

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้วางหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ และเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการปฏิรูปภาคการเมืองและภาคสังคมที่สำคัญหลายประการ อาทิ การกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ การจัดตั้งองค์กรอิสระเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ให้เป็นกลไกตรวจสอบถ่วงดุลขึ้นในสังคม รวมทั้งข้อผูกพันในการปฏิรูปการศึกษาและการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ในขณะที่ประชาชนในสังคมมีความตื่นตัวเรื่องความเป็นประชาธิปไตยและกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาประชาธิปไตย มีการรวมกลุ่มอย่างเข้มแข็ง ขยายเครือข่ายเชื่อมโยงกว้างขวาง ถือเป็นทุนทางสังคมที่เป็นจุดแข็งที่จะช่วยให้การปฏิรูปโครงสร้าง ระบบและกลไกการพัฒนาประชาธิปไตย เป็นไปอย่างรวดเร็ว สร้างความโปร่งใสและเป็นธรรมแก่ประชาชนมากขึ้น รวมทั้งเป็นโอกาสที่จะเอื้ออำนวยต่อการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการส่งเสริมชุมชนตลอดจนสังคมให้เข้มแข็งและยั่งยืน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) บัญญัติว่า “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมจ่ายในการรับบริการสาธารณสุขของประชาชน จึงมีหลัก 4 ประการ คือ 1) หลักความเสมอภาค (Equity) 2) หลักความเท่าเทียมกัน (Equality) 3) หลักเสรีภาพ (Freedom) และ 4) หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) ในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพ หรือสุขภาพดี กล่าวคือ ประชาชนทุกคนในประเทศมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน โดยการจัดให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพและมีส่วนร่วมในการร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันสิทธิประโยชน์และบริการที่ได้รับจะมีความเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่าง

ในเรื่องเพศ อายุ ฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังถือว่าเป็นการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของสถานบริการให้มีประสิทธิภาพ คำนึงถึงความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน ดังนั้นการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขของประชาชนก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของคนในสังคมได้ทางหนึ่ง การสร้างให้มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ทั้งยังเป็นกลไกการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนจนเป็นการปรับปรุงและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเป็นธรรมและเสมอภาค รวมถึงเป็นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันเป็นการช่วยประหยัดงบประมาณรายจ่ายของรัฐและประชาชนในด้านสุขภาพด้วย

จากอดีตที่ผ่านมาสังคมไทยให้ความหมายคำว่า “สุขภาพ” แคบเกินไปโดยเน้นเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วย พัฒนาระบบบริการในรูปของการตั้งรับเพื่อการรักษาพยาบาลเท่านั้น ทั้งยังเป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรในการดำเนินการจำนวนมาก เช่น การขยายตึกอุบัติเหตุ การเพิ่มเครื่องมือการฝึกแพทย์ ฝึกพยาบาลเพื่อรองรับการบาดเจ็บ การเสียชีวิต และการพิการจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้ก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายสูงแล้ว ยังผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพในอดีต ได้แก่

- 1) โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล)
- 2) สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 3) การประกันสุขภาพภาคบังคับ และ
- 4) การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ล้วนมีลักษณะมุ่งเน้นไปที่การกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพียงเฉพาะกลุ่ม และสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแต่ละอย่างที่ให้กับผู้มีสิทธิเข้ารับบริการและบริการที่ได้รับก็ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจฐานะการจ้างงาน อายุ เป็นต้น มิได้มีความเท่าเทียมกัน ในขณะเดียวกันระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความหลากหลายแบบนี้ เมื่อนำมาเชื่อมต่อกันก็ยังมีช่องว่างในการให้บริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและทั่วถึง กล่าวคือ มีประชากรอีกส่วนหนึ่งที่ไม่มีสิทธิหรือความสามารถในการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ทั้งหลายเหล่านี้ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2544 ได้มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ประชาชนที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการเกิดขึ้น มีเป้าหมายเพื่อ

- 1) ให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเสมอภาคในการได้รับหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการ

สาธารณสุข ในมาตรา 51 วรรคหนึ่ง กล่าวว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ในวรรคสอง “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” วรรคสาม “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” จะเห็นได้ว่า คำว่ามีสิทธิเสมอกันในการเข้ารับบริการและในบริการนั้นจะต้องมีความทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ แต่มีเงื่อนไขอยู่ว่า ผู้ยากไร้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และบุคคลใดบ้างมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขจากรัฐ เป็นเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่มุ่งเน้นคุ้มครองผู้ยากไร้ให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข แต่ยังมีปัญหาเรื่องคำนิยามในกฎหมายคำว่า “ผู้ยากไร้” นั้นมีความหมายอย่างไร ขยายไปครอบคลุมถึงบุคคลใดบ้าง ปัจจุบันยากต่อการตีความคำว่า “ผู้ยากไร้” เพื่อใช้เป็นเกณฑ์กำหนดว่าผู้ใดสมควรมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในประเทศไทย มีกองทุนเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพใหญ่ ๆ อยู่ 3 กองทุนที่ดูแลสุขภาพ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแลคนจำนวน 48 ล้านคน ก็เกือบ 80 เปอร์เซ็นต์ของประเทศ ใช้งบประมาณ 2,755.60 บาทต่อคนต่อปี 2) กองทุนประกันสังคม ดูแลคนประมาณ 10.5 ล้านคน ใช้งบประมาณ 2,500 บาทต่อคนต่อปี 3) สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ประมาณ 5 ล้านคน ใช้งบประมาณ 12,000 บาทต่อคนต่อปี¹ ในระยะเริ่มแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยปี 2544 นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่เด่นชัดทั้งผลงานและความพึงพอใจของประชาชน แต่ก็มีเสียงสะท้อนจากผู้ที่ไม่นิยม ไม่พอใจหรือต่อต้านว่า 30 บาทเป็นโครงการชั้นสอง หากเราย้อนมองอดีต มีความจริงสำคัญหลายประการ ประการที่สำคัญอย่างแรกคือ 30 บาท ไม่สามารถรักษาได้ทุกโรค ความจริงอีกประการหนึ่งคือ ในระบบหลักประกันสุขภาพในยุค 30 บาทรักษาทุกโรค ก็มีคนจำนวนกว่าครึ่งของระบบที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย 30 บาท ได้แก่ เด็ก ผู้ยากไร้ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ บุคคลเหล่านี้ไม่ต้องร่วมจ่ายมาตั้งแต่แรกเริ่มของระบบ 30 บาท และความจริงที่สำคัญอีกประการคือเงิน 30 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ที่ต้องร่วมจ่ายเป็นรายได้ที่แม้จะจำนวนไม่มากแต่มีความสำคัญต่อสถานพยาบาล

¹ อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์. (2555). รายงานการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ 5 (สมัยสามัญนิติบัญญัติ). หน้า 157

ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เงินที่ได้รับจะถูกใช้เป็นค่าตอบแทนบุคลากร ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ การซ่อมบำรุงหรือแม้แต่จัดหาครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างใหม่ จะเป็นคุณูปการ ทั้งต่อผู้ป่วยที่ร่วมจ่ายเงินและไม่ต้องร่วมจ่ายเงิน อาจแลดูเป็นเงินที่ไม่มากแต่ก็เป็นเงินไม่น้อย เช่นกัน แต่สิ่งที่เป็นผลแทรกซ้อนของการมีส่วนร่วมจ่ายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ดังกล่าวกลับมากกว่า คือ มีการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสมและไม่จำเป็น การรักษาพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความเสมอภาคเท่าเทียม และไม่มีความเป็น เพราะมีงบประมาณด้านการคลังสุขภาพที่จำกัด กอปรกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการบริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน ตลอดจนขาดงบประมาณที่เพียงพอในการบริหารจัดการ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ฯลฯ เพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล นำไปสู่ภาระงานที่มากขึ้นของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่แบกรับภาระงานอันหนักนี้มาแล้วอย่างต่อเนื่อง ภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปสู่ผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างมาก จากความคาดหวังของนโยบายที่จะลดค่าว่า 30 บาทเป็นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน การมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้ก่อให้เกิดคุณูปการที่สำคัญให้กับระบบ คือ บทเรียนการมีส่วนร่วมจ่ายช่วยชี้แจงระบบบริการสุขภาพ การไม่ปล่อยให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดเป็นของรัฐ รัฐก็ได้ใช้งบประมาณที่มาจากภาษีของประชาชน มาใช้เป็นการใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันรัฐต้องพยายามมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลรักษาสุขภาพของตนเองด้วย ไม่ใช่ให้รัฐต้องดูแลงบประมาณการคลังสุขภาพโดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วนอย่างที่เป็นมาในอดีต แต่รัฐยังคงช่วยเหลือผู้ยากไร้ และบุคคลที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ ส่วนบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีควรมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเองก่อนเป็นหลัก แต่หากเกินความสามารถที่ประชาชนจะแบกรับ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้รัฐจึงจะเข้าไปดูแลค่าใช้จ่ายให้ ด้วยการสร้างระบบการร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐานและเป็นธรรมโดยอิงกับฐานการจ้างงานเป็นหลัก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่มีการดำเนินการอย่างกว้างขวางแม้แต่ในประเทศที่มีฐานะทางการเงินการคลังเข้มแข็ง เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศเกาหลีใต้ และประเทศไทย ฯลฯ มีส่วนร่วมจ่ายตามรายการยา โดยร่วมจ่ายกรณีใช้ยานอกสิทธิที่กำหนด ร่วมจ่ายกรณีใช้บริการพิเศษที่อยู่นอกสิทธิร่วมจ่ายในกรณีที่ไม่ไปรับบริการในสถานพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน โดยประเทศส่วนใหญ่ ยกเว้นการมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขเป็นผู้ยากไร้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรคหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ทำไมประเทศที่พัฒนาแล้วจึงยังมีระบบร่วมจ่าย เหตุที่ประเทศต่าง ๆ มีระบบร่วมจ่าย เพราะต่างก็มีประสบการณ์ว่า การมี

บริการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือร่วมจ่ายในปริมาณจำนวนน้อยเพื่อชำระระบบจะทำให้เกิดการเข้ารับบริการที่ไม่เหมาะสมหรือเกินความจำเป็นในกลุ่มประชากรบางกลุ่ม เมื่อมีการใช้บริการมากย่อมต้องมีการตั้งทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้มากขึ้น ต้นทุนที่เกิดขึ้นย่อมต้องมีผู้จ่ายไม่ว่ารัฐหรือสังคม ในกรณีของบริการสุขภาพ บริการที่ไม่เหมาะสม ก่อนที่รัฐจะเป็นผู้ที่ต้องรับภาระจ่ายเพิ่มหรือหาทรัพยากรมาเพิ่ม ผู้ป่วยหนักหรือผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพคือผู้ได้รับผลกระทบที่สำคัญเป็นอันดับแรก เนื่องจากทรัพยากรที่จำเป็นส่วนหนึ่งจะต้องถูกนำไปใช้ ในประเทศที่รายรับของรัฐมาจากภาษีมีจำนวนจำกัด การมีส่วนร่วมจ่ายนอกจากจะช่วยแก้ปัญหาการใช้บริการเกินจำเป็นยังเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มงบประมาณการคลังทางด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถลดภาระทางภาษีของประชาชนโดยรวม สำหรับประเทศที่มีฐานะร่ำรวย มีงบประมาณเพียงพอ การมีส่วนร่วมจ่ายก็นำมาเป็นกลไกในการควบคุมการใช้บริการสุขภาพที่เกินจำเป็น บริการสุขภาพที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการรักษาพยาบาล ดังนั้นการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสม ยังนำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในเชิงระบบ การร่วมจ่ายเพิ่มจึงมีความจำเป็นสำหรับบริการเสริมหรือบริการที่เกินสิทธิประโยชน์ที่รัฐได้กำหนด เพื่อรัฐจะได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดจัดสรรบริการตามสิทธิที่กำหนดให้ได้อย่างครอบคลุมและได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้แก่ประชากรทั้งหมด ด้วยเหตุนี้การกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมกับสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ และการกำหนดรายการร่วมจ่ายให้สอดคล้องกับการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพย่อมเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ระบบสามารถดำรงอยู่และพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีส่วนร่วมจ่าย เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคในยุคแรกของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดมาตรการมีส่วนร่วมจ่ายไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ จวบจนปัจจุบันคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการกำหนดให้บุคคลต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่หลายกรณี เช่น กรณีการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวาย เป็นการมีส่วนร่วมจ่ายรูปแบบหนึ่ง แต่เป็นการกำหนดอัตราส่วนร่วมจ่ายในลักษณะเพื่อชำระระบบ ในด้านการใช้บริการที่เหมาะสมและการเพิ่มรายรับแก่สถานพยาบาลอย่างจริงจังยังไม่เกิดขึ้นใหม่ ผลก็คือยังมีข้อจำกัดและข้อโต้แย้งในเรื่องการเรียกเก็บค่าบริการส่วนที่เกินสิทธิหรือการชะลอการจัดบริการ ถึงแม้จะอยู่ในสิทธิ แต่เป็นภาระด้านค่าใช้จ่าย ทำให้มีการส่งผู้ป่วยไปรักษาในสถานพยาบาลอื่นและมีปัญหาการตามจ่ายค่าบริการ โดยเฉพาะกรณีที่ค่าบริการดังกล่าวมีราคาที่สูงจนมีผลกระทบทางการเงินและภาระที่ตึงต่อหน่วย

บริการที่ประชาชนลงทะเบียนไว้และสถานพยาบาลที่ให้การรักษา การนำเรื่องส่วนร่วมเข้ามาพิจารณาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถืออยู่ และสามารถใช่เพื่อเปิดประตูของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ ให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ภาวะการณ์ทางการเงินการคลังของรัฐและความก้าวหน้าของระบบการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประวัติ ความเป็นมา แนวคิด หลักทฤษฎี ขอบเขตของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาหลักกฎหมายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ ในกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขของต่างประเทศและของประเทศไทย

3. เพื่อศึกษาปัญหาและเสนอแนวการแก้ไขปัญหาดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ

4. เพื่อศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขให้เกิดความเป็นธรรมและสอดคล้องกับบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ได้มาตรฐานตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามหลักประกันสุขภาพได้อย่างแท้จริง มีผลกระทบต่องบประมาณของรัฐและมีผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่ได้รับความเสมอภาค เท่าเทียมกันจากการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาถึงประวัติความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎี หลักการในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ภายใต้ความเสมอภาค

เท่าเทียมกันเพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงเท่าเทียม โดยจะศึกษาถึงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการบัญญัติให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ตลอดจนทำให้ทราบถึงผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับภาระงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการบริการสาธารณสุข ตลอดจนเพื่อคุ้มครองผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขให้ได้รับบริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมและเป็นธรรม เสมอภาค มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานตามเจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาจากเอกสารทางวิชาการที่รวบรวมข้อมูลจาก บทบัญญัติของกฎหมาย คำบรรยายกฎหมาย ร่างกฎหมาย และกฎหมายลำดับรอง ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์พระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กฎกระทรวง ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข หนังสือบทความ รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร และเอกสารอ้างอิงอื่น ๆ ตลอดจนสอบถามจากผู้มีความรู้และประสบการณ์

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบประวัติ ความเป็นมา แนวคิด หลักทฤษฎี ขอบเขตของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
2. ทำให้ทราบหลักกฎหมายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ ในกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศและของประเทศไทย
3. ทำให้ทราบปัญหาและเสนอแนวการแก้ไขปัญหาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ
4. ทำให้ทราบแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขให้เกิดความเป็นธรรมและสอดคล้องกับบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ

1.7 นิยามศัพท์

ส่วนร่วมจ่าย (Cost Sharing or Co-payment) ในระบบประกันสุขภาพ หมายถึง เงินที่ผู้ให้บริการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เงินนี้เป็นการที่ผู้ให้บริการจ่ายโดยตรงให้กับผู้ให้บริการโดยไม่ผ่านผู้ให้ประกัน แต่อัตราหรือจำนวนเงินที่ต้องจ่ายในแต่ละครั้งควรกำหนดโดยความเห็นชอบจากผู้ให้ประกัน เพื่อไม่ให้เป็นการที่หนักเกินควรแก่ผู้ให้บริการ

บัตรทองประเภท ท. คือ ประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียม มี อักษร “ท” นำหน้าเลขที่บัตรทอง เมื่อมารับบริการ ไม่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

บัตรทองประเภทไม่มี ท. คือ ประเภทเสียค่าธรรมเนียม ไม่มี อักษร “ท” นำหน้าเลขที่บัตรทองเมื่อมารับบริการเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท