

การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563

พงศธร พอกเพิ่มดี*

ชนิษฐา ภูสีมุงคุณ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: พงศธร พอกเพิ่มดี

บทคัดย่อ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคนตั้งแต่ พ.ศ. 2545 แต่ปัจจุบันยังมีระบบหลักประกันสุขภาพสำคัญ 3 ระบบใหญ่ ที่ยังมีความเหลื่อมล้ำเพราะมีความเป็นมา การบริหารจัดการ อัตราและวิธีการจ่ายเงิน ให้สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาด้วยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และคลอดบุตร ณ วันที่ 1 มกราคม 2563 ผลจากการศึกษาพบว่าสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน 11 สิทธิประโยชน์ มี 7 สิทธิประโยชน์ที่ระบบประกันสังคมไม่มี แต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี และมี 2 สิทธิประโยชน์ที่ระบบประกันสังคมมี แต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี ส่วนสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่ต่างกัันนั้น พบว่ามี 3 สิทธิประโยชน์ที่บริหารจัดการเหมือนกันแต่มีอัตราการชดเชยที่ต่างกัน มี 7 สิทธิประโยชน์ที่ระบบประกันสังคมมีการบริหารจัดการเฉพาะหรือมีอัตราชดเชยให้สถานพยาบาลที่สูงกว่า และมี 13 สิทธิประโยชน์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบบริหารจัดการเฉพาะหรือมีอัตราชดเชยให้สถานพยาบาลที่สูงกว่า และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาเมื่อ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 พบว่า 10 ปีที่ผ่านมา ระบบประกันสังคมได้ปรับวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยใน จากแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) เป็นแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มีระบบยา จ (2) มีงบประมาณรายหัวและอัตราการชดเชยผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมากกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น 27 รายการ มีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมเพิ่มขึ้นจาก 81 รายการเป็น 291 รายการ ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น 30 รายการ มีจำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียมเพิ่มขึ้นจาก 270 รายการเป็น 316 รายการ ความแตกต่างด้านสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างสองระบบจากเดิม 15 รายการเหลือเพียง 11 รายการ และความแตกต่างด้านสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการต่างกัน จากเดิม 26 รายการ เหลือเพียง 20 รายการ อย่างไรก็ตาม โดยรวมแล้วระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีการบริหารจัดการเฉพาะโรคและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่มากกว่าระบบประกันสังคม แต่มีงบประมาณรายหัวและอัตราการชดเชยผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ต่ำกว่าระบบประกันสังคม ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญคือ ควรศึกษาเปรียบ

* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Received 12 February 2020; Revised 17 March 2020; Accepted 19 March 2020

Suggested citation: Pokpermddee P, Phooseemungkun K. Comparative management and benefit packages between social security scheme and universal coverage scheme in 2020. Journal of Health Systems Research 2020;14(1):26-42.

พงศธร พอกเพิ่มดี, ชนิษฐา ภูสีมุงคุณ. การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563;14(1):26-42.

เทียบผลลัพธ์ของการให้บริการระหว่าง 2 ระบบประกันสุขภาพในด้านต่างๆ ต่อไป เช่น ด้านการเข้าถึงบริการ ต้นทุน-ประสิทธิภาพ คุณภาพการให้บริการ รวมทั้งศึกษาเกี่ยวกับการจัดตั้งหน่วยงานระดับประเทศเพื่อเป็นเจ้าภาพในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของไทยให้ทัดเทียมกัน สมดังเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

คำสำคัญ: ลิทธิประโยชน์, การบริหารจัดการ, ประกันสังคม, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Comparative Management and Benefit Packages between Social Security Scheme and Universal Coverage Scheme in 2020

Pongsadhorn Pokpermdée*, Khanisthar Phooseemungkun†

* Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health

† Thai Health Promotion Foundation

Corresponding author: Pongsadhorn Pokpermdée, pongsadhorn@gmail.com

Abstract

Thailand achieved universal health coverage (UHC) since 2002. There are 3 main health insurance schemes with differences in agencies in charge, benefit packages, management, and payment mechanisms operationalizing UHC in Thailand. The aim of this study was to compare the differences in management of and benefit packages between the Social Security Scheme (SSS) and the Universal Coverage Scheme (UCS) in 2020. We applied a descriptive study, and reviewed related documents as of 1 January 2020. The results indicated that there were 11 different benefit packages between SSS and UCS. UCS had 7 more benefit packages than SSS, while SSS had 2 more benefit packages than UCS. However, the similar 20 benefit packages had different management. Seven benefit packages of SSS had special management or higher rate of reimbursement than UCS whereas 13 benefit packages of UCS had special management or higher rate of reimbursement than SSS. Furthermore, when compared results with the similar study in 2011, SSS changed inpatient payment mechanisms from capitation to diagnosis related groups (DRGs), implemented special drug management system and increased annual budget per person and reimbursement rate for inpatient higher than UCS. SSS added 27 new benefit packages and added new equipment and prostheses from 81 to 291 items. UCS added 30 new benefit packages and added new equipment and prostheses from 270 to 316 items. The differences in benefit packages between 2 schemes reduced from 15 services in 2011 to 11 service in 2020 and the differences in the similar benefit packages but different management reduced from 26 services in 2011 to 20 service in 2020. In conclusion, UCS had more special management and benefit packages than SSS whereas SSS had higher budget per person per year and higher rate of inpatient reimbursement than UCS. Further studies on access, cost effectiveness and quality outcome were recommended to compare between SSS and UCS. The set up of national organization to harmonize the health insurance schemes in Thailand as mandated in the latest constitution of the Kingdom of Thailand was also recommended.

Keywords: benefit package, management, social health insurance, universal coverage scheme

บทคัดย่อและเหตุผล

การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพของไทยเริ่มขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2488 โดยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยอย่างไม่เป็นทางการ ต่อมามีการริเริ่ม

ระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มต่างๆ⁽¹⁾ ดังนี้

พ.ศ. 2506 สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ บุคลากรของรัฐและบุคคลในครอบครัว



พ.ศ. 2518 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปน.)

พ.ศ. 2524 บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยแบบครอบครัว (อายุ 3 ปี)

พ.ศ. 2526 โครงการบัตรสุขภาพสำหรับคนทั่วไป

พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติประกันสังคม สิทธิประโยชน์ด้านรักษายาบาลสำหรับผู้ประกันตน

พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ

พ.ศ. 2547 กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

พ.ศ. 2553 กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

พ.ศ. 2560 เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patient)

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ 1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครอบคลุม 48.3 ล้านคน) 2) ระบบประกันสังคม (ครอบคลุม 13.3 ล้านคน) 3) สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ บุคลากรของรัฐและบุคคลในครอบครัว (ครอบคลุม 4.9 ล้านคน) นอกจากสามระบบใหญ่แล้ว ยังมีระบบย่อยอื่นๆ (ครอบคลุม 1.8 ล้านคน) ที่ดูแลบุคคลนอกเหนือจากนั้น เช่น บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ครูเอกชน ข้าราชการและลูกจ้างในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว^(2,3) แต่ทว่าระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าวยังมีความเหลื่อมล้ำ เพราะแต่ละระบบมีแนวคิดความเป็นมา และกฎหมายรองรับที่ต่างกัน แต่ระบบจึงกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ ตลอดจนวิธีและอัตราการจ่ายเงินให้สถานบริการต่างกัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข. (4) ระบุให้มีการ “ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียม

กัน”⁽⁴⁾ ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยมีความแตกต่างกันมานานถึง 15 ปี ด้วยเหตุนี้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องหาแนวทางปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพให้ทัดเทียมกัน

การศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้เคยมีการทำการศึกษามาก่อนแล้วเป็นครั้งแรก โดยได้มีการนำเสนอผลการศึกษาต่อสาธารณะเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554⁽¹⁾ ส่งผลให้ระบบประกันสังคมมีการปรับปรุงด้านการแพทย์ครั้งใหญ่ การศึกษาครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 มีวิธีการศึกษาและเงื่อนไขในการศึกษาที่เหมือนกัน มีระยะเวลาห่างกัน 10 ปี เพื่อที่จะแสดงให้เห็นพัฒนาการของทั้งสองระบบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสองระบบให้ดียิ่งขึ้น สมดังเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563 ในครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีเงื่อนไข คือ

1. การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ จะเปรียบเทียบเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลและการคลอดบุตรเท่านั้น ไม่รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้ประกันตนได้รับจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเป็นส่วนที่จัดไว้ชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานหรือประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นกองทุนเฉพาะนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคม

2. การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบประกันสังคมกำหนดตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

พ.ศ. 2533 หมวดที่ 2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้แก่ มาตรา 62, 63, 64 หมวดที่ 3 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร มาตรา 66, 67, 68 กับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 ในส่วน “ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข”

การเปรียบเทียบในครั้งนี้จำแนกเป็น 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการ 2) ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง 3) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่าง 4) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่าง และ 5) การเปรียบเทียบผลการศึกษาการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ ระหว่างการศึกษาครั้งที่ 1 พ.ศ. 2554 และครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563

ทั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะคือทีมที่ได้ดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของระบบประกันสุขภาพทั้งสองระบบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2553 ดังนั้น ในครั้งนี้จึงใช้วิธีการศึกษาและเงื่อนไขต่างๆ ในรูปแบบเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยง่าย และจะทำให้เห็นพัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสองระบบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ส่วนการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเปรียบเทียบการบริหารจัดการทั้งสองระบบนั้น ได้กำหนดในเบื้องต้นว่าหากระบบใดมีการบริหารจัดการเฉพาะน่าจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ ที่ดีกว่าระบบที่ไม่มีการบริหารจัดการใดๆ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการ

1.1 ระบบประกันสังคม เป็นระบบสวัสดิการสังคมภาคบังคับ จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2533⁽⁵⁾ เพื่อคุ้มครองประชาชนวัยทำงานที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่มีนายจ้าง มีงบประมาณจากการร่วมจ่าย 3 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 7 อย่าง คือ คลอด

บุตร สงเคราะห์บุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพ ว่างงาน และเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มาตรา 33 คือ ผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการและมีนายจ้าง อายุ 15-60 ปี กลุ่มที่ 2 มาตรา 39 คือ ผู้ที่เคยอยู่ในมาตรา 33 มาก่อน และมีความประสงค์จะอยู่ในระบบประกันสังคมต่อ ซึ่งอาจจะมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปก็ได้ และจะต้องจ่ายสมทบเองได้รับสิทธิ 6 อย่าง ยกเว้นการว่างงาน กลุ่มที่ 3 มาตรา 40 คือ จ่ายสมทบ 70 บาทต่อเดือน รัฐบาลร่วมสมทบ 30 บาทต่อเดือน ได้รับสิทธิประโยชน์ 3 กรณี คือ เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย ทูพพลภาพ เงินค่าทำศพ จ่ายสมทบ 100 บาทต่อเดือน รัฐบาลร่วมสมทบ 50 บาทต่อเดือน จะได้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นอีก 1 อย่าง คือ บำเหน็จชราภาพ และจ่ายสมทบ 300 บาทต่อเดือน รัฐบาลร่วมสมทบ 150 บาทต่อเดือน ได้สิทธิคุ้มครอง 5 กรณี จะได้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นอีก 1 อย่าง คือ เงินสงเคราะห์บุตร รวมเป็น 5 อย่าง กลุ่มนี้จะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นผู้บริหารจัดการ

1.2 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการสังคม ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นและมีคุณภาพ จัดตั้งเมื่อ พ.ศ. 2545⁽⁶⁾ โดยมีแหล่งงบประมาณจากระบบภาษี ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพนี้ คือ คนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพระบบอื่นๆ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้บริหารจัดการ ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ พ.ศ. 2563 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง

เงื่อนไขความคุ้มครองของระบบประกันสังคมคือต้องเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และ 39 และต้องจ่ายเงินสมทบกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายใน 15 เดือน กรณีคลอดบุตรจ่ายเงินสมทบ



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ พ.ศ. 2563

ประเด็น	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. รูปแบบการประกัน	ระบบประกันสังคม	สวัสดิการสังคม
2. รูปแบบองค์กร	หน่วยงานราชการ	องค์การมหาชน
3. กลไกอภิบาลระบบ	คณะกรรมการประกันสังคม (ปลัดกระทรวงแรงงานเป็นประธาน)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (รมว.สธ. เป็นประธาน)
4. แหล่งที่มาของงบประมาณ	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐบาล (ฝ่ายละ 1.5%)	ภาษีทั่วไป
5. สัดส่วนงบประมาณที่รัฐบาลอุดหนุน	33%	100%
6. จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน) ^(2,3)	ม. 33 (11.69) ม. 39 (1.64) ม. 40 (3.2)	48.3
7. ค่าใช้จ่าย/คน/ปี (บาท) ^(7,8)	3,959	3,600
8. งบประมาณ/ปี (ล้านบาท) ⁽⁹⁾ (เฉพาะด้านการรักษาพยาบาล)	48,349	173,750

หมายเหตุ ข้อมูลผู้ประกันตน ณ เดือนพฤศจิกายน 2562 และข้อมูลผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ณ เดือนกรกฎาคม 2562

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบขอบเขตและเงื่อนไขความคุ้มครองระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

ประเด็น	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. เงื่อนไขความคุ้มครอง	ผู้ประกันตนมาตรา 33 และมาตรา 39	ทุกคนที่มีสัญชาติไทย และไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้
2. เงื่อนไขการเกิดสิทธิ	1. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายใน 15 เดือน 2. กรณีคลอดบุตร จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 5 เดือนภายใน 15 เดือน	สามารถเข้ารับบริการได้ทันที หากยังไม่ได้ลงทะเบียนหน่วยบริการ อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ แล้วค่อยเลือกหน่วยบริการประจำ
3. เงื่อนไขการสิ้นสุดของสิทธิ	1. มาตรา 33: เสียชีวิตหรือสิ้นสภาพลูกจ้าง 2. มาตรา 39: เสียชีวิต, ลาออกงาน, กลับไปเป็นผู้ประกันตนตาม ม. 33, ไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกัน, ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน	เสียชีวิตหรือได้รับการคุ้มครองสิทธิในระบบสวัสดิการอื่นของรัฐ
4. ความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	คุ้มครองเฉพาะผู้รับบริการ ⁽¹⁰⁾	คุ้มครองทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ไม่น้อยกว่า 5 เดือนภายใน 15 เดือน จึงจะสามารถไปใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้ ต่างกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีสิทธิสามารถเข้าถึงสิทธิได้ทันที ส่วนเงื่อนไขการสิ้นสุดของสิทธิของระบบประกันสังคมอยู่ที่การไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกันหรือส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน ทั้งนี้เพราะงบประมาณของระบบประกันสังคมมาจากเงินสมทบของ 3 ฝ่าย ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาล ต่างกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาจากระบบภาษี อีกประเด็นที่สำคัญก็คือ ระบบประกันสังคมไม่มีการคุ้มครองผู้ให้บริการเมื่อได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ต่างกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ความคุ้มครองทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องออกระเบียบโดยผ่านความเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง และใช้เงินงบประมาณประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองบุคลากรที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข รายละเอียดดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่างระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2563

จากการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่างสองระบบ พบว่ามีความแตกต่างกัน 11 สิทธิประโยชน์ โดยมี 7 สิทธิประโยชน์ ได้แก่ การตรวจยีนแพ้ยา การล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis: APD) การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) และแบบประคับประคอง (palliative care) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่บ้าน อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสิทธิประโยชน์ดังกล่าวแต่ระบบประกันสังคมยังไม่มี

หากพิจารณาจำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พบว่าระบบประกันสังคมมี 291 รายการ มี 12 รายการที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี และมี 35 รายการที่ราคา

กลางสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี 316 รายการ มี 37 รายการที่ระบบประกันสังคมไม่มี และมี 7 รายการที่มีราคากลางสูงกว่าระบบประกันสังคม ขณะที่สิทธิประโยชน์ 2 รายการ ได้แก่ การเปลี่ยนอวัยวะที่ไม่ครอบคลุมการปลูกถ่ายปอดและตับอ่อน จำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อปี และไม่คุ้มครองการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่า 1 อวัยวะไปพร้อมกัน และรากฟันเทียม ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่มีสิทธิประโยชน์ดังกล่าว รายละเอียดดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันระหว่างระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2563

จากการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันระหว่างสองระบบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีสิทธิประโยชน์และวิธีจ่ายเงินที่เหมือนกันแต่ต่างกันที่อัตราค่าการชดเชยให้สถานพยาบาล จำนวน 3 รายการ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยโดยรถยนต์ การรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง และการให้สารเมทาโดนระยะยาว กลุ่มที่ 2 มีสิทธิประโยชน์เหมือนกันแต่ระบบประกันสังคมมีระบบบริหารจัดการเฉพาะหรือมีอัตราชดเชยที่สูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 7 รายการ ได้แก่ อัตราการชดเชยเลนส์แก้วตาเทียมและการเปลี่ยนกระจกตา โรคหัวใจ การผ่าตัดสมอง การรักษา Cytomegalovirus (CMV) ในโรคไตเรื้อรัง การผ่าตัดข้อเข่าเทียมโดยไม่จำกัดจำนวน การไปรับบริการทันตกรรมที่คลินิกเอกชน และกลุ่มที่ 3 มีสิทธิประโยชน์เหมือนกันแต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบบริหารจัดการเฉพาะหรือมีอัตราชดเชยให้กับสถานพยาบาลที่สูงกว่าระบบประกันสังคม จำนวน 13 รายการ ได้แก่ การฝากครรภ์และการคลอดบุตร ไตวายเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งการสลายนิ้ว โรคฮีโมฟีเลีย การผ่าตัดต่อกระเจก พันตกรรม การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) และการ



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

สิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,11)
1. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	<ul style="list-style-type: none"> - รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศและบริการพื้นฐาน เช่นเดียวกับกองทุนอื่นๆ จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - รับสิทธิเพิ่มเติมคือ การตรวจร่างกาย (คัดกรองการได้ยิน, การตรวจเต้านม, การตรวจตาโดยจักษุแพทย์), การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เม็ดเลือด, ปัสสาวะ), การตรวจสารเคมีในเลือด (น้ำตาล, การทำงานของไต, ไขมัน), การตรวจอื่นๆ (ไวรัสตับอักเสบบ, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งลำไส้ และ chest x-ray)^(12,13) 	<ul style="list-style-type: none"> - บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ ได้แก่ วัคซีน DTwP-HB-Hib, วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล, วัคซีนป้องกันโรคมาลาเรียปากมดลูก, วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไวรัสโรว์ตา, ยา Medabon ยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย สมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ - บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ได้แก่ ตรวจมะเร็งปากมดลูก, ฝากครรภ์ (ANC), คัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์, อาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์, ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH) ทันตกรรมป้องกันเด็กวัยเรียน 4-12 ปี (เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรมถาวร)
2. การคุมกำเนิด	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมเฉพาะการคุมกำเนิดถาวร - ทำหมันชาย ไม่เกิน 500 บาท - ทำหมันหญิง ไม่เกิน 1,000 บาท - การคุมกำเนิดชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด ให้ สปสช. ดูแลแทน 	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมการคุมกำเนิดชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด - การคุมกำเนิดถาวรทั้งหญิงและชาย - การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย - การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. การตรวจยีนแพ้ยา	ไม่ครอบคลุมการตรวจยีนแพ้ยา	การตรวจยีนแพ้ยา HLA-B*1502 ก่อนรักษาด้วยยา Carbamazepine
4. การผ่าตัดปลูกถ่ายและการเปลี่ยนอวัยวะ	<ul style="list-style-type: none"> - คุ้มครองการผ่าตัดปลูกถ่ายและเปลี่ยนอวัยวะ ได้แก่ การปลูกถ่ายไต, การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ, ปอด, ตับ, ตับอ่อน, หัวใจและปอด, หัวใจและไต, ตับและไต, ตับอ่อนและไต, ไชกระดุก - การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตและปลูกถ่ายไขกระดูก ไม่คุ้มครองกรณีผู้ประกันตนป่วยก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน - ไม่จำกัดจำนวนและคุ้มครองการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่า 1 อวัยวะพร้อมกัน⁽¹⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - คุ้มครองการผ่าตัดปลูกถ่ายและเปลี่ยนอวัยวะ ได้แก่ การปลูกถ่ายไต, หัวใจ, ตับ - ไม่ครอบคลุมการปลูกถ่ายปอดและตับอ่อน - จำกัดจำนวนรายผู้ป่วยต่อปี - ไม่คุ้มครองการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่า 1 อวัยวะไปพร้อมกัน
5. การล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis: APD)	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง

ตารางที่ 3 (ต่อ) การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

สิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,11)
6. รากฟันเทียม	คุ้มครองกรณีประสบอุบัติเหตุและสูญเสียฟันทั้งปากหรือเป็นผู้ประกันตนที่มีอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไปและสูญเสียฟันทั้งปาก โดยเบิกจ่ายจริงไม่เกิน 16,000 บาทต่อราก และไม่เกินรายละ 2 ราก	ไม่คุ้มครอง
7. การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)	ไม่มีการจัดบริการ	- มีการบริหารจัดการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และระยะสุดท้ายที่บ้าน ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด - จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ ค่ายา กลุ่มอนุพันธ์อื่น ค่าออกซิเจน การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์	ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์เฉพาะในสถานพยาบาล	ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน เพื่อติดตามการรักษา
9. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	- ทางอากาศยาน ไม่คุ้มครอง - ทางน้ำ (แพขนานยนต์) ไม่คุ้มครอง	- ทางอากาศยาน จ่ายตามระยะทางและระยะเวลาในการบินตั้งแต่ 40,000 บาท สูงสุดไม่เกิน 160,000 บาท ต่อครั้ง - ทางน้ำ (แพขนานยนต์) คุ้มครอง ชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท
10. ค่าห้องพิเศษ	ค่าห้องและอาหารสำหรับห้องพิเศษ เบิกได้ไม่เกิน 700 บาทต่อวัน	เฉพาะค่าห้องและอาหาร เต็มสามัญ (คิดรวมอยู่ในระบบ DRGs)
11. อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	จำนวน 291 รายการ ⁽¹⁵⁾ - 12 รายการที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี - 35 รายการ ที่ราคากลางสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	316 รายการ - 37 รายการ ที่ระบบประกันสังคมไม่มี - 7 รายการ ที่ราคากลางสูงกว่าระบบประกันสังคม

หมายเหตุ สปสข. หมายถึง สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, DRGs หมายถึง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ผ่าตัดแบบแผลเล็ก (minimal invasive surgery) และการรับยาที่ร้านขายยา รายละเอียดดังในตารางที่ 4

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่าง พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2563

การเปรียบเทียบผลการศึกษากาการบริหารจัดการและ

สิทธิประโยชน์ของทั้งสองระบบ ระหว่างการศึกษาครั้งที่ 1 ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 กับครั้งที่ 2 ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากการศึกษาครั้งแรกในปี พ.ศ. 2554 นั้น ผู้วิจัยและคณะคือทีมที่ได้ทำการศึกษาไว้ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวิธีการศึกษารวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ เช่น เดียวกัน ทำให้สามารถนำผลการศึกษาทั้งสองครั้งมาเปรียบเทียบกันได้โดยง่าย เพื่อให้เห็นพัฒนาการของทั้งสองระบบ



ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

กลุ่มสิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,16)
1. เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ในเวลา 72 ชั่วโมง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง สถานพยาบาลของรัฐเบิกได้เต็มจำนวน ส่วนสถานพยาบาลเอกชนเบิกได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด - กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่อยู่ในระบบและเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้ใช้ระบบ UCEP⁽¹⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่อยู่ในระบบ ใช้บริการหน่วยบริการที่ใกล้ที่สุด ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ค่าบริการหน่วยบริการภายในเขต ผู้ป่วยนอกตามจ่ายตามอัตราที่กำหนด ผู้ป่วยในจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) 8,250 บาท/AdjRW กรณีที่หน่วยบริการข้ามเขต 9,600 บาท/AdjRW - กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกระบบ ใช้ระบบ UCEP
2. การส่งต่อผู้ป่วยโดยรถยนต์	<ul style="list-style-type: none"> - ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง และ 300 บาทต่อครั้ง สำหรับพาหนะรับจ้างหรือส่วนบุคคล - ข้ามเขตจังหวัด จ่ายเพิ่มจากในจังหวัดเดียวกัน กิโลเมตรละ 6 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท - ค่าระยะทางมากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเพิ่ม กิโลเมตรละ 4 บาท ในระยะทางไปและกลับ
3. การคลอดบุตร	<ul style="list-style-type: none"> - การคลอดบุตร จ่ายชดเชย 13,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง คลอดบุตรที่ใดก็ได้ ไม่จำกัดจำนวนครั้งการคลอดบุตร โดยนำหลักฐานมาขอเบิกเงินคืน⁽¹⁸⁾ - จ่ายชดเชยค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ดังนี้⁽¹⁹⁾ <ul style="list-style-type: none"> - อายุครรภ์ <12 สัปดาห์ อัตรา 500 บาท - อายุครรภ์ >12 สัปดาห์ แต่ <20 สัปดาห์ อัตรา 300 บาท - อายุครรภ์ >20 สัปดาห์ แต่ <28 สัปดาห์ อัตรา 200 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด การตรวจและรับฝากครรภ์ จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การตรวจเย็บมดลูกหลังคลอด ไม่จำกัดจำนวนครั้งการคลอดบุตร ค่าคลอดบุตรจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - ฝากครรภ์ครั้งแรก เหน่าจ่าย 1,200 บาท ครั้ง - ต่อไปช่วงอายุครรภ์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 400 บาท - กรณีเป็นครรภ์เสี่ยงสูงถือว่าเป็นการรักษาพยาบาล - ตรวจทารกด้วยอัลตราซาวด์ 400 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง) - คุ้มครองหญิงตั้งครรภ์ในระบบประกันสังคมที่ส่งเงินไม่ครบกำหนด
4. ไตวายเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD) เหน่าจ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 20,000 บาทต่อเดือน - ค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ อัตราไม่เกิน 20,000 บาทต่อรายต่อ 2 ปี (เดือนแรก จะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินวันละ 750 บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น) - การฟอกเลือด (HD) เหน่าจ่ายไม่เกิน 	<ul style="list-style-type: none"> - การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD) สนับสนุนน้ำยา CAPD ให้แก่ผู้ป่วยคนละไม่เกิน 4 ถุงต่อวัน โดยส่งน้ำยาล้างช่องท้องให้ถึงบ้านผู้ป่วย ยา Erythropoietin สาย Tenckhoff catheter ไม่เกิน 1 สายต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายเพิ่มพิเศษ 2,500 บาทต่อรายในการให้บริการประเมินสภาพร่างกาย การวางสาย Tenckhoff catheter การบริการ CAPD แบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ค่ายาพื้นฐานและยาอื่นที่จำเป็น - การฟอกเลือด (HD) 1,500 บาทต่อครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) 1,700 บาทต่อครั้ง (อายุเกิน 60 ปี+มีโรคเรื้อรัง)

ตารางที่ 4 (ต่อ) การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

กลุ่มสิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,16)
	<p>1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ และค่าเตรียมเส้นเลือด อัตราไม่เกิน 20,000 บาท ต่อรายต่อ 2 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย CAPD และ HD ได้รับยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือด (Erythropoietin) - ความเข้มข้นของโลหิต <36% จ่ายตามจริง ไม่เกินสัปดาห์ละ 1,225 บาท ไม่เกิน 2,250 ต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกิน 4,500 ต่อสี่สัปดาห์ และค่าฉีดยาเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง - ความเข้มข้นของโลหิต > 36% จ่ายตามจริง ไม่เกินสัปดาห์ละ 750 บาท ไม่เกิน 1,500 บาท ต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกิน 3,000 บาทต่อสี่สัปดาห์ และค่าฉีดยาเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง - ความเข้มข้นของโลหิต > 39% ไม่มีสิทธิเบิกค่ายา - การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งก่อนการปลูกถ่ายไต และระหว่างปลูกถ่ายไต โดยเหมาจ่ายตามแนวทางการรักษา - การรักษาภาวะ CMV viremia การรักษาภาวะ CMV disease⁽²⁰⁾ 	<p>(ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) การให้ยา Erythropoietin และค่าชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) การฟอกเลือด จะเบิกได้เมื่อแพทย์พิจารณาว่ามีข้อห้ามในการล้างไตทางช่องท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด
5. โรคหัวใจ	<ul style="list-style-type: none"> - การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและหัวใจตีบ จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 100,000 บาท - การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยสายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 20,000 บาท - การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 30,000 บาท ไม่เกิน 2 ครั้ง - การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หัวกรอ จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 40,000 บาท ไม่เกิน 2 ครั้ง - การใส่อุปกรณ์ Stent จ่ายอันละ 25,000 บาท ไม่เกิน 2 อัน - การปิดรูรั่วผนังหัวใจห้องบน (ASD) โดยใช้ Amplatzer Septal Occluder จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 100,000 บาท - การใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ 	<p>จ่ายชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และอุปกรณ์การแพทย์ตามรายการและอัตราที่กำหนด</p>



ตารางที่ 4 (ต่อ) การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

กลุ่มสิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,16)
	อัตโนมัติ (AICD) จ่ายตามจริงไม่เกินรายละเอียด 200,000 บาท ⁽²¹⁾	
6. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	<ul style="list-style-type: none"> - ชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามระบบปกติ - สนับสนุนค่ายาละลายลิ่มเลือดเพิ่มเติมไม่เกินรายละเอียด 9,000 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายชดเชยแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) - ค่ายาละลายลิ่มเลือดและค่าฉีดยาไม่เกินรายละเอียด 10,000 บาท - ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา ไม่เกิน รายละเอียด 49,000 บาท
7. โรคหลอดเลือดสมอง	<ul style="list-style-type: none"> - ชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามระบบปกติ - สนับสนุนค่ายาละลายลิ่มเลือดเพิ่มเติมไม่เกินรายละเอียด 9,000 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายชดเชยแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) - ค่ายาละลายลิ่มเลือดและค่าฉีดยาไม่เกินรายละเอียด 10,000 บาท - ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา ไม่เกิน รายละเอียด 49,000 บาท
8. การผ่าตัดสมอง	<ul style="list-style-type: none"> - การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole operation) ไม่เกินรายละเอียด 15,000 บาท - การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่มีโรคแทรกซ้อนป่วยไม่รู้สีกตัวนานเกิน 15 วัน หรือต้องใช้อุปกรณ์พิเศษและด้วยวิธี balloon embolization ไม่เกินรายละเอียด 30,000 บาท 	จ่ายค่าชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ค่าอุปกรณ์การแพทย์ตามรายการตามอัตราที่กำหนด
9. การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง	<ul style="list-style-type: none"> - การให้เคมีและหรือรังสีรักษา จ่ายตามจริงไม่เกินรายละเอียด 50,000 บาทต่อปี - กรณีการรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิดตามที่กำหนดให้รักษา ตามแนวทางการรักษาเฉพาะ (protocol) และมีอัตราจ่ายตามที่กำหนดไว้ในแต่ละ protocol และหากมีความจำเป็นที่ต้องรักษาด้วยยาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัดรักษาให้เบิกจ่ายค่ารักษาได้เท่าที่จ่ายตามจริง แต่ไม่เกินรายละเอียด 50,000 บาทต่อปี - ยานอกบัญชี สามารถใช้ได้โดยต้องได้รับการพิจารณาผ่านกรรมการแพทย์ และได้รับการอนุมัติยินยอมจาก โรงพยาบาลต้นสังกัดก่อนเสมอ⁽²²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - การรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิดตามที่กำหนด รักษาตามแนวทางการรักษาเฉพาะ (protocol) ผู้ป่วยนอกจ่ายชดเชยตามจำนวนที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและเพิ่มเติมสำหรับค่ายาเคมีบำบัด หรือยาฮอร์โมน - กรณีที่รักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาเฉพาะ (protocol) ผู้ป่วยนอกจ่ายชดเชยค่าเคมีบำบัด/ฮอร์โมนเป็นรายครั้งไม่เกิน 2,300 บาทต่อครั้ง ส่วนรังสีรักษาจ่ายชดเชยไม่เกินเพดานกำหนด ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - สำหรับมะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่มีกำหนด protocol กรณีผู้ป่วยนอกให้จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยในจะได้รับการจ่ายชดเชยทั้งค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ตารางที่ 4 (ต่อ) การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

กลุ่มสิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,16)
10. โรคนิวในทางเดินปัสสาวะ	ครอบคลุมบริการตามระบบปกติ ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)	<ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดด้วยกล้อง จ่ายระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL) หน่วยบริการภาครัฐ เหมายจ่ายครั้งละไม่เกิน 6,500 บาท จ่ายไม่เกินไตข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนเอกชนชดเชยในอัตรา เหมายจ่าย 16,000 บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี
11. โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	ครอบคลุมบริการตามระบบปกติ ผู้ป่วยนอกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการดูแลรักษาที่บ้าน โดยให้แพคเตอร์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้รักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นได้ทันทั่วทั้งที่ โดยจ่ายชดเชยเพิ่มเติมเป็นยาแพคเตอร์แปดและค่าบริการตามที่อัตรากำหนด - ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียในโครงการที่อยู่ใกล้บ้าน (50 แห่ง) และไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ
12. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง เฉพาะเพื่อการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ	ครอบคลุมบริการตามระบบปกติ ผู้ป่วยนอกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)	ครอบคลุมการรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ โดยจ่ายชดเชยตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท
13. โรคหรือประสบนันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance therapy) - ชดเชยโดยจ่ายเป็นค่าสารเมทาโดนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 30 บาทต่อวัน (เฉพาะสถานพยาบาลที่ผ่านการขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) บริหารจัดการผ่าน สปสช. 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance therapy) - ชดเชยโดยจ่ายเป็นค่าสารเมทาโดนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 35 บาทต่อวัน (เฉพาะสถานพยาบาลที่ผ่านการขึ้นทะเบียน พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)
14. การผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมบริการตามระบบปกติ - จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม ราคาไม่เกิน 4,000 บาท สำหรับการใส่เลนส์แข็งพับไม่ได้ และเลนส์พับได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (senile cataract) เหมายจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดวงตาสละ 5,000 – 7,000 บาท กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ดวงตาสละ 9,000 บาท (ปี 2563 จำกัดจำนวนที่ 120,000 ดวงตา) - จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้ อัตราข้างละ 2,800 บาท และเลนส์แข็งอัตราข้างละ 700 บาท - โรคต้อกระจกจากกรณีอื่นหรือต้องเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมปกติ



ตารางที่ 4 (ต่อ) การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบ พ.ศ. 2563

กลุ่มสิทธิประโยชน์	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(2,16)
15. การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายชดเชยหน่วยบริการ ดวงตาละ 35,000 บาท - จ่ายชดเชยค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาแก่สภากาชาดไทยในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายชดเชยค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - จ่ายชดเชยค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาแก่สภากาชาดไทยในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท
16. การผ่าตัดข้อเข่าเทียม	ไม่จำกัดจำนวนการผ่าตัด	จำกัดจำนวนการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ที่ 12,000 ข้อ
17. บริการด้านทันตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด เบิกตามจริงไม่เกิน 900 บาท⁽²³⁾ - การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน กรณี 1-5 ซี่ เบิกตามจริงไม่เกิน 1,300 บาท กรณีมากกว่า 5 ซี่ เบิกได้ไม่เกิน 1,500 บาท ภายใน 5 ปี - การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก เบิกตามจริงไม่เกิน 4,400 บาท ภายใน 5 ปี - สามารถเข้ารับบริการได้ทั้งรัฐและเอกชน หรือเอกชนนอกสัญญา 	<ul style="list-style-type: none"> - การถอนฟัน ผ่าฟันคุด (ยกเว้นเพื่อการจัดฟัน) อุดฟัน ทุกชนิด ขูดหินปูน เกลารากฟัน รักษาโรคเหงือก ศัลยกรรมทันตกรรม รักษาโรคปริทันต์ รักษาร่องประสาทฟันน้ำนม เคลือบหลุมร่องฟัน (เฉพาะอายุไม่เกิน 15 ปี) การใส่ฟันปลอมฐานอะคริลิก การใส่เพดานเทียมหรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือกในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก - การตรวจวินิจฉัยโรคในช่องปาก การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ - สามารถเข้าได้เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัด
18. ยาและเวชภัณฑ์ ที่มีความจำเป็น และมีปัญหาการเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมรายการยาที่ไม่ต่ำกว่าบัญชียาหลักแห่งชาติ - หากส่งต่อสถานพยาบาลต้นสังกัดต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ายา - ยกเว้นกรณียาในบัญชี จ (2) ที่มีการใช้ตรงตามข้อบ่งชี้และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สปส.จะเป็นผู้รับผิดชอบค่ายาดังกล่าวเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) จำนวน 24 รายการ - ยา Clopidogrel จ่ายชดเชยเป็นเงิน ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด - ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงและยากำพร้า จำนวน 16 รายการ
19. การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery และ minimal invasive surgery)	ชดเชยแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)	ชดเชยค่าผ่าตัดรูปแบบแบบวันเดียวกลับ <ul style="list-style-type: none"> - one day surgery (ODS) ใน 32 รายการ - minimal invasive surgery (MIS) 15 รายการ
20. รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน	ไม่มี	มีการนำร่องใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ COPD, หอบหืด, เบาหวาน, ความดันโลหิต

หมายเหตุ UCEP หมายถึง สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”, AdjRW หมายถึง คำน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นราวสี่แสนคน ขณะที่งบประมาณรายหัวต่อคนต่อปีของประกันสังคมซึ่งเคยน้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นมากกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2563

ระบบประกันสังคมมีการปรับวิธีการจ่ายเงินหรืออัตราชดเชยให้สถานบริการที่สำคัญถึง 4 ครั้ง ส่งผลต่อการส่งต่อ และคุณภาพบริการของระบบประกันสังคม เช่น การเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในจากแบบเหมาจ่ายราย

หัว (capitation) มาเป็นแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ปรับวิธีจ่ายเงินสำหรับโรคร้ายแรง เช่น หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมอง มาเป็นแบบบริหารเฉพาะโรค การมีระบบยาจ(2) ที่เป็นการเพิ่มการเข้าถึงยาที่มีราคาแพง รวมทั้งปรับอัตราการจ่ายชดเชยผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในส่วนของชุดสิทธิประโยชน์นั้น ระบบประกันสังคมเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ 27 รายการ เพิ่มจำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจาก 81 รายการเป็น 291 รายการ⁽¹⁵⁾ ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ 30 รายการ จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียมมากขึ้นจาก 270 รายการเป็น

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2563

ประเด็น	2554		2563	
	ประกันสังคม	หลักประกันฯ ถ้วนหน้า	ประกันสังคม	หลักประกันฯ ถ้วนหน้า
1. จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน) ^(1,2,3)	มาตรา 33 (9.1) มาตรา 39 (0.9)	47.9	มาตรา 33 (11.7) มาตรา 39 (1.6)	48.3
2. งบประมาณ/คน/ปี (บาท) ^(1,2,3) งบประมาณภาพรวม (ล้านบาท) ^(1,9)	2,050 23,418.2	2,546.5 102,019	3,959 48,349	3,600 173,750
3. อัตราชดเชยผู้ป่วยใน/adjRW ^(2,7)	-	-	15,000	8,250
4. วิธีจ่ายเงินผู้ป่วยใน ^(1,15)	capitation	DRGs	Capitation: RW < 2 DRGs: RW ≥ 2	DRGs
5. อุปกรณ์และอวัยวะเทียม (รายการ)	81	270	291	316
6. รายการยา จ (2)	0	15	22	22
7. จำนวนสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน (รายการ)	15		11	
8. จำนวนสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารต่างกัน (รายการ)	26		20	
9. จำนวนสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น (รายการ)	27		30	
10. การปรับวิธีและอัตราการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ (ครั้ง)	4		2	

หมายเหตุ ข้อมูลผู้ประกันตน ณ เดือนพฤศจิกายน 2554 และ 2563 และข้อมูลผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ เดือนกรกฎาคม 2553 และ 2562

316 รายการ⁽²⁾ ความแตกต่างด้านสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างสองระบบ จากเดิม 15 รายการ เหลือเพียง 11 รายการ และมีสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารต่างกันจากเดิม 26 รายการ เหลือเพียง 20 รายการ รายละเอียดดังในตารางที่ 5

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563 ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาด้วยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 และยังได้เปรียบเทียบกับผลการศึกษารูปแบบเดียวกันที่ได้กระทำขึ้นในปี พ.ศ. 2554 เพื่อให้เห็นพัฒนาการของทั้งสองระบบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

ผลการศึกษาพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพของไทยทั้งสองระบบยังมีความแตกต่างในหลายประเด็น ได้แก่

1) กลุ่มประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน ระบบประกันสังคมดูแลประชากรในวัยทำงานเป็นหลักและอาจจะมีบางส่วนที่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มมาตรา 39 ที่จ่ายสมทบเอง ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดูแลทุกกลุ่มประชากร ซึ่งอาจส่งผลให้มีการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน

2) แหล่งที่มาของงบประมาณ ระบบประกันสังคมมีการร่วมจ่ายจาก 3 ส่วน คือ ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาล ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจากรัฐบาล โดยระบบภาษีเท่านั้น ทำให้ส่งผลต่อการใช้สิทธิของผู้ประกันตนที่ต้องจ่ายสมทบตามเงื่อนไขก่อนจึงจะสามารถไปรับบริการได้ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าระบบประกันสังคมนั้นเพิ่มงบประมาณจ่ายต่อคนและอัตราชดเชยให้กับสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในมากกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม การมีงบประมาณที่มากกว่าอาจจะไม่ได้หมายความว่ามีความมีประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ในการให้บริการที่มากกว่า จำเป็นต้องมีการ

ศึกษาและเปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ในการรักษาพยาบาลของทั้งสองระบบ รวมทั้งการศึกษาต้นทุนของค่าใช้จ่ายที่แท้จริงต่อไป

3) ด้านสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่า ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 มีสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน 11 สิทธิประโยชน์ มี 7 สิทธิประโยชน์ที่ระบบประกันสังคมแตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมี 2 สิทธิประโยชน์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างจากระบบประกันสังคม ในส่วนสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกัน พบว่ามี 3 สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่บริหารจัดการเช่นเดียวกัน แต่มีอัตราค่าชดเชยที่ต่างกัน มี 7 สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ระบบประกันสังคมมีการบริหารจัดการเฉพาะหรือมีอัตราค่าชดเชยที่สูงกว่า และมี 13 สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบริหารจัดการที่เฉพาะหรือมีอัตราค่าชดเชยที่สูงกว่า แต่ที่สำคัญ ระบบประกันสังคมไม่ได้มีสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค แต่กลับเป็นภาระของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องดูแลผู้ประกันตนแทนระบบประกันสังคม นั่นคือ การดูแลสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของระบบประกันสังคมยังไม่ครบถ้วนทุกด้านที่ควรจะเป็น

นอกจากนั้น ความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ขณะที่ระบบประกันสังคมครอบคลุมเฉพาะผู้รับบริการ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบเพื่อคุ้มครองความเสียหายให้บุคลากรทางการแพทย์หากได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ซึ่งระเบียบดังกล่าวไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลเอกชน จึงเป็นประเด็นที่ระบบประกันสังคมน่าจะทบทวนเพื่อให้ครอบคลุมผู้ให้บริการด้วย

4) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเมื่อ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ระบบประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น 27 รายการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมเพิ่มจาก 81 รายการเป็น 291 รายการ ขณะ

ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มสิทธิประโยชน์ 30 รายการ จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียมเพิ่มขึ้นจาก 270 รายการเป็น 316 รายการ และพบว่าความแตกต่างด้านสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างสองระบบจากเดิม 15 รายการ เหลือ 11 รายการ และมีจำนวนสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารต่างกันจากเดิม 26 รายการ เหลือ 20 รายการ รวมทั้งการปรับวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยในเป็นแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อลดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยไปในสถานพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น มีระบบยา จ(2) ทำให้สามารถเข้าถึงยาที่มีราคาแพงได้มากขึ้น และเพิ่มงบประมาณรายหัวและอัตราการชดเชยผู้ป่วยในที่มากกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการเพิ่มคุณภาพบริการในระบบประกันสังคมที่มากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอย่างชัดเจน แต่โดยรวมแล้วระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการบริหารจัดการเฉพาะและสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าระบบประกันสังคม

5) ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสองระบบยังมีความแตกต่างกันในด้านการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ และสองหน่วยงานที่ต่างดูแลสองระบบนี้ยังทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันตั้งแต่ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว วิธีจ่ายเงินและอัตราชดเชยให้สถานพยาบาลตลอด ด้านกระบวนการ (process) ได้แก่ การบริหารจัดการเฉพาะโรคและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การให้บริการ (output) ในที่สุด

ที่ผ่านมา ได้จัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 เพื่อทำหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ แต่ก็ถูกยุบไปในสมัยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายวิทยา บุรณศิริ (พรรคเพื่อไทย) เพราะการจัดตั้งสำนักงานดังกล่าวจัดตั้งขึ้นในสมัยรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ จนถึงปัจจุบันก็ไม่มีหน่วยงานใดทำหน้าที่รับ

ผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

อย่างไรก็ตาม ยังมีความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้บรรจุเรื่องการพัฒนาและลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นวาระหนึ่งในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แต่ก็ยังไม่มีรัฐธรรมนูญที่สามารถจับต้องได้ ยกเว้นโครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ปี 2560 ที่ทำให้คนไทยทุกคนไปรักษาพยาบาลที่ใดก็ได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

เห็นได้ว่าแม้จะมีความพยายามในระดับนโยบาย แต่ยังคงขาดกลไกในการขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้จึงมีข้อเสนอเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ 1) จัดตั้งหน่วยงานกลางในระดับชาติ เพื่อเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อน รวมทั้งจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทัดเทียมกัน 2) พัฒนางานด้านวิชาการ เช่น การเข้าถึงบริการ ต้นทุน-ประสิทธิผล ผลลัพธ์การให้บริการ รวมทั้งตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและวัดผล และ 3) บูรณาการข้อมูลสุขภาพจากทุกระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน ให้เป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เพื่อนำมาใช้พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทยให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นสมดังเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญต่อไป

References

1. Pokpermddee P. Toward single standard of health care in Thailand. Nonthaburi: Sahamithr Printing and Publishing; 2012. (in Thai)
2. National Health Security Office. Handbook of Health Security Office 2020. In: National Health Security Office, editor. Bangkok: Sangchon Publishing; 2019. (in Thai)
3. Social Security Office. Database of social security fund. Nonthaburi: Social Security Office; 2020 [cited 2020 Jan 30].



- (in Thai)
4. The Constitution of the Kingdom of Thailand. In: Gazette RTG, editor. Bangkok: Cabinet and Royal Gazette Publishing Office; 2017 (in Thai)
 5. Social Security Act B.E. 2533 (1990). In: Gazette RTG, editor. Bangkok: Cabinet and Royal Gazette Publishing Office; 1990. p. 47. (in Thai)
 6. National Health Security Act. In: Gazette RTG, editor. Bangkok: Cabinet and Royal Gazette Publishing Office; 2002. p. 18. (in Thai)
 7. Hfocus. Social Security Board increased capitation budget to 3,959 Baht in B.E. 2563 [internet]. 2019 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/01/18327>. (in Thai)
 8. Hfocus. Budget allocation of National Health Security Office in B.E. 2563 [internet]. 2019 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17366>. (in Thai)
 9. Bureau of Budget. Statement for the annual budget expenditures for fiscal year 2020. In: Bureau of Budget, editor. Bangkok: Bureau of Budget; 2019. (in Thai)
 10. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on the Initial Aid of No Fault Medical Liability. In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: 2018. (in Thai)
 11. National Health Security Office. Handbook for the reimbursement of health care. In: National Health Security Office, editor. Bangkok: Sangchon Publishing; 2020. (in Thai)
 12. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 29 December B.E. 2559 (2016). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2016. (in Thai)
 13. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 1 March B.E. 2562 (2019). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2019. (in Thai)
 14. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 8 May B.E. 2557 (2014). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2014. (in Thai)
 15. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working dated 22 December B.E. 2560 (2017). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2017. (in Thai)
 16. National Health Security Office. Report on Achieving Universal Coverage in Thailand. In: National Health Security Office, editor. Bangkok: Sangchon Publishing; 2018. (in Thai)
 17. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 31 August B.E. 2560 (2017). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2017. (in Thai)
 18. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Labour 11 May B.E. 2554 (2011). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2011. (in Thai)
 19. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Antenatal care 24 July B.E. 2561 (2018). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2018. (in Thai)
 20. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 27 August B.E. 2562 (2019). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2019. (in Thai)
 21. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 31 July B.E. 2561 (2018). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2018. (in Thai)
 22. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 11 November B.E. 2562 (2019). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2019. (in Thai)
 23. Medical Committee of Social Security Office. Notification of Medical Committee on Indication and Rate of Reimbursement of Injury and Sickness from Non-Working 28 October B.E. 2559 (2016). In: Social Security Office, editor. Nonthaburi: Social Security Office; 2016. (in Thai)