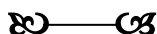


หลักประกันสุขภาพ : การบูรณาการระบบประกันเอกชน
บนพื้นฐานนโยบายประกันภาครัฐ*

HEALTH INSURANCE: THE INTEGRATION OF THE PRIVATE INSURANCE
SYSTEM ON THE BASIS OF PUBLIC INSURANCE POLICY



พัชรารณ สันติเสวี

Patcharaporn Santisevi

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

Office of Insurance Commission

Corresponding Author E-mail: Psantisevi@gmail.com

บทคัดย่อ

ประชาชนผู้ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลราชการ และ ผู้ใช้สิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่ มีความประสงค์ที่จะมีทางเลือกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยไม่จำกัดสถานพยาบาล ไม่จำกัดคุณภาพ และวิธีการรักษา ตลอดจนข้อจำกัดเรื่องยา และยินดีที่จะพิจารณาทางเลือกการจ่ายค่ารักษายาบาลเพิ่มเติม หรือทำประกันสุขภาพเพิ่มเติม

ดังนั้นหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมบูรณาการกำหนดนโยบายและจัดตั้งนิติบุคคลตามกฎหมาย เพื่อเป็นศูนย์กลางบริหารการรับประกันภัย การกำหนดนโยบาย และการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนโดยการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมีประเด็นด้านระบบบริหารจัดการ และการให้บริการของระบบประกันภัยสุขภาพ ด้านประกันภัยและความคุ้มครอง และการนำข้อเสนอไปปฏิบัติเป็นรูปธรรมตามกฎระเบียบ ข้อเสนอการประกันสุขภาพพื้นฐานภาคบังคับและตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: นโยบายประกันภาครัฐ; หลักประกันคุณภาพ; การบริหารจัดการ; ประกันสุขภาพเอกชน

Abstract

Most people who receive public medical benefits and National Health Security Office rights users wish to have an alternative to receive medical services without limitation to medical facilities. No quality limit and how to

*Received August 9, 2021; Revised September 4, 2021; Accepted September 6, 2021

treat as well as drug restrictions and are willing to consider options for additional medical expenses or additional health insurance.

Therefore, all agencies involved must jointly integrate policymaking and establishing legal entities. To be the center of underwriting management Policy formulation and consideration of compensation by driving concrete action which has management system issues as well as the services of the health insurance system, Insurance and coverage, including the implementation of the proposal in accordance with the regulations, compulsory basic health insurance proposals and functions of the relevant authorities

Keywords: Public Insurance Policy; Quality Assurance; Management; Health insurance private sector

บทนำ

ประเทศไทยมีระบบสวัสดิการรักษายาบาลครอบคลุมประชาชนในประเทศแต่ละกลุ่มประชากรตามสิทธิที่รัฐกำหนดเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย การจัดตั้งเกี่ยวกับประกันภัยครั้งแรก คือ "พระราชบัญญัติลักษณะเข้าหุ้นส่วนและบริษัท ร.ศ. 130" เมื่อปี พ.ศ. 2454 จากสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐทั้งสามระบบหลักที่รัฐจัดให้ประชาชนไทย ทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิจากกองทุนประกันสังคมนั้น (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ), 2564) มีจุดเริ่มต้นกลุ่มเป้าหมาย ความคุ้มครอง การบริหารจัดการ และการเงินของหน่วยงานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน ระบบสุขภาพในประเทศไทย ทั้ง 3 ระบบมีรูปแบบที่แตกต่างกันและอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความ “เหลื่อมล้ำ” ที่ชัดเจนของสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษายาบาลระหว่างสิทธิทั้ง 3 ระบบ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย, 2563)

1) ภาระค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่าย โดยร่วมจ่ายกับนายจ้างและภาครัฐ ในขณะที่สิทธิตามระบบราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้ได้รับสิทธิไม่มีภาระค่าใช้จ่าย

2) สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลที่ได้ในแต่ละกลุ่มก็ยังคงแตกต่างกัน เช่น ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริง ในขณะที่อีก 2 ระบบนั้น มีข้อจำกัดในการเข้า

รับบริการ เนื่องจากต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

3) คุณภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างสิทธิตามระบบข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริง กับระบบประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามโรค อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละสิทธิที่แตกต่างกัน

จากประเด็นปัญหาที่แตกต่างกันนี้ จึงก่อให้เกิดความหลากหลายของรูปแบบ และอยู่ภายใต้การดูแลหน่วยงานที่มีความแตกต่างกัน อันได้แก่ สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) สิทธิกองทุนประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ พนักงานปกครองท้องถิ่น (สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจ กระทรวงการคลัง, 2561) สิทธิอื่น ๆ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ทำให้การบริหารงบประมาณ ขาดประสิทธิภาพ และขาดความเสถียรภาพ ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจขาดความมั่นคง และยั่งยืน ดังนั้นระบบการประกันสุขภาพแบบหลัก โดยต้องคำนึงถึงกฎหมายและระเบียบของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก่อน (Academic focus, 2564)

ประเด็นสภาพทั่วไปของประกันสุขภาพเอกชนในระบบประกันสุขภาพแบบหลักในประเทศไทย

รัฐบาลทุกสมัยที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสวัสดิการของไทยให้มีประสิทธิภาพ ทัวถึง เพียงพอ และครอบคลุมปัจจัยสี่ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นคงให้แก่การดำรงชีวิตของประชาชนไทย โดยในด้านการสาธารณสุขนั้น รัฐบาลได้จัดให้มีระบบการให้บริการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงได้ โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน นอกจากนี้ เพื่อให้มีความชัดเจนและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มและลดการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อน จึงได้แบ่งสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนไทย ออกเป็น (1) สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2) สิทธิจากกองทุนประกันสังคม (3) สิทธิจากสวัสดิการข้าราชการ (4) สิทธิจากสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ พนักงานปกครองส่วนท้องถิ่น และ (5) สิทธิอื่น ๆ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545,15)

ดังนั้นความเห็นของผู้เขียนจึงมีประเด็นความเห็นที่สอดคล้องกับเรื่องประกันสุขภาพเอกชนในระบบประกันสุขภาพคือ สิทธิการรักษาพยาบาลที่ประชาชนไทยได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล รวมแล้วเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ครอบคลุมประชากรร้อยละ 99 ของประชาชนไทย อย่างไรก็ตาม แต่ละกลุ่มมีสวัสดิการรักษาสภาพที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ที่เหมาะสมกับสมาชิกในแต่ละกลุ่ม โดยส่วนใหญ่การใช้สิทธิจะไม่ทับซ้อนกัน ทั้งนี้ สิทธิจากสวัสดิการข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และครอบครัว ประมาณ 5 ล้านคน สิทธิจากกองทุนประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนประมาณ 12 ล้านคน และสิทธิที่ได้รับจากกองทุน สปสช. ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจากสิทธิดังกล่าวข้างต้นมีจำนวนมากถึง 48 ล้านคน ใน 5 กลุ่มใหญ่ ประชาชนจะสามารถใช้ได้เพียงแคสิทธิเดียวโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) สิทธิข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ผู้มีสิทธินั้นจะต้องเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับเงินเดือน หรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือน และค่าจ้างประจำของ กระทรวง ทบวง กรม (ปัจจุบัน คืองบบุคลากร) โดยข้าราชการซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณ รายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำประกอบด้วย 1) ข้าราชการพลเรือน ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน 2) ข้าราชการครู ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการครู 3) ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการ 4) ข้าราชการฝ่ายอัยการ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการ 5) ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัยตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย 6) ข้าราชการฝ่ายรัฐสภา ตามกฎหมายว่าด้วยข้าราชการฝ่ายรัฐสภา 7) ข้าราชการตำรวจ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการตำรวจ 8) ข้าราชการทหาร ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการทหาร 9) ข้าราชการการเมือง ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง ทั้งนี้ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์กรของรัฐ พนักงานราชการจึงมิใช่ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล สำหรับกรณีของลูกจ้างประจำนั้น จะเป็นผู้มีสิทธิก็ต่อเมื่อได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำเท่านั้น กรณีลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งจะเป็นผู้มีสิทธิได้ก็ต่อเมื่อผ่านเงื่อนไข 2 ข้อ คือ ค่าจ้างได้รับจากเงินงบประมาณรายจ่าย และ สัญญาจ้างมิได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือในด้านการรักษายาบาลไว้ นอกจากนี้ ยังมีกรณีผู้รับบำนาญหรือเบี้ยหวัด ที่จะถือว่าเป็นผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล นอกจากนี้ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการนี้ ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิดังกล่าวนอกจากจะมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับตนเองแล้วยังมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลใน

ครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี จำนวนไม่เกิน 3 คนได้ด้วย

ปัจจุบันระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอ้างอิงตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 โดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณของรัฐบาล รับผิดชอบโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ซึ่งผู้ที่ได้รับสิทธิจากสวัสดิการข้าราชการในปี 2561 มีจำนวน 5,053,330 คน เพิ่มจากปี 2560 ที่มีผู้ได้รับสิทธิ 4,939,627 คน ที่อัตราเพิ่มร้อยละ 2.30 ซึ่งระบบสวัสดิการนี้เป็นระบบปลายเปิดที่ไม่มีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุด หรือเป็นระบบที่จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงที่มีการเรียกเก็บ (Fee for Service) ร่วมกับการใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ในกรณีของผู้ป่วยใน (In-Patient) ส่วนกรณีผู้ป่วยนอก (Out-Patient) มีการควบคุมการเบิกจ่ายภายใต้ระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ (National Lists of Essential Medicine: NLEM)

2) สิทธิจากกองทุนประกันสังคม

ระบบสิทธิจากกองทุนประกันสังคมรับผิดชอบโดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (กระทรวงแรงงาน, 2564) โดยผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะมีสิทธิในด้านการรักษายาบาลและอื่น ๆ โดยจะต้องเป็นลูกจ้างซึ่งมีอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดและเป็นผู้จ่ายเงินสมทบตามมาตรา 46 สิทธิที่ว่าเป็นสิทธิที่รัฐจัดให้ (Entitlement) ลูกจ้าง ไม่ใช่ “สิทธิของประชาชน” ทั้งหมด เป้าหมายของสิทธิด้านสุขภาพระบบประกันสังคมเกิดจากแนวคิดของการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนที่เป็นลูกจ้างเพื่อให้เป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยแบ่งเป็นกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

กองทุนประกันสังคม จะให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่ได้รับอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือเสียชีวิตที่ไม่ใช่จากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ขราภาพและว่างงาน ตามกฎหมายประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน จะให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือเสียชีวิตจากการทำงานตามกฎหมายเงินทดแทน โดยมีแหล่งเงินทุนจากนายจ้างฝ่ายเดียว บริหารจัดการโดยสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ในการจ่ายเงินค่าบริการด้านสุขภาพดังกล่าวกับโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม

3) สิทธิที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ระบบ “สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “สิทธิ 30 บาท” หรือ “สิทธิบัตรทอง” รับผิดชอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มที่ไม่มีสิทธิ การรักษาจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐอื่น สิทธิตามระบบราชการและสิทธิจากกองทุนประกันสังคมก็เหมือน เมดิแคร์ (Medicare) และเมดิแคด (Medicaid) ที่มีมานานแล้ว แต่ไม่ครอบคลุมคนไทยจำนวนมากที่เหลือ จึงได้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักกันในชื่อสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค หรือ สิทธิบัตรทอง ซึ่งเป็นสิทธิตามกฎหมายที่คุ้มครองประชาชนไทยที่ไม่ได้รับสิทธิตามระบบข้าราชการ หรือสิทธิจากกองทุนประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิหน่วยงานรัฐอื่นๆ ให้มีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรคศิลปะ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด โดยประเทศไทยได้ดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อมุ่งลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและประชาชนไม่ให้ประสบปัญหาทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังที่ระบุในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติฯ ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการอาจกำหนดให้ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ” ในปี 2561 มีผู้มีสิทธิตามกองทุน สปสช. จำนวน 47,802,669 ราย ทั้งนี้ระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นระบบที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายจากภาครัฐ แต่สิทธิจากกองทุนประกันสังคม เป็นระบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย ในการรับผิดชอบตนเอง โดยถือว่าเป็นการประกันตนเอง ซึ่งมีส่วนที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเป็นบางส่วน

4) สิทธิพนักงานปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบสิทธิพนักงานปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่ดูแลระบบ ออกกฎระเบียบและข้อบังคับ โดยจะเป็นการตั้งเบิกงบจากต้นสังกัดโดยตรง อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ยกเว้นกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ซึ่งจะแตกต่างจากสิทธิของข้าราชการพลเรือนซึ่งบริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังโดยตรง เนื่องจากระบบของสิทธิพนักงานปกครองส่วนท้องถิ่น จะมี

คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำเสนอเรื่องการกำหนดแนวทางปฏิบัติการเบิกจ่ายรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น และคาดการณ์ค่าใช้จ่ายกรณีจำนวนผู้มีสิทธิที่จะเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยการรักษายาบาลพนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น เดิมท้องถิ่นแต่ละแห่งจะบริหารจัดการรักษายาบาลเอง

นอกจากสิทธิดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีสวัสดิการของหน่วยงานรัฐอื่น ๆ ซึ่งมีหน่วยงานนั้น ๆ เป็นผู้ดูแล โดยเป็นสวัสดิการเบิกจ่ายรักษายาบาลของรัฐของหน่วยงานรัฐสังกัดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ซึ่งคุ้มครองบริการรักษายาบาลให้กับพนักงานหน่วยงานรัฐต่าง ๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หน่วยงานรัฐที่จัดตั้งตาม พ.ร.บ. เฉพาะ ฯลฯ และอาจคุ้มครองถึงบุคคลในครอบครัวด้วย ทั้งนี้ ขึ้นกับระเบียบของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ บริษัท การบินไทย จำกัด บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นต้น

5) การประกันภัยสุขภาพภาคเอกชน

การประกันภัยสุขภาพภาคเอกชน จะมีความแตกต่างจากสวัสดิการจากภาครัฐ คือ ประชาชนสามารถบริหารความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ตามที่ต้องการ ไม่ถูกจำกัดสิทธิในการเข้ารับการรักษาขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาได้ทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างชัดเจน โดยการประกันภัยสุขภาพของภาคเอกชน เป็นการดำเนินการ รับประกันภัยสุขภาพโดยบริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัย โดยมีรูปแบบการประกันภัย 2 แบบหลัก ๆ กล่าวคือ 1) การประกันภัยสุขภาพ ที่ให้ความคุ้มครองการรักษายาบาลแก่ผู้เอาประกันภัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากโรคภัย และ 2) การประกันภัยอุบัติเหตุ ที่คุ้มครองการรักษายาบาลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยมีลักษณะการคุ้มครองผลประโยชน์ 3 ประเภท คือ 1) ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล (In-Patient Department: IPD) คือ ผลประโยชน์สำหรับบริการเกี่ยวกับการพักรักษาเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล อันเป็นผลมาจากความบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วย เช่น ค่าห้องพัก ค่าอาหาร ค่าปรึกษาแพทย์ ค่ายารักษาโรค ค่ารถพยาบาลและอุปกรณ์อื่น ๆ และค่าบริการห้องผ่าตัดต่าง ๆ เป็นต้น 2) ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (Out-patient Department: OPD) คือ ผลประโยชน์สำหรับบริการเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือคลินิกที่มีแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ประจำอยู่ โดยไม่ต้องพักรักษาตัวเป็นคนไข้ใน เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ และสามารถรักษาโดยไม่ต้องใช้เวลานาน หรือไม่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์เฉพาะโรค 3) ผลประโยชน์

เพิ่มเติมอื่น ๆ ผลประโยชน์ประเภทนี้แตกต่างกันไปตามสัญญาการคุ้มครองเฉพาะประเภท การศึกษาพยาบาล ได้แก่ การคุ้มครองการคลอดบุตร การรักษาทันตกรรมการดูแลรักษา โดยพยาบาลพิเศษ การเจ็บป่วยหรือการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ประชาชนสามารถบริหารความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ตามที่ต้องการ ไม่ถูกจำกัดสิทธิในการเข้ารับการรักษาขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาได้ทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างชัดเจน โดยมีรูปแบบการประกันภัย 2 แบบหลัก ๆ กล่าวคือ 1) การประกันภัยสุขภาพ 2) การประกันภัยอุบัติเหตุ

ประเด็นการบริหารความเสี่ยง

1) การบริหารความเสี่ยงของประกันภัยของเอกชน

การประกันภัยเป็นธุรกิจที่เชี่ยวชาญในด้านการบริหารความเสี่ยงให้กับประชาชนผู้มีความต้องการโอนความเสี่ยงภัยในส่วนที่ไม่สามารถรับไว้เองได้ให้กับองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่าเป็นผู้บริหารจัดการแทนโดยตอบแทนด้วยเบี้ยประกันภัย ซึ่งเมื่อเกิดเหตุที่ได้รับความเสียหาย ประกันภัยจะดำเนินการชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามจำนวนเงินที่ประชาชนได้เอาประกันภัยไว้ หรือหากเปรียบเทียบง่าย ๆ คือเมื่อเกิดเหตุต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล บริษัทประกันภัยจะจ่ายค่ารักษานั้นให้ แม้ว่าผู้เข้ารับการรักษาจะจ่ายจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยมาเพียงเล็กน้อยก็ตาม เพราะการประกันภัยคือการบริหารความเสี่ยงโดยการที่มีผู้เอาประกันภัยจำนวนมากมาร่วมแบ่งความเสี่ยงร่วมกัน บริษัทประกันภัยซึ่งบริษัทประกันภัยจะต้องคำนึงถึงหลักการ ดังนี้

1.1) การดำรงเงินกองทุน จะต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด โดยอัตราส่วนที่ แต่ละบริษัทประกันวินาศภัยและประกันชีวิตดำรงไว้จะเป็นเครื่องยืนยันถึง ความสำคัญต่อฐานะและ ความมั่นคงของบริษัทด้วย แต่ละบริษัทจึงรักษาฐานะทางการเงินให้อยู่ในระดับสูง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชน โดยอัตราส่วนความเพียงพอของเงินกองทุนที่ต้องดำรงตามกฎหมาย สำนักงาน คปภ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์การกำกับดูแล การดำรงเงินกองทุนตามระดับความเสี่ยง (Risk Based Capital: RBC) ให้บริษัทดำรงเงินกองทุนให้เพียงพอที่จะรองรับความเสี่ยงประเภทต่าง ๆ ได้

1.2) การประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยหลาย ๆ แห่งสามารถรับประกันภัยรายใหญ่ ๆ ได้เพราะมีระบบประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยจึงไม่ต้องรับความเสี่ยงภัยไว้เองทั้งหมด กล่าวคือ เมื่อใดที่บริษัทประกันภัยเห็นว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยรายใดรายหนึ่งรวมกันแล้ว สูงเกินกว่าที่จะรับไว้เองได้ทั้งหมด ก็จะนำส่วนที่เกินกำลังที่จะรับความเสี่ยงภัยนั้นไปประกันภัยต่อบริษัทประกันภัยอื่น ๆ ซึ่งหากรวมบริษัทประกันภัย

ในประเทศทั้งหมดเพื่อกระจายความเสี่ยงภัยแล้วยังไม่เพียงพอ ก็จะโอนความเสี่ยงภัยไปยังบริษัทประกันภัยต่อต่างประเทศ ซึ่งฐานะความมั่นคงทางการเงินของบางบริษัทมีมากกว่าเงินงบประมาณแต่ละปีของภาครัฐเป็นจำนวนเงินหลายเท่า เพราะการเก็บเบี้ยประกันภัยมาเป็นระยะเวลายาวนานและมีความแข็งแกร่งทางการเงินสูง โดยยกตัวอย่างบริษัทประกันภัยต่อต่างประเทศที่รับดำเนินการรับความเสี่ยงภัยรายใหญ่ที่สุดของภาครัฐคือ Munich Reinsurance Company และ Swiss Re Asia Pte. Ltd.

กล่าวโดยสรุป ในปีเดียวกันบริษัทประกันภัยไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้กับผู้เอาประกันภัยทุกคนเพราะมีความเป็นไปได้ยากที่จะเกิดเหตุทั้งหมด แต่เนื่องจากทุกอย่างมีความเป็นไปได้ในทางสถิติ แม้จะมีความเป็นไปได้ยาก แต่ก็มีโอกาสเกิดขึ้น ดังนั้น การที่บริษัทประกันภัยรับโอนความเสี่ยงภัยมาจากผู้เอาประกันภัย

2) การบริหารความเสี่ยงด้วยการประกันภัยของเอกชนที่โอนความเสี่ยงจากภาครัฐ

แนวคิดต้นแบบที่ภาครัฐโอนความเสี่ยงภัยส่วนหนึ่งที่รัฐต้องแบกรับเองในแต่ละปี มาให้ภาคเอกชนดำเนินการบริหารจัดการแทน โดยการกำกับและดูแลอย่างเข้มงวดนั้น แนวคิดของการโอนความเสี่ยงด้านการประกันภัยสุขภาพสำหรับผู้ได้รับสวัสดิการของภาครัฐไม่ใช่โครงการแรกที่ภาคเอกชนดำเนินการ โดยปัจจุบันที่รัฐบาลได้โอนความเสี่ยงภัยส่วนหนึ่งที่รัฐต้องแบกรับจากเงินชดเชยให้แก่เกษตรกรเมื่อเกิดภัยพิบัติ มาในรูปแบบของการดำเนินโครงการประกันภัยพืชผล โดยเป็นการบริหารความเสี่ยงส่วนเพิ่ม ดังปรากฏในการประกันภัยข้าวนาปี และการประกันภัยข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการออกกฎหมายบังคับใช้ให้เจ้าของรถจะต้องมีการประกันภัย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 หรือที่รู้จักกันประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ ด้วยสาเหตุที่การประกันภัยเป็นรูปแบบหนึ่งที่องค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ใช้ในการบริหารความเสี่ยง การโอนความเสี่ยงให้กับบริษัทรับประกันภัยจึงเป็นการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดีที่สามารถกำหนดจำนวนเงินที่สามารถรับเสี่ยงภัยไว้เองและการโอนความเสี่ยงภัยไปยังบริษัทรับประกันภัยต่ออย่างเป็นระบบ ซึ่งรัฐบาลก็ถือเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สามารถเลือกจัดการความเสี่ยงได้โดยการทำประกันภัยเช่นเดียวกัน โดยสามารถเทียบเคียงแนวคิดที่เคยดำเนินการเป็นรูปธรรม ซึ่งการบริหารความเสี่ยงด้วยการประกันภัยของเอกชนที่โอนความเสี่ยงจากภาครัฐมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

2.1) โครงการประกันภัยพืชผลโครงการประกันภัยพืชผลเป็นโครงการที่บูรณาการร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนที่มีความเข้มแข็ง ดังนั้น การบริหารจัดการในรูปแบบของการชดเชยค่าสินไหมทดแทนได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบทางอิเล็กทรอนิกส์ สร้างความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน โดยอาศัยการเชื่อมโยงข้อมูลทุกอย่างระหว่าง

หน่วยงาน และเป็นการประกันภัยพิบัติผลเป็นการบูรณาการความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้เกษตรกรมีความมั่นคงทางด้านการเงิน และบรรเทาความเสียหายเมื่อประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ และในส่วนของรูปแบบการรับประกันภัย เป็นความร่วมมือของบริษัทประกันวินาศภัยที่ร่วมโครงการ โดยการมอบหมายให้สมาคมประกันวินาศภัยไทยเป็นผู้บริหารโครงการทั้งในด้านการเป็นคนกลางประสานงานจากภาครัฐ และการรับประกันภัย จ่ายค่าสินไหมทดแทน รวมถึง การประสานจัดหาประกันภัยต่อกับต่างประเทศ โดยเฉพาะการบริหารความเสี่ยงในด้านการรับประกันภัยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยได้มีการจัดหาบริษัทรับประกันภัยต่อ (Reinsurance) ที่มีความน่าเชื่อถือและมีความมั่นคงเป็นที่ยอมรับของทั่วโลก เพื่อมารับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น จนเกินกว่าความสามารถของบริษัทรับประกันภัยในประเทศ

ดังนั้นเบี้ยประกันภัยและความคุ้มครองมีพัฒนาการที่ต่อเนื่อง คือ เบี้ยประกันภัยลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีพื้นที่ ๆ เอาประกันภัยเพิ่มขึ้น ส่วนความคุ้มครองก็มีการเพิ่มประเภทภัยที่ให้ความคุ้มครองและจำนวนเงินความคุ้มครอง เช่น เพิ่มภัยที่ให้ความคุ้มครองนอกเหนือจากภัยน้ำท่วมหรือฝนตกหนัก ภัยแล้ง ฝนแล้ง หรือฝนทิ้งช่วง ลมพายุหรือพายุไต้ฝุ่น ภัยอากาศหนาวหรือน้ำค้างแข็ง ลูกเห็บ ไฟไหม้ เป็นภัยสำหรับความเสียหายที่เกิดจากศัตรูพืชหรือโรคระบาด โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2555 และเพิ่มภัยช้างป่า ในปี 2562 และจำนวนเงินความคุ้มครองก็เพิ่มขึ้น จาก 1,111 บาท/ไร่ สำหรับความเสียหายจากภัยธรรมชาติ มาเป็น 1,260 บาท/ไร่ และกรณีความเสียหายจากศัตรูพืชหรือโรคระบาด เพิ่มจาก 555 บาท เป็น 650 บาท/ไร่ (สมาคมประกันวินาศภัยไทย, 2562)

3) การประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ

ตั้งแต่พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 มีผลบังคับใช้เป็นต้นมา สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (เดิมคือกรมการประกันภัย) ร่วมกับสมาคมประกันวินาศภัยไทย ได้มีส่วนร่วมในการนำเสนอเพื่อพัฒนาและปรับปรุงเรื่องต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมโดยยึดเจตนารมณ์ของกฎหมายและคำนึงถึงผู้บริโภคเป็นสำคัญ โดยได้มีการออกคำสั่ง นายทะเบียนเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง และอัตราเบี้ยประกันภัยอย่างต่อเนื่อง

อัตราเบี้ยประกันภัย ได้มีการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัย ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความเสี่ยงภัยที่แท้จริงของแต่ละประเภท โดยนำสถิติการรับประกันภัยมาประกอบการพิจารณาปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันภัยในแต่ละครั้ง จากเดิมอัตราเบี้ยประกันภัยรถยนต์ ตาม พ.ร.บ. เป็นอัตราเบี้ยประกันภัยขั้นสูง แต่ปรากฏว่าในทางการตลาดมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง จึงได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นอัตราเบี้ยประกันภัยแบบคงที่ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2551 ทั้งนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยหลายครั้ง

ล่าสุดได้มีคำสั่งนายทะเบียนที่ 1/2551 ลงวันที่ 4 มกราคม 2551 เรื่อง กำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยรถ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เริ่มใช้บังคับ 1 มีนาคม 2551 ซึ่งคำสั่งนายทะเบียนดังกล่าวได้มีการปรับลดเบี้ยประกันภัยรถบางประเภทที่มีความเสียหายไม่มากนัก โดยคำนึงถึงหลักพื้นฐานของการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับคือ “ไม่กำไร – ไม่ขาดทุน” จำนวนเงินความคุ้มครอง เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับความคุ้มครองตามความเสียหายที่แท้จริง จึงได้ทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในส่วนของความเสียหายเบื้องต้นและค่าสินไหมทดแทนในแต่ละกรณีให้มีความคุ้มครองที่เหมาะสม โดยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งความคุ้มครองมีทั้งจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นและรายการที่เพิ่มขึ้น

ดังนั้นภาครัฐควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจัง ก็ส่งผลให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยง จึงมีความสนใจการทำประกันภัยเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองความเสี่ยง จึงทำให้มีหน่วยของความเสี่ยงภัยที่คล้ายคลึงกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้รับประกันภัยสามารถคำนวณความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยอาศัยกฎว่าด้วยจำนวนมาก (Law of Large Numbers) ถ้าหากมีหน่วยความเสี่ยงภัยที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน (Homogeneous Risks) เป็นจำนวนมากพอ ผู้รับประกันภัยก็จะสามารถคำนวณความเสียหายที่จะเกิดขึ้นได้ค่อนข้างแม่นยำ ทั้งในแง่ของความถี่ และความรุนแรงโดยเฉลี่ยของความเสียหายที่จะเกิดขึ้น (Average Frequency and Average Severity of Loss) เบี้ยประกันภัยจึงสามารถลดลงได้ และเพิ่มความคุ้มครองให้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ตามตัวอย่างโครงการประกันภัยข้าวนาปี และประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ (พ.ร.บ.) ซึ่งต้องใช้เวลาการเก็บสถิติในระยะเวลานานหนึ่ง รวมถึงประกันภัยยังมีการบริหารความเสี่ยงเบี้ยประกันภัยที่ได้รับมาจากประชาชนและภาครัฐโดยการจัดทำการประกันภัยต่อ (Reinsurance) ซึ่งเป็นวิธีการบริหารจัดการความเสี่ยงภัยอย่างหนึ่งในหลาย ๆ วิธีที่บริษัทประกันภัยเลือกใช้ในการโอนหรือกระจายส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของภัยที่รับเอาไว้ไปให้บริษัทอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นรายเดียวหรือหลายรายก็ได้ เพื่อให้เหลือความรับผิดชอบอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับฐานะการเงินของบริษัท และเพื่อป้องกันมิให้ได้รับผลกระทบในเรื่องของเสถียรภาพทางการเงินหากเกิดความเสียหายขึ้นมา ดังนั้น เมื่อเกิดความเสียหายย่อมแน่นอนว่าบริษัทประกันภัยสามารถมีเงินชดเชยให้ได้ทุกครั้ง (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2564)

ประเด็นการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของประกันสุขภาพเอกชนในระบบประกันสุขภาพแบบหลักในประเทศไทย ที่เหมาะสมกับการดำเนินการด้านสุขภาพใน

ประเทศไทย การบริหารจัดการ รูปแบบการประกันภัย รวมถึงกฎหมาย กฎระเบียบ มีประเด็นที่จะนำเสนอต่อไปนี้

1) ด้านระบบบริหารจัดการ และการให้บริการของระบบประกันภัยสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพโดยอาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าการบริหารจัดการ และการให้บริการของระบบประกันภัยสุขภาพมีความเป็นไปได้ในหลายทางเลือก โดยที่ผู้เขียนได้ประมวลผลความเป็นไปได้แล้วมีความเห็นว่า ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด คือ การบริหารความเสี่ยงแบบขั้นบันได โดยการโอนความเสี่ยงส่วนหนึ่งมาให้ภาคเอกชน บริหาร และภาครัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อนำมาจ่ายค่าเบี้ยประกันภัยให้กับทั้งผู้มีสิทธิจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสิทธิตามสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ เพื่อเป็นเครื่องมือในการลดความเหลื่อมล้ำของทั้งสองระบบ โดยที่ยังคงอยู่ใน รูปแบบเดิมแต่เป็นการพัฒนาต่อยอดจากสิ่งที่แต่ละหน่วยงานสร้างมา ก่อให้เกิด วิวัฒนาการด้านสุขภาพ เป็นการบูรณาการสิ่งที่ดีของแต่ละฝ่าย และลดจุดด้อย โดยเสนอ รูปแบบการรับประกันภัย

2) ด้านประกันภัยและความคุ้มครอง

ภายใต้การประกันภัยสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีการกำหนดกรอบการพิจารณาโดยมี รายละเอียดของข้อเสนอด้านประกันภัยและความคุ้มครองระบบประกันภัยสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ และข้อเสนอเบี้ยประกันภัยนั้นฐานข้อมูลมี ไม่เพียงพอต่อการประมาณการค่าใช้จ่ายในภาพรวมที่เป็นประชากรกว่าร้อยละ 90 ของ ประเทศ และยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของกรมบัญชีกลางสำหรับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับ สิทธิการรักษาพยาบาลจากสิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น จึงยังไม่ สามารถกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยที่สะท้อนความเสี่ยงภัยที่แท้จริงได้ จึงจำเป็นต้องมีการ พิจารณานำเสนอในโอกาสต่อไป ทั้งนี้ คาดการณ์ว่าหากคำนวณจากต้นทุนค่า รักษาพยาบาล ที่เบิกจ่ายเฉพาะค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลจากภาครัฐ การกำหนดเบี้ยประกันภัย ควรจะใช้วิธีการคำนวณต้นทุนค่า รักษาพยาบาลตามสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่อ้างอิงจากหลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์ ประกันภัย รวมค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโครงการฯ รวมทั้ง การประกันภัยสุขภาพนั้น ธุรกิจประกันวินาศภัยจะต้องเสียภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ในอัตราร้อยละ 7 เงินสมทบเข้า กองทุนประกันวินาศภัยในอัตราร้อยละ 0.25 ของเบี้ยประกันภัย และเงินสมทบ คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยในอัตราที่สำนักงาน คปภ. กำหนด ดังนั้น จึงควรมีกฎหมายกำหนดไว้เป็นข้อยกเว้นการจัดเก็บดังกล่าว

3) การนำข้อเสนอไปปฏิบัติเป็นรูปธรรม

กฎระเบียบ ข้อเสนอการประกันสุขภาพพื้นฐานภาคบังคับนี้ จำเป็นต้องมีการออกกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ และอนุบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเป็นการให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ เพื่อให้การดำเนินการสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่นเดียวกับการกำหนดกฎหมายของประเทศเยอรมันที่สภากลาง Bundestag ได้ประกาศใช้กฎหมาย The e-Health Act ที่กำหนดเส้นตายให้มีการใช้บัตรสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ภายในปลายปี 2018 หรือประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ได้ออกกฎหมายเพื่อการดำเนินการ 2 ฉบับ ได้แก่ Health Insurance Act ฉบับปี ค.ศ. 2006 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาการเจ็บป่วย และ Health Care Market Regulation Act ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการผลักดันและนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่บริหารระบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันควรร่วมกันกำหนดรูปแบบและจัดหาผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในแต่ละด้านมากำหนดโครงสร้างขององค์กรที่บริหารโครงการ คือศูนย์บริหารการรับประกันภัยและพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน เพื่อให้ประเทศชาติได้รับประโยชน์สูงสุด โดยอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค และการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการโครงการแต่ละหน่วยงาน

ดังนั้นหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมบูรณาการกำหนดนโยบายและจัดตั้งนิติบุคคลตามกฎหมาย เพื่อเป็นศูนย์กลางบริหารการรับประกันภัย การกำหนดนโยบาย และการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนสิทธิตามสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ เพื่อเป็นเครื่องมือในการลดความเหลื่อมล้ำของทั้งสองระบบ โดยที่ยังคงอยู่ในรูปแบบเดิมแต่เป็นการพัฒนาต่อยอดจากสิ่งที่แต่ละหน่วยงานสร้างมา ก่อให้เกิดวิวัฒนาการด้านสุขภาพ เป็นการบูรณาการสิ่งที่ดีของแต่ละฝ่าย และลดจุดด้อย โดยเสนอรูปแบบการรับประกันภัย

สรุป

ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่ดีและมีความพร้อมในทุกๆ ด้าน มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำสัญญากับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้เกิดการใช้บริการสุขภาพและผลประโยชน์ต่อประชาชนในรูปแบบที่เอื้อประโยชน์ต่อคนจน (pro-poor) ระบบการจ่ายเงินแบบปลายปิดช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพ ชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมและการขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาโรคแพงแต่มี

ความคุ้มค่ายังช่วยป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและช่วยลดภาวะล้มละลายทางการเงิน และกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่ารักษาพยาบาล

อนึ่ง การประกันสุขภาพเอกชนในระบบประกันสุขภาพแบบหลักในประเทศไทย ได้มีการประมวลองค์ความรู้จากการประกันภัยสุขภาพพื้นฐานสำหรับผู้ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากภาครัฐ (การประกันภัยสุขภาพภาคบังคับ) ทำให้ประชาชนผู้ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลราชการ และ ผู้ใช้สิทธิ สปสช. และมีทางเลือกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยไม่จำกัดสถานพยาบาล ไม่จำกัดคุณภาพ และวิธีการรักษา ตลอดจนข้อจำกัดเรื่องยา รวมถึงได้นำเสนอการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านสภาพทั่วไปของประกันสุขภาพเอกชนในระบบประกันสุขภาพแบบหลักในประเทศไทย ด้านการบริหารความเสี่ยง และการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการออกกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ และอนุบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปสู่ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ระบบประกันภัยเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของประเทศ โดยการนำการประกันภัยเอกชนมาใช้ในระบบประกันสุขภาพแบบหลักในประเทศไทย เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม สร้างความเป็นธรรมแบบยั่งยืน และเสมอภาค
2. สร้างเสถียรภาพด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนและมีมาตรฐานเดียวกัน
3. เป็นการส่งเสริมสนับสนุนการประกอบธุรกิจการประกันภัยให้เกิดการขยายตัวไปสู่ระดับรากหญ้าให้ประชากรภาคเกษตรกรรมสามารถเข้าถึงระบบการประกันภัยได้อย่างเสมอภาค
4. ต่อยอดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชน ในการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และรองรับสังคมผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2564) ที่มีความต้องการการประกันดูแลสุขภาพในระยะยาว สามารถรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ (New normal) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2564). *กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น*. สืบค้น 15 เมษายน 2564. จาก <http://www.dla.go.th/index.jsp>.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *สถิติ 10 ประการ ที่ควรรู้เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28370>
- กระทรวงแรงงาน (2564) *กองทุนประกันสังคม*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2564, จาก http://sau-jeddah.mol.go.th/employee/fund_social
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2564). *สรุปบันทึกการประชุม คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2564, จาก <https://shorturl.asia/dm7uv>
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (2564). สืบค้น 15 เมษายน 2564, จาก <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2564). *ระบบสวัสดิการสังคม*. (ออนไลน์). สืบค้น 15 เมษายน 2564, จาก <https://tdri.or.th/issue/social-welfare/research>.
- สมาคมประกันวินาศภัยไทย. (2564). (ออนไลน์) . สืบค้น 1 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.tgia.org/download-TH>.
- สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (2563). *ความเป็นมาและวัตถุประสงค์*. สืบค้น 15 สิงหาคม 2564, <https://www.oic.or.th/th/fund/good-governance>
- สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจ กระทรวงการคลัง. (2561). *ร่าง พ.ร.บ. กองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบข).* สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- Academic focus. (2564). *เศรษฐกิจไทย*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.parliament.go.th/library>