

บทที่ 3

กฎหมายเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทย

เนื่องจากภารกิจในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนได้รับสิทธิในการได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดำเนินนโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลในทุก ๆ ประเทศทั่วโลก ซึ่งกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนหรือก่อให้เกิดแรงผลักดันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ กฎหมาย เนื่องจากกฎหมายเป็นเครื่องมือหลักของรัฐที่สามารถกำหนดให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนในประเทศควรได้รับอย่างเป็นธรรม ทั้งถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยกฎหมายจะเป็นตัวกำหนด แผนงาน โครงการ และนโยบายในการดำเนินงานในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากที่สุด การศึกษาในบทนี้เป็นการรวบรวมแนวคิดหลักการและกฎหมาย ที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้

3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ

3.1.1 สหรัฐอเมริกา

3.1.1.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบการบริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ.1798 รัฐสภาของสหรัฐอเมริกามีการบังคับให้โรงพยาบาลทหารเรือของรัฐเริ่มต้นทำประกันสุขภาพให้กับทหารเรือทุกคนโดยการหักเงินเดือนบางส่วนเพื่อไว้สำหรับเป็นเบี้ยประกัน ต่อมาในปี ค.ศ.1870 และ ค.ศ. 1880 มีการซื้อประกันสุขภาพให้กับแรงงานภาคเอกชน ทำให้แรงงานภาคเอกชนเจริญรุ่งเรืองมากยิ่งขึ้นและส่งผลให้เกิดการประกันสุขภาพแบบหมู่เป็นครั้งแรกด้วย และในปี ค.ศ.1910 เริ่มมีแนวความคิดในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยผ่านระบบประกันสังคม แต่แนวความคิดนี้กลับถูกคัดค้านและท้ายที่สุดจึงได้ถูกล้มเลิกไป

สหรัฐอเมริกาประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ในปี ค.ศ.1920 ประธานาธิบดีรูสเวลต์ จึงมีแนวความคิดในการปฏิรูปสวัสดิการด้านต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาการว่างงานของแรงงานในประเทศ ความล้มเหลวของเกษตรกรรม การล้มละลายของระบบการเงินและการธนาคาร ในขณะนั้นจึงมีการรวมตัวกันของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เพื่อดำเนินการศึกษาและมีการ

แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยที่คณะกรรมการนี้ได้มีการเสนอให้มีการประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุมประชาชนทุกคน ต่อมาในปี ค.ศ.1935 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิเศษของคณะรัฐมนตรีขึ้น เพื่อพิจารณาข้อเสนอการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนเพื่อทบทวนสถานการณ์ของสวัสดิการสังคม การงาน สุขภาพและความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงสวัสดิการสังคม ซึ่งขณะนั้นประธานาธิบดีรูสเวลท์ ไม่มั่นใจในแนวความคิดดังกล่าวว่าจะได้รับการสนับสนุนหรือไม่ จึงไม่ได้มีการเสนอแผนปฏิรูประบบประกันสุขภาพให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม

ในสมัยของประธานาธิบดีแฮร์รี ทรูแมน ปี ค.ศ.1948 มีนโยบายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติแต่กับถูกต่อต้านจากประชาชนเนื่องมาจากประชาชนส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าระบบหลักประกันสุขภาพเป็นแนวคิดในลักษณะสังคมนิยมหรือแนวคิดแบบคอมมิวนิสต์ จึงทำให้แนวความคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมาจึงเปลี่ยนแนวความคิดจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้กลายเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพให้แก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคม ซึ่งต่อมาภายหลัง คือ โครงการจัดการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Medicare และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย หรือที่เรียกว่า Medicaid โดยรัฐบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านแหล่งเงินทุน และถือได้ว่าเป็นครั้งแรกที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาเข้ามามีบทบาททางด้านประกันสุขภาพ แม้ว่าทั้งสองโครงการเป็นแนวทางในการแทรกแซงเพื่อให้มีการประกันสุขภาพแบบครอบคลุมประชากรมากที่สุด แต่ก็ยังคงมีประชาชนอีกบางส่วนที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพเลย

ต่อมาในปี ค.ศ.1970 ได้มีแนวความคิดปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง โดยมีการนำเสนอกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพ อาทิเช่น ร่างกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพที่ทำให้ล้มละลายทางการเงิน (Catastrophic proposal) ร่างกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทั้งสองร่างก็ล้มเหลวไม่ได้รับการสนับสนุนแต่อย่างใด

3.1.1.2 โครงสร้างและสิทธิประโยชน์

ในปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายรูปแบบ เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่านิยม ประชาชนโดยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใช้แรงงานและมีรายได้เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างมักใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แต่สหรัฐอเมริกามีระบบบริการทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลหลักอยู่ 2 ระบบ คือ 1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการ Medicare บริหารงานภายใต้การควบคุมของรัฐบาลกลาง 2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้

ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว ซึ่งจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้แต่ละมลรัฐต้องดำเนินการ โดยมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ซึ่งทั้ง 2 โครงการมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of health and human service

1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

(1.1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ Medicare คือ 1) ประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไป 2) ผู้พิการอย่างถาวรโดยไม่จำกัดช่วงอายุ 3) ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือรักษาโดยการผ่าตัดโดยไม่จำกัดช่วงอายุ

(1.2) องค์กรที่มีอำนาจดูแลอยู่ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา คือ Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) อยู่ภายใต้ US Department of health and human service โครงการ Medicare มีแหล่งเงินทุนมาจากรายได้การเก็บภาษีจากประชาชนเฉพาะกลุ่มลูกจ้างที่มีเงินได้จากการทำงาน

(1.3) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการ Medicare ประกอบด้วยโครงการย่อย ดังนี้

(ก) Medicare Part A ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้จะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน การบริการในสถานพยาบาลที่มีพยาบาลที่มีทักษะและการรักษาพยาบาลที่บ้าน รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและบริการเยี่ยมที่บ้าน

ผู้มีสิทธิในโครงการนี้ เมื่ออายุครบ 65 ปี จะได้รับสิทธิโครงการ Medicare โดยทันทีโดยที่ผู้ใช้สิทธิไม่จำเป็นต้องร้องขอและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้มีสิทธิได้ร่วมสมทบจ่ายค่าเบี้ยประกันมาก่อนแล้วในรูปแบบของภาษี โดยร่วมสมทบมาตั้งแต่ในขณะที่ตนเองอยู่ในวัยทำงาน ในกรณีที่มิบบางบุคคลได้เคยร่วมจ่ายภาษีในขณะที่ทำงานเลย ก่อนเข้าทำการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการนี้ผู้ป่วยจะต้องซื้อประกัน Medicare Part A¹

แหล่งที่มาของเงินค่ารักษาพยาบาลภายใต้โครงการนี้ได้มาจากภาษีจากรัฐและจากการร่วมสมทบจากลูกจ้างในวัยทำงานและบริษัทผู้ว่าจ้าง

(ข) Medicare Part B เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้สามารถเลือกเพิ่มเติมได้ โดยจะครอบคลุมถึงค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการด้านอื่นที่ Medicare Part A ไม่ครอบคลุมถึง เช่น ค่ากายภาพบำบัด ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ตรวจกระดูก การฉีดวัคซีนป้องกัน

¹ วาญักษ์ ทานูญา. (2556). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545:ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับสิทธิบริการสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. หน้า 89.

โรค การตรวจมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซึ่งจะต้องจ่ายเป็นรายเดือนจำนวนร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนอีกร้อยละ 85 จะได้รับการสนับสนุนจากภาษีของรัฐ²

สิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการนี้ จะครอบคลุมถึงค่าบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก รวมรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ค่าตรวจในห้องปฏิบัติการและตรวจโรคเพื่อป้องกัน เช่น การตรวจเต้านม การล้างไต การฉายรังสี ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ และการรักษาที่บ้าน นอกจากนี้ Medicare Part B ยังครอบคลุมถึงการผลิตยา วัคซีน

แหล่งที่มาของรายได้ภายใต้โครงการนี้ส่วนใหญ่มาจากจัดเก็บภาษีจากประชาชนทั่วไปและมีค่าบริการเพิ่มเติมที่เก็บจากผู้ป่วย

(ค) Medicare Part C บริการเสริมเช่นกันที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมได้ Medicare Part C เป็นบริการที่จัดโดยบริษัทประกันที่เป็นเอกชนและเป็นเอกชนที่ได้รับการรับรองจาก CMS โดยจะมีข้อตกลงที่บริษัทประกันสุขภาพซึ่งอาจอยู่ในลักษณะของ Health Maintenance Organizations หรือ Preferred Provider Organizations หรือรูปแบบที่เป็น Free For Service บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนจะยื่นเสนอแผน โครงการประกันสุขภาพเสริมอื่นๆ เพิ่มเติมจากโครงการ Medicare Part A และ Medicare Part B ได้ ส่วนมากบริษัทประกันเอกชนเหล่านี้จะให้บริการ ส่วนทางด้านเบี้ยประกันที่จะจ่ายให้แก่บริษัทประกันเอกชนจะขึ้นอยู่กับข้อตกลงกันระหว่างบริษัทประกันเอกชนและแผนประกันสุขภาพที่ผู้มีสิทธิเลือกซื้ออื่นๆ

สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการนี้มาจากการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยที่บริษัทประกันเอกชนทำข้อตกลงให้กับ Medicare และจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมารายหัวเป็นรายปี

(ง) Medicare Part D บริการเพิ่มเติมให้ผู้มีสิทธิสามารถซื้อเพิ่มเติมได้ เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางด้านตัวยา ซึ่งบริหารเสริมชนิดนี้กำหนดให้ผู้มีสิทธิแจ้งความประสงค์ที่จะใช้บริการ Medicare Part D ภายในเวลา 3 เดือนก่อนและหลังเมื่ออายุครบ 65 ปี ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ช้ากว่าช่วงเวลาดังกล่าว ผู้มีสิทธินั้นจะต้องเสียเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้น

สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการ Medicare Part D มีแหล่งที่มาของรายได้จากการจ่ายเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิ

² จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. (2552). *สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย

(2.1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ คือ ผู้ที่มีรายได้น้อย เด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียว และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนด ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้มีการผูกโยงถึงคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคมของผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์จะต้องพิสูจน์ให้เห็นว่าตนเองยากจนหรือมีรายได้น้อย³

(2.2) องค์กรที่มีอำนาจกำกับดูแล Medicaid เป็น โครงการที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้รัฐบาลในมลรัฐต่างๆบริหารจัดการ ซึ่งแต่ละมลรัฐจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์แตกต่างกันไป ในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีสิทธิภายใต้โครงการ Medicaid ซึ่งในการพิจารณาอาศัยหลักเกณฑ์ทางด้านรายได้ทั้งส่วนบุคคลและของครอบครัว และกำหนดสิทธิต่างๆทางการแพทย์และยา ดังนี้ แม้ทุกมลรัฐจะรับนโยบายมาจากรัฐบาลกลาง แต่สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับแต่ละมลรัฐย่อมแตกต่างกัน

(2.3) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ โดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicaid แต่ละรัฐจะมีความแตกต่างเนื่องจากสาเหตุดังที่กล่าวมา แต่อย่างไรก็ตามจะต้องมีการบริการพื้นฐานที่เหมือนกัน เนื่องจากการกำหนดจากรัฐบาลกลางที่จะช่วยเหลือในเรื่องเงินอุดหนุน เช่น การบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกและใน การฝากครรภ์ การให้บริการวัคซีนแก่เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนบริการเสริมซึ่งแต่ละมลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิภายใต้โครงการ Medicare และภายใต้โครงการ Medicaid จะได้รับเงินสนับสนุนช่วยเหลือในการซื้อหลักประกันของ Medicare Part D ซึ่งจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโครงการ Medicaid อีกทางหนึ่งด้วย ที่มาของรายได้ของโครงการ Medicaid ภายใต้โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งได้รับการเก็บภาษีจากประชาชนในแต่ละมลรัฐนั้น

3.1.1.3 แหล่งเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ

โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกาประเภท Medicare ซึ่งมีโครงการย่อยหลายประเภทและแต่ละประเภทมีแหล่งที่มาของเงินทุนแตกต่างกัน โดย Medicare Part A มีแหล่งที่มาของเงินทุนในการรักษาพยาบาลจากการจัดสรรภาษีจากภาครัฐ และได้รับการร่วมสมทบจากลูกจ้างในวัยทำงานรวมทั้งบริษัทผู้ว่าจ้าง โครงการ Medicare Part B

³ จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 2. หน้า 80.

มีแหล่งที่มาของรายได้ภายใต้โครงการนี้ส่วนใหญ่ได้รับมาจากจัดเก็บภาษีทั่วไปจากประชาชนและมีการร่วมจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้ป่วย โครงการ Medicare Part C สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการนี้ได้รับมาจากการบริษัทยุติการประกันเอกชนทำข้อตกลงให้กับ Medicare และจ่ายค่าตอบแทนรักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นรายปี สำหรับโครงการ Medicare Part D มีแหล่งทุนจากรายได้จากการจัดเก็บเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิใช้บริการ

โครงการ Medicaid จัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อยในสหรัฐอเมริกาที่มีแหล่งเงินทุนโครงการนี้จากการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจากการร่วมสมทบจากประชาชนในรูปแบบของภาษีตามมลรัฐ

สรุป ระบบหลักประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

แม้สหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ยังคงไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ให้ประชาชน ประชาชนพึ่งพาประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นหลัก สหรัฐอเมริกามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลอยู่ 2 ระบบใหญ่ คือ 1) Medicare คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและ 2) Medicaid คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งทั้งระบบ Medicaid และระบบ Medicare จะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากภาษีที่ได้รับมาจากการจัดสรรของรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งคือภาษีที่ได้มาจากการจัดเก็บจากประชาชนในแต่ละมลรัฐ ดังนี้ ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทั้งสองระบบนี้ในแต่ละมลรัฐจึงมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่มลรัฐนั้นๆกำหนด แต่โดยรวมแล้วสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะได้รับจะเหมือนกันเนื่องมาจากรัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนด การกำหนดอัตราค่าจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแบบลักษณะเหมาจ่ายรายหัวในสหรัฐอเมริกาพบได้ใน โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย (Medicaid)

3.1.2 ประเทศอังกฤษ

3.1.2.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพ

ความพยายามที่เป็นรูปธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษที่ 20 โดยในยุคนั้นเป็นการมุ่งเป้าหมายไปยังกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อน เช่นเดียวกับประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆอีกหลายประเทศ หลังจากผ่านสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงเกิดการปฏิรูปครั้งใหญ่ที่ทำให้ประเทศอังกฤษประสบความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบที่รัฐเป็นผู้แบกรับรายจ่ายและเป็นผู้จัดบริการสุขภาพทั้งหมด ส่วนหนึ่งระบบ

สุขภาพอังกฤษเป็นระบบที่มีเอกลักษณ์จำเพาะจนถือได้ว่าเป็นตัวแบบหลักของระบบสุขภาพที่มีอยู่ในโลก⁴

รัฐบาล Lloyd George พรรค Liberal ได้ออกกฎหมายเรียกว่า พระราชบัญญัติ National Insurance Act ในปี ค.ศ. 1911 ถึงแม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะใช้ชื่อซึ่งดูเหมือนเป็นการสร้างระบบประกันที่ครอบคลุมทั้งประเทศ แต่จุดมุ่งหมายแท้จริงเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ใช้แรงงานเท่านั้น ทั้งยังไม่ได้รวมถึงครอบครัวของผู้ใช้แรงงานด้วย ระบบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายฉบับนี้คือการมีสวัสดิการให้กับผู้ใช้แรงงานและคนยากจนที่จัดการโดยรัฐ ส่วนผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ยังคงให้ใช้บริการในระบบเอกชน ระยะต่อมารัฐเพิ่มบทบาทด้านสุขภาพโดยการสนับสนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลที่ให้บริการในลักษณะการกุศล⁵

ต่อมาในปี ค.ศ. 1942 Sir William Beveridge เสนอรายงานชื่อ Beveridge Report เสนอให้มีระบบสุขภาพที่ให้หลักประกันแก่ประชากรทั้งหมดโดยให้รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบการจัดบริการ โรงพยาบาล หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการเตรียมการอย่างจริงจังท่ามกลางการคัดค้านของผู้ให้บริการ แพทย์สมาคม (British Medical Association) และราชวิทยาลัยต่าง ๆ คัดค้านการเข้าสังกัดภายใต้รัฐบาลท้องถิ่น ด้วยเหตุผลในเรื่องความเป็นอิสระทางวิชาชีพและค่าตอบแทน การเจรจาโดยรัฐมนตรีสาธารณสุข คือ Aneurin Bevan ขอมตกลงตามข้อเรียกร้องของกลุ่มแพทย์ในเรื่องอิสระทางวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องงบประมาณ โดยให้มีคณะกรรมการบริหารประจำภาค (Regional Board) ทำหน้าที่บริหารงานในโรงพยาบาล และขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข กลุ่มแพทย์จึงยอมรับกฎหมาย National Health Service ดังกล่าวในที่สุด⁶

พระราชบัญญัติ National Health Service Act ของประเทศอังกฤษออกในปี ค.ศ. 1946 มี และในปี ค.ศ. 1948 ยังได้มีการก่อตั้ง National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการบริหารด้านสุขภาพ หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพ ที่ก่อตั้งบนพื้นฐานของการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและให้ความครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาคโดยใช้กลไกสองอย่าง⁷ คือ ให้แพทย์พิจารณาตัดสินใจว่าใครสมควรจะได้รับการรักษาหรือไม่

⁴ อัจฉริยา รสถำ. (2557). *ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของข้าราชการ ลูกจ้าง และประชาชนทั่วไป : ศึกษากรณีการรวมระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. หน้า 51.

⁵ ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543). *รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 15.

⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 16.

⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 18.

และระบบรอกอย (Waiting List) เมื่อเป็นเช่นนี้เห็นได้ว่าจากสภาพทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง NHS จึงต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ตั้งแต่เมื่อเริ่มก่อตั้งในปี ค.ศ. 1942 และปรับปรุงเรื่อยมา

ปัญหาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระยะต่อ ๆ มา คือ ความไม่พอใจของผู้ใช้บริการ เห็นว่าบริการไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ รอบริการนาน จำนวนวันเฉลี่ยในโรงพยาบาลลดลง การปิดโรงพยาบาล ปิดหออผู้ป่วย เพราะรัฐบาลให้งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ความไม่เสมอภาคของการให้บริการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระจุกตัวเพียงในเมืองใหญ่ๆ ความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพของคนจนกับคนรวย ปัญหาในระบบบริหาร การบริหารใช้ระบบคล้ายตามความคิดเห็นของกลุ่มคนส่วนใหญ่ทำให้เกิดความล่าช้า ในระยะต่อมาพบว่า ยังคงมีการรอกอยการบริการนาน เช่นเดิม GP (General Practitioner : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) มีพฤติกรรมที่พยายามเลือกรับขึ้นทะเบียนเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพดี กีดกันผู้สูงอายุและผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี (Skimming) และจำกัดบริการที่ให้ (Skimming) Health authorities บางแห่งมีพฤติกรรมกระจายค่ารักษาบางอย่างความไม่พอใจของผู้ให้บริการ GP ไม่พอใจสถานะของตน เมื่อเทียบกับแพทย์ในโรงพยาบาล พนักงานของ NHS ไม่พอใจการปฏิรูปในปี ค.ศ.1974 พยาบาลจึงมีการนัดหยุดงานในช่วงนั้น ต่อมาในปี ค.ศ.1978 พนักงาน NHS นัดหยุดงาน ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของ NHS

รัฐบาลได้ออกกฎหมายโดยปฏิรูป NHS ให้ Regional Health Authority (RHA) ในปี ค.ศ. 1974⁸ ซึ่งมี 14 หน่วยซึ่งมีหน้าที่วางแผนการเงินและนำ Area Health Authority ซึ่งมี 90 หน่วย ซึ่งอยู่ภายใต้ RHA องค์กรที่มีอยู่ภายใต้การกำกับของ Area Health Authority คือ Family Practitioner Committees (FPC) ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการ GPs ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักตัดแว่น (Opticians) และสิ่งที่ตั้งขึ้นใหม่ คือ ให้โอน Local Community Health Care Service จากเทศบาลท้องถิ่นกลับมาสู่ NHS

พรรคอนุรักษนิยมภายใต้ นายกรัฐมนตรี Margaret Thatcher ได้ชนะการเลือกตั้งและมีโอกาสเข้ามาบริหารประเทศในปี ค.ศ. 1979 ช่วงแรกนายกรัฐมนตรี Thatcher เพียงปรับปรุง NHS ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยการกระจายอำนาจลงไปให้กับผู้จัดการในโรงพยาบาลต่างๆแต่ละแห่ง ซึ่งทำให้การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นการปรับปรุงเพื่อให้ทำงานมีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้นและได้มีการออกเป็นกฎหมาย Nation Health Service and Community Care Act 1990⁹

⁸ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 5. หน้า 20.

⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 21.

ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 รัฐบาลพรรคแรงงานเข้าบริหารประเทศ มีการปรับระบบอีกครั้ง ภายใต้ต้น โยบาย White Paper : Patient First ที่ชื่อ The New NHS : Modern, Dependable โดยมีมาตรการหลักของการเปลี่ยนแปลง คือ The New NHS : Modern, Dependable After 1997¹⁰ โดยรัฐบาลนี้ “ตั้งใจที่จะให้ประชาชนในประเทศมีระบบสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก” จึงมีการกำหนดหลักการที่เป็นรูปธรรมในการเปลี่ยนแปลง คือ

1) รัฐบาลต้องการให้ NHS เป็นองค์กรแห่งชาติทุกคนมีสิทธิรักษาฟรีอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค ถึงแม้ NHS จะมีมาตรฐานระดับชาติแต่ความรับผิดชอบด้านบริการจะต้องเป็นของท้องถิ่น (Local Responsibility) เพราะบุคลากรทางการแพทย์ในท้องถิ่น ไม่ว่าจะแพทย์หรือพยาบาล รู้ดีที่สุดว่าประชาชนในท้องถิ่นต้องการอะไร

2) รัฐบาลตั้งใจจะให้องค์กรต่างๆที่อยู่ภายใต้การกำกับของ NHS ทำงานร่วมกัน โดยถือว่าเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกัน (Partnership)

3) NHS จะปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพโดยการลดสายงานบริหารที่ซ้ำซ้อนลงไป และใช้เวลาในการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่มากขึ้น

4) NHS จะต้องเน้นที่คุณภาพ (Quality) ให้มีการบริการที่เป็นเลิศ

5) NHS จะต้องทำให้สาธารณชนมั่นใจ (Public Confidence) เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เพียงการเพิ่มงบประมาณ แต่มีความต้องการให้การเพิ่มผลิตภาพ (productivity) และการคงไว้ซึ่งหลักประกันสำหรับประชาชนทุกคนและการใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุน

3.1.2.2 โครงสร้างและสิทธิประโยชน์

กฎหมายประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ Nation Health Service and Community Care Act 1990

ระบบหลักประกันสุขภาพในเป็นประเทศอังกฤษเป็นแบบการให้บริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดยภาครัฐเพื่อทำหน้าที่จัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยมีบริการจากทางเอกชนประกอบด้วยแต่เป็นเพียงส่วนน้อย

ลักษณะที่โดดเด่นของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ คือ การที่รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการและเป็นเจ้าของเองทั้งหมด โดย NHS จะมุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) มากกว่าในระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ซึ่ง NHS เป็นระบบบริการ

¹⁰ ริระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 5. หน้า 42.

สุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนชาวอังกฤษสามารถเข้ามาใช้บริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โครงสร้างของ NHS ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ¹¹

1) Strategic Health Authorities หรือ SHA ซึ่งจะรับผิดชอบจำนวนประชากรล้านคน และมีหน้าที่จัดบริการทางสุขภาพให้มีคุณภาพทุกท้องถิ่น มีการกระจายอำนาจมาสู่การตัดสินใจในระดับท้องถิ่น รวมทั้งการนำนโยบายและวิธีการดำเนินการของ NHS มาปฏิบัติติดตามผลของกลุ่มโรงพยาบาลอิสระและองค์กรที่เรียกว่า PCT และ NHS Trusts

2) Primary Care Trust หรือ PCT เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้น โดยรัฐบาลในปี ค.ศ.2002 มีหน้าที่ในการวางแผน ดูแล และสร้างความมั่นคงให้กับบริการสุขภาพแห่งชาติ NHS สนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ช่วยบูรณาการด้านบริการสังคม (Social Care)

3) NHS Trusts¹² เป็นองค์กรอิสระที่ประกอบไปด้วยกลุ่มโรงพยาบาลและอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงสามารถทำงานได้อย่างอิสระโดยไม่ขึ้นตรงต่อ District Health Authority และทำหน้าที่บริการโรงพยาบาลหรือ Secondary Care Unit ที่พร้อมและสามารถแสดงหลักฐานว่าสามารถบริหารทางการเงินได้ดีในปัจจุบันและอนาคต ก็สามารถที่จะเลือกเป็นอิสระจาก Health Authority และขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุขไม่ใช่เป็นการทำโรงพยาบาล เป็นเอกชน (Privatization) แต่ยังคงเป็นของรัฐบาลอยู่แต่เป็นองค์กรอิสระที่สามารถควบคุมทรัพย์สินของตนเองได้ ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลก็สามารถเลือกกลับเข้าไปอยู่ภายใต้การควบคุมของ Health Authority เมื่อไม่ชอบอยู่เป็น Trust

สาระสำคัญของกฎหมาย Nation Health Service and Community Care Act 1990¹³

ส่วนแรก เป็นเรื่องของ NSH ในเทศอังกฤษและเวลส์ 1.มีการนิยามและกำหนดหน้าที่ Regional and District Health Authorities , Family Health Service Authority , NHS contracts 2.ให้มีการจัดตั้ง NHS trust หน้าที่รวมถึงการบริหาร การโอนจากโรงพยาบาลเดิมไปยัง NHS trust และการโอนทรัพย์สิน การบริหารทางการเงินของ trust 3.ให้มีการจัดตั้ง GP Fundholding และหน้าที่บริหารงานของ GP Fundholding

ส่วนที่สอง เป็นเรื่อง NHS ในราชอาณาจักรสกอตแลนด์

¹¹ สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2560). รายงานการศึกษาส่วนบุคคล: เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพซ่อปาก 4 ประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ. หน้า 12-13.

¹² Nation Health Service and Community Care Act 1990 section 4

¹³ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 5. หน้า 46-47.

ส่วนที่สาม เป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริการชุมชนในประเทศอังกฤษและเวลส์ โดยมี การจัดตั้งบริการสาธารณสุขชุมชน ทั้งจากฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายเทศบาลท้องถิ่น

ส่วนที่สี่ เป็นเรื่องบริหารชุมชนในราชอาณาจักรสกอตแลนด์

ส่วนที่ห้า เป็นเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับ กฎกระทรวง ภาษี ฯลฯ

สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ เน้นการสร้าง หลักประกันสุขภาพให้แก่ประชากรทุกคน โดยหลัก NHS ให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุม ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคทั้งทางด้านการแพทย์และโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือ ใน ครอบคลุมด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม โดยการให้บริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่ทั้งนี้ ยังคงต้องร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งยาของแพทย์ยกเว้นกรณีเป็นเด็ก คนชรา หรือผู้ป่วยบางกลุ่ม¹⁴

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษถูกควบคุมดูแลโดย กระทรวงสาธารณสุข สุข (Department of Health) ซึ่งจะรับผิดชอบด้านงบประมาณทั้งหมด และจะมีคณะกรรมการ บริหารประจำภาคกระจายอยู่ในพื้นที่อื่นอีกกว่า 14 เขต เพื่อควบคุมการทำงานของโรงพยาบาล การตรวจสอบและสิทธิของผู้ป่วยในประเทศอังกฤษ ระบบกฎหมายหลักประกันสุขภาพเกือบ ทั้งหมด จะกล่าวถึงทางด้านหน่วยงานและการบริหารงานเป็นส่วนใหญ่ สำหรับในเรื่องของสิทธิ ของผู้ป่วยนั้นจะต้องกระทำผ่านในรูปของคณะกรรมการต่างๆทั้งสิ้น เช่น กฎหมายการจัดตั้ง สถาบันที่ชื่อ Commission for health improvement เป็นตัวแทนประชาชนในการให้การสนับสนุน และการตรวจสอบคุณภาพของ Clinical Governance และการให้บริการทางการแพทย์¹⁵

3.1.2.3 แหล่งเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ

การดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ได้รับ งบประมาณจากภาษีสามัญทั่วไปของราษฎร (General Taxation)¹⁶ นโยบายนี้ยังไม่เปลี่ยนแปลง จนถึงปัจจุบันโดยการจัดเก็บภาษีทั่วไปของภาษีที่เก็บได้ทั้งหมด ระบบภาษีทั่วไปในการให้บริการ สุขภาพภายในประเทศอังกฤษนั้นเป็นระบบที่มีความเสมอภาค เนื่องจากการเก็บภาษีนั้น ผู้ที่มี รายได้มากจึงจะต้องจ่ายมากกว่า ในขณะที่ระบบภาษีท้องถิ่น (Local Taxation) มักจะเก็บในอัตรา เดียวกันทั้งหมด (Flat Rate) งบประมาณรัฐจากการจัดเก็บภาษีทั่วไปจากค่ายาและรายได้อื่นๆอีก เล็กน้อย ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐบริการเกือบทั้งหมดอยู่ในภาครัฐ ผู้ไปใช้ บริการต้องจ่ายสมทบเมื่อมีการจ่ายยา ผู้ที่ไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่ เด็ก คนสูงอายุ และคนที่ไม่มียาน ทำ คนไข้เกือบทั้งหมดจึงต้องไปปรึกษากับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) ที่ลงทะเบียนไว้ซึ่งมีบริการ

¹⁴ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 5. หน้า 84.

¹⁵ อัจฉริยา รสนำ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 54-55.

¹⁶ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 5. หน้า 22.

โทรศัพท์สายด่วน 24 ชั่วโมงช่วย GPs จะดูแลรักษาในโรคพื้นฐานให้และส่งต่อถ้าหากมีความจำเป็น มีเพียงส่วนเล็กน้อยเท่านั้นที่ไปตรวจกับคลินิกพิเศษ เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไต เพราะส่วนใหญ่แล้วรัฐรับผิดชอบจ่ายและจะจ่ายผ่านสำนักบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ผู้ที่ใช้บริการสุขภาพส่วนตัวมีน้อยเพียง 11% เท่านั้น

สรุป ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าให้แก่ประชากรตั้งแต่ ปี ค.ศ.1948 มีรูปแบบของเงินกองทุนในการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ระบบฐานภาษีทั่วไปเป็นฐานในการบริหารจัดการ โดยรัฐเป็นผู้จ่าย และจัดบริการ โดยที่มีกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษที่มุ่งเน้นให้ หน่วยงานการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการประกันสุขภาพ หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศ NHS ได้รับงบประมาณจากภาษีทั่วไปและมีหลักการที่สำคัญ คือ ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการให้บริการด้านสุขภาพ การให้บริการภาคเอกชนเป็นเพียงส่วนน้อยและเสริมระบบซึ่งจัดโดยรัฐ

3.1.3 ประเทศญี่ปุ่น

3.1.3.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพ¹⁷

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกในอาเซียน ที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพประชาชนได้อย่างถ้วนหน้าและมีวิวัฒนาการมากกว่า 70 ปี โดยเริ่มในปี ค.ศ.1905 ถึงปี ค.ศ.1910 เริ่มมีการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างในโรงงานในลักษณะสวัสดิการแก่ลูกจ้าง และได้มีการออกกฎหมายโรงงาน Factory Act เนื่องจากในขณะมีการเรียกร่องจากกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

การออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก Health Insurance Law ในปี ค.ศ.1922 และให้มีผลบังคับใช้เพียงในโรงงานที่ประกอบกิจการเกี่ยวกับเหมืองแร่ และการคมนาคม ที่มีลูกจ้างกว่า 10 คนขึ้นไปเท่านั้น ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ.1934 ได้มีการขยายการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวไปยังโรงงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

ประเทศญี่ปุ่นมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ในปี ค.ศ.1938 และมีการออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพ National Health Insurance Law และขยายการบังคับใช้ไปยังบริษัทเอกชนที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน และต่อมาในปี ค.ศ.1942 เริ่มมีการกำหนดลูกจ้างในโรงงานมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ และขยายความครอบคลุมไปยังบุคคลในครอบครัวของผู้ประกัน

¹⁷ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2555). *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ. หน้า 4.

ปี ค.ศ.1947 มีการบังคับกฎหมายประกันสุขภาพอันเกิดจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน Labor Standard Law and Worker's Accident Compensation Law ต่อมาปี ค.ศ.1948 มีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บเงินให้ ในลักษณะ clearing house ซึ่งมีสองหน่วยงาน คือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund ดูแลให้บริการกับระบบประกันอิงกับระบบการจ้างงาน และ Federation of National Health Insurance Association ให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศญี่ปุ่นต้องประสบกับภาวะปัญหาการจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพในปี ค.ศ.1954 ซึ่งทำให้รัฐบาลญี่ปุ่นต้องจัดสรรเงินลงมาเพื่อสนับสนุนระบบประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเอง ต่อมาประเทศญี่ปุ่นได้มีการขยายระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกับประชาชนทุกคน และในปี ค.ศ.1984 รัฐบาลญี่ปุ่นเริ่มมีการวางหลักการเรื่องรายจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพ และเริ่มให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสมทบจ่ายค่ารักษาพยาบาล และเริ่มมีบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ หรือเกษียณจากการทำงาน

ประเทศญี่ปุ่นมีการปฏิรูปโครงสร้างความมั่นคงด้านสังคมในปี ค.ศ.1990 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุและเด็ก มีการปฏิรูปบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการ 1.มีแผนปฏิรูปบริการผู้สูงอายุ พัฒนาการรองรับการเลี้ยงเด็ก ส่งเสริมสวัสดิการเพื่อผู้พิการ และส่งเสริมการจัดบริการชุมชน 2.เริ่มพัฒนาให้มี long-term care insurance 3.มีการปฏิรูปโครงสร้างระบบความมั่นคงทางสังคมโดยมีมาตรการในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ¹⁸

วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเห็นได้ว่า ระบบประกันสุขภาพนั้นเกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคม ทั้งนี้ ในระยะแรกของการพัฒนานั้นเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก โดยเริ่มจากการจัดบริการด้านสุขภาพลักษณะสวัสดิการให้กับกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานก่อน ต่อมาจึงมีกฎหมายประกันสุขภาพเกิดขึ้น การพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นจึงมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดกันกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งแรงผลักดันในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นในระยะแรกจึงอาศัยปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงานและปัจจัยด้านการเมืองเป็นหลัก ส่วนในของช่วงที่มีการขยายตัวของระบบประกันสุขภาพมากปัจจัยด้านเศรษฐกิจจึงเป็นแรงผลักดันต่อมา ส่วนในระยะหลัง ปัจจัยที่สำคัญ คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและภาระค่าใช้จ่ายของระบบที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

กลไกสำคัญของการปฏิรูป คือ ระบบสุขภาพต่างๆถูกกำหนดขึ้นด้วยกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพ มาตรการที่ใช้ มีทั้งการ

¹⁸ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 17. หน้า 6.

ปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์โดยในช่วงแรกนั้นให้ความคุ้มครองกับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ในภาคอุตสาหกรรมใหญ่ๆเป็นหลัก และต่อมาก็ขยายไปยังกลุ่มแรงงานขนาดเล็กจนครอบคลุมประชาชนทุกคนในที่สุด สำหรับช่วงหลังของการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นการแสวงหามาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายและผลกระทบจากการมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากและจำนวนเด็กน้อยลง แนวโน้มดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาวจึงได้มีการพัฒนาระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ บริการโรคเรื้อรัง แผนการส่งเสริมการเพิ่มจำนวนเด็ก

3.1.3.2 โครงสร้างและสิทธิประโยชน์

ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น¹⁹สามารถแบ่งได้ตามกลุ่มอาชีพ

1) ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ที่ประกอบด้วย สองประเภทย่อย คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยเอกชน แบบไม่แสวงกำไร (Society managed Health Insurance)

2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance : NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระซึ่งมีทั้งหมด 8 กลุ่มได้แก่ กะลาสีเรือ ข้าราชการท้องถิ่น ข้าราชการส่วนกลาง สมาชิกสหภาพแรงงาน ครู เป็นต้น และกลุ่มทั้งสามกลุ่มครอบคลุมประชากรใกล้เคียงกัน ประมาณอย่างละหนึ่งในสาม เมื่อคนทำงานเกษียณอายุก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based Insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นกับกองทุน Retired Person Insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปี ก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health Services for the Elderly ทั้งสองกองทุนจัดอยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศญี่ปุ่นมีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health, Labor and Welfare-MOHLW²⁰ และจะมีกระทรวงอื่นๆเข้ามาเสริมในบางเรื่องทั้งนี้มีทั้งองค์กรเอกชน (Private Companies) องค์กรร่วมอิสระ (Society Association) และหน่วยงานของรัฐ (Municipal Government) และประเทศญี่ปุ่นจะมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพออกไปสู่ในระดับท้องถิ่น ซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะรับผิดชอบสาธารณสุขในเขตของตนเอง อย่างไรก็ตาม ในส่วนของสิทธิประโยชน์ อัตราการร่วมสมทบเบี้ยประกัน ท้องถิ่นจะต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่

¹⁹ สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์. อังแล้วเชิงอรรถที่ 17. หน้า 10.

²⁰ สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2560). รายงานการศึกษาส่วนบุคคล: เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพของปาก 4 ประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ. กระทรวงการต่างประเทศ. หน้า 25.

ส่วนกลางเป็นผู้กำหนดขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะอยู่ ณ พื้นที่ใด หน่วยงานในท้องถิ่นนั้นจะมีหน้าที่รับผิดชอบเพียงด้านการเงินการคลัง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมถึงท้องถิ่นนั้นจะต้องบริหารจัดการและจัดบริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นนั้น²¹

สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1.สิทธิประโยชน์ที่กฎหมายบังคับ และ 2.สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม²²

สิทธิประโยชน์ที่ถูกกฎหมายบังคับให้มี ได้แก่

- 1) สิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์
- 2) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วย
- 3) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อคลอดบุตร
- 4) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากการดูแลบุตร
- 5) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากความตาย และค่าเดินทาง

สำหรับสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นไม่ครอบคลุม คือ รายจ่ายในกรณีค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลเฝ้า และค่าวัสดุด้านทันตกรรม เป็นต้น

กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ National Health Insurance มี 12 บท และบท เบ็ดเตล็ด (ส่วนเสริม) บทที่ 1 ว่าด้วยเรื่องทั่วไป (มาตรา 1-4) บทที่ 2 ว่าด้วยเรื่องเมืองหรือหมู่บ้าน (มาตรา 5-12) บทที่ 3 ว่าด้วยเรื่ององค์กรสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 13-35) บทที่ 4 ว่าด้วยเรื่องผลประโยชน์ของการประกัน (มาตรา 36-68) บทที่ 5 ว่าด้วยเรื่องค่าใช้จ่าย (มาตรา 69-81) บทที่ 6 ว่าด้วยเรื่องการบริหารสุขภาพ (มาตรา 82) บทที่ 7 ว่าด้วยเรื่ององค์กรสหพันธ์สุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 83-86) บทที่ 8 ว่าด้วยเรื่องคณะกรรมการพิจารณาและตรวจสอบแห่งชาติ (มาตรา 87-90) บทที่ 9 ว่าด้วยเรื่องการอุทธรณ์และการตรวจสอบ (มาตรา 91-107) บทที่ 10 ว่าด้วยเรื่องการจัดการ (มาตรา 108-109) บทที่ 11 ว่าด้วยเรื่องบทเบ็ดเตล็ด (มาตรา 110-112) บทที่ 12 ว่าด้วยเรื่อง บทลงโทษ (มาตรา 121-128)

กฎหมายประกันสุขภาพฉบับนี้เป็นการประกันในส่วนที่จำเป็นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการตาย รวมทั้งการคลอดบุตร เจ็บป่วยบาดเจ็บ การคลอดบุตร²³ การบริหารงานเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ว่าในส่วนใดให้อยู่ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ

²¹ รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. (2556). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. หน้า 2-9.

²² สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. อังแล้วเชิงอรรถที่ 17. หน้า 9.

²³ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983 Article 2.

ฉบับเดียวกันตามมาตรา 3²⁴ ไม่ว่าจะเป็นเมืองหลวง เมืองเล็ก ๆ หมู่บ้าน หรือตำบลเล็ก ๆ ซึ่งจะทำหน้าที่บริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยมีองค์กรประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้

ประชาชนหรือผู้ประกันตนสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้ จะต้องเข้าตามท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ในสถานที่นั้นๆ เช่น อยู่ในเมืองไหนก็ต้องเข้าในเมืองนั้น²⁵

การกำหนดให้รัฐบาลเข้ามามีส่วนช่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกันสุขภาพหลัก²⁶ โดยที่รัฐบาลภายใต้คณะรัฐมนตรีจะรับภาระค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการบริการของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และในมาตรา 70 ได้ให้รัฐบาลเข้ามาช่วยในส่วนของเมืองหลวง เมืองเล็ก ๆ หรือหมู่บ้านที่มีผู้ประกันตนอยู่ในกรณีมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นจริง ๆ โดยมีส่วนช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในอัตราสี่สิบต่อร้อยส่วน และค่าใช้จ่ายในส่วนของเรื่องสุขภาพโดยตรง คือ ค่ารักษาพยาบาลและค่ายา²⁷

การเก็บค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น กำหนดให้ผู้ประกันตนหรือสมาชิกทุกครั้งที่ได้รับบริการด้านสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายในค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งนั้นๆ โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะไม่เกี่ยวข้องกับภาษีสุขภาพที่จัดเก็บไว้แล้ว ผู้ประกันตนจะเลือกเก็บเงินสนับสนุนจากหัวหน้าครอบครัว หรือสมาชิกของประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นๆ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติการจัดเก็บนั้นจะไม่นำมาเกี่ยวข้องกับภาษีสุขภาพที่จัดเก็บไว้แล้ว โดยระบบจัดเก็บภาษีท้องถิ่นตามมาตรา 76²⁸

3.1.3.3 แหล่งเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นแบ่งเป็น 2 ประเภท ซึ่งแต่ละประเภทมีแหล่งที่มาของเงินทุนแตกต่างกัน ดังนี้

1) ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง Employee Health Insurance สามารถแยกย่อยได้อีกเป็น คือ 1.ระบบที่ดำเนินการโดยรัฐบาล และ 2.ระบบที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบหวังผลกำไร ซึ่งสัดส่วนแหล่งที่มาของเงินทุนในระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างนี้มาจากงบประมาณภาครัฐและการร่วมจ่าย โดยรายได้หลักมาจากการจัดเก็บเบี้ยประกันสังคมจากผู้มีเงินเดือนทั้งจาก

²⁴ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983 Article 3.

²⁵ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983 Article 5.

²⁶ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983 Article 69.

²⁷ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983 Article 70.

²⁸ ประเทศญี่ปุ่น National Health Insurance Act 1983 Article 76.

ภาครัฐและภาคเอกชน โดยนายจ้างและลูกจ้างรับผิดชอบคนละครึ่งและมีการคำนวณอัตราการจ่าย เบี้ยประกันตามฐานรายได้ ซึ่งอัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น และไม่มีการกำหนด เพดานสูงสุดสำหรับอัตราเบี้ยประกันที่ลูกจ้างต้องจ่าย โดยแต่ละกองทุนจะมีกฎหมายควบคุมระดับ ของอัตราเบี้ยประกันสุขภาพได้แตกต่างกัน

2) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ National Health Insurance เป็นระบบ หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนที่ไม่ได้รับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพโครงการ อื่นๆ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้อยู่ภายใต้การบริหารงานของเทศบาลหรือองค์กรประกัน สุขภาพแห่งชาติ และอยู่ภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Kokumin Kenko Hoken Ho ของประเทศญี่ปุ่น

แหล่งเงินทุนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น ได้รับจาก 1. เงิน ที่ได้รับจัดสรรการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ 2. เงินที่ได้รับจากการเก็บสมทบ ซึ่งการจัดเก็บ เงินสมทบจะทำในลักษณะ คือ เก็บในรูปของเบี้ยประกัน และเก็บในรูปแบบของ “ภาษีสุขภาพ” (National Health Insurance Tax) 3.เงินที่ได้รับจากการร่วมจากของผู้ป่วย

สรุป ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นสามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนทุกคน ซึ่งกำหนดโดย กฎหมายแทบทั้งสิ้น สิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพมี 2 ประเภทหลัก ประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ซึ่งประกอบด้วยสองประเภทย่อย คือ ระบบประกัน สุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government- managed Health Insurance) และระบบประกัน สุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance) ประเภทที่ สอง คือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ ในทั้งสามกลุ่ม ครอบคลุมประชากรที่ใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม และยังมีสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ กองทุนแต่ละแห่งเพิ่มให้กับผู้ประกัน เงินกองทุนส่วนใหญ่จะได้รับการเก็บเบี้ยประกัน หรือในรูปแบบ ของการจัดเก็บภาษีสุขภาพ รวมทั้งในส่วนที่รัฐบาลอุดหนุนให้ ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย รัฐต้องรับ ดำเนินการสำหรับกลุ่มที่ยากในการเข้าถึง และมีความเสี่ยงสูง ภาระการสนับสนุนสูงสำหรับ มาตรการในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ มีการควบคุมราคา ยา การควบคุมจำนวนเตียงในแต่ละ พื้นที่ และการเพิ่มส่วนร่วมจ่ายกับประชาชนเป็นหลัก สำหรับส่วนที่เป็นเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ใน ปัจจุบันยังไม่มียกกฎหมายกำหนดไว้ แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีการดำเนินการให้กับผู้ใช้บริการในเรื่อง ของข้อมูลเบื้องต้นรวมถึงสิทธิของผู้ป่วยด้วย

3.1.4 สหพันธรัฐมาเลเซีย

3.1.4.1 ความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพ²⁹

สหพันธรัฐมาเลเซียมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนและดำเนินการโดยรัฐบาล และสำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลได้ ณ โรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพภาคบังคับที่ดำเนินการโดยรัฐบาลมีสำหรับผู้ที่เป็นแรงงานและผู้เกษียณอายุ ระบบหลักประกันสุขภาพของสหพันธรัฐมาเลเซียมีวิวัฒนาการเริ่มจาก พ.ศ.2494 ได้มีสร้างหลักประกันด้านการเงินเมื่อลูกจ้างเกษียณและรวมถึงกรณีเจ็บป่วย หรือประสบปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย เรียกว่า Employees Provident Fund : EPF จัดตั้ง โดยอาศัย Employees Provident Fund Act 1951 โดยมีแหล่งเงินได้จากการร่วมสมทบจากนายจ้างและลูกจ้าง กองทุนนี้บริหารงานโดยหน่วยงานอิสระภายใต้กระทรวงการคลัง

ต่อมาในปี พ.ศ.2512 ได้มีการออกพระราชบัญญัติประกันสังคม เรียกว่า Social Security Organization : SOCSO จัดตั้งโดย Employees Social Security Act 1969 ซึ่งพระราชบัญญัติมีไว้สำหรับลูกจ้างที่มีรายได้น้อย มีแหล่งเงินได้จากการร่วมสมทบจากนายจ้างและลูกจ้าง และให้สิทธิประโยชน์เมื่อประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วย หรือพิการที่เกิดจากการทำงาน

การจัดการบริการรักษาพยาบาลที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชนในทุกระดับ แต่ งานด้านการป้องกันโรคจะดำเนินการ โดยภาครัฐเป็นหลัก สถานพยาบาลของสหพันธรัฐมาเลเซีย โดยจำนวนมาเป็นของกิจการที่ดำเนินการโดยรัฐบาล ซึ่งประชาชนที่เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย จึงทำให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลและแออัด บริการในสถานพยาบาลของรัฐยังไม่มีความมาตรฐานและประสิทธิภาพดีเพียงพอ ในพ.ศ. 2526 รัฐบาลของสหพันธรัฐมาเลเซียจึงต้องลดบทบาทของรัฐด้านเศรษฐกิจ ลดการใช้เงินจากภาครัฐ และมุ่งเน้นให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น เนื่องจากรัฐบาลเล็งเห็นว่าภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพของประชาชนเพิ่มจำนวนสูงขึ้นและรัฐบาลอาจขาดทุนได้ ประกอบการบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของภาครัฐ เริ่มย้ายไปอยู่กับสถานพยาบาลที่ดำเนินการ โดยเอกชนมากขึ้น เนื่องจากบุคลากรเล็งเห็นว่าสถานพยาบาลของเอกชนให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า

ในปี พ.ศ.2524 ถึงปี พ.ศ.2542 เกิดการแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นรูปแบบวิสาหกิจ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2540 เกิดการแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐกว่า 71 แห่ง จากโรงพยาบาลของรัฐที่มีทั้งหมด 219 แห่ง โดยการแปรรูปดังกล่าวพบกับกระแสต่อต้านทั้งจากฝ่ายผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ซึ่งเกิดความกังวลว่าผู้ปฏิบัติงานจะมีความมั่นคงลดลงรวมถึงผลประโยชน์ที่ตนเอง

²⁹ วลัยพร พัทธนฤมล. (2558). *ประสบการณ์และผลกระทบของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ*. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. หน้า 323-324.

เคยได้รับน้อยลง ผู้รับบริการเองขาดความมั่นใจเพราะกระตุนงานของเอกชนมักมีผลประโยชน์ เป็นแรงจูงใจเสียส่วนใหญ่ ต่อมารัฐบาลจึงได้มีนโยบายป้องกันเหตุดังกล่าวอยู่ 2 รูปแบบ คือ 1. ห้ามลดรายได้ของผู้ปฏิบัติงานในระยะเวลา 5 ปีแรกของช่วงการแปรรูป และ 2. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ถูกแปรรูปต้องได้รับเงื่อนไขการทำงานไม่น้อยไปกว่าตอนที่ได้รับจากรัฐ

การแปรรูปในช่วงแรกไม่ได้รับการสนับสนุนและได้รับการต่อต้านจากแพทย์สมาคม แต่ต่อมาเริ่มได้รับการสนับสนุนภายใต้เงื่อนไข คือ สถานพยาบาลนั้นจะต้องไม่มุ่งหวังผลกำไรและต้องมีรัฐเป็นเจ้าของนั้น การแปรรูปดังกล่าวนี้จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปโครงการสร้างบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในระดับต้น แต่ต่อมาในปี พ.ศ.2542 มีการต่อต้านสูงมากขึ้นจนรัฐบาลประกาศนุติแผนแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐที่เหลืออยู่ และได้นำแนวความคิด เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบขึ้นมาแทน โดยเน้นในเรื่องการเงินและการคลังแทนการปฏิรูปแยกส่วนที่ทำเพียงด้านผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียวอย่างที่ผ่านมา

ในปี พ.ศ.2534 รัฐมนตรีของสหพันธรัฐมาเลเซียได้มีกำหนดวิสัยทัศน์ พ.ศ.2563 (Vision 2020)³⁰ ความว่า ภายในปี ค.ศ.2020 สหพันธรัฐมาเลเซียจะเป็นประเทศแห่งการมีสุขภาพดี ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและทุกชุมชน ด้วยการมีระบบการดูแลสุขภาพที่เท่าเทียม เข้าถึงได้ และประหยัด มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงผู้บริโภค พร้อมมุ่งเน้นด้านคุณภาพ นวัตกรรม และการสร้างเสริมสุขภาพและเคารพเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสนับสนุนบทบาทของปัจเจกชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.1.4.2 โครงสร้างและสิทธิประโยชน์³¹

สหพันธรัฐมาเลเซียมีองค์กรหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ คือ กระทรวงสุขภาพ Ministry of Health : MOH มีการจัดแบ่งบริการเป็น 2 สาย คือ การป้องกันและการรักษา โครงสร้างการบริหารงานเป็นการกระจายอำนาจจากระดับรัฐบาลกลางไปยังระดับท้องถิ่น มลรัฐและส่วนท้องถิ่น ด้านวิชาชีพแบ่งเป็น 3 ฝ่าย คือ 1) Public Health Service 2) Medical Service และ 3) Research and Technical Support Service ซึ่งในแต่ละมลรัฐจะมีองค์กรซึ่งเป็นตัวแทนของ MOH ที่เรียกว่า Office of Medical and Health Service และมีตำแหน่งผู้บริหาร State Director of Health

ระดับท้องถิ่นมีการแบ่งเขตสุขภาพ Health District ซึ่งเขตสุขภาพมีการกำหนดแตกต่างไปจากเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้บริหารระดับท้องถิ่น คือ District Medical Office of

³⁰ อาทร์ รวีไพบูลย์. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซีย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 4.

³¹ สุณี วงศ์คงคาเทพ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 20. หน้า 29.

Health ทำหน้าที่เฉพาะกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขซึ่งมุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคเป็นหลัก ส่วนงานด้านการรักษาโรคเป็นหน้าที่ของบุคลากร Medical Office-in-Charge

นอกจากนี้สหพันธรัฐมาเลเซียยังมีองค์กรทำหน้าที่ดูแลสถานพยาบาลในเขตพื้นที่ชนบท คือ Rural Health Service Scheme : RHSS ซึ่งประกอบไปด้วยสถานอนามัย สถานีอนามัย ขนาดย่อย (Health sub center) คลินิกผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์สำหรับให้บริการมูลฐานกับประชาชนในเขตชนบท ในช่วงแรกนั้นสถานีอนามัยถูกกำหนดให้รับหน้าที่ดูแลประชากรจำนวน 50,000 คน และมีแพทย์ประจำอยู่สถานีอนามัยหลักเพียงจำนวน 1 คน และบุคลากรอื่นๆอีก เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ ในภายหลังได้มีการปรับ RHSS ให้มีการเพิ่มแพทย์ประจำอนามัยหลัก และมีสถานีอนามัยขนาดย่อยเพิ่มมากขึ้น เพื่อรองรับให้ประชาชนในพื้นที่ชนบทเข้าถึงการใช้บริการได้มากขึ้น

ด้านสิทธิประโยชน์ภายใต้กฎหมาย Employees Provident Fund Act 1951 ซึ่งต่อมาได้แก้ไขเพิ่มเติม Employees Provident Fund Act 1991 ภายใต้การควบคุมโดยกระทรวงการคลัง บังคับให้ลูกจ้างที่มีอายุครบ 16 ปีบริบูรณ์ร่วมกับนายจ้างสมทบเงินเข้ากองทุนนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ยามชราภาพในการเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นค่ารักษาพยาบาลยามตนเองเจ็บป่วย เช่น สมาชิกสามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย หรือเงินช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวได้ด้วย และสำหรับสิทธิประโยชน์ภายใต้กฎหมาย Employees Social Security Act 1969 เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของลูกจ้างมนตรีประสพอุบัติเหตุ เจ็บป่วย หรือพิการจากการทำงาน ซึ่งแยกการคุ้มครองไว้ 2 ประเภท 1) Invalidity Pension Scheme และ 2) Employment Injury Insurance Scheme

ในปัจจุบันสหพันธรัฐมาเลเซียได้แบ่งกลุ่มประชากรโดยอาศัยเกณฑ์การจำแนกจากพื้นฐานรายได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้มีรายได้สูง (T20) จำนวนร้อยละ 20 กลุ่มผู้มีรายได้ปานกลาง (M40) จำนวนร้อยละ 40 กลาง และกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (B40) จำนวนร้อยละ 40 ทั้งนี้กลุ่มดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้นหรือลดลงในทุกๆปีขึ้นอยู่กับจีดีพีของประเทศ และรายได้ครัวเรือนเป็นตัวกำหนด รัฐบาลสหพันธรัฐมาเลเซียได้จัดบริการสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย B40 โครงการคุ้มครองสุขภาพแห่งชาติ The Mysalam National Health Protection Scheme โดยโครงการดังกล่าวเกิดขึ้นจากแนวความคิดที่ภาครัฐต้องจัดทำโครงการคุ้มครองสุขภาพทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ และผู้ที่ประสบปัญหาทางการเงิน ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด โดยที่ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสุขภาพนั้นถูกจัดสรรโดยกระทรวงสาธารณสุข โครงการดังกล่าวครอบคลุมสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล 36 โรคภัยแรง

3.1.4.3 แหล่งเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบสาธารณสุขของสหพันธรัฐมาเลเซียเป็นแบบพหุลักษณะ(Pluralistic Health Care Systems) ที่มีแหล่งที่มาของเงินทุนจาก 1.ภาษีโดยตรง(Direct Taxation) 2.ประกันสังคม(Social Insurance) 3.ประกันสุขภาพส่วนบุคคล(Private Health Insurance) 4.การจ่ายส่วนตัว(Out of Pocket) ภาครัฐเน้นการให้บริการสาธารณสุขและการป้องกันโรค และการรักษาตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ ประชาชนทั่วไปรับการรักษาโดยไม่เสียค่าจ่ายหรือเสียในปริมาณน้อย³²บริการด้านสุขภาพโดยภาครัฐได้รับเงินสนับสนุนจากภาษีเป็นหลักโดยการจัดสรรงบประมาณรายได้ ในลักษณะที่ให้บริการทางการแพทย์ทุกชนิดได้รับ การเป็นค่ารักษาพยาบาล(User Fee) จากประชาชนที่มาใช้บริการมีเพียงเล็กน้อย

โครงการ Employees Provident Fund : EPF จัดตั้ง โดยอาศัย Employees Provident Fund Act 1991 การสร้างหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหลักจากเกษียณจากการทำงาน มีแหล่งที่มาของเงินทุนจากการร่วมสทบจากนายจ้าง ลูกจ้าง ผ่านกลไกการบังคับออมจากเงินเดือน ในขณะที่ทำงานอยู่ โครงการ Social Security Organization : SOCSO จัดตั้งโดย Employees Social Security Act 1969 สำหรับผู้มีรายได้น้อยเงินสมทบได้รับการร่วมจ่ายจากนายจ้างและลูกจ้างเพื่อประโยชน์แก่ลูกจ้างหากเกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วย หรือพิการจากการทำงาน³³

สรุป ระบบหลักประกันสุขภาพของสหพันธรัฐมาเลเซีย

สหพันธรัฐมาเลเซียเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จด้านบริการสุขภาพเป็นที่น่าประทับใจ ประชากรได้รับประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำและบริการที่ครบวงจร มีแหล่งเงินทุนเพื่อใช้ในการสาธารณสุขจากหลายช่องทาง เช่น ภาษี เบี้ยประกัน ด้านสิทธิประโยชน์ประชาชนสามารถเลือกใช้ระบบหลักประกันสุขภาพได้หลายรูปแบบแตกต่างกันไป และสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย หรือเป็นผู้ยากไร้ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ ณ สถานพยาบาลของรัฐ โดยรัฐจะเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่าย

3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ประชาชนได้รับการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงหลายฉบับ แบ่งออกเป็น 3 ระบบใหญ่ คือ (1) ระบบประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาล

³² อาทร์ ร็วไพบูลย์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 30. หน้า 4.

³³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 6.

ข้าราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

3.2.1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เดิมรู้จักในนามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเกิดขึ้นจากการผลักดันตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน ต่อมามีการจัดตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิในการได้รับบริการทางด้านสุขภาพอย่างเสมอภาคและมีมาตรฐานมากขึ้น โดยได้รับงบประมาณจากภาษีที่ได้รับจัดสรรในรูปแบบของงบประมาณประจำปีจากรัฐบาล

3.2.1.1 โครงสร้างและแหล่งเงินทุน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข³⁴ มีการคัดเลือกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นคณะหนึ่งอันประกอบไปด้วยตัวแทนจาก 6 ประเภท³⁵ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการดังกล่าว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ที่สำคัญ³⁶ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการด้านสุขภาพ กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดหลักเกณฑ์หรือระเบียบการจ่ายเงินช่วยเหลือในเบื้องต้น รวมทั้งการประสานงานและสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่น

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆในการจัดการบริการสาธารณสุข³⁷ ซึ่งกองทุนดังกล่าวมีแหล่งเงินได้จากเงินจำนวน 8 ประเภทที่สำคัญ ได้แก่ เงินที่ได้รับจากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาล³⁸

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบประมาณในปี พ.ศ. 2561 ตามประกาศของคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์

³⁴ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 24

³⁵ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 13

³⁶ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 18

³⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 38

³⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 39

วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ในลักษณะการเหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 3,197.32 บาทต่อผู้มีสิทธิ

3.2.1.2 เงื่อนไขและสิทธิประโยชน์

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ³⁹ ซึ่งบุคคลในนี้หมายถึง บุคคลสัญชาติไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก แต่ทั้งนี้จะไม่ครอบคลุมถึงบุคคลดังต่อไปนี้⁴⁰

1) ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างที่ทำงานในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปยกเว้น ลูกจ้างทำงานบ้าน หาบเร่ แผงลอย หรือลูกจ้างของบุคคลธรรมดาที่ไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

2) ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการลูกจ้างประจำของส่วนราชการและครอบครัว

3) ผู้ที่อยู่ในความคุ้มครองของ หลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือ เจ้าหน้าที่ ในองค์กรอิสระ ครู โรงเรียนเอกชนในระบบ

โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวคิดที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพให้คนไทยทุกคนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐที่ได้มาตรฐานโดยผู้ใช้สิทธิไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง สิทธิประโยชน์คล้ายคลึงกับระบบประกันสังคม แต่มีข้อกำหนดและเงื่อนไขบางประการที่ทำให้ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สิทธิประโยชน์แตกต่างกัน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้มีแหล่งเงินได้จากภาษีเป็นหลัก เช่นเดียวกับในประเทศอังกฤษ แต่สำหรับในบางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น มีแหล่งเงินได้จากภาษีร่วมกับแหล่งเงินอื่นๆซึ่งอาจเป็นเบี้ยประกันหรือภาษีสุขภาพ ซึ่งตามหลักแล้วประชาชนทุกคนย่อมมีสิทธิในการรับบริการรักษาพยาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเท่าเทียม ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเสียภาษีมากหรือน้อยเพียงใด

ระบบหลักประกันสุขภาพผู้รับบริการไม่สามารถเลือกสถานบริการได้ แต่จะเลือกได้เฉพาะหน่วยบริการที่ได้ลงทะเบียนไว้เท่านั้น ยกเว้นมีกรณีฉุกเฉินหรือมีเหตุอันสมควร จึงจะใช้สิทธิในวงจำกัดที่สถานพยาบาลอื่นที่อยู่ในโครงการตามมาตรา 7⁴¹

³⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5

⁴⁰ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 9

⁴¹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 6 และมาตรา 7

สิทธิประโยชน์ในด้านต่าง ๆ⁴²

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพได้ให้สิทธิเฉพาะบุคคล (คนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิอื่น) โดยไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการในการรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมดังนี้

- 1) ค่าการสร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการป้องกันโรค เช่น การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การตรวจสุขภาพ
- 2) ค่าการตรวจวินิจฉัยโรค ซึ่งการเข้ารับการตรวจได้แต่จะได้รับการตรวจเพียงใดขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ในระบบ
- 3) ค่าการตรวจและรับฝากครรภ์ของสตรี
- 4) ค่าการบำบัดและบริการอื่นๆทางการแพทย์
- 5) ค่าเวชภัณฑ์หรือยาต่างๆ ค่าอวัยวะเทียม ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามที่ระบุไว้ในยาบัญชีหลักและตามการวินิจฉัยของแพทย์ โครงการหลักประกันสุขภาพผู้ป่วยไม่มีสิทธิได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติถ้าจะใช้ก็ต้องจ่ายเงินเอง
- 6) ค่าการทำคลอด
- 7) ค่ากินอยู่ในขณะอยู่หน่วยบริการ
- 8) ค่าการบริหารการฉีกรักษาแรกเกิด
- 9) ค่าพาหนะหรือรถรับส่งผู้ป่วย
- 10) ค่าพาหนะกรณีผู้ป่วยทุพพลภาพ
- 11) ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายรวมถึงจิตใจ
- 12) ค่าใช้จ่ายอื่นๆที่จำเป็นตามที่คณะกรรมการกำหนด

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ครอบคลุม เช่น การผสมเทียมหรือการมีบุตรยาก การเปลี่ยนเพศหรือการแพทย์เพื่อความงาม การรักษาพยาบาลในโรคที่อยู่ในระหว่างทดลอง การบำบัดหรือฟื้นฟูกรณีผู้ป่วยเนื่องจากยาเสพติด การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เช่น การเปลี่ยนไต การรักษาตัวในสถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วันยกเว้นกรณีมีเหตุจำเป็น⁴³

ปัญหาที่พบในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คือ จำนวนงบประมาณ หรือเม็ดเงินที่จะต้องนำไปเป็นค่าใช้จ่ายต่อรายหัวของประชาชน ถึงแม้ว่าประชาชน

⁴² พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 3

⁴³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *10 เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ*. สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช. หน้า 15.

จะไม่ได้เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพร้อมกันทุกคน แต่ยังคงต้องมีเม็ดเงินหรืองบประมาณในการซื้อยา ซื่ออุปกรณ์ เครื่องมือ หรือเครื่องใช้อื่นๆ ในทางการแพทย์อยู่เสมอ

3.2.2 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553

เดิมเรียกว่าพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 แต่ในปัจจุบันได้มีการยกเลิกและเปลี่ยนเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 และต่อมามีการแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ.2555

3.2.2.1 โครงสร้างและแหล่งเงินทุน

กรมบัญชีกลาง ภายใต้สังกัดกระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการข้าราชการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักเกณฑ์แนวปฏิบัติด้านกฎหมายเกี่ยวกับการคลังและการบัญชี โดยมีหน่วยงานย่อยที่เรียกว่า กลุ่มงานสวัสดิการข้าราชการ สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ รับผิดชอบหน้าที่ในการศึกษา วิเคราะห์ นโยบายต่างๆ เกี่ยวกับระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสามารถทำได้โดยสถานพยาบาลนั้นเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยตรงตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดโดยกระทรวงการคลัง⁴⁴

แหล่งเงินทุนของระบบสวัสดิการข้าราชการได้รับจากงบประมาณกลางของแผ่นดิน โดยการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีให้แก่กรมบัญชีกลาง⁴⁵ เพื่อให้ข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐได้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง

3.2.2.2 เงื่อนไขและสิทธิประโยชน์

สวัสดิการรักษาพยาบาล คือ ประโยชน์ตอบแทนที่รัฐบาลให้การช่วยเหลือแก่บุคลากรของรัฐที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ และพนักงานของรัฐ รวมถึงบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรชอบด้วยกฎหมายในลักษณะสวัสดิการ นอกเหนือจากเงินเดือนค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำนาญ เมื่อผู้นั้นเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัยและได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โดยรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ และการที่กฎหมายกำหนดให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ⁴⁶ และบุคคลในครอบครัวเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ซึ่งบุคคลในครอบครัว⁴⁷ หมายความว่า

⁴⁴ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 มาตรา 14

⁴⁵ ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ.2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 29(6)

⁴⁶ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 มาตรา 4 นิยาม “ผู้มีสิทธิ”

⁴⁷ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 มาตรา 4 นิยาม “บุคคลในครอบครัว”

- 1) บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของบิดา หรือ มารดา
- 2) คู่สมรสของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 3) บิดามารดาของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของข้าราชการได้เพิ่มสูงขึ้นมากทำให้กรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลังของรัฐพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย เช่น การจำกัดการเบิกยาบางอย่าง การจำกัดการตรวจ และการรักษาบางอย่างมาใช้ปฏิบัติ เป็นต้น

พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้มีการปรับปรุงเพื่อให้สิทธิต่างๆแก่ข้าราชการหลายประการที่สำคัญ คือ

1) คงสิทธิของข้าราชการในการได้สิทธิในการรักษาพยาบาลไว้แม้ว่าระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวได้พ้นสภาพความเป็นข้าราชการ หรือบุคคลในครอบครัวผู้รับเบี้ยหวัดบ้านานาญ หรือถูกสั่งพักราชการ หรือถูกสั่งให้ออกจากราชการไว้ก่อนในระหว่างที่การรักษายังไม่สิ้นสุดลง ให้ข้าราชการ มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวจนถึงสิ้นสุดการรักษาพยาบาล⁴⁸

2) ให้สิทธิในการรักษาใน โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับทางราชการ ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน จากเดิมที่ต้องเป็นกรณีฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึงชีวิตเท่านั้น ตามมาตรา 8 (2)

3) ในกรณีที่ข้าราชการหรือข้าราชการบ้านานาญมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นให้มีสิทธิเลือกที่จะใช้สิทธิรับเงินสวัสดิการการรักษาตามพระราชกฤษฎีกานี้หรือใช้สิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ซึ่งแต่เดิมเป็นปัญหาสำหรับประเภทข้าราชการบ้านานาญ หรือข้าราชการที่ได้เกษียณอายุการทำงานไปแล้วและไปเป็นลูกจ้างบริษัทเอกชนต้องถูกบังคับให้ใช้สิทธิจากประกันสังคมก่อนไม่สามารถใช้สิทธิของข้าราชการได้แต่ตามพระราชกฤษฎีกาฉบับแก้ไขเพิ่มเติมฉบับนี้ให้ข้าราชการสามารถ เลือกใช้สิทธิของหน่วยงานใดก็ได้⁴⁹

สำหรับบุคคลในครอบครัว ต้องใช้สิทธิของตนเองจากหน่วยงานอื่นก่อน เว้นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ตามมาตรา 10

4) ในกรณีที่ข้าราชการมีการทำสัญญาประกันภัยซึ่งให้ความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลรวมถึงบุคคลในครอบครัว หากสิทธิที่จะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัยนั้นต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลในคราวนั้น ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ

⁴⁸ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 มาตรา 9

⁴⁹ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 มาตรา 10

รักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ แต่ต้องไม่เกินไปกว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง (มาตรา 11) จากเดิมถ้าตามสัญญาให้สิทธิคิดว่า แม้ค่ารักษาพยาบาลจริงจะเกินกว่าที่บริษัทประกันภัยจ่ายก็ไม่สามารถเบิกส่วนที่ขาดได้

5) ขยายสิทธิการรักษาพยาบาลให้รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน จากเดิมที่ได้เฉพาะการรักษาพยาบาล

สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการตามที่ปรากฏในพระราชกฤษฎีกาฉบับนี้สามารถแบ่งได้เป็น 16 หมวด คือ 1.ค่าห้องและค่าอาหาร 2.ค่าอวัยวะเทียม 3.ค่ายาและอาหารทางเส้นเลือด 4.ยากลับบ้าน 5.เวชภัณฑ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ประเภทยา 6.ค่าบริการโลหิต 7. ค่าวินิจฉัยโดยเทคนิคการแพทย์ 8. ค่าวินิจฉัยทางรังสีวิทยา 9. ค่าตรวจโดยวิธีพิเศษ 10. ค่าเครื่องมือแพทย์ 11. หัตถการและวิสัญญี 12. ค่าบริการพยาบาล 13. พันตกรรม 14. กายภาพบำบัด 15. แพทย์แผนไทย และ 16. ค่าบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยตรง⁵⁰

ข้าราชการสามารถใช้สิทธิในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งและปัจจุบันได้ให้สิทธิในการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในได้ในกรณีที่มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน⁵¹

ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ในด้านต่างๆสวัสดิการข้าราชการครอบคลุมตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้รับเบี้ยหวัดบ้านานาญและ ยังรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวซึ่งโดยเฉลี่ยความครอบคลุมจะขยายจากผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้นอีก 6 คน คือ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรอีก 3 คนของผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ยังสามารถกระทำได้เทียบเท่าตัวข้าราชการผู้มีสิทธิโดยตรงยกเว้นการตรวจสุขภาพประจำปี

การร่วมจ่ายค่าบริการ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในไม่ต้องสำรองจ่ายเงินก่อน แต่เมื่อเข้ารับการรักษาประเภทแผนกผู้ป่วยนอกต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน แต่สามารถนำใบเสร็จมาเบิกค่ารักษาได้ตามที่จ่ายจริง (ยกเว้นว่าจะได้ทำสิทธิจ่ายตรงกับ สถานพยาบาลแห่งนั้นเอาไว้แล้ว ถึงจะไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน)

การใช้บริการในฐานะผู้ป่วยใน ข้าราชการและครอบครัวเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในแต่ละครั้งได้ไม่เกิน 13 วัน ยกเว้นคณะแพทย์ให้การรับรองและวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องรับการรักษาตัวประเภทผู้ป่วยในต่อไป

⁵⁰ หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/ว177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549

⁵¹ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 (ฉบับที่ 2) มาตรา 3 (3)

กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สวัสดิการข้าราชการสามารถเข้าใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่จำกัดจำนวนเงินไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท ส่วนค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ ค่าอาหาร ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกตามอัตราที่ได้กำหนดไว้

การตรวจสุขภาพประจำปี ให้สิทธิได้ปี ละครั้ง แต่สิทธินั้นเฉพาะข้าราชการ ไม่รวมถึงครอบครัวและให้ใช้สิทธิได้เฉพาะ โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น

สิทธิการใช้นานอภัญชียาหลัก สวัสดิการข้าราชการมีสิทธิใช้นานอภัญชียาหลักแห่งชาติได้ เมื่อคณะแพทย์วินิจฉัยแล้ว เห็นว่ามีความจำเป็น (กรณีอื่นต้องจ่ายเงินเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยนอก)

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้านอื่น ๆ แต่เดิมสวัสดิการข้าราชการให้สิทธิด้านนี้ค่อนข้างน้อย มีเพียงการวางแผนครอบครัวและการทำหมันเท่านั้น แต่ปัจจุบันได้ขยายสิทธิ เช่น การฉีดวัคซีนจากเดิมที่ได้เฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เฉพาะสวัสดิการข้าราชการเท่านั้นที่ได้รับสิทธินี้

ค่าห้องพิเศษ สวัสดิการข้าราชการเบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท และไม่เกิน 13 วัน ต่อครั้ง เว้นแต่มีแพทย์รับรองว่าจำเป็นต้องรักษาเกินกว่า 13 วัน ก็ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหารได้ตามจำนวนที่คณะกรรมการแพทย์วินิจฉัย⁵²

โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง สวัสดิการข้าราชการให้สิทธิรับการรักษาและเบิกค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง จำกัดการเบิกจ่ายตามกำหนดเฉพาะค่าอวัยวะเทียม อุปกรณ์ ค่าซ่อมแซม ค่าห้องค่าอาหารห้องพิเศษ

บริการทางด้านทันตกรรม สวัสดิการข้าราชการเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวนตามจ่ายจริงแต่จำกัดเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐและให้สิทธิเฉพาะการรักษาเท่านั้น เช่น ขูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟันซึ่งไม่รวมการทำฟันปลอม

ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการให้การคุ้มครองครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมถึงเสรีภาพการเลือกใช้บริการสถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง และจ่ายค่าบริการตามปริมาณการให้บริการย้อนหลัง ปัจจุบันการเบิกจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยในได้เปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งวิธีการนำใบเสร็จรับเงินไปเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดของตัวข้าราชการ และให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกจ่ายแทนในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งยังคงจ่ายค่าบริการตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee-for-service) โดยกำหนดอัตรการเบิกจ่ายไว้กว้าง ๆ

⁵² หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/ว177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 หมวด 1

ปัญหาที่พบจากข้อมูลของกรมบัญชีกลางพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลยาบาลข้าราชการสูงกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณเดียวกัน ในขณะที่เมื่อเทียบกับกองทุนประกันสังคม ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีจำนวนสูงกว่า และข้าราชการไม่ต้องร่วมจ่ายค่าประกันตนเหมือนเช่น กรณีของกองทุนประกันสังคม

3.2.3 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533

กองทุนเงินทดแทนนับเป็นก้าวแรกของการประกันสังคมในประเทศไทยที่ให้หลักประกันแก่ลูกจ้าง กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน ทั้งนี้ กองทุนเงินทดแทนเกิดขึ้นในประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2515 ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงานตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 โดยปีแรกของการให้ความคุ้มครองจะครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไปที่อยู่ในเขตกรุงเทพแล้วจึงค่อยๆ ขยายความคุ้มครองไปจนครบทุกจังหวัดทั่วประเทศในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 จวบจนกระทั่งได้มีการผลักดันพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงมีการประกันสังคมอย่างเต็มรูปแบบโดยลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองทั้งในเรื่องการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ และตายทั้งเนื่องจากและไม่เนื่องจากการทำงานรวมถึงการคลอดบุตรสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงาน เฉกเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ

3.2.3.1 โครงสร้างและแหล่งเงินทุน

สำนักงานประกันสังคม หรือ สปส. ซึ่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้รับมอบหมายให้มีอำนาจหน้าที่ที่สำคัญ คือ การปฏิบัติงานธุรการของคณะกรรมการและอนุกรรมการ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลประกันสังคม และจัดให้นายจ้างและลูกจ้างร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคม⁵³ ในปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมได้ถูกโอนมาอยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงาน โดยมีปลัดกระทรวงแรงงานเป็นประธานกรรมการ

ระบบประกันสังคมมีแหล่งเงินทุนจากการร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคมจาก 3 ฝ่าย คือ รัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้างผู้ประกันตน⁵⁴ เพื่อเป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนในการรับการรักษาพยาบาล โดยหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นไปตามพระรชากฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทประโยชน์ทดแทน และหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน

⁵³ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 19

⁵⁴ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 22

ระบบหลักประกันสังคมมีการกำหนดอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ผู้ประกันตนได้รับอัตรา 3,197.32 บาท ต่อผู้มีสิทธิ ทั้งนี้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประกันสังคมในคราวประชุมคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา (ชุดที่ 13) ครั้งที่ 10/2560

3.2.3.2 เจ็บป่วยและสิทธิประโยชน์

กองทุนประกันสังคมจะให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างหรือผู้แทนอันชอบธรรมเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต และขอรับกรณีสงเคราะห์บุตรตามมาตรา 54 เป็นการลดความเดือดร้อนของลูกจ้างเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว และสังคมโดยรวมเป็นผลให้ลูกจ้างมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิตและสังคมมีความสุข

ผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัตินี้ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ในกรณีอายุ 60 ปีแล้วและยังเป็นลูกจ้างอยู่ให้ถือว่ายังคงเป็นผู้ประกันตน⁵⁵ ซึ่งการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ย่อมสามารถสิ้นสุดลงในกรณีถึงแก่ความตาย หรือสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง⁵⁶ ในกรณีเป็นผู้ประกันตนและร่วมจ่ายเงินสมทบมาไม่น้อยกว่า 12 เดือน และต่อมาได้ถูกเลิกจ้างตามมาตรา 33(2) หากผู้ประกันตนนั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อสามารถแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานประกันสังคม⁵⁷

สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคมนี้ ย่อมสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน ดังต่อไปนี้⁵⁸

1. ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

⁵⁵ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 33

⁵⁶ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 38

⁵⁷ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 39

⁵⁸ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 54

สิทธิประโยชน์ทดแทนดังกล่าวมานั้นไม่อาจโอนกันได้และไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุที่ไม่ใช่จากการทำงานตามมาตรา 54(1) ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่ตนมีเลือกไว้ โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาจนแล้วเสร็จ การรับยาและเวชภัณฑ์ต้องมีมาตรฐานไม่น้อยไปกว่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ ในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทุกที่ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและของเอกชน โดยสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่าย ระบบประกันสังคมครอบคลุมสิทธิเฉพาะบุคคลที่เป็นผู้ประกันตนเท่านั้น ไม่รวมถึงบุคคลอื่นในครอบครัว

ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีได้ รวมถึงสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้านอื่นๆ ระบบประกันสังคมให้สิทธิด้านนี้ค่อนข้างน้อย (มีเพียงการวางแผนครอบครัวและการทำหมันเท่านั้น)

สิทธิประโยชน์ในการใช้ยานอกบัญชียาหลักของระบบประกันสังคม แม้จะไม่มีข้อจำกัดในเรื่องนี้ไว้แต่ในทางปฏิบัติแท้จริงแล้วสถานพยาบาลที่ให้บริการมักจะไม่มีความสนใจในการจ่ายยาที่มีราคาแพงให้แก่ผู้ป่วย

กลุ่มโรคหรือบริการด้านสุขภาพที่ผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัตินี้ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาและบริการได้ตามพระราชบัญญัตินี้⁵⁹ ได้แก่ 1. โรคหรืออันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด 2. กลุ่มโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาเกิน 180 วัน วัน แต่จะสามารถขยายได้ในกรณีที่มีความจำเป็นเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น 3. ฟอกเลือด 4. การศัลยกรรมเพื่อความงาม 5. การรักษาที่อยู่ระหว่างทดลอง 6. รักษาการมีบุตรยาก 7. การตรวจเนื้อเยื่อในการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ 8. การตรวจที่เกินกว่าความจำเป็น 9. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ 10. แปลงเพศ 11. ผสมเทียม 12. การพยาบาลในระหว่างพักฟื้น 13. เกี่ยวกับการทันตกรรม ยกเว้น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน

⁵⁹ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2546 แก้ไขเพิ่มเติมวันที่ 28 ธันวาคม 2553

สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรตามมาตรา 54(2) ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินขณะลาคลอดบุตรครั้งนี้จำกัดจำนวนไม่เกิน 2 ครั้งต่อราย⁶⁰ และกำหนดอัตราการเหมาจ่ายไว้ที่ 12,000 บาทต่อครั้ง สามารถเบิกค่าสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อคลอดบุตรได้ 2 ครั้ง

สิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพตามมาตรา 54(3) สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 2,000 บาท และสำหรับผู้ป่วยในไม่เกิน 4,000 บาท สิทธิประโยชน์กรณีตายตามมาตรา 54(4) คือ ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์

สิทธิประโยชน์กรณีสงเคราะห์บุตรตามมาตรา 54(5) ได้แก่ ค่าสงเคราะห์ความเป็นอยู่ ค่าเรียน ค่ารักษาพยาบาลบุตร และค่าสงเคราะห์อื่นๆที่จำเป็น⁶¹ จำกัดจำนวนคราวละไม่เกิน 3 คน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรที่ตนเองยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของคนอื่น⁶²

สิทธิประโยชน์กรณีว่างงานตามมาตรา 54(6) เงินที่ผู้ประกันตนมีสิทธิจะได้รับได้แก่เงินบำนาญชราภาพ หรือเงินบำเหน็จในลักษณะจ่ายเพียงครั้งเดียว⁶³

สิทธิประโยชน์กรณีว่างงานตามมาตรา 54(7) จะต้องเป็นผู้ประกันตนที่ได้ร่วมจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนและต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนที่จะว่างงาน และมีเงื่อนไข ดังนี้⁶⁴ 1. เป็นผู้มีความพร้อมจะทำงานตามที่จัดหาไว้ให้และได้ขึ้นทะเบียนที่สำนักจัดหางานไว้ 2. การเลิกจ้างนั้นจะต้องไม่เกิดขึ้นจากสาเหตุการทุจริตต่อหน้าที่หรือมีความผิดทางอาญาแก่นายจ้าง ทำให้นายจ้างได้รับความเสียหาย ฝ่าฝืนข้อบังคับของนายจ้างอย่างร้ายแรง หรือละทิ้งการทำงานเป็นเวลา 7 วันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีเหตุสมควร หรือประมาทอย่างร้ายแรงทำให้นายจ้างได้รับความเสียหาย 3. ต้องมิใช่ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย สามารถเปรียบเทียบถึงสิทธิประโยชน์และการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่สำคัญได้ดังนี้

1) ในขณะที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ใช้บังคับอยู่นี้ ประชาชนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแต่อย่างใด ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมนั้น ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการรักษาพยาบาล จึงเป็นการเลือก

⁶⁰ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 67

⁶¹ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 75

⁶² พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 75 ตริ

⁶³ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 77

⁶⁴ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 78

ปฏิบัติในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลและยังเป็นการขัดกับหลักความเท่าเทียมและความเสมอภาค ตามที่รัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติไว้

2) เงินงบประมาณที่รัฐเข้ามาอุดหนุนให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ไทยมีความแตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือ จากการเปรียบเทียบงบประมาณการรักษายาบาลในปี พ.ศ. 2560 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รัฐมีการอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ซึ่งเมื่อเฉลี่ยต่อคนเป็นเงินจำนวนกว่า 12,676.06 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราค่ารักษาพยาบาลรายหัวเป็นเงินจำนวน 3,197.32 บาทต่อคนต่อปี และสำหรับระบบประกันสังคมมีอัตราค่ารักษาพยาบาลรายหัวเป็นเงินจำนวน 3,399.69 บาทต่อคนต่อปี เป็นต้น

3) ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามประเภทยังมีความแตกต่างกันในด้านเงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ เกี่ยวกับการได้รับบริการทางการแพทย์ เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการครอบคลุมตัวข้าราชการและรวมไปถึงครอบครัวของข้าราชการนั้นๆ ด้วย ในขณะที่ระบบประกันสังคมครอบคลุมเพียงตัวผู้ประกันตนเท่านั้น และสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมคนไทยทุกคนที่ไม่ได้รับสิทธิในการรักษายาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นๆ นอกจากนี้ ผู้ใช้สิทธิในโครงการสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สิทธิในสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เว้นแต่ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงจะสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ ในขณะที่ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ใช้สิทธิสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เพียงเฉพาะสถานพยาบาลที่ตนเองได้ลงทะเบียนไว้ เว้นแต่ในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากปัญหาดังที่กล่าวข้างต้นล้วนมีสาเหตุจากการบังคับใช้กฎหมายหลักประกันสุขภาพที่มีความแตกต่างและมีความเหลื่อมล้ำไม่เสมอภาคกันอยู่ รวมถึงการบริหารจัดการที่ขาดความสอดคล้องต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งความแตกต่างกันเช่นนี้ส่งผลต่อความไม่เป็นเอกภาพ ขาดความชัดเจนและขาดความเป็นรูปธรรมในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

3.3 เปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทย

3.3.1 ระบบโครงสร้างภาพรวมของระบบหลักประกันสุขภาพ

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ พบว่าในด้านรูปแบบและโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้วจะเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care) โดยรัฐจัดทำเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษายาบาลและถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในรัฐนั้น ที่พึงจะได้รับบริการทางสุขภาพ

จากรัฐอย่างเสมอภาคกัน ลักษณะเช่นนี้มักเกิดขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพที่มีหลากหลายประเภท จากหลากหลายอาชีพ และพัฒนารวมมาเป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทเดียว เพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยไม่เลือกอาชีพและไม่เลือกปฏิบัติเพราะสถานะทางการเงิน เช่น ในประเทศอังกฤษ อย่างไรก็ตามในประเทศอังกฤษประชาชนสามารถทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชนเพิ่มเติมได้ในลักษณะของประกันเสริม เพื่อให้ตนเองได้รับสิทธิประโยชน์จากการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

สำหรับในบางประเทศที่ระบบหลักประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบขึ้นไป โดยทั่วไปมักมีลักษณะและการจำแนกตามกลุ่มอาชีพ เช่น พนักงานลูกจ้างในภาคเอกชน เกษตรกร หรือผู้ที่มีอาชีพอิสระ จึงทำให้ประเทศนั้นมีระบบหลักประกันสุขภาพที่หลากหลาย เช่น ในกองทุนสุขภาพในสหพันธรัฐมาเลเซียและประเทศญี่ปุ่นมีกองทุนที่จำแนกโดยอาศัยกลุ่มอาชีพ เช่น ลูกจ้างภายใต้ระบบ Employee's Health and Pension Insurance กลุ่มข้าราชการทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้มีอาชีพอิสระ และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือเกษียณอายุจากการทำงานแล้ว เป็นต้น

ในภาพรวมของระบบหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศล้วนแล้วแต่มีภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วม หรือมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสิ้น โดยกองทุนประกันสุขภาพจะอยู่ภายใต้ประจักษ์ที่ดูแลรับผิดชอบด้านสาธารณสุขเป็นหลักเพียงองค์กรหรือหน่วยงานเดียวไม่ว่าประเทศนั้นจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประเภทก็ตาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการลดช่องว่างของสิทธิประโยชน์ และลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุนให้น้อยลง และสำหรับหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนจะมีลักษณะเป็นเพียงการสนับสนุนประกันสุขภาพจากทางภาครัฐเสียมากกว่า จึงทำให้ไม่เกิดการแข่งขันกันระหว่างภาคเอกชนกับภาครัฐในการเสนอสิทธิประโยชน์มากนัก

ในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น กล่าวคือในประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลายประเภท โดยจำแนกตามกลุ่มอาชีพเช่นกัน สำหรับในประเทศไทยระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลประกอบไปด้วย 3 ระบบใหญ่ อันได้แก่ 1. ประกันสังคม 2. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 3.สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยมีวัตถุประสงค์และความมุ่งหมายที่จะให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบของตนแตกต่างกัน

สำหรับด้านหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในประเทศไทยประกอบไปด้วยหลากหลายหน่วยงานทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุน เช่น ในระบบประกันสังคมมีสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงแรงงาน ทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนหรือลูกจ้างตามหลักเกณฑ์ของ

สำนักงานประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช) ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำหรับในระบบสวัสดิการข้าราชการ มีกรมบัญชีกลาง ภายใต้การกำกับของกระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งในด้านหน่วยงานหรือองค์กรการบริหารจัดการนี้ ประเทศไทยจะมีความแตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอื่นๆ จึงทำให้การบริหารงานและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไม่สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3.3.2 ระบบการเงินและการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพ

รูปแบบโดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ จากระบบภาษี และจากระบบในลักษณะประกันสังคม ซึ่งบางประเทศสามารถใช้เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือจะใช้ทั้งสองแบบควบคู่ไป การจัดการในด้านการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษเป็นประเทศแรกที่มีแหล่งเงินทุนมาจากการจัดสรรในรูปแบบของเงินงบประมาณของประเทศ ซึ่งได้รับการจัดเก็บภาษีในทุกประเภทจากประชาชน (Tax Based System) ซึ่งแตกต่างจากในประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพหลายประเภทซึ่งมีรายได้จากแหล่งเงินหลายด้าน เช่น การจัดเก็บภาษีเฉพาะ (Earmarked Tax) ของประเทศญี่ปุ่น หรือจัดเก็บภาษีจากเงินเดือน หรือจัดเก็บจากรายได้ (Income Tax) ที่พบในประกันสังคมของสหพันธรัฐมาเลเซีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บเงินดังกล่าวไว้สนับสนุนการด้านการรักษาพยาบาลของประชาชน ซึ่งแต่ละกองทุนสุขภาพจะกำหนดให้ผู้ประกันตน เช่น นายจ้าง และลูกจ้าง มีส่วนร่วมกันในการสมทบเงินดังกล่าวเพื่อเป็นเบี้ยประกันให้กับระบบหลักประกันสุขภาพ และมีรัฐให้การสนับสนุนเงินกองทุนอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วมักเป็นการสนับสนุนจากทางภาครัฐในอัตราร้อยละ 70 และผู้ประกันตนหรือผู้ใช้สิทธิแบกรับภาระในอัตราร้อยละ 30 และสำหรับในบางกรณี เช่น กรณีผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ยากจนไม่มีรายได้ และไม่มีความสามารถที่จะนำเงินมาสมทบในกองทุนสุขภาพได้ รัฐจะเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้แทน ลักษณะเช่นนี้พบได้ในบางกองทุนประกันสุขภาพของสหพันธรัฐมาเลเซีย ประเทศญี่ปุ่น และในสหรัฐอเมริกา

การกำหนดอัตราร่วมสมทบเบี้ยประกันในกองทุนสุขภาพโดยทั่วไปแล้วในทุกประเทศจะอ้างอิงจากรายรับหรือรายได้ของผู้ประกันตนในกองทุนนั้น โดยคำนวณเป็นสัดส่วนแปรผันไปตามรายได้ (Income Based) ของผู้ประกันตนนั่นเอง และในบางประเทศมีการกำหนดให้สามารถนำเงินที่ลูกจ้างร่วมจ่ายเป็นเบี้ยประกันนำมาหักชำระหรือหักลดหย่อนในการเสียภาษีประจำปีได้

สำหรับด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ในประเทศที่ศึกษาเป็นการจ่ายในลักษณะ Fee For Service คือจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง การควบคุมค่าใช้จ่ายในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวพบในประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศญี่ปุ่นถือได้ว่าเป็นประเทศที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ค่อนข้างดี เนื่องจาก พบว่าในประเทศญี่ปุ่นมีกลไกการควบคุมราคาค่าบริการที่มีความซับซ้อน โดยได้ให้อำนาจกับรัฐบาลสามารถต่อรองกับแพทย์และโรงพยาบาลของเอกชนได้ โดยมีการกำหนดอัตราค่าบริการในการรักษาพยาบาลขึ้นใหม่ในทุกๆ 2 ปี ซึ่งเป็นการกำหนดโดยรัฐบาลกลาง โรงพยาบาลเองไม่สามารถที่จะกำหนดอัตราค่าบริการเองได้ และสำหรับการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสหรัฐอเมริกาพบได้ในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย (Medicaid) โดยมีการกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแบบลักษณะเหมาจ่ายรายหัวเช่นเดียวกับในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ประเทศไทยมีแหล่งที่มาของรายได้จากการสนับสนุนจากทางภาครัฐและจากการร่วมสมทบเงินจากประชาชน กล่าวคือ ในระบบประกันสังคมมีแหล่งที่มาของเงินทุนจาก 3 ส่วน ได้แก่ รัฐบาล นายจ้าง และจากการร่วมสมทบเงินจากลูกจ้าง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการของข้าราชการของประเทศไทยมีแหล่งเงินได้จากการจัดสรรเงินงบประมาณรายปีจากรัฐบาล ซึ่งแหล่งเงินทุนของระบบนี้มีความคล้ายคลึงกับแหล่งเงินทุนของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ คือ มีแหล่งเงินทุนจากการจัดเก็บภาษีทั่วไปจากประชาชน (General Taxation)

จุดเด่นของการที่รัฐแบบบริการการจ่าย คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั้งสิ้น ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีรายได้หรือไม่ หรือประกอบอาชีพใด ในขณะที่เดียวกันย่อมมีข้อเสีย คือ อาจทำให้การบริหารจัดการกองทุนประสบปัญหาภาวะทางการเงินเนื่องจากการลดต้นทุนรายจ่าย

จุดเด่นของระบบที่กำหนดให้ผู้ประกันตนร่วมจ่ายเงินสมทบในกองทุนประกันสุขภาพ ประการแรก คือ ทำให้กองทุนนั้นมีความมั่นคงทางการเงิน ประการที่สอง คือ ผู้ประกันตนรู้สึกมีส่วนร่วมในกองทุนและรับบริการด้านสุขภาพตามสมควร ขณะเดียวกันพบข้อเสีย คือ ปัญหาความเหลื่อมล้ำสำหรับผู้ประกันตนซึ่งนอกจากจะต้องเสียภาษีทั่วไปจากเงินได้พึงประเมินแล้วแล้ว ผู้ประกันตนยังต้องแบกรับภาระในการชำระเบี้ยประกันอีก อันเป็นการทบทกระเทือนการะรายจ่ายด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยมีเพียงระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการเท่านั้นที่เป็นการจ่ายในลักษณะ Fee For Service คือ จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง คล้ายคลึงกับในประเทศอังกฤษ ในขณะที่ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติเป็นการจ่ายลักษณะเหมาจ่ายรายหัว เช่นเดียวกับในประเทศญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกาซึ่งภาระค่าใช้จ่ายจากทางภาครัฐจะเป็นการสะท้อนถึงคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

3.3.3 เงื่อนไขและสิทธิประโยชน์อื่นๆของระบบหลักประกันสุขภาพ

ประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐเพียงระบบเดียว คือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ในประเทศอังกฤษ มีแนวคิดการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย รายได้สูงหรือต่ำ หรือความแตกต่างด้านอาชีพ ต่างมีสิทธิรับการรักษายาได้เงื่อนไขเดียวกัน สำหรับในประเทศที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่แล้วมักมีหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่บริหาร จัดการ กำหนดนโยบาย หรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพียงหน่วยงานหรือองค์กรเพียงแห่งเดียวเพื่อความรวดเร็วและมีเสถียรภาพในการทำงาน ดังจะพบในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น ที่มีกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลจึงทำให้รัฐสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลของทุกโครงการได้อย่างเท่าเทียมกัน และทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่เสมอภาคกัน

สำหรับในประเทศไทยซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพหลายโครงการ ซึ่งแต่ละโครงการล้วนแล้วแต่มีกฎหมายและมีหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการบริหาร จัดการ หรือการดำเนินนโยบาย และกำหนดสิทธิประโยชน์เป็นของตนเอง จึงทำให้แต่ละระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย มีเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการรวมถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดปัญหาความไม่เสมอภาคกันด้านการรักษาพยาบาลจากกรใช้สิทธิที่แตกต่างกัน