การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563

พงศธร พอกเพิ่มดี*
ขนิษฐา ภูสีมุงคุณ†
ผู้รับผิดชอบบทความ: *พงศธร พอกเพิ่มดี*

บทคัดย่อ

กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตั้งขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ. 2553 เพื่อให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เนื่องจากผู้มีสิทธิในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ถูกตีความว่าต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น ทำให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่ได้รับสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปปรับปรุงการบริหารจัดการและชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 ยังมีกลุ่มเด็กและนักเรียนในสถานศึกษาที่ยังรอการรับรองสถานะบุคคลเพื่อให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกว่า 60,000 คน ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเร่งดำเนินการในส่วนงบประมาณรายหัวของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังขาดในส่วนของกองทุนเฉพาะ 7 รายการ รวมทั้งความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากการได้รับบริการทางการแพทย์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิยังไม่ได้รับหากเกิดความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ หน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานครมีเพียง 3 แห่ง จึงทำให้การเข้าถึงค่อนข้างยาก และในส่วนของสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์นั้น มีความแตกต่างกัน 33 รายการ จำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีการจัดบริการแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดให้บริการ จำนวน 21 รายการ 2) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันระหว่างสองกองทุน แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 2.1) มีสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่เหมือนกันแต่ต่างกันที่อัตราการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาล จำนวน 3 รายการ และ 2.2) มีสิทธิประโยชน์เหมือนกันแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบบริหารจัดการเฉพาะ ขณะที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะ จำนวน 9 รายการ กองทุน

* *สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*
† *สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*

Received 8 June 2020; Revised 29 September 2020; Accepted 5 February 2021
Suggested citation: Pokpermdee P, Phooseemungkun K. Comparative analysis on management and health benefit package between people with citizenship problem scheme and universal coverage scheme in Thailand 2020. Journal of Health Systems Research 2021;15(1):36-48.
พงศธร พอกเพิ่มดี, ขนิษฐา ภูสีมุงคุณ. การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15(1):36-48.

ประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจำนวน 227 รายการ ขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิในอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจำนวน 316 รายการ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การเพิ่มงบประมาณสำหรับรายการเฉพาะ การเพิ่มความคุ้มครองผู้เสียหายสำหรับผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์ การเพิ่มหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร การเพิ่มสิทธิประโยชน์ การปรับปรุงการบริหารจัดการ การจัดหาอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้ทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการศึกษาถึงผลลัพธ์การให้บริการ ทั้งการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพและคุณภาพ และการตีความถึงบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิว่าควรเป็นผู้มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่

คำสำคัญ: *สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์, การบริหารจัดการ, ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ*

Comparative Analysis on Management and Health Benefit Package between People with Citizenship Problem Scheme and Universal Coverage Scheme in Thailand 2020

Pongsadhorn Pokpermdee[*], Khanisthar Phooseemungkun[†]

[*] *Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health*

[†] *Thai Health Promotion Foundation*

Corresponding author: *Pongsadhorn Pokpermdee, pongsadhorn@gmail.com*

Abstract

The National Health Security Act 2002 provides health coverage to only "Thai citizens". The new universal coverage scheme (UCS) in 2002 deprived people with citizenship problem (mainly stateless minority around 700,000) of the previous coverage under the low income card scheme. In the past five years, many attempts from stakeholders were carried out to solve this issue. Eventually, the people with citizenship problem scheme (PCPS) was approved by the cabinet in 2010 to provide essential health care for people with citizenship problems. The aim of this study was to compare differences in management of and benefit packages between the PCPS and the UCS in 2020. We applied a descriptive study to review and analyze related documents as of 1st January 2020. Results indicated that more than 600,000 children and students of stateless minorities withheld by the cabinet resolution since 2016 were waiting for the approval of identity to get health benefit. The budget for PCPS did not cover 7 additional items as the UCS's budget, including the no-fault compensation to the users and providers of health care. Only three public hospitals provided health care to the PCPS beneficiaries in Bangkok. In addition, there were 33 different benefits between the PCPS and the UCS. The UCS covered 21 more health interventions and services than the PCPS. The similar 12 benefit items had different management. Three items in the health benefit package had different reimbursement rates. The UCS had 9 special management programs more than the PCPS. Moreover, the PCPS reimbursed 227 items of equipment and prosthesis while the UCS reimbursed 316. The policy recommendations include increasing the budget for specific service gaps and items of reimbursable prosthesis and no-fault compensation in health care, increasing provider networks in Bangkok, and improving management capacity. Further studies on access, efficiency and quality of care of the PCPS were recommended.

Keywords: *benefit package, management, universal coverage scheme, people with citizenship problem*

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่ทว่ายังไม่สามารถครอบคลุมคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยได้ทุกคน เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตีความตามมาตรา 5 ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”[1] ต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น ทำให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่กำลังรอพิสูจน์สิทธิ กว่า 700,000 คน ในช่วงก่อนการบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บุคคลเหล่านี้ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยจากกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

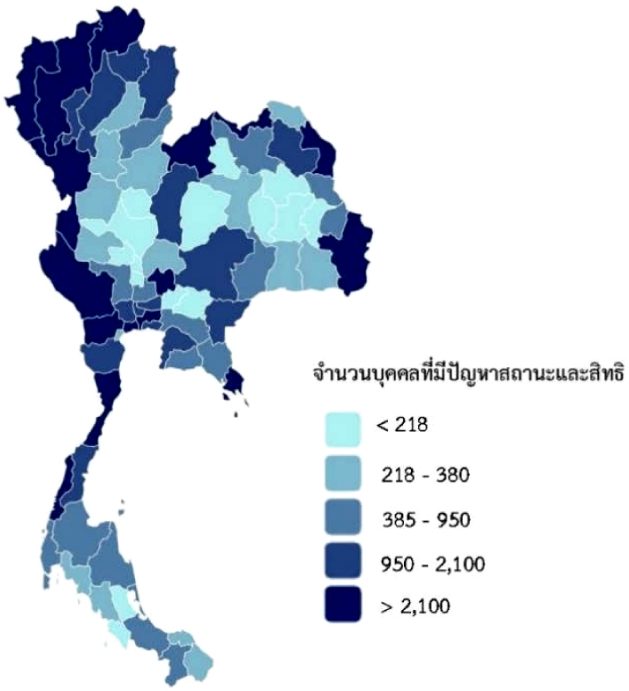
ด้วยเหตุนี้ จึงได้มีความพยายามในการขอคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่กำลังรอพิสูจน์สิทธิเหล่านี้ โดยใช้เวลากว่า 5 ปี ผ่านความรับผิดชอบของ 4 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จนกระทั่งวันที่ 23 มีนาคม 2553 คณะรัฐมนตรีในสมัยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน 457,409 คน ให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกับคนไทยคนอื่นๆ และให้จัดตั้ง “กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” [2,3]

วันที่ 20 เมษายน 2558 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เพิ่มเติม (ครั้งที่ 2) ประกอบด้วยบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงบุตรที่กระทรวงมหาดไทยได้ขึ้นทะเบียน โดยมีเลขประจำตัว 13 หลัก เรียบร้อยแล้ว จำนวน 208,631 คน[4]

วันที่ 10 มีนาคม 2563 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพิ่มเติม (ครั้งที่ 3) ให้กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามที่กระทรวงมหาดไทย ได้ขึ้นทะเบียนโดยมีเลขประจำตัว 13 หลัก เรียบร้อยแล้ว ในกลุ่มคนดั้งเดิมที่ไม่มีสัญชาติไทยแต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร เลขประจำตัวประเภท 3 และ 4 จำนวน 24,071 คน [5]

วันที่ 22 กันยายน 2563 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพิ่มเติม (ครั้งที่ 4) ให้กับเด็กและบุคคลที่เรียนในสถานศึกษาที่ได้รับสิทธิ จำนวน 3,042 คน ซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีก่อนหน้านี้[6] ปัจจุบัน การกระจายบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามพื้นที่ต่างๆ ดังภาพที่ 1

ปัจจุบันมีบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิรวมจำนวน 543,923 คน[7] กระจายอยู่ตามจังหวัดต่างๆ ที่มากเป็น 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) เชียงใหม่ (128,030 คน) 2) เชียงราย (106,788 คน) 3) ตาก (77,647 คน) 4) กาญจนบุรี (69,323 คน) 5) แม่ฮ่องสอน (32,879 คน) 6) ระนอง (24,225 คน)



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563

ภาพที่ 1 การกระจายของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปี 2563

7) ราชบุรี (22,708 คน) 8) กรุงเทพมหานคร (9,124 คน) 9) ตราด (8,689 คน) 10) ประจวบคีรีขันธ์ (6,503 คน)[7] ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการควบคุมป้องกันโรค และได้รับสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้สำนักงบประมาณจัดสรรงบประมาณรายหัวปรับตามโครงสร้างอายุเท่ากับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการ[2]

การศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563 ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ เพื่อนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปปรับปรุงการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้ทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 เป็นวาระที่ครบรอบ 10 ปี ของการจัดตั้งกองทุนฯ จึงเป็นโอกาสในการติดตามประเมินผล และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเจตนารมณ์ของมติคณะรัฐมนตรีต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563 ครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยการเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในครั้งนี้จำแนกออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการ 2) ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง 3) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน และ 4) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน และในการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาเปรียบเทียบการบริหารจัดการของทั้งสองกองทุนนั้น ได้กำหนดในเบื้องต้นว่า หากกองทุนใดมีการบริหารจัดการเฉพาะ น่าจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ที่ดีกว่ากองทุนที่ไม่มีการบริหารจัดการใดๆ โดยอ้างอิงจากคู่มือการบริหารจัดการของทั้งสองกองทุนที่ได้เผยแพร่ให้ทุกหน่วยบริการนำไปปฏิบัติ หลังจากนั้นได้นำผลการศึกษาไปตรวจสอบกับผู้รับผิดชอบกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะ เพื่อยืนยันความถูกต้องอีกครั้ง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการ

1.1 กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 เพื่อดูแลสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการควบคุมป้องกันโรค ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากงบประมาณของรัฐบาลเท่ากับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 1 วันที่ 23 มีนาคม 2553 ครั้งที่ 2 วันที่ 20 เมษายน 2558 และครั้งที่ 3 วันที่ 10 มีนาคม 2563 มีหน่วยบริการเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของกรุงเทพมหานครมีเพียง โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในสังกัดกรมการแพทย์เท่านั้นที่สามารถให้บริการได้ ส่วนการบริหารจัดการกองทุนดำเนินการโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เป็นประธาน[8]

1.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการสังคม ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นและมีคุณภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีแหล่งงบประมาณจากระบบภาษี ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ คนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพอื่นๆ มีหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้บริหารจัดการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน[9] ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ พ.ศ. 2563 มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าทั้งสองกองทุนได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเท่ากัน แต่ในส่วนของกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ไม่ได้รับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ พ.ศ. 2563

ประเด็น	กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. รูปแบบการประกัน	สวัสดิการสังคม	สวัสดิการสังคม
2. รูปแบบองค์กร	หน่วยงานราชการ	องค์การมหาชน
3. กลไกอภิบาลระบบ	คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน)	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รมว.สธ. เป็นประธาน)
4. แหล่งที่มาของงบประมาณ	ระบบภาษี	ระบบภาษี
5. สัดส่วนงบประมาณที่รัฐบาลอุดหนุน	100%	100%
6. จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)	0.543	48.3
7. งบประมาณ (ล้านบาท) /ปี (พ.ศ. 2563)		
7.1 เหมาจ่ายรายหัว	1,471	140,533 (ไม่รวมเงินเดือน)
7.2 กองทุนเฉพาะ 7 รายการ	-	16,615
8. ค่าใช้จ่าย (บาท)/คน/ปี (พ.ศ. 2563)		
8.1 เหมาจ่ายรายหัว	2,568	2,568
8.2 กองทุนเฉพาะ 7 รายการ**	-	344
9. หน่วยบริการ	เฉพาะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกรุงเทพฯ ใช้ได้เฉพาะ 1) รพ. ราชวิถี 2) รพ. เลิดสิน และ 3) รพ. นพรัตนราชธานี	ภาครัฐและภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

หมายเหตุ - ข้อมูลผู้มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ เดือนกรกฎาคม 2562 ข้อมูลผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ณ เดือน 31 พฤษภาคม 2563

* ภายใต้สมมติฐานโครงสร้างอายุเหมือนกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

** กองทุนเฉพาะ 7 รายการ เพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัว ได้แก่ 1) ค่าบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) ค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 3) ค่าบริการควบคุม ป้องกันรักษาโรคเรื้อรัง 4) ค่าจัดสรรเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร เสี่ยงภัยและชายแดนใต้ 5) ค่าบริการผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 6) ค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว และ 7) ค่าชดเชยวัคซีนป้องกันหัดคางทูมและหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ 2561-2562

กองทุนเฉพาะอีก 7 รายการ ซึ่งเป็นส่วนที่แตกต่างจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังมีประเด็นของหน่วยบริการโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ที่มีเพียง 3 โรงพยาบาลเท่านั้นที่ให้บริการ

ส่วนที่ 2 ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ในการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยมีหลักการที่จะให้สิทธิประโยชน์ทางด้านการแพทย์แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะ รวมถึงงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐจัดสรรให้อย่างทัดเทียมแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาครั้งนี้จึงเริ่มต้นด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครองระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[8,9] พบว่ามีส่วนที่แตกต่างคือ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจะต้องไปขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่ใกล้บ้านก่อนเข้ารับการรักษา ขณะที่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้ารับการรักษาได้ก่อนแล้วค่อยไปขึ้นทะเบียน นอกจากนั้นกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินั้นไม่คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่างสองกองทุน พบว่ามีสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จำนวน 21 รายการ ที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีการจัดบริการขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดให้บริการ ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า ยา medabon สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบขอบเขตและเงื่อนไขความคุ้มครองระหว่าง 2 กองทุนสุขภาพ พ.ศ. 2563

ประเด็น	กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. เงื่อนไขความคุ้มครอง	บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติ ครม. วันที่ 23 มีนาคม 2553, 20 เมษายน 2558 และ 10 มีนาคม 2563 และ 22 กันยายน 2563	ทุกคนที่มีสัญชาติไทย และไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้
2. เงื่อนไขการเกิดสิทธิ	- ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อหน่วยบริการตามทะเบียนบ้านภายในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด - ต้องมีเอกสารหลักฐานการขึ้นทะเบียนที่กระทรวงมหาดไทย กำหนดสอดคล้องกับมติคณะรัฐมนตรี	สามารถเข้ารับบริการได้ทันที หากยังไม่ได้ลงทะเบียนหน่วยบริการ อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ แล้วค่อยเลือกหน่วยบริการประจำ
3. เงื่อนไขการสิ้นสุดของสิทธิ	เสียชีวิตหรือได้รับการคุ้มครองสิทธิในระบบสวัสดิการอื่นของรัฐ	เสียชีวิตหรือได้รับการคุ้มครองสิทธิในระบบสวัสดิการอื่นของรัฐ
4. ความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	ไม่คุ้มครองผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	คุ้มครองทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ที่มา คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พ.ศ. 2563 และ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่าง 2 กองทุนสุขภาพ พ.ศ. 2563

สิทธิประโยชน์	กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		
1.1 วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
1.2 ยา medabon สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
1.3 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
2. การคุ้มครองบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis: PrEP)	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
3. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT (fecal immunochemical test)	ไม่มีการจัดบริการ	ครอบคลุมผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี
4. ครอบคลุมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่		
4.1 บริการส่องกล้อง (colonoscopy)	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
4.2 บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy)	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
4.3 บริการตัดติ่งเนื้อ (polypectomy)	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
5. การตรวจยีนแพ้ยา HLA-B*1502 ก่อนเริ่มรักษาด้วยยา carbamazepine	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
6. การผ่าตัดปลูกถ่ายและการเปลี่ยนอวัยวะ		
6.1 การปลูกถ่ายไต	คุ้มครอง ไม่จำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อปี	คุ้มครอง (จำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อปี)
6.2 การปลูกถ่ายตับ	ไม่มีการจัดบริการ	คุ้มครอง (จำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อปี)
6.3 การปลูกถ่ายหัวใจ	ไม่มีการจัดบริการ	คุ้มครอง (จำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อปี)
6.4 การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต/ปลูกถ่ายไขกระดูก	ไม่มีการจัดบริการ	คุ้มครอง (จำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อปี)
7. การล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis: APD)	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
8. บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนหรือผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ		ชดเชยค่าผ่าตัด
8.1 One day surgery (ODS)	ไม่มีการจัดบริการ	ODS 32 รายการ
8.2 Minimal invasive surgery (MIS)	ไม่มีการจัดบริการ	MIS 15 รายการ
9. บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
9.1 การรักษาพยาบาลและการ ฟื้นฟูสภาพ	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
9.2 การบริการนวด ประคบ อบสมุนไพรแก่ผู้ป่วย/ผู้พิการที่บ้าน	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
9.3 การบริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
9.4 การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ไม่มีการจัดบริการ	จัดบริการ
10. อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	227 รายการ - 11 รายการ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี - 38 รายการ ที่ราคากลางสูงกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	316 รายการ - 100 รายการ ที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่ มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มี - 6 รายการ ที่ราคากลางสูงกว่ากองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ที่มา คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พ.ศ. 2563 และ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

ไม่ปลอดภัย บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test การคุ้มครองบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis: PrEP) การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT (fecal immunochemical test) การบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ บริการส่องกล้อง (colonoscopy) บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) บริการตัดติ่งเนื้อ (polypectomy) การตรวจยีนแพ้ยา HLA-B*1502 ก่อนเริ่มรักษาด้วยยา carbamazepine การผ่าตัดปลูกถ่ายและการเปลี่ยนอวัยวะ ได้แก่ การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต/ปลูกถ่ายไขกระดูก การล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis: APD) บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนหรือผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ one day surgery (ODS) และ minimal invasive surgery (MIS) บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การบริการนวด ประคบ อบสมุนไพร แก่ผู้ป่วย/ผู้พิการที่บ้าน การบริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในส่วนอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพบว่า กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมี 227 รายการ จำแนกได้เป็น 11 รายการที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี และมี 38 รายการที่มีราคากลางสูงกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี 316 รายการ จำแนกได้เป็น 100 รายการที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มี และ 6 รายการที่มีราคากลางสูงกว่ากองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 4) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันระหว่างสองกองทุน จำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 มีสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่เหมือนกันแต่ต่างกันที่อัตราการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาล จำนวน 3 รายการ ได้แก่ เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ไตวายเรื้อรัง และการผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม กลุ่มที่ 2 มีสิทธิประโยชน์เหมือนกันแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบบริหารจัดการเฉพาะ ขณะที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะ จำนวน 9 รายการ ได้แก่ โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง โรควัณโรค/การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด บริการด้านทันตกรรม รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) และผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4

วิจารณ์และข้อยุติ

การเปรียบเทียบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2563 เป็นการศึกษาครั้งแรก นับตั้งแต่มีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เมื่อเดือนเมษายน 2553 ซึ่งครบ 10 ปี ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานของกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมและทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนฯ

ผลการศึกษาพบว่ากองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จำนวน 543,923 คน รวมกับกลุ่มคนดั้งเดิมที่ไม่มีสัญชาติไทยแต่มีชื่ออยู่ในทะเบียน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่าง 2 กองทุนสุขภาพ พ.ศ. 2563

สิทธิประโยชน์	กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ	1. การเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลอื่นของรัฐเท่านั้น 2. กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกระบบ และเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้ใช้ระบบ UCEP (universal coverage for emergency patient)	1. กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่อยู่ในระบบ ใช้บริการหน่วยบริการที่ใกล้ที่สุด ไม่จำกัดจำนวนครั้ง 2. กรณีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกระบบ และเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้ใช้ระบบ UCEP
2. ไตวายเรื้อรัง	1. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) สนับสนุนน้ำยาล้างไต CAPD (ไม่เกิน 150 ถุงต่อเดือน) ถุงละ 120 บาท 2. ยา erythropoietin จ่ายไม่เกิน 8 ครั้งต่อเดือน อัตรา 240 บาทต่อครั้ง สาย Tenckhoff catheter เส้นละ 1,675.0 บาท สาย Tenkhoff catheter 1 สาย/ราย/ปี (แบบ coil with kit) ชุดละ 2,400 บาท 3. การฟอกเลือด (hemodialysis: HD) กรณีไตวายเฉียบพลันและกรณีไตวายเรื้อรัง จ่ายชดเชยไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4. การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค ค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาค ส่งตรวจ renal reactive antibody ทุก 3 เดือน	1. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD) สนับสนุนน้ำยา CAPD ให้แก่ผู้ป่วยคนละไม่เกิน 4 ถุงต่อวัน โดยส่งน้ำยาล้างช่องท้องให้ถึงบ้าน 2. ยา Erythropoietin สาย Tenckhoff catheter ไม่เกิน 1 สายต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายเพิ่มพิเศษ 2,500 บาทต่อรายในการให้บริการประเมินสภาพร่างกาย การวางสาย Tenckhoff catheter 3. การฟอกเลือด (HD) กรณีไตวายเฉียบพลันและกรณีไตวายเรื้อรัง 1,500 บาทต่อครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) 1,700 บาทต่อครั้ง (อายุเกิน 60 ปี และมีโรคเรื้อรัง) (ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4. การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด
3. การผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม	- ครอบคลุมบริการตามปกติ - จ่ายชดเชย เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ ข้างละ 4,000 บาท ชนิดแข็ง พับไม่ได้ ข้างละ 4,000 บาท	- กรณีโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดวงตาละ 5,000 – 7,000 บาท กรณีภาวะแทรกซ้อน ดวงตาละ 9,000 บาท - จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้ ข้างละ 2,800 บาท และเลนส์แข็ง ข้างละ 700 บาท - โรคต้อกระจกจากกรณีอื่นหรือต้องเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมปกติ
4. โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (hemophilia)	- ครอบคลุมบริการตามระบบปกติกรณีผู้ป่วยนอก ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว - ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diag-	- เน้นการดูแลรักษาที่บ้าน โดยให้แฟคเตอร์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้านเพื่อนำมาใช้รักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นได้ทันท่วงที โดยจ่ายชดเชยเพิ่มเติมเป็นยาแฟคเตอร์แปด และค่าบริการตามที่

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่าง 2 กองทุนสุขภาพ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
	nosis related group: DRG) - บริการ Factor VIII / Factor IX กรณีผู้ป่วยใน - บริการ Factor VIII / Factor IX กรณีผู้ป่วยนอก เข้ารับการรักษา ไม่เกิน 2 ครั้ง/ 1 เดือน	อัตรากำหนด - ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียในโครงการที่อยู่ใกล้บ้าน (50 แห่ง) และไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ
5. การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง	- ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายค่าชดเชยในการให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ได้ตามจริง ไม่เกินอัตราที่กำหนด - ได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น - ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)	- การรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิดตามที่กำหนด รักษาตามแนวทางการรักษาเฉพาะ (protocol) ผู้ป่วยนอกจ่ายชดเชยตามจำนวนที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและเพิ่มเติมค่ายาเคมีบำบัด หรือยาฮอร์โมน - กรณีที่รักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาเฉพาะ (protocol) ผู้ป่วยนอกจ่ายชดเชยค่าเคมีบำบัด/ฮอร์โมนเป็นรายครั้งไม่เกิน 2,300 บาทต่อครั้ง ส่วนรังสีรักษาจ่ายชดเชยไม่เกินเพดานกำหนดผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - สำหรับมะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่มีการกำหนด protocol กรณีผู้ป่วยนอกให้จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยในจะได้รับการจ่ายชดเชยทั้งค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
6. โรควัณโรค/การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก	- ครอบคลุมบริการตามระบบปกติกรณีผู้ป่วยนอก ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว - ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)	- มีการบริหารจัดการเฉพาะ ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 - จ่ายชดเชยเป็นยาหรือเป็นเงินตามอัตราที่กำหนด ครอบคลุมบริการการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และบริการกำกับการกินยาด้วยวิธี DOTs (directly observe treatment, short course)
7. โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	- ครอบคลุมบริการตามระบบปกติกรณีผู้ป่วยนอก ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว	- ครอบคลุมบริการตามระบบปกติ และเพิ่มเติมเพื่อเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาและรักษาภาวะแทรกซ้อน
8. โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ	- ครอบคลุมบริการตามระบบปกติกรณีผู้ป่วยนอก ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว - ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)	- การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดด้วยกล้อง จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) - การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (extracorporeal shock wave lithotripsy: ESWL) หน่วยบริการภาครัฐ ครั้งละไม่เกิน 6,500 บาท ภาคเอกชนเหมาจ่าย 16,000 บาทต่อไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันระหว่าง 2 กองทุนสุขภาพ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
9. โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	ครอบคลุมบริการตามระบบปกติ	- ให้สารเมทาโดนระยะยาว - ชดเชยโดยจ่ายเป็นค่าสารเมทาโดนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 35 บาทต่อวัน
10. บริการด้านทันตกรรม	- การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ - การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตกรรม การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ	- การถอนฟัน ผ่าฟันคุด (ยกเว้นเพื่อการจัดฟัน) อุดฟันทุกชนิด ขูดหินปูน เกลารากฟัน รักษาโรคเหงือก ศัลย์ปริทันต์ รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม เคลือบหลุมร่องฟัน (เฉพาะอายุไม่เกิน 15 ปี) การใส่ฟันปลอมฐานอะคริลิค การใส่เพดานเทียมหรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือกในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก - การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ
11. รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน	ไม่มี	มีการนำร่องใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ COPD (chronic obstructive-pulmonary disease), asthma, DM (diabetes mellitus), HT (hypertension)
12. การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) และผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care)	มีการจัดบริการเฉพาะแบบประคับประคอง (palliative care) ในผู้ป่วยมะเร็ง	- มีการบริหารจัดการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และระยะสุดท้ายที่บ้าน ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ตามแนวทางที่กำหนด - จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ค่าออกซิเจน การติดตามดูแลที่บ้าน

ที่มา คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พ.ศ. 2563 และ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

ราษฎร เลขประจำตัวประเภท 3 และ 4 อีกจำนวน 24,079 คน ที่คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2563 และเด็กและบุคคลที่เรียนในสถานศึกษา จำนวน 3,042 คน ที่คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2563 ซึ่งยังเหลือเด็กและบุคคลที่เรียนในสถานศึกษากว่า 70,000 คน ที่รอการพิสูจน์สถานะอยู่ ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558

ประเด็นงบประมาณที่ได้รับนั้นยังมีความแตกต่างกัน เพราะนอกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวแล้ว กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้รับงบประมาณเพิ่มเติมอีก 7 รายการ เป็นงบประมาณทั้งสิ้น 16,615 ล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณ 344 บาท/คน/ปี ขณะที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับเพียงงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนเท่านั้น หากได้รับงบประมาณส่วนนี้เพิ่มเติม ก็จะมีงบประมาณเพิ่มขึ้นประมาณ 187.1 ล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณที่สามารถ

ทำให้การจัดบริการต่างๆ ทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

ประเด็นขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครองที่ยังมีความแตกต่างกัน คือ หน่วยบริการโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครซึ่งมีเพียง 3 แห่งเท่านั้น ทำให้การเข้าถึงบริการมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะกรณีการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก บุคคลที่มีสถานะและสิทธิต้องเสียเวลาค่อนข้างมากในการไปรับบริการ นอกจากนั้น ความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากการได้รับบริการทางการแพทย์ ยังไม่ได้รับความคุ้มครองทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เห็นควรปรับปรุงให้มีสิทธิประโยชน์นี้ทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นด้านสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่า ณ วันที่ 1 มกราคม 2563 มีสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน 33 รายการ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จำนวน 21 รายการ ที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีการจัดบริการแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดให้บริการ กลุ่มที่ 2 คือ สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมือนกันแต่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันระหว่างสองกองทุน จำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 มีสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่เหมือนกันแต่ต่างกันที่อัตราการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาล จำนวน 3 รายการ ประเภทที่ 2 มีสิทธิประโยชน์เหมือนกันแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบบริหารจัดการเฉพาะ ในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะ จำนวน 9 รายการ กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจำนวน 227 รายการ ขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมจำนวน 336 รายการ

จะเห็นได้ว่าการจัดการกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่มีจำนวน 5 แสนกว่าคน โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องดำเนินการในด้านต่างๆ ทั้งการบริหารจัดการ สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ การบริหารหน่วยบริการ การเบิกจ่ายงบประมาณให้กับหน่วยบริการนั้น เป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการสิ้นเปลืองกำลังคนและงบประมาณ และยังทำให้หน่วยบริการสับสนและยุ่งยากในการจัดการ 2 ระบบ และไม่สามารถจัดการให้เกิดสิทธิประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน ตามเจตนารมณ์ของคณะรัฐมนตรี จึงเห็นควรให้มีการเร่งรัด ปรับปรุงการบริหารจัดการให้ดีขึ้น รวมทั้งพัฒนาสิทธิประโยชน์ต่างๆ ได้แก่ การเพิ่มงบประมาณในส่วนกองทุนเฉพาะโรคให้ทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเพิ่มหน่วยบริการให้เข้าถึงได้มากขึ้น โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ การเพิ่มความคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหายจากการได้รับบริการทางการแพทย์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จำนวน 21 รายการ และปรับปรุงการบริหารจัดการและอัตราการจ่ายชดเชยจำนวน 12 รายการ จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ส่วนการศึกษาครั้งต่อไปนั้น น่าจะมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ในการให้บริการของกองทุน ทั้งการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการ และการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตีความประเด็นบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิว่า ควรมีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ เพราะที่ผ่านมาเป็นความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น ยังไม่มีการหารือกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง รวมทั้งควรร่วมกันหารูปแบบหรือวิธีบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ให้มีสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในการสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

References

1. National Health Security Act B.E. 2545 (2002). In: Gazette RTG, editor. Bangkok: Cabinet and Royal Gazette Publishing Office; 2002. p. 1.
2. Cabinet Resolution. Expanding Health Care Coverage for People with Citizenship Problems (Stateless Minority). In: The Secretariat of the Cabinet, editor. Bangkok: The Secretariat of the Cabinet; 23 March 2005.
3. Pokpermdee P. Expanding health care coverage for people with citizenship problems (stateless minority): a step forward for health insurance in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2011;5(1):85-98.
4. Cabinet Resolution. Expanding Health Care Coverage for People with Citizenship Problems (Stateless Minority) additional. In: The Secretariat of the Cabinet, editor. Bangkok: The Secretariat of the Cabinet; 20 April 2015.
5. Cabinet Resolution. Expanding Health Care Coverage for People with Citizenship Problems (Stateless Minority) additional. In: The Secretariat of the Cabinet, editor. Bangkok: The Secretariat of the Cabinet; 10 April 2020.
6. Cabinet Resolution. Expanding Health Care Coverage for People with Citizenship Problems (Stateless Minority) additional In: The Secretariat of the Cabinet, editor. Bangkok: The Secretariat of the Cabinet; 22 September 2020.
7. The Number of People with Citizenship Problems, [Internet]. Division of Health Economics and Health Security. 2020 [cited 1 June 2020]. Available from http://state.cfo.in.th/Portals/0/2563. (in Thai)
8. Division of Health Economics and Health Security, Ministry of Public Health. Handout of people with citizenship problems health scheme. In: Office of Permanent Secretary, editor. Nonthaburi: Division of Health Economics and Health Security; 2020.
9. National Health Security Office. Handbook for the reimbursement of health care. In: National Health Security Office, editor. Bangkok: Sangchon Publishing; 2020.