้ำออกจากท่อที่ขวางเข้าไปในช่องท้องที่นี้คนไข้ก็จะไม่ สะดวก”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

จะเห็นได้ว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 กองทุน มีการคุ้มครองโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายเหมือนกันโดยแต่ละสิทธิจะมีเงื่อนไขการรักษาพยาบาล และอัตราค่ารักษาพยาบาล แตกต่างกัน

อีกทั้งการใช้ยารักษาเม็ดเลือดแดงต่อมน้ำเหลือง ถึงไม่ได้อยู่ในกลุ่มเม็ดเลือดที่กำหนดไว้ 7 ชนิด สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน ที่สามารถใช้สิทธิ เหนือสิทธิบัตร ยา (CL) เพื่อจัดหายามาให้ผู้ป่วยเม็ดเลือดแดงต่อมน้ำเหลือง เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี การบริหารจัดการโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นมาเป็นการเฉพาะอยู่ 2 ชนิด คือ เม็ดเลือดแดงต่อมน้ำเหลือง และเม็ดเลือด ต่อมน้ำไขกระดูก ส่วนสิทธิประกันสังคมมีเพียงการกำหนดราคากลางในการเบิกจ่ายไว้สำหรับ โรคมะเร็ง ชนิดอื่น ๆ เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 13 ดังนี้

“ในแง่ของการรักษาแน่นอนอยู่แล้วแบ่งชนชั้น ข้าราชการมาก่อนเพราะค่าใช้จ่าย เต็มที่ ผู้ป่วยเม็ดเลือด ข้าราชการนี้ใช้ยาแพงแค่ไหนก็ได้ เพียงแค่คุณหมอเขียนข้อบ่งชี้ ให้ ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด เพียงแค่ต้องขออนุมัติก่อนแค่นั้นเอง ก็ได้ยาเม็ดละ 2,000 บาท หรือ 25,000 บาท ก็ได้แล้วแต่หมอ แต่อีก 2 กองทุนไม่ได้ต้องรักษาตามบัญชียาหลัก เท่านั้น พวกเม็ดเลือด บางที่รับ 30 รับประทาน. จะมีการรักษาแบบฉายแสงกับการให้เคมีบำบัด แต่การฉายแสงค่าใช้จ่ายจะถูกกว่าให้เคมีบำบัด หลายๆที่เลยจะให้การฉายแสงกันเยอะ ถ้าคนไข้ต้องการให้เคมีบำบัดคนไข้ต้องจ่ายส่วนต่างเยอะ ที่เคยเจอกับญาติตัวเองไปรักษา ที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30เตียงแห่งหนึ่ง ถ้าให้เคมีบำบัดต้องจ่ายก็แสน ถ้าฉายแสงไม่ ต้องจ่ายเพิ่ม ก็ต้องเลือกแบบไม่มีส่วนเกิน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 13, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2561)

ส่วนความคุ้มครองกรณีได้รับความเสียหายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมาตรา 41 ให้ความคุ้มครองช่วยเหลือเมื่อผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ก็จะมีเงินจากกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 16 ดังว่า

“ความเหลื่อมล้ำอย่างบัตรทอง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมาตั้งแต่ 2545 ก็จะมีมาตราหนึ่งคือมาตรา 41 จะระบุว่าจะต้องกันเงินไว้ไม่เกินหนึ่งเปอร์เซ็นต์ไว้ช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ได้รับการเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ ถูกผิดแต่ถ้ามีความเสียหายเกิด ยกตัวอย่าง มีเด็กอายุ 8 ขวบป่วย มาที่โรงพยาบาล จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาล มีเครื่องช่วยหายใจของเด็กอยู่สองเครื่อง นอกนั้นเป็นของผู้ใหญ่เด็กเข้ามา เครื่องมันไม่มีเพราะถูกใช้อยู่ ก็ไปเอาเครื่องช่วยหายใจของผู้ใหญ่คงปรับความดันอะไรไม่ดีเด็กปอดแตกตาย หมอพยายามช่วยชีวิตถามว่า เรื่องนี้มีใครผิดมันไม่มีใครผิด หมอพยายามช่วยชีวิตแต่เด็กตายพ่อแม่เสียใจสูญเสียลูกไม่มีใครผิดแต่มันเป็นการพยายามจะรักษาไม่มีเจตนาในทางอาญาแต่ความเสียหายมันเกิด ถ้าพ่อแม่จะไปฟ้องก็ฟ้องได้ และถ้าคุณพยาบาลคุณหมอที่พยายามช่วยชีวิตต้องมาควักกระเป๋าตัวเองเพื่อมาจ่ายตรงนี้ มันก็ส่งสารพวกเขาเหมือนกัน การมีกองทุนนี้เค้าใช้คำว่าก็มีเงินกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นตรงนี้ถ้ากรณีตายหรือทุพพลภาพถาวรจ่ายได้ไม่เกิน 400,000 ถ้าสูญเสียอวัยวะหรือพิการจ่ายได้ไม่เกิน 240,000 ถ้าเจ็บป่วยอื่นๆสามารถจ่ายได้ไม่เกิน 120,000 บาท มีเกณฑ์สามระดับนี้ก็เอาเงินนี้ไปจ่ายช่วยก็ทำให้ความรู้สึกของพ่อแม่ดีขึ้น ความโกรธแค้น ก็ดับลงไปได้ หรืออีกกรณีหนึ่งที่ชอบแก่นมีการผ่าตัดต่อกระดูกให้ผู้สูงอายุแล้วเกิดมีการติดเชื้อทำให้ตาบอดไป 12 ราย ก็ไปสอบสวนพบว่าเกิดจากติดเชื้อจากภาวะแวดล้อมในห้องผ่าตัด ถามว่านี่ใครผิดไม่มีใครผิด แต่มีคนตาบอดไป 12 คนถ้าเป็นพ่อแม่เราละเราจะรู้สึกอย่างไร โรงพยาบาลก็เอาเงินกองทุนตรงนี้ไปช่วยและก็ดูแลอย่างดีตลอดความรู้สึกแม่มันก็คลี่คลายลง คือมันเป็นกองทุนที่จะช่วยให้ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ที่เราคิดว่ามีโอกาสผิดพลาดบกพร่องเพราะว่าระบบมันยังไม่สมบูรณ์เต็มที่เครื่องมือเครื่องมือก็อาจจะยังไม่ได้พอในชนบทบุคลากรเราอาจจะยังไม่พอในบางโรงพยาบาลอันนี้ก็ช่วยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 16, สัมภาษณ์วันที่ 11 เมษายน 2561)

อีกทั้งสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 กองทุนแตกต่างกันในเรื่องการเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ใช้บริการของสถานพยาบาล ซึ่งกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีกฎหมายคุ้มครอง มาตรา 70 และ 71 ส่วนสวัสดิการของข้าราชการไม่ได้มีกฎหมายคุ้มครองไว้ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 17 ดังว่า

“อันแรกที่ทำให้สิทธิประโยชน์ของคนที่ได้จาก 3 กองทุนต่างกัน จริงๆสวัสดิการของข้าราชการที่ดูเหมือนดี ก็ไม่ได้บางเรื่องยกตัวอย่างเรื่องการเยียวยาความเสียหายซึ่งประกันสังคมเค้ามีมาตรา 70 บัตรทองก็มี เพราะฉะนั้นรายละเอียดมันอยู่สิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 17, สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2561)

กรณีการย้ายสิทธิการรักษาจากสิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถ้าคนไข้เคยได้สิทธิฟอกไตด้วยเครื่องจากการใช้สิทธิประกันสังคม เมื่อมีการย้ายสิทธิคนไข้ก็จะได้สิทธิรักษาฟอกไตด้วยเครื่องต่อเนื่องไปด้วย โดยคนส่วนใหญ่ที่อยากได้สิทธิก็มาเป็นลูกจ้างเพื่อได้สิทธิประกันสังคมก่อน แล้วค่อยเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีเงื่อนไขมากถ้าต้องการใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ก็ให้ครบเหมือนกัน โดยปกติส่วนใหญ่คนไข้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะล้างช่องท้อง ส่วนคนไข้ของประกันสังคมส่วนใหญ่จะฟอกไตด้วยเครื่อง สิทธิประกันสังคมมีคนไข้อยู่ประมาณ 12,000 คน โดยใช้วิธีล้างช่องท้องประมาณ 400 กว่าคน เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าไม่สามารถฟอกไตด้วยเครื่องได้ อาจเนื่องมาจากได้รับเชื้อ HIV ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“ที่นี่จะมีสิทธิเทียมที่เราเจอเป็นผู้ประกันตนที่ไม่ได้ทำงาน แต่มาสมัครเพื่อต้องการสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องกับเรา อันนี้เราเจอเราก็ต้องตรวจสอบ คือถ้าตรวจสอบถ้าเป็นลูกจ้างจริงเราก็ให้สิทธิได้ต่อเนื่อง การเปลี่ยนสิทธิจากประกันสังคมเป็น UC เป็นถ้าเขาเคยได้สิทธิฟอกไตด้วยเครื่องแล้วเปลี่ยนสิทธิเป็นยูซีคนไข้ก็จะได้สิทธิรักษาต่อเนื่องไปด้วย จุดนี้คนที่อยากได้สิทธิก็มาเป็นลูกจ้างเพื่อได้สิทธิประกันสังคมก่อน แล้วค่อยเปลี่ยนสิทธิเป็น UC เนื่องจากสิทธิของยูซีที่จะใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเงื่อนไขเขาจะเยอะ แต่ก็ให้ครบเหมือนกันส่วนใหญ่คนไข้สปซ.จะล้างช่องท้อง คนไข้ของประกันสังคมส่วนใหญ่จะฟอกเลือด เรามีคนไข้อยู่ประมาณ 12000 คน และล้างช่องท้องจะมีอยู่ประมาณ 400 กว่าคน ที่ยังมีส่วนที่ล้างช่องท้องเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าไม่สามารถฟอกเลือดได้ อาจจะเนื่องมาจากได้รับเชื้อ HIV บางรายไม่สามารถฟอกเลือดได้ก็ต้องล้างทางช่องท้องไป วันหนึ่งก็ประมาณ 4 ครั้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

นอกจากนี้วิธีการรักษาโรคด้วยการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ซึ่งเป็นมาตรฐานการรักษาทั่วโลกในปัจจุบัน เช่น การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องตัดถุงน้ำดี (Laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งยังไม่ได้รับการรับรองจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยทั้ง 2 สิทธิต้องการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีนี้จะต้องจ่ายส่วนเกินเองซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 14 ดังว่า

“การผ่าตัดโดยการส่องกล้องที่ปัจจุบันถือว่าเป็นมาตรฐานในการรักษาแล้ว เช่น การผ่าตัดส่องกล้องตัดถุงน้ำดี (laparoscopic cholecystectomy) ยังไม่ได้รับการรับรองจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิทั้งสอง ต้องจ่ายส่วนเกินเมื่อต้องมารับการรักษาดังกล่าวทั้งๆที่การรักษาดังกล่าวถือว่าเป็นการรักษามาตรฐานของโรคนิ่วในถุงน้ำดีทั่วโลก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 14, สัมภาษณ์วันที่ 6 เมษายน 2561)

## 2. ด้านการเงินการคลัง

ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเงินที่จัดสรรมาจากงบประมาณของภาครัฐร้อยละ 100 หรือเป็นเงินที่มาจากภาษีประชาชนทั้งทางอ้อมและทางตรง ยกเว้นระบบประกันสังคมที่มาจากกรร่วมจ่ายเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย ได้แก่ลูกจ้างร้อยละ 5 นายจ้างร้อยละ 5 และรัฐบาลร้อยละ 2.75

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลที่รัฐบาลจัดให้แก่ข้าราชการผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 โดยใช้วิธีการจ่ายค่ารักษายาบาลแบบตามรายการตามที่กระทรวงการคลังกำหนด และมีระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาล ทำให้ผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษายาบาลล่วงหน้า จากข้อมูลรายจ่ายค่ารักษายาบาลของข้าราชการพบว่า มีค่าใช้จ่ายรักษายาบาลเพิ่มขึ้นส่วนระบบประกันสังคม รัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตราร้อยละ 2.75

ประเด็นหลักความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน คือทั้ง 3 กองทุนมีเงินที่ใช้ในด้านสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งวิธีการจ่ายเงินของกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวเหมือนกัน ขณะที่สวัสดิการข้าราชการใช้วิธีการจ่ายแบบ fee for service หรือ fee for schedule เป็นเหตุให้จำนวนเงินต่อหัวประชากรไม่เท่ากันโดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณ 12,000 บาทกองทุนประกันสังคมประมาณ 3,000 บาท และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 3,000 บาท

นอกจากนี้ยังมีประเด็นความเหลื่อมล้ำด้านงบประมาณที่จ่ายในแต่ละกองทุนแตกต่างกัน โดยกองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนที่ได้เปรียบมากที่สุดเพราะมีการร่วมจ่ายเงินในเรื่องสุขภาพ ซึ่งมีผู้ประกันตนประมาณ 10,000,000 คนที่จ่ายเงินสบทบเรื่องสุขภาพ แต่อีก 2 กองทุน คือกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเงินสนับสนุนทางอ้อมจากภาษี ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 17 ดังว่า

“เรื่องใหญ่ของสามกองทุนตอนนี้ก็คือ สามกองทุนมีเงินที่ใช้ด้านสุขภาพนั้นต่างกัน เนื่องจากว่าเป็นเรื่องวิธีการจ่ายเงิน 2 กองทุน ประกันสังคมกับบัตรทองมันใช้เงินเหมาจ่ายรายหัว ขณะที่สวัสดิการข้าราชการเป็นการจ่ายแบบ *fee for service* หรือ *fee for schedule* เพราะฉะนั้นเงินต่อหัวมันก็จะไม่เท่ากัน ขณะนี้น่าจะประมาณ 12,000+ ประกันสังคมก็ประมาณ 3000 บาทบัตรทองก็ประมาณ 3000 นิดๆ ก็จะเห็นว่าอันนี้เป็นความเหลื่อมล้ำ

แต่ว่าเรื่องใหญ่ก็คือ ชัดเจนที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำก็คืองบประมาณที่จ่ายในแต่ละกองทุนมันต่างกัน แล้วประกันสังคมก็ถือเป็นกลุ่มเดียวที่ได้เปรียบมากที่สุดเพราะร่วมจ่ายเงินในเรื่องสุขภาพ เพราะฉะนั้นประกันสังคมเป็นกลุ่มเดียว เป็น 10,000,000 คนที่สบทบสนับสนุนเรื่องสุขภาพแต่กลุ่มอื่นอาจจะสนับสนุนด้านอื่นอาจเป็นภาษีแต่เป็นทางให้อ้อม แต่ประกันสังคมต้องส่งทุกเดือนส่วนหนึ่งถูกแบ่งเป็นสิทธิประโยชน์ในฐานะผู้ประกันตน อันนี้คงเป็นภาพที่เห็นถึงความเหลื่อมล้ำและสิทธิประโยชน์ที่ต่างกันมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 17, สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2561)

ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีระบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแตกต่างกัน โดยกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้ระบบการจ่ายตามรายการ *Fee for service* บวกกับ *Fee for schedule* ส่วนกองทุนประกันสังคมใช้ระบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว *Capitation* ถ้ากรณีผู้ป่วยในที่มี DRG มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ให้แยกจ่ายโดยส่วนกลาง แต่ถ้าผู้ป่วยในที่มี DRG น้อยกว่า 2 จ่ายด้วย *Capitation* ขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายแบบ *Capitation* ภายใต้อัตราเงินอุดหนุน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 5 ดังว่า

“ผู้ป่วยนอกถ้าเป็น UC กับบริการสร้างเสริมสุขภาพจ่ายแบบ *capitation* ประกันสังคมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในที่มี DRG น้อยกว่า 2 จ่ายด้วย *capitation* สวัสดิการข้าราชการจ่ายด้วย *fee for service* บวกกับ *fee for schedule* รายการต่างๆที่เพิ่มเติม แต่อีกสองกองทุนนี้นอกจาก *capitation* แล้วอย่างที่บอก UC มีรายการยับยั้งเยอะมาก



เรียกว่าจ่ายตามรายการ บริการ แต่ภายใต้เพดาน ส่วนประกันสังคมแยกผู้ป่วยในที่ระดับ 2 ดีอาจี เท่ากับ 2 มาจ่ายโดยส่วนกลาง UC ไม่ได้แยก DRG ว่าจะเป็น DRG เท่าไหร่ทุกอย่าง จะจ่ายจากส่วนกลาง”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5, สัมภาษณ์วันที่ 30 เมษายน 2561)

กรมบัญชีกลางได้พัฒนาระบบการจ่ายเงินของสิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นระบบการเบิกจ่ายตรงผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทำให้ตรวจสอบค่าใช้จ่ายได้มีประสิทธิภาพขึ้น และผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 2 ดังว่า

“จากเดิมที่ไม่ได้มีระบบใดมากมาย ใช้การจ่ายเงินโดยเอาใบเสร็จมาเบิกหน่วยราชการในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในก็เป็นระบบที่ช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการไม่ต้องจ่ายตั้งค์ ให้โรงพยาบาลมา claim เงินกับส่วนราชการโดยตรง คือส่วนราชการประจำจังหวัดในสมัยก่อน ระบบก็เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงปี 2549 ถึง 2550 ทุกอย่างเปลี่ยนแปลงไปเยอะ มีระบบการเบิกจ่ายตรงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิ่งเหล่านี้ก็นำมาซึ่งเทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไป และก็ทำให้ระบบการตรวจสอบค่าใช้จ่ายเข้มแข็งขึ้นกว่าแต่ก่อนแต่อาจจะต้องตอบสนองความต้องการที่มีได้ คือเดิมไม่ได้เข้มแข็งเท่านี้ แต่ก็ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน ถ้ามองที่ล่าสุดใหม่ คำตอบก็คือมันก็ดีเท่าที่จะดีได้ ไม่ได้ดีทั้งหมด คือถ้าจะขยายความก็คือเราไม่สามารถตรวจสอบค่าใช้จ่ายได้ครบทุกรายการ มันตรวจสอบได้แค่ส่วนหนึ่งเท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลเราไม่เหมือน UC เราไม่เหมือนประกันสังคมเมื่อใดก็ตามที่เป็นโรงพยาบาล ก็สามารถให้บริการได้ ก็สามารถเอาค่าใช้จ่ายมาเบิกได้”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน กรณีโรคเดียวกัน DRG จะเหมือนกัน แต่ต่างกันที่ตัวคุณอัตราฐานไม่เท่ากันของแต่ละสิทธิ ทำให้การรักษาพยาบาลต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 10 ดังว่า

“การลงรหัสโรค คือเท่ากันทุกสิทธิ์ คือป่วยเป็นโรคอะไรก็ลงรหัสโรคเหมือนกันทุกสิทธิ เวลาลงโปรแกรมจะลงโปรแกรมเดียวกันเรียกว่า DRG แต่ตัวคุณอัตราฐานไม่เท่ากันทำให้การรักษาต่างกัน ยกตัวอย่างคนไข้รายหนึ่งนอนโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่ 5 หมื่น

สมมติค่า adjust RW ได้ 1 เอาไปคูณกับค่าอัตราฐาน ของกรมบัญชีกลางได้ 13,387 บาท ในปี 60 พี่ก็จะได้เงินกลับมา 13,387 บ. โรงพยาบาลขาดทุน คุณจะรักษาอย่างไรให้ไม่เกิน 13,000 ดังนั้นคุณก็ต้องไปคิดกลไกในการดูคนไข้ ว่ายาแพงไหม ถ้ามหาวิทยาลัยโรงพยาบาล ไม่ได้ใจร้ายกับคนไข้หรอกคะ ส่วนโรงพยาบาลก็ต้องดูว่าอยู่รอดได้ไหม”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 10, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2561)

ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพ ใช้วิธีการหา DRG ที่มาจากการมีข้อตกลงร่วมกันของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้ได้ราคากลางที่มีประสิทธิภาพของแต่ละโรค โดยแต่ละโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่ากันแม้เป็นกลุ่มโรคเดียวกัน เพราะฉะนั้นราคากลางที่ทุกคนยอมรับได้ต่อโรค จะเห็นได้ว่ามีข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถซื้อยาราคา 2,000 บาทในขณะที่ข้าราชการซื้อยาราคา 28,000 บาท เนื่องจากระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการไม่มีการกำกับและไม่ได้ซื้อรวมกันทั้งหมดทำให้ยาที่ซื้อมีราคาแพงนั้นเป็นเพราะระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการไม่มีกลไกควบคุมเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา คือใช้ยาราคาเท่าไรก็เบิกตามนั้น ซึ่งเบิกตามราคาบริษัทยาตั้ง ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคณะกรรมการการจัดซื้อ และซื้อรวมทั้งประเทศ ซึ่งปัจจุบัน สปสช ให้โรงพยาบาลราชวิถีเป็นผู้จัดซื้อให้และซื้อได้ในราคาที่ถูกลง เพราะมีการรับประกันจำนวนยาที่ใช้และมีเงินจ่ายแน่นอน ทำให้บริษัทยาเห็นถึงผลกำไร ทำให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงยากมากขึ้นจากการใช้ระบบการซื้อรวมกัน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 17 ดังว่า

“DRG หมายความว่าต่อโรคต่อกลุ่มโรคมีการให้เงินกันเท่าไร เช่นที่บอกว่าให้ DRG ละ 8,000 8,500 ในกลุ่มโรคนี้ ในกลุ่มโรคแบบนี้ถ้าคุณไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอคุณจะใช้เงินเท่าไร ยกตัวอย่างผ่าตัดไส้ติ่งโรงพยาบาลชุมชน แนนอนผ่าตัดไส้ติ่งโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่างกันอยู่แล้ว แล้วก็โรงพยาบาลเอกชน เวลาคุณทำ DRG เขาเอาโรงพยาบาลทุกเจ้ามาคุยกันและหาตรงกลาง ไม่ใช่เอาแบบโรงพยาบาลเอกชนหรือเอาแบบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยก็ต้องถือว่า efficiency มากขึ้น ก็โอเคก็ไม่ต้องประหยัดเหมือนโรงพยาบาลชุมชนก็ได้ เพราะฉะนั้นราคากลางที่ทุกคนยอมรับได้เป็นต่อโรคแบบนั้น ซึ่งตอนนี้ที่ไข้ก็จะมียาบัตรทองกับประกันสังคมที่ใช้ DRG แบบนี้ เพราะฉะนั้นเราถึงมีข้อมูลว่ายาของคนไข้มะเร็งในคนไข้บัตรทองคุณสามารถซื้อได้ในราคา 2,000 บาทในขณะที่ข้าราชการซื้อได้ราคา 28,000 ซึ่งในขณะที่คุณไม่ได้กำกับและคุณก็ไม่ได้ซื้อรวมกัน คุณจ่ายทีละคน ทีละเคสก็แพง คือว่าในสิทธิของข้าราชการไม่มีกลไกที่จะเข้าไปคุมเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาเลย เรียกว่าคุณใช้ยาราคาอะไรคุณก็เบิกตามนั้น

เรียกว่าราคาตามบริษัทฯตั้ง ในขณะที่บัตรทองมีคณะกรรมการซื้อแล้วเขาซื้อทั้งประเทศ เดิมสปสช.ซื้อเองแต่ตอนนี้เป็นโรงพยาบาลราชวิถีเป็นคนซื้อให้และก็ได้ถูก เพราะเขา รับประกันว่าปีนี้สมมุติปีนี้ 2,000 โดส หรือใช้เท่าไรรู้ล่วงหน้าและมีเงินจ่ายแน่นอน บริษัทเขาก็รู้สึกว่ามีกำไร เขาก็ขายให้เพราะฉะนั้นมันก็เกิดการเข้าถึงยามากขึ้นมันเรียกว่า เป็นระบบการซื้อร่วมกัน ซึ่งที่คิดว่าจริงๆยาหลายตัวเป็นยาตัวเดียวกันแต่ราคาต่างกัน มาก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 17, สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2561)

ทุกๆ สถานพยาบาลต้องการให้บริการที่ดีกับประชาชนทุกคน แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน รายได้ที่ได้รับค่าใช้จ่ายรายหัวจำนวนจำกัด โดยเฉพาะสิทธิประกันสังคมต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการ บริหารจัดการ ถึงแม้ว่าคนส่วนใหญ่ที่ใช้สิทธิประกันสังคมจะอยู่ในวัยทำงานเจ็บป่วยน้อย แต่เมื่อมี ผู้ป่วยกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงก็ทำให้สถานพยาบาลไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำ กล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 15 ดังว่า

“เราจ่ายประกันสังคมเดือนละ 750 ปีหนึ่ง 9,000 ประกันสังคมจ่ายให้โรงพยาบาล หัวละ 1,000 กว่าบาท เราต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ ทั้งนี้เราสามารถปรับได้อีก หรือไม่แน่นอนโรงพยาบาลอยากให้บริการที่ดีแต่ค่าใช้จ่ายที่ได้รับมาจำนวนจำกัดเราก็ ต้องบริหารไม่ให้มันเกิน แค่บริหารไม่ให้มันเกินก็ลำบากแล้วครับ เพราะคนใช้ ประกันสังคมตอนนี้จะเจอในวัยทำงานจะเจ็บป่วยน้อยน้อยแต่บางคนเจอที่เป็นโรคแล้ว หลังเป็นมะเร็งมาครั้งหนึ่งก็เป็น 1,000,000 แล้วหรืออย่างต่ำก็ 200,000- 300,000 ที่ต้อง ให้เคมีซึ่งพวกนี้มาบ่อย ซึ่งเราจะเจอกลุ่มนี้มาบ่อยแต่หลายหัวเราได้เท่าเดิมซึ่งค่าใช้จ่าย เราจะไม่มีแต่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคตโรงพยาบาลเอกชนก็จะเริ่มถอนตัว แต่เนื่องจากที่นี้มี โรงงานอุตสาหกรรมเยอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 15, สัมภาษณ์วันที่ 13 เมษายน 2561)

อัตราค่ารักษาพยาบาลแต่และสถานพยาบาลมีการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลไม่ เท่ากันนอกจากนี้บางสถานพยาบาลไม่สามารถควบคุมราคาตามที่ตกลงไว้ก่อนการรักษากับผู้ป่วยได้ เนื่องจากระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีการแพทย์จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจึงทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียก ค่าเสียหายระหว่างผู้ป่วยกับสถานพยาบาล อีกทั้งเมื่อดูรายการที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลพบว่าค่า แพทย์ในการการผ่าตัดมีราคาที่สูงมาก ดังนั้นควรมีหน่วยงานกลางมากำกับ ควบคุมราคาเหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 16 ดังว่า

“มีหมอคนหนึ่งซึ่งตอนนี้เป็นกรรมการแพทย์สภาไปผ่าตัดกระดูกสันหลังตอนแรกตกลงกันที่ 400,000 คือคนไข้ก็ survey ราคาจากหลายแห่ง ก็ดูแล้วว่า 400,000 เป็นราคาที่ถูกที่สุด ซึ่งได้จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งเขาก็ตกลงผ่าตัด แต่หลังจากที่ผ่าตัดเสร็จระหว่างที่นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลก็ให้ยาอะไรก็ไม่รู้ก็แพ้ยา จึงมีค่ารักษาเพิ่มขึ้นอีก 200,000 บาท รวมเป็น 600,000 ก็ไม่ยอมจ่ายส่วนอีก 200,000 นั้น เพราะถือว่าไม่ได้ผิดอะไรการให้ยาเป็นเรื่องของโรงพยาบาล โรงพยาบาลก็ไม่ยอมก็ฟ้องร้อง พอไปดูรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลปรากฏว่าเป็นค่าแพทย์ในการผ่าตัดประมาณ 140,000 บาท คิดดูหมอผ่าหนึ่งครั้งหมอได้ 140,000 บาท คือต้องควบคุมกำกับราคาทางวิชาชีพให้คะ ถ้าเดือนหนึ่งผ่าไม่กี่ครั้งก็รวมมหาศาลอะไรแบบนี้เราต้องควบคุมใหม่คะ พี่คิดว่าเจ็บป่วยก็ต้องรักษารักษาก็ต้องจ่ายเงินในบางครั้งถ้าเราไปรักษาในโรงพยาบาลเราก็ควรจ่ายแต่เราควรจ่ายในราคาที่เป็นธรรมไม่ใช่ค่ารักษาเท่าไรก็ได้ควรมีคนกลางมาช่วยกำกับดูแล”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 16, สัมภาษณ์วันที่ 11 เมษายน 2561)

สถานพยาบาลเอกชนมักเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลก่อนและจ่ายคืนให้ภายหลัง แต่จ่ายคืนให้ไม่ครบตามจำนวน ดังนั้นสถานพยาบาลเอกชนควรมีความรับผิดชอบต่อสังคม เนื่องจากได้ประโยชน์จากระบบ และควรมีการควบคุมสถานพยาบาลโดยไม่ให้เข้าตลาดหลักทรัพย์ เช่น ประเทศสวีเดน เป็นต้น อีกทั้งควรการควบคุมค่าตอบแทนแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนไม่ให้แตกต่างกันมากเพื่อไม่ให้เกิดการสมองไหล ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 16 ดังว่า

“โรงพยาบาลเอกชนมักเรียกเก็บค่าใช้จ่ายก่อนและคืนให้ภายหลังแต่สุดท้ายคืนก็คืนให้ไม่ครบนี่คือปัญหาโรงพยาบาลเอกชนก็ต้องมี CSR ความรับผิดชอบต่อสังคม เพราะว่าคุณก็ได้ประโยชน์จากระบบที่มีอยู่ยกตัวอย่างว่าถามว่าหมอเรียนจบใช้วิชาชีพไปเท่าไรคุณก็เอาหมอเหล่านี้มารักษาโรงพยาบาลคุณด้วย คุณก็ต้องคืนบ้างหลายหลายเรื่องต้องจัดระบบ หลายหลายประเทศที่ไปดูงาน เช่น สวีเดน ค่าก็จะควบคุมโรงพยาบาลเอกชนมาให้เติบโตมาก ไม่เอาเข้าตลาดหลักทรัพย์มันไม่ใช่ บนโลกนี้จะมีเรากับอีกไม่กี่ประเทศที่เอาเข้าตลาดหลักทรัพย์ การที่จะให้ใบอนุญาตเปิดโรงพยาบาลเอกชนในต่างประเทศไม่ใช่เรื่องง่ายเลยเป็นเรื่องยากมากเพราะเขาควบคุมหรืออย่างเช่นในไต้หวันเข้าควบคุมค่าตอบแทนหมอโรงพยาบาลรัฐกับเอกชนไม่ให้ต่างกันไม่เกิน 5% จะไม่เกิดการสมองไหล ถ้าคุณบอกว่าเปิดเพื่อรักษาคนต่างชาติก็อีกเรื่องหนึ่งคุณก็ไปเอา

หมอต่างประเทศหรืออะไรมา แต่เมื่อในประเทศนี้มีนโยบายเรื่องหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนมันก็ต้องดู ทุกภาคส่วน เพราะว่าระบบมันจะอยู่ไม่ได้ถ้าไม่มีบุคลากร แต่ถ้าพูดเชิงโครงสร้างมันจะมีปัญหาความเหลื่อมล้ำอยู่จริงๆกับระบบสุขภาพที่มี

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 16, สัมภาษณ์วันที่ 11 เมษายน 2561)

ดังนั้นระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนควรมีการตกลงร่วมกันเพื่อหาราคากลางที่เหมาะสมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น ยาควรมีราคากลางที่เหมือนกันนอกจากนี้การกำหนดราคาไม่ควรเอาเปรียบสถานพยาบาล มิฉะนั้นอาจทำให้สถานพยาบาลหาช่องว่างเพื่อให้สถานพยาบาลของตนอยู่รอด ซึ่งมีโรงพยาบาลประจำอำเภอ และประจำจังหวัดที่ประสบปัญหาขาดทุนเพราะกองทุนประกันสังคมมีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวถ้าสถานพยาบาลได้รับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหากสถานพยาบาลไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ และจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลที่ส่งตัวมาดังนั้นสถานพยาบาลจึงไม่ยอมส่งตัวผู้ป่วยไปเพราะไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายที่จะโดนเรียกเก็บได้จึงทำให้เกิดการฟ้องร้องของผู้ป่วยที่ไม่ยอมส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 13 ดังว่า

“กองทุนทั้ง 3 กองทุนก็ต้องมาคุยกัน หาราคากลางจริงๆ อย่างเรื่องราคา ก็ต้องมานั่งประเมินกันใหม่ว่า ราคาเท่าไรที่สถานพยาบาลก็อยู่ได้กองทุนก็อยู่ได้แล้วก็ต้องเป็นราคาเดียวกันเลย ยาก็เหมือนกัน ยาก็ต้องมีราคากลาง มันไม่ใช่จำกัดเฉพาะ 10 ตัว มันต้องกว้างมากกว่าขึ้น และกำหนดราคาเลยแต่ก็อย่าเอาไรต์เอาเปรียบสถานพยาบาลมาก บางที่กองทุนก็เอาเปรียบสถานพยาบาลมาก ทำให้สถานพยาบาลต้องหาช่องว่างเพื่อที่จะได้มา สังเกตโรงพยาบาล ไม่มองโรงพยาบาลในกรุงเทพฯนะ ส่วนโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ไม่เป็นไร แต่ถ้าไปเจอโรงพยาบาลอำเภอ ต่างจังหวัด พวกนี้จะแย่มาก ไม่ต้องอื่นไกล พระนั่งเกล้าเคยถึงเลขขั้นต่ำเลยนะ ว่าติดตัวแดงไม่มีเงิน โรงพยาบาลประจวบศรีจันทร์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดนะ เพราะเค้ามองว่าปกส.เค้าจ่ายเป็นรายหัวถ้าเจอเคสหนักๆ ปกส.เค้ารักษาไม่ได้ก็ต้องส่งตัวมารามา นะ รามาคิดราคาเต็มๆที่ส่วนนั้นเรียกเก็บกับใคร ก็ต้องเรียกเก็บกับโรงพยาบาลที่ส่งตัวไป เพราะฉะนั้นจะเห็นว่าพวกคลินิก หรือปกส.กับคลินิก ก็จะไม่เห็นด้วยตัวคนไข้ไว้ไม่ให้ไป จนตัวเองไม่ไหวแล้ว ที่เกิดการฟ้องร้องกันขึ้นว่าไม่ยอมส่งต่อ เพราะตัวเองรู้ว่าถ้าตัวเองส่งต่อ ตัวเองก็ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล เพราะโรงพยาบาลรัฐคิดเต็มๆ ส่วนมาก พระมงกุฎก็คิดเต็มๆ ถูกไหมเค้าไม่ได้มองหรือว่าโรงพยาบาลที่ส่งตัวต้องจ่ายเท่าไรมันก็เลยเกิดการขาดทุน อย่างเคสหนักๆ เดือนเจอ

ไม่กี่เศสก็ตาย เพราะฉะนั้นเค้าต้องมองกรณีนี้ด้วย ถ้าหากมองว่าไปบังคับโรงพยาบาลรัฐ หรือเอกชนเยอะๆ เค้าก็มีสิทธิ์ไม่เข้าร่วม”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 13, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2561)

ถึงแม้ว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะดีกว่าระบบอื่น แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณสวัสดิการของข้าราชการที่มีรายจ่ายที่สูงกว่า และต้นทุนที่สูงกว่าระบบอื่นๆ ซึ่งก็เป็นไปไม่ได้ที่จะให้ระบบอื่นใช้วิธีการจ่ายเหมือนกับระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการ เพราะระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการต้องหาวิธีการจัดการลดต้นทุน และลด ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนทางการเงินอีกทั้งขอบเขตการบริการสิทธิประโยชน์ซึ่งสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ในอนาคต แต่เรื่องเงินนั้นยากที่จะแก้ไขซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 5 ดังนี้ว่า

“เราคิดว่าสวัสดิการข้าราชการเปิดมันเยอะเลยนะเราก็คิดว่าดีใช่ไหมจริงๆ เค้าก็มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณสวัสดิการของข้าราชการมันจ่ายได้มากกว่าด้วยต้นทุนที่สูงกว่ากองทุนถ้าจะบอกว่าให้ทุกกองทุนมาจ่ายให้เหมือนสวัสดิการข้าราชการเป็นไปไม่ได้ เป็นไปไม่ได้อยู่แล้วเพราะฉะนั้นต้องหาวิธีที่จะจัดการให้มันลดต้นทุนลดค่าใช้จ่ายตรงนี้ลงมา เนี่ยเป็นความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนทางการเงินแล้วก็เรื่องของขอบเขตการบริการสิทธิประโยชน์อันนี้ต้องปรับต้องปรับแน่ๆในอนาคต สิทธิประโยชน์โอเคมีหนทางที่จะปรับได้นะแต่ว่าการเงินเนี่ยผมว่ายาก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5, สัมภาษณ์วันที่ 30 เมษายน 2561)

### 3. ด้านการบริหารจัดการ

ระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีการบริหารจัดการแตกต่างกัน กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กองทุนประกันสังคมอยู่ภายใต้กระทรวงแรงงาน ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการบริหารจัดการภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ทั้งเป็นผู้กำกับดูแลสถานพยาบาลทุกแห่งเกือบทั่วประเทศซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 5 ดังนี้ว่า

“กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็น provider สปสช. ทำหน้าที่เป็น purchaser คือ provider เราก็ดูแลหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขเกือบ 90% หน่วยบริการในประเทศไทย ถ้ามองดูไม่ว่าจะระดับไหนส่วนแบ่งการตลาดมันเกิน 80% ส่วนของกระทรวงสาธารณสุขดูแล รวมถึง โรงพยาบาลของกรมด้วย คำว่า provider หมายถึงหน่วยบริการรวมถึงพวกโรงพยาบาล พวกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พวกหน่วยบริการอะไรต่างๆ ที่มีหน้าที่จัดการบริการให้กับประชาชนส่วนทาง purchaser สปสช. ทำหน้าที่แทนประชาชนที่จะซื้อบริการจากส่วนไหนก็ได้ที่เป็นคนจัดการบริการ แต่เนื่องจากว่าส่วนแบ่งทางตลาดของกระทรวงสาธารณสุขเยอะ ก็เลยค่อนข้างขาดในเรื่องของตลาดสุขภาพเพราะเดินไปไหนมันก็เจอแต่หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขทั้งนั้น สิ่งก็คืออื่นอาจจะไม่มาก มหาลยอาจจะไม่มีแต่ในกรุงเทพฯ แต่ต่างจังหวัดก็มีแต่ที่ตั้งเป็นมหาวิทยาลัย”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5, สัมภาษณ์วันที่ 30 เมษายน 2561)

กองทุนประกันสังคมมีการเหมาจ่ายรายหัวทำให้สถานพยาบาลต้องควมค่าใช้จ่ายให้เพียงพอกับที่ได้รับจัดสรรมา ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 15 ดังว่า

“ผมอธิบายอย่างนี้เนื่องจากประกันสังคมให้ค่าใช้จ่ายเรามาก่อนหนึ่งเราต้องควมค่าใช้จ่ายให้เพียงพอสำหรับการบริหารจึงจำเป็นต้องแบ่งโซนเพื่อควมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้เพียงพอสำหรับการรักษาซึ่งโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ต้องทำแบบนี้ เพื่อให้การบริหารให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 15, สัมภาษณ์วันที่ 13 เมษายน 2561)

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบเหมาจ่ายและมีการจัดการรายโรคบางรายการ ส่วนของกองทุนประกันสังคมมีการบริหารที่ไม่เหมือนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือมีระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลหลายแบบ ดังนี้ 1) แบบเหมาจ่ายรายหัว เช่น โรงพยาบาลเอ มีผู้ประกันตน 5,000 คน คุณจำนวนเงินต่อหัว 1,500 บาทโรงพยาบาลเอจะได้เงินทั้งหมด 7,500,000 บาท โดยประกันสังคมจะจ่ายให้กับสถานพยาบาลเพื่อไปบริหารทั้งปี 2) การจ่ายกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง ซึ่งครอบคลุมโรคเรื้อรังทั้งหมด 26 โรค ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมภายใต้กรอบวงเงิน 447 บาทต่อคนต่อปี คุณกับจำนวนผู้ประกันตนทั่วประเทศ ซึ่งเงินก้อนนี้กองทุนประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการเองและจ่ายให้กับสถานพยาบาลก็ต่อเมื่อสถานพยาบาลได้

รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของกองทุนประกันสังคมซึ่งบางโรคมีจำนวนผู้ป่วยน้อยรายแต่มีความรุนแรงของโรคสูง และบางโรคมีความรุนแรงของโรคไม่มากแต่ต้องการการดูแลระยะยาว 3) การจ่ายแบบDRG ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามวันนอนเป็นการจ่ายผู้ป่วยในแบบเพิ่มเติม จะเริ่มจ่าย AdjRWมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งต่างจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายที่AdjRW ตั้งแต่ค่าตั้งต้น โดยกองทุนประกันสังคมจะจ่ายภายใต้กรอบวงเงิน 640 บาทต่อคนต่อปี คุณจำนวนผู้ประกันตนประมาณ 12 ล้านกว่าคน จะได้เงินก้อนใหญ่ประมาณ 7 หมื่นกว่าล้านมาใช้ในการบริหารจัดการผู้ป่วยใน ในอัตราไม่เกิน 15,000บาท ต่อ หนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หรือ DRG ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบวงเงินของแต่ละปี ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละปีมากขึ้นต่อหนึ่งบาทต่อ AdjRWจะไม่ถึง 15,000 บาท ซึ่งขณะนี้กองทุนประกันสังคมจ่ายให้ที่ 12,800 บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ และ4) การจ่ายแบบอื่นๆ เช่นการจ่ายยาราคาสูง ยาต้านไวรัสHIV ยาละลายลิ่มเลือด และรายการอุปกรณ์ต่างๆเป็นต้นที่จ่ายเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“อย่างสปสข. จะเป็นเหมาจ่ายและมีการจัดการรายโรคบางรายการ ของประกันสังคมจะบริหารที่ไม่เหมือนสปสข. คือจะมีการจ่ายหลายแบบ พื้นฐานเลยคือเหมาจ่ายรายหัว ถ้าโรงพยาบาลเอร์รับผู้ประกันตน 5,000 คน พื้นฐานเลยโรงพยาบาลเอจะได้เงินตอนนี้หัวละ 1,500 บาท คุณจำนวนผู้ประกันตนก็ได้เงินก้อนหนึ่งที่ประกันสังคมให้ทั้งปี 7,500,000 บาท และการจ่ายกรณีโรงพยาบาลรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะเป็นการจ่ายเพิ่มเติม เรียกว่ากรณีภาระเสี่ยง จะครอบคลุมโรคเรื้อรัง 26 โรค ตอนนี้ประกาศไว้ 26 โรค ภายใต้กรอบวงเงิน 447 บาทต่อคนต่อปี คุณจำนวนผู้ประกันตนทั้งประเทศ ก็จะเป็นเงินก้อนหนึ่งโดยผู้ประกันสังคมจะนำมาบริหารและจ่ายกลับไปให้โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลต้องมีการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามเงื่อนไขของสปก.สปก. จึงจะจ่ายให้ โดยบางโรคมีจำนวนน้อยแต่มีความรุนแรงสูง บางโรคก็มีความรุนแรงไม่มากแต่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว และมีการจ่ายแบบ DRG ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามวันนอน แต่ปกส จะเริ่มจ่ายเพิ่มผู้ป่วยในแบบเพิ่มเติม จะเริ่มจ่าย AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งต่างจาก สปสข. สปสข. AdjRW จะเริ่มตั้งแต่ตั้งต้น 0 หรือ 1 ไม่น่าให้ สปก.จ่ายภายใต้กรอบวงเงิน 640 บาทต่อคนต่อปี คุณจำนวนผู้ประกันตน 12 ล้านกว่าคน จะได้เงินก้อนใหญ่ประมาณ 7 หมื่นกว่าล้านมาใช้ในการบริหารจัดการผู้ป่วยใน น้ำหนักสัมพัทธ์ที่จ่ายไม่เกิน 15,000บาท ต่อ หนึ่งAdjRW คือเงื่อนไขบอกกว่าจ่ายถ้าบริการการแพทย์กรณีการรักษาผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปรับตามวันนอน คำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ DRG เริ่มจ่ายที่ AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ



2 จ่ายภายใต้ 1,500 บาทต่อ 1 AdjRW ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบวงเงินของแต่ละปี แต่ละปีจะมีกรอบวงเงิน ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละปีมากเงินต่อ1บาทต่อ AdjRW ก็จะไม่ถึง 15,000 บาท ตอนนี้อยู่ที่ประมาณ 12,800 บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ และการจ่ายแบบอื่นๆ เช่นการจ่ายยาราคาสูง ยาต้านไวรัส HIV ยาละลายลิ่มเลือด พวกรายการอุปกรณ์ต่างๆ ที่จ่ายเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาล

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีระบบการเบิกจ่ายต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลต้องแบ่งแยกส่วนงานการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งแต่กองทุนจะมีกองทุนย่อยโดยเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคมมีกองทุนย่อยซึ่งทำให้สถานพยาบาลทำงานยาก ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 10 ดังว่า

“ที่มีคนไข้กรมบัญชีกลาง 400 คน/วัน วิธีการทำงาน แต่เดิม ปกติเข้ามาเราเรียกรายงานคนไข้ที่มาใช้บริการทั้งหมดมา key ข้อมูล ที่ก็พัฒนาระบบก็ไม่ต้องมี key ข้อมูล ตั้งเป็น auto เพื่อจะ export ข้อมูลไปให้กรมบัญชีกลาง คือสิทธิกรมบัญชีกลางมันเยอะมาก UC และประกันสังคมต้องใช้ระบบตั้งและดูค่าใช้จ่าย กรมบัญชีกลางมีกองทุนเดียว แต่อาจมีกองทุนย่อย เช่น กองทุนไต แต่ UC ประกันสังคม มีกองทุนย่อยการทำงานก็จะยาก เช่น พอคนไข้เข้ามา อันนี้สำหรับผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายใช้อันนี้เราจะเบิกกองทุนหนึ่งแบบนี้เบิกกองทุนหนึ่ง เพราะฉะนั้นลูกน้องที่ก็ต้องวิเคราะห์ว่า อันนี้ต้องเบิกอีกกองทุนหนึ่ง ที่เหลือเบิกอีกกองทุนหนึ่ง แล้วก็ export ข้อมูล ซึ่งแต่ละกองทุนก็จะเบิกไม่พร้อมกัน จ่ายเงินไม่พร้อมกัน ตรงนี้ที่ก็พัฒนา แต่คนไข้ไปใช้ระบบ key in กรมบัญชีกลางบอก ระบบ key in ไม่ดีตรงไหน การ key in ก็มี error ได้เหมือนกัน แต่กรมบัญชีกลางอยากพัฒนาระบบให้ไปถึงตรงนั้น ที่มีลูกน้อง 75 คน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 10, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2561)

การบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีประสิทธิภาพมากกว่ากองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เพราะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบทางกฎหมายที่ชัดเจนซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 2 ดังว่า

“การบริหารจัดการในรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมันมีประสิทธิภาพมากกว่าคือกองทุนมี Accountability ต้องประมาณที่ได้มาอย่างจำกัดมีบอร์ดที่รับผิดชอบทางกฎหมาย มีองคมนตรีที่จะทำเรื่องนี้อย่างเป็นจริงเป็นจัง เพราะมันถูกตีไซน์มาให้ทำ แต่ระบบสวัสดิการ คือมันเป็นสวัสดิการและจ่ายในรูปแบบเงิน มันจึงไม่ถูกตีไซน์มาให้ทำในเรื่องแบบนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

การตรวจสอบการเบิกจ่ายของสถานพยาบาลของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลางจ้างทีม Outsource ตามโครงสร้างที่ถูกสร้างขึ้นเมื่อประมาณ 50-60 ปีมาแล้ว ระบบได้ออกแบบให้ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนบนพื้นฐานความไว้วางใจกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ควบคุมระบบสถานพยาบาล ควบคุมมาตรฐาน ควบคุมราคา ดังนั้นจึงไม่ใช่หน้าที่ของกระทรวงการคลังที่ต้องไปควบคุมเหล่านี้ และเมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดนโยบาย กฎหมาย เพื่อให้เกิดกลไกการควบคุมที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 2 ดังว่า

“Outsource คือจ้างทีมคุณหมอมารตรวจสอบคืออย่างที่บอกตามโครงสร้างเราถูกสร้างมาตั้งแต่ 50 60 ปีที่แล้วบนพื้นฐานที่ระบบสุขภาพอยู่ในระบบแบบติดดินมากๆ ไม่ได้มีค่าใช้จ่ายที่สูงเวอร์แบบตอนนี้ยากี่พันๆ ระบบถูกตีไซน์มาให้ต่างคนต่างทำหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่ของสาธารณสุข ผมทำหน้าที่ของผม ระบบนี้เกิดอยู่บนพื้นฐานความไว้วางใจ ทุกคนจะต้องทำหน้าที่เป็นอย่างดี สาธารณสุขต้องคุมระบบโรงพยาบาลคุมมาตรฐาน คุมเรื่องราคา คลังก็ไม่ได้มีหน้าที่ต้องไปทำ ระบบมันดีไซด์แบบนี้ แสดงให้เห็นว่าไม่เวิร์คในสังคมที่เปลี่ยนแปลงจริงๆ จึงมีกฎหมายรูปแบบใหม่ที่เป็นประกันสังคมที่ดีที่เป็นบัตรทองที่ดีที่มา organize มาดำเนินการ มาเกิดการเจรจา มาเกิดการแบ่ง provider purchaser เกิดการกำหนดนโยบายดังนั้นการกำหนดกฎหมายของทั้งสองกองทุนก็วิวัฒน์ถ้าหากันตามตรงก็คือว่าเราก็ต้องวิวัฒน์เพื่อให้เกิดกลไกของการที่จะเกิดการควบคุมกำกับที่มันดีขึ้น ผมมองแบบนี้ว่า มันเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบมากกว่าการความตั้งใจที่จะทำให้มันเกิดความเหลื่อมล้ำ แต่ประเด็นคือว่าในภาพของการเบิกจ่ายบางสิ่งบางอย่างมันเกิดเหตุไม่พึงประสงค์จริง สิทธิพิเศษแต่มันชัดมากขนาดนั้นใหม่ตอบไม่ได้มันเป็นวาทะกรรม ที่มันพูดขึ้นมา”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

เมื่อไรก็ตามที่มีการเบี่ยงราคาแพคเกจบุญซีกกลางจะให้เบิกได้ก็ต่อเมื่อแพทย์เป็นผู้สั่งถ้า การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ในหลักเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 3 ดังนี้

“วันดีคืนดีมี เบี่ยงราคาแพคเกจเป็น 100,000 ถามว่าเราจะไม่ให้เบิก เราก็ไม่มี เหตุผลที่จะบอกว่ามัน ไม่ให้เบิกเพราะเราก็ไม่มีความรู้จะไปตัดสินใจ ว่าอันนี้มันไม่เหมาะสม ในเมื่อแพทย์เป็นผู้ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยนี้คนได้ใช้ยาตัวนี้เราในฐานะผู้จ่ายเราจะบอกว่า ฉันทไม่จ่ายให้เพียงเพราะมันแพงเกินไปมันก็ไม่ใช่เหตุ แต่มันโอเคก็บอกว่าเรามีหลักเกณฑ์ อยู่ระดับหนึ่งจะต้องใช้ผ่านตรงนี้ตรงนี้มาก่อน มันก็มีเหตุผลแต่ถ้าจะบอกว่ามันแพง เกินไปให้จ่ายมันก็ไม่มีความรู้ที่จะไม่ให้จ่าย”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

การใช้ยาต้องใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน ถ้ากรณีที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติได้ก็สามารถจ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้เมื่อตรงตามเงื่อนไข สอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ ข้อมูลหลักท่านที่ 4 ดังนี้

“อย่างออย.มีหน้าที่ขึ้นทะเบียนยา ก็ดูข้อมูลจากที่บริษัทเสนอ ไม่ได้ดูว่าราคาเป็น อย่างไร ไม่ได้ดูว่าราคาแพงหรือไม่แพงถ้าข้อมูล Support ก็ขึ้นทะเบียนให้ หมดบางส่วน ก็บอกว่าถ้าในเมื่อขึ้นทะเบียนโรคนี้นี้แต่ทำไม่ได้แล้วเราจะไปเถียงเค้าหรือก็ไม่ใช้ถ้า เราบอกว่าเรามีหลักเกณฑ์จ่ายยาแบบหนึ่ง ถ้าเรามีชุดยาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมี คณะกรรมการระดับชาติสร้างขึ้นมาก่อนต้องพิจารณาจ่ายยาในบัญชียาหลักก่อนถ้าไม่ผ่านค่อยจ่ายยา นอกบัญชียาโอเค แต่ถ้าในเคสที่ใช้ยานอกบัญชียาแล้วเราอาจไม่ให้เบิกอยู่ที่เรารู้ว่ามันไม่ตรง ตามเงื่อนไขที่จะให้เบิกแต่ถ้าตรงตามเงื่อนไขอยู่แล้วลองก็ไม่รู้จะเอาเหตุผลอะไรที่ไม่ให้ ขอเบิก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

กรมบัญชีกลางจะไม่เข้าไปก้าวล่วงดุลพินิจของแพทย์ เช่น การเบิกจ่ายยาหรือไม่จ่ายยา เนื่องจากมีการกำหนดเรื่องการจ่ายยาว่าต้องจ่ายยาในบัญชียาหลักก่อนส่วนการเลือกจ่ายยานอกบัญชียา ก็ต่อเมื่อยาในบัญชียาหลักใช้ไม่ได้ผลหรือมีข้อจำกัดในการจ่ายยา กรมบัญชีกลางไม่ได้ใช้ระบบการจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายหลายหัวเหมือนกับกองทุนประกันสังคม และกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นกรมบัญชีกลางไม่มีความจำเป็นต้องเข้าไปควบคุมค่าใช้จ่ายหรือ

ต้นทุนของโรงพยาบาลเพราะสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ได้มีการจำกัดหน้าบัตร จึงสามารถไปรักษาที่โรงพยาบาลใดก็ได้ แต่สิ่งกรมบัญชีกลางทำได้คือการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายว่าการใช้ยาต้องเป็นไปตามหลักสมเหตุผล ซึ่งเป็นนโยบายของระดับประเทศในเรื่องของการจ่ายยา ในเรื่องของการจ่ายยาในบัญชียาหลักยา ในบัญชียาหลักมีทั้ง 2 ประเภทคือยาต้นแบบ (Original drug) และยาเลียนแบบ (Generic drug) ในขณะที่ราชการสามารถได้ทั้ง Generic drug และ Original drug โดยคุณภาพยา ก็จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์อีกทั้งเมื่อไรก็ตามที่มีการออกกฎระเบียบใหม่จากกรมบัญชีกลางเพื่อกำกับหรือควบคุมก็จะสะท้อนกลับมาเป็นการรอนสิทธิ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 1 ดังนี้

“กรมบัญชีกลางไม่ได้ไปก้าวล่วงเรื่องดุลพินิจของแพทย์ ในเรื่องของการเบิกจ่ายยาหรือไม่จ่ายยาก็ดี มีหลักคิดของการกำหนดที่เราจะควบคุมอยู่แล้วว่าการใช้ยา เราบอกว่าควรจะต้องใช้ในยาบัญชียาหลักก่อน การเลือกใช้นอกบัญชียาต่อเมื่อยาในบัญชียาหลักแล้วไม่ได้ผลหรือมีข้อจำกัดในการใช้ยา จึงต้องใช้นอกบัญชียาหลัก เราก็สามารถทำได้ แต่เราไม่ได้มีการให้เงินในลักษณะที่เหมาะสมจ่ายรายหัว ดังนั้น วิธีการในการควบคุมของโรงพยาบาลหรือการรักษาต้นทุนของโรงพยาบาล จึงไม่มีความจำเป็นที่จะเข้ามาควบคุมต้นทุนของสิทธิราชการและสิทธิราชการไม่ได้มีการจำกัดหน้าบัตร นั้นหมายความว่าจะไปโรงพยาบาลไหนก็ได้แต่สิ่งที่เราทำได้ก็คือกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายว่าการใช้ยาต้องเป็นไปตามหลักสมเหตุผล ซึ่งเป็นนโยบายของระดับประเทศในเรื่องของการจ่ายยา อันนี้จะเป็นลักษณะที่ทำ ไม่มีส่วนของในเรื่องของค่าใช้จ่าย เรามองว่าเป็นการให้สิทธิ ถ้าเรามองว่าในเรื่องของการจ่ายยาในบัญชียาหลักยา ในบัญชียาหลักมีทั้ง 2 ประเภทคือทั้งยาที่เป็นต้นแบบและยาที่เป็นเลียนแบบ หรือยา Generic drug และ Original drug ในขณะที่ราชการยาใช้บัญชียาหลักคุณสมารถได้ทั้ง Generic drug และ Original drug ซึ่งคุณภาพยา ก็จะแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์ที่จะสั่งยาว่าจะใช้ใหม่ ในส่วนนี้ให้สิทธิข้าราชการเต็มที่ เพื่อที่จะดูแลคนของข้าราชการ กรณี กรมบัญชีกลางออกอะไรมาซักอย่างหนึ่งเพื่อจะกำกับหรือควบคุมมันก็จะสะท้อนกลับมาเป็นการรอนสิทธิหรือไม่ ไม่งั้นก็จะมาในรูปแบบกลไกการควบคุมประมาณนี้ ถ้าจะมองในเรื่องของการกรองไม่กรองนี้เรามองถึงเรื่องการรักษาด้วยทางการแพทย์ อะไรที่มันถูกต้องแล้ว เรามีหน้าที่จ่ายตามที่เขาเรียกเก็บ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่า ซึ่งเดิมโรงพยาบาลต้นสังกัดจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด แต่ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะนำเงินส่วนกลางที่กันไว้สำหรับการส่งต่อออกมาจ่ายโดยโรงพยาบาลต้นสังกัดไม่ต้องตามไปจ่าย ส่วนกองทุนประกันสังคมจะมีแบบการจ่ายเพิ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงแยกออกมา เช่นผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งโรคหัวใจกองทุนจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้ได้โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่สถานพยาบาลใดก็ได้ที่สามารถทำการรักษาได้ ส่วนกองทุนประกันสังคมจะจ่ายเพิ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางโรคเท่านั้นซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 9 ดังนี้

“ระบบเดิมคือถ้าส่งตัวไปโรงพยาบาลต้นสังกัดต้องเป็นคนจ่ายค่าใช้จ่ายแต่ระบบปัจจุบันถ้าส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่น ค่าใช้จ่ายสปลช.ส่วนกลางก็เป็นคนออก โรงพยาบาลต้นสังกัดไม่ต้องตามไปจ่าย สมัยก่อนเค้ากลัวขาดทุนพยายามแก้ปัญหาแบบนี้ไม่ได้เอาคนไข้เป็นตัวตั้ง แต่จะกันเงินไว้ส่วนหนึ่งไว้จ่ายโรงพยาบาลที่รับ refer คุณไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องการ refer คนไข้ เขากันเงินไว้จ่ายตรงนี้เพื่อตัดวงจรตรงนี้ คุณจะพยายามเอาเงินออกจากหัวผู้รักษาให้ได้ คือระบบนี้ทำอยู่คือสมัยแรกก่อนปี 2550 มันมี แต่พอเจอแล้วเป็นแบบนี้ก็พยายามแก้ตรงนี้ เลยตัดวงจรนี้ออกโดยกันเงินไว้ที่ส่วนกลาง จะเป็นเฉพาะบัตรทองเพียงอย่างเดียวที่แก้ปัญหานี้ ประกันสังคมพยายามให้เป็นโรคอื่นๆก็จะจ่ายเพิ่มเป็นโรคๆ เช่นเป็นโรคที่ค่าใช้จ่ายสูง เค้าก็จะแยกเป็น item ที่ค่าใช้จ่ายสูงออกมาคือตอนที่ผมทำงานให้ชุด basic packet อันไหนที่มันไม่แพงเกินไป ยกตัวอย่างเช่นคุณเป็นมะเร็งเป็นโรคหัวใจคุณไม่ต้องกังวลคุณไม่เจ๊ง ผมมีเงินแยก ขอให้เป็นมะเร็ง มีเงินให้โรงพยาบาลนะ เป็นโรคหัวใจไม่ต้องกลัวจะ refer ไปโรงพยาบาลไหนไม่ต้องกลัวเลยว่ามีเงินให้ มันตัดวงจรนี้ไป และประกันสังคมก็ทำไม่ได้ทำทุก item item ที่แพงๆ พวกมะเร็ง พวกพิการอันนี้เค้าแยกทั้งนั้น ล้างไตก็แยกออกมา คุณไม่ต้องกลัวขาดทุน ล้างไตนี้มันระบบแยก”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 9, สัมภาษณ์วันที่ 4 เมษายน 2561)

#### 4. ด้านคุณภาพการบริการ

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายควบคุมโรงพยาบาลและควบคุมอัตราค่าเรียกเก็บของโรงพยาบาล จึงทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอิสระในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลดังนั้นกองทุนแต่ละกองทุนจึงได้กำหนดเพดานการจ่ายของแต่ละกองทุนที่สามารถจ่ายให้ได้ ซึ่งทั้ง 3 กองทุนมีความสามารถในการจ่ายที่แตกต่างกันโดยเฉพาะกรมบัญชีกลางเป็นระบบสวัสดิการและใช้วิธีการจ่ายตามบริการที่เรียกเก็บ (Fee

for service) ดังนั้นสถานพยาบาลเรียกเก็บจำนวนเท่าไรก็ต้องจ่ายตามนั้นส่วนอีก 2 กองทุนใช้วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวในจำนวนเงินที่จำกัด เพราะฉะนั้นระบบที่แตกต่างอาจจะสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างในการรักษาพยาบาลที่แตกต่าง เช่น สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ อาจได้รับยาที่เป็นยาต้นแบบ (Original drug) แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจได้ยาที่เป็นยาสามัญ (Generic drug) ซึ่งขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของโรงพยาบาล เนื่องจากวิธีการจ่ายแต่ละกองทุนแตกต่างกัน ถ้าสิ่งใดที่เหมือนกันปฏิบัติแตกต่างกันเรียกว่า Crimination แต่สิ่งใดที่ไม่เหมือนกันแต่ปฏิบัติเหมือนกันเรียกว่า Discrimination ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 2 ดังว่า

“ประเทศนี้ไม่มีกฎหมายควบคุมโรงพยาบาลไม่มีกฎหมายควบคุมอัตราค่าเรียกเก็บของโรงพยาบาล ทุกวันนี้ทำแค่เพดานการจ่าย ไม่มีเพดานการเรียกเก็บประเทศเราไม่มีกฎหมายนี้จึงทำให้โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีอิสระในการเรียกเก็บ เพียงแต่กองทุนมาบอกว่าฉันจ่ายไหวแค่ไหน ทั้ง 3 กองทุนมีความต่าง กรมบัญชีกลางเจอปัญหานี้หนักสุด เพราะว่ากรมบัญชีกลางเป็นระบบสวัสดิการ เป็นระบบจ่ายตามหลัง คือ Fee for service คือจ่ายตามบริการที่เรียกเก็บ เพราะฉะนั้นเค้าเรียกเก็บตามหลักเราก็ต้องจ่าย เพราะถ้าเกินเพดานเราก็จ่ายได้แค่เพดานเราคล้ายๆลักษณะงานประกัน แต่อีก 2 กองทุนไม่ได้ใช้วิธีนี้ ใช้แบบเหมาจ่ายรายหัวในจำนวนเงินที่จำกัด เพราะฉะนั้นระบบที่แตกต่างอาจจะสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างในการรักษาพยาบาลที่แตกต่าง ผมใช้คำว่าอาจจะเพราะผมไม่มีข้อพิสูจน์ที่ดีพอที่จะพูดว่าจะสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างยกตัวอย่างเช่น ถ้าข้าราชการเดินมา อาจจะได้ยาพาราที่เป็น original drug เพราะว่าการจ่ายมันจ่ายจากกระเป๋ากลางของรัฐบาลแต่ถ้าเป็น 30 บาทเดินมา อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะได้พาราเซตามอลที่เป็นยี่ห้อซารา ลิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของโรงพยาบาล เพราะระบบมันต่างเค้าก็บริหารแบบต่าง สิ่งใดที่เหมือนกันปฏิบัติแตกต่างกันนั้นเค้าเรียกว่า crimination แต่สิ่งใดที่ไม่เหมือนกันแต่ปฏิบัติเหมือนกันนั้นคือ discrimination”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

ในวงการแพทย์สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ตั้งแต่ระดับ A ถึงระดับ Z ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงินของแต่ละคนเช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการได้สร้างกระบวนการช่วยเหลือโดยมีกลไกการจ่ายที่ดีกว่าระบบอื่นจึงทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลบางสิ่งบางอย่างที่ดีกว่าอีก 2 กองทุนในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์การรักษายาพยาบาลเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงไปตามเศรษฐศาสตร์ คือใครที่มีเงินมากกว่ายอมได้สิ่งที่ดีกว่า แต่ถ้ามองเป็นเรื่องการบริการสาธารณะ(Public service)ถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งรัฐบาลต้องตอบคำถามว่ามองเป็น

เรื่องการบริการสาธารณสุขใหม่ อีกทั้ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติยังไม่มีเรื่องเกี่ยวกับเศรษฐฐานะที่เป็นการบริการสาธารณสุข ซึ่งรัฐบาลปัจจุบันกำลังจะแบ่งเส้นขนมชั้นที่หนึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์(Benefit package) ให้เป็นการบริการสาธารณสุข แต่รัฐบาลก็ยอมรับถึงความต่างที่จะให้มีชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม(Additionalbenefit package)ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 2 ดังว่า

“ในวงการแพทย์เขารักษาคุณได้ตั้งแต่ A ยัน Z ขึ้นอยู่กับคุณว่าคุณจ่ายได้เท่าไร ปัญหามันคือว่าระบบเราสร้างกระบวนการช่วยเหลือเยอะกว่าระบบอื่นด้วยกลไกการจ่ายก็เลยทำให้เกิดการ treatment ในบางสิ่งบางอย่างที่2กองทุนไม่ได้ การจ่ายที่ถูก designed มาตั้งแต่แรก คือก็คุณเลือกกลไกการจ่ายแบบนั้นก็เกิดเหตุการณ์แบบนี้ และในทางการ แพทย์จริงๆ ถ้าไปสัมภาษณ์หมอเขาสามารถรักษาคุณได้ตั้งแต่ basic ถึง advance ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงินถ้าเรามองเรื่องนี้เป็นเรื่องเศรษฐศาสตร์ มองเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงไปตามเศรษฐศาสตร์ไม่ผิดใช้ไหมที่ คนที่มีทุนที่มากกว่าจะได้สิ่งที่ดีกว่า ถ้ามองเรื่องนี้เป็นเรื่องทุนนะแต่ถ้าเรามองเรื่องนี้เป็น public service เหตุการณ์นี้เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญคือรัฐ ต้องตอบคำถามว่าเราจะทำเรื่องนี้เป็น public service ใหม่ ผมมองว่ารัฐยังไม่เคยตอบเรื่องนี้เลยเพราะพรบ.สุขภาพแห่งชาติบนพื้นฐาน ยอมรับเศรษฐฐานะไม่ include เขาพยายามจะทำเรื่องเศรษฐฐานะที่เป็น public service รัฐบาลปัจจุบันกำลังทำที่จะแบ่งเส้นขนมชั้นที่หนึ่งที่เป็น Benefit package อันนี้คือเป็น public service แต่รัฐบาลก็ยังยอมรับถึงความต่างที่จะให้มี additionalbenefit package เพราะฉะนั้นคำตอบที่คนเราที่จะต้องเหมือนกันหรือไม่ รัฐบาลชุดนี้กำลังก็เหมือนกันในส่วนหนึ่งแต่อีกส่วนหนึ่งไม่เหมือนกันก็มีนะ เพราะฉะนั้นไม่ได้บอกว่าทุกสิ่งทุกอย่างต้องเหมือนกันทั้งหมด

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

เงินเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดการบริการจากสถานพยาบาล ซึ่งคนที่มีฐานะที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจเลือกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองโดยไม่ใช้สิทธิที่มี เพราะรู้ว่าสิทธิที่ได้รับเป็นอย่างไร นอกจากนี้วิธีการจ่ายเงินในการรักษาพยาบาลของแต่ละสิทธิมีความแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเหมือนกัน แต่อัตราค่าใช้จ่ายไม่เท่ากัน ซึ่งใครมีอำนาจการจ่ายที่มากกว่าย่อมได้รับคุณภาพการบริการที่ดีกว่า สอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 1 ดังว่า

“สำหรับผมในแง่ของเงินเลยนะ อันนั้นคือ Provider ต้องมองว่าโรงพยาบาล เป็น ผู้ให้บริการตามฐานะของคนที่มาใช้ ผมอาจมีสิทธิ UC แต่ผมไม่ใช่สิทธิ UC เพราะผมรู้แล้วว่าสิทธิ UC เป็นอย่างไร เขาก็มีสิทธิที่จะเลือกที่จะจ่ายเองโดยไม่ต้องสนใจว่าใช้สิทธิ UC ก็ได้เพราะว่าที่มาของเงินก็แตกต่างกันในเรื่องของการจ่ายเงินก็มีความแตกต่างกัน สิทธิ UC เป็นการเหมาจ่ายรายหัว ประกันสังคมก็เหมาจ่ายรายหัว แต่อัตราของทั้ง 2 กองทุนถ้ามาเทียบกันก็ไม่เท่ากัน เงินมันเหมือนกับว่า Provider ใครมีอำนาจการจ่ายได้มากกว่า เขาก็จะต้องบริหารต้นทุนหรือบริหารค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บยอมแตกต่างกัน อยู่แล้วอย่างการคาดหวังของคนเข้าไปรับการรักษา ถ้าไม่มีสิทธิพื้นฐานใดๆเลยก็ต้องอยู่ ที่ว่าตัวเองมีความสามารถในการจ่ายมากน้อยเท่าใดแค่นั้นถึงจะได้รับบริการตามคุณภาพ ถ้าตามหลักคิดแบบนี้เราจะไม่เห็นเลยว่าทุกอย่างแตกต่างจะถือว่าเริ่มมาก็แตกต่าง”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2561)

นอกจากนี้การบำบัดรักษาโรคไตมี 2 วิธี ซึ่งแต่ละกองทุนจะมีเงื่อนไขการรักษาเหมือนกัน แต่ผู้ป่วยเองที่รู้สึกลำบากไม่เท่าเทียมกัน แต่ในความเป็นจริงการรักษาแต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อเสียต่างกัน แล้วแต่มุมมอง เช่น วิธีการใช้เครื่องล้างไตจะให้ความสะดวกสบาย แต่ต้องมาล้าง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนวิธีการล้างแบบหน้าท้องจะมีราคาถูกมากสำหรับผู้ให้บริการ แต่ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย เพราะสามารถล้างเองได้ที่บ้านซึ่งวิธีนี้จะเหมาะกับผู้ป่วยสูงวัยเนื่องจากการมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ต่อสัปดาห์เป็นสิ่งที่ลำบากอย่างไรก็ตามการรักษาทั้ง 2 วิธีให้ผลการรักษาซึ่งแพทย์ยอมรับเหมือนกัน ดังนั้นบางอย่างจึงไม่จำเป็นต้องเท่าเนื่องจากมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบคือคนป่วย ต้องการเลือกวิธีการรักษาจึงทำให้เกิดความแตกต่างขึ้นปัจจุบันได้ให้เอกชนเข้ามาให้บริการเพิ่มขึ้น ผู้มีสิทธิในระบบสุขภาพสามารถเข้ารับการรักษาได้มากขึ้นกรณีโรงพยาบาลศูนย์เต็ม แต่ค่าใช้จ่ายส่วน ต่างที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยต้องจ่ายเอง แต่ในระยะยาวประเทศอาจจะล้มละลายได้เพราะเครื่องมือเหล่านี้ ไม่ได้ผลิตจากประเทศไทย ซึ่งต่างกับวิธีการล้างแบบหน้าท้องซึ่งองค์การเภสัชชาติได้ในราคาที่ถูกลง อย่างไม่รู้ก็ตามทุกคนย่อมต้องการสิ่งที่ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 9 ดังว่า

“โรคไตเค้การรักษายู่ 2 แบบซึ่งแต่ละกองทุนมันเหมือนกัน มันก็มีปัญหากับ คนไข้ที่รู้สึกลำบากไม่เท่าเทียมกัน แต่ผมเป็นคนรักษาผมรู้ว่าการรักษาแต่ละแบบจะมีข้อดี ข้อเสียต่างกันแล้วแต่มุมมอง เช่นการใช้เครื่องล้างมันสบาย แต่สัปดาห์หนึ่งคุณต้องมา หลายครั้ง การล้างแบบหน้าท้องอันนี้จะถูกมากสำหรับผู้ให้บริการ คุณไม่ต้องมารพ.บ่อย ถ้าการใช้เครื่องล้างมันสบาย แต่สัปดาห์หนึ่งคุณต้องมาหลายครั้ง แต่ถ้าพ่อแม่คุณอายุ มาก การมาโรงพยาบาล สัปดาห์หนึ่งหลายครั้งมันลำบาก การให้แบบหน้าท้องก็จะ



สะดวกกว่าเพราะคุณสามารถทำได้ที่บ้าน ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย เพราะการล้างไตแบบท่อที่หนึ่งใช้เวลานาน และต้องมาล้างบ่อย สัปดาห์หนึ่ง 2-3 ครั้ง แต่การรักษาทั้ง 2 วิธีให้ผลการรักษาแพทย์ยอมรับเหมือนกัน แต่แค่คุณรู้สึกว่ามันไม่เท่าเทียมกัน ผมกำลังอธิบายว่าบางอย่างมันไม่จำเป็นต้องเท่ากันมันมีข้อดีข้อเสียอยู่ๆ แต่ตอนนี้เขาพยายามทำให้เหมือนกันละ คือตอนนี้ปัญหาระบบคือคนไข้อยากเลือก มันก็เลยมีความต่าง ตอนนี้ข้อดีก็คือเขาปล่อยให้เอกชนลงทุน เบิกได้ เบิกได้หมายความว่ามีความจำเป็นคือถ้าโรงพยาบาลเต็มคุณสามารถไม่ตามศูนย์แต่อาจจ่ายเพิ่ม แต่ที่เหลือหลักประกันเค้าจ่ายแต่ระยะยาวประเทศจะล้มละลายเพราะของพวกนี้ *not made in Thailand* แต่แบบหน้าห้ององค์การเภสัชทำได้ถูกมาก ก็แล้วแต่ส่วนตัวทุกคนก็อยากได้ของดีที่สุด แต่ถ้าดูในภาพรวมของประเทศมันแข็ง ยิ่งผูกเป็นดอกเห็ดคุณดูได้เลยประเทศแข็งแรง คือศูนย์ทั้งหมดเพราะ *not made in Thailand*”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 9, สัมภาษณ์วันที่ 4 เมษายน 2561)

นอกจากนี้ระบบประกันสังคมยังมีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด คือการกำหนดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 โดยพิจารณาจากรื่องร้องเรียนจากผู้มาใช้สิทธิที่สถานพยาบาล เป็นการจ่ายเพิ่มเติมให้เป็นรางวัลให้แก่สถานพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้มีการบริการที่ดีให้กับผู้ประกันตน โดยจ่ายให้สูงสุด 60 บาทต่อคนต่อปี น้อยสุด 4 บาทต่อคนต่อปีซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ประกันตนในแต่ละสถานพยาบาล คือถ้ามีผู้ประกันตนมากก็ได้รับค่าตอบแทนมากด้วยสำนักประกันสังคมสามารถตรวจสอบเรื่องร้องเรียนจากผู้ประกันตนได้จาก ศูนย์ดำรงธรรม และหน่วยร้องเรียนอื่นๆซึ่งข้อมูลเหล่านี้ศูนย์สารสนเทศของสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและนำผลข้อมูลมาพิจารณาเพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพให้กับสถานพยาบาล

การจ่ายเพิ่มเติมนี้อาจดูได้จากผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล โดยดูจากข้อมูลสรุปการจำหน่ายคนป่วยออกจากสถานพยาบาล ว่าสถานการณ์ที่จำหน่ายและประเภทการจำหน่ายเป็นอย่างไร เช่นคนไข้อาการดีขึ้นแพทย์ยินยอมให้กลับบ้าน เป็นต้น ส่วนดูเกณฑ์การจำหน่ายว่าพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ โดยดูภาพรวมการเข้ารับการรักษาทั้งหมดและกำหนดเกณฑ์คะแนนขึ้นมา ส่วนกรณีการจำหน่ายที่ไม่ดี ได้แก่ ตาย หรือหนักกลับบ้าน หรือผู้ประกันตนปฏิเสธการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักท่านที่ 6 ดังว่า

“ประกันสังคมมีการจ่ายตัวหนึ่งเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 คือจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด คือการกำหนดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เราก็จะดูจากเรื่องร้องเรียน เป็นการจ่ายเหมือน reword เพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลบริการให้กับผู้ประกันตนให้ดี เกณฑ์การให้คะแนนก็จะดูจ่ายเรื่องร้องเรียนถ้าเรื่องร้องเรียนน้อยคะแนนก็จะมาก เราก็จะจ่ายสูงสุด 60 บาทต่อคนต่อปี น้อยสุดก็ 4 บาทต่อคนต่อปี ถ้ามีผู้ประกันตนเยอะก็จะได้เยอะ ของเราก็จะมีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ประกันตน ถ้าร้องเรียนไปที่โรงพยาบาลเราจะไม่ทราบข้อมูล ถ้าเขาร้องไปที่สำนักงานประกันสังคม ศูนย์ดำรงธรรม เราจะทราบข้อมูล ข้อมูลเหล่านี้ศูนย์สารสนเทศของเราจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและก็จะส่งข้อมูลขึ้นมา อันนี้เป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ

เรื่องที่ 2 การจ่ายเพิ่มขึ้นมา เป็นการจ่ายแบบ Out come โดยดูจาก discharge การรักษา ซึ่งก่อนคนไข้จะออกจากโรงพยาบาลหมอก็จะสรุป Summary discharge ว่า สถานการณ์จำหน่ายและประเภทการจำหน่ายเป็นอย่างไร ซึ่งในนั้นจะสรุปการรักษา เช่น คนไข้อาการดีขึ้นแพทย์ยินยอมให้กลับบ้าน เราก็ดูจากสรุปข้อมูล discharge ทั้งหมดและสรุปเกณฑ์การจำหน่าย เราก็มีเกณฑ์การจ่ายที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เราจะดูภาพรวมของแอดมิสชันทั้งหมดและกำหนดเกณฑ์คะแนนขึ้นมา ถ้ากรณีที่ discharge ที่แย่ คือ ตาย หรือหนีกลับบ้าน หรือผู้ประกันตนปฏิเสธการรักษา”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, สัมภาษณ์วันที่ 25 พฤษภาคม 2561)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักสรุปได้ว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุนประกอบด้วย 4 ด้าน ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 สรุปปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุนประกอบด้วย 4 ด้าน

| ปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน | ประเด็นปัญหา  |
|---|---|
| 1. ด้านสิทธิประโยชน์                      | <p>1. ประชาชนทั้ง 3 สิทธิ ได้รับสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนแตกต่างกันเช่น การเกิดสิทธิ การเลือกสถานพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา</p> <p>2. เงื่อนไขการในการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 สิทธิมีความแตกต่างกันบางกรณีถึงแม้จะให้สิทธิในการรักษาพยาบาลเหมือนกัน เช่น การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง การทำฟัน การคลอด เป็นต้น</p> <p>3. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดียวที่ให้บริการครบ 4 ด้านได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>4. ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเนื่องจากไม่ครอบคลุมอยู่สิทธิประโยชน์</p> <p>5. ประชาชนแต่ละสิทธิได้รับทางเลือกในการรักษาเกี่ยวกับยา อุปกรณ์ และอวัยวะเทียมที่แตกต่างกัน</p> <p>6. ประชาชนไม่สามารถเลือกใช้สิทธิที่ดีกว่า เช่นในกรณีทีออกจากสิทธิประกันสังคมแต่ยังไม่สามารถใช้สิทธิอื่นได้ทันทีเพราะประกันสังคมคุ้มครองต่ออีก 6 เดือน</p> <p>7. ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการที่ตนได้ขึ้นทะเบียนไว้เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรักษายาบาลโรงพยาบาลรัฐได้ทั่วประเทศ</p> <p>8. ประชาชนที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการคุ้มครอง</p> <p>9 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลและให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย แต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มี</p> <p>10 วิธีการรักษาพยาบาลบางโรคสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่คุ้มครองทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนเกินเมื่อต้องมารับการรักษา เช่น การผ่าตัดส่องกล้องตัดถุงน้ำดี</p> |

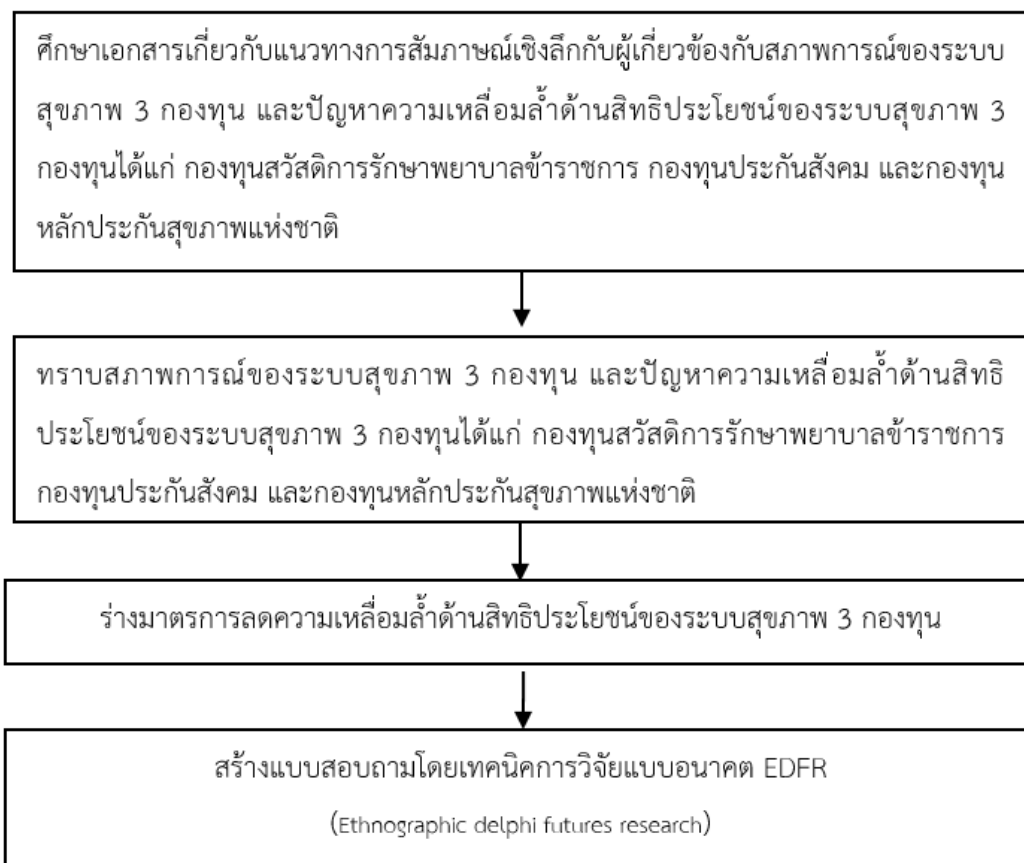
| ปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน | ประเด็นปัญหา   |
|---|--|
| 2. การเงินการคลัง                         | <p>1. รัฐบาลจัดสรรเงินงบประมาณให้กับระบบสุขภาพ 3 กองทุนไม่เท่ากัน โดยจัดสรรงบประมาณให้สวัสดิการรักษายาบาลราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 100 แต่กองทุนประกันสังคมจัดให้เพียงบางส่วน</p> <p>2. อัตราค่าตอบแทนแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนสูงโรงพยาบาลรัฐบาลทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนจะแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล</p> <p>3. การควบคุมการจ่ายยาของแต่ละกองทุนยังไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. การควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนยังมีความแตกต่างกันในค่าตอบแทน</p> <p>5. ระบบการตรวจสอบสิทธิยังไม่ครอบคลุมและทันสมัย เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลาย โรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย</p> <p>6. ในระบบสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยขาดมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีควมจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ</p> |
| 3. การบริหารจัดการ                        | <p>1. การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันไม่ได้เป็นในแนวทางทางเดียวกัน</p> <p>2. การเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน ไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน</p> <p>3. ระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มยังไม่ทันสมัย ตรวจสอบได้ยาก มีขั้นตอนมาก</p> <p>4. ไม่มีหน่วยงานกลางเข้ามาบริหารระบบร่วมกันของทั้ง 3 กองทุนให้มีการบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน</p> <p>5. ขาดการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน</p> <p>6. ระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังขาดการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง</p>   |
|   | <p>7. ขาดการกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน</p>   |

| ปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน | ประเด็นปัญหา   |
|---|--|
|   | <p>8. ระบบการตรวจสอบลงทะเบียนสิทธิ ประชาชนยังไม่สามารถลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล</p> <p>9. ขาดการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีสิทธิ เพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบสุขภาพในภาพรวม</p>   |
| <p><b>4. คุณภาพการบริการ</b></p>          | <p>1. สถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในการใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ ซึ่งยังไม่มีมาตรฐานและคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ</p> <p>2. สถานพยาบาลยังขาดอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ</p> <p>3. ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation)</p> <p>4. ขาดการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม</p> <p>5. ขาดการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ ในการป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ</p> <p>6. ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์</p> <p>7. สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องยังเน้นรูปแบบแสวงหาผลกำไร และผู้ป่วยได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสมและไม่เท่าเทียมกัน</p> <p>8. ขาดกลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย</p> |

สรุปจากที่กล่าวมาข้างต้นในการศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนทำให้ทราบถึงประเด็นที่สามารถนำมาวางแผนและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในตอนที 3

จากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 25 ท่าน เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และปัญหาความเหลื่อมล้ำด้าน

สิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนทำให้ได้ร่างมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ตามแผนภูมิดังนี้



ภาพที่ 10 สรุปขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 ร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

การวิจัยรอบนี้ผู้วิจัยได้สอบถามผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน โดยการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเพื่อให้ตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยและเป็นข้อเสนอในการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนผลการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์สามารถร่างข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนได้ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ด้านสิทธิประโยชน์ 2) ด้านการเงินการคลัง 3) ด้านการบริหารจัดการ และ 4) ด้านคุณภาพการบริการ

1. ผลการวิเคราะห์คำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้วิจัยได้ร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนด้วยเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic delphi future research) จำนวน 2 รอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่านผู้วิจัยนำผลการตอบแบบสอบถาม มาดำเนินการวิเคราะห์หาค่าคำตอบที่ได้ทางสถิติ ปรับแก้ไขคำถามที่ไม่ชัดเจนให้ตรงประเด็นมากขึ้น และเพิ่มตำแหน่งของมัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) เพื่อพิจารณายืนยันการคงไว้ของคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปอภิปรายตามกระบวนการวิจัย นำเสนอเป็นร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 20 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านสิทธิประโยชน์

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR. (Q3-Q1) ≤ 1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|---|-------------|
| <b>1. ด้านสิทธิประโยชน์</b>   |                 |   |             |
| 1.1 ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมียุทธในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม                          | 5.00            | 0.00  | เหมาะสม     |
| 1.2 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน  | 5.00            | 1.00  | เหมาะสม     |
| 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งอย่างเท่าเทียมกัน                     | 4.00            | 2.50  | ไม่เหมาะสม  |
| 1.4 ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ | 5.00            | 1.00  | เหมาะสม     |
| 1.5 ควรให้บุคคลมีสิทธิเลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้  | 5.00            | 1.00  | เหมาะสม     |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ  | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|--|-----------------|--|-------------|
| รวมทั้งกรณีที่บุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มในหลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสวัสดิการได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย   |                 |  |             |
| 1.6 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบและได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.7 ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาลผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้   | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.8 สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.9 การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึงบริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจเอกชน หรือแรงงาน  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.10 การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของการรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชนทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 2 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) ค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านสิทธิประโยชน์มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้



เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range)  $(Q3-Q1) \leq 1.5$  ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสมแต่มีบางข้อที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไข

ตารางที่ 21 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านการเงินการคลัง

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR. (Q3-Q1) ≤ 1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|---|-------------|
| <b>2.ด้านการเงินการคลัง</b>   |                 |   |             |
| 2.1 รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน         | 4.00            | 1.00  | เหมาะสม     |
| 2.2 จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น                    | 4.00            | 1.00  | เหมาะสม     |
| 2.3 จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน      | 4.00            | 1.00  | เหมาะสม     |
| 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ โรงพยาบาล และทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบราคาการรักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน | 4.00            | 2.00  | ไม่เหมาะสม  |
| 2.5 จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบริการสุขภาพของทุกกองทุน  | 4.00            | 1.00  | เหมาะสม     |
| 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนต่างกันได้ไม่เกินร้อยละ 5                            | 4.00            | 2.00  | ไม่เหมาะสม  |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ  | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|--|-----------------|--|-------------|
| 2.7 ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลายโรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 2.8 ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีควมจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ                                      | 4.00            | 1.50   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 21 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 2 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านการเงินการคลัง มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1) ≤ 1.5 ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม แต่มีบางข้อที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไข

ตารางที่ 22 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2  
ประเด็นเกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการ

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ  | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|--|-----------------|--|-------------|
| <b>3.ด้านการบริหารจัดการ</b>   |                 |  |             |
| 3.1 พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน                              | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปทิศทางเดียวกัน   | 4.00            | 0.50   | เหมาะสม     |
| 3.3 พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้องและไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน | 5.00            | 0.50   | เหมาะสม     |
| 3.4 จัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.5 การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.6 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง                                   | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่าย และคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน      | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล  | 4.00            | 2.00   | ไม่เหมาะสม  |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| 3.9 การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบสุขภาพในภาพรวม | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 2 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านการบริหารจัดการ มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1) ≤ 1.5 ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม แต่มีบางข้อที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไข

ตารางที่ 23 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับด้านคุณภาพการบริการ

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| <b>4.ด้านคุณภาพการบริการ</b>  |                 |  |             |
| 4.1 สถานพยาบาลต้องใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.2 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.3 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท.ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.4 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม   |                 |  |             |
| 4.5 ให้หน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ                    | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.6 ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.7 สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.8 พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย                         | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 23 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 2 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) ค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านคุณภาพการบริการ มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1) ≤ 1.5 ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม

ตารางที่ 24 ตารางเปรียบเทียบแบบสอบถามเดิมและแบบสอบถามใหม่ที่มีการปรับปรุงแก้ไข

| แบบสอบถามเดิมใน EDFR รอบที่ 2   | แบบสอบถามใหม่ที่มีการปรับปรุง<br>ตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ   |
|---|--|
| 1. ด้านสิทธิประโยชน์  |  |
| 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งอย่างเท่าเทียมกัน | 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน      |
| 2. ด้านการเงินการคลัง   |  |
| 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ โรงพยาบาล และทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาค่าบริการพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน       | 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาค่าบริการพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน |
| 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ให้มีค่าตอบแทนต่างกันไม่เกินร้อยละ 5  | 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้มีค่าตอบแทนอย่างเท่าเทียมกัน                                   |
| 3. ด้านการบริหารจัดการ  |  |
| 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล  | 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิโดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เพื่อให้ประชาชนสามารถลงทะเบียนสิทธิได้อย่างทั่วถึงในทุกสถานพยาบาล                            |

2. ผลการวิเคราะห์คำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

การวิเคราะห์คำตอบในรอบที่ 3 เป็นการวิเคราะห์คำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พร้อมข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) อีกครั้งเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันในคำตอบเดิมในแต่ละข้อคำถาม ผลการศึกษาคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 25 ผลแสดงความคิดเห็นการวางแผนและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3  
ประเด็นเกี่ยวกับด้านสิทธิประโยชน์

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ  | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|--|-----------------|--|-------------|
| <b>1.ด้านสิทธิประโยชน์</b>   |                 |  |             |
| 1.1 ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์<br>ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่าง<br>เท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะ<br>มีสิทธิในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม                                      | 5.00            | 0.00   | เหมาะสม     |
| 1.2 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทาง<br>การแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้<br>มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน   | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาใน<br>สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้ง<br>อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษา<br>ได้อย่างเท่าเทียมกัน  | 4.00            | 1.50   | เหมาะสม     |
| 1.4 ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุข<br>ได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพทั้งการสร้าง<br>เสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจ<br>วินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู<br>สมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ          | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.5 ควรให้บุคคลมีสิทธิเลือกใช้หลักประกัน<br>สุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้<br>รวมทั้งกรณีที่บุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มใน<br>หลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับ<br>สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.6 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการ<br>สาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบและได้รับ<br>การคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตาม<br>การวินิจฉัยทางการแพทย์  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.7 ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความ<br>เสียหายจากบริการรักษาพยาบาลผู้เสียหาย   | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ  | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|--|-----------------|--|-------------|
| หรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้   |                 |  |             |
| 1.8 สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.9 การเข้าถึงบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึงบริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจเอกชน หรือแรงงาน   | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 1.10 การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของการรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชนทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 25 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 3 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านสิทธิประโยชน์มีโอกาสเป็นไปได้โดยมี ค่ามัธยฐาน(Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1)  $\leq 1.5$  ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม



ตารางที่ 26 ผลแสดงความคิดเห็นการวางแผนและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3  
ประเด็นเกี่ยวกับด้านการเงินการคลัง

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| <b>2.ด้านการเงินการคลัง</b>   |                 |  |             |
| 2.1 รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน                 | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 2.2 จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น                            | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 2.3 จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน              | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาค่าบริการ โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน                    | 4.00            | 1.50   | เหมาะสม     |
| 2.5 จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่าบริการ และบริการสุขภาพของทุกกองทุน   | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนอย่างเท่าเทียมกัน  | 4.00            | 1.50   | เหมาะสม     |
| 2.7 ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การ | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| เข้ารับการรักษาหลายโรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย   |                 |  |             |
| 2.8 ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีควมจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ | 4.00            | 1.50   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 26 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 3 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านการเงินการคลัง มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1)  $\leq 1.5$  ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม

ตารางที่ 27 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการ

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| <b>3.ด้านการบริหารจัดการ</b>  |                 |  |             |
| 3.1 พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน                           | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.3 พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้องและไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ  | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|--|-----------------|--|-------------|
| 3.4 จัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบ<br>ร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้<br>หน่วยงานเดียวกัน  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.5 การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศ<br>กลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้<br>ประโยชน์ร่วมกัน  | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.6 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบ<br>การตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็น<br>มาตรฐานเดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่าง<br>ต่อเนื่อง                                 | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการ<br>ระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่าย<br>และคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและ<br>กลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลาย<br>ภาคส่วน | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิโดยนำเทคโนโลยีที่<br>ทันสมัยมาใช้เพื่อให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียน<br>สิทธิได้อย่างทั่วถึงในทุกสถานพยาบาล                                       | 4.00            | 1.50   | เหมาะสม     |
| 3.9 การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิอย่างเป็น<br>ระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำ<br>ข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบ<br>สุขภาพในภาพรวม                      | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 27 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 3 พบว่า ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านการบริหารจัดการ มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1)  $\leq 1.5$  ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม

ตารางที่ 28 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ EDFR รอบที่ 3  
ประเด็นเกี่ยวกับด้านคุณภาพการบริการ

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| <b>4.ด้านคุณภาพการบริการ</b>  |                 |  |             |
| 4.1 สถานพยาบาลต้องใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.2 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.3 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท.ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.4 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตนเอง มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม               | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.5 ให้งานวิชาการวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.6 ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์  | 4.00            | 1.00   | เหมาะสม     |
| 4.7 สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน                                     | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ   | มัธยฐาน<br>Mdn. | ค่าพิสัย<br>ระหว่างควอไทล์<br>IR.(Q3-Q1)≤1.5 | ความเหมาะสม |
|---|-----------------|--|-------------|
| 4.8 พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้<br>บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับ<br>ความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความ<br>เสียหาย | 5.00            | 1.00   | เหมาะสม     |

จากตารางที่ 28 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม EDFR รอบที่ 3 พบว่า ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับแนวทางและมาตรการ ด้านคุณภาพการบริการ มีโอกาสเป็นไปได้โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) (Q3-Q1) ≤ 1.5 ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสม

### 3. ผลการวิเคราะห์คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปรียบเทียบรอบที่ 2 และ 3

การวิเคราะห์คำตอบในรอบที่ 2 และ 3 เป็นการวิเคราะห์คำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พร้อมข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) อีกครั้งเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันในคำตอบเดิมในแต่ละข้อคำถาม ผลการศึกษาคำตอบของผู้เชี่ยวชาญโดยการเปรียบเทียบในรอบที่ 2 และ 3 ได้จากการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีรายละเอียดตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 29 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่ 2 และ 3 ประเด็นด้านสิทธิประโยชน์

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน  | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง<br>Md. | ระดับ<br>ความ<br>เหมาะสม |
|--|----------|----------|----------|----------|---------------|--------------------------|
|  | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |               |                          |
|  | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |               |                          |
| <b>1.ด้านสิทธิประโยชน์</b>   |          |          |          |          |               |                          |
| 1.1 ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิ<br>ประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการ<br>รักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และ<br>มีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมียุทธิน<br>การรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม | 5.00     | 0.00     | 5.00     | 0.00     | 0.00          | มากที่สุด                |

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน   | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง<br>Md. | ระดับ<br>ความ<br>เหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|---------------|--------------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |               |                          |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |               |                          |
| 1.2 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน  | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน   | 4.00     | 2.50     | 4.00     | 1.50     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.4 ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ            | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.5 ควรให้บุคคลมีสิทธิเลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้รวมทั้งกรณีที่มีบุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มในหลักประกันสุขภาพ บุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.6 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบและได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์   | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.7 ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาลผู้เสียหายหรือทายาทฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้   | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน  | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง<br>Md. | ระดับ<br>ความ<br>เหมาะสม |
|--|----------|----------|----------|----------|---------------|--------------------------|
|  | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |               |                          |
|  | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |               |                          |
| 1.8 สร้างกลไกการดำเนินการและการ<br>ตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของ<br>ประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะ<br>กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุม<br>คุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.9 การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่ง<br>เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้<br>ชัดเจนในการเข้าถึงบริการ โดยไม่ต้อง<br>เสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่า<br>ประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับ<br>ราชการ รัฐวิสาหกิจเอกชน หรือ<br>แรงงาน  | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 1.10 การรักษาพยาบาลที่ต้องมี<br>ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุ<br>รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของการ<br>รักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็น<br>การรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการ<br>รักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชนทุก<br>คนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้ง<br>ข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อม<br>ล้ำทางสังคม | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |

จากตารางที่ 29 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของด้านสิทธิประโยชน์และ  
แนวทางดำเนินการที่ได้จากการทำ EDFR แบบปรับปรุง (รอบที่ 3) พบว่าแนวทางและมาตรการ  
ลดความเหลื่อมล้ำทุกข้ออยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด

ตารางที่ 30 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่ 2 และ 3 ประเด็นด้านการเงินการคลัง

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน  | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง Md. | ระดับความเหมาะสม |
|--|----------|----------|----------|----------|------------|------------------|
|  | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |            |                  |
|  | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |            |                  |
| <b>2.ด้านการเงินการคลัง</b>  |          |          |          |          |            |                  |
| 2.1 รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน    | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 2.2 จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น               | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 2.3 จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุม ตรวจสอบ ราคาการรักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน | 4.00     | 2.00     | 4.00     | 1.50     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 2.5 จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและบริการสุขภาพของทุกกองทุน  | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ให้มีค่าตอบแทนอย่างเท่าเทียมกัน                               | 4.00     | 2.00     | 4.00     | 1.50     | 0.00       | มากที่สุด        |



| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน   | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง Md. | ระดับความเหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|------------|------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |            |                  |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |            |                  |
| 2.7 ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลายโรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 2.8 ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลัก โดยไม่มีความจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายยาต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายยี่ห้อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ                                 | 4.00     | 1.50     | 4.00     | 1.50     | 0.00       | มากที่สุด        |

จากตารางที่ 30 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของด้านการเงินการคลังและแนวทางดำเนินการที่ได้จากการทำ EDFR แบบปรับปรุง (รอบที่ 3) พบว่าแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำทุกข้ออยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด

ตารางที่ 31 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่ 2 และ 3 ประเด็นด้านการบริหารจัดการ

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน   | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง Md. | ระดับความเหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|------------|------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |            |                  |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |            |                  |
| <b>3.ด้านการบริหารจัดการ</b>  |          |          |          |          |            |                  |
| 3.1 พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน   | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง<br>Md. | ระดับ<br>ความ<br>เหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|---------------|--------------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |               |                          |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |               |                          |
| 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บ<br>ค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไป<br>ทิศทางเดียวกัน  | 4.00     | 0.50     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.3 พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิ<br>สวัสดิการรักษายาบาลของ<br>ประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่<br>ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย<br>หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการ<br>ลงทะเบียน | 5.00     | 0.50     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.4 จัดให้มีกลไกกลางในการบริหาร<br>ระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหาร<br>จัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน   | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.5 การบูรณาการระบบข้อมูล<br>สารสนเทศกลาง และการติดตาม<br>ประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน   | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.6 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณา<br>การระบบการตรวจสอบ (Auditing<br>system) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และ<br>มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง   | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณา<br>การระบบกำกับดูแล และตรวจสอบ<br>การเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐาน<br>บริการภายใต้ระบบและกลไก<br>ดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลาย<br>ภาคส่วน        | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิโดยนำ<br>เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เพื่อให้ประชาชน<br>สามารถลงทะเบียนสิทธิได้อย่างทั่วถึงใน<br>ทุกสถานพยาบาล   | 4.00     | 2.00     | 4.00     | 1.50     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 3.9 การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ<br>อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส   | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน                 | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง<br>Md. | ระดับ<br>ความ<br>เหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|---------------|--------------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |               |                          |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |               |                          |
| เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบสุขภาพในภาพรวม |          |          |          |          |               |                          |

จากตารางที่ 31 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของด้านการบริหารจัดการและแนวทางดำเนินการที่ได้จากการทำ EDFR แบบปรับปรุง (รอบที่ 3) พบว่าแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำทุกข้ออยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด

ตารางที่ 32 ผลแสดงความคิดเห็นการร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน EDFR เปรียบเทียบรอบที่ 2 และ 3 ประเด็นด้านคุณภาพการบริการ

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของ<br>ระบบสุขภาพ 3 กองทุน   | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง<br>Md. | ระดับ<br>ความ<br>เหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|---------------|--------------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |               |                          |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |               |                          |
| <b>4.ด้านคุณภาพการบริการ</b>  |          |          |          |          |               |                          |
| 4.1 สถานพยาบาลต้องใช้จ่ายหลักแห่งชาติและยาซื้อสามัญมีมาตรฐานและคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ   | 5.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 1.00          | มากที่สุด                |
| 4.2 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ   | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 4.3 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท.ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ (Participation) | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |
| 4.4 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยง   | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00          | มากที่สุด                |

| มาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน   | EDFR     |          | EDFR     |          | ผลต่าง Md. | ระดับความเหมาะสม |
|---|----------|----------|----------|----------|------------|------------------|
|   | รอบที่ 2 | รอบที่ 2 | รอบที่ 3 | รอบที่ 3 |            |                  |
|   | Md.      | IR.      | Md.      | IR.      |            |                  |
| การดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่องและได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม  |          |          |          |          |            |                  |
| 4.5 ให้งานหน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ                 | 5.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 1.00       | มากที่สุด        |
| 4.6 ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์  | 4.00     | 1.00     | 4.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 4.7 สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |
| 4.8 พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย                         | 5.00     | 1.00     | 5.00     | 1.00     | 0.00       | มากที่สุด        |

จากตารางที่ 32 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของด้านคุณภาพการบริการและแนวทางดำเนินการที่ได้จากการทำ EDFR แบบปรับปรุง (รอบที่ 3) พบว่าแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำทุกข้ออยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด

#### ตอนที่ 4 รับรองแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม Focus group discussion

จากการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในวันพุธ ที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา 10:00-12:00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์ จังหวัดนนทบุรี ได้มีการเสนอข้อสรุปถึงแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ใน 4 ด้านข้างต้น มีการอภิปรายซักถาม

และแสดงความเห็นในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความหมายและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้พิจารณาความเชื่อมโยงกับการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิค EDR และมีความเห็นอย่างฉันทามติ (Consensus) เห็นพ้องต้องกันในประเด็นต่างๆ ทั้งในภาพรวมของแนวทางและมาตรการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้ดังนี้

1. ความเหมาะสมของแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน เพื่อสร้างแนวทางและมาตรการอย่างชัดเจนและครอบคลุมทุกด้าน โดยแนวทางและมาตรการดังกล่าวเพื่อจัดการกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาแนวทางและมาตรการให้มีประสิทธิภาพ โดยให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมประชุมได้พิจารณาแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยในทุกประเด็น โดยมีความเห็นว่าแนวทางและมาตรการนั้นเป็นไปได้และเหมาะสม

ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วยแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำดังนี้ 1) ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมีความสามารถในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม 2) การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน 3) ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน 4) ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ 5) ควรให้บุคคลมีสิทธิเลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้รวมทั้งกรณีที่บุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มในหลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย 6) ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบและได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ 7) ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาลผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ 8) สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกรณี

เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 9) การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึงบริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจเอกชน หรือแรงงาน และ 10) การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของการรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชนทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ด้านสิทธิประโยชน์ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยในทุกประเด็น มีความเห็นว่างานแนวทางและมาตรการนั้นเป็นไปได้และเหมาะสม

2) ด้านการเงินการคลัง ประกอบด้วยแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำดังนี้ (1) รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน (2) จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น (3) จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน (4) จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาค่าบริการพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน (5) จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่าบริการพยาบาล และบริการสุขภาพของทุกกองทุน (6) กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนอย่างเท่าเทียมกัน (7) ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลายโรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย และ (8) ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีเหตุจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายยาต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ ความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ด้านการเงินการคลัง ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยในทุกประเด็น มีความเห็นว่าแนวทางและมาตรการนั้นเป็นไปได้และเหมาะสม

3) ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วยแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำดังนี้ (1) พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (2) พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (3) พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการ

รักษาพยาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน (4) จัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน (5) การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน (6) เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง (7) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน (8) พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิโดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เพื่อให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนสิทธิได้อย่างทั่วถึงในทุกสถานพยาบาล และ(9) การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบสุขภาพในภาพรวมความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ด้านการบริหารจัดการ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยในทุกประเด็น มีความเห็นว่าเป็นไปได้อย่างเหมาะสม

4) ด้านคุณภาพการบริการประกอบด้วยแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ ดังนี้

(1) สถานพยาบาลต้องใช้อยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ (2) สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ (3) การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) (4) พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม (5) ให้องค์กรวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ (6) ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ (7) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน และ(8) พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย ความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ด้านคุณภาพการบริการ

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้ง 7 ท่านเห็นด้วยในทุกประเด็น มีความเห็นว่าเป็นไปได้อย่างเหมาะสม

## 2. ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมประชุม

จากการวิจัยพบว่า ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติร่วมกันว่า มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีความเหมาะสม ถ้าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทุกภาคส่วนต้องให้ความร่วมมือ และให้อำนาจในการบริหารโดยออกกฎหมายบังคับใช้ ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“จะต้องมีหน่วยงานที่เป็น Regulator ที่เป็นส่วนกลาง ที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยจัดการต้องมีอำนาจในการบริหารจัดการ โดยมีตัวกฎหมายก็ต้องมีเรื่องกลไกทางการเงินส่วนการเรื่องการบริหารจัดการก็ปล่อยให้แต่ละแห่งเขาบริหารจัดการไป ผมคิดว่าตรงนี้ต้องมีกฎหมายบังคับ และต้องมีกลไกทางการเงินที่จะช่วยจัดการ”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1, 27 มิถุนายน 2561)

ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วย ดังนี้

ในบริบทของประชาชนจะต้องดูแลสุขภาพตัวเองไม่ให้เจ็บป่วยเพื่อจะได้ไม่ต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ถึงแม้จะมีการดูแลตัวเองที่ดีแล้วแต่ก็ยังเจ็บป่วย หรืออาจจะนำมาซึ่งโรคต่างๆ ที่ร้ายแรง รัฐบาลก็ต้องเข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งกองทุนเองก็มีแหล่งเงินที่ไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องหาแหล่งเงินอื่นเข้ามาเสริมให้เพียงพอถ้ารัฐบาล ซึ่งขณะนี้รัฐบาลกำลังร่างกฎหมายขึ้นมาฉบับหนึ่งเพื่อนำเงินเข้าหลักประกันสุขภาพ คล้ายกับสสส.ที่เก็บภาษีเหล้าบุหรี่เข้ามาในระบบ เช่นเดียวกันคือต้องนำเงินจากภาษีนี้เข้ามาเติม เพื่อที่จะไม่จัดเก็บภาษีจากประชาชนโดยตรง หรือ การร่วมจ่าย (Co-payment) ที่ให้ประชาชนร่วมจ่ายเงินทุกครั้งที่เข้ามาโรงพยาบาล ณ จุดบริการ ซึ่งทำให้ประชาชนเดือนร้อนแน่นอนเพราะประชาชนไม่ได้มีเงินทุกคน ดังนั้นจึงจะเก็บเงินทางอ้อมก่อนที่จะเจ็บป่วยวิธีที่ง่ายที่สุดคือการเก็บภาษี เช่น ธุรกิจขายเครื่องดื่มที่มีรสหวานจะต้องจ่ายภาษีหักเข้ากองทุนประกันสุขภาพที่เปอร์เซ็นต์ อีกทั้งธุรกิจขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ที่นอกจากการจ่ายภาษีให้ สสส.แล้วจะต้องจ่ายอีกส่วนหนึ่งให้กับระบบสุขภาพด้วย เพราะธุรกิจเหล่านี้เป็นต้นเหตุของการทำให้ประชาชนเจ็บป่วย

ส่วนโรงพยาบาลควรมีการบริหารจัดการภายในองค์กร โดยไม่แสวงหากำไรจากประชาชน แต่ควรมีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างที่เป็นตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยไม่ใช้เงินเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการรักษา นอกจากนี้รัฐบาลจะต้องออกนโยบายเป็นกฎหมายเพื่อบังคับใช้และรับฟังความคิดเห็นรอบด้านตามรัฐธรรมนูญ และตามกฎหมายแต่ละอัน อีกทั้งควรมี



คณะกรรมการกลางที่เข้ามาควบคุมในเรื่องต่างๆ ดังที่กล่าวมานี้ ซึ่งความเหลื่อมล้ำจะน้อยลงแต่จะไม่หมดไป เพราะว่าแหล่งที่มาของกองทุนแตกต่างกัน ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ถ้ามองบริบทส่วนของประชาชนต้องดูแลสุขภาพตัวเองไม่ให้เจ็บป่วย เพื่อจะได้ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาล คุณต้องไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน ถึงเป็นแล้วแม้คุณดูแลสุขภาพตัวเองดี เมื่อไหร่เมื่อคุณไปนอนโรงพยาบาลจะนำมาซึ่งโรคไตวาย นำมาซึ่งโรคสารพัดโรค ซึ่งรัฐต้องไปอุ้ม ทำอย่างไรไม่ให้คนไข้เป็นโรคมะเร็งการที่คนลุกขึ้นมาต่อต้านเรื่องพาราไคดที่เข้ามา เป็นเรื่องของสุขภาพที่ต้องการไม่ไห้คนไทยบริโภคสารเคมีเข้ามาแล้วเป็นโรคมะเร็ง แล้วรัฐก็ต้องมาเสียเงินเพื่อรักษาคนไข้โรคมะเร็งอันนี้มองในบริบทการคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่ต้องมาดูแลด้วยกัน ในเมื่อเงินไม่พอก็ต้องหันมาดูแลสุขภาพของตัวเอง ถ้ามองบริบทของกองทุน กองทุนก็ต้องหาแหล่งเงินอื่นเข้ามาเสริมให้เพียงพอถ้ารัฐบาลเหมือนตอนนี้เขากำลังร่างกฎหมายขึ้นมาฉบับหนึ่งให้ว่าด้วยเอาเงินเข้ามาหลักประกันสุขภาพ คล้ายๆกับสสส.ที่เขาใช้เงินภาษีเหล่าบุหรี่ยี่เข้ามา เช่นเดียวกันเขาก็ต้องมีการหาภาษีนี้เข้ามาเติม เพื่อที่จะบอกว่าเงินเอง เราไม่ได้จัดเก็บจากประชาชนโดยตรง หรือ co payment ที่บอกว่าต้องจัดเงินทุกครั้งที่เข้ามาโรงพยาบาล ณ.จุดบริการ เพราะกรณีนี้ประชาชนเดือนร้อนแน่นอนเพราะประชาชนไม่ได้มีเงินทุกคน ระบบนี้ป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยของประชาชนทุกคนเพราะฉะนั้นเองเขาจะไม่เก็บเงิน ณ.จุดบริการ สิ่งที่เขาจะทำก็คือทำอย่างไรก็ตามที่จะเก็บเงินทางอ้อมก่อนที่เขาจะเจ็บป่วยก็คือการเก็บเงินก่อนหน้านี้ เก็บเงินอย่างไหน่งานที่สุดก็คือการเก็บภาษีที่ต้องเอี่ยมาร์ทมาเลยแต่แรก ถ้าคุณขายน้ำดื่มหวาน คุณต้องถูกรีมาทว่าคุณต้องจ่ายภาษีเท่าไร คุณต้องมีอีกที่ % เข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพ คุณขายเหล้า นอกจากหนึ่งคุณจ่ายภาษีให้สสส.ไปแล้วจะมีอีกหนึ่งที่คุณทำให้คนกินเหล้าแล้วขับไปชนคน หรือทำคนเจ็บไปโรงพยาบาลก็เอาเงินนี้ไปดูแลคนไข้ คนที่สูบบุหรี่ นอกจากคุณจ่ายภาษีให้สสส.ทำเรื่องของรณรงค์ป้องกัน ถ้าสูบบุหรี่แล้วเป็นมะเร็ง ต้องเอาเงินมาเข้ากองทุนเพื่อรักษาโรคมะเร็ง อันนี้จะถูกรีมาทเพื่อเอาเงินเข้ามาสนับสนุนกองทุนสุขภาพเพิ่มขึ้น อันนี้คือบริบทของการหาเงิน ส่วนเรื่องบริบทของโรงพยาบาลจะทำอย่างไรให้เหมาะสมคุ้มค่า อันนี้ที่ถือว่าเป็นเรื่องของ Internal management ของโรงพยาบาลที่จะบริหารอย่างไรให้อยู่ได้ ไม่ใช่ขาดทุน เพราะว่าเราไม่มองว่าประชาชนต้องได้กำไร เรามองว่าอยู่ได้โดยที่เขาใช้ทรัพยากรตามที่ควรจะเป็น ตามวิชาชีพของเขา ไม่ใช่ให้เขาว่าเงินได้น้อยต้องทำตัวเองอยู่ให้ได้ ไม่ให้โรงพยาบาลติดตัวแดง ให้โรงพยาบาลมีเงิน เหมือนกับพี่บอกอีรอสติกใช้ครั้ง

เดียวแล้วช่วยไม่ควรจะเกิดขึ้นก็ต้องมีระดับมาตรฐานกลางพอสมควรอันนี้เป็นต้น อันนี้มองบริบทของประชาชน บริบทของกองทุน บริบทของรัฐบาลที่ต้องออกนโยบาย กองทุนเอง management ก็จัดทำเป็นข้อเสนอ นโยบาย รัฐบาลก็ต้องออกกฎหมายมาเพื่อให้ได้ มันไม่ใช่ที่เราจะมาทำเดี่ยว แต่การทำต้องรับฟังความคิดเห็นรอบด้านตามรัฐธรรมนูญที่ต้องรับฟังความคิดเห็นตามกฎหมายแต่ละอัน อันนี้พูดถึงปัญหาอุปสรรค ถ้ามีคณะกรรมการกลางที่เข้ามาควบคุมในเรื่องต่างๆที่กล่าวมา ความเหลื่อมล้ำจะน้อยลงแต่จะไม่หมดไป เพราะว่าแหล่งที่มาของกองทุนต่างกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, 27 มิถุนายน 2561)

### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

ระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ในการรักษาพยาบาลระบบใด ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุนนั้น ประชาชนทุกคนควรจะได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ในการรักษาพยาบาลระบบกองทุนใดก็ตาม”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1, 27 มิถุนายน 2561)

นอกจากนี้ด้านสิทธิประโยชน์ ควรมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพควรมีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกันและประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งอย่างเท่าเทียมกัน ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ควรมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกันและประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งให้มีความเท่าเทียมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4, 27 มิถุนายน 2561)

ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ และประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของ ผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังว่า

“ประชาชนทุกคนต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ โดยการ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตาม การวินิจฉัยทางการแพทย์”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, 27 มิถุนายน 2561)

## 2) ด้านการเงินการคลัง

เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุน ควรมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกันและจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการ สาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น ดังคำกล่าวของ ผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังว่า

“เงินอุดหนุน 3 กองทุน จะต้องมีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิ ประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนให้เท่าเทียมกันและค่าบริการสาธารณสุขในอัตรา เดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 7, 27 มิถุนายน 2561)

นอกจากนี้ควรจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกันหรือจัดตั้ง คณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ โรงพยาบาล และทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาค่าบริการพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน ดังคำกล่าวของ ผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังว่า

“ทั้ง 3 กองทุน ควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกันหรือจัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาการรักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6, 27 มิถุนายน 2561)

### 3) ด้านการบริหารจัดการ

ระบบสุขภาพ 3 กองทุน จะต้องมีการพัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ว่า

“ระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ควรที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนให้ถูกต้อง และไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อน โดยอาจมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียนให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5, 27 มิถุนายน 2561)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน และพัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล รวมทั้งรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ว่า

“ทั้ง 3 กองทุนควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมบัญชีกลาง กระทรวงสาธารณสุข เข้ามากำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและ คุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน และพัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล รวมทั้งรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5, 27 มิถุนายน 2561)

#### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

ระบบสุขภาพ 3 กองทุน ต้องมีการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่างเหมาะสม และให้หน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ควรมีการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ให้มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่างเหมาะสม และให้หน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3, 27 มิถุนายน 2561)

นอกจากนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพรัฐควรทบทวนโดยให้ทุกกองทุนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานให้ระบบบริการของประชาชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ทิศทางและมาตรฐานเดียวกันดังคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“การเข้าถึงบริการสุขภาพรัฐควรทบทวนโดยให้ทุกกองทุนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานให้ระบบบริการของประชาชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2, 27 มิถุนายน 2561)

3. ข้อเสนอแนะ มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

##### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

(1) ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยไม่เลือกปฏิบัติในการจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลของแต่ละกองทุน

(2) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพ ควรมีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิควรมีความเท่าเทียมกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งกำหนดให้บุคคลมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

(3) การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ประชาชนทุกคนต้องสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน

(4) การพัฒนาสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน โดยกำหนดให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

## 2) ด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐควรจัดสรรงบประมาณให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน ให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับ

(2) ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานกลาง เข้ามาควบคุม กำกับดูแล อัตราค่าบริการสาธารณสุขให้มีอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน หรือ จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาการรักษา ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

(3) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน ต้องกำหนดอัตราค่าตอบแทนแพทย์พยาบาล ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้มีค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันการย้ายหรือเปลี่ยนสถานที่ทำงานไปยังที่ๆให้ค่าตอบแทนสูงกว่า

(4) การเงินการคลังจะต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เป็นธรรม

## 3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ ควรจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบร่วมกันเพื่อเข้ามาดูแลเรื่องงบประมาณและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

(2) ควรนำระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียนมาใช้ในการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system และระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของประชาชนทุกกลุ่มเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน

(3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน ควรมีการประสานงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน ยา และการรักษาให้เกิดความถูกต้อง โปร่งใส

4) ด้านคุณภาพการบริการ

(1) ในการรักษา การใช้ยา การให้บริการ การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในสถานพยาบาล ควรมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทั้ง 3 กองทุน

(2) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน จะต้องไม่แสวงหาผลกำไร จากผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน

(3) ควรสร้างกลไกในการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางการแพทย์ อย่างเป็นธรรม เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์





ภาพที่ 11 มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 3) ร่างข้อเสนอมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และ 4) นำเสนอและรับรองมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy research) ทั้งวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ร่วมกับเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR และการวิเคราะห์เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ศึกษาเอกสารโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการสร้างแบบวิเคราะห์โดยให้ครอบคลุมเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ตามบริบทของกฎหมาย นโยบายและมาตรการ และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสอบถามข้อมูลพื้นฐานบริบทของ ระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานและมีส่วนได้เสียที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 25 คน

**ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน**

โดยวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วยตำรา บทความวิชาการ เอกสารต่างๆ และ Website ต่างๆ และรายงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ผู้ให้

ข้อมูลหลัก (Key informant) เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 3 กลุ่มได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวม 26 คนโดยนำข้อมูลบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 และปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มาสังเคราะห์เพื่อร่างแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

### **ขั้นตอนที่ 3 ร่างข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน**

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 นำมาร่างข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำร่างมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนและนำร่างดังกล่าวไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาภาษาที่ใช้และนำมาหาค่า IOC ของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence: IOC) ผู้วิจัยได้ร่างมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ด้วยเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic delphi future research) จำนวน 2 รอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่านผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยวิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 17 ท่าน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์และมีส่วนได้เสียในเรื่องเกี่ยวกับมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ทั้งจากภาครัฐนักรวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ภาคเอกชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ตอบรับแบบสอบถามกลับมาครบจำนวน 17 ท่าน ผู้วิจัยนำผลการตอบแบบสอบถาม มาดำเนินการวิเคราะห์หาค่าคำตอบที่ได้ทางสถิติ ปรับแก้ไขคำถามที่ไม่ชัดเจนให้ตรงประเด็นมากขึ้น และเพิ่มตำแหน่งของมัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อพิจารณายืนยันการคงไว้ของคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปอภิปรายตามกระบวนการวิจัย นำเสนอเป็นร่างมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

### **ขั้นตอนที่ 4 รับรองมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน**

ผู้วิจัยตรวจสอบความเหมาะสมและรับรองมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 3 โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มนักรวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน เพื่อร่วมประเมินตรวจสอบความสำคัญและความเหมาะสม โดยการอภิปรายตามองค์ประกอบ

ของแนวทางการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในประเด็นต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำผลการวิจัยที่ได้มาปรับปรุงและเสนอแนะมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

## สรุปผลการวิจัย

### 1. วิเคราะห์สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาสภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) กลุ่มข้าราชการเจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public formal sector) รวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้นๆ (2) กลุ่มลูกจ้างเอกชน (Private formal sector) ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสังคม และ (3) กลุ่มประชาชนที่ได้รับการคุ้มครองตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทั้ง 3 กองทุนได้ครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิในประเทศไทย

นอกจากนี้ยังพบว่าหลักประกันสุขภาพจะครอบคลุมคนไทยเกือบทั้งประเทศ แต่หลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนยังมีความเหลื่อมล้ำกัน อาทิเช่น กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ บุคคลในครอบครัวจะได้รับการคุ้มครอง ซึ่งต่างจากกลุ่มลูกจ้างเอกชน ที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม บุคคลในครอบครัวจะไม่ได้รับการคุ้มครอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้มาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษายาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษายาบาล อันเนื่องมาจากความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อถึงคุณภาพของบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพอันเป็นผลจากการรักษายาบาลด้วย

ปัจจุบันโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ พบว่ายังมีความแตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษาพยาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษาพยาบาล อันเนื่องมาจากความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน จึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพอันเป็นผลจากการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งระบบสุขภาพ 3 กองทุนมีความแตกต่างหลายประเด็น ได้แก่

1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นสวัสดิการให้กับผู้ทำงานภาครัฐ ซึ่งมีรายได้น้อย เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจที่เสียสละทำงานเพื่อประชาชนส่วนรวม ส่วนระบบประกันสังคมมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อให้ประชาชนที่เป็นลูกจ้างเอกชนมีหลักประกันสุขภาพ เพื่อไม่ต้องมีความกังวลจากการปฏิบัติงาน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและยังมีรายได้ถึงแม้ว่าไม่มีงานทำ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานครอบคลุมคนไทยทั่วประเทศ

2) ด้านกลไกการอภิบาลระบบและหน่วยงานบริหารนั้น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นกลไกในการบริหารระบบและกรมบัญชีกลางเป็นหน่วยบริหารจัดการ ในขณะที่ระบบประกันสังคม มีคณะกรรมการประกันสังคม โดยมีตัวแทนคณะกรรมการมาจากภาครัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง มีสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยบริหารจัดการระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ภาครัฐ เอกชน องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ เป็นต้น และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยบริหารจัดการระบบ

3) แหล่งเงินของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากงบประมาณแผ่นดิน โดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมด ในขณะที่กองทุนประกันสังคมแหล่งเงินมาจากเงินสมทบจากรัฐ ซึ่งสร้างภาระให้กับนายจ้างและลูกจ้าง ส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธินั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนผู้ขอใช้สิทธิมากที่สุด และสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการใช้บริการและรูปแบบการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุนยังมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด และยังคงมีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นระหว่างกองทุน

4) ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบต่างมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน อย่างไรก็ตาม แม้ชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ

5) ผู้ให้บริการและเงื่อนไขการใช้บริการ สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศ ใช้โรงพยาบาลเอกชนได้กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ผู้ป่วยใน เบิกได้ไม่เกิน 8,000 บาท บวกค่าห้องตามอัตราที่กำหนด และกรณีบริการ ผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าแต่ต้องจ่ายค่าแพทย์ ค่าบริการและส่วนต่างค่าห้อง สำหรับระบบประกันสังคมผู้ มีสิทธิต้องไปรับบริการที่ โรงพยาบาลรัฐหรือ เอกชนที่ผู้ประกันตน เลือกขึ้นทะเบียนด้วย หรือ สถานพยาบาล เครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้ มีสิทธิต้องไปรับบริการที่ สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ที่ผู้มีสิทธิขึ้น ทะเบียนด้วยเป็นหลัก หรือ สถานพยาบาลเครือข่ายที่ กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

6) รูปแบบการจ่ายเงินของทั้ง 3 ระบบแตกต่างกันคือ การเบิกจ่ายเงินของระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นแบบตามรายการที่จ่ายจริง (Fee for service) โดยจ่ายเงิน ให้กับสถานพยาบาลตามรายบริการที่สถานพยาบาลให้บริการ การกำกับดูแลการจ่ายเงินค่า รักษาพยาบาลจึงไม่ได้ดำเนินการผ่านกรมบัญชีกลางที่ทำหน้าที่เป็นเพียงผู้จ่ายเงิน แต่ให้ สถานพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมคุณภาพในการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งเป็น แนวทางการบริหารจัดการที่ง่ายที่สุด (ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์, 2557: 13) ดังนั้นปัญหาด้านคุณภาพจาก ผู้รับบริการมีน้อยมาก แต่สร้างภาระค่าใช้จ่ายทางการคลังเนื่องจากระบบนี้ยากต่อการควบคุม ค่าใช้จ่าย ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐมี แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีประเด็นแนวความคิดการจัดบริการที่ต่างกัน ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน เช่น กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับ พื้นที่เป็นหลัก (Area-based approach) กล่าวคือ อาศัยพื้นที่เป็นเขตแบ่งการจัดบริการ ในขณะที่ ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล คู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่อิงกับพื้นที่ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศที่ได้ก็ได้ก็เป็นการอิงหน่วยบริการ เป็นหลัก ดังนั้น การให้บริการของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับ สถานพยาบาลเป็นหลักในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายการจัดการบริการไปยังในชุมชน ด้วย เช่น บริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะท้ายในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะ ยาวในชุมชน เป็นต้น

นอกจากนี้จากการศึกษาบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีความเหลื่อมล้ำ ทำให้เกิด ความไม่เท่าเทียม ระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุน ดังนี้

#### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

ผลการวิจัยพบว่าในระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ต่างมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน ทั้งการบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ส่วนใหญ่มีชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันมากแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการโดยมีเงื่อนไขการให้บริการและการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของแต่ละสิทธิ กล่าวคือ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับข้าราชการ โดยให้ข้าราชการสามารถใช้สวัสดิการรักษายาบาลได้อย่างเต็มที่ โดยการกำหนดการเบิกจ่ายการรักษายาบาลแบบปลายเปิดให้กับสถานพยาบาลตามรายบริการที่สถานพยาบาลให้บริการ จึงทำให้ได้รับการรักษายาบาลได้ครอบคลุมมากกว่าสิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายแบบปลายปิดคือเหมาจ่ายรายหัว อีกทั้งสิทธิประกันสังคมผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ต้องร่วมจ่าย แต่กลับได้รับทางเลือกจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคน้อยกว่าทั้งสองสิทธิ

นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลทั้ง 3 กองทุนยังมีความแตกต่างกัน เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติใช้บริการจากหน่วยบริการที่เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น เนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ขณะที่สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง นอกจากนี้สิทธิในการรักษาโรคก็ต่างกัน

แม้ชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ นอกจากนั้นแนวคิดการจัดบริการที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน เช่น กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับพื้นที่เป็นหลัก (Area-based approach) กล่าวคือ อาศัยพื้นที่เป็นเขตแบ่งการจัดบริการ ซึ่งเน้นการบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน โดยเน้นการพัฒนาบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิซึ่งสามารถเข้าถึงประชาชนได้ง่ายที่สุดและใช้ต้นทุนต่ำ (โคตรตรีย์ แพน้อย และคณะ, 2556: ออนไลน์) ในขณะที่ ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก โดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่ได้อิงกับพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตาม ครม. ปี 2534 ได้กำหนดไว้ว่าทุกสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งจะให้ความร่วมมือกับโครงการประกันสังคม ทำให้โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งที่มีขนาดทุติยภูมิขึ้นไปต้องเข้าร่วมโครงฯโดยอัตโนมัติ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งที่ใดก็ได้ ก็เป็นการอิงหน่วยบริการเป็นหลัก ดังนั้นการให้บริการของระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับสถานพยาบาลเป็นหลักในขณะที่

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายการจัดบริการไปยังในชุมชนด้วย เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะท้ายในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น

## 2) ด้านการเงินการคลัง

ผลการวิจัยพบว่าทั้งสามกองทุนมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้เงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ซึ่งสร้างภาระให้กับนายจ้างและลูกจ้าง ขณะที่อีก 2 ระบบมีแหล่งเงินจากภาษีซึ่งมาจากงบประมาณแผ่นดิน โดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรัฐจะจัดสรรงบประมาณมาให้เพื่อใช้กับประชาชนที่มีสิทธิทั่วประเทศซึ่งมีจำนวนผู้ขอใช้สิทธิมากที่สุด เรียกว่า การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข จึงทำให้ได้งบประมาณต่อหัวไม่มากนัก นอกจากนี้ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดใช้วิธีการสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Per capitation) ขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดสรรค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามค่าใช้จ่ายจริง ทำให้สิทธิในการรักษายาบาลของประชาชนแตกต่างกัน

## 3) ด้านการบริหารจัดการ

ผลการวิจัยพบว่าการบริหารจัดการในระดับปฐมภูมิ พบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอภาระงาน มีศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ อีกทั้งกลไกกลางในการบริหารทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานที่ต่างกัน และการบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน ยังมีบทบาทที่ยังไม่มีความชัดเจนตามภารกิจ และขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชนในเรื่อง ชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ การจัดสรรเงินงบประมาณ อีกทั้งวิธีการจ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาล การตรวจสอบและกำกับดูแลความถูกต้องในการเบิกจ่ายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกองทุน

การให้บริการของผู้ให้บริการได้สร้างเงื่อนไขการใช้บริการ สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศ แต่จะใช้โรงพยาบาลเอกชนได้แต่สามารถเบิกค่ารักษาภายในวงเงินที่กำหนดไว้ สำหรับระบบประกันสังคมผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐหรือ เอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียน หรือสถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉินส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ที่ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนไว้เป็นหลัก หรือ สถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีประเด็นแนวความคิดการจัดบริการที่ต่างกันส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน

นอกจากนี้ในการให้บริการผู้ให้บริการกลุ่มใหญ่ที่สุดจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นเจ้าของโรงพยาบาลจำนวนมาก ในขณะที่เดียวกันกระทรวงฯ ก็ต้องกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพทุก

ระบบ ด้วยบทบาทของกระทรวงฯ ที่เป็นทั้งผู้ที่ต้องกำกับดูแลและผู้ให้บริการ ที่ยังทับซ้อนแบบนี้ทำให้การกำกับดูแลระบบเป็นไปได้ยาก เพราะเมื่อไรก็ตามที่ต้องต่อรองเพื่อให้สถานพยาบาลได้รับค่ารักษาจากระบบประกันสุขภาพมากขึ้น ก็เหมือนกับเป็นการต่อรองเพื่อผู้ให้บริการ เพื่อโรงพยาบาลของตัวเอง จึงเป็นการเอียงข้างอยู่ฝ่ายผู้ให้บริการ ทั้งนี้ กระทรวงฯ ควรเป็นผู้กำกับดูแลว่าค่ารักษาที่โรงพยาบาลได้รับอยู่นั้นครอบคลุมต้นทุนการรักษาหรือไม่ และสถานพยาบาลให้การรักษามีคุณภาพมาตรฐานหรือไม่ บทบาทที่เป็นกลางและเป็นธรรมกับทั้งฝ่ายประชาชนและผู้ให้บริการ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2561)

#### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพในการรักษาพยาบาลต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เบิกจ่ายตามจริง กับระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว แม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่จ่ายตามกลุ่มโรค อัตราการเบิกจ่ายก็ต่างกันทำให้สถานพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนแตกต่างกัน นอกจากนี้ความไม่เท่าเทียมกันในมิติของการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วนยังทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การคำนวณต้นทุนการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค การตรวจสอบทางด้านการเงิน และการตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล นอกจากนี้คุณภาพของการรักษาพยาบาลเป็นอีกประเด็น ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความคุ้มค่าของระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่องบประมาณมีจำกัดทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องพยายามให้ได้มาซึ่งการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด

### 2. วิเคราะห์ปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

จากการศึกษาบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ทราบถึง ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน สรุปได้ ดังนี้

#### 1) ปัญหาด้านสิทธิประโยชน์

(1) ประชาชนทั้ง 3 สิทธิ ได้รับสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนแตกต่างกัน เช่น การเกิดสิทธิ การเลือกสถานพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา

(2) เงื่อนไขการในการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 สิทธิมีความแตกต่างกันบางกรณีถึงแม้รักษาโรคจะให้สิทธิในการรักษาพยาบาลเหมือนกัน เช่น การไตวายเรื้อรัง การทำฟัน การคลอด เป็นต้น

(3) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดียวที่ให้บริการครบ 4 ด้านได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(4) ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเนื่องจากไม่ครอบคลุมอยู่สิทธิประโยชน์



(5) ประชาชนแต่ละสิทธิได้รับทางเลือกในการรักษาเกี่ยวกับยาอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมที่แตกต่างกัน

(6) ประชาชนไม่สามารถเลือกใช้สิทธิที่ดีกว่า เช่นในกรณีที่ออกจากสิทธิประกันสังคม แต่ยังไม่สามารถใช้สิทธิอื่นได้ทันทีเพราะประกันสังคมคุ้มครองต่ออีก 6 เดือน

(7) ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องเข้ารับการรักษายาบาลในหน่วยบริการที่ตนได้ขึ้นทะเบียนไว้เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรักษายาบาลโรงพยาบาลรัฐได้ทั่วประเทศ

(8) ประชาชนที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการคุ้มครอง

(9) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการรักษายาบาลและให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย แต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มี

(10) วิธีการรักษายาบาลบางโรคสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่คุ้มครองทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนเกินเมื่อต้องมารับการรักษา เช่น การผ่าตัดส่องกล้องตัดถุงน้ำดี

## 2) ปัญหาด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐบาลจัดสรรเงินงบประมาณให้กับระบบสุขภาพ 3 กองทุนไม่เท่ากัน โดยจัดสรรงบประมาณให้สวัสดิการรักษายาบาลราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 100 แต่กองทุนประกันสังคมจัดให้เพียงบางส่วน

(2) อัตราค่าตอบแทนแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลทำให้อัตราค่ารักษายาบาลของโรงพยาบาลเอกชนจะแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล

(3) การควบคุมการจ่ายยาของแต่ละกองทุนยังไม่มีประสิทธิภาพ

(4) การควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนยังมีความแตกต่างกันในค่าตอบแทน

(5) ระบบการตรวจสอบสิทธิยังไม่ครอบคลุมและทันสมัย เพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลายโรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย

(6) ในระบบประกันสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยขาดมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีความจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายยาต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ

## 3) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

- (1) การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (Payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ไม่ได้เป็นในแนวทางทางเดียวกัน
  - (2) การเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน ไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน
  - (3) ระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มยังไม่ทันสมัย ตรวจสอบได้ยาก มีขั้นตอนมาก
  - (4) ไม่มีหน่วยงานกลางเข้ามาบริหารระบบร่วมกันของทั้ง 3 กองทุน ให้มีการบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน
  - (5) การขาดการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน
  - (6) ระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังขาดการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง
  - (7) ขาดการกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มืองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน
  - (8) ระบบการตรวจสอบลงทะเบียนสิทธิ ประชาชนยังไม่สามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล
  - (9) ขาดการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีสิทธิ เพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม
- 4) ปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ
- (1) สถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในการใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ ซึ่งยังไม่มีมาตรฐานและคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ
  - (2) สถานพยาบาลยังขาดอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ
  - (3) ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากร ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation)
  - (4) ขาดการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม
  - (5) ขาดการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ ในการป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ

(6) ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์

(7) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องยังเน้นรูปแบบแสวงหาผลกำไร และผู้ป่วยได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสมและไม่เท่าเทียมกัน

(8) ขาดกลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย

### 3. ร่างข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

จากการสังเคราะห์ข้อมูลบริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน และปัญหาของของความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ได้สอบถามผู้เชี่ยวชาญจำนวน 26 คน ในลักษณะการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยและการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อเสนอแนวทางมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้วิจัยนำความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ของแต่ละผู้ให้ข้อมูลหลักนำไปพัฒนามาตรการ โดยการสร้างเป็นแบบสอบถามปลายเปิด ร่างมาตรการเพื่อนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญอีกกลุ่มหนึ่งจำนวน 17 คน ได้พิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) รอบที่ 2 และ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถามปลายเปิด EDFR รอบที่ 2 และ 3 พบว่า ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและมาตรการซึ่งมี 17 ประเด็นที่มีโอกาสเป็นไปได้ โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้เกินกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Interquartile Range) ( $Q3-Q1$ )  $\leq 1.5$  ถือว่าทุกข้อมีระดับความเหมาะสมซึ่งสามารถสรุปแนวทางมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน 4 ด้านที่สำคัญ ดังนี้

1) ด้านสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1.1 ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมียุทธในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม 1.2 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งอย่างเท่าเทียมกัน 1.4 ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ 1.5 ควรให้บุคคลมีสิทธิ เลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้รวมทั้งกรณีบุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มใน

หลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย 1.6 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ 1.7 ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ 1.8 สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 1.9 การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึง บริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือแรงงาน 1.10 การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของ การรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชน ทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม

2) ด้านการเงินการคลัง ได้แก่ 2.1 รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน 2.2 จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น 2.3 จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ โรงพยาบาล และทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาค่าบริการรักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน 2.5 จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาล และบริการสุขภาพ ของทุกกองทุน 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนต่างกันได้ไม่เกินร้อยละ 5 2.7 ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลาย โรงพยาบาล และนำยาที่ได้มา ไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย 2.8 ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบประกันสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มี ความจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ

3) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ 3.1 พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปทิศทางเดียวกัน 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปทิศทางเดียวกัน 3.3 พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน 3.4 จัดให้มีกลไกกลางใน

การบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน 3.5 การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน 3.6 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการ ตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง 3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการบูรณาการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและ คุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล 3.9 การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นทางการที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม

4) ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ 4.1 สถานพยาบาลต้องใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ มีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ 4.2 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ 4.3 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและ ใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) 4.4 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกัน สุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่างเหมาะสม 4.5 ให้หน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ 4.6 ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ 4.7 สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน 4.8 พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย

#### 4. รับรองข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อรับรองข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมสนทนาทั้ง 8 คน จากการอภิปรายซักถามและแสดงความคิดเห็นในการสนทนาเพื่อรับรองมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ผู้เข้าร่วมสนทนาลงความเห็นว่ามีมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ทั้ง 4 ด้าน มีความเหมาะสมที่จะเป็นมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการสนทนาได้เสนอแนะสิ่งสำคัญคือการนำมาตราการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ไปใช้ให้เกิดการปฏิบัติจริง รวมทั้งควรมีการติดตามประเมินผลตามสภาพการณ์เพื่อให้ทราบ

ถึงผลสรุปที่แสดงออกมาและผลักดันให้เกิดผลเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน นำไปเป็นแนวทางมาตรการต่างๆ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรอบคอบและครอบคลุม ซึ่งที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

(1) ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยไม่เลือกปฏิบัติในการจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลของแต่ละกองทุน

(2) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพ ควรมีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิควรมีความเท่าเทียมกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งกำหนดให้บุคคลมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

(3) การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ประชาชนทุกคนต้องสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน

(4) การพัฒนาสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน โดยกำหนดให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

### 2) ด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐควรจัดสรรงบประมาณให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน ให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับ

(2) ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานกลาง เข้ามาควบคุม กำกับดูแล อัตราค่าบริการสาธารณสุขให้มีอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน หรือ จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาการรักษา ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

(3) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน ต้องกำหนดอัตราค่าตอบแทนแพทย์พยาบาล ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้มีค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันการย้ายหรือเปลี่ยนสถานที่ทำงานไปยังที่ๆให้ค่าตอบแทนสูงกว่า

(4) การเงินการคลังจะต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค และเป็นธรรม

### 3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ ควรจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบร่วมกันเพื่อเข้ามาดูแลเรื่องงบประมาณและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

(2) ควรนำระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียนมาใช้ในการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system และระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน

(3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน ควรมีการประสานงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน ยา และการรักษาให้เกิดความถูกต้อง โปร่งใส

#### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

(1) ในการรักษา การใช้จ่าย การให้บริการ การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในสถานพยาบาล ควรมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทั้ง 3 กองทุน

(2) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน จะต้องไม่แสวงหาผลกำไร จากผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน

(3) ควรสร้างกลไกในการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางการแพทย์ อย่างเป็นธรรม เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์

#### อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

#### 1. สภาพการณ์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการเสนอนโยบายสุขภาพของรัฐบาลที่ชนะการเลือกตั้ง ซึ่งนโยบายของแต่ละรัฐบาลที่เสนอต่อประชาชนจะมีประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นและสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ ดังนั้นแต่ละรัฐบาลจะเสนอนโยบายสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบริบทสังคมในขณะนั้น ซึ่งนโยบายสุขภาพที่ถูกนำเสนอก็มีทั้งผู้ที่ต่อต้านและผู้สนับสนุนนโยบาย ระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นในประเทศไทยคือระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพัฒนามาสู่โครงการสังเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ในสมัยหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อปี พ.ศ. 2518 ส่วนพรบ.ประกันสังคมซึ่งถูกต่อต้านมาโดยตลอดก็สามารถสำเร็จได้ภายใต้รัฐบาลของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เมื่อปี พ.ศ. 2533 ต่อมาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ 30 บาทรักษาทุกโรคก็สำเร็จภายใต้รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Bambra et al. (2005: 191) ว่า นโยบายสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะที่เชื่อมโยงกับอำนาจและการเมือง ซึ่งการลดลงของนโยบายสุขภาพแสดงให้เห็นถึงลักษณะการเมืองและกระบวนการนโยบายซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นไปได้หรือยอมรับ เช่น ความต้องการพื้นฐานทาง

เศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างคนที่ทำงานกับคนที่ทำกำไร นอกจากนี้เวลาน้อย ตรีรัตน์ และแบงค์ งามอรุณโชติ (2555) พบว่าแรงกดดันทางการเมืองภายนอกไม่ใช่ปัญหาอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนา ระบบสาธารณสุข เพราะต่างก็ต้องการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างผลงานในสมัยที่ตนเองเป็น รัฐบาลอย่างเต็มที่อยู่แล้ว แต่แรงกดดันมาจากภายในกลุ่มแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยก็จะทำให้ไม่สามารถ ดำเนินการต่อไปได้

ดังนั้นการออกแบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับคนไทยจำเป็นต้องเข้าใจบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยการศึกษาของ สมชัย จิตสุชน (2558) สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้ 1. ความ เหลื่อมล้ำในสังคมไทยไม่สามารถลดลงได้ด้วยตัวเอง หากไม่มีนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำอย่าง ได้ผล 2. สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีอัตราการเกิดที่ต่ำมาก ทำให้คาดว่าจำนวน ประชากรไทยเริ่มเข้าสู่แนวโน้มขาลงระหว่างปี พ.ศ. 2566-2569 3. ครอบครัวจะมีขนาดเล็กลง ดังนั้นความช่วยเหลือภายในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือแบบไม่เป็นทางการไม่สามารถพึ่งพิงได้อีก ต่อไป 4. เศรษฐกิจไทยเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางไปอีกอย่างน้อย 5-10 ปี อัตราการขยายตัว เศรษฐกิจไม่ถึงร้อยละ 4 5. อำนาจการเมืองยังคงกระจุกตัว การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นยังไม่บรรลุ เป้าหมายตามรัฐธรรมนูญปี 2540 และ 2550 6. การนโยบายนโยบายการหาเสียงยังคงเป็นนโยบายแนว ประชาชนนิยมไม่ใช่นโยบายระบบสวัสดิการ ถึงแม้จะมีพรรคเล็กๆ หาเสียงด้วยระบบสวัสดิการแต่ก็ไม่สามารถแข่งกับพรรคใหญ่ที่เน้นระบบประชานิยม 7. ปัญหาคอร์รัปชันยังคงเป็นปัญหาใหญ่ และเป็น สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ เพราะมีความร่ำรวยจากการการคอร์รัปชัน 8. ระบบสวัสดิการ ไทยยังไม่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ เด็กเล็กก่อนวัยเรียน และ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถูกกละเลยมากที่สุด 9. ระบบภาษีของไทยยังไม่สมบูรณ์และเป็นมาตรฐาน และ ยังเก็บภาษีไม่ทั่วถึงและในอนาคตยังคงมีแนวโน้มความสามารถในการเก็บภาษีอยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รายได้จากการเก็บภาษีของประเทศอยู่ในระดับต่ำกว่าศักยภาพ 10. ภาคสังคม โดยรวมไม่เห็นด้วยกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีภาครัฐเป็นผู้รับภาระงบประมาณและ บริหารจัดการ และมีความคิดเห็นว่ารัฐพัฒนาคอนจันและคนด้อยโอกาสมากกว่าการให้แบบสงเคราะห์

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบสุขภาพ 3 กองทุนหลัก ได้แก่กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง 3 กองทุนต่างมีแนวคิด และวิวัฒนาการที่แตกต่างกัน โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นเป็นสวัสดิการที่รัฐบาล จัดให้กับข้าราชการ บุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุตรที่ไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน เพื่อต้องการจูงใจ ให้ประชาชนเข้ามารับราชการโดยได้รับผลตอบแทนที่เป็นรายได้ไม่มากเมื่อเทียบกับรายได้ของ บริษัทเอกชน เป็นสวัสดิการ (Fringe benefits) ที่รัฐจ่ายค่าตอบแทนให้นอกเหนือจากเงินเดือนเพื่อ ประกันความมั่นคงและเป็นสิ่งจูงใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี ERG ของ Alderfer (Greenberg and Baron, 2008:108) กล่าวคือสวัสดิการรัฐสามารถตอบสนองความต้องการขั้นแรก



คือด้านความต้องการในการดำรงชีวิต (Existence needs) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ ประจำปี การศึกษาบุตร เป็นต้น เพื่อประกันความมั่นคงและจิตใจในการทำงาน ส่วนระบบประกันสังคม เกิดจากแนวคิดเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคมที่จะทำให้เกิดความมั่นคงกับประเทศชาติโดยรวม โดยการดำเนินการกองทุนประกันสังคมเป็นลักษณะการบังคับ นายจ้างและลูกจ้างต้องร่วมกันจ่ายเงินสมทบในอัตราเดียวกัน ส่วนรัฐบาลร่วมสมทบเพียงบางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Gilbert, Miller & Speech (1960) คือ ความมั่นคงทางสังคมต้องอาศัยหลัก 3 วิธีคือ 1. หลักการสงเคราะห์ (Public assistance) 2. หลักการบริการสังคม (Social service or Public service) และ 3. หลักประกันสังคม (Social insurance) โดยยึดหลักการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อคุ้มครองไม่ให้เกิดความเดือนร้อนจากการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับ สถิต ลิ้มพงศ์พันธุ์ (2524) ศึกษาเรื่องสิทธิมนุษยชนกับการประกันสังคม กล่าวไว้ว่า เมื่ออุตสาหกรรมมีบทบาทกำหนดชีวิตในสังคม การทำงานในฐานะ ลูกจ้าง จะต้องมีการเสี่ยงภัย ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการทำงาน หรือไม่ได้เกิดจากการทำงาน ความเสี่ยงจากการว่างงาน ความเจ็บป่วยและการเสี่ยงภัยที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ คือความชราและความตาย ควรให้หลักประกันให้กับลูกจ้าง เนื่องจากลูกจ้างเป็นผู้ทำประโยชน์ให้นายจ้าง นายจ้างได้รับประโยชน์จากแรงงาน และรัฐเป็นองค์การที่มีหน้าที่ให้สวัสดิการเพื่อให้ประชาชนอยู่อย่างผาสุก ดังนั้นนายจ้างและรัฐบาลต้องเข้ามาร่วมเฉลี่ยความรับผิดชอบในการเสี่ยงภัยนี้ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นได้จากการที่รัฐบาลตัดสินใจเลือกใช้ภาษีทั่วไปสำหรับดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยไม่เก็บเงินสมทบจากประชาชนผู้มีสิทธิในกองทุน ทั้งที่ประเทศไทยมีปัญหาความไม่มั่นคงทางการเมือง อีกทั้งเศรษฐกิจจะล่อตัว และประชาชนมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวค่อนข้างต่ำ เพื่อให้ประชาชนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลทุกคนตามรัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิในการได้รับการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่าง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครัวเรือนลดลง การล้มละลายจากการรักษาพยาบาลและความยากจนลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Khan (2006) ที่ว่าประเทศที่กำลังพัฒนา รัฐบาลมักเข้ามาแทรกแซงในตลาดบริการ สาธารณสุขให้คนยากจนสามารถที่จะเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ประเทศยากจนจำนวนมากมีทรัพยากรทางการคลังที่จำกัด ประเทศหลายแห่งไม่มีรายได้ภาษีเพียงพอจะจ่ายเงินเดือนข้าราชการ และมีบางประเทศแม้จะมีงบประมาณจ่ายเพียงพอสำหรับเงินเดือน แต่ก็ไม่ได้เหลือเพียงพอสำหรับการลงทุนเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับระบบสุขภาพประเทศอังกฤษ คือประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรีและเสมอภาคกันหมด ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (National health service: NHS) โดยรัฐบาลเก็บเงินจากภาษีทั่วไปเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ต่างมีจุดอ่อน ที่แตกต่างกันซึ่งทำให้เกิดช่องโหว่ในการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งสอดคล้องกับ Thammatacharee, J (2009: 288) เห็นว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีปัญหาเกี่ยวกับการมีรายจ่ายค่ารักษายาบาลที่สูง และมีผลโดยตรงต่อนโยบายของสถานพยาบาล (Hospital policy) และพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Provider behavior) เนื่องจากผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนำรายได้หลักเข้าสู่สถานพยาบาล ส่วนระบบประกันสังคมมีข้อจำกัดในการรักษายาบาล และสามารถไปรับการรักษาได้เฉพาะโรงพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นได้รับการจัดสรรเงินงบประมาณต่อหัวน้อยและใช้ปริมาณทรัพยากรมากทำให้บุคลากรแพทย์โดยเฉพาะสถานพยาบาลรัฐได้รับการกดดันจากการรักษายาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีประเด็นแนวคิดการจัดบริการที่ต่างกัน ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน เช่น กรณีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดระบบโดยอิงกับพื้นที่เป็นหลัก (Area-based approach) กล่าวคือ อาศัยพื้นที่เป็นเขตแบ่งการจัดบริการ ในขณะที่ระบบประกันสังคมอิงกับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักโดยผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเอง ประกันสังคมจึงไม่ได้อิงกับพื้นที่ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศที่ได้ก็ได้รับการอิงหน่วยบริการเป็นหลัก ดังนั้น การให้บริการของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมจึงอิงกับสถานพยาบาลเป็นหลักในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายการจัดบริการไปยังในชุมชนด้วย เช่น บริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ บริการดูแลระยะท้ายในชุมชน รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556) เห็นว่า การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุนแบบแยกส่วนทำให้เกิดความลักลั่นในระบบประกันสุขภาพไทย และทั้งสามกองทุนมีรูปแบบการจัดการจัดการด้านการคลังที่ต่างกันระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้เงินสมทบจากสามฝ่ายคือนายจ้างลูกจ้างและภาครัฐ ในขณะที่อีกสองระบบแหล่งเงินมาจากภาษีเท่านั้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ วิรุฬ ลิ้มสวาท (2552) ศึกษาเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550: กรอบแนวคิดพัฒนาการและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา” การพัฒนากรอบอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติจะต้องให้ความสำคัญกับอย่างน้อย 3 มิติของการอภิบาลได้ควรมีกระบวนการกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกันควรใช้ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบอ้างอิงในการดำเนินงานและอาจใช้กระบวนการค้นหาภาพอนาคตร่วมกันจัดทำแผนหรือกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีความไม่ชัดเจนของการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิ และคุณภาพบริการของระบบประกันคุณภาพ

คุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมโดยเฉพาะการให้บริการตามสิทธิ รวมทั้งระบบการส่งต่อการสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ลดภาระความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจน นอกจากนี้ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทำให้เกิดโครงสร้างและสถาบันสังคมที่ไม่เป็นธรรม เนื่องจากคนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากผลประโยชน์โดยเฉพาะเงินอำนาจและทรัพยากร

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นยังมีประเด็นที่สำคัญสามารถอภิปรายผลของระบบสุขภาพ 3 กองทุนซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

#### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน อย่างทั่วถึงและมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม นอกจากนี้รัฐธรรมนูญประเทศไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 ได้กำหนดสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” ซึ่งสอดคล้องกับ คมสัน สุขมาก และกานดา สุขมาก (2559) ศึกษาการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยเสนอว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน และพันธกรณีของประเทศไทยตามกฎหมายระหว่างประเทศ เรื่องสิทธิในการในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขประเทศไทยได้ลงนามและให้สัตยาบันไว้ต่อกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนหลายฉบับ และนำมาปรับเป็นกฎหมายโดยบัญญัติหลักสิทธิมนุษยชนไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายภายในของรัฐ และเรื่องสิทธิของผู้ป่วยได้บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแม้ว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลไร้สัญชาติ หรือบุคคลต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย บุคคลนั้นมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลตามหลักสิทธิมนุษยชนของกฎหมายระหว่างประเทศ และจากสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่เป็นพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างประเทศ จากการเข้าเป็นภาคีของสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนจึงก่อให้เกิดพันธกรณีที่ประเทศไทยต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับสนธิสัญญา ดังนั้นประเทศไทยต้องปฏิบัติตามพันธกรณีของสนธิสัญญาดังกล่าวคือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนโดยเท่าเทียมกัน นอกจากนี้งานวิจัยของ ชรินพร ศรีวิไล (2551) ศึกษาเรื่องสิทธิการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมพบว่า กฎหมายประกันสังคมกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนทำให้ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ได้รับความคุ้มครองทันทีอีกทั้งยังมีข้อยกเว้นสิทธิรับบริการทางการแพทย์อาทิโรคที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือกรณีมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตาม

กฎหมายอื่นก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคม และสอดคล้องกับ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2549) ศึกษากระบวนการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหา และ ข้อเสนอในภาพรวม พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความไม่ชัดเจนในการกำหนดขอบเขต ชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชาชน มีการเรียกเก็บเงินจาก ช่องว่างนี้และนำไปสู่ความขัดแย้ง หรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการหลายมาตรฐาน

เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าประชาชนทุกคนไม่ว่าจะสัญชาติใดก็ตามจะต้องได้รับ บริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันตามหลักสิทธิมนุษยชน แต่อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์ของระบบ สุขภาพ 3 กองทุนยังคงมีความแตกต่างกัน อาทิเช่น ที่มาของกองทุน เงื่อนไขการให้บริการวิธีการจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาล เป็นต้น ความแตกต่างของ 3 ระบบประกันสุขภาพไทยนี้ ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รัฐจึงควรออกนโยบายลดความเหลื่อมล้ำ ในระบบประกันสุขภาพ และให้ภาคส่วนต่างๆ ของสังคมเขามามีส่วนร่วมรับภาระในการจัด สวัสดิการสังคม และกำหนดชุดสิทธิประโยชน์โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับบริการทางด้านสุขภาพอนามัยทั่วถึง และเท่า เทียม แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน การบริหารจัดการ เพื่อความ ยั่งยืนและสมเหตุผลของระบบสวัสดิการด้วย

## 2) ด้านการเงินการคลัง

จากการศึกษาพบว่างบประมาณทั้ง 3 กองทุนที่ได้รับจากรัฐบาลยังไม่เท่าเทียมกัน จึงทำให้แต่ละกองทุนได้รับงบประมาณยังไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน รัฐบาลจึงควรให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณ รายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน ซึ่งรัฐบาลเองมี งบประมาณที่พอเพียงต่อการอุดหนุนได้ทั้ง 3 กองทุน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย สมชัย และคณะ (2554) ได้คำนวณงบประมาณภาครัฐ กรณีหากต้องให้บริการทางสังคม และการให้สวัสดิการตั้งแต่ เกิดจนตาย พบว่ามีความเป็นไปได้ทางการเงิน ภายใต้ข้อสมมติฐานคือ เศรษฐกิจมีการขยายตัว งบประมาณร้อยละ 4-4.5 ต่อปี อย่างต่อเนื่อง และรายจ่ายต่อหัวของสวัสดิการประเภทต่างๆ ไม่เพิ่มขึ้น ในมูลค่าแท้จริง เพียงปรับตามอัตราเงินเฟ้อที่สมมติไว้ร้อยละ 2.5 ต่อปี ดังนั้นภาระงบประมาณอยู่ใน ระดับที่รับได้และไม่เกินศักยภาพด้านรายได้ของประเทศ รวมถึงการจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ พื้นฐานจำเป็นและจัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน และลดค่าใช้จ่ายด้าน ยา ในระบบประกันสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มี ความจำเป็น หรือมีการสั่งใช้ยาต้นแบบแทนที่การสั่งใช้ยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ

อีกทั้งงานวิจัยของ ถาวร สกุกพาศิษย์ และคณะ (2556) พบว่า กรณีที่จะแก้ปัญหาเศรษฐกิจที่ติดกับดักรายได้ปานกลางของประเทศ ถึงแม้จะลดรายจ่ายด้านสุขภาพจากแนวโน้มร้อยละ 60 ยังคงมีหนี้สาธารณะเพราะจะเกินร้อยละ 100 ของ GDP ดังนั้นหากต้องการคงรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างน้อยเท่ากับแนวโน้มจำเป็นต้องลดรายจ่ายส่วนอื่น แต่ถ้าต้องการคงรายจ่ายภาครัฐไว้ทุกประเภทจำเป็นต้องปฏิรูประบบภาษี เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม ซึ่งเป็นการบริหารจัดการที่ง่ายที่สุด แต่มีปัญหาทางการเมือง และภาษีอื่นที่ทำได้ เช่น ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีมรดก การขยายฐานภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและนิติบุคคล การเพิ่มภาษีบริโภคที่ทำลายสุขภาพ (Sin tax) ตลอดจนค่าภาคหลวงน้ำมัน/แร่ เป็นต้น

ประเทศไทยมีระบบสุขภาพเป็นแบบผสม คือแบบ Single-player ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยรัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้งหมด ซึ่งมีลักษณะการจัดสรรงบประมาณคล้ายคลึงกับประเทศอังกฤษ และแบบ Multi-player ของระบบประกันสังคม โดยรัฐบาลร่วมสมทบร่วมกับนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งโดยส่วนใหญ่หลายประเทศใช้ระบบประกันสุขภาพระบบนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (2556) พบว่า อังกฤษและออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพผ่านระบบภาษีเพียงอย่างเดียวซึ่งประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิในการรักษายาบาลขั้นพื้นฐานเหมือนกัน ขณะที่ฝรั่งเศส เยอรมนีและญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีการจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพระบบประกันสังคม โดยสิทธิในการรักษายาบาลจะคุ้มครองเฉพาะผู้ที่ชำระค่าเบี้ยสวัสดิการสังคมสำหรับกลุ่มบุคคลบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุผู้มีรายได้ต่ำและบุคคลผู้ว่างงานจะได้รับสิทธิในการรักษายาบาลเช่นกัน แต่เป็นการอุดหนุนเงินผ่านระบบภาษี โดยภาครัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลหรือให้เงินอุดหนุนมากกว่าบุคคลทั่วไป และยังพบว่าประเทศที่ไม่ใช้ระบบประกันสังคม ภาครัฐจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากกว่า ร้อยละ 76 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมาจากภาษีจากการจัดสรรของรัฐบาล ขณะที่ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามจริงมีเพียงร้อยละ 15 ส่วนประเทศที่มีระบบประกันสังคม ได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมันและญี่ปุ่น ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมาจากการเก็บค่าเบี้ยสวัสดิการสังคมที่สมาชิกทุกคนต้องจ่าย โดยรัฐจะเป็นผู้กำหนดอัตราประเภทหลักเกณฑ์ ทำให้ภาครัฐไม่มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากนักซึ่งมีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น ถึงแม้เงินอุดหนุนภาครัฐไม่แตกต่างกันมาก มีเพียงประเทศฝรั่งเศสมีส่วนค่าใช้จ่ายสมทบของลูกจ้างค่อนข้างต่ำ ในขณะที่บริษัทประกันเอกชนมีค่าใช้จ่ายสูง เพราะรัฐบาลส่งเสริมให้ประชาชนซื้อประกันเพิ่มเติมเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ที่มากกว่าที่รัฐกำหนดให้ตามกฎหมาย

### 3) ด้านการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการเกี่ยวกับกลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขยังมีการบริหารจัดการยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงควรมีการพัฒนากระบวนการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน และจัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน อีกทั้งการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน ตลอดจนการรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม สอดคล้องกับ อัมมาร สยามวาลา และคณะ (2557) กล่าวไว้ว่ารัฐบาลทุกสมัยให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบาย และการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศทั้ง 3 กองทุนหลัก ภายใต้การกำกับของทั้ง 3 กระทรวงให้เป็นไปอย่างบูรณาการ เพื่อลดต้นทุนที่ซ้ำซ้อนจากการบริหารจัดการ และมีการกำหนด กระบวนการและขั้นตอนในการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลให้เป็นมาตรฐานกลาง แต่ที่ผ่านมากลไกถูกสร้าง ในรูปแบบคณะกรรมการโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แต่ขาดอำนาจในการสั่งการทางกฎหมาย จึงต้องอาศัยอำนาจทางการเมืองเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และสำนักประกันสังคมดำเนินการตามข้อเสนอของคณะกรรมการ แต่เมื่อไรก็ตามที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลก็ต้องเปลี่ยนคณะกรรมการในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการทำให้การทำงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติไม่มีความต่อเนื่อง เช่นเดียวกับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยโรค และค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งแต่งตั้งมาแทนคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ และเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการใหม่ อีกทั้งสอดคล้องกับ สมชัย จิตสุชน (2558) พบว่าการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสวัสดิการ ซึ่งกระจายกันอยู่หลายหน่วยงาน และไม่มีการประสานข้อมูลกัน อาจเป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงข้อมูล ผู้บริหารภาครัฐก็ไม่ได้มองประเด็นนี้อย่างเป็นระบบ ซึ่งการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นแนวทางขั้นต้นในการใช้แนวคิด Big data มาช่วยในระบบสวัสดิการ อีกทั้งการให้บริการด้านสังคมแก่ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงเร็วทั้งในแง่กรอบคลุมที่กว้างขึ้น และอีกปัญหาหนึ่งคือ จากความรวดเร็วหรือเร่งด่วน ของโครงการริเริ่มใหม่ของรัฐเป็นแบบต่างคนต่างทำ หรือไม่ได้มีการพิจารณาความซ้ำซ้อนของโครงการ หรือไม่ได้พิจารณาความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิเดิมกับผู้มีสิทธิใหม่ นอกจากนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2555: 5-6) เห็นว่า การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลระดับชาติและภายใน 1 ปีจะมีหน่วยงานกลางในการจัดทำธุรกรรมการเบิกจ่ายระดับชาติ (National clearing house) โดยหน่วยบริการจะส่ง

ข้อมูลทุกระบบผ่านหน่วยงานเดียวระบบเดียวมีระบบการเรียกเก็บเงินจาก สปสช.ไปยังกองทุนอื่น และจ่ายเงินจาก สปสช.ให้หน่วยบริการเป็นระบบเดียวใช้ได้กับ 3 กองทุนเป็นต้น และสอดคล้องกับ สิทธิรัตน์ สุวรรณรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่อง“การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย ลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานคร”ผลวิจัยพบว่า ด้านการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียวมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินการตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาล ต้นสังกัดภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยแล้วมีการประชุมระหว่างคณะผู้บริหารกับหัวหน้าฝ่าย ต่างๆภายในโรงพยาบาลประกอบกับระบบรายงานมีความชัดเจนเรื่องการสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กร ในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการควบคุมมาตรฐานโดยภาพรวมของโรงพยาบาลที่เป็น มาตรฐานสากลระบบการตรวจสอบภายในระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ และแนวทางการจัดการการ ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพคือการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อภาคเอกชนควรให้ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการร่างนโยบายปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้มี ประสิทธิภาพสร้างความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและ คำว่า“ฉุกเฉินรักษาฟรี”แก่ประชาชนปรับปรุงระบบการย้ายผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดและปรับ อัตราการจ่ายค่าชดเชยให้เหมาะสมเช่นการใช้ระบบ Co-payment การใช้ Third party หรืออัตรา การจ่ายค่าชดเชยหลายระดับตามความสามารถและต้นทุนโรงพยาบาล

ทั้งนี้จะเห็นว่าคณะกรรมการในการบริหารงานระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามรัฐบาล ทำให้การบริหารจัดการในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการขาด ความต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบสุขภาพ และการบริหารจัดการในระบบขาดการ ตรวจสอบ มีการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน ดังนั้นรัฐบาลควรจัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบ ร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน อีกทั้งการบูรณาการระบบข้อมูล สารสนเทศกลางที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้ง 3 กองทุน โดยใช้ Big data เข้ามาใช้ในระบบและมี การติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างเป็นธรรม และโปร่งใส

#### 4) ด้านคุณภาพบริการ

คุณภาพในการให้บริการ โดยเฉพาะสถานพยาบาลต้องใช้อยาหลักแห่งชาติและยาชื่อ สามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ และมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ รวมทั้งการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งการตัดสินใจ ความ ร่วมมือและ ใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท.ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) ตลอดจนพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบ

ประกัน สุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่างเหมาะสม และพัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ El-Sayed et al. (2015) ศึกษาเรื่อง ประกันสุขภาพลดความไม่เท่าเทียมกันในการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อ หลักฐานจาก 48 ประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า การประกันตนมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่สูงขึ้นสำหรับ โรคที่ไม่ติดต่อในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางและช่วยลดความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคมในการรักษาซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างมากในกลุ่มผู้หญิง การประกันภัยยังคาดการณ์ลดโอกาสในการยืมหรือขายเพื่อจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพแก่ผู้หญิงยากจน ความคุ้มครองของการประกันภัยอาจเป็นนโยบายสำคัญในการส่งเสริมการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อและในการลดความไม่เท่าเทียมกันในการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อโดยครอบครัวที่ร่ำรวยในเมือง และเพศในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง และสอดคล้องกับ สุพจน์ เด่นดวง (2553) ศึกษาเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม ผลการวิจัยพบว่าความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทำให้เกิดโครงสร้างและสถาบันสังคมที่ไม่เป็นธรรมหรือบิดเบือนรวมถึงสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย เนื่องจากคนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากผลประโยชน์โดยเฉพาะเงินอำนาจและทรัพยากรที่จะนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตการขาดแคลนจากผลประโยชน์เหล่านั้นทำให้คนเหล่านั้นป่วยดังนั้นความป่วยของเขาไม่ใช่ป่วยเพราะว่าเหตุธรรมชาติหรือเป็นความผิดของเขาแต่เป็นเพราะว่าเขาไม่ได้รับสิทธิที่ควรจะได้รับที่จำเป็นต่อสุขภาพเหมือนคนอื่นการป่วยและตายด้วยเหตุของความไม่เป็นธรรมทางสังคมนั้นเป็นการป่วยและตายของคนจำนวนมากมายมหาศาลซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้หรือหลีกเลี่ยงปัญหาเหล่านี้ไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสังคมการผิดจริยธรรมโดยการละเมิดสิทธิมนุษยชนและถือว่าเป็นความโหดร้ายของเราถ้าเรารับรู้และเข้าใจสิ่งนี้แล้วแต่ไม่ยอมลงมือเพื่อช่วยลดช่องว่างได้

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์จากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน พบว่าการตลาดซื้อขายบริการระบบสาธารณสุขมักมีสภาพเป็นตลาดแข่งขันไม่สมบูรณ์ เพราะผู้ขายมีจำนวนไม่มาก คุณภาพการให้บริการมีความแตกต่าง และอำนาจต่อรองของผู้ซื้อบริการต่ำกว่าผู้ขายบริการสามารถตั้งราคาได้สูงและสร้างกำไรได้มากเกินปกติ สอดคล้องกับนวนลน้อย ตรีรัตน์ และแบ็งค์ งามอรุณโชติ (2555) กล่าวว่าความต้องการบริการสาธารณสุขมักเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า เพราะสามารถทำนายได้ว่าตนเองจะป่วยเมื่อไร ผู้ป่วยจึงไม่มีอำนาจต่อรองราคาเมื่อต้องใช้บริการทางการแพทย์ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่แพงไม่ใช่เรื่องของผู้ป่วยจะสามารถปฏิเสธหรือต่อรองได้ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่พื้นที่ห่างไกลมีทางเลือกน้อย ทั้งจังหวัดมีโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาได้เพียงไม่กี่แห่ง จึงต้องยอมรับค่ารักษาพยาบาล ที่แพงเกินจริงไป หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มี



ความรุนแรงน้อยสามารถรอการรักษาได้ ก็ยังต้องเผชิญกับปัญหาข้อมูลข่าวสารไม่สมบูรณ์ เพราะผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์ไม่มากเท่าผู้ให้บริการ และไม่สามารถที่จะทราบถึงคุณภาพของบริการได้เลยจนกว่าจะได้บริโภคไปแล้ว สอดคล้องกับ Arrow K.J. (1963) พบว่า อำนาจการต่อรองโดยรวมจึงตกไปอยู่ที่แพทย์และโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วย ทำให้มีราคาแพง จนเกิดปัญหาประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุข สอดคล้องกับ นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบ็งค์งามอรุณโชติ (2555: 13) ยังกล่าวอีกว่าการบริการสาธารณสุขเป็นสินค้าให้ผลบวกกับสังคม (Positive externality) เมื่อสังคมได้ประโยชน์ ความต้องการแท้จริงของสังคมต่อการบริการสูงกว่าที่เอกชนจะตัดสินใจผลิต ดังนั้นในทางเศรษฐศาสตร์ ตลาดสาธารณสุขจะผลิตบริการที่น้อยเกินไป (Under-production) ก็จะผลักดันให้ราคาแพงเกินไปจนเกิดปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการ

นอกจากนี้ มุมมองการรักษาพยาบาลระหว่างแพทย์และผู้แต่ละรายจะมีเป้าหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท โดยเป้าหมายหลักคือผู้ป่วยต้องการหายและการมีสุขภาพที่ดีขึ้น เมื่อสองฝ่ายมีมุมมองที่คล้ายกันก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล หากเมื่อไรก็ตามที่ทั้งสองฝ่ายมีมุมมองต่อการรักษาที่ต่างกันก็อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง และอาจทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล ดังนั้นมุมมองการรักษาพยาบาลของแพทย์และผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันก็จะทำให้การตีความต่อการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Martin, A. R. (1983) พบว่าการตอบสนองความเจ็บป่วยกับปัญหาสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อ ขณะที่แพทย์ต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง และมุมมองที่แตกต่างกันก็นำไปสู่ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahman et al (2002) พบว่าคุณภาพการรักษาพยาบาลเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จากการศึกษาพบว่าเวลาที่รอกพบแพทย์นานขึ้นส่งผลเชิงลบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ในขณะที่ระยะเวลาการตรวจที่นานขึ้นของแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น

## 2. ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

### 1) ปัญหาด้านสิทธิประโยชน์

พบว่าในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ต่างมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน แต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ สอดคล้องกับ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556: 3-30) กล่าวว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ได้ผู้ประกันตนในแต่ละกลุ่มก็ยังคงแตกต่างกันเช่นการเข้าถึงการรักษาในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริง ในขณะที่อีก 2 ระบบนั้นต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ในส่วนของการรักษาพยาบาลนั้นก็ต่างกันตัวอย่างเช่นระบบประกัน

สุขภาพของข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน จะมีคุณภาพในการรักษาพยาบาลต่างกันเนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว

นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่าปัญหาด้านสิทธิประโยชน์ มีดังนี้

(1) ประชาชนทั้ง 3 สิทธิ ได้รับสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนแตกต่างกันเช่น การเกิดสิทธิ การเลือกสถานพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับบัญญัติ ท้องภักดี (2557: 49) พบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสิทธิประโยชน์เหนือกว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ให้สิทธิการรักษาพยาบาลตามดุลยพินิจของแพทย์ และใช้ระบบการเบิกจ่ายตรง ทำให้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีข้อได้เปรียบในการบำบัดรักษายาบาลได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอีกสองสิทธิ ทั้งนี้จากผลการวิจัยของ รัชนิบูล น้ำใจดี (2557) พบว่า ถ้าสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ สิทธิการรักษาพยาบาลที่ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการคือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และมีความเห็นว่าควรมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นระบบเดียวทั้งประเทศ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน มีคุณภาพ มาตรฐานในการรักษาพยาบาลต่างกันเนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริง ส่วนระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และประชาชนส่วนใหญ่ต้องการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

(2) เงื่อนไขการในการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 สิทธิมีความแตกต่างกันบางกรณีถึงแม้จะให้สิทธิในการรักษาพยาบาลเหมือนกัน เช่น การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง การทำฟัน การคลอด เป็นต้นซึ่งสอดคล้องกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2561: 13) เห็นว่า การขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนมากขึ้นการขยายชุดสิทธิประโยชน์นั้นส่งผลให้มีความต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย มาตรการการรักษาบางอย่างที่ถึงแม้มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขก็ยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์เช่น ฟันเทียมแบบฝังราก เนื่องจากการให้บริการ สามารถทำได้เพียงแคในเขตเมือง หากนำเข้าไปเป็นชุดสิทธิประโยชน์จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการมากขึ้น

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 สิทธิมีความแตกต่างกันการขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน มากขึ้นการขยายชุดสิทธิประโยชน์นั้นส่งผลให้มีความต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย

(3) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดียวที่ให้บริการครบ 4 ด้านได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชณี บูลน้ำใจดี (2557) ศึกษาเรื่องการเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่ปัจจัยด้านความจำเป็นได้แก่การมีโรคประจำตัวและลักษณะของความเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและมีลักษณะอาการของโรคเรื้อรังจะใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของตนเป็นส่วนใหญ่โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สิทธิการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพควรมีระบบเดียวกันทั้งประเทศผู้ป่วยร้อยละ 55.5

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน จะมีความแตกต่างกันในการใช้สิทธิการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระบบประกันสุขภาพควรมีระบบเดียวกันทั้งประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงสิทธิในการรักษาได้อย่างทั่วถึง

(4) ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเนื่องจากไม่ครอบคลุมถึงสิทธิประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับ Watanabe, R. & Hashimoto, H. (2012) ความไม่เสมอภาคแนวราบในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพภายใต้การคุ้มครองแห่งชาติญี่ปุ่น 1986-2007 ผลการวิจัยพบว่าความเหลื่อมล้ำในแนวราบในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในกลุ่มคนรวยค่อยๆเพิ่มขึ้นจนเกิดช่องว่างที่กว้างมากขึ้นกับกลุ่มคนจน ความเหลื่อมล้ำในกลุ่มคนร่ำรวยจากการศึกษาพบว่ามีอายุระหว่าง 20 – 64 ปี ในขณะที่ความเสมอภาคด้านขนาดความสูงของแนวราบมีอายุ > 65 ปี การสลายตัวของ CM ยังแสดงให้เห็นว่ารายได้และสถานะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ความเหลื่อมล้ำกว้างขึ้น ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนและนโยบายการจ่ายเงินในช่วงระยะเวลาการศึกษา ทำให้ลดขนาดความสูงแนวบนลง ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือควรให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมแนวราบโดยครอบคลุมระดับชาติที่เป็นโครงการต่อเนื่อง และเป็นโครงการที่มีการออกแบบใหม่อย่างต่อเนื่อง และมีประโยชน์ในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าในการรักษาประชาชนบางกลุ่มจะเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายของยาที่รักษา ค่าผ่าตัด ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันของประชาชนผู้ใช้สิทธิ

(5) ประชาชนแต่ละสิทธิได้รับทางเลือกในการรักษาเกี่ยวกับยาอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) และ ญัฐพงศ์ ทองภักดี (2557)

พบว่าจำนวนอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของ 3 สิทธิที่เหมือนกันในปี พ.ศ. 2557 อยู่ทั้งหมด 166 รายการ และเมื่อพิจารณาแต่ละสิทธิ พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีทางเลือกใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรคจำนวนมากที่สุด รองลงมาสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิประกันสังคมมีจำนวนทางเลือกน้อยที่สุด

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าในระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ประชาชนในแต่ละสิทธิได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมยังมีความแตกต่างกัน รัฐจึงจำเป็นต้องหาวิธีทางเพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับสิทธิในการรักษา โดยเฉพาะประชาชนทุกคนควรมีสิทธิได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม

(6) ประชาชนไม่สามารถเลือกใช้สิทธิที่ดีกว่า เช่นในกรณีที่ออกจากสิทธิประกันสังคมแต่ยังไม่สามารถใช้สิทธิอื่นได้ทันทีเพราะประกันสังคมคุ้มครองต่ออีก 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ Sonenberg,A. & Knepper,H. J. (2016) ศึกษาคำถามไม่เท่าเทียมกัน: นโยบายด้านกฎระเบียบของผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลการเข้าถึงการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดและความไม่สอดคล้องของ นโยบาย NP SOP อาจมีผลต่อความสามารถในการทำงานด้านสุขภาพ และความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรทั่วประเทศ การที่รัฐที่มีข้อบังคับ NP SOP ที่เข้มงวดมากขึ้น ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการปฐมภูมิซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากร

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่านโยบายด้านกฎระเบียบทำให้การเข้าถึงการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ประชาชนจะได้ใช้สิทธิที่ตนเองมีอยู่ ซึ่งไม่สามารถเลือกใช้สิทธิอย่างใดก็ได้

(7) ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องเข้ารับการรักษายาบาลในหน่วยบริการที่ตนได้ขึ้นทะเบียนไว้เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรักษายาบาลโรงพยาบาลรัฐได้ทั่วประเทศ Craveiro, D (2017) ศึกษาเรื่อง บทบาทของเครือข่ายสังคมส่วนบุคคลต่อความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพในภูมิภาคยุโรป ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลของคุณลักษณะเครือข่ายทางสังคมที่มีต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพเป็นรูปแบบตามนโยบายที่แตกต่างกันไปของแต่ละภูมิภาค

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ต่างมีความแตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นเพราะรูปแบบตามนโยบาย ระเบียบ กฎหมาย ที่แตกต่างกันไปของแต่ละกองทุน

(8) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการรักษายาบาลและให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย แต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มี ซึ่งสอดคล้องกับ อภิญา เขยชัย และศิริพร ยอดกมลศาสตร์ (2550: 125-125) กล่าวว่า สวัสดิการเป็นเรื่องการเยียวยาทดแทนความเสียหาย (Remedy) โดยใช้หลักของการกลับสู่สภาวะเดิมอย่างทันทีและเพียงพอ แต่ถ้าไม่สามารถเยียวยาความเสียหายให้ได้แล้วก็จะ

ถือเป็นคราวเคราะห์ของผู้เสียหายเอง โดยผู้ที่ได้รับความเสียหายจะได้รับการคุ้มครองจากการใช้กระบวนการยุติธรรมที่เน้นเทคนิคทางคดี ซึ่งมีความล่าช้า และมีค่าใช้จ่ายสูง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลจะมีกฎหมายกำหนดไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มี แต่หากไม่สามารถตกลงกันได้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจะได้รับการคุ้มครองจากการใช้กระบวนการยุติธรรมทางคดี

(9) วิธีการรักษาพยาบาลบางโรคสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่คุ้มครองทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนเกินเมื่อต้องมารับการรักษา เช่น การผ่าตัดส่องกล้องตัดถุงน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณวัฒน์ แก้วพันธ์ (2557) พบว่าความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดีที่สุด ใน 3 สิทธิ ได้แก่การคุ้มครองของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยารักษาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ร่วมจ่ายค่ารักษา 30 บาท กลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองในทุกด้านที่กล่าวมา

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการรักษาพยาบาลบางโรคผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าถึงสิทธินั้นได้ ซึ่งพบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดีที่สุด ใน 3 สิทธิ ได้แก่การคุ้มครองของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยารักษาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป

## 2) ปัญหาด้านการเงินการคลัง

พบว่าแหล่งเงินของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากงบประมาณแผ่นดินโดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมด ในขณะที่กองทุนประกันสังคมแหล่งเงินมาจากเงินสมทบจากรัฐ ซึ่งสร้างภาระให้กับนายจ้างและลูกจ้าง ส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธินั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนผู้ใช้สิทธิมากที่สุด และสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการใช้บริการและรูปแบบการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุนยังมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด และยังคงมีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นระหว่างกองทุน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวรรณ กิติกรณารณ์ และคณะ (2557) ศึกษาเรื่องวิกฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไทยผลการศึกษาพบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพโครงการสวัสดิการข้าราชการในประเทศไทยเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (พ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกิน 3 ราย) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการ

พยาบาลและบริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางตามปริมาณการให้บริการแบบย้อนหลังโดยไม่มีกำหนดเพดานสูงสุดทำให้ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนคนไทยผู้ใช้สิทธินี้จะมีจำนวนประมาณร้อยละ 10 แต่ช่วงระยะเวลาเพียง 13 ปี (พ.ศ. 2531-พ.ศ. 2544) เกิดค่าใช้จ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่าตัวและมีค่าใช้จ่ายจริงสูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ทุกปี และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐธิดา จินดาพลและคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง วิฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการไทยผลการศึกษาพบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐพบปัญหาวิกฤตงบประมาณอย่างมากมาหลายปี แต่ไม่ว่าจะมีการปฏิรูปใดๆก็ตามต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งรัฐบาลผู้ออกนโยบาย สังคมให้การยอมรับ เช่น แพทย์ให้ความร่วมมือในการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุสมผล การรักษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน มีรูปแบบการจ่ายเงินในระบบสุขภาพ 3 กองทุน ยังมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะแหล่งเงินของกองทุนแล้วจะสร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดังนั้นจึงต้องมีระบบการบริหารจัดการงบประมาณที่ชัดเจนและมีระบบตรวจสอบที่ทั่วถึงในการใช้จ่ายเงินของแต่ละกองทุน และยังพบว่าสิทธิรักษายาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐธิดา แก้วนพรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษายาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษายาพยาบาลดีที่สุด 3 สิทธิ ได้แก่การคุ้มครองของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยารักษาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ร่วมจ่ายค่ารักษา 30 บาท กลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองในทุกด้าน

นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่าปัญหาด้านการเงินการคลัง ดังนี้

(1) รัฐบาลจัดสรรเงินงบประมาณให้กับระบบสุขภาพ 3 กองทุนไม่เท่ากัน โดยจัดสรรงบประมาณให้สวัสดิการรักษายาพยาบาลราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 100 แต่กองทุนประกันสังคมจัดให้เพียงบางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556: 3-30) เห็นว่ารูปแบบของการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะของกองทุนในขณะที่อีก 2 ระบบใช้เงินจากงบประมาณของประเทศโดยตรงซึ่งต่างจากกรณีศึกษาในต่างประเทศที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอิงกับระบบประกันสังคมได้แก่เยอรมนีฝรั่งเศสและ

ญี่ปุ่นในประเทศเหล่านี้กองทุนประกันสุขภาพทุกกองทุนจะดำเนินการภายใต้ระบบประกันสังคมที่ร่วมจ่ายระหว่างลูกจ้างและนายจ้างโดยเฉลี่ยแล้วร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมจะมาจากระบบประกันสังคมเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 10 มาจากงบประมาณของภาครัฐที่ให้การอุดหนุนกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่มียาได้เช่นผู้เกษียณอายุการทำงานเป็นต้นโดยการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐนั้นจะดำเนินการผ่านระบบกองทุนประกันสังคมมิได้เป็นการดำเนินการแบบแยกส่วนดังเช่นในประเทศไทย

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะของกองทุนในขณะที่อีก 2 ระบบใช้เงินจากงบประมาณของประเทศโดยตรง

(2) อัตราค่าตอบแทนแพทย์ อีกทั้งยังอัตราการเบิกจ่ายค่าห้อง ค่ายา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนจะแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558) เห็นว่าระบบบริการสุขภาพมีการแข่งขันสูงขึ้นในระบบบริการสุขภาพภาคเอกชน และพบว่ารายจ่ายบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ประเวศ วะสี (2560) คนต่างชาติจำนวนมากนิยมเข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในประเทศจากการตั้งแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการคนจน เพราะให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าและมีความสะดวกสบายมากกว่า ขณะที่คนต่างชาติ ซึ่งมีฐานะดี เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ทำให้ค่าบริการในโรงพยาบาลสูงมาก ผลักให้คนไทยชั้นกลางที่เคยไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนต้องย้ายไปใช้บริการบัตรทองของโรงพยาบาลรัฐ ไปเปรียบกับคนจน แน่นโรงพยาบาล โรงพยาบาลรัฐต้องถูกแย่งบุคลากรพร้อมกับต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนจะมีระบบการบริการที่มีคุณภาพ มีสภาพแวดล้อมที่ดี และใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยส่งผลให้มีต้นทุนที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับ นิยม กริมใจ (2560) พบว่าผู้เลือกใช้โรงพยาบาลเอกชนเห็นด้วยกับปัจจัยคุณภาพการบริการมากกว่าผู้เลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ เพราะผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมีการคาดหวังในคุณภาพการให้บริการที่สูงกว่าการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ ด้วยจำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ต้องแพงกว่ามากกับการรักษากรณีเดียวกันในโรงพยาบาลรัฐ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันในการให้บริการสุขภาพ ทำให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนจะแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล

(3) การควบคุมการจ่ายยาของแต่ละกองทุนยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบสวัสดิการรักษายาบัตรข้าราชการจะได้รับยานอกบัญชีหลัก หรือยาต้นแบบที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ

และบางรายอาจได้รับยาเกินความจำเป็นเพราะระบบสวัสดิการรักษายาบาลใช้วิธีการจ่ายค่ารักษายาบาลแบบปลายเปิด หรือตามปริมาณการใช้บริการซึ่งไม่มีการคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับ ฌรชัช ญาคุณาพฤกษ์ และคณะ (2555) จากการวิเคราะห์ข้อมูลยาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยนอกมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการครอบครองยาเกินจำเป็น (ปริมาณยา >100% ของปริมาณที่จำเป็น) ซึ่งปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเกิดขึ้นมากในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแต่มูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยต่อรายการในยานอกบัญชีมีมูลค่าสูงกว่ารายการยาในบัญชีฯ ถึง 3 เท่า มีเพียงส่วนน้อยที่ผู้ป่วยครอบครองยาเกินจำเป็นโดยรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ ฌฎฐพงศ์ ทองภักดี (2557) เห็นว่า ความเหลื่อมล้ำในการได้รับการรักษายาบาลในด้านวิธีการรักษายาบาล และประเภทยาที่ใช้ในการรักษา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากรูปแบบการกำหนดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแตกต่างกันของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน นอกจากนี้สถานพยาบาลไม่สามารถควบคุมราคาตามที่ตกลงกับผู้ป่วยไว้ได้ เช่น กรณีผู้ป่วยแพ้ยาหลังการรักษา ส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการจ่ายยาของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ยังมีความเหลื่อมล้ำ ในการได้ประเภทยาที่ใช้ในการรักษา ซึ่งเป็นผลมาจากการออกแบบวิธีการจ่ายค่ารักษายาบาลที่แตกต่างกัน

(4) การควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ยังมีความแตกต่างกันในค่าตอบแทนทำให้บุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐ เพื่อไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนเพราะได้รับค่าตอบแทนที่ดีกว่า สอดคล้องกับ อิงครัต แพททริคค์ สีเขียวสุขวงกฎ (2559) จากความคิดเห็นของผู้บริหารองค์การทางการแพทย์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ พบว่าปัญหาแรงจูงใจภายในองค์การส่วนใหญ่ ได้แก่ พันธะผูกพัน และระยะเวลาในการอยู่ในองค์การ ระบบบริหารจัดการ ผลตอบแทน ภาระงาน สถานะทางสังคม ความมั่นคงทางรายได้ ความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง ค่าตอบแทนที่แตกต่างจากเอกชน และนโยบาย โครงสร้างและวัฒนธรรมองค์การ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า อัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนยังมีความแตกต่างกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งในระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน จะมีการจ่ายค่าตอบแทนทางการแพทย์ที่ต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีเงินมากกว่าที่จะให้ค่าตอบแทนแพทย์ในอัตราที่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ จึงควรมีการควบคุม หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องควรเข้ามากำกับดูแลไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำ

(5) ระบบการตรวจสอบสิทธิยังไม่ครอบคลุมและทันสมัย เพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต อีกทั้งยังมีประชาชนบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่อยู่อาศัยห่างไกลจากสังคมเมือง ก็ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการรักษายาบาล อีกทั้งเมื่อ



รับบริการสุขภาพ ในทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับหลักฐานที่จำเป็นที่ต้องแสดงให้กับสถานพยาบาล

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการตรวจสอบสิทธิ สามารถขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการบูรณาการข้อมูลประชาชนจากหน่วยงานของรัฐ โดยใช้ประโยชน์จากเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อให้งานบริการของภาครัฐ ในด้านต่าง ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นซึ่งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริตในการเบิกจ่ายยาได้เช่นกัน

(6) ในระบบประกันสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยขาดมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีความจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศซึ่งสอดคล้องกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2561) เห็นว่าการออกแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ดีส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพ การควบคุมค่าใช้จ่าย และความเท่าเทียม

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการใช้มาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มีความจำเป็นนั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันพิจารณาและวางระบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสมตาม มาตรการควบคุมการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

### 3) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

พบว่า การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ กลไกกลางในการบริหารทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานที่ต่างกัน และการบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน ยังมีบทบาทที่ยังไม่มีความชัดเจนตามภารกิจ และขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชน ในเรื่อง ชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ สอดคล้องกับ พิชชาโรจน์ พิทยากร (2551) ศึกษาเรื่อง “การบูรณาการแนวความคิดการจัดการภาครัฐในการแก้ปัญหาการขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำในการกระจายของแพทย์ในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์และมีการโยกย้ายหรือลาออกของแพทย์เป็นประจำการคาดการณ์ความต้องการการแพทย์ในอนาคตมักต่ำกว่าความต้องการจริงโดยมีความต้องการทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางแต่ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มดีขึ้นเนื่องจากการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นการเพิ่มค่าตอบแทนและการบริหารจัดการของหน่วยงาน สอดคล้องกับสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2549) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุขได้รับแรงกดดันจากการให้บริการ เนื่องจากประชากรมีความคาดหวังสูงขึ้น ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขลดลงกว่าเดิม โดยมีการสูญเสียแพทย์โดยเฉลี่ยร้อยละ 42 ของจำนวนที่เพิ่มมาใหม่ในแต่ละปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ในเขตชนบทเพิ่มขึ้นร้อยละ 63 ขณะที่บุคลากร

สาธารณสุขเพิ่มขึ้นไม่ถึงร้อยละ 10 อีกทั้งปัญหาความเครียดที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ให้บริการโดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐที่มีสาเหตุมาจากจุดอ่อนของการบริหารจัดการในภาครัฐ และสอดคล้องกับ วิรุฬ ลี้มสวาท (2552) ศึกษาเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550: กรอบแนวคิดพัฒนาการและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา” ได้เสนอแนะให้หน่วยงานกลางควรเพิ่มการกระจายอำนาจและปฏิรูปโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทโดยรวมของระบบเพื่อให้สามารถทำบทบาทที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสมเช่นการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพในภาพรวมได้ดียิ่งขึ้น

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการในแต่ละกองทุน ซึ่งจะมีข้อจำกัดเรื่องของกฎหมาย บุคลากร และงบประมาณ ในการบริหารจัดการ ดังนั้นทั้ง 3 กองทุนควรมีการบูรณาการร่วมกันหรือแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการจัดประชุมหรือปรึกษาเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการบริหารจัดการให้เกิดความชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่า ปัญหาด้านการบริหารจัดการ ดังนี้

(1) การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (Payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ซึ่งวิธีการจ่ายเงินประกอบด้วย 4 วิธีหลักดังนี้ การจ่ายตามรายบริการ การเหมาจ่ายรายหัว การวินิจฉัยโรคร่วม และการจ่ายตามบัญชีค่าบริการ โดยทั้ง 3 ระบบมีวิธีการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน ต่อคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) พบว่าความเหลื่อมล้ำด้านค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เกิดขึ้นระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาลทั้ง 3 ระบบจากการใช้ระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกันระหว่างการใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวกับการจ่ายตามรายการการรักษาพยาบาล เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556) เห็นว่า ผู้จ่ายหรือผู้ที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลซึ่งหมายถึงภาครัฐนั้นการมีระบบประกันสุขภาพที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (Clinical audit) เป็นต้น

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสภาพปัญหาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปัจจุบันมีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการให้หน่วยงานของผู้ให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของระหว่าง 3 กองทุน

(2) การเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกันไม่เป็นในทิศทางเดียวกันทำให้สถานพยาบาลต้องรับภาระในการจัดทำเอกสารเบิกจ่ายค่าบริการให้กับกองทุนด้วยรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน หมายความว่าสถานพยาบาลที่รับรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ ก็จะต้องมีระบบการจ่ายเงินทั้ง 3 ระบบ อีกทั้งรูปแบบการจ่ายเงินแบบปลายเปิด

ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสเกิดการให้บริการเกินจำเป็นได้ ส่วนอีกสองระบบใช้รูปแบบการจ่ายปลายปิดซึ่งทางสถานพยาบาลจะควบคุมค่าใช้จ่ายโดยให้การรักษายาบาลไม่เกินงบประมาณที่กำหนดไว้ ซึ่งส่งผลให้มีความแตกต่างจากการรักษายาบาลระหว่าง 3 กองทุน ซึ่งสอดคล้องกับ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560: 5) พบว่ามีความไม่เสมอภาคของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ หลักมีความแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในปี 2552 และ 2556 ค่าใช้จ่ายรายหัวที่ปรับตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คิดเป็น 10,338 และ 11,182 บาทต่อประชากร หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ 2,274 และ 2,726 บาทต่อประชากร และประกันสังคม 2,568 และ 3,201 บาทต่อประชากรตามลำดับ และสอดคล้องกับรัชนีบูล น้ำใจดี (2557) พบว่าการเลือกใช้สิทธิหรือไม่เลือกใช้สิทธิการรักษายาบาลพื้นฐานของประชาชน พบว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิการรักษายาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบัตรทอง ส่วนผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้สิทธิของตนเองมากที่สุด เกิดจากการความแตกต่างของระบบวิธีการจ่ายเงินของแต่ละกองทุนแตกต่างกัน โดยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นแบบจ่ายตามบริการจริงในการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกจึงเป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลให้การรักษาแก่ข้าราชการเป็นอย่างดี ส่วนสิทธิบัตรทองและประกันสังคมเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยของสองกลุ่มนี้มาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามความจำเป็นทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการเรียกเก็บค่าบริการทั้ง 3 กองทุนมีความแตกต่างกัน อันอาจส่งผลต่อความเสมอภาค คุณภาพ และ/หรือประสิทธิภาพจากการได้รับบริการที่แตกต่างกันจากสถานพยาบาล ซึ่งต้องการพัฒนาและบูรณาการให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน

(3) ระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มยังไม่ทันสมัย ตรวจสอบได้ยาก มีขั้นตอนมากทำให้เกิดปัญหาการใช้สิทธิที่ซ้ำซ้อนในระบบสุขภาพ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) เห็นว่าการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทุกกองทุนควรมีความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว (Harmonization) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนทางการเงิน และระบบข้อมูล

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนตรวจสอบได้ยาก มีขั้นตอนมาก ทำให้เกิดปัญหาการใช้สิทธิซ้ำซ้อน ซึ่งในแต่ละกองทุนมีระบบการจัดการที่แตกต่างกัน จึงควรมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทุกกองทุนควรมีมาตรฐานแนวทางเดียวกัน ในเรื่องสิทธิประโยชน์ รวมทั้งนำระบบสารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามาจัดเก็บข้อมูลและสามารถเชื่อมต่อข้อมูลถึงกันได้ทุกระบบ

(4) ไม่มีหน่วยงานกลางเข้ามาบริหารระบบร่วมกันของทั้ง 3 กองทุน ให้มีการบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน จากการที่ระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีการบริหารจัดการภายใต้การ

สังกัดที่แตกต่างกันจึงส่งผลให้มีการบริหารจัดการระบบมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (2556) พบว่า การบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนที่สูงทั้งผู้ให้บริการและผู้จ่าย ในกรณีผู้ให้บริการ จากการศึกษาที่ทั้ง 3 กองทุนมีวิธีการและเอกสารที่ใช้แตกต่างกันทำให้มีปัญหาการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพราะฐานข้อมูลไม่สอดคล้องกัน และกรณีผู้จ่ายหรือผู้ทำหน้าที่กำกับดูแล การที่มีการบริหารแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การตรวจสอบทางการเงิน และคุณภาพในการรักษาพยาบาล

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าในการบริหารระบบร่วมกันของทั้ง 3 กองทุน ให้มีการบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกันนั้น รัฐบาลจะต้องมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาควบคุม ดูแลการบริหารจัดการของทั้ง 3 กองทุน ให้เป็นในทิศทางเดียวกัน

(5) การขาดการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน จากการศึกษาแต่ละระบบใช้ข้อมูลสารสนเทศที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละกองทุนไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาพยาบาลให้ระหว่างกัน กรณีเปลี่ยนแปลงสิทธิทำให้เกิดปัญหาช่องว่างในการคุ้มครอง สอดคล้องกับ ปจิริตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2556) พบว่า การจัดการภายในกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีกรอบคิด นโยบาย วิธีการนำสู่การปฏิบัติ รวมถึงถึงการติดตามผลมีความแตกต่างกันมากกว่าความสอดคล้องกันของแนวทางในการจัดการ ทั้งระหว่างกลุ่มโรคภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน และระหว่างกลุ่มโรคเดียวกัน ในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ อีกทั้งยังไม่มีระบบสารสนเทศและกลไกการจัดการที่ได้รับการออกแบบด้วยจุดมุ่งหมายที่มีประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง หรือการมุ่งเน้นจัดการโรคเรื้อรังที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการดูแลรักษาโรคเฉียบพลัน และความต้องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงยังไม่เอื้อต่อการประสานและติดตามข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยกรณีย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ามาสู่ระบบและออกจากระบบการเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันทั้ง 3 กองทุน โดยการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาพยาบาลของแต่ละกองทุนเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาช่องว่างในการคุ้มครองของผู้มีสิทธิ ตรวจสอบสิทธิ รวมทั้งข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิระหว่างกองทุนได้

(6) ระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (2556) พบว่า การที่มีการบริหารแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่นการตรวจสอบทางการเงิน และคุณภาพในการรักษาพยาบาล ซึ่งคณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560) เห็นว่า ในการกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ มีความพยายามในการบูรณาการระบบ

การตรวจสอบร่วมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ รวมทั้งการกำกับคุณภาพ มาตรฐานบริการ อื่นๆ เช่น การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการที่จัดให้กับผู้มีสิทธิ

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ยังไม่เป็นมาตรฐาน เดียวกัน และยังขาดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นเพราะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความร่วมมือ การประสานงาน และขาดการกำกับดูแล คุณภาพมาตรฐาน บริการ

(7) ขาดการกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการ ภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เนื่องจากกรมบัญชีกลางไม่มีความรู้ทั้งด้านการแพทย์ จึงให้ หน่วยงานภายนอกเข้ามาช่วยตรวจสอบการเบิกจ่าย และให้ความเชื่อใจการเบิกจ่ายจากสถานพยาบาล สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2555) พบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมี ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีระบบการเบิกจ่ายตรง ทำให้ผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการไม่ต้องคำนึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น อีกทั้งมีการจ่ายยาอย่างไม่เหมาะสม และมีการ ตรวจสอบที่ไม่เข้มแข็งเนื่องจากระบบข้อมูลประกอบการเบิกจ่ายขาดรายละเอียดชนิดและปริมาณ การบริการ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการทุจริตในการเบิกจ่ายค่า ยาของผู้มีสิทธิบางราย และสอดคล้องกับ ณิชร ชัยญาคุณาภฤกษ์ และคณะ (2555) พบว่าผลกระทบ ทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแสดงให้เห็น ว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีการครอบครองยาเกินจำเป็นและมีมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง สูงกว่าสิทธิอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก โรงพยาบาลที่ให้บริการในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สามารถเบิก เงินค่ายาคืนจากกรมบัญชีกลางได้ทั้งหมด จึงทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ขาดความ ตระหนักในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งต่างจากสิทธิอื่นๆที่โรงพยาบาลจะได้รับ เงินเป็นเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นโรงพยาบาลอาจมีความตระหนักในการจ่ายยาในผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ มากกว่าผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากต้องบริหารงานในงบประมาณที่จำกัด

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐาน บริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน ทำให้ขาดความ รอบคอบ รัดกุม จึงต้องมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อจะได้วางแผน พัฒนาการ กำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน

(8) ระบบการตรวจสอบลงทะเบียนสิทธิ ประชาชนยังไม่สามารถ ลงทะเบียนและ เปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล ซึ่งระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถใช้สิทธิการ รักษาพยาบาลได้ทุกโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย ส่วนอีกสองระบบถ้าต้องการไปรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาลอื่นที่ไม่ระบุไว้ก็จะต้องทำเรื่องขอเปลี่ยนย้ายสิทธิ ซึ่งไม่สามารถย้ายได้ทันที สอดคล้อง

กับงานวิจัย ปารเมศ มั่นคง และคณะ (2556) พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรทองต้องการไปใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งได้เพราะกรณีต้องย้ายที่ทำงานทำให้ไม่สะดวก และต้องการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ อีกทั้งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนการเข้ารับการรักษาเมื่อป่วยมีขั้นตอนมากต้องมาขอรับใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ตนลงทะเบียนไว้ก่อน จึงจะไปเข้ารับรักษาตัวได้หากไม่มีใบส่งตัวแล้วจะไปใช้สิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ยกเว้นแต่กรณีอุบัติเหตุ ซึ่งสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (2559) เห็นว่าการสร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพต้องทำอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าระบบการตรวจสอบลงทะเบียนสิทธิ ประชาชนยังไม่สามารถลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล เนื่องจากทั้ง 3 กองทุนมีระบบการจัดการที่มีความแตกต่างกัน จึงควรมีหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการและการตรวจสอบสิทธิ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการตรวจสอบสิทธิ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการ

(9) ขาดการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีสิทธิ เพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ซึ่งวิพุธ พูลเจริญ (2544) เห็นว่า กระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทยที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมุมมองเชิงปรัชญาของระบบสุขภาพ จาก การจัดบริการอย่างทั่วถึง (Health for all) เป็นแนวคิดที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (All for health) ซึ่งสอดคล้องกับ Craig Milton et al (2009) พบว่ารัฐบาลให้ความสำคัญจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเพื่อช่วยการกลั่นกรองข้อมูลในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อสังคมกว้าง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน จะทำให้เกิดการไม่พัฒนาเปลี่ยนแปลงในระบบประกันสุขภาพ การให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมโดยรับฟังความคิดเห็นจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของระบบสุขภาพต่อไป

#### 4) ปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ

พบว่า ผู้ให้บริการได้สร้างเงื่อนไขการใช้บริการ สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศ แต่ถ้าต้องการจะใช้โรงพยาบาลเอกชนก็สามารถเบิกค่ารักษาภายในวงเงินที่กำหนดไว้ สำหรับระบบประกันสังคมผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐหรือ เอกชนที่ผู้ประกันตน เลือกขึ้นทะเบียนด้วย หรือสถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉินส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้มีสิทธิต้องไปรับ

บริการที่ สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ที่ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนด้วยเป็นหลัก หรือ สถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีประเด็นแนวความคิดการจัดบริการที่ต่างกันส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สุพจน์ เต๋นดวง (2553) ศึกษาเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม ผลการวิจัยพบว่าความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทำให้เกิดโครงสร้างและสถาบันสังคมที่ไม่เป็นธรรมหรือบิดเบือนรวมถึงสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย เนื่องจากคนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากผลประโยชน์โดยเฉพาะเงินอำนาจและทรัพยากรที่จะนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตการขาดแคลนจากผลประโยชน์เหล่านั้นทำให้คนเหล่านั้นป่วยและสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่อง “การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร” ผลวิจัยพบว่า 1) ด้านการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียวมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินการตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยแล้วมีการประชุมระหว่างคณะผู้บริหารกับหัวหน้าฝ่ายต่างๆภายในโรงพยาบาลประกอบกับระบบรายงานมีความชัดเจนเรื่องการสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กรในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการควบคุมมาตรฐานโดยภาพรวมของโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสากลระบบการตรวจสอบภายในระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ 2) พบปัญหาดังนี้การจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่คิดว่าไม่คุ้มทุนปัญหาหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยปัญหาประชาชนไม่เข้าใจนิยาม “ฉุกเฉิน” พยายามหาช่องโหว่และวิถีทางเพื่อให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนปัญหาการไม่สามารถส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัด

แต่อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงจากแพทย์ พบว่าแพทย์จะทำการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าคุณภาพการให้บริการระบบสุขภาพ 3 กองทุน จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกองทุน เนื่องจากกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุน มีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมายรวมถึงมีวิธีการจ่ายที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่น การให้บริการผู้ป่วยในกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศรวมถึงการได้บริการหัตถการเช่นการผ่าตัดลดการผ่าตัดส่องกล้องสูงกว่าผู้ป่วยกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมทั้งการรักษาผู้ป่วยเบาหวานซึ่งผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีโอกาสได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเป็นผลมาจากวิธีการจ่ายเงินทั้ง 3 กองทุนต่างกันทำให้ได้คุณภาพการให้บริการแตกต่างกันจนเกิดความเหลื่อมล้ำ

นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่า ปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ ดังนี้

(1) สถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในการใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ ซึ่งยังไม่มีมาตรฐานและคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ ซึ่งสอดคล้องกับ ญัตติพวงศ์ ทองภักดี (2557: 52) เห็นว่า ความเหลื่อมล้ำในการได้รับการรักษาพยาบาลในด้านวิธีการรักษาพยาบาล และประเภทยาที่ใช้ในการรักษา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากรูปแบบการกำหนดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแตกต่างกันของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน สอดคล้องกับ ณวัฒน์ แก้วพันธ์ (2557) พบว่าแพทย์ให้การรักษาอย่างเท่าเทียมกันทุกสิทธิ แต่เนื่องจากแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลมีกฎระเบียบและงบประมาณที่ต่างกัน ทำให้การส่งตรวจหรือการจ่ายยามีความแตกต่างกัน ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ดีที่สุด เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจเบิกยาหลักแห่งชาติบางกรณีไม่ได้ แต่อาจเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่ดีกว่าสิทธิประกันสังคม ส่วนสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการสามารถเบิกได้มากกว่าสิทธิอื่นๆ หรือให้การตรวจรักษาบางอย่างมากเกินไป นอกจากนี้การเลือกยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้ในสถานพยาบาลก็แตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะแพทย์ในแต่ละสถานพยาบาล เช่นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมักเลือกใช้ยาที่มีคุณภาพและมาตรฐานสูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าคุณภาพหรือมาตรฐานของยาเป็นส่วนของการบริการรักษาที่มีความสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานการบริการรักษาพยาบาลมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการได้หากการบริการไม่ได้คุณภาพหรือมาตรฐานประชาชนผู้มีสิทธิจำนวนหนึ่งที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็จะเลือกจ่ายค่าบริการเองเพื่อรับบริการที่มีคุณภาพดีกว่า

(2) สถานพยาบาลยังขาดอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ ซึ่งผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่จะสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลใกล้ที่พักอาศัยผู้ป่วย หรือโดยส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ซึ่งบางแห่งยังขาดอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องหรือใช้ระยะเวลาในการรักษาจะนานกว่า ส่วนผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษายาข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลได้ไม่ต่ำกว่าระดับทุติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ค่อนข้างทันสมัยกว่า สอดคล้องกับ ประเมศ มั่นคง และคณะ (2556) พบว่าโรงพยาบาลระดับตำบลมีแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะทางน้อยทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลของรัฐให้บริการที่อยู่แล้ว มีการปรับปรุงประสิทธิภาพอยู่เสมอเป็นการเพิ่มภาระให้แก่สถานบริการอื่นๆ ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนมากเกินไป เพราะประชาชนมักจะเลือกโรงพยาบาลที่มีแพทย์เก่งและมีเครื่องมือครบ ซึ่งตามแนวคิด The six building blocks การเข้าถึงบริการทาง



การแพทย์ (Access to essential medicines) ของ World health organization (2010) เห็นว่า ระบบสุขภาพที่ดีต้องสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ซึ่ง ครอบคลุมถึง ยา ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์วัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย จะสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนที่เข้ามารับบริการ ดังนั้นในระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน สถานพยาบาลจึงต้องมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ

(3) ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและใช้ทรัพยากร ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) ซึ่งสอดคล้องกับ วิพุธ พูลเจริญ (2544: 46) เห็นว่า กระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทยที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมุมมองเชิงปรัชญาของระบบสุขภาพ จากการจัดบริการอย่างทั่วถึง (Health for all) เป็นแนวคิดที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (All for health) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน เพื่อส่งเสริมให้มีส่วนร่วมให้มากที่สุด และให้ความยอมรับในศักยภาพของทุกคนอย่าง เสมอภาคและเท่าเทียม โดยควรคำนึงถึงปัจจัยและสภาพแวดล้อมของทุกภาคส่วนรวมถึงข้อจำกัดด้วย ซึ่งในการพัฒนาปรับปรุงระบบประกันสุขภาพโดยรับฟังความคิดเห็นจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

(4) ขาดการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสม ซึ่งตามแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของคณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560) เห็นว่าการสนับสนุนการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการรับบริการสาธารณสุข การจ่ายค่าบริการ และผลลัพธ์บริการ เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมี มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการรับบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิพื้นฐานในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

(5) ขาดการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ ในการป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยูพา วงศ์ไชยและคณะ

(2551) การศึกษาเรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบหลักมีความแตกต่างกันในด้านกลไก/ กระบวนการการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิตามกฎหมายของแต่ละระบบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับ สายสมร เฉลย กิตติ และคณะ (2557) ศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายและเป็นสิ่งที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าในอดีตไม่ค่อยมีใครฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพในการช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ แต่ในปัจจุบัน เนื่องจากกระแสสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ผนวกกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้คณะบุคคลส่วนหนึ่งมองเห็นโอกาสในการนำเรื่องการรักษาพยาบาลไปประกอบธุรกิจที่มุ่งแสวงหาผลกำไร เป็นเหตุให้ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไประหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ป่วย อีกทั้งประเด็นด้านสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคได้พัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด เมื่อผู้ป่วยต้องพบกับความผิดหวังหรือได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ จึงเกิดกรณีการฟ้องเรียนฟ้องร้องเพิ่มขึ้น เช่น กรณีความผิดพลาดการให้เลือดผิด การปล่อยปละละเลยทอดทิ้งผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า องค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพที่เข้ามาตรวจสอบจริยธรรมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ ในปัจจุบันมีกลไก/กระบวนการการคุ้มครองหรือปกป้องสิทธิตามกฎหมายของแต่ละระบบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ

(6) ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ดัง Szasz and Marc (1956) กล่าวไว้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการรักษา โดยมีหลักการคือ แพทย์และผู้ป่วยมีอำนาจเท่าเทียมกัน แพทย์และผู้ป่วยต้องร่วมมือกัน การกระทำใดๆต้องอยู่บนความพึงพอใจทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับดวงกมล ศรีประเสริฐ (2561) พบว่า แพทย์ยังเป็นผู้มีอำนาจในการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยมีอิสระ ในการที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาน้อยมาก ทั้งที่โครงสร้างทางสังคมได้เปลี่ยนไปประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเข้าถึงเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์มากขึ้น ดังนั้น จึงมีแนวคิดว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยควรเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีอิสระมากขึ้น และปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (2559) เห็นว่าในปัจจุบัน แนวคิดการมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพันเป็นแนวคิดที่เป็นสากล ผ่านการขับเคลื่อนในระดับองค์การอนามัยโลก โดยจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง

เฉียงใต้ พ.ศ. 2558 สมัยที่ 68 มีมติ ข้อตกลงร่วมกันให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญเพื่อการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัย

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยควรเข้าไปมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยในการรักษาด้วยเช่นกัน เนื่องจากการรักษาโรคง่ายอย่างจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมด้วยด้วยในการรักษา

(7) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องยังเน้นรูปแบบแสวงหากำไร และผู้ป่วยได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสมและไม่เท่าเทียมกัน ด้วยแต่ละสิทธิมีวิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันทำให้สถานพยาบาลต้องควบคุมค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิไม่ให้เกินอัตราที่กำหนดไว้

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า สถานพยาบาลของรัฐมีการคิดค่าบริการที่ไม่เน้นการแสวงหากำไร ซึ่งต่างกับสถานพยาบาลของเอกชนที่เน้นรูปแบบการแสวงหากำไร ดังนั้นรัฐจะต้องให้ความสำคัญในการเข้าไปตรวจสอบ ควบคุมราคาการให้บริการของสถานพยาบาลให้เกิดความเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิในการรักษาขั้นพื้นฐานเมื่อเจ็บป่วย

(8) ขาดกลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2553) เห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย หากแต่มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้กลับแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมักมองสาเหตุเกิดจากโรงพยาบาล แพทย์ และทีมงาน ประมาท ขาดความสามารถที่เพียงพอ หรือระบบบริการที่ไม่ดี ขณะที่ฝ่ายโรงพยาบาลหรือแพทย์มักมองว่าเกิดจากปัจจัยที่ ควบคุมไม่ได้เช่น เหตุสุดวิสัย พยาธิสภาพของโรค หรือการไม่ได้ ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในการรักษาโรค

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการที่ได้รับความเสียหาย โดยประชาชนที่เป็นผู้ป่วยมองว่าสาเหตุเกิดจากโรงพยาบาล แพทย์ และทีมงาน ประมาท ขาดความสามารถที่เพียงพอ หรือระบบบริการที่ไม่ดี การให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหายจึงเป็นสิทธิที่ประชาชนที่ได้รับความเสียหายจะได้รับ โดยอาจจะมีการกำหนดให้มีองค์กรมตรวจสอบความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันแพทย์ก็ต้องมีมาตรฐานในวิชาชีพในการรักษาด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้การคุณภาพการบริการจากการรับรู้ของผู้รับบริการนั้นมีความแตกต่างกัน อาจทำให้มีความคิดเห็นและความพึงพอใจในคุณภาพการบริการที่ได้รับแตกต่างกัน Parasuraman, A. et al. (1990) กล่าวไว้ว่า คุณภาพการบริการเป็นการเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้การบริการ โดยถ้าการรับรู้กับความคาดหวังมีความสอดคล้องกันและสามารถสนองความต้องการได้ ถือ

ว่ามีคุณภาพการบริการที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย จารุณี ดาวังปา และมณีรัตน์ ภาครูป (2560) ผู้รับบริการที่เข้ามารับการรักษามั้จะเข้ามารับการรักษโดยใช้สิทธิประกันสังคม แต่ผู้ป่วยก็คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการรักษไม่ว่าจะใช้สิทธิการรักษาใดก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วย เข้ามารับการรักษแล้ว ผู้ป่วยรับรู้ว่ตนเองไม่ได้สิทธิการดูแลพยาบาลเท่ากับหรือใกล้เคียงกับที่คาดหวังไว้ เช่น สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่ได้รับ อีกทั้งการปฏิบัติงานของพยาบาลซึ่งผู้ให้บริการรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่ให้การดูแลเป็นแบบงานประจำที่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์เท่านั้น พยาบาลไม่เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยว่ามีความแตกต่างกัน การปฏิบัติกรพยาบาลไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าการบริการที่ได้รับน้อยกว่าการบริการที่คาดหวังไว้

### 3. ร้บรองมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

จากผลการวิจัยพบว่ามาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้มาจากการวิเคราะห์บริบทของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ซึ่งสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

#### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

(1) ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษายาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมืสิทธิในการรักษายาบาลระบบใดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับ เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556: 3-30) เห็นว่าระบบสุขภาพหลายระบบ มีแนวทางการดำเนินงานและการออกแบบที่ต่างกัน อีกทั้งวิธีการจ่ายค่าบริการเงื่อนไขการใช้บริการและสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกแต่ละกลุ่มได้รับยังมีความแตกต่างกัน ทั้งการใช้บริการเจ็บป่วยทั่วไปและเจ็บป่วยฉุกเฉินอุบัติเหตุเป็นต้นรวมทั้งการชดเชยกรบริการต่อสถานบริการก็มีความแตกต่างกันจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะก่อให้เกิดให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้และให้บริการสิทธิประโยชน์การรักษายาบาล

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน มีวิธีการจ่ายค่าบริการเงื่อนไขการใช้บริการและสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนในแต่ละกลุ่มได้รับยังมีความแตกต่าง ซึ่งประชาชนควรที่จะได้สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษายาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกันในการใช้สิทธิของระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

(2) การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มี ความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (2559:1) เห็นว่ารัฐธรรมนูญกำหนดให้บุคคลมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันของการประกันสุขภาพของประชาชนยังขาดความเท่าเทียมกันในการได้รับบริการสุขภาพ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการบูรณาการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ และมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน

(3) ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556: 3) เห็นว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย ส่งเสริม ให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนถือเป็นสิทธิพื้นฐานที่คนไทยสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดการเจ็บป่วย ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

(4) ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556: 3) เห็นว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย ส่งเสริม ให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า สิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนถือเป็นสิทธิพื้นฐานที่ต้องสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ให้กับประชาชนคนไทยสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง

(5) ควรให้บุคคลมีสิทธิ เลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่า ได้รวมทั้งกรณีที่บุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มในหลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Rotaroua, E.S. & Sakellariou, D. (2016) ศึกษาเรื่อง การปฏิรูปเสริมนิยมใหม่ในระบบสุขภาพและโครงสร้างความไม่เท่าเทียมกันระยะยาวในระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาจากประเทศชิลี จุดมุ่งหมายเพื่อหารือเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายเสริมนิยมใหม่ในระบบสุขภาพของชาวชิลี ในช่วงการปกครองของ Pinochet มีผลต่อเนื่องในการเข้าถึงสุขภาพที่เท่าเทียมกันในปัจจุบัน ระบบสุขภาพสองชั้น ประกอบด้วยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยถูกนำมาใช้เมื่อต้นทศวรรษ 1980 ซึ่งเป็นวิธีการในการปรับปรุงประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่มาทดแทนความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและการถูกละเลยความเป็นมนุษย์ของระบบสุขภาพ

ทั้งนี้ จะเห็นว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนยังเกิดความเหลื่อมล้ำ การลดค่าใช้จ่ายในการบริการ ก็สามารถทำให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิในระบบสุขภาพเช่นกัน ซึ่งสามารถแก้ไข ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงของระบบสุขภาพได้อีกวิธีหนึ่ง

(6) ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 กำหนดให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข โดยการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค ซึ่งครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และ สาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากฎหมายดังกล่าวจะให้ความสำคัญกับสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข และการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

(7) ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติของ มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “ให้ คณะกรรมการ กันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการ ไว้เป็นเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น ให้กับผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาล ของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับความเสียหาย ภายใน ระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการ รักษาพยาบาล สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายดังกล่าว ซึ่งถือเป็นการสร้างหลักประกันในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาของ สถานพยาบาล

(8) สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายบายที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและ สุขภาพของประชาชนของ กระทรวงสาธารณสุข (2560: 12) พัฒนากลไกการจัดบริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค (PP) ตาม แนวทางหรือแนวเวชปฏิบัติและมาตรฐานบริการในระบบประกัน สุขภาพ ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา ประเภทและขอบเขตบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค ในการจัดทำประเภทและขอบเขต บริการหลักร่วม 3 กองทุน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างกลไกการเข้าถึงคุณภาพในการให้บริการสุขภาพของประชาชน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมกันมากขึ้น

(9) การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึง บริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือแรงงาน ซึ่งสอดคล้องกับ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์และระบบประกันสุขภาพอื่น และเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยขยายสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนให้กว้างขึ้นและกำหนดให้การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นการรักษาพยาบาลด้วย

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ไม่ว่าจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือแรงงาน ควรเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลรัฐและของเอกชน

(10) การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุนายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของ การรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชน ทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมซึ่งสอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข (2560: 19) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และการ จัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในสถานบริการสาธารณสุข พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use hospital: RDU) ในสถานบริการสาธารณสุข ให้เกิดความ ตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้คนไข้

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาของสถานพยาบาลในแต่ละสิทธิของกองทุนทั้ง 3 กองทุนมีความแตกต่างกัน การกำหนดค่าใช้จ่ายให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม

## 2) ด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ผนวฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557: 142) ศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดีที่สุดในเมื่อเปรียบเทียบกับจาก 3 สิทธิ ได้แก่ความครอบคลุมของโรคที่คุ้มครอง จำนวน

อุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยาราคาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป อีกทั้งรัฐควร

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนที่แตกต่างกันไปโดยจะให้ความสำคัญกับสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมากกว่า ดังนั้นหากรัฐเข้าไปอุดหนุนงบประมาณให้ 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน ก็จะทำให้ประชาชนทุกคนได้รับความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในหลักประสพภาพอย่างเท่าเทียมกัน

(2) จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับ รัชณี บุณย์น้ำใจดี (2557) ศึกษาเรื่องการเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยได้เสนอแนะจากงานวิจัยคือมีประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีความสามารถจ่ายค่ารักษาด้วยตนเองซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลเอกชนควรให้ความสนใจเป็น ลำดับแรกภาครัฐควรทำการศึกษาทัศนคติของประชาชนทั้งประเทศที่มีต่อระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันและความสามารถในการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อนำไปกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน สามารถนำไปกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

(3) จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งจากการศึกษาของ ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557: 142) เรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจาก 3 สิทธิ ได้แก่ความครอบคลุมของโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยาราคาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไปซึ่ง สุนทร ต้นมันทอง, 2553: 89) เห็นว่า ในการจัดสรรงบประมาณเมื่อพิจารณางบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ดำเนินการในปีแรก อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับระบบสุขภาพแบบอื่นๆ พบว่างบประมาณต่อหัวสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาความไม่เสมอภาคในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขระหว่างระบบสุขภาพต่างๆ



ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าในการจัดสรรงบประมาณในระบบประกันสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำที่แตกต่างกัน การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกันก็จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

(4) จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ โรงพยาบาล และทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาการรักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน ทั้งนี้ การกำหนดมาตรฐานราคาเดียวกัน ต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่สุดในการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายในบริการ สุขภาพเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เช่น ยาใหม่ เทคนิคการรักษาใหม่ๆ เป็นต้น

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการกำหนดมาตรฐานการรักษาในลักษณะต่างๆ จึงต้องให้ความสำคัญ และจะต้องไม่ไปกระทบต่อการเข้าใช้บริการที่จำเป็นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งการเข้าใช้บริการที่สำคัญๆ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ

(5) จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบริการสุขภาพ ของทุกกองทุน สอดคล้องกับ คณะอนุกรรมการพัฒนาการบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในระบบประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครอบคลุม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ สำหรับประชาชนไทยทุกสิทธิ คือ การปรับรูปแบบการชดเชยค่าบริการฯ โดยปรับการจ่ายชดเชยตามราคากลางที่กำหนด (Fee schedule) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2560: ออนไลน์)

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการเบิกและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบริการสุขภาพของ 3 กองทุน จะต้องมีความกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเข้ามาควบคุมดูแล ในระบบประกันสุขภาพของประชาชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครอบคลุมอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน

(6) กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนต่างกันได้ไม่เกินร้อยละ 5 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชิตรา โรจนพิทยากร (2551) ศึกษาเรื่อง “การบูรณาการแนวคิดการจัดการภาครัฐในการแก้ปัญหา การขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำในการกระจายของแพทย์ในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์และมีการโยกย้ายหรือลาออกของแพทย์เป็นประจำการคาดการณ์ความต้องการการแพทย์ในอนาคตต่ำกว่าความต้องการจริงโดยมีความต้องการทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางแต่ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มดีขึ้นเนื่องจากการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มค่าตอบแทน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนต่างกัน ส่วนใหญ่โรงพยาบาลของรัฐมีปัญหาขาดแคลนแพทย์และมีการโยกย้ายหรือ

ลาออกของแพทย์เป็นประจำ กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนให้มีความเท่าเทียมกัน

(7) ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลาย โรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย ซึ่งสอดคล้องกับ พิศุวรรณ กิติคุณ (2559: 3) เห็นว่าความร่วมมือในการบูรณาการข้อมูลประชาชนและการบริการภาครัฐในครั้งนี้ นอกจากจะทำให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐใช้ประโยชน์จากเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อให้งานบริการของภาครัฐ ในด้านต่าง ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นแล้ว ยังจะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน ผู้ขอใช้บริการและหน่วยงาน เช่น การลดภาระการใช้สำเนาเอกสารในการขอรับบริการต่าง ๆ ของประชาชน การลดการลงทุนที่ซ้ำซ้อนของหน่วยงาน รวมทั้งจะนำไปสู่การใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นโอกาสที่ดีที่หน่วยงานของรัฐจะได้เล็งเห็นถึงความสำคัญที่ จะร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงระบบงานบริการของหน่วยงาน ตลอดจนผลักดันให้เกิดการพัฒนา ระบบ Digital government ภายใต้นโยบาย Digital economy หรือเศรษฐกิจดิจิทัลอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 อีกทั้งประชาชนยังสามารถเข้าถึงงานบริการ ของภาครัฐได้อย่างรวดเร็วขึ้นจากบัตรประจำตัวประชาชนเพียงใบเดียว

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการนำระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความรวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน เป็นการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานบริการของหน่วยงานที่ให้บริการประชาชนได้เข้าถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(8) ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบประกันสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มี ความจำเป็น หรือมีการสั่งใช้ยาต้นแบบแทนที่การสั่งใช้ยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับ ฌธร ชัยญาคุณาพฤกษ์ และคณะ (2555) พบว่าแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นได้แก่ ควรให้มีการปรับระบบบริการให้มีประสิทธิภาพรองรับการบริการด้าน การครอบครองยาเกินจำเป็นร่วมกับการสร้างโครงการรณรงค์ เพื่อเพิ่มความตระหนักในด้านการครอบครองยาเกินจำเป็น และการสร้างโครงการ Home health care อีกทั้งการปรับระบบการเบิกจ่าย เช่น นโยบายร่วมจ่าย (Co-payment) หรือยกเลิกระบบจ่ายตรง ซึ่งสอดคล้องกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2561: 1) เห็นว่าการออกแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ดีส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพ การ ควบคุมค่าใช้จ่าย และความเท่าเทียม

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่ามาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มี ความจำเป็นนั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจะต้องพิจารณาและวางระบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสมตามมาตรการ

ควบคุมการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากทางการแพทย์จากการศึกษาของโรงพยาบาลรัฐ ยืนยันว่าไม่มีผลต่อการรักษา และมีการใช้เกินความจำเป็น ซึ่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติสามารถรักษาได้ครอบคลุมอยู่แล้ว

### 3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (Payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สุนทรินทร์ สืบซึ่ง (2559: ออนไลน์) เห็นว่าข้อเสนอการปฏิรูประบบการเงินการคลัง ควรพัฒนาระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแก่ สถานบริการของแต่ละกองทุนให้มีอัตราที่เท่าเทียมกัน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากงบประมาณของรัฐในแต่ละปีงบประมาณมีการจำกัดวงเงิน ดังนั้นควรมีการประเมินการใช้งบประมาณเพื่อให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขมีการจัดสรรงบประมาณในอัตราที่เท่าเทียมกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

(2) พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเห็นสอดคล้องกับ อัมมาร สยามวาลา และคณะ (2555: 26) เห็นได้ว่าระบบสุขภาพ ทั้ง 3 กองทุนมีความแตกต่างกันในหลายประเด็น เช่น วัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง จำนวนประชาชนที่มีสิทธิ รวมทั้งรูปแบบการบริหารจัดการ เป็นต้น โดยเฉพาะรูปแบบการบริหารจัดการของทั้ง 3 ระบบมีนโยบายและการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพ ทั้ง 3 กองทุน มีการเรียกเก็บค่าบริการที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะหน่วยงานต่างๆ ที่กำกับดูแลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการให้บริการมีการกำหนดค่าบริการไว้ที่แตกต่างกัน จึงควรมีการกำหนดค่าบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

(3) พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียนซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) เห็นว่าการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทุกกองทุนมีความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว (Harmonization) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการการสนับสนุนทางการเงิน และระบบข้อมูล

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลโดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน จะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในการเข้าถึงบริการและเข้าถึงสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง

(4) จัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มอบหมายให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควบคุมดูแล สปสข. ในการทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลาง

ในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน (National beneficiary registration center) และให้หน่วยงานซึ่งดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลทุกหน่วยงานจัดส่งข้อมูลผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลของบุคลากรในหน่วยงาน รวมถึงผู้ใช้สิทธิร่วมให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิพยาบาลของประชาชน (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2558: ออนไลน์)

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 กองทุน มีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการ ทำให้เกิดความแตกต่างกันในการบริหารจัดการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลในการบริหารจัดการระบบร่วมกันทั้ง 3 กองทุน

(5) การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด The six building blocks ของ World health organization (2010) กล่าวว่า ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Health information system) ต้องคำนึงถึง ระบบสารสนเทศทางคลินิกใช้ระบบนี้ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย เพื่อใช้ในการวางแผนการนำไปใช้และการประเมินการดูแลผู้ป่วย ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ด้านต่างๆ เป็นอย่างไร เช่น ด้านบริการพยาบาล ด้านคุณภาพการพยาบาล ด้านบุคลากรพยาบาล เป็นต้น การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศในหน่วยงาน ในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลและในจังหวัด รวมทั้งระบบการใช้ข้อมูลทางการแพทย์

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การนำระบบข้อมูลสารสนเทศ และการติดตามประเมินผลมาใช้ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย เพื่อความต่อเนื่องในการรักษา อย่างไรก็ตามต้องพึงระวังเนื่องจากทุกหน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลอันเป็นความลับของผู้ป่วยได้ อาจทำให้นำข้อมูลไปใช้ในทางไม่เหมาะสม

(6) เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560: 6) เห็นว่าในด้านการกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ มีความพยายามในการบูรณาการระบบการตรวจสอบร่วมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ รวมทั้งการกำกับคุณภาพ มาตรฐานบริการอื่นๆ เช่น การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการที่จัดให้กับผู้มีสิทธิ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การบูรณาการระบบการตรวจสอบร่วมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐยังมีข้อจำกัด เนื่องจากมีความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ วิธีการจ่าย งบประมาณที่ได้รับ ส่งผลต่อความแตกต่างของทางเลือกของบริการ ดังนั้นจึงต้องมีการบูรณาการระบบการตรวจสอบร่วมกันในระบบประกันสุขภาพ

(7) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการบูรณาการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่าย และ คุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด The six building blocks การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Access to essential medicines) ของ World health organization (2010) กล่าวว่า ระบบการเงิน (Financing) โรงพยาบาลต้องวางแผนระบบการเงินให้รอบคอบ รัดกุม และชัดเจนให้ครอบคลุมกับการยกฐานะโรงพยาบาล และ Service plan ของโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลวางแผนพัฒนางานบริการพยาบาลเพื่อการยกระดับของโรงพยาบาล ต้องการงบประมาณเท่าไร จากแหล่งงบประมาณใด ระบบการเงิน การตรวจสอบบัญชีโปร่งใส แม่นยำถูกต้องหลัก

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและ คุณภาพมาตรฐานบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนระบบการเงินให้รอบคอบ รัดกุม และชัดเจนให้ครอบคลุมระบบการเงิน การตรวจสอบบัญชีโปร่งใส แม่นยำถูกต้องหลัก เป็นต้น

(8) พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (2559: 23) สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ระบบการลงทะเบียนสิทธิของประชาชนหากมีการพัฒนาเพื่อให้การเข้าถึงบริการของประชาชนสามารถลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล ก็จะทำให้ประชาชนเข้าถึงในหลักประกันสุขภาพ

(9) การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรม เพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับ วิฑูรฑูลเจริญ (2544: 46) เห็นว่า กระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทยที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมุมมองเชิงปรัชญาของระบบสุขภาพ จากการจัดบริการอย่างทั่วถึง (Health for all) เป็นแนวคิดที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (All for health)

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ โดยรับฟังความคิดเห็นจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมุมมองใหม่ๆของระบบสุขภาพ

#### 4) ด้านคุณภาพบริการ

(1) สถานพยาบาลต้องใช้จ่ายหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ สอดคล้องกับ กรชัย ฉันทจิรธรรม (2555: ออนไลน์) เห็นว่าการใช้จ่ายหลักแห่งชาติ เป็นบัญชียาที่มีประสิทธิภาพ (Effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบ

ประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical benefit scheme) ได้อย่างยั่งยืน และเป็นธรรม

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การใช้ยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน มีคุณภาพ เดียวกัน เป็นการสร้างเสริมระบบการใช้ยา อย่างสมเหตุผล สมราคา มีความคุ้มค่าสอดคล้องกับ สภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการใช้จ่ายของประชาชน

(2) สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และ เท่าเทียมกันทุกสิทธิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด The six building blocks การเข้าถึงบริการทาง การแพทย์ (Access to essential medicines) ของ World health organization (2010) ระบบ สุขภาพที่ดีต้องสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ซึ่ง ครอบคลุมถึง ยา ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์วัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัย มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การที่ประชาชนจะมีระบบสุขภาพที่ดีจะต้องมีอุปกรณ์และเทคโนโลยี ทางทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ

(3) การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและ ใช้ทรัพยากร ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ (Participation) ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (2559: 48-49) เห็นว่าในปัจจุบัน แนวคิดการมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพันเป็นแนวคิดที่เป็นสากล ผ่านการขับเคลื่อนในระดับ องค์การอนามัยโลก โดยจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2558 สมัยที่ 68 มีมติ ข้อตกลงร่วมกันให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็น ความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเห็น ความสำคัญเพื่อการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัย

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในระบบประกันสุขภาพระดับปฐม ภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ มีความสำคัญในการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ

(4) พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกัน สุขภาพทุกระบบมีหน่วย บริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่อง “การ จัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของ โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร ” ผลวิจัยพบว่าโรงพยาบาลมีการ วางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียวมีระบบการคัดกรอง ผู้ป่วยฉุกเฉินการตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาล

ต้นสังกัดภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยแล้วมีการประชุมระหว่างคณะผู้บริหารกับหัวหน้าฝ่ายต่างๆภายในโรงพยาบาลประกอบกับระบบรายงานมีความชัดเจน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การในการพัฒนาและจัดระบบให้ผู้ป่วยมีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำโดยมีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งต่อ/ ส่งกลับอย่างเหมาะสม โดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียว

(5) ให้หน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพเพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การสร้างระบบตรวจสอบควรมีการส่งเสริม สนับสนุน องค์กรและบุคลากรให้มีความเข้มแข็ง และเป็นอิสระในการทำหน้าที่ตรวจสอบ และหน่วยงานวิชาชีพควรทำหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติงาน การประพฤติปฏิบัติตนของเจ้าหน้าที่ของรัฐให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลและมาตรฐานทางคุณธรรมและจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ

(6) ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทธพร ยุบลพันธ์ (2559: 127) เห็นว่าผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ได้แก่ การสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในการรักษา การเอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วย การค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การทำความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตนและการใช้ยา การให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ไว้วางใจได้เป็นผู้มีส่วนร่วม ในการดูแลรักษา รวมถึงการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ เช่น มาตรฐานการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (Healthcare accreditation: HA) มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint commission international standards: JCI) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องตระหนักและแสดงบทบาทของตนเอง การมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของญาติอีกด้วย

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยหรือญาติมีบทบาทสำคัญต่อความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการและส่งผลต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน

(7) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่อง “การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร” ผลวิจัยพบว่า ด้านการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียว

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการให้บริการด้านการแพทย์มีการรักษาตามกระบวนการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียว เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ

(8) พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพราะค่าความเสียหายนำไปสู่การสูญเสียความเชื่อมั่น และความพึงพอใจที่ลดลงของผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพต่อระบบบริการสุขภาพ นำมาสู่ความไม่ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2553) เห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย หากแต่มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้กลับแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมักมองสาเหตุเกิดจากโรงพยาบาล แพทย์ และทีมงาน ประมาท ขาดความสามารถที่เพียงพอ หรือระบบบริการที่ไม่ดี ขณะที่ฝ่ายโรงพยาบาลหรือแพทย์มักมองว่าเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้เช่น เหตุสุดวิสัย พยาธิสภาพของโรค หรือการไม่ได้ ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในการรักษาโรค

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุข เนื่องจากประชาชนที่เป็นผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการดูแลรักษา เพราะเป็นผู้ที่ต้องได้รับผลลัพธ์จากการดูแลรักษาโดยตรงจึงต้องได้รับความคุ้มครองสิทธิ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักในการ ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง

#### 4. การรับรองข้อเสนอมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ

##### 3 กองทุน

จากการวิจัยพบว่า ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติร่วมกันว่า มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีความเหมาะสม ถ้าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ประกอบด้วย ดังนี้

##### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

(1) ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยไม่เลือกปฏิบัติในการจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลของแต่ละกองทุน ซึ่งสอดคล้องกับ Kutzin, J. (2000) กล่าวว่า เป้าหมายหลักของระบบประกันสุขภาพ คือการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ตามความจำเป็นของประชาชน และปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงินหรือ การที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล



ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ยังไม่สามารถครอบคลุมคนไทยได้ทั้งหมด เนื่องจากยังไม่มีแนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลที่สมควรได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสุขภาพ รัฐจึงควรให้ความสำคัญกับประชาชนทุกคนให้ได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

(2) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพ ควรมีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิควรมีความเท่าเทียมกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งกำหนดให้บุคคลมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงซึ่งสอดคล้องกับ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (2559:1) เห็นว่ารัฐธรรมนูญกำหนดให้บุคคลมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่จากสถานการณ์ของการประกันสุขภาพของประชาชนยังขาดความเท่าเทียมกันในการได้รับบริการสุขภาพ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการบูรณาการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ และมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน มีความแตกต่างกัน ดังนั้นการสร้างมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิควรมีความเท่าเทียมกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

(3) การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ประชาชนทุกคนต้องสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556: 3) เห็นว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย ส่งเสริม ให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนถือเป็นสิทธิพื้นฐาน เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดการเจ็บป่วย สามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกันทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

(4) การพัฒนาสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน โดยกำหนดให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560: 4) เห็นว่าการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยกว่า 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดกลไกอภิบาลและเพิ่มการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนระบบ และนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยผ่านการตรวจสอบซึ่งกันและกัน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การออกกฎหมายเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน เป็นการสร้างหลักประกันให้กับประชาชนให้ได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพ

## 2) ด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐควรมีการจัดสรรงบประมาณ โดยการให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน และครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับ ฌว์ฌฌฌ (2557: 142) ศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดีที่สุดในเมื่อเปรียบเทียบกับ 3 สิทธิ ได้แก่ ความครอบคลุมของโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยารักษาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การจัดสรรงบประมาณ โดยการให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนมีความแตกต่างกัน รัฐจึงควรจัดสรรงบประมาณ โดยการให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกันให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชน

(2) ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานกลาง เข้ามาควบคุม กำกับดูแล อัตราค่าบริการสาธารณสุขให้มีอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน หรือ จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาการรักษา ให้มีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนของ กระทรวงสาธารณสุข (2560: 12) พัฒนากลไกการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ตาม แนวทางหรือแนวเวชปฏิบัติและมาตรฐานบริการในระบบประกันสุขภาพ ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา ประเภทและขอบเขตบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในการจัดทำประเภทและขอบเขต บริการหลักร่วม 3 กองทุน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างกลไกการเข้าถึงคุณภาพในการให้บริการสุขภาพของประชาชน มีการจัดตั้งหน่วยงานกลาง เข้ามาควบคุม กำกับดูแล อัตราค่าบริการสาธารณสุขให้มีอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมกันมากขึ้น

(3) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน ต้องกำหนดอัตราค่าตอบแทนแพทย์พยาบาล ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้มีค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันการย้ายหรือเปลี่ยนสถานที่ทำงานไปยังที่ๆ ให้ค่าตอบแทนสูงกว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิชิตา โรจนพิทยากร (2551) ศึกษาเรื่อง “การบูรณาการแนวคิดการจัดการภาครัฐในการแก้ปัญหาการขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำในการกระจายของแพทย์ในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล

ชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์และมีการโยกย้ายหรือลาออกของแพทย์เป็นประจำการคาดการณ์ความต้องการการแพทย์ในอนาคตต่ำกว่าความต้องการจริงโดยมีความต้องการทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางแต่ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มดีขึ้นเนื่องจากการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มค่าตอบแทน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การกำหนดอัตราค่าตอบแทนแพทย์ พยาบาล ของโรงพยาบาลรัฐ และเอกชนให้มีค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน เป็นวิธีการที่สามารถป้องกันการขาดแคลนแพทย์และมีการโยกย้ายหรือลาออกของแพทย์ได้ ซึ่งปัจจุบันจะพบว่าโรงพยาบาลเอกชนจะจ่ายค่าตอบแทนให้กับแพทย์ พยาบาล มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ

(4) การเงินการคลังจะต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีคุณภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เป็นธรรมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด The six building blocks การเข้าถึงบริการทางการแพทย์(Access to essential medicines) ของ World health organization (2010) กล่าวว่า ระบบการเงิน (Financing) โรงพยาบาลต้องวางแผนระบบการเงินให้รอบคอบ รัดกุม และชัดเจนให้ครอบคลุมกับการยกฐานะโรงพยาบาล และ Service plan ของโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลวางแผนพัฒนางานบริการพยาบาลเพื่อการยกระดับของโรงพยาบาล ต้องการงบประมาณเท่าไร จากแหล่งงบประมาณใด ระบบการเงิน การตรวจสอบบัญชีโปร่งใส แม่นยำถูกต้อง

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเงินการคลังจะต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีคุณภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนระบบการเงินให้รอบคอบ รัดกุม และชัดเจนให้ครอบคลุมระบบการเงิน การตรวจสอบบัญชีโปร่งใส แม่นยำถูกต้อง เป็นต้น

### 3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ ควรจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบร่วมกันเพื่อเข้ามาดูแลเรื่องงบประมาณและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560: 4) เห็นว่าการมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงาน ส่งผลต่อ ความไม่สอดคล้องกลมกลืนกันในระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ความแตกต่างดังกล่าว เช่น การกำหนดสิทธิประโยชน์ วิธีการไปรับบริการของประชาชน แหล่งเงินงบประมาณ การจัดสรร/การจ่ายชดเชยค่าบริการ กลไก/ รูปแบบการบริหารจัดการ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติต่างๆ ส่งผลต่อความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และความต่อเนื่องในการรับบริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพในแต่ละระบบที่แตกต่างกัน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การการมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงานจะเกิดความแตกต่างความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การมีหน่วยงานกลางหรือจัดให้มีหน่วยงานที่มารับผิดชอบโดยตรงเพื่อเข้ามาดูแลเรื่องงบประมาณและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ก็จะทำให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ควรนำระบบเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน และการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) และการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับพิรุวรรณ กิติคุณ (2559: 3) เห็นว่าการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานบริการของหน่วยงาน และผลักดันให้เกิดการพัฒนาาระบบ Digital government ภายใต้นโยบาย Digital economy หรือเศรษฐกิจดิจิทัลอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 ก็จะทำให้ประชาชนยังสามารถเข้าถึงงานบริการของภาครัฐได้อย่างรวดเร็ว

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การนำเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน และการเรียกเก็บค่าบริการและการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชน เป็นการพัฒนาในการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ ทำให้เกิดความรวดเร็ว ตรวจสอบได้อย่างถูกต้อง และทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชน

(3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน ควรมีการประสานงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน ยา และการรักษาให้เกิดความถูกต้อง โปร่งใส สอดคล้องกับแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของคณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2560) เห็นว่าการสนับสนุนการบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการรับบริการสาธารณสุข การจ่ายค่าบริการ และผลลัพธ์บริการ เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การนำระบบข้อมูลสารสนเทศมาใช้และติดตามประเมินผล การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน ยา และการรักษาจะก่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง ไม่ซ้ำซ้อน และเกิดความโปร่งใสในระบบของหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

#### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

(1) ในการรักษาของผู้ป่วย การใช้ยา การให้บริการ การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ควรมีความทันสมัย มีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทั้ง 3 กองทุน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด The six building blocks การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Access to essential medicines) ของ World health organization (2010) ระบบสุขภาพที่ดีต้องสร้างความมั่นใจ

เกี่ยวกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ซึ่ง ครอบคลุมถึง ยา ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การให้บริการทางการแพทย์กับประชาชน จำเป็นต้องมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ควรมีความทันสมัย มีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทั้ง 3 กองทุน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการด้วยเช่นกัน

(2) สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องไม่แสวงหาผลกำไร จากผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2555) สุขภาพและความเจ็บป่วย ต้องไม่ใช่สินค้าเพื่อแสวงหากำไร หลักการนี้เป็นหลักสากล แต่กำลังเลอะเลือนเพราะระบบทุนนิยม ทิศทางของการพัฒนาสำหรับประเทศที่ขับเคลื่อนด้วยระบบทุนรวมทั้งประเทศไทยคือ การกระจายอำนาจ การลดขนาดของภาครัฐ การส่งเสริมภาคเอกชน ซึ่งเป็นหลักการใหญ่ในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ในการรักษาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนจะเรียกเก็บค่าบริการที่มากกว่าของรัฐ การที่จะทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้เข้ารับการรักษาได้ทันในสถานพยาบาลทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน รัฐต้องเข้ามาควบคุม กำกับดูแลเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน ซึ่งปัจจุบันยังเกิดความไม่เสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ โดยเฉพาะผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมต้องจ่ายสองต่อ คือ จ่ายภาษีและจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนเพื่อสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในขณะที่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ จ่ายแต่ภาษีเท่านั้นไม่มีการจ่ายเงินสมทบในระบบของตน

(3) การสร้างการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการในสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นธรรม เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2553) เห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย หากแต่มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้ก็กลับแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมักมองสาเหตุเกิดจากโรงพยาบาล แพทย์ และทีมงาน ประมาท ขาดความสามารถที่เพียงพอ หรือระบบบริการที่ไม่ดี ขณะที่ฝ่ายโรงพยาบาลหรือแพทย์มักจะมองว่าเกิดจากปัจจัยที่ ควบคุมไม่ได้เช่น เหตุสุดวิสัย พยาธิสภาพของโรค หรือการไม่ได้ ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในการรักษาโรค

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางการแพทย์ รัฐจะต้องสร้างหลักประกันแก่ประชาชนในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองสิทธิ ของประชาชนในการได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องมีมาตรฐานในการรักษาไม่เลือกปฏิบัติ

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน มีข้อเสนอแนะดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

#### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

(1) ต้องจัดให้ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องไม่เลือกปฏิบัติในการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุน

(2) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดมาตรฐานและกฎเกณฑ์การให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของประชาชนผู้มีสิทธิทั้ง 3 กองทุน เพื่อรับการรักษาพยาบาลทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ

(3) รัฐต้องพัฒนาสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพให้เกิดความเหมาะสมกับประชาชนทุกคน โดยบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น

#### 2) ด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐต้องจัดสรรงบประมาณทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมมือกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานประกันสังคม เพื่อจัดสรรงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกันและพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุข ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ ค่าบริการทางการแพทย์ ในอัตราเดียวกันครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น ซึ่งการจัดสรรงบประมาณทั้ง 3 กองทุนจะต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยเอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เป็นธรรม

(2) กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหน่วยงานกลาง เพื่อเข้ามาควบคุม กำกับดูแล อัตราค่าบริการสาธารณสุขให้มีอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน หรือ จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน และประชาชน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบราคาค่าบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานเดียวกัน

#### 3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) รัฐต้องพัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกสิทธิให้มีความถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการ

ลงทะเบียนทั้ง 3 กองทุน เมื่อผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่สถานพยาบาลใด เจ้าหน้าที่และแพทย์ก็สามารถเรียกดูข้อมูล และประวัติการรักษาของผู้มาใช้สิทธิได้

(2) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานกลางทั้ง 3 กองทุน โดยจัดให้มีการประสานงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน ยา และการรักษาให้เกิดความถูกต้องโปร่งใส

(3) รัฐต้องพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ อย่างเหมาะสมโดยไม่เลือกปฏิบัติ และให้หน่วยงานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์

(4) การควรวรรวมระหว่างกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยโอนย้ายกองทุนประกันสังคมที่คุ้มครองเกี่ยวกับ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นผู้บริหารกองทุนแทน เพราะเมื่อไรก็ตามผู้ที่มิงานทำเกษียณอายุ ก็ต้องไปใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประหยัดต้นทุนในการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน

#### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

(1) รัฐต้องให้กระทรวงสาธารณสุขตรวจสอบและกำกับดูแลมิให้สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนแสวงหาผลกำไร จากผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน

(2) รัฐต้องสร้างหลักประกันในการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นธรรม เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยบัญญัติกฎหมายเพื่อคุ้มครองประชาชนผู้มารับบริการ รวมถึงแพทย์ที่ทำการรักษาพยาบาล

(3) รัฐต้องให้ประชาชนต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์

(4) รัฐต้องกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพควรมีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกันและประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงการจัดการ

### 1) ด้านสิทธิประโยชน์

(1) การเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้บริการสถานพยาบาลจะต้องเข้ามากำกับดูแล การให้ประชาชน รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของแต่ละระบบสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

(2) ด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุนนั้น ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน โดยสถานพยาบาลจะต้องไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ใช้บริการไม่ว่าจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลใดก็ตาม

(3) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพควรมีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกันและประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยสถานพยาบาลจะต้องไม่เลือกปฏิบัติ

(4) ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพทุกสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์

### 2) ด้านการเงินการคลัง

(1) รัฐบาลจัดสรรเงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกันและจัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงพาณิชย์ สถานพยาบาลและประชาชนร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น

(2) รัฐบาลต้องเป็นหน่วยงานกลางพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน โดยการจัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ สถานพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประชาชน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบราคาค่าบริการพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน



### 3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียนให้ครอบคลุมทุกสถานพยาบาลทั่วประเทศ

(2) กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหน่วยงานกลางในการบูรณาการระบบกำกับดูแลและตรวจสอบการเบิกจ่ายและ คุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน และพัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล รวมทั้งรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม

### 4) ด้านคุณภาพการบริการ

(1) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนต้องพัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกัน สุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่างเหมาะสม และให้หน่วยงานวิชาชีพทางการแพทย์มีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์

(2) การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยให้ผู้มีสิทธิของทุกกองทุนสามารถเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง โดยไม่เลือกปฏิบัติไม่ว่าจะสิทธิใดก็ตาม และได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งให้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานให้ระบบบริการของประชาชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน

### 3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เพื่อหาข้อแตกต่างของ 3 กองทุน ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

2) ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนานโยบายบริการสุขภาพทั้ง 3 กองทุน โดยการศึกษาเชิงลึกเพื่อปรับปรุงพัฒนานโยบายทั้ง 3 กองทุนให้เกิดประสิทธิภาพ

3) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เพื่อหาข้อแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพ

4) ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## รายการอ้างอิง

- Arrow, K. J. (1964). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Bambra C., Fox D., & Scott-Samuel A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International* 20(2), 187-193.
- Barr, N. (2012). *Economics of the welfare state* (5 ed.): Oxford: Oxford University Press.
- Bravemana, P., & Tarimo, E. (2002). Inequalities in health within countries: not only an Issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, 54, 1621–1635.
- European regions. *Health & Place*, 45, 24–31.
- Day, P. J. (2000). *Social working*: Massachusetts: Allyn & Bacon.
- El-Sayed, A.M., Palma, A., Lynn P. Freedmanb, & L.P., K. M. E. (2015). Does health insurance mitigate inequities in non-communicable disease treatment? Evidence from 48 low- and middle-income countries. *Health Policy* (119), 1164-1175.
- Esping-Andersen, & G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*: Oxford: Blackwell Publishing.
- Esping-Andersen, & G. (2000). Notes and issues interview on post-industrialism and the future of the welfare state. *Work, Employment & Society*, 14(4), 757-769.
- Gillbert, N., Miller, H., & Speech, H. (1960). *An introduction to social work practice*: New Jersey: Prentice Hall.
- Greenberg, Jerald and Baron, & Robert, A. (2008). *Behavior in Organization: Understanding and Managing the Human Side of Work*. (8 ed.): New Jersey: Prentice Hall.
- Henderson, R. I. (2000). *Compensation Management in a Knowledge-Base Word*: New Jersey: Prentice Hall.
- Kabanoff, B. (1991). Equity, Equality, Power, and Conflict. *The Academy of Management Review*, 16(2), 416-441.
- Khan, M. (2006). 'Determinants of Corruption in Developing Countries: the Limits of Conventional Economic Analysis.' In: Rose-Ackerman, Susan, (ed.), *International Handbook on the Economics of Corruption*.: Cheltenham: Edward Elgar.

- Kristen Norman-Major. (2010). *Balancing the four Es; or Can we achieve equity for social equity in public administration?* : Hamline University.
- Limwattananon C, Limwattananon S, Pannarunothai S, & V, T. (2009). *Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes*: Nonthaburi: International health policy program, Ministry of public health.
- Martin, A. R. (1983). Exploring patient beliefs steps to enhancing physician-patient interaction. *Arc Intern Med*, 143(9), 1773-1775.
- Michael Armstrong, & Murlis, H. (2007). *Reward Management: A Handbook of Remuneration Strategy and Practice* (5 ed.): London: Kogan Page 2001.
- Mitton, C., Smith, N., Peacock, S., Evoy, B., & Abelson, J. (2009). Public participation in healthcare priority setting: A scoping view. *Health Policy*, 91(3), 219-228.
- Olivia. (2011). Difference between Equity and Equality. Retrieved from <http://www.differencebetween.com/difference-between-equityand-vs-equality/#ixzz1ndxZ3Cjp>.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1990). *Delivery quality service: Balancing customer perception and expectation*: New York: Free.
- Rahman, M. M., Shahidullah, M., Shahiduzzaman, M., & Rashid, H. A. (2002). Quality of health care from patient perspectives. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 28(3), 87-96.
- Richard, M. T. (1974). *Social policy: An introduction* (edited by Brian Abel-Smith and Kay Titmuss): New York: Pantheon Press.
- Skinner, E., & Masuda, J. R. (2013). Right to a healthy city? Examining the relationship between urban space and health inequity by Aboriginal youth artist-activists in Winnipeg. *Social Science & Medicine*, 91, 210-218.
- Somers, H. M. (1961). *Doctor, patients and health insurance the organization and financing of medical care*: Washington D.C.: Brookings Institution.
- Stepanikova, I., & Oates G.R. (2017). Perceived discrimination and privilege in health care: The role of socioeconomic status and race. *American journal of preventive medicine*, 52(1S1), S86-S94.

- Thammatach-aree. (2011). *Health systems, public health programs, and social determinant of health Thailand*. Paper presented at the World conference on social determinants of health.
- Thammatacharee, J. (2009). *Variations in the performance of three public insurance schemes in Thailand*. (Phd thesis), London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Thomas, S. S., & Marc, H. H. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.
- Watanabe, R., & H., H. (2012). Horizontal inequity in healthcare access under the universal coverage in Japan; 1986-2007. . *Social Science & Medicine*, 75(8), 1372-1378.
- World Bank. (2008). *The World Bank Pension Conceptual Framework: World Bank Pension Reform Primer*.
- กรมบัญชีกลาง. (2555). คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง.
- กรมบัญชีกลาง. (2560). ประกาศกระทรวงการคลังเรื่องประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษาโรค พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง.
- กระทรวงการต่างประเทศ. (2546). พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กระทรวงการต่างประเทศ. (2551). ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (*Universal declaration of human rights*): กรุงเทพฯ: กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ.
- กฤษณะ จุฑะและคณะ. (2546). สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ:บทสำรวจเบื้องต้นเพื่อทบทวนและท้าทายองค์ความรู้. Retrieved from <http://Kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1445?locale-attributei=th>
- กลุ่มคนรักสุขภาพ. (2557). ระบบการเงินการคลังที่เป็นธรรม เหมาะสมกับระบบหลักประกันสุขภาพไทย. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2014/08/7935>
- กองบรรณาธิการสำนักกฎหมาย. (2554). บทสัมภาษณ์ความคิดเห็นทางวิชาการ"สิทธิการระกษาพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข" *จลนิตี*(5), 1-33.
- กัญญา กาญจนบุรานนท์. (2549). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสาธารณสุข:หน่วยที่2 การบริหารสุขภาพ (พ. 4 Ed.). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- กันยารัตน์ แสนสันเทียะ. (2559). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อสิทธิรักษาพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2550). ปัญหาระบบประกันสังคมในประเทศไทย. Retrieved from <http://www.kriengsask.com/node/389>.
- เกษม เพ็ญภินันท์. (2554). ทำไมต้องกลับมากล่าวถึง "ความยุติธรรม" (อีก ครั้ง-ถ้าเป็นไปได้): กรุงเทพฯ: โอเพนบุ๊ก.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.
- คณะกรรมการการแพทย์. (2560). ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน. Retrieved from <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER11/DRAWER058/GENERAL/DATA00/00000546.PDF>
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564): กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2560). สรุปการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ: วาระการปฏิรูปที่สำคัญเร่งด่วน (27 วาระ) ในปี 2560. Retrieved from [http://library2.parliament.go.th/giventake/content\\_nrsa2558/d050860-03.pdf](http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d050860-03.pdf)
- คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร, & อาณัติ วรรณศรี. (2556). สรุปประชุม เรื่องกลไกและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3825/05.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- คมสัน สุขมาก, & กานดา สุขมาก. (2559). การปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(1), 216-226.
- จารุณี ดาวังปา, & มณีรัตน์ ภาครูป. (2560). คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยประกันสังคมโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(2), 215-226.
- จิรุตม์ ศรีรัตน, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, & พหิญา โอซารส. (2556). การศึกษาความแตกต่างและทางเลือกในการประสานการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบ

หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย: กรณีศึกษาโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรังและโรคเอดส์:  
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

เจษฎาพงศ์ พรหมเฒ่า, & อีระ ศรีธรรมรักษ์. (2559). ปัญหาเกี่ยวกับการได้รับสิทธิประโยชน์ของลูกจ้าง  
ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2558. (นิติศาสตร์มหาบัณฑิต),  
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2558). มติ ครม.ให้ สปสช.ดูแลเป็นสิทธิรักษา ปชช. ลดซ้ำซ้อน คาดช่วย  
รัฐบาลประหยัด 1.4 พันล้าน. Retrieved from  
<https://www.hfocus.org/content/2015/11/111197>

ชรินทร์ ศรีวิไล. (2551). สิทธิการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตนตามกฎหมาย  
ประกันสังคม. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

ณธ ชัยญาคุณาฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพิรพงษ์, & ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล.  
(2555). การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการ  
แก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2546). บทสังเคราะห์ภาพรวมการพัฒนาาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคน  
ด้อยโอกาสในสังคมไทย. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์.

ณัฐพงษ์ ทองภักดี. (2557). สวัสดิการสังคมไทย: ความสมดุลและยั่งยืน. กรุงเทพฯ:  
คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ณัฐกฤษฏ์ ธรรมกวินวงศ์, & ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่าง  
ต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3. พุทธชินราชเวชสาร, 33(2), 178-189.

ณัฐธิดา จินดาพล, & คณะ. (2557). วิฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการ  
รักษาพยาบาลข้าราชการไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร, 29(2), 199-206.

ณัฐพล ยิ่งกล้า. (2558). กฎหมายประกันสังคมฉบับใหม่ กับสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น. Retrieved from  
<http://library2.parliament.go.th/ebook/content-issue/2558/hi2558-107.pdf>.

ดวงกมล ศรีประเสริฐ. (2561). อำนาจแพทย์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. วารสาร  
ธรรมศาสตร์, 37(1), 78-95.

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, & คณะ. (2556). การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ:  
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข (สวรส.).

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, & คณะ. (2557). กระบวนการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการระบบ  
หลักประกันสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการการกำหนดระบบบริหารวาระทัศน์  
การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางแพทย์: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ถาวร สกุลพาณิชย์, & คณะ. (2559). แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมของประเทศไทย: สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง.
- ทศพล ชูเลิศ. (2554). ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อการจัดสวัสดิการสังคมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. (รัฐศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนาชัย สุนทรอนันตชัย. (2559). ความเท่าเทียม ความเสมอภาค และความไม่เป็นธรรม ทางสังคมกับการจัดสวัสดิการทางสังคมของประเทศไทย. วารสารวิชาการคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 7(2), 52-65.
- นวลน้อย ตรีรัตน์, & เบ็ญจ งามอรุณโชติ. (2555). การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2547). หลักกฎหมายเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- นาถฤดี เทพหัสดิน ณ อยุธยา. (2528). การประเมินผลโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณี. (สังคมศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา ศรีอนันต์. (2545). ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นิยม กริมใจ. (2560). การเปรียบเทียบปัจจัยการเลือกรับบริการ โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ของผู้ป่วยในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 34 ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 23(2), 34-45.
- นิรมล รongศรีแย้ม. (2552). การเข้าถึงสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมกรณีเจ็บป่วยของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 4 (พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปภัศร ชัยวัฒน์, & คณะ. (2555). การศึกษาคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม: กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม.
- ประยูร กาญจนกุล. (2538). คำบรรยายกฎหมายปกครอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2560). ระบบสุขภาพไทยในทศวรรษ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ปรานี สุขศรี. (2550). หลักกฎหมายประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นิติธรรม.

- ปารเมศ มั่นคง, ปราโมทย์ ลำไย, & ไฉไล ศักติวรพงศ์. (2556). ความพึงพอใจของผู้ใช้สิทธิรับบริการ  
สาธารณสุขในการบังคับใช้มาตรา 7 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
พุทธศักราช 2545. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 3(2), 85-92.
- พงศธร พอกเพิ่มดี. (2554). สิทธิประโยชน์บัตรทองดีกว่าประกันสังคม. Retrieved from  
[http://prachatai.com/sites/default/files/Fact\\_sheet\\_v5dr%20Phongsathorn%20\(1\).doc](http://prachatai.com/sites/default/files/Fact_sheet_v5dr%20Phongsathorn%20(1).doc)
- พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2546. (2546). ระเบียบกองทุนส่งเสริมการ  
จัดสวัสดิการสังคม (ม.บ.ท.). Retrieved from [http://law.m-  
society.go.th/law2016/law/view/652](http://law.m-society.go.th/law2016/law/view/652)
- พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธ, & คณะ. (2555). การศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบ  
บริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม. นนทบุรี: กองทุนประกันสังคม สำนักงาน  
ประกันสังคม.
- พีรธร บุญยรัตพันธุ์, & คณะ. (2555). การศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายและกลไกการส่งเสริมความเสมอ  
ภาคและความเป็นธรรมในสังคม : รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการวิจัย. พิษณุโลก:  
สถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- มูลนิธิเพื่อความเข้าใจเด็ก. (2560). สิทธิมนุษยชน (Human right). Retrieved from  
<http://www.focusthailand.org/>
- ระพีพรรณ คำหอม. (2545). สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย. กรุงเทพฯ: อารยันมีเดีย.
- รัชนีบูล น้ำใจดี. (2557). การเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. วารสาร  
วิทยาการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 25(2), 74-82.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. Retrieved from  
<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/00117199.PDF>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2546). พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546. Retrieved  
from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/00130692.PDF>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550. Retrieved from  
<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/A/047/1.PDF>
- วงการแพทย์. (2557). ปัญหาการแพทย์ สาธารณสุข และการประกันสุขภาพ. Retrieved from  
<http://www.wongkarnpat.com>
- วรวรรณ ชาญวิทย์. (2552). ทางเลือกสวัสดิการสังคมสำหรับคนไทย. Retrieved from  
<https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2012/09/wb87.pdf>



- วันชัย โชควัฒน์. (2554). บริการทางแพทย์ประกันสังคมถึงเวลาต้องปฏิรูป. กรุงเทพฯ: ชมรมพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค.
- วันเพ็ญ ส่งเสริมทรัพย์. (2539). การจัดระบบองค์การมหาชนอิสระในกระบวนการจัดทำบริการสาธารณสุขในประเทศไทย. (นิตยสารมหานิติศาสตร์), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). เรียนรู้โลก ห่างไกลโรค: กรณีศึกษาการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- วิรุฬ ลิ้มสวาท. (2552). การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, & คณะ. (2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. Retrieved from [https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983\\_Thai.pdf](https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf)
- ศูนย์ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลราชวิถี. (2561). สิทธิประกันสุขภาพบัตรทอง. Retrieved from [http://110.164.68.234/admit/index.php?module=poss&page=poss\\_b](http://110.164.68.234/admit/index.php?module=poss&page=poss_b)
- ไตรตรีย์ แพน้อย, อติญาณ ศรีเกษตริน, & ชูสิทธิ์ เอกรัตน์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6. Retrieved from <https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/4793/4153>.
- สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554). โครงการศึกษาวิจัยประเด็นนโยบายเชิงลึกด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนและสังคมไทยภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคใหม่หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. Retrieved from <http://social.nesdb.go.th/>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “ 3 กองทุนสุขภาพ ” รับผิดชอบต่อคนไทยในอนาคต. จุลสาร *HSRI From*, 1(6), 5-6.
- สถิต ลิ้มพงศ์พันธุ์. (2524). สิทธิมนุษยชนกับการประกันสังคม. วารสารนิติศาสตร์, 9(2), 1-7.

- สมชัย จิตสุชน. (2558). ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย: แนวโน้ม นโยบาย และแนวทางขับเคลื่อนนโยบาย. Retrieved from <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2017/06/Synthesis-Report-Year-2-Inclusive-Growth.pdf>
- สมชัย จิตสุชน, & คณะ. (2554). โครงการวิจัยเรื่อง สู่ระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้าภายในปี 2560: รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สถาบันและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สมชัย จิตสุชน, จิราภรณ์ แผลงประพันธ์, ยศ วัชรคุปต์, & นันทพร เมธาคณวุฒิ. (2560). สู่ระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ.2560. Retrieved from <http://tdri.or.th/wp-content/uploads/2012/12/m67.pdf>
- สมชัย จิตสุชน, & วิโรจน์ ณ ระนอง. (2552). ทิศนะประชาชนต่อการเมือง และสวัสดิการสังคมเพื่อสร้าง ความเป็นธรรมทางสังคม. Paper presented at the “การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อความ เป็นธรรมในสังคม”, ณ ห้องเวสต์บอลรูม ชั้น 23 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์.
- สมชัย นิขพานิช. (2555). หลักประกันสุขภาพ 10 ปีต่อไปควรเป็นอย่างไร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2541). การกำหนดชุดบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐาน : ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ชุมหรัศมี, & คณะ. (2549). ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1617?locale-attribute=th>
- สมศักดิ์ ชุมหรัศมี, พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช, เมธ โชคชัยชาญ, เสรี หงษ์หยก, นิพิศ พิรเวช, สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, พัทธ์ ธรรมวินนา. (2549). ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1617/hs1223.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- สถณี อาชวานันทกุล. (2554). ความเหลื่อมล้ำฉบับพกพา. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป (สปร.).
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, & พินทุสร เหมพิสุทธิ. (2556). ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, & สมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 66-70.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). กรอบทิศทางการจัดสวัสดิการทางสังคมที่ยั่งยืน ในช่วงแผนฯ11. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานประกันสุขภาพ. (2536). ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2559). การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน: สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ: ครั้งที่ 61/2559 วันที่ 6 ธันวาคม 2559. Retrieved from [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament\\_parcy/download/usergroup\\_disaster/8-16.pdf](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/usergroup_disaster/8-16.pdf)

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2556). โครงการประเมินการให้บริการ ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: ดีเซมเบอร์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 การบริหารงบประมาณการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560a). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560b). สปสช.เขตพื้นที่ 13 แห่ง. Retrieved from <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTA1MA==>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2556). “10 เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ” (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2560). 2 ธ.ค.วันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโลก ไทยร่วมเป็นหุ้นส่วนผลักดันทุกประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพื่อ ปชช. Retrieved from <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Mjl2NA==>

สิริกาญจน์ ศิโรจน์นวกุล. (2557). ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการนิคมอมตะนคร จังหวัดชลบุรี. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สิรินาฏ นิภาพร, จิราลักษณ์ นนทาร์ักษ์, สมบัติ มุ่งทวีพงษา, & ปิยะฉัตร สมทรง. (2556). การประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์. (2557). การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร. (รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- สุชาติ อุดมโสภกิจ. (2554). บทบาท วทน. ในสังคมสูงอายุ. Retrieved from [www.tpa.or.th/publisher/pdfFileDownloadS/tn216B\\_p38-42.pdf](http://www.tpa.or.th/publisher/pdfFileDownloadS/tn216B_p38-42.pdf).
- สุนทร ต้นมันทอง. (2553). โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค พ.ศ. 2545 - 2552. Retrieved from <http://econ.tu.ac.th/archan/RANGSUN/โครงการวิจัยเมธีวิจัยอาวุโส%20สกว/Thaksinomics/806%20โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.pdf>.
- สุพจน์ เต๋นดวง. (2553). ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2550). การสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ: จากสากลสู่ไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุวรรณมา สถาอานันท์. (2553). มนุษย์ทัศน์ในปรัชญาตะวันออก. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องค์การอนามัยโลก. (2556). *CBR Guidelines* ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (*Community Based Rehabilitation*) (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: พรีเมียม เอ็กซ์เพรส.
- อภิญา เวชชัย, & ศิริพร ยอดกมลศาสตร์. (2550). สวัสดิการสังคม ฉบับชาวบ้าน แนวคิด นโยบาย แนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรภัค สุวรรณภักดี. (2557). ความเหลื่อมล้ำของไทยในยุคโลกาภิวัตน์. Retrieved from <http://oknation.nationtv.tv/blog/thaileaders/2014/12/24/entry-1>
- อัจฉรีย์ งานพร้อมสกุล, & สมาน งามสนิท. (2559). การบริหารการประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคมตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 6(2).
- อัมมาร สยามวาลา. (2546). รายงานที่ตีอาไรโอ "คนจน คนรวยกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค". กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

- อำพล จินดาวัฒน์, & คณะ. (2551). การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย. ในการสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อิงครัต แพททริคค์ สีเขียวสุขวงกุ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ในระบบราชการของโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(1), 183-209.
- อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. (2552). สิทธิมนุษยชน (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- แอมเนสตี้อินเตอร์เนชันแนล. (2561). สิทธิมนุษยชนคืออะไร. Retrieved from <https://www.amnesty.or.th/latest/blog/62/>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร



**ตารางเปรียบเทียบอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคระหว่าง  
กองทุนสวัสดิการข้าราชการ/ประกันสังคม/ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560**

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส   | สปสช. |
|---|-------|--|--------|-----------|-------|-------|
| <b>หมวด 1 ระบบประสาท</b>                                    |       |  |        |           |       |       |
| <b>กะโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียมและวัสดุยึดกะโหลก</b> |       |  |        |           |       |       |
| 1001  | 1     | กะโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic implant)   | ชุดละ  | 6,000     | 6,000 | 4,000 |
| 1002  | 2     | ลวดยึดกะโหลกแบบไทตาเนียม (Titanium wire)   | เส้นละ | 200       | -     | -     |
| 1003  | 3     | เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitute)  | แผ่นละ | 9,000     | 9,000 | 9,000 |
| 1004  | 4     | แผ่นโลหะสำหรับยึดกะโหลกศีรษะ (Titanium plate) ชนิดกลม                                  | ชิ้นละ | 2,300     | -     | -     |
| 1005  | 5     | แผ่นโลหะสำหรับยึดกะโหลกศีรษะ (Titanium plate) ชนิดตรง                                  | รูละ   | 300       | -     | -     |
| 1006  | 6     | สกรูสำหรับยึดกะโหลกศีรษะ (Titanium Screw)  | ชิ้นละ | 500       | -     | -     |
| <b>ท่อ/สายต่อจากช่องกะโหลก และวัสดุใช้ในช่องกะโหลก</b>      |       |  |        |           |       |       |
| 1101  | 7     | ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system)                               | ชุดละ  | 4,500     | 4,500 | 4,500 |
| 1102  | 8     | อุปกรณ์ระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)                                 | ชุดละ  | 8,100     | 8,100 | 8,100 |
| 1103  | 9     | ชุดวัดความดันภายในกะโหลกศีรษะ (Continuous intracranial pressure monitoring system)     | ชุดละ  | 18,000    | -     | -     |
| 1104  | 10    | คีมหนีบลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for intracranial aneurysm)      | อันละ  | 6,700     | 6,700 | 6,700 |
| 1105  | 11    | อุปกรณ์ระบายน้ำจากช่องไขสันหลัง (Thecoperitoneal shunt)                                | อันละ  | 8,100     | -     | -     |
| 1106  | 12    | สายวัดประจุไฟฟ้าในการผ่าตัดสมองโรคลมชัก (Subdural Electrode)                           | เส้นละ | 20,000    | -     | -     |
| 1107  | 13    | สายวัดประจุไฟฟ้าในการผ่าตัดสมองโรคลมชัก (Subdural Electrode) ชนิด 1x6 ขั้ว             | ชิ้นละ | 33,300    | -     | -     |
| 1108  | 14    | สายวัดประจุไฟฟ้าในการผ่าตัดสมองโรคลมชัก (Subdural Electrode) ชนิด 2x8 ขั้ว             | ชิ้นละ | 50,000    | -     | -     |
| 1109  | 15    | อุปกรณ์ระบายน้ำในช่องสมองชนิดปรับแรงดันได้ (Programmable ventriculoperitoneal shunt)   | ชิ้นละ | 40,000    | -     | -     |
| 1110  | 16    | อุปกรณ์ระบายน้ำจากช่องไขสันหลัง ชนิดปรับแรงดันได้ (Programmable thecoperitoneal shunt) | ชิ้นละ | 47,500    | -     | -     |
| 1111  | 17    | คีมหนีบลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ ชนิด รูปร่างพิเศษ (Fenestrate clipX)           | ชิ้นละ | 10,000    | -     | -     |
| <b>เครื่องกระตุ้นสมองและประสาท</b>                          |       |  |        |           |       |       |
| 1201  | 18    | เครื่องกระตุ้นสมองผ่านประสาทสมองเส้นที่สิบ (Vagal nerve stimulator) พร้อมอุปกรณ์       | ชุดละ  | 900,000   | -     | -     |



| รหัส  | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย   | ข้าราชการ | ปกส    | สปสช.  |
|---|-------|--|---------|-----------|--------|--------|
| 1202  | 19    | ชุดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าของสมองส่วนลึก (Deep brain stimulation set)  | ชุดละ   | 800,000   | -      | -      |
| 1203  | 20    | เครื่องกำเนิดสัญญาณพร้อมแบตเตอรี่ (Implantable pulse generator :IPG หรือ Neurostimulator ในชุดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าของสมองส่วนลึก) | ก้อนละ  | 560,000   | -      | -      |
| <b>หมวด 2 ตา หู คอ จมูก</b>                     |       |  |         |           |        |        |
| <b>ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม</b>        |       |  |         |           |        |        |
| 2001  | 1     | ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye prosthesis) (ข้าราชการเบิกได้ครั้งเดียว)  | ข้างละ  | 1,000     | 1,000  | 1,000  |
| 2002  | 2     | วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน   | อันละ   | 500       | 200    | 200    |
| 2003  | 3     | วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated orbital implant)   | อันละ   | 13,500    | 13,500 | 13,500 |
| 2004  | 4     | วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจาก silicone  | แผ่นละ  | 2,000     | 500    | 2,000  |
| 2005  | 5     | กระจกตาดำเทียม (Corneal prosthesis)  | อันละ   | 15,000    | 15,000 | 15,000 |
| 2006  | 6     | เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)  | อันละ   | 2,800     | 2,800  | 2,800  |
| 2007  | 7     | เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens)   | อันละ   | 700       | 700    | 700    |
| 2008  | 8     | ตาปลอมชนิดทำเฉพาะบุคคล (Customized eye prosthesis)   | ข้างละ  | 5,000     | -      | -      |
| 2009  | 9     | ตาปลอมชนิดใส่ (Customized conformer)   | อันละ   | 1,500     | -      | -      |
| 2010  | 10    | วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจาก Polyethylene  | ข้างละ  | 10,000    | 10,000 | -      |
| 2012  | 11    | วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจาก Titanium  | ข้างละ  | 18,000    | -      | -      |
| <b>วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา</b> |       |  |         |           |        |        |
| 2101  | 12    | วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดขมจอบประสาทตา (Buckle)  | อันละ   | 2,700     | 2,700  | 2,700  |
| 2102  | 13    | ของเหลวสำหรับกดจอบประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)  | หลอดละ  | 6,400     | 6,400  | 6,400  |
| 2103  | 14    | น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอบประสาทตา (Silicone oil)  | หลอดละ  | 5,400     | 5,400  | 5,400  |
| 2104  | 15    | ก๊าซสำหรับฉีดกดจอบประสาทตา (Intraocular gas)   | ครึ่งละ | 500       | 500    | 500    |
| 2105  | 16    | ทอระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดมีลิ้นปิดเปิด (Glaucoma shunt device with valve)                                    | อันละ   | 16,000    | -      | -      |
| 2106  | 17    | ทอระบายลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด (Glaucoma shunt or filtering device without valve)                              | อันละ   | 10,000    | -      | -      |
| 2108  | 18    | เนื้อเยื่อถุงหุ้มรก (Amniotic membrane)  | ชิ้นละ  | 1,000     | -      | -      |

| รหัส                         | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส    | สปสช.  |
|------------------------------|-------|---|--------|-----------|--------|--------|
| 2109                         | 19    | วัสดุสำหรับใช้แก้ไขทางเดินน้ำตา (Lacrimal tube)   | อันละ  | 500       | -      | -      |
| 2110                         | 20    | วัสดุที่อุดท่อน้ำตาชนิดถาวร (Permanent punctual plug)                                   | ชิ้นละ | 1,800     | -      | -      |
| 2111                         | 21    | วงแหวนสำหรับใส่ในถุงเลนส์ (Capsular tension ring)                                       | อันละ  | 2,200     | -      | -      |
| 2112                         | 22    | กรรไกรขนาดเล็กสำหรับตัดน้ำวุ้นลูกตา (Intraocular scissors)                              | อันละ  | 2,700     | -      | -      |
| 2113                         | 23    | ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitreotomy set)  | ชุดละ  | 9,000     | 9,000  | 9,000  |
| 2115                         | 24    | ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal trephine)  | ชุดละ  | 6,000     | 5,400  | 5,400  |
| 2116                         | 25    | น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอตาชนิดหนักกว่าน้ำ (Heavy silicone oil)                           | หลอดละ | 12,500    | -      | -      |
| 2117                         | 26    | ท่อแก้วสำหรับใช้เป็นทางเดินน้ำตาเทียม (Conjunctivodacryocystostomy tube: Jones tube)    | อันละ  | 8,000     | -      | -      |
| 2118                         | 27    | วงแหวนเสริมกระจกตา (Intraconal ring segment)  | อันละ  | 20,000    | -      | -      |
| 2119                         | 28    | วัสดุแขวนเปลือกตากับกล้ามเนื้อหน้าผาก   | เส้นละ | 1,000     | -      | -      |
| 2201                         | 29    | แว่นตาสำหรับมองไกล 1 อัน (Distance eyeglasses)  | อันละ  | 2,500     | 1,800  | 1,800  |
| 2202                         | 30    | แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน (Near eyeglasses)   | อันละ  | 2,500     | 1,800  | 1,800  |
|                              |       | (สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ในตาข้างเดิมใหม่เปลี่ยนโดยเฉพาะเลนส์)                       | ข้างละ | 900       | 900    | 900    |
| 2203                         | 32    | เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard contact lens)  | ข้างละ | 1,300     | 1,300  | 1,300  |
| 2204                         | 33    | เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid gas permeable lens)                           | ข้างละ | 3,500     | 1,800  | 1,800  |
| 2205                         | 34    | เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft contact lens)  | ข้างละ | 1,800     | 1,800  | 1,800  |
| <b>เครื่องช่วยการมองเห็น</b> |       |   |        |           |        |        |
| 2301                         | 35    | เครื่องช่วยการมองเห็นสำหรับคนสายตาสั้น (Visual aids)                                    | ข้างละ | 9,000     | -      | -      |
| <b>อวัยวะเกี่ยวกับหู</b>     |       |   |        |           |        |        |
| 2401                         | 36    | กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น   | ชิ้นละ | 3,000     | 2,700  | 2,700  |
| 2402                         | 37    | กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis)            | ชิ้นละ | 6,000     | 4,500  | 4,500  |
| 2403                         | 38    | กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis)          | ชิ้นละ | 6,000     | 4,500  | 4,500  |
| 2404                         | 39    | ใบหูเทียม ทำจาก Silicone  | ข้างละ | 10,800    | 10,800 | 10,800 |
| 2405                         | 40    | ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant)/ชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง (Brainstem implant) | 1ชุด   | 850,000   | -      | -      |

| รหัส                                 | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย     | ข้าราชการ | ปกส    | สปสข.  |
|--------------------------------------|-------|--|-----------|-----------|--------|--------|
| 2406                                 | 41    | เครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูด (Speech processor)   | ชิ้นละ    | 200,000   | -      | -      |
| 2407                                 | 42    | ขดลวดส่งต่อสัญญาณและแม่เหล็ก (Transmitter/magnet)  | ชิ้นละ    | 10,000    | -      | -      |
| 2408                                 | 43    | สายไฟเชื่อมต่อเครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูดเข้ากับขดลวดส่งต่อสัญญาณ (Coil cable)                             | ชิ้นละ    | 3,500     | -      | -      |
| 2409                                 | 44    | แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ได้ (Rechargeable battery)  | ชิ้นละ    | 29,000    | -      | -      |
| 2410                                 | 45    | แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ไม่ได้  | ชุดละ     | 9,000     | -      | -      |
| 2411                                 | 46    | กระดูกโอบหูเทียมชนิดผ่าตัดฝัง  | ข้างละ    | 37,200    | -      | -      |
| 2412                                 | 47    | กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis) ทำจากสารสังเคราะห์ผสมโลหะ   | ชิ้นละ    | 9,000     | -      | -      |
| 2413                                 | 48    | กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis) ทำจากสารสังเคราะห์ผสมโลหะ | ชิ้นละ    | 9,000     | -      | -      |
| <b>เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ</b> |       |  |           |           |        |        |
| 2502                                 | 49    | เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ  | ข้างละ    | 13,500    | -      | -      |
| 2503                                 | 50    | ท่อที่ใส่เยื่อแก้วหู (Myringotomy Tube)  | ชิ้นละ    | 900       | -      | -      |
| 2504                                 | 51    | ชุดเครื่องช่วยฟังชนิดฝังในกระดูก   | ชุดละ     | 200,000   | -      | -      |
| 2505                                 | 52    | เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิทัล   | เครื่องละ |           |        | 9,000  |
| 2506                                 | 53    | เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก   | เครื่องละ |           |        | 7,000  |
| 2507                                 | 54    | เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิทัล   | เครื่องละ |           |        | 12,000 |
| 2508                                 | 55    | เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิทัล   | เครื่องละ |           |        | 12,500 |
| 2509                                 | 56    | เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิทัล   | เครื่องละ |           |        | 12,500 |
| <b>อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก</b>          |       |  |           |           |        |        |
| 2601                                 | 57    | จมูกเทียมชนิดติดกาว  | ชิ้นละ    | 9,000     | 9,000  | 9,000  |
| <b>อุปกรณ์เกี่ยวกับการพูด และคอ</b>  |       |  |           |           |        |        |
| 2701                                 | 58    | ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve)   | อันละ     | 2,400     | 2,400  | 2,400  |
| 2702                                 | 59    | เครื่องช่วยพูด * (สำหรับข้าราชการและ 30 บาท จ่ายให้ครั้งเดียว ไม่มีคาซอม หรือซื้อใหม่)                   | เครื่องละ | 36,000    | 36,000 | 36,000 |
| 2704                                 | 60    | เพดานเทียม (Obturator)   | ชิ้นละ    | -         | 500    | 800    |
| 2705                                 | 61    | อุปกรณ์หนุนสายเสียง (Thyroplasty prosthesis)   | ชิ้นละ    | 7,000     | -      | -      |
| <b>หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ</b>       |       |  |           |           |        |        |
| <b>ท่อ/หลอด/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ</b>  |       |  |           |           |        |        |
| 3001                                 | 1     | ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ชนิดไม่มี cuff  | อันละ     | 100       | -      | -      |
| 3002                                 | 2     | ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ชนิดมี cuff   | อันละ     | 200       | -      | -      |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส   | สปสช. |
|---|-------|--|--------|-----------|-------|-------|
| 3003  | 3     | หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก                                       | อันละ  | 1,900     | 1,900 | 1,900 |
| 3004  | 4     | หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดที่มีช่องเปิดสำหรับพูด                              | อันละ  | 2,400     | -     | -     |
| 3005  | 5     | หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วยโลหะที่ไม่ขึ้นสนิม                            | อันละ  | 1,000     | -     | -     |
| 3006  | 6     | หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วยซิลิโคน                                       | อันละ  | 2,400     | -     | -     |
| 3008  | 7     | T Tube ทำจากซิลิโคน  | อันละ  | 2,100     | -     | -     |
| 3009  | 8     | โครงค้ำสำหรับหลอดคอ รูปตัวที (Tracheal T-tube)   | ชิ้นละ | 4,000     | -     | -     |
| 3010  | 9     | โครงค้ำสำหรับกล่องเสียงและหลอดคอส่วนต้น (Laryngotracheal stent)                                | ชิ้นละ | 4,000     | -     | -     |
| 3011  | 10    | ท่อค้ำยันหลอดคอและหลอดลมใหญ่ (Tracheo-bronchial stent)   | ชิ้นละ | 36,000    | -     | -     |
| 3012  | 11    | เครื่องอัดอากาศขณะหายใจเขา (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP)                        | ชุดละ  | 20,000    | -     | -     |
| 3013  | 12    | หน้ากากครอบจมูกหรือปากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้า                                     | ชิ้นละ | 4,000     | -     | -     |
| 3014  | 13    | ท่อช่วยหายใจชนิดปลายเปิดสองรู (Double lumen endotracheal tube)                                 | อันละ  | 2,700     | -     | -     |
| 3015  | 14    | หลอดคอช่วยการหายใจชนิดปรับระยะได้ (Adjustable tracheostomy tube)                               | ชิ้นละ | 1,700     | -     | -     |
| 3016  | 15    | บอลลูนถ่างขยายหลอดลม (Balloon dilatation)  | ชิ้นละ | 7,500     | -     | -     |
| 3017  | 16    | ท่อค้ำยันหลอดลมชนิดซิลิโคน (Tracheo-bronchial silicone stent)                                  | ชิ้นละ | 36,000    | -     | -     |
| 3018  | 17    | อุปกรณ์อุดหลอดลมชนิดซิลิโคน (Endobronchial spigot)   | ชิ้นละ | 5,000     | -     | -     |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์อื่นที่ใช้กับบริเวณทรวงอก</b> |       |  |        |           |       |       |
| 3101  | 18    | ท่อระบายช่องอก (Intercostals drainage tube)  | อันละ  | 300       | -     | -     |
| 3102  | 19    | ผงแป้งเชื่อมเยื่อหุ้มปอด (Sterile talcum)  | ขวดละ  | 800       | -     | -     |
| 3103  | 20    | แถบโลหะดันกระดูก Nuss bar สำหรับการรักษาความผิดปกติของทรวงอกชนิดหน้าอกหว่าและอกไก่             | ชุดละ  | 25,000    | -     | -     |
| <b>อุปกรณ์ที่ใช้กับกล้องในทางเดินหายใจ</b>    |       |  |        |           |       |       |
| 3201  | 21    | เข็มดูดเซลล์ที่ใช้ร่วมกับอัลตราซาวด์ทางหลอดลม (Aspiration needle for endobronchial ultrasound) | ชุดละ  | 6,000     | -     | -     |

| รหัส   | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.  |
|--|-------|--|--------|-----------|---------|--------|
| 3202   | 22    | ชุดอุปกรณ์เก็บชิ้นเนื้อที่ใช้ร่วมกับอัลตราซาวด์ทางหลอดลม (Guide sheath kit for endobronchial ultrasound) | ชุดละ  | 6,200     | -       | -      |
| <b>หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด</b>                        |       |  |        |           |         |        |
| <b>ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม</b> |       |  |        |           |         |        |
| 4001   | 1     | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์   | อันละ  | 29,000    | 29,000  | 29,000 |
| 4002   | 2     | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 1 แผ่น ปด-เปิด  | อันละ  | 34,000    | 34,000  | 34,000 |
| 4003   | 3     | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 2 แผ่น ปด-เปิด  | อันละ  | 33,000    | 33,000  | 31,000 |
| 4004   | 4     | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง)  | อันละ  | 48,000    | 48,000  | 48,000 |
| 4005   | 5     | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)   | อันละ  | 55,000    | 55,000  | 55,000 |
| 4006   | 6     | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อหัวใจวัว   | อันละ  | 65,000    | 65,000  | 65,000 |
| 4007   | 7     | ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม  | อันละ  | 57,000    | 57,000  | 57,000 |
| 4008   | 8     | ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring)   | อันละ  | 18,000    | 18,000  | 18,000 |
| 4009   | 9     | ผนังหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์   | อันละ  | 3,400     | 3,400   | 3,400  |
| 4010   | 10    | ผนังหัวใจเทียม (Dacron patch)  | อันละ  | 3,000     | 3,000   | 3,000  |
| 4011   | 11    | เยื่อหัวใจทำจากวัว   | อันละ  | 11,000    | -       | -      |
| 4012   | 12    | หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง   | เส้นละ | 12,000    | 12,000  | 12,000 |
| 4013   | 13    | หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ แบบเส้นแยกบริเวณส่วนปลาย (Aortic bifurcated graft)         | เส้นละ | 15,000    | 15,000  | 15,000 |
| 4014   | 14    | หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ตาพร้อมแขนงบริเวณส่วนปลาย (Aortic with branches)       | เส้นละ | 40,000    | *48,000 | 15,000 |
| 4015   | 15    | หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)                    | ชม.ละ  | 500       | -       | -      |
| 4016   | 16    | หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)   | ชม.ละ  | 600       | 600     | 600    |
| 4017   | 17    | ทอต่อระหว่างหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดดำ ชนิดอยู่นอกร่างกาย (External A-V shunt)                           | เส้นละ | 2,800     | -       | -      |
| 4018   | 18    | ทอต่อระหว่างหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดดำ ชนิดอยู่ในร่างกาย (Internal A-V shunt)                            | เส้นละ | 15,000    | -       | -      |
| 4019   | 19    | ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)  | ชิ้นละ | 25,000    | 25,000  | 25,000 |
| 4020   | 20    | เส้นเลือดชนิดเนื้อเยื่อโฮโมกราฟ (Homograft conduit)  | ชิ้นละ | 25,000    | -       | -      |
| 4021   | 21    | ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียมชนิดเนื้อเยื่อ  | อันละ  | 120,000   | -       | -      |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย | ข้าราชการ | ปศ     | สปสข. |
|---|-------|--|-------|-----------|--------|-------|
| <b>วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม</b>           |       |  |       |           |        |       |
| 4101  | 22    | ปอดเทียม (Membrane oxygenator)   | ชุดละ | 9,500     | 9,500  | 9,000 |
| 4102  | 23    | ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal complete set)   | ชุดละ | 3,400     | 3,400  | 3,400 |
| 4103  | 24    | อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)  | อันละ | 3,000     | 3,000  | 3,000 |
| 4104  | 25    | อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble trap)   | อันละ | 1,000     | 1,000  | 1,000 |
| 4107  | 26    | ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set)  | ชุดละ | 3,400     | 3,400  | 3,400 |
| 4108  | 27    | อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดทางตรง (Antegrade cardioplegia set)   | อันละ | 1,100     | 1,100  | 1,100 |
| 4109  | 28    | อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดย้อนทาง (Retrograde cardioplegia set)   | อันละ | 3,400     | 3,400  | 3,400 |
| 4115  | 29    | ชุดเครื่องมือรักษาการเต้นของหัวใจผิดปกติด้วยการผ่าตัด (AF surgery) โดยใช้คลื่นวิทยุ, Ultrasound, เลเซอร์, ความเย็นชนิด 1 ชั่วโมง | ชุดละ | 30,000    | -      | -     |
| 4116  | 30    | ชุดเครื่องมือรักษาการเต้นของหัวใจผิดปกติด้วยการผ่าตัด (AF surgery) โดยใช้คลื่นวิทยุ, Ultrasound, เลเซอร์, ความเย็นชนิด 2 ชั่วโมง | ชุดละ | 40,000    | -      | -     |
| <b>อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ (Coronary artery bypass graft)</b> |       |  |       |           |        |       |
| 4201  | 31    | อุปกรณ์นำเลือดไปยังหลอดเลือดแดงผ่านทางเบี่ยง (Multiple octopus persion set)  | อันละ | 800       | -      | -     |
| 4202  | 32    | ที่เจาะหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aortic punch)   | อันละ | 1,100     | -      | -     |
| 4203  | 33    | อุปกรณ์ยึดเกาะหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary stabilizer)   | ชุดละ | 45,000    | -      | -     |
| 4204  | 34    | อุปกรณ์พ่นลมไล่เลือดขณะต่อหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Blower)  | ชุดละ | 2,200     | -      | -     |
| 4205  | 35    | ท่อนำเลือดขณะต่อหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary shunt)  | อันละ | 2,000     | -      | -     |
| 4206  | 36    | อุปกรณ์ดูดยกหัวใจ (Cardiac Suction cup)  | ชุดละ | 15,000    | -      | -     |
| <b>อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีตีบ (Coronary intervention)</b>     |       |  |       |           |        |       |
| 4301  | 37    | สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary guiding catheter)  | ชุดละ | 4,000     | 4,000  | 3,500 |
| 4302  | 38    | สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PTCA Guide wire)  | ชุดละ | 4,000     | 4,000  | 3,200 |
| 4303  | 39    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)                           | ชุดละ | 10,000    | 10,000 | 8,000 |

| รหัส | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.  |
|------|-------|--|-------|-----------|---------|--------|
| 4304 | 40    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขด<br>เลือด (Coronary stent)  | ชุดละ | -         | *10,000 | 6,800  |
| 4305 | 41    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขด<br>เลือดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug – eluting<br>stent)                              | ชุดละ | 35,000    | 35,000  | 20,000 |
| 4306 | 42    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย<br>ขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary stent graft)  | ชุดละ | 80,000    | 80,000  | 80,000 |
| 4307 | 43    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัว<br>กรอากาเพเซอร์ (Rotational atherectomy burr<br>catheter)                          | ชุดละ | 30,000    | 30,000  | 30,000 |
| 4308 | 44    | อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอากาเพเซอร์เพื่อ<br>การขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Rotational<br>atherectomy burr catheter) (รหัส 4307) | ชุดละ | 30,000    | 30,000  | 30,000 |
| 4309 | 45    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย<br>บอลลูนชนิดตัดใบมีด (Cutting balloon<br>catheter)                                    | ชุดละ | 25,000    | 25,000  | 25,000 |
| 4310 | 46    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย<br>การดูดลิ่มเลือดวิธีเชิงกล (Thrombectomy<br>catheter)                                | ชุดละ | 20,000    | 20,000  | 17,000 |
| 4311 | 47    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย<br>ลำแสงเลเซอร์ (Laser angioplasty catheter)   | ชุดละ | -         | *60,000 | 60,000 |
| 4312 | 48    | สายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน<br>หลอดเลือดส่วนปลาย (Distal protection<br>device)                                 | ชุดละ | -         | *60,000 | 60,000 |
| 4313 | 49    | สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วย<br>การถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน (Intravascular or<br>intracardiac ultrasound)         | ชุดละ | 34,000    | 34,000  | 40,000 |
| 4314 | 50    | สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนา<br>รี (Coronary pressure wire)   | ชุดละ | 27,000    | *30,000 | 30,000 |
| 4316 | 51    | สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์<br>(Multipurpose หรือ Transit catheter)   | ชุดละ | -         | *20,000 | 15,000 |
| 4317 | 52    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย<br>ขดลวด (Coronary stent) ชนิดทำจากโลหะ<br>(Stainless Steel)                           | ชุดละ | 10,000    | -       | -      |
| 4318 | 53    | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย<br>ขดลวด (Coronary stent) ชนิดทำจากโลหะผสม<br>(cobalt Chromium, Platinum Chromium)     | ชุดละ | 18,000    | -       | -      |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.   |
|---|-------|---|--------|-----------|---------|---------|
| 4319  | 54    | สายสวนนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ต้นชนิดเรื้อรัง (Chronic total occlusion PTCA guide wire) | เส้นละ | 5,000     | -       | -       |
| 4320  | 55    | สายสวนนำเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotablator guide wire)                          | เส้นละ | 8,000     | -       | -       |
| <b>อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ</b> |       |   |        |           |         |         |
| 4401  | 56    | สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic catheter)   | ชุดละ  | -         | 4,000   | 4,000   |
| 4402  | 57    | สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Mullins transeptal catheter)                          | ชุดละ  | 4,000     | 4,000   | 4,000   |
| 4403  | 58    | เข็มสำหรับเจาะผนังห้องหัวใจบรอกเคนโบร (Brocken brough needle)   | ชุดละ  | 8,000     | 8,000   | 8,000   |
| 4404  | 59    | สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดวัดปริมาณ เลือดออกจากหัวใจ                                 | ชุดละ  | 4,000     | 8,000   | 8,000   |
| 4405  | 60    | สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด   | ชุดละ  | 3,000     | 4,000   | 4,000   |
| 4406  | 61    | สายสวนสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire)   | ชุดละ  | -         | 500     | 500     |
| 4407  | 62    | สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic coronary angiography catheter)                  | ชุดละ  | -         | 1,000   | 800     |
| 4408  | 63    | สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Valvuloplasty balloon)                           | ชุดละ  | 25,000    | 25,000  | 25,000  |
| 4409  | 64    | ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมเทรล ด้วยบอลลูน   | ชุดละ  | 80,000    | 80,000  | 80,000  |
| 4410  | 65    | สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic valvular dilator)                | ชุดละ  | -         | 280,000 | 280,000 |
| 4411  | 66    | ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)   | ชุดละ  | -         | 5,000   | 5,000   |
| 4412  | 67    | สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่วชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)             | ชุดละ  | -         | 6,000   | 6,000   |
| 4413  | 68    | สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่วชนิดปากคีบ (Biotome for controlled release of coil)      | ชุดละ  | -         | 20,000  | 20,000  |
| 4415  | 69    | วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Septal occlude)   | ชุดละ  | 50,000    | *55,000 | 55,000  |



| รหัส  | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส    | สปสช.  |
|---|-------|--|--------|-----------|--------|--------|
| 4416  | 70    | สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจ (Delivery system for septal occlude)    | ชุดละ  | 19,000    | 19,000 | 19,000 |
| 4417  | 71    | วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct occlude)   | ชุดละ  | 35,000    | 35,000 | 35,000 |
| 4418  | 72    | สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Delivery system for ductal occluder)    | ชุดละ  | 19,000    | 19,000 | 19,000 |
| 4419  | 73    | ตะแกรงกรงลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device)  | ชุดละ  | -         | 40,000 | 40,000 |
| 4420  | 74    | สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกันห้องหัวใจเอเทรียม (Balloon atrial septostomy catheter)                  | ชุดละ  | 6,000     | 6,000  | 6,000  |
| 4421  | 75    | สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)   | ชุดละ  | -         | 20,000 | 20,000 |
| 4422  | 76    | สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial biopsy)  | ชุดละ  | 20,000    | 20,000 | 20,000 |
| 4423  | 77    | สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)   | ชุดละ  | 5,000     | 5,000  | 5,000  |
| 4424  | 78    | สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ตาใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra-aortic balloon catheter)                         | ชุดละ  | 28,000    | 28,000 | 28,000 |
| 4425  | 79    | ชุดสายยางและปอดเทียมเพื่อพองหัวใจและปอดที่ใช้ภายนอก  | ชุดละ  | 80,000    | -      | -      |
| 4426  | 80    | อุปกรณ์ล็อกสำหรับดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Lead locking stylet)                                     | เส้นละ | 25,000    | -      | -      |
| 4427  | 81    | สายสวนที่มีบอลูนที่ปลายสาย ใช้สำหรับวัดขนาดของรูรั่วและหลอดเลือด (Sizing balloon catheter)                   | ชุดละ  | 12,000    | -      | -      |
| <b>เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจและสาย</b> |       |  |        |           |        |        |
| 4501  | 82    | เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single chamber pacemaker)                           | ชุดละ  | 40,000    | 40,000 | 40,000 |
| 4502  | 83    | เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate responsive pacemaker) | ชุดละ  | 54,000    | 54,000 | 54,000 |
| 4503  | 84    | เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual chamber pacemaker)                   | ชุดละ  | 72,000    | 72,000 | 72,000 |
| 4504  | 85    | เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ                   | ชุดละ  | 80,000    | 80,000 | 80,000 |

| รหัส   | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.   |
|--|-------|--|--------|-----------|---------|---------|
|  |       | (Dual chamber rate – responsive pacemaker)   |        |           |         |         |
| 4505   | 86    | เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)  | ชุดละ  | 180,000   | 180,000 | 180,000 |
| 4506   | 87    | เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter-defibrillator lead)  | ชุดละ  | 180,000   | 180,000 | 180,000 |
| 4507   | 88    | สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร   | ชุดละ  | 15,000    | 15,000  | 15,000  |
| 4508   | 89    | สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว   | ชุดละ  | 4,000     | 4,000   | 4,000   |
| 4509   | 90    | สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary sinus pacing lead)   | ชุดละ  | 70,000    | 70,000  | 70,000  |
| 4510   | 91    | สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter defibrillator lead)   | ชุดละ  | 90,000    | 90,000  | 90,000  |
| 4511   | 92    | แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable defibrillation electrode, disposable pacing electrode)  | ชุดละ  | 3,000     | 3,000   | 3,000   |
| <b>สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ</b> |       |  |        |           |         |         |
| 4601   | 93    | สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)   | ชุดละ  | 16,000    | 16,000  | 16,000  |
| 4602   | 94    | สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)   | ชุดละ  | 28,000    | 28,000  | 28,000  |
| 4603   | 95    | สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยการสร้างภาพสามมิติในสนามแม่เหล็ก (CARTO catheter)   | ชุดละ  | 100,000   | 100,000 | 100,000 |
| 4604   | 96    | สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจรูปวงบาศก์ (LASSO catheter)  | ชุดละ  | 60,000    | 60,000  | 60,000  |
| 4605   | 97    | สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting cable for multi-electrode catheter)  | ชุดละ  | 5,000     | 5,000   | 5,000   |
| 4606   | 98    | สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดมีน้ำหล่อเย็นเพื่อลดอุณหภูมิที่ปลายสายสวน (Irrigated tip ablation catheter)  | ชุดละ  | 60,000    | -       | -       |
| 4607   | 99    | แผ่นปิดหน้าอกเพื่อการรักษาหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะแบบซับซ้อนโดยการสร้างภาพ 3 มิติ (Three dimension mapping reference patch) โดยใช้หลักการความหน่วงไฟฟ้า (Electrical impedance) | ชิ้นละ | 35,000    | -       | -       |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส   | สปสช. |
|---|-------|---|--------|-----------|-------|-------|
| อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเขา และข้อมปิดหลอดเลือด ลวดนำสายสวน และสายสวนนำทาง |       |   |        |           |       |       |
| 4701  | 100   | ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath)  | ชุดละ  | 800       | 1,000 | 900   |
| 4702  | 101   | ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะหลอดเลือดแดง (Vascular closure device)             | ชุดละ  | 6,000     | 9,000 | 7,500 |
| 4704  | 102   | สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral guiding catheter) | ชุดละ  | -         | 7,000 | 7,000 |
| 4705  | 103   | สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral angioplasty guide wire)  | ชุดละ  | 4,000     | 4,000 | 4,000 |
| 4706  | 104   | ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือดขนาดใหญ่ 12-24 Fr (Large introducer sheath, size 12-24 Fr)  | ชุดละ  | 2,000     | -     | -     |
| 4708  | 105   | ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือดชนิดยาวพิเศษ (Long introducer sheath)                       | เส้นละ | 5,000     | -     | -     |
| 4709  | 106   | สายสวนนำทางหลอดเลือดสมองชนิดนุ่มและยาวพิเศษ (Intracranial Access guiding catheter)  | เส้นละ | 16,000    | -     | -     |
| 4710  | 107   | สายสวนหลอดเลือดนำทางชนิดมีลูกโป่งหุ้มอยู่ส่วนปลาย (Balloon guiding catheter)        | เส้นละ | 10,000    | -     | -     |
| 4711  | 108   | สายลวดนำสายสวน (Guidewires)   | ชุดละ  | 800       | -     | -     |
| 4712  | 109   | สายลวดนำสายสวนชนิดมีความยาวพิเศษ (Exchange guidewires)                              | เส้นละ | 2,500     | -     | -     |
| 4713  | 110   | สายลวดนำสายสวนชนิดมีลักษณะพิเศษ (Stiff wires)                                       | เส้นละ | 2,200     | -     | -     |
| 4714  | 111   | สายลวดนำสายสวนขนาดเล็กพิเศษ (Micro guidewire)                                       | เส้นละ | 12,000    | -     | -     |
| 4715  | 112   | สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการรักษา (Interventional vascular guiding catheter)        | ชุดละ  | 4,000     | -     | -     |
| 4716  | 113   | ท่อนำสายลวดสำหรับหลอดเลือดขนาดเล็ก (Micro introducer sheath)                        | ชุดละ  | 1,200     | -     | -     |
| 4717  | 114   | ชุดท่อนำสายลวดหลอดเลือดขนาดเล็กพิเศษ (Micropuncture introducer sheath set)          | ชุดละ  | 2,500     | -     | -     |
| 4718  | 115   | ท่อนำสายลวดสำหรับหลอดเลือดส่วนปลายชนิดบางพิเศษ                                      | ชุดละ  | 1,200     | -     | -     |
| 4719  | 116   | ชุดอุปกรณ์แผ่นห้ามเลือด เพื่อปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือดแดง (Vascular closure patch)    | ชุดละ  | 3,500     | -     | -     |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส      | สปสช.   |
|---|-------|---|--------|-----------|----------|---------|
| อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดง และวัสดุอุดหลอดเลือด |       |   |        |           |          |         |
| 4801  | 117   | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงสวนปลายด้วยบอลลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon) | ชุดละ  | -         | 20,000   | 13,000  |
| 4802  | 118   | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดสวนปลายด้วยขดลวด (Peripheral stent)  | ชุดละ  | 42,000    | *50,000  | 50,000  |
| 4803  | 119   | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดสวนปลายด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft)                            | ชุดละ  | 100,000   | 100,000  | 100,000 |
| 4804  | 120   | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft)                        | ชุดละ  | 220,000   | *250,000 | 250,000 |
| 4805  | 121   | สายสวนเส้นเลือดอุดตัน แบบดูดหรือล้างลิ้มเลือด   | เส้นละ | 1,200     | -        | -       |
| 4807  | 122   | สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กและยาวพิเศษเพื่อการรักษา (Interventional vascular microcatheter)                   | เส้นละ | 15,000    | -        | -       |
| 4808  | 123   | สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กชนิดมีลูกโป่งที่ส่วนปลาย (Balloon microcatheter)                                   | เส้นละ | 22,000    | -        | -       |
| 4809  | 124   | ขดลวดค้ำยันที่ใช้กับหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial stent)  | ตัวละ  | 120,000   | -        | -       |
| 4810  | 125   | ชุดอุปกรณ์สลิมเลือดหลอดเลือดในสมอง (Thrombectomy device)  | ชุดละ  | 90,000    | -        | -       |
| 4811  | 126   | สายส่วนล่างขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดสานขึ้นรูปชนิดกางเอง (Peripheral self-expanding stent)           | ชุดละ  | 42,000    | -        | -       |
| 4812  | 127   | วัสดุสำหรับอุดกั้นหลอดเลือดขนาดใหญ่ชนิดก้อน (Vascular plugs)  | ชุดละ  | 25,000    | -        | -       |
| 4813  | 128   | ลูกโป่งอุดกั้นหลอดเลือด (Detachable balloon)  | ลูกละ  | 7,000     | -        | -       |
| 4814  | 129   | สายสวนส่งลูกโป่ง (Delivery catheter)  | เส้นละ | 25,000    | -        | -       |
| 4815  | 130   | ขดลวดปิดกั้นหลอดเลือด (Coils)   | ตัวละ  | 5,500     | -        | -       |
| 4816  | 131   | สายลวดเพื่อดันขดลวดสู่ตำแหน่งที่ต้องการ (Coil pushing wires)  | เส้นละ | 4,000     | -        | -       |
| 4817  | 132   | ขดลวดพร้อมอุปกรณ์สำหรับปล่อย ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)                                 | ตัวละ  | 22,000    | -        | -       |
| 4818  | 133   | อนุภาคอุดกั้นหลอดเลือด (Embolitic particles)  | ขวดละ  | 4,000     | -        | -       |
| 4819  | 134   | วัสดุฉีดอุดกั้นหลอดเลือดชนิดเหลวแบบแข็งตัวช้า (Non-adhesive liquid embolic agent)                         | ชุดละ  | 28,000    | -        | -       |
| 4820  | 135   | วัสดุฉีดอุดกั้นหลอดเลือดชนิดเหลวแบบแข็งตัวเร็ว (Cyanoacrylate Glue)                                       | หลอดละ | 1,000     | -        | -       |
| 4821  | 136   | สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)  | ชุดละ  | 25,000    | -        | -       |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส | สปสช. |
|---|-------|--|--------|-----------|-----|-------|
| 4823  | 137   | สายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Vascular diagnostic catheter)   | เส้นละ | 700       | -   | -     |
| 4824  | 138   | สายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัยที่มีความถี่มากเป็นพิเศษ (Vascular coated catheters)  | เส้นละ | 1,100     | -   | -     |
| 4825  | 139   | สายสวนหลอดเลือดสำหรับบริหารยาละลายลิ่มเลือด แบบ McNamara (McNamara thrombolytic infusion catheter)   | เส้นละ | 25,000    | -   | -     |
| 4826  | 140   | สายสวนหลอดเลือดสำหรับการฉีดสารที่บ่งสีในหลอดเลือดแดงชนิดที่สามารถฉีดสารที่บ่งสีได้ขณะที่มีขดลวดนำทางคาวอยู่ (Van schie Over-The-Top catheter: VOTT catheter) | เส้นละ | 8,000     | -   | -     |
| 4827  | 141   | ชุดอุปกรณ์ถ่ายขยายหลอดเลือดแดง iliac สำหรับการทำให้ Endovascular aortic reconstruction (EVAR)  | ชุดละ  | 5,000     | -   | -     |
| 4828  | 142   | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยบอลลูน (Balloon dilatation catheter) ทนแรงดันน้อยกว่าเท่ากับ 20 atm   | ชุดละ  | 10,000    | -   | -     |
| 4829  | 143   | สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยบอลลูน (Balloon dilatation catheter) ทนแรงดันมากกว่า 20 atm   | ชุดละ  | 18,000    | -   | -     |
| 4830  | 144   | ชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดด้วยวิธีกลศาสตร์ (Mechanical thrombectomy device)   | ชุดละ  | 90,000    | -   | -     |
| 4831  | 145   | สายสวนเพื่อสำหรับการตัดเจาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser catheter)  | ชุดละ  | 60,000    | -   | -     |
| 4832  | 146   | ชุดสายสวนเพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันที่สวนปลายของหลอดเลือด (Distal embolic protective device)  | ชุดละ  | 60,000    | -   | -     |
| 4833  | 147   | ตะแกรงกรงลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device หรือ IVC Filter)  | ชุดละ  | 40,000    | -   | -     |
| <b>อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำสาร/สารละลายเข้าหลอดเลือด</b> |       |  |        |           |     |       |
| 4903  | 148   | ชุดให้สารละลายพรมสายซิลิโคน (Subcutaneous port)  | ชุดละ  | 10,000    | -   | -     |
| 4904  | 149   | สายสวนสองช่องสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Double lumen hemodialysis catheter)   | ชุดละ  | 3,500     | -   | -     |
| 4905  | 150   | สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-permanent double lumen hemodialysis catheter)   | ชุดละ  | 11,000    | -   | -     |

| รหัส   | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส    | สปสช. |
|--|-------|--|--------|-----------|--------|-------|
| 4910   | 151   | สายสวนเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ชนิดใส่ผ่านหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripherally inserted central catheter, PICC) ชนิดช่องเดียว                             | ชุดละ  | 1,500     | -      | -     |
| 4911   | 152   | สายสวนเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ชนิดใส่ผ่านหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripherally inserted central catheter, PICC) ชนิดสองช่อง                               | ชุดละ  | 2,000     | -      | -     |
| 4920   | 153   | สายสวนเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดใส่ผ่านหลอดเลือดดำบริเวณคอหรือไหล่ (Transjugular/Subclavian central venous catheter) ชนิดช่องเดียว            | ชุดละ  | 900       | -      | -     |
| 4921   | 154   | สายสวนเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดใส่ผ่านหลอดเลือดดำบริเวณคอหรือไหล่ (Transjugular/Subclavian central venous catheter) ชนิดตั้งแต่สองช่องขึ้นไป | ชุดละ  | 1,500     | -      | -     |
| <b>หมวด 5 ทางเดินอาหาร</b>   |       |  |        |           |        |       |
| <b>ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร</b>   |       |  |        |           |        |       |
| 5101   | 1     | สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะยาว  | เส้นละ | 300       | 300    | 300   |
| 5102   | 2     | ท่อให้อาหารเข้ากระเพาะอาหารผ่านผิวหนังหน้าท้อง (Gastrostomy tube)  | เส้นละ | 300       | -      | -     |
| 5103   | 3     | ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy: PEG set)  | อันละ  | 4,500     | 4,400* | 4,400 |
| 5104   | 4     | สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก (Nasojejunoscopy, NJ tube)   | เส้นละ | 3,500     | 2,700* | 2,700 |
| 5105   | 5     | ชุดถุงให้อาหารทางสายยาง  | ชุดละ  | 200       | -      | -     |
| 5106   | 6     | ชุดสายสวนกระเพาะอาหารปลายสายเป็นบอลูนแบบใส่ผ่านกล้อง กรณีเปลี่ยนสาย (PEG tube: replacement set)  | เส้นละ | 1,800     | -      | -     |
| 5107   | 7     | ชุดสายสวนกระเพาะอาหารปลายสายเป็นรูปดอกเห็ด (โตม) หรือแบบความหนาเท่าผนังหน้าท้อง แบบใส่ผ่านกล้อง กรณีเปลี่ยนสาย (PEG tube: replacement set)     | เส้นละ | 4,000     | -      | -     |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือดและตรวจรักษาอื่นๆ</b> |       |  |        |           |        |       |
| 5201   | 8     | ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator)  | ชุดละ  | 4,500     | 4,500  | 4,500 |
| 5202   | 9     | Sengstaken – blakemore tube  | เส้นละ | 3,500     | -      | -     |
| 5203   | 10    | เข็มเจาะดูดเนื้อเยื่อผ่านกล้องส่องตรวจชนิดอัลตราซาวด์ (EUS-FNA)  | ชุดละ  | 8,000     | -      | -     |

| รหัส   | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย    | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.  |
|--|-------|--|----------|-----------|---------|--------|
| 5204   | 11    | อุปกรณ์สำหรับตัดเลาะเนื้อเยื่อ (Mucosal resection device)                                    | เส้นละ   | 10,000    | -       | -      |
| 5205   | 12    | แคปซูลส่องตรวจลำไส้เล็ก (Small bowel videocapsule endoscopy)                                 | แคปซูลละ | 22,000    | -       | -      |
| 5206   | 13    | ท่อชั้นนอกของกล้องส่องตรวจลำไส้เล็ก (Overtube for enteroscopy)                               | เส้นละ   | 16,000    | -       | -      |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี</b>             |       |  |          |           |         |        |
| 5301   | 14    | อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator)  | เส้นละ   | 2,500     | *4,500  | 4,500  |
| 5302   | 15    | ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent: Plastic type)                  | อันละ    | 1,300     | 1,300   | 1,300  |
| 5303   | 16    | ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary stent: Self expandable metal stent)                          | อันละ    | 26,000    | 20,000* | 20,000 |
| 5304   | 17    | ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso biliary tube)                                       | อันละ    | 2,200     | 2,200   | 2,200  |
| 5305   | 18    | Biliary T tube   | อันละ    | 400       | -       | -      |
| 5306   | 19    | สายบอลลูนขยายท่อน้ำดีหรือท่อตับอ่อนผ่านกล้อง (Endoscopic biliary/pancreatic balloon dilator) | เส้นละ   | 5,500     | -       | -      |
| 5307   | 20    | ชุดใส่ท่อระบายน้ำดี/ท่อตับอ่อน ชนิดพลาสติก (Plastic biliary/pancreatic stent insertion kit)  | ชุดละ    | 3,500     | -       | -      |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์ตรวจรักษาอื่นๆที่ใช้/ใส่ในท่อน้ำดี</b>   |       |  |          |           |         |        |
| 5401   | 21    | แปรงเก็บเซลล์ในท่อน้ำดีแบบมีลวดนำ (Brush cytology catheter)                                  | เส้นละ   | 2,700     | -       | -      |
| 5402   | 22    | ลวดนำทางสำหรับสายฉีดสี (ERCP guide wire)   | เส้นละ   | 5,500     | -       | -      |
| 5403   | 23    | สายบอลลูนดึงนิ่ว (Balloon stone extractor)   | เส้นละ   | 4,300     | -       | -      |
| 5404   | 24    | ตะกร้อลากนิ่วในท่อน้ำดี (Biliary stone retrieval basket)                                     | เส้นละ   | 6,000     | -       | -      |
| 5405   | 25    | ตะกร้อขบนิ่ว (Mechanical lithotripter basket)  | ชุดละ    | 9,000     | -       | -      |
| 5406   | 26    | สายตัดรูเปิดท่อน้ำดี/ตับอ่อน (Sphincterotome)  | เส้นละ   | 5,500     | -       | -      |
| <b>เครื่องมือช่วยการผ่าตัดลำไส้ (อวัยวะแบบอัตโนมัติ)</b> |       |  |          |           |         |        |
| 5501   | 27    | เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลม   | อันละ    | 13,500    | 13,500  | 13,500 |
| 5502   | 28    | เครื่องมือเย็บปิดปลายลำไส้หรือหลอดลม อัตโนมัติ   | อันละ    | 7,400     | 7,400   | 7,400  |
| 5503   | 29    | เครื่องมือเย็บและตัดต่ออัตโนมัติชนิดปรับหัวได้   | ตั้บละ   | 8,000     | 8,000   | 8,000  |
| 5504   | 30    | เครื่องมือเย็บและตัดต่ออัตโนมัติแบบตรง   | ตั้บละ   | 5,000     | -       | -      |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์อื่นๆ</b>                                |       |  |          |           |         |        |
| 5601   | 31    | วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง  | รายละ    | 11,000    | -       | -      |
| 5603   | 32    | ท่อใส่ยาของสำหรับพอกเลือดแทนไต แบบชั่วคราว   | ชุดละ    | 250       | -       | -      |

| รหัส                                       | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส | สปสข. |
|--|-------|--|--------|-----------|-----|-------|
| 5604                                       | 33    | ท่อใส่ยาทางสำหรับพอกเลือดแทนไต แบบถาวร (Peritoneal dialysis) ชนิดตรง             | ชุดละ  | 2,800     | -   | -     |
| 5605                                       | 34    | ท่อใส่ยาทางสำหรับพอกเลือดแทนไต แบบถาวร (Peritoneal dialysis) ชนิดกนหอย           | ชุดละ  | 3,700     | -   | -     |
| 5606                                       | 35    | สายต่อท่อใส่ยาทางแบบถาวรกับถุงน้ำยาแบบธรรมดา (Transferred set)                   | ชุดละ  | 1,000     | -   | -     |
| 5607                                       | 36    | สายต่อท่อใส่ยาทางแบบถาวรกับถุงน้ำยาแบบตัว Y                                      | ชุดละ  | 600       | -   | -     |
| 5608                                       | 37    | แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดธรรมดา ความยาวไม่เกิน 15 ซม.                      | อันละ  | 3,500     | -   | -     |
| 5609                                       | 38    | แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดธรรมดา ความยาว 16-20 ซม.                          | อันละ  | 5,000     | -   | -     |
| 5610                                       | 39    | แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดธรรมดา ความยาว 21 ซม. ขึ้นไป                      | อันละ  | 8,000     | -   | -     |
| 5611                                       | 40    | แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดเมมเบรน ความยาวไม่เกิน 15 ซม.                     | อันละ  | 15,000    | -   | -     |
| 5612                                       | 41    | แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดเมมเบรน ความยาว 16-20 ซม.                         | อันละ  | 25,000    | -   | -     |
| 5613                                       | 42    | แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดเมมเบรน ความยาว 21 ซม. ขึ้นไป                     | อันละ  | 35,000    | -   | -     |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้</b> |       |  |        |           |     |       |
| 5701                                       | 43    | ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใสระยะยาวแบบมีเข็มขีด             | ถุงละ  | 500       | -   | -     |
| 5702                                       | 44    | ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใสระยะยาวใช้รวมกับแป้นปิดรอบลำไส้ | ถุงละ  | 50        | -   | -     |
| 5703                                       | 45    | แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy flange)   | อันละ  | 140       | -   | -     |
| 5704                                       | 46    | แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย  | ชิ้นละ | 460       | -   | -     |
| 5705                                       | 47    | บอลูนถ่างขยายทางเดินอาหาร (GI Tract dilation balloon)                            | เส้นละ | 8,000     | -   | -     |
| 5706                                       | 48    | บอลูนถ่างขยายโรค Achalasia (pneumatic balloon)                                   | เส้นละ | 13,000    | -   | -     |
| 5707                                       | 49    | ท่อถ่างขยายหลอดอาหารแบบมีหรือไม่มีเมมเบรนหุ้ม (Esophageal SEMS)                  | อันละ  | 25,000    | -   | -     |
| 5708                                       | 50    | ท่อถ่างขยายลำไส้ใหญ่ชนิดโลหะ (Self-expendable metallic stent: SEMS)              | อันละ  | 32,000    | -   | -     |
| <b>หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะ และสืบพันธุ์</b>  |       |  |        |           |     |       |
| <b>สายระบายปัสสาวะ</b>                     |       |  |        |           |     |       |
| 6001                                       | 1     | สายสวนปัสสาวะ ชนิดในท่อไต  | เส้นละ | 3,700     | -   | -     |
| 6002                                       | 2     | สายสวนปัสสาวะ ชนิดในไต   | เส้นละ | 3,700     | -   | -     |



| รหัส   | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย           | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.   |
|--|-------|---|-----------------|-----------|---------|---------|
| 6003   | 3     | สายสวนปัสสาวะ ชนิดไขกักระเพาะปัสสาวะผ่านทางหน้าท้อง   | เส้นละ          | 900       | -       | -       |
| 6004   | 4     | ชุดเจาะปัสสาวะทางหน้าท้อง (Trocar percutaneous cystostomy set)                                | ชุดละ           | 700       | -       | -       |
| 6005   | 5     | สายสวนเพื่อระบายของเหลวหรือลมออกจากร่างกายผ่านผิวหนัง   | ชุดละ           | 3,100     | -       | -       |
| 6006   | 6     | สายสวนปัสสาวะแบบสวนควยตัวเอง  | เส้นละ          | 800       | -       | 800     |
| <b>ตัวกรองไตเทียม (Dialyzer)</b>                         |       |   |                 |           |         |         |
| 6103   | 7     | ตัวกรองแบบพิเศษดูดซับสารพิษ (Hemoperfusion cartridge) ชนิดผงถ่าน                              | ชุดละ           | 11,000    | -       | -       |
| 6104   | 8     | ตัวกรองแบบพิเศษดูดซับสารพิษ (Hemoperfusion cartridge) ชนิดเรซิน                               | ชุดละ           | 25,000    | -       | -       |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์อื่นๆ ในการตรวจรักษาในทางเดินปัสสาวะ</b> |       |   |                 |           |         |         |
| 6201   | 9     | สายสวนเพื่อขยายท่อไต (Ureteric dilator)   | ชุดละ           | 7,200     | -       | -       |
| 6202   | 10    | ชุดทางนำสายสวนผ่านทางผิวหนังเพื่อใช้เป็นทางนำสอดใส่สายสวน                                     | ชุดละ           | 2,100     | -       | -       |
| 6203   | 11    | สายคล้องนิ่วในท่อไตและในไต (Stone basket)   | ชุดละ           | 7,500     | -       | -       |
| 6204   | 12    | เข็มเจาะตัดชิ้นเนื้อ (biopsy needle)  | ชุดละ           | 1,100     | -       | -       |
| 6205   | 13    | Urinometer set (ต่อจากสายสวนระยะยาว)  | ชุดละ           | 530       | -       | -       |
| 6206   | 14    | วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic donor nephrectomy) | ราคา<br>เหมารวม | 10,000    | -       | -       |
| <b>หมวด 7 กระดูก ขอดตอ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น</b>           |       |   |                 |           |         |         |
| <b>ข้อเทียม</b>  |       |   |                 |           |         |         |
| 7001   | 1     | ขอนิ้วเทียมชนิด ซิลิโคน และชนิดซิลิโคนผสมโลหะ   | ข้อละ           | 15,000    | 11,000  | 11,000  |
| 7002   | 2     | ขอสอกเทียม (Total elbow arthroplasty)   | ข้อละ           | 50,000    | 50,000  | 22,000  |
| 7003   | 3     | ข้อไหล่เทียมทั้งข้อชนิด Conventional (Conventional total shoulder arthroplasty prosthesis)    | ข้อละ           | 65,000    | 65,000  | 65,000  |
| 7004   | 4     | ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้   | ข้อละ           | 75,000    | 75,000  | 50,000  |
| 7005   | 5     | ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้  | ข้อละ           | 50,000    | 50,000  | 50,000  |
| 7006   | 6     | ข้อตะโพกมีเบ้า (Total hip prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก                  | ข้อละ           | 65,000    | 65,000  | 37,000  |
| 7007   | 7     | ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Unipolar prosthesis)   | ข้อละ           | 12,000    | 12,000  | 10,500  |
| 7008   | 8     | ข้อตะโพกแบบมีเบ้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Primary or revision hip prosthesis)                     | ข้อละ           | -         | 120,000 | 120,000 |
| 7009   | 9     | วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting ring)  | ข้อละ           | 15,000    | 12,000  | 9,500   |

| รหัส                                | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย    | ข้าราชการ | ปกส     | สปสช.  |
|-------------------------------------|-------|--|----------|-----------|---------|--------|
| 7010                                | 10    | ข้อตะโปกไม่มีเบาะชนิด 2 ชั้น (ไบโพล่า)   | ข้อโลหะ  | 35,000    | 35,000  | 35,000 |
|                                     |       | ข้อเข้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Revision TKA)  | ชุดโลหะ  | 100,000   | 100,000 | -      |
| 7011                                | 11    | ข้อตะโปกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช่ซีเมนต์)   | ชุดโลหะ  | -         | 60,000  | 60,000 |
| 7012                                | 12    | ข้อเข้าเทียมส่วนฟีมอร์ (Femoral component)   | ชิ้นโลหะ | 40,000    | -       | -      |
| 7013                                | 13    | ข้อเข้าเทียมส่วนทิวเบีย (Tibial component)   | ชิ้นโลหะ | 25,000    | -       | -      |
| 7014                                | 14    | ก้านต่อของ Femoral component   | ชิ้นโลหะ | 12,000    | -       | -      |
| 7015                                | 15    | ก้านต่อของ Tibial component  | ชิ้นโลหะ | 12,000    | -       | -      |
| 7016                                | 16    | โลหะเสริมส่วนกระดูกที่หายไป (Metal augmentation)   | ชิ้นโลหะ | 12,000    | -       | -      |
| 7017                                | 17    | ผิวข้อเทียมที่ทำจาก Polyethylene (Polyethylene insert)   | ชิ้นโลหะ | 10,000    | -       | -      |
| 7018                                | 18    | ผิวลูกสะบ้าเทียม   | ชิ้นโลหะ | 3,500     | -       | -      |
| 7020                                | 19    | ข้อไหล่เทียมชนิดเปลี่ยนเฉพาะข้อด้านกระดูกต้นแขน (Hemishoulder prosthesis)  | ข้อโลหะ  | 60,000    | -       | -      |
|                                     |       | ข้อตะโปกเทียมสำหรับการแก้ไข (Revision total hip arthroplasty)  | ข้อโลหะ  | 120,000   | -       | -      |
| 7021                                | 20    | เบ้าตะโปกโลหะ แบบมีรูพรุน (hyperporous acetabular cup) และผิวหยาบเพื่อใช้ในการผ่าตัด revision  | ชิ้นโลหะ | 32,000    | -       | -      |
| 7022                                | 21    | ก้านข้อตะโปกโลหะแบบยาวพิเศษ เพื่อใช้ในการ revision (long stem femoral component) รวมถึงส่วนต่อด้านบนของ ก้านข้อตะโปกโลหะเทียม (body of femoral stem) | ชุดโลหะ  | 74,000    | -       | -      |
| 7023                                | 22    | ผิวข้อเทียมที่เข้ากับเบ้าตะโปกโลหะ ที่ทำจาก polyethylene (acetabular liner)  | ชิ้นโลหะ | 7,000     | -       | -      |
| 7024                                | 23    | หัวข้อตะโปกเทียม (femoral head) ทำจากโลหะหรือเซรามิก   | ชิ้นโลหะ | 5,000     | -       | -      |
| 7025                                | 24    | สกรูเพื่อยึดเบ้าโลหะเข้ากับกระดูกเบ้าสะโพก (screw for acetabular shell)  | ชิ้นโลหะ | 1,400     | -       | -      |
| 7026                                | 25    | ข้อศอกเทียม (Total elbow arthroplasty) ที่ทำจาก Titanium   | ข้อโลหะ  | 65,000    | -       | -      |
| <b>กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม</b> |       |  |          |           |         |        |
| 7101                                | 26    | หัวกระดูกเดี่ยสเทียม (Radial head prosthesis)  | ชิ้นโลหะ | 50,000    | 8,000   | 4,000  |
| 7102                                | 27    | สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก  | 5 ซีซี   | 3,300     | 2,000   | 2,000  |
| 7103                                | 28    | เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ  | เส้นโลหะ | 9,500     | 9,500   | 3,500  |
| 7104                                | 29    | โลหะแทนกระดูกแบบมีรูพรุนเพื่อให้กระดูกงอกเข้าไปยึดติดข้อตะโปกได้ (Hyperporous metal augmentation) (รวมสารไฮดรอกซี เอพาไต์)                           | ชิ้นโลหะ | 20,000    | -       | -      |

| รหัส                    | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย   | ข้าราชการ | ปกส    | สปสข.  |
|-------------------------|-------|---|---------|-----------|--------|--------|
| 7105                    | 30    | วัสดุเสริมความแข็งแรงทดแทนปล้องกระดูกหรือกระดูกสันหลังส่วนคอ/หน้าอก/หรือเอว (Interbody fusion device: cage or PEEK) รวมแคลเซียมไฮดรอกซี เอพาไต์ | ชุดละ   | 18,000    | -      | -      |
| <b>โลหะตามยึดกระดูก</b> |       |   |         |           |        |        |
| 7201                    | 31    | โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีล๊อค (K-nail)   | ชิ้นละ  | 1,400     | 1,400  | 1,400  |
| 7202                    | 32    | โลหะตามใส่ในโพรงกระดูกชนิดมีรูล๊อคสำหรับยึดกระดูกส่วนกลาง (Interlocking nail) และสลักยึดกระดูก (Locking bolt)                                   | ชุดละ   | 9,000     | 9,000  | 9,000  |
| 7203                    | 33    | โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสกรู   | ชุดละ   | 5,000     | 5,000  | 5,000  |
| 7204                    | 34    | โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อต่อโพกชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw)   | ชุดละ   | 11,000    | 11,000 | 11,000 |
| 7205                    | 35    | โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw)  | ชุดละ   | 11,000    | 11,000 | 11,000 |
| 7206                    | 36    | โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสกรู   | ชุดละ   | 24,000    | 24,000 | 24,000 |
| 7207                    | 37    | โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate) กรณีระดับแรก   | ระดับละ | 24,000    | 24,000 | 24,000 |
|                         |       | โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate) กรณีระดับถัดไป   | ระดับละ | 12,000    | 12,000 | 12,000 |
| 7208                    | 38    | โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนอก, เอว (PDS) กรณีระดับแรก   | ระดับละ | 25,000    | 25,000 | 25,000 |
|                         |       | โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนอก, เอว (PDS) กรณีระดับถัดไป   | ระดับละ | 12,500    | 12,500 | 12,500 |
| 7209                    | 39    | แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate)   | ชิ้นละ  | 5,200     | 5,200  | 5,200  |
| 7210                    | 40    | แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate)  | ชิ้นละ  | 5,000     | 5,000  | 2,500  |
| 7211                    | 41    | แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีแผ่นพุง (Buttress plate)  | ชิ้นละ  | 4,000     | 4,000  | 3,800  |
| 7212                    | 42    | แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment, mini plate)   | ชิ้นละ  | -         | 1,500  | 1,500  |
| 7213                    | 43    | แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction plate)   | ชิ้นละ  | 2,700     | 2,700  | 2,700  |
| 7214                    | 44    | แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพุง (Lock plate)   | ชิ้นละ  | 20,000    | 20,000 | 20,000 |
| 7215                    | 45    | แผ่นโลหะตามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก   | ชิ้นละ  | 1,500     | 1,500  | 1,500  |
| 7216                    | 46    | โลหะตามกระดูกภายนอก   | ชุดละ   | 10,000    | 10,000 | 10,000 |
| 7217                    | 47    | แผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 1.5 มม. ยาว 4 รู   | แผ่น    | 1,800     | -      | -      |
| 7218                    | 48    | แผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 2.0 มม. ยาว 2-6 รู   | แผ่น    | 1,500     | -      | -      |

| รหัส                                     | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส   | สปสข. |
|--|-------|--|--------|-----------|-------|-------|
| 7219                                     | 49    | แผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 2.0 มม. ยาว 8-12 รู   | แผ่น   | 2,300     | -     | -     |
| 7220                                     | 50    | แผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 2.0 มม. ยาว 20 รู   | แผ่น   | 3,000     | -     | -     |
| 7221                                     | 51    | แผ่นโลหะไททาเนียมตามมุมกระดูกขากรรไกร (Angled universal fracture plate) ขนาด 2.0 มม. ยาว 20 รู | แผ่น   | 6,500     | -     | -     |
| 7222                                     | 52    | แผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 2.4 มม. ยาว 4-10 รู   | แผ่น   | 3,000     | -     | -     |
| 7223                                     | 53    | แผ่นตาข่ายโลหะไททาเนียมตามใต้ตา (Orbital floor titanium mesh)                                  | แผ่น   | 13,000    | -     | -     |
| <b>โลหะยึดกระดูก/เอ็น</b>                |       |  |        |           |       |       |
| 7301                                     | 54    | สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)  | ตัวละ  | 2,400     | 2,400 | 2,400 |
| 7302                                     | 55    | สกรูยึดแผ่นโลหะตามกระดูก   | ตัวละ  | 300       | 300   | 300   |
| 7303                                     | 56    | แท่งโลหะตามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz screw)  | อันละ  | 900       | 900   | 900   |
| 7304                                     | 57    | สกรูชนิดเล็ก (Mini screw) สำหรับยึดกระดูกที่ใบหน้า นิ้วมือ ข้อมือ และเท้า                      | ตัวละ  | 800       | 800   | 800   |
| 7305                                     | 58    | สกรูยึดเอ็นข้อเข่า   | ตัวละ  | 5,700     | 5,700 | 5,700 |
| 7306                                     | 59    | หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น   | ตัวละ  | 5,000     | 5,000 | 5,000 |
| 7307                                     | 60    | สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture anchor)  | อันละ  | 6,000     | 6,000 | 6,000 |
| 7308                                     | 61    | ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic meniscus repair system)                    | ชุดละ  | 5,000     | 5,000 | 5,000 |
| 7309                                     | 62    | วงแหวน (Washer)  | ชิ้นละ | 300       | -     | -     |
| 7310                                     | 63    | แหวนรอง (Nut)  | ชิ้นละ | 500       | -     | -     |
| 7311                                     | 64    | ตะขอตรึงกระดูก (Staple)  | ชิ้นละ | 1,400     | 1,400 | 1,000 |
| 7312                                     | 65    | ลวด (Cerclage wire)  | ชิ้นละ | 1,500     | -     | -     |
| 7313                                     | 66    | K-wire   | ชิ้นละ | 300       | 300   | 300   |
| 7314                                     | 67    | สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่กระดูกชิ้นเล็ก   | ชิ้นละ | 3,000     | 3,000 | 3,000 |
| 7315                                     | 68    | สกรูยึดกระดูกชนิดมีรูสอดแกนนำทาง (Cannulated screw)  | ตัวละ  | 3,000     | -     | -     |
| 7316                                     | 69    | สมอยึดเส้นเอ็นข้อไหล่แถวที่ 2 (Anchor suture – lateral row)                                    | ตัวละ  | 8,000     | -     | -     |
| 7317                                     | 70    | ตะขอเกี่ยวตามกระดูกสันหลัง (Hook)  | ตัวละ  | 4,000     | -     | -     |
| 7318                                     | 71    | สกรูไททาเนียมยึดแผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 1.5 มม. ยาว 5-7 มม.                                     | ชิ้น   | 900       | -     | -     |
| 7319                                     | 72    | สกรูไททาเนียมยึดแผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 2.0 มม. ยาว 4-18 มม.                                    | ชิ้น   | 460       | -     | -     |
| 7320                                     | 73    | สกรูไททาเนียมยึดแผ่นโลหะไททาเนียม ขนาด 2.0 มม. ยาว 6-12 มม.                                    | ชิ้น   | 500       | -     | -     |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ</b> |       |  |        |           |       |       |
| 7401                                     | 74    | สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา  | ชุดละ  | 2,000     | 2,000 | 2,000 |

| รหัส   | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส    | สปสข.  |
|--|-------|---|--------|-----------|--------|--------|
| 7402   | 75    | สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม  | ชิ้นละ | 4,300     | 4,300  | 4,300  |
| <b>กระดูกชีวภาพ</b>                            |       |   |        |           |        |        |
| 7501   | 76    | กระดูกชีวภาพชนิดอบแห้ง (Cancellous chip bone and AAA bone)                                      | ชิ้นละ | 1,650     | -      | -      |
| 7502   | 77    | กระดูกแข็งขนาดเล็ก  | ชิ้นละ | 5,000     | 5,000  | 5,000  |
| 7503   | 78    | กระดูกแข็งขนาดกลาง  | ชิ้นละ | 16,500    | 15,000 | 15,000 |
| 7504   | 79    | กระดูกแข็งขนาดใหญ่  | ชิ้นละ | 25,000    | 25,000 | 25,000 |
| 7505   | 80    | ขอแข็ง  | ชิ้นละ | 35,000    | -      | -      |
| 7506   | 81    | แคลเซียมไฮดรอกซี เอพาทิตขนาด 1 ลูกบาศก์ เซนติเมตร   | ชิ้นละ | -         | 2,500  | 2,500  |
| <b>อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ</b>    |       |   |        |           |        |        |
| 7601   | 82    | ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for arthroscopic shaver)                                     | อันละ  | 4,500     | 4,500  | 4,500  |
| 7602   | 83    | ชุดกระบอกฉีดสำหรับฉีดซีเมนต์ (Syringe kit for cement gun)                                       | ชุดละ  | 2,000     | -      | -      |
| <b>หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู</b> |       |   |        |           |        |        |
| <b>มือเทียม นิ้วเทียม (Hand prosthesis)</b>    |       |   |        |           |        |        |
| 8005   | 1     | ถุงมือยางสำหรับมือขาดบางส่วน  | ชุดละ  | 5,000     | -      | -      |
| <b>แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)</b>  |       |   |        |           |        |        |
| 8101   | 2     | แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว มีระบบการใช้งาน                                      | ข้างละ | 36,500    | -      | 36,500 |
| 8102   | 3     | แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน                                   | ข้างละ | 17,200    | -      | 17,200 |
| 8103   | 4     | แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ   | ข้างละ | 28,500    | -      | 28,500 |
| 8104   | 5     | แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ                         | ข้างละ | 37,000    | -      | 37,000 |
| 8105   | 6     | แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ                                       | ข้างละ | 48,000    | -      | 48,000 |
| 8106   | 7     | แขนเทียมชนิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก) | ข้างละ | 38,000    | -      | 38,000 |
| 8107   | 8     | แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ                             | ข้างละ | 56,000    | -      | 56,000 |
| 8108   | 9     | เบ้าแขนเทียมใต้ศอก  | ข้างละ | 2,000     | -      | 2,000  |
| 8109   | 10    | เบ้าแขนเทียมระดับศอก  | ข้างละ | 3,000     | -      | 3,000  |
| 8110   | 11    | เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก   | ข้างละ | 3,000     | -      | 3,000  |
| 8111   | 12    | เบ้าแขนเทียมระดับไหล่   | ข้างละ | 4,000     | -      | 4,000  |
| 8112   | 13    | สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม  | เส้นละ | 3,200     | -      | 3,200  |

| รหัส   | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส | สปสข.  |
|--|-------|---|--------|-----------|-----|--------|
| 8114   | 14    | มือเทียมทำนิ้วไม่มีระบบการใช้งาน                                  | ข้างละ | 8,000     | -   | 8,000  |
| 8115   | 15    | มือตะขอโลหะ   | ข้างละ | 20,000    | -   | 20,000 |
| 8116   | 16    | มือเทียมทำนิ้วมีระบบการใช้งาน                                     | ข้างละ | 21,000    | -   | 21,000 |
| 8117   | 17    | ข้อมือเทียมชนิดโลหะ   | ข้างละ | 5,000     | -   | 5,000  |
| 8118   | 18    | ข้อมือเทียมชนิด   | ข้างละ | 1,900     | -   | 1,900  |
| 8119   | 19    | ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ  | ข้างละ | 19,000    | -   | 19,000 |
| 8120   | 20    | ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ                                    | ข้างละ | 40,000    | -   | 40,000 |
| 8121   | 21    | ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ                                   | ข้างละ | 45,000    | -   | 45,000 |
| 8122   | 22    | สายรัดแขนเทียม  | เส้นละ | 250       | -   | 250    |
| <b>ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity)</b> |       |   |        |           |     |        |
| 8201   | 23    | ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)                                       | ข้างละ | 11,000    | -   | 11,000 |
| 8202   | 24    | ขาเทียมระดับใต้เข่าภายนอก   | ข้างละ | 6,000     | -   | 6,000  |
| 8203   | 25    | ขาเทียมระดับใต้เข่าภายใน  | ข้างละ | 12,000    | -   | 12,000 |
| 8204   | 26    | ขาเทียมระดับข้อเข่าภายนอก   | ข้างละ | 21,000    | -   | 21,000 |
| 8205   | 27    | ขาเทียมระดับเหนือเข่าภายนอก                                       | ข้างละ | 26,000    | -   | 26,000 |
| 8206   | 28    | ขาเทียมระดับเหนือเข่าภายใน  | ข้างละ | 28,000    | -   | 28,000 |
| 8208   | 29    | ขาเทียมระดับสะโพกภายใน  | ข้างละ | 50,000    | -   | -      |
| 8209   | 30    | เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ                         | ข้างละ | 3,000     | -   | 3,000  |
| 8218   | 31    | เท้าเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า  | ข้างละ | 3,000     | -   | 3,000  |
| 8219   | 32    | เท้าเทียมระดับเข่า  | ข้างละ | 4,000     | -   | 4,000  |
| 8220   | 33    | เท้าเทียมเหนือเข่า  | ข้างละ | 4,000     | -   | 4,000  |
| 8221   | 34    | เท้าเทียมระดับสะโพก   | ข้างละ | 6,000     | -   | 6,000  |
| 8222   | 35    | สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเท้าเทียม                                   | ข้างละ | 250       | -   | 250    |
| 8223   | 36    | แป้นสายเข็มขัด  | คู่ละ  | 100       | -   | 100    |
| 8224   | 37    | ขาเทียมระดับใต้เข่าภายในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)  | ข้างละ | 30,000    | -   | 30,000 |
| 8225   | 38    | ขาเทียมระดับข้อเข่าภายใน  | ข้างละ | 28,000    | -   | 28,000 |
| 8226   | 39    | ข้อเข่าเทียมแบบภายใน  | ข้างละ | 13,000    | -   | 13,000 |
| 8227   | 40    | ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint) | ข้างละ | 2,500     | -   | 2,500  |
| 8228   | 41    | เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้                                       | ข้างละ | 3,000     | -   | 3,000  |
| 8229   | 42    | แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบภายใน/ตัวยึดเท้าเทียม                      | ข้างละ | 1,000     | -   | 1,000  |
| 8230   | 43    | แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง  | ข้างละ | 1,000     | -   | 1,000  |
| 8231   | 44    | ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดข้อ                                       | อันละ  | 1,000     | -   | 1,000  |
| 8232   | 45    | ตัวยึดเท้าเทียม   | ข้างละ | 1,000     | -   | 1,000  |
| 8233   | 46    | โพนขาเทียมเหนือเข่า   | อันละ  | 3,500     | -   | 3,500  |
| 8234   | 47    | โพนขาเทียมใต้เข่า   | อันละ  | 1,500     | -   | 1,500  |
| 8235   | 48    | ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า   | อันละ  | 200       | -   | 200    |
| 8236   | 49    | ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า   | อันละ  | 200       | -   | 200    |

| รหัส  | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส | สปสข.  |
|---|-------|---|--------|-----------|-----|--------|
| <b>อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)</b>                            |       |   |        |           |     |        |
| 8301  | 50    | เฝือกพยุงคอ (Collar) ชนิดอ่อน                           | ชุดละ  | 250       | -   | -      |
| 8302  | 51    | เฝือกพยุงคอ (Collar) แข็ง                               | ชุดละ  | 250       | -   | -      |
| 8303  | 52    | เฝือกพยุงคอ (Collar) ชนิดปรับได้                        | ชุดละ  | 500       | -   | -      |
| 8304  | 53    | เฝือกพยุงคอ (Collar) ชนิด 2 หรือ 4 ขา                   | ชุดละ  | 1,000     | -   | -      |
| 8305  | 54    | เฝือกพยุงลำตัว  | ชุดละ  | 2,000     | -   | 2,000  |
| 8306  | 55    | โลหะหรือพลาสติกตามหลังคด                                | ชุดละ  | 8,000     | -   | 8,000  |
| 8307  | 56    | เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)                 | ชุดละ  | 1,000     | -   | 1,000  |
| <b>โลหะหรือพลาสติกตามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)</b>          |       |   |        |           |     |        |
| 8401  | 57    | โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก             | ข้างละ | 800       | -   | 800    |
| 8402  | 58    | โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่          | ข้างละ | 1,000     | -   | 1,000  |
| 8403  | 59    | โลหะ/พลาสติกตามข้อมือ และข้อศอกพร้อมลวดสปริง            | ชุดละ  | 1,000     | -   | 1,000  |
| <b>โลหะ/พลาสติกตามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, lower extremity)</b> |       |   |        |           |     |        |
| 8501  | 60    | โลหะ/พลาสติกตามขา ชนิดยาวไม่มีข้อเข่า                   | ข้างละ | 1,500     | -   | 1,500  |
| 8502  | 61    | โลหะ/พลาสติกตามขา ชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้ ไม่มีข้อเท้า  | ข้างละ | 5,500     | -   | 5,500  |
| 8503  | 62    | โลหะ/พลาสติกตามขา ชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้ มีข้อเท้า     | ข้างละ | 11,000    | -   | 11,000 |
| 8504  | 63    | พลาสติกตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้         | ข้างละ | -         | -   | 5,500  |
| 8505  | 64    | โลหะตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้            | ข้างละ | -         | -   | 11,000 |
| 8506  | 65    | พลาสติกตามขาเด็กขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้                | ข้างละ | -         | -   | 5,500  |
| 8507  | 66    | โลหะตามขามีข้อเข่าล็อกได้ (Metal knee orberosity)       | ข้างละ | 12,000    | -   | 12,000 |
| 8508  | 67    | เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)       | ข้างละ | 4,200     | -   | 4,200  |
| 8509  | 68    | เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)                        | ข้างละ | -         | -   | 3,000  |
| 8510  | 69    | พลาสติกตามขาชนิดสั้น (กันเท้าตก)                        | ข้างละ | 1,200     | -   | 1,200  |
| 8512  | 70    | พลาสติกตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)                        | ข้างละ | -         | -   | 1,500  |
| 8514  | 71    | พลาสติกตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)                | ข้างละ | -         | -   | 1,800  |
| 8518  | 72    | อุปกรณ์ประคองข้อเข่าแบบปรับมุมได้                       | ชุดละ  | 5,000     | -   | -      |
| 8519  | 73    | พลาสติกตามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis)                 | ข้างละ | 3,000     | -   | 3,000  |
| 8520  | 74    | สายรัดกันเท้าตก   | ข้างละ | 150       | -   | 150    |
| 8524  | 75    | Patella Tendon Bearing (PTB) brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า | ข้างละ | 6,500     | -   | 6,500  |
| 8526  | 76    | ที่คลุมเข่า Knee pad                                    | ข้างละ | 350       | -   | 350    |
| 8527  | 77    | โลหะตามขาชนิดสั้น                                       | ข้างละ | 5,500     | -   | 5,500  |

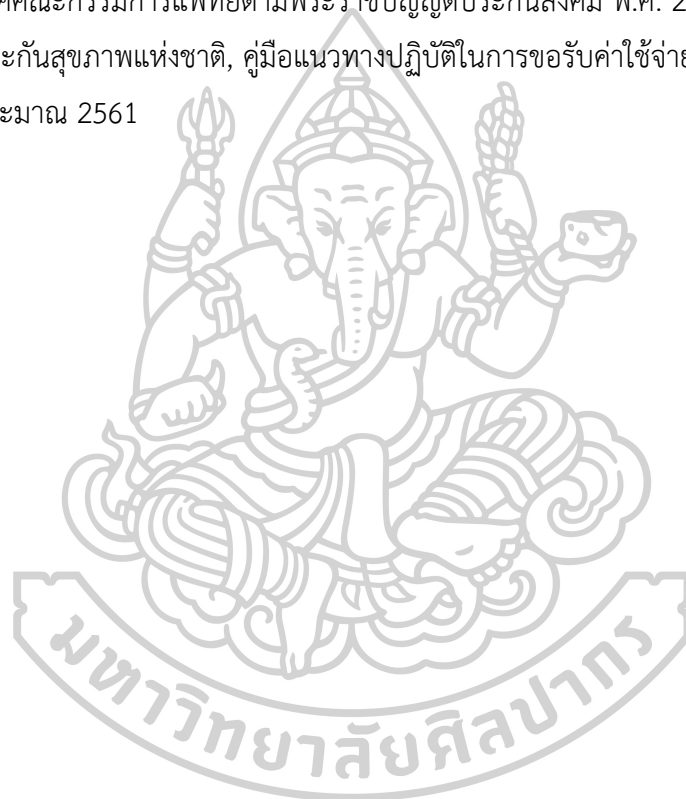
| รหัส  | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย  | ข้าราชการ | ปกส | สปสช. |
|---|-------|---|--------|-----------|-----|-------|
| 8528  | 78    | Patella Tendon Bearing (PTB) brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า  | ชิ้นละ | 4,000     | -   | 4,000 |
| <b>อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)</b> |       |   |        |           |     |       |
| 8601  | 79    | สายคล้องแขนกันไหล่หลุด  | ข้างละ | 200       | -   | 200   |
| 8602  | 80    | สายคล้องแขน (Arm sling)   | อันละ  | 150       | -   | 150   |
| 8603  | 81    | อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมจากชนิดที่ทำจากผ้า ยืด)                        | ข้างละ | 1,500     | -   | 1,500 |
| 8604  | 82    | อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมจากชนิดที่ทำจากผ้า ยืด)                     | ข้างละ | 1,500     | -   | 1,500 |
| 8605  | 83    | แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก  | ข้างละ | 500       | -   | 500   |
| 8606  | 84    | แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่   | ข้างละ | 1,500     | -   | 1,500 |
| 8607  | 85    | อุปกรณ์พยุงข้อเข่า (Knee support) มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมจากชนิดที่ทำจากผ้า ยืด)                        | ข้างละ | 1,400     | -   | -     |
| 8608  | 86    | อุปกรณ์พยุงข้อเข่า (Knee support) ไม่มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมจากชนิดที่ทำจากผ้า ยืด)                     | ข้างละ | 800       | -   | -     |
| 8609  | 87    | อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป   | คู่ละ  | 1,200     | -   | 1,200 |
| 8610  | 88    | อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย   | ข้างละ | 2,000     | -   | 2,000 |
| 8611  | 89    | อุปกรณ์พยุงข้อมือหรือนิ้ว   | ข้างละ | 600       | -   | -     |
| 8612  | 90    | อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total contact insole/orthosis) | คู่ละ  | 1,200     | -   | 1,200 |
| <b>เครื่องช่วยเดิน (Walking aids)</b>         |       |   |        |           |     |       |
| 8701  | 91    | เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (Pick-up-walker)   | อันละ  | 700       | -   | 700   |
| 8702  | 92    | เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา มีล้อ  | อันละ  | 6,000     | -   | 6,000 |
| 8703  | 93    | ไม้เท้า 1 ปุ่ม  | อันละ  | 190       | -   | 190   |
| 8704  | 94    | ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม   | อันละ  | -         | -   | 600   |
| 8705  | 95    | ไม้ค้ำยัน   | คู่ละ  | -         | -   | 250   |
| 8706  | 96    | ไม้ค้ำยันรักแร้แบบลูมิเนียม   | คู่ละ  | 650       | -   | 650   |
| 8707  | 97    | ไม้เท้าลูมิเนียมแบบสามขา  | อันละ  | 600       | -   | 600   |
| 8708  | 98    | ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้  | อันละ  | 500       | -   | 500   |
| 8709  | 99    | ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior wheel walker)  | อันละ  | 1,200     | -   | 1,200 |
| 8710  | 100   | ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior wheel walker)  | อันละ  | 1,000     | -   | 1,000 |
| 8711  | 101   | ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้   | คู่ละ  | 350       | -   | 350   |
| <b>รองเท้า</b>                                |       |   |        |           |     |       |
| 8801  | 102   | รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย  | คู่ละ  | 800       | -   | 800   |
| 8802  | 103   | รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย  | คู่ละ  | 1,000     | -   | 1,000 |



| รหัส  | ลำดับ | ประเภท  | หน่วย   | ข้าราชการ | ปกส | สปสข. |
|---|-------|---|---------|-----------|-----|-------|
| 8803  | 104   | รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย  | คู่ละ   | 1,200     | -   | 1,200 |
| 8804  | 105   | รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย   | คู่ละ   | 1,400     | -   | 1,400 |
| 8805  | 106   | คำตัดแปลงรองเท้าคนพิการ   | ข้างละ  | 400       | -   | 400   |
| 8806  | 107   | รองเท้าตัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีกรงขาที่เท้าหรือเท้าผิดปกติ   | ข้างละ  | 2,000     | -   | 2,000 |
| 8809  | 108   | เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า  | ข้างละ  | 1,500     | -   | 1,500 |
| 8810  | 109   | T-strap   | เส้นละ  | 300       | -   | 300   |
| 8813  | 110   | รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้                              | คู่ละ   | 1,800     | -   | 1,800 |
| 8814  | 111   | รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดปกติจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้                 | คู่ละ   | 2,800     | -   | 2,800 |
| <b>อุปกรณ์อื่นๆ</b>   |       |   |         |           |     |       |
| 8901  | 112   | รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้  | คันละ   | 6,600     | -   | 6,600 |
| 8902  | 113   | รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้   | คันละ   | 4,400     | -   | 4,400 |
| 8903  | 114   | เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ  | อันละ   | 800       | -   | 800   |
| 8904  | 115   | รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ   | คันละ   | 6,000     | -   | 6,000 |
| <b>หมวด 9 อื่นๆ</b>   |       |   |         |           |     |       |
| <b>อุปกรณ์เกี่ยวกับผิวหนัง และผ่านผิวหนังไปยังอวัยวะภายในโดยตรง</b>                     |       |   |         |           |     |       |
| 9001  | 1     | แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต   | อันละ   | 1,000     | -   | 1,000 |
| 9003  | 2     | ผ้ายืดรัดแผลเป็น (Pressure garment)   | ชิ้นละ  | 6,000     | -   | -     |
| 9004  | 3     | ลวดระบุตำแหน่งรอยโรคก่อนการผ่าตัด (Needle localization)   | ชุดละ   | 2,000     | -   | -     |
| 9005  | 4     | ชุดอุปกรณ์สำหรับจี้ทำลายเนื้องอกด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency) ความร้อน (Microwave) หรือความเย็น (Cryo) | ชุดละ   | 27,000    | -   | -     |
| <b>วัสดุ/อุปกรณ์ช่วยห้ามเลือดในการผ่าตัด หรือที่ใช้ดูดหรือระบายเลือด/หนอง/น้ำเหลือง</b> |       |   |         |           |     |       |
| 9104  | 5     | อุปกรณ์เครื่องจี้ปิดและตัดเส้นเลือด (Energy-based vascular sealing and cutting instrument)                      | ครั้งละ | 5,000     | -   | -     |
| 9105  | 6     | เข็มเจาะดูดเนื้อเยื่อหรือของเหลว (Aspiration needle)  | ชุดละ   | 800       | -   | -     |
| <b>พินเทียมทั้งปากถอดได้</b>  |       |   |         |           |     |       |
| 9202  | 7     | พินเทียมถอดได้ทั้งขากรรไกร 1 ชั้น บนหรือล่าง  | ชิ้นละ  | 3,000     | -   | 2,400 |
| 9203  | 8     | พินเทียมถอดได้ทั้งปาก 2 ชั้น บนและล่าง  | ชุดละ   | 6,000     | -   | 4,400 |
| 9204  | 9     | พินเทียมถอดได้ 1-5 ซี่  | ชิ้น    | 1,500     | -   | 1,300 |
| 9205  | 10    | พินเทียมถอดได้มากกว่า 5 ซี่   | ชิ้น    | 2,000     | -   | 1,500 |
| <b>พินเทียมติดแน่นและอุปกรณ์</b>  |       |   |         |           |     |       |
| 9211  | 11    | ครอบพินนํ้าอม (Stainless steel crown)   | ซี่     | 600       | -   | -     |

| รหัส | ลำดับ | ประเภท   | หน่วย | ข้าราชการ | ปกส | สปสข. |
|------|-------|--|-------|-----------|-----|-------|
| 9212 | 12    | ครอบฟันแท้ (Metal crown)   | ซี่   | 3,000     | -   | -     |
| 9213 | 13    | สะพานฟันติดแน่น (Dental bridge) รวมค่าอุปกรณ์ต่างๆที่ไม่รวมรากฟันเทียม | ชิ้น  | 8,000     | -   | -     |
| 9214 | 14    | เดือยฟัน (Pin tooth)   | ซี่   | 1,000     | -   | -     |

**ที่มา:** ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค พ.ศ. 2560 กค 0416.4/ว 444 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2560  
ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, 2560; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561







## แบบสัมภาษณ์

### เรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ: กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีคำถามในประเด็นสำคัญ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ชื่อ/นามสกุล/อายุ/การศึกษา/ตำแหน่ง/ประสบการณ์ทำงาน/หน้าที่รับผิดชอบ

**ส่วนที่ 2 สภาพการณ์ทั่วไปของระบบสุขภาพ**

1. หน่วยงานของท่านมีหลักเกณฑ์และแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างไร
2. สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้มีสิทธิมีอะไรบ้าง การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์พิจารณาจากอะไร
3. ท่านมีหลักการจัดสรรงบประมาณเป็นอย่างไร
4. ท่านมีการบริหารจัดการอย่างไร เช่น ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล การควบคุม การตรวจสอบ และการกำกับอย่างไร
5. ผู้มีสิทธิเข้าถึงคุณภาพบริการทั่วถึงหรือไม่ อย่างไร เช่น ยา การเข้าถึงเทคโนโลยี คุณภาพการรักษา เป็นต้น
6. ปัญหาอุปสรรคที่ได้รับจากผู้มีสิทธิประกันสุขภาพที่พบมากที่สุดคืออะไร และแก้ไขอย่างไร

**ส่วนที่ 3 ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน**

7. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในประเด็นต่อไปนี้
  - 7.1 ด้านสิทธิประโยชน์
  - 7.2 ด้านการเงินการคลัง
  - 7.3 ด้านการบริหารจัดการ
  - 7.4 ด้านคุณภาพการบริการ
8. ท่านมีแนวทางและมาตรการอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่าง 3 กองทุนนี้
9. ข้อเสนอแนะอื่นๆ



## แบบสัมภาษณ์

### เรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคำถามในประเด็นสำคัญ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ชื่อ/นามสกุล/อายุ/การศึกษา/ตำแหน่ง/ประสบการณ์ทำงาน/หน้าที่รับผิดชอบ

**ส่วนที่ 2 สภาพการณ์ทั่วไปของระบบสุขภาพ**

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบสุขภาพ 3 กองทุนในปัจจุบัน
2. หน่วยงานของท่านมีหลักเกณฑ์และแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างไร
3. ท่านมีการบริหารจัดการอย่างไร เช่น การตรวจสอบ การควบคุม และการกำกับสถานพยาบาลอย่างไร
4. ผู้มีสิทธิเข้าถึงคุณภาพบริการทั่วถึงหรือไม่ อย่างไร เช่น ยา การเข้าถึงเทคโนโลยี คุณภาพการรักษา เป็นต้น
5. ปัญหาอุปสรรคที่ได้รับจากผู้มาใช้บริการด้านสุขภาพที่พบมากที่สุดคืออะไร และแก้ไขอย่างไร

**ส่วนที่ 3 ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน**

6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในประเด็นต่อไปนี้
  - 6.1 ด้านสิทธิประโยชน์
  - 6.2 ด้านการเงินการคลัง
  - 6.3 ด้านการบริหารจัดการ
  - 6.4 ด้านคุณภาพการบริการ
7. ท่านมีแนวทางและมาตรการอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่าง 3 กองทุนนี้
8. ข้อเสนอแนะอื่นๆ



### แบบสัมภาษณ์

## เรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

หน่วยงานภาคเอกชน: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิ  
ด้านเอดส์ โดยมีคำถามในประเด็นสำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ชื่อ/นามสกุล/อายุ/การศึกษา/ตำแหน่ง/ประสบการณ์ทำงาน/หน้าที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 สภาพการณ์ทั่วไปของระบบสุขภาพ

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบสุขภาพ 3 กองทุนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ

3 กองทุน ในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ด้านสิทธิประโยชน์

2.2 ด้านการเงินการคลัง

2.3 ด้านการบริหารจัดการ

2.4 ด้านคุณภาพการบริการ

3. ท่านมีแนวทางและมาตรการอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาล  
ที่เกิดขึ้นระหว่าง 3 กองทุนนี้

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ



## แบบสัมภาษณ์

### เรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน: สถานพยาบาลรัฐบาลและสถานพยาบาล  
เอกชน โดยมีคำถามในประเด็นสำคัญ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ชื่อ/นามสกุล/อายุ/การศึกษา/ตำแหน่ง/ประสบการณ์ทำงาน/หน้าที่รับผิดชอบ

**ส่วนที่ 2 สภาพการณ์ทั่วไปของระบบสุขภาพ**

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบสุขภาพ 3 กองทุนในปัจจุบัน
2. หน่วยงานของท่านมีหลักเกณฑ์และแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างไร
3. ท่านมีการบริหารจัดการอย่างไร เช่น การตรวจสอบ การควบคุม และการกำกับสถานพยาบาลอย่างไร
4. ผู้มีสิทธิเข้าถึงคุณภาพบริการทั่วถึงหรือไม่ อย่างไร เช่น ยา การเข้าถึงเทคโนโลยี คุณภาพการรักษา เป็นต้น
5. ปัญหาอุปสรรคที่ได้รับจากผู้มาใช้บริการด้านสุขภาพที่พบมากที่สุดคืออะไร และแก้ไขอย่างไร

**ส่วนที่ 3 ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน**

6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในประเด็นต่อไปนี้
  - 6.1 ด้านสิทธิประโยชน์
  - 6.2 ด้านการเงินการคลัง
  - 6.3 ด้านการบริหารจัดการ
  - 6.4 ด้านคุณภาพการบริการ
7. ท่านมีแนวทางและมาตรการอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่าง 3 กองทุนนี้
8. ข้อเสนอแนะอื่นๆ



## แบบสัมภาษณ์

### เรื่อง ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

#### คำชี้แจง

จุดมุ่งหมายในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ผู้วิจัยใช้วิธีการเทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) โดยการรวบรวมคำถามและระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ขออนุญาตเรียนถามความคิดเห็นจากท่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 รอบ รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและคำถามปลายเปิดซึ่งสามารถแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ รอบที่ 2 เป็นการให้นำหนักแก้อรรถตามความคิดเห็นของท่าน

ทั้งนี้แบบสอบถามทั้ง 2 รอบ มีจุดมุ่งหมายให้แสดงความคิดเห็นของท่านผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยขอความคิดเห็นจากท่านผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อความที่ผู้วิจัยสรุปและได้นำเสนอในแบบสอบถามนี้ ว่าท่านผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความเหล่านั้นในระดับใด

- |   |         |                                 |
|---|---------|---------------------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก       |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง   |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย      |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น       |

ส่วนคำถามปลายเปิดนั้น ขอให้ท่านผู้เชี่ยวชาญกรุณาระบุเพิ่มเติมในแต่ละด้าน เพื่อคำตอบชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งนี้ความคิดเห็นของท่านและผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ผู้วิจัยจะไม่นำมาเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอเป็นข้อสรุปแสดงเป็นภาพรวมของความคิดเห็น เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุผลตามเป้าหมาย ขอความกรุณาจากท่านผู้เชี่ยวชาญโปรดให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม จักขอบพระคุณยิ่ง

นางกนิษฐา สุขสมัย

สาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร



**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและช่องระดับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับประเด็นความคิดเห็นแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

**ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ**

1. เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

2. อายุ

( ) 30 – 39 ปี

( ) 40 – 49 ปี

( ) 50 – 59 ปี

( ) 60 ปีขึ้นไป

3. หน่วยงาน

( ) หน่วยงานภาครัฐ

( ) รัฐวิสาหกิจ

( ) หน่วยงานภาคเอกชน

( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ประสบการณ์ในการทำงาน

( ) 0-5 ปี

( ) 6-10 ปี

( ) 11-15 ปี

( ) 16-20 ปี

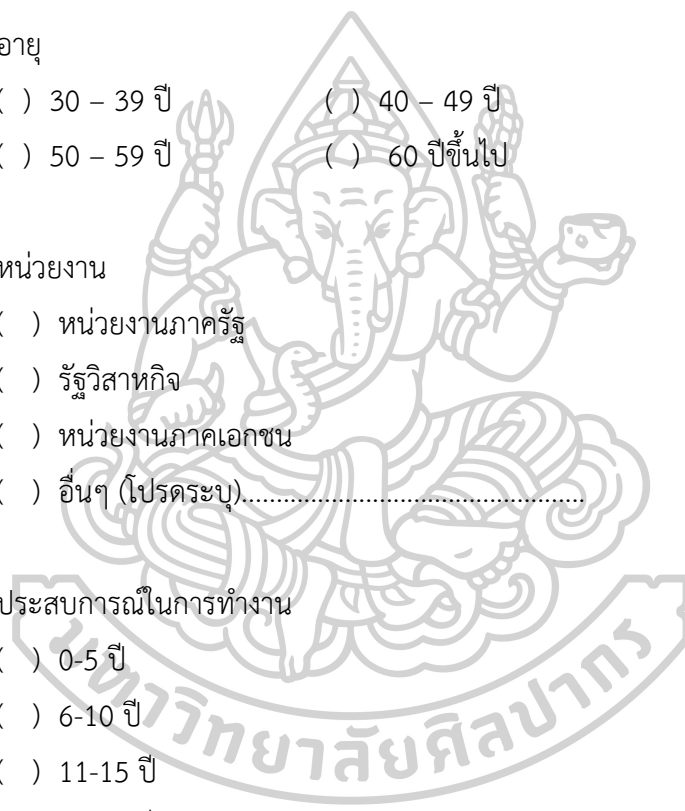
( ) 20 ปีขึ้นไป

5. วุฒิการศึกษา

( ) ปริญญาตรี สาขา.....

( ) ปริญญาโท สาขา.....

( ) ปริญญาเอก สาขา.....



ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน

|   | มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ<br>3 กองทุน  | ระดับความคิดเห็น |   |   |   |   |
|---|--|------------------|---|---|---|---|
|   |  | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | ด้านสิทธิประโยชน์  |                  |   |   |   |   |
|   | 1.1 ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม                                     |                  |   |   |   |   |
|   | 1.2 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน   |                  |   |   |   |   |
|   | 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน  |                  |   |   |   |   |
|   | 1.4 ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ          |                  |   |   |   |   |
|   | 1.5 ควรให้บุคคลมีสิทธิ เลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้รวมทั้งกรณีที่บุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มใน หลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย |                  |   |   |   |   |
|   | 1.6 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์   |                  |   |   |   |   |
|   | 1.7 ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้  |                  |   |   |   |   |
|   | 1.8 สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง                                       |                  |   |   |   |   |

|           | มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ<br>3 กองทุน  | ระดับความคิดเห็น |   |   |   |   |
|-----------|--|------------------|---|---|---|---|
|           |  | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 |
|           | 1.9 การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึง บริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือแรงงาน   |                  |   |   |   |   |
|           | 1.10 การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของ การรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชน ทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม |                  |   |   |   |   |
| <b>2.</b> | <b>ด้านการเงินการคลัง</b>  |                  |   |   |   |   |
|           | 2.1 รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน  |                  |   |   |   |   |
|           | 2.2 จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น   |                  |   |   |   |   |
|           | 2.3 จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน   |                  |   |   |   |   |
|           | 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคาการรักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน  |                  |   |   |   |   |
|           | 2.5 จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิกและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบริการสุขภาพ ของทุกกองทุน  |                  |   |   |   |   |
|           | 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้มีค่าตอบแทนอย่างเท่าเทียมกัน   |                  |   |   |   |   |
|           | 2.7 ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลาย โรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย                                     |                  |   |   |   |   |

|           | มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ<br>3 กองทุน   | ระดับความคิดเห็น |   |   |   |   |
|-----------|---|------------------|---|---|---|---|
|           |   | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <b>3.</b> | <b>ด้านการบริหารจัดการ</b>  |                  |   |   |   |   |
|           | 3.1 พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน                               |                  |   |   |   |   |
|           | 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน  |                  |   |   |   |   |
|           | 3.3 พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้อง และไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน |                  |   |   |   |   |
|           | 3.4 จัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน   |                  |   |   |   |   |
|           | 3.5 การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน   |                  |   |   |   |   |
|           | 3.6 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการ ตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง                                   |                  |   |   |   |   |
|           | 3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการระบบกำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและ คุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน       |                  |   |   |   |   |
|           | 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิโดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เพื่อให้ประชาชนสามารถ ลงทะเบียนสิทธิได้อย่างทั่วถึงในทุกสถานพยาบาล                                      |                  |   |   |   |   |
|           | 3.9 การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพในภาพรวม                 |                  |   |   |   |   |
| <b>4.</b> | <b>ด้านคุณภาพการบริการ</b>  |                  |   |   |   |   |
|           | 4.1 สถานพยาบาลต้องใชยาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ   |                  |   |   |   |   |
|           | 4.2 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ  |                  |   |   |   |   |

|  | มาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ<br>3 กองทุน   | ระดับความคิดเห็น |   |   |   |   |
|--|---|------------------|---|---|---|---|
|  |   | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | 4.3 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและ ใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ (Participation) |                  |   |   |   |   |
|  | 4.4 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกัน สุขภาพ ทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลใน แต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับ อย่าง เหมาะสม         |                  |   |   |   |   |
|  | 4.5 ให้องค์กรวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กร ภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อ ประชาชนผู้มาขอรับบริการ  |                  |   |   |   |   |
|  | 4.6 ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะ เข้ารับการรักษายาบาลทางการแพทย์  |                  |   |   |   |   |
|  | 4.7 สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบ ไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตาม กระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน                                     |                  |   |   |   |   |
|  | 4.8 พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและ บุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรม เมื่อได้รับความเสียหาย   |                  |   |   |   |   |

## 1. ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมแนวทางและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ  
3 กองทุน

.....

.....

.....



ภาคผนวก ค

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของเครื่องมือวิจัย

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน |  | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ |    |    |    |    | รวม | ค่าเฉลี่ย IOC |
|--|--|-------------------|----|----|----|----|-----|---------------|
|  |  | 1                 | 2  | 3  | 4  | 5  |     |               |
| 1  | ด้านสิทธิประโยชน์  |                   |    |    |    |    |     |               |
|  | 1.1 ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะมิสิทธิในการรักษาพยาบาลระบบใดก็ตาม                                    | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 1.2 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของทุกสิทธิในการประกันสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 1.3 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การรักษาทั้งอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งอย่างเท่าเทียมกัน                                | 0                 | +1 | +1 | +1 | +1 | 4   | 0.8           |
|  | 1.4 ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ          | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 1.5 ควรให้บุคคลมีสิทธิ เลือกใช้หลักประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์แก่ตนมากกว่าได้ รวมทั้งกรณีที่บุคคลมีการจ่ายเงินเพิ่มในหลักประกันสุขภาพบุคคลนั้นก็ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้วย | 0                 | +1 | +1 | +1 | +1 | 4   | 0.8           |
|  | 1.6 ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบ และได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 1.7 ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท ฯลฯ สามารถยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน  | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ |    |    |    |    | รวม | ค่าเฉลี่ย IOC |
|---|-------------------|----|----|----|----|-----|---------------|
|   | 1                 | 2  | 3  | 4  | 5  |     |               |
| <b>1 ด้านสิทธิประโยชน์</b>  |                   |    |    |    |    |     |               |
| 1.8 สร้างกลไกการดำเนินการและการตรวจสอบ การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  | 0                 | +1 | +1 | 0  | +1 | 3   | 0.6           |
| 1.9 การเข้าถึงการบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานต้องกำหนดให้ชัดเจนในการเข้าถึงบริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องคำนึงถึงว่าประชาชนนั้นจะประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือแรงงาน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
| 1.10 การรักษาพยาบาลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ควรมีการระบุนรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของ การรักษา ยา หรือ ห้องพัก และหากเป็นการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ควรให้ประชาชน ทุกคนต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยรวมทั้งข้าราชการ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม | 0                 | +1 | +1 | +1 | +1 | 4   | 0.8           |
| <b>2 ด้านการเงินการคลัง</b>   |                   |    |    |    |    |     |               |
| 2.1 รัฐบาลให้เงินอุดหนุนทั้ง 3 กองทุนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีงบประมาณรายจ่ายครอบคลุมสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับให้เท่าเทียมกัน   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
| 2.2 จัดให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขในอัตราเดียวกันที่ครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานจำเป็น  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
| 2.3 จัดให้มีหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณากำหนดงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับทุกสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |



| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน |   | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ |    |    |    |    | รวม | ค่าเฉลี่ย IOC |
|--|---|-------------------|----|----|----|----|-----|---------------|
|  |   | 1                 | 2  | 3  | 4  | 5  |     |               |
| 2  | <b>ด้านการเงินการคลัง</b>   |                   |    |    |    |    |     |               |
|  | 2.4 จัดตั้งคณะกรรมการกลางประกอบด้วยกระทรวงพาณิชย์ โรงพยาบาล และทั้ง 3 กองทุน เพื่อกำกับดูแล ควบคุมตรวจสอบ ราคา ค่ารักษาพยาบาล โดยให้มีมาตรฐานราคาเดียวกัน   | +1                | +1 | 0  | +1 | +1 | 4   | 0.8           |
|  | 2.5 จัดให้มีคณะกรรมการพิจารณาการเบิก และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบริการสุขภาพ ของทุกกองทุน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 2.6 กระทรวงสาธารณสุขต้องควบคุมและกำกับดูแลอัตราค่าตอบแทนแพทย์โรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชนให้มีค่าตอบแทนต่างกันได้ไม่เกิน 5%   | 0                 | 0  | +1 | +1 | +1 | 3   | 0.6           |
|  | 2.7 ควรใช้ระบบไอทีหรืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เลข 13 หลักของบัตรประชาชน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน และเพื่อป้องกันการทุจริต เช่น การเข้ารับการรักษาหลาย โรงพยาบาล และนำยาที่ได้มาไปให้ผู้อื่นหรือนำไปขาย | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 2.8 ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในระบบประกันสุขภาพที่ยังมีความสูญเสีย โดยมีมาตรการห้ามมีการใช้นอกบัญชียาหลักโดยไม่มี ความจำเป็น หรือมีการสั่งจ่ายต้นแบบแทนที่การสั่งจ่ายชื่อสามัญที่มีคุณภาพที่ผลิตภายในประเทศ                               | +1                | 0  | +1 | +1 | +1 | 4   | 0.8           |
| 3  | <b>ด้านการบริหารจัดการ</b>  |                   |    |    |    |    |     |               |
|  | 3.1 พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ให้หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไป ในทิศทางเดียวกัน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 3.2 พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ (Claiming system) ให้เป็นไปทิศทางเดียวกัน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน |  | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ |    |    |    |    | รวม | ค่าเฉลี่ย IOC |  |
|--|--|-------------------|----|----|----|----|-----|---------------|--|
|  |  | 1                 | 2  | 3  | 4  | 5  |     |               |  |
| 3  | ด้านการบริหารจัดการ  |                   |    |    |    |    |     |               |  |
|  | 3.3 พัฒนาระบบการลงทะเบียนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของประชาชนทุกกลุ่มให้ถูกต้องและไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการลงทะเบียน | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |
|  | 3.4 จัดให้มีกลไกกลางในการบริหารระบบร่วมกันทั้ง 3 ระบบ โดยบริหารจัดการภายใต้หน่วยงานเดียวกัน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |
|  | 3.5 การบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศกลาง และการติดตามประเมินผล เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |
|  | 3.6 เพิ่มความเข้มแข็งของการบูรณาการระบบการตรวจสอบ (Auditing system) ให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง                                  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |
|  | 3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการระบบ กำกับดูแล และตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพมาตรฐานบริการภายใต้ระบบและกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน      | 0                 | +1 | +1 | +1 | +1 | 4   | 0.8           |  |
|  | 3.8 พัฒนาระบบทะเบียนสิทธิ ให้ประชาชนสามารถลงทะเบียนและเปลี่ยนสิทธิได้ทุกสถานพยาบาล   | +1                | +1 | +1 | +1 | 0  | 4   | 0.8           |  |
|  | 3.9 การรับฟังความเห็นจากผู้มีสิทธิ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และโปร่งใส เป็นธรรมเพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การ พัฒนา/ปรับปรุงระบบ ประกันสุขภาพในภาพรวม               | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |
| 4  | ด้านคุณภาพบริการ   |                   |    |    |    |    |     |               |  |
|  | 4.1 สถานพยาบาลต้องใช้จ่ายหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญมีมาตรฐาน และคุณภาพเดียวกันทุกสิทธิ   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |
|  | 4.2 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม และเท่าเทียมกันทุกสิทธิ   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |  |

| แนวและมาตรการลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน |   | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ |    |    |    |    | รวม | ค่าเฉลี่ย IOC |
|--|---|-------------------|----|----|----|----|-----|---------------|
|  |   | 1                 | 2  | 3  | 4  | 5  |     |               |
| 4  | ด้านคุณภาพบริการ  |                   |    |    |    |    |     |               |
|  | 4.3 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งการตัดสินใจ ความร่วมมือและ ใช้ทรัพยากรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน อปท.ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (Participation) | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 4.4 พัฒนาและจัดระบบให้ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกัน สุขภาพทุกระบบมีหน่วยบริการประจำของตน มีการเชื่อมโยงการดูแลในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งต่อ/ ส่งกลับอย่างเหมาะสม           | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 4.5 ให้งานวิชาชีพมีระบบการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกหรือผู้แทนวิชาชีพ เพื่อป้องกันผู้กระทำผิดจริยธรรมต่อประชาชนผู้มาขอรับบริการ   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 4.6 ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์  | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 4.7 สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต้องเป็นองค์กรที่มีรูปแบบไม่มีแสวงหาผลกำไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกัน                                     | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |
|  | 4.8 พัฒนากลไกการคุ้มครองประชาชนผู้มาใช้บริการและบุคลากรทางสาธารณสุขให้ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นธรรมเมื่อได้รับความเสียหาย   | +1                | +1 | +1 | +1 | +1 | 5   | 1.0           |



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC)

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมิหรา จิตตลดากร อาจารย์ประจำคณะรัฐศาสตร์  
มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นवलนภา จุลสุทธิ สำนักวิชาบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา ชินบุตร คณบดีคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
4. รองศาสตราจารย์ ดร. จรัสพงษ์ คลังกรณ์ อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
5. ดร.สุชีรา เลี้ยงสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่อาวุโส สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่ ศธ 6806/ 1746



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๓ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สมิหรา จิตตลดากร

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสม  
ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารัทศวงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ 1347



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

๗ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลนภา จุลสุทธิ

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสม  
ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศร 6806/ 13๔๘



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

3๐ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา ชินบุตร

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสม  
ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศร 6806/ 1๖๔๑



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตลิ่งชัน  
กรุงเทพฯ 10170

๗๐ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.จรัสพงษ์ คลังกรณ์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสม  
ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ ๒๕๖



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

๖๐ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.สุชีรา เลี้ยงสมบูรณ์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสม  
ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญขอเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

**ภาครัฐ**

- |   |  |
|---|--|
| 1. นายสิทธิชัย งามเกียรติขจร                    | ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล  |
| 2. นายรชตะ อุ่ณสุข                              | รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย   |
| 3. นางสาวมนพร เบญจพร                            | นักวิชาการกองปฏิบัติการ  |
| 4. นางสาวรวิอร ภัทรยงรอง                        | นักวิชาการกองปฏิบัติการ  |
| 5. นายวัลลภ คชบก                                | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  |
| 6. นางสาวรุสมิณา นิมะ                           | นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ   |
| 7. ดวงนภา พิเศษฐ์กุล                            | ผู้อำนวยการ<br>สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ  |
| 8. ดร.บรรจง จำปา                                | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี | รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ   |
| 10. พ.ท.หญิงวิลาสินี ชาญไบพิต                   | หัวหน้าส่วนเงินรายรับสถานพยาบาล  |
| 11. นางสาวสมหญิง ขุนทรง                         | พยาบาลวิชาชีพ  |
| 12. นายแพทย์โรงพยาบาลรัฐบาล                     | โรงพยาบาลรัฐบาล  |

**ภาคเอกชน**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 13. นางสาวนวนันท์ ถนอมนาม    | ที่ปรึกษาสถานพยาบาล                           |
| 14. นายแพทย์ปณัย พุทธพิบูลย์ | แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ                     |
| 15. นายมานพ มีนาต            | ผู้จัดการฝ่ายประสานสิทธิ                      |
| 16. นางสาวสุภัทรา นาคะผิว    | ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ |
| 17. นางสาวสาลี อ่องสมหวัง    | ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค              |

**ภาคประชาชน**

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 18. นางสาวชนิษฐา ขุนทรง     | นักวิชาการที่ดินชำนาญการพิเศษ |
| 19. ร.ต.ต.พลศักดิ์ มีประมูล | ข้าราชการตำรวจ                |
| 20. นายโอภาส มะหะสิทธิ์     | พนักงานบริษัท                 |
| 21. นางสาวธัญพร สอนนุชา     | พนักงานบริษัท                 |

**ภาคประชาชน**

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 22. นางสาวฉัฐสุตา คงจันทร์ | พนักงานเอกชน         |
| 23. นายสาวจงกลณี มีประมุล  | ไม่มีอาชีพ           |
| 24. นายภานุกุล กิจวณิชนิยม | พนักงานรับจ้างทั่วไป |
| 25. นางลัดดา พงษ์ไพโร      | ชาวสวน               |





ที่ ศธ 6806/ 1603

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

๗๐ เมษายน 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวกนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์  
062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

 23 เม.ย. 2561

02-127-7000

๓๐ ๕๗ ๕๖๖๖๖๖

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”

ที่ ศธ 6806/ ๖๕1



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๖๐ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก


เรียน ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวกนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์  
062-7461546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

๑๐  
ธันวาคม 4/4/๖๑

02-๒๙๐๑๕๖๒

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”



ที่ ศธ 6806/ ๒๒๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๗ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมย์ นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวนิษฐา สุขสมย์ หมายเลขโทรศัพท์  
062-7461546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒๖๑๐๒

๖๖๖(๖.๖)

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/ 179



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๓ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน ผู้อำนวยการแผนกบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน" มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์  
062-7461546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

เดลินิวส์ / ๓ มีนาคม ๖๑

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย "มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา" ๔ 17 ๖ ๖1

ที่ ศธ 6806/ 31๔๑



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๑3 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน นางบรรจง จำปา ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป สปสข.

ด้วย นางสาวณิชฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวณิชฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-7461546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ส.อ.ธ น.ร.๑๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาธิต นิธิติศัย)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”



ที่ ศธ 6806/ 1996

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๑๑ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวกนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์  
062-7461546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*ปจ*  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศร 6806/ 1641



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลช้าง  
กรุงเทพฯ 10170

๑๐ เมษายน 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน พ.ท.หญิง วิลาสินี ขาญใบพัด หัวหน้าส่วนเงินรายรับสถานพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมย์ นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวกนิษฐา สุขสมย์ หมายเลขโทรศัพท์  
062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธาทรทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ 1642



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๒๐ เมษายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน คุณนวนันท์ ถนอมนาม ที่ปรึกษาสถานพยาบาล ศูนย์ไตเทียมราชวัตร

ด้วย นางสาวณิชชฎา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวณิชชฎา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”



ที่ ศธ 6806/ 1696

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

๑๐ เมษายน 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน คุณสุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมย์ นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวกนิษฐา สุขสมย์ หมายเลขโทรศัพท์  
062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”

ที่ ศธ 6806/ ๗๔๗



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลช้าง  
กรุงเทพฯ 10170

๙ พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เรียน เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดให้ความ  
อนุเคราะห์แก่นักศึกษาตามที่ท่านเห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และหากท่านประสงค์จะ  
ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม บัณฑิตวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาวกนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์  
062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลช้าง

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร. วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และรักษาการผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนยุทธศาสตร์สังคมเข้มแข็ง
2. นายแพทย์ ดร. ชุติวิชัย ไตวิกภัย อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. พันเอกหญิง ดร.ศิริพร สว่างจิตร อาจารย์พยาบาล ประจำกรมแพทย์ทหารบก ช่วยราชการวิทยาลัยพยาบาล กองทัพบก
4. นางสาวสุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
5. นายแพทย์ ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
6. นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ กระทรวงสาธารณสุข
7. ดร.วรรณภา นำบูรณะ อาจารย์สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. ดร.พรชัย ดีไพศาลสกุล ผู้จัดการทั่วไป โรงพยาบาลบีเอ็นเอช
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงพัทตร์ ภูพันธ์ศรี อาจารย์ประจำภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
10. นายรชตะ อุ่นสุข รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
11. นาวาเอกหญิง วัฒนา ศรีหรั่งไพโรจน์ รองหัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
12. รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา ไวก่ำรวจ รองหัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
13. ดร.ดำรงศักดิ์ จันโทชัย อาจารย์คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
14. นายสิทธิชัย งามเกียรติขจร ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
15. ดร.บรรจง จำปา ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
16. นางสาว แสงงภา เนติเยี่ยม นักวิชาการประกันสังคม
17. นางสาวระวี สุคนธสุโขติ พยาบาลวิชาชีพ

ที่ ศธ 6806/ 2246



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

11 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.วิระศักดิ์ พุทธาศรี

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/2247

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตลิ่งชัน  
กรุงเทพฯ 10170

๑๑ มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นายแพทย์ ดร.ชุตินันท์ ไตรวิทย์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัตตวงค์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/224Y



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๑๑ มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน พันเอกหญิง ดร.ศิริพร สว่างจิตร์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ 2250



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

11 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นางสาวสุภัทรา นาคะผิว

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัตตวงค์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/ 22 51

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

// มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นายแพทย์ ดร.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/ 2252

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

// มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น  
โทรศัพท์ 0-2849-7502  
โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/2255

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

11 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน ดร.วรรณภา น้าบุรณะ

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น  
โทรศัพท์ 0-2849-7502  
โทรสาร 0-2849-7503





ที่ ศธ 6806/2256

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตลิ่งชัน  
กรุงเทพฯ 10170

// มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน ดร.พรชัย ดีไพศาลสกุล

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน  
โทรศัพท์ 0-2849-7502  
โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/2254



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

11 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงพัทตร์ ภูพันธ์ศรี

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น  
โทรศัพท์ 0-2849-7502  
โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/ 2257

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

11 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นายรชตะ อุ่นสุข

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัตตวงค์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น  
โทรศัพท์ 0-2849-7502  
โทรสาร 0-2849-7503



ที่ ศธ 6806/22 ๕๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๑๑ มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นาวาเอกหญิง วัฒนา ศรีหรั่งไพโรจน์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัตตวงค์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ 2340



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

16 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา ไวรสารวง

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมย์ นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทศนวงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/2341



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

15 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ จันโททัย

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทศนวงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/2343



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

15 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นายสิทธิชัย งามเกียรติขจร

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ 3134



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

21 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR  
เรียน นางบรรจง จำปา ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไป สปสช.

ด้วย นางสาวนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503





ที่ ศธ 6806/ 3135

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

21 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR

เรียน นางสาวแสงนภา เนติเจียม นักวิชาการประกันสังคม

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ที่ ศธ 6806/ 3136



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลช้าง  
กรุงเทพฯ 10170

29 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR

เรียน นางสาวระภี สุคนธสุโขติ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้านเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ให้กับนักศึกษา เพื่อนักศึกษาจะได้นำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลช้าง

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ เข้าร่วมประชุม

- |   |   |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำพล บุคตาสาร        | อาจารย์ประจำ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชวารรณ มีทรัพย์ทอง | อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ                   |
| 3. ดร.มนพันธ์ ชาญศิลป์                        | อาจารย์ประจำ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์                          |
| 4. ดร.จันทิมา บุญอนันต์วงศ์                   | อาจารย์คณะนิติศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา                           |
| 5. ดร.นิจิรา บำรุงกิจ                         | นักวิจัยอิสระ   |
| 6. ดร.จารุพร มีทรัพย์ทอง                      | อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย                                 |
| 7. นางสาวสมหญิง ขุนทรง                        | พยาบาลวิชาชีพ (แทน)   |





ที่ ศร 6806/ 96๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๒ มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group)

เรียน ดร.มนพันธ์ ชาญศิลป์ อาจารย์สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และกำหนดจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา  
10.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่มให้กับ  
นักศึกษาดังกล่าว สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ของการสนทนากลุ่ม บัณฑิตวิทยาลัยขออนุญาตให้ นางสาว  
กนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้กับนักศึกษาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณีกรรพาล สุวรรณกุลสง)  
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายศิลปะและการออกแบบ  
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”

ที่ ศธ 6806/ ๒๕๖



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

29 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group)

เรียน ดร.จันทิมา บุญอนันต์วงศ์ อาจารย์คณะนิติศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และกำหนดจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา  
10.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่มให้กับ  
นักศึกษาดังกล่าว สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ของการสนทนากลุ่ม บัณฑิตวิทยาลัยขออนุญาตให้ นางสาว  
กนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้กับนักศึกษาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณีฐพัล สุวรรณกุลสง)  
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายศิลปะและการออกแบบ  
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”

ที่ ศร 6806/ ๑๖๐



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๒ มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group)

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชวารวรรณ มีทรัพย์ทอง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และกำหนดจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา  
10.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่มให้กับ  
นักศึกษาดังกล่าว สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ของการสนทนากลุ่ม บัณฑิตวิทยาลัยขออนุญาตให้ นางสาว  
กนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้กับนักศึกษาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณีฐพัล สุวรรณกุลสง)  
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายศิลปะและการออกแบบ  
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

พันธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”

ที่ ศธ 6806/ ๑๗๐๒



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ดลิ่งชั้น  
กรุงเทพฯ 10170

๑๑ มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group)

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำพล บุตดาสาร

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และกำหนดจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา  
10.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่มให้กับ  
นักศึกษาดังกล่าว สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ของการสนทนากลุ่ม บัณฑิตวิทยาลัยขออนุญาตให้ นางสาว  
กนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้กับนักศึกษาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณีฐฎพล สุวรรณกุลสง)  
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายศิลปะและการออกแบบ  
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดลิ่งชั้น

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”



ที่ ศธ 6806/ 2797



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตลิ่งชัน  
กรุงเทพฯ 10170

25 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group)

เรียน ดร.จรรพพร มีทรัพย์ทอง อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และกำหนดจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา  
10.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนด้าแกรนด์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่มให้กับ  
นักศึกษาดังกล่าว สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ของการสนทนากลุ่ม บัณฑิตวิทยาลัยขออนุญาตให้ นางสาว  
กนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้นักศึกษาดังกล่าว จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัตตวงค์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย “มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา”

ที่ ศธ 6806/2798



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
22 ถนนบรมราชชนนี ตำบลจตุจักร  
กรุงเทพฯ 10170

25 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group)

เรียน ดร.นิจิรา บำรุงกิจ นักวิจัยอิสระ

ด้วย นางสาวกนิษฐา สุขสมัย นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของ  
ระบบสุขภาพ 3 กองทุน” และกำหนดจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2561 เวลา  
10.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเบสท์เวสต์เทร็นพลัสแวนด้าแกรนด์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่มให้กับ  
นักศึกษาดังกล่าว สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ของการสนทนากลุ่ม บัณฑิตวิทยาลัยขออนุญาตให้ นางสาว  
กนิษฐา สุขสมัย หมายเลขโทรศัพท์ 062-746-1546 เป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้กับนักศึกษาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัตตวงค์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ตำบลจตุจักร

โทรศัพท์ 0-2849-7502

โทรสาร 0-2849-7503





กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง



กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวง  
สาธารณสุข



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานประกันสังคม

## ประวัติผู้เขียน

|                   |   |
|-------------------|---|
| ชื่อ-สกุล         | นางสาวกนิษฐา สุขสมัย  |
| วัน เดือน ปี เกิด | 10 พฤษภาคม 2517   |
| สถานที่เกิด       | จังหวัดนครปฐม   |
| วุฒิการศึกษา      | พ.ศ. 2543 สำเร็จการศึกษา Master of Science สาขา Economics<br>University of Nebraska at Omaha<br>พ.ศ. 2541 สำเร็จการศึกษา Master of Business Administration<br>Bellevue University<br>พ.ศ. 2539 สำเร็จการศึกษาปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต<br>สาขาการบัญชี มหาวิทยาลัยสยาม |
| ที่อยู่ปัจจุบัน   | 2/22 หมู่ 2 ตำบลบางเตย<br>อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม<br>73210   |

