

ข้อเสนอปฏิรูปวิธีจ่ายเงินกองทุนเงินทดแทน การประกัน ภาคบังคับแบบแรกของประเทศไทย

Payment Reform Proposals for the First Compulsory Insurance: Worker's Compensation Fund

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเริ่มครั้งแรกจากประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ณ วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 เพื่อให้เกิดความ“ปรองดองและเป็นธรรม” ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง จึง“สมควรจัดให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างที่จะต้องได้รับเงินทดแทนในเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงาน”⁽¹⁾ หลังจากตรา พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เพื่อเป็นหลักประกันภาคบังคับที่สมบูรณ์แบบมากขึ้น กองทุนเงินทดแทนจึงมีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ของตนเองคือ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 บทความเรื่องที่ 2 ของวารสารฉบับนี้เสนอ แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการด้านทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ⁽²⁾ บทบรรณาธิการนี้จึงขอกล่าวถึงข้อเสนอปฏิรูปวิธีจ่ายเงินกองทุนเงินทดแทน ที่เป็นการประกันภาคบังคับแบบแรกของประเทศ

แม้ปี 2564 คาดว่ากองทุนเงินทดแทนมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพ 988 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.1 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด เทียบกับประกันสังคมร้อยละ 12.7 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด⁽³⁾ แต่การที่เป็นแผนประกันสุขภาพภาคบังคับแบบแรกที่มีผลทางปฏิบัติมากกว่า 50 ปี ควรมีชุดข้อเสนอที่เหมาะสมกับยุคปัจจุบัน

เงินทดแทนยังเป็นแหล่งเงินภาครัฐเพื่อสุขภาพ (บังคับให้นายจ้างจ่ายเข้ากองทุนฯ) ปีละกว่าพันล้านบาท นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับงาน พ.ร.บ. ยังให้กองทุนฯ จ่ายค่าทดแทน ค่าฟื้นฟู

สมรรถภาพในการทำงาน และค่าทำศพ ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์นอกเหนือจากรายจ่ายสุขภาพ พ.ร.บ. กำหนดให้นายจ้างของสถานประกอบการจ่ายเงินสมทบไม่เกินร้อยละห้าของค่าแรงลูกจ้างเข้ากองทุน โดยมีแรงจูงใจให้นายจ้างจ่ายสมทบน้อยลงหากสถิติการประสบอันตรายของสถานประกอบการในรอบสามปีปฏิทินที่ผ่านมาลดลง (experience rate contribution)

เนื่องจากเป็นหลักประกันภาคบังคับแบบแรก วิธีจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลยังเป็นยุคกึ่งศตวรรษจ่ายตามกิจกรรมแบบมียอดเพดานสูงสุด (fee-for-service with ceiling) ของแต่ละรายการหรือหมวดหรือยอดรวม แผนประกันภาคบังคับแบบที่สองยุค 3.5 ทศวรรษคือ พ.ร.บ.ประกันสังคม ซึ่งปฏิรูปวิธีจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลสู่สัญญาการจ่ายล่วงหน้าตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว (prepayment contractual capitation) รวมจ่ายทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผ่านมาถึงยุค 2.5 ทศวรรษ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปฏิรูปการจ่ายเงินแยกเป็น เหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก ตกลงราคาล่วงหน้าตามความรุนแรงของโรค (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ diagnosis related group, DRG) สำหรับบริการผู้ป่วยใน และจ่ายตามกิจกรรม (fee-for-service) สำหรับบริการที่ต้องการจูงใจให้มีบริการเพิ่มขึ้น เช่น การป้องกันควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอการปฏิรูปกองทุนฯ จึงเน้นที่วิธีการจ่ายเงินกองทุนฯ ควรศึกษาประสบการณ์ใหม่ของหลักประกันสุขภาพภาคบังคับทั้งในและต่างประเทศ ดำเนินการซื้อ

บริการสุขภาพอย่างมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) จากสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้ลูกจ้างพ้นตัวจากการเจ็บป่วยกลับเข้าสู่ผลิตภาพเศรษฐกิจและสังคมของแรงงาน เพื่อผลดีของลูกจ้างรวมทั้งครอบครัว นายจ้าง กองทุนฯ และระบบสุขภาพกับระบบเศรษฐกิจของประเทศ

สถานการณ์เงินกองทุนฯ สามารถควบคุมรายจ่ายน้อยกว่าเงินสมทบ แม้สถานประกอบการส่วนใหญ่จ่ายเงินสมทบลดลงเพราะได้ประโยชน์จากสถิติการประสบอันตรายลดลง ปี 2566 มีรายได้เงินสมทบสีพันล้านบาท รายจ่ายค่าทดแทนสิทธิประโยชน์สองพันกว่าล้านบาท ทำให้ตลอดทั้งศตวรรษ กองทุนฯ มีเงินสะสมเกือบแปดหมื่นล้านบาท⁽⁴⁾ จึงถือว่ามีเสถียรภาพสูง สามารถคิดและดำเนินการปฏิรูปโดยใช้เงินสะสมได้อย่างสมเหตุผล

ในสังคมยุคดิจิทัล กองทุนฯ ควรสร้างระบบฐานข้อมูลการจ่ายเงินด้านสุขภาพแก่สถานพยาบาลที่ดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายที่มีมิติซับซ้อน เพื่อสามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้เป็นข้อมูลเรียนรู้ (learning data) ในขั้นตอนพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) เพื่อออกแบบระบบการซื้อบริการอย่างมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) โดยได้ผลลัพธ์เป็นระบบสุขภาพที่เน้นคุณค่า (value-based health fund)

ระบบอภิบาล (governance system) ของกองทุนเงินทดแทน ที่ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ได้มีปฏิสัมพันธ์มานานกว่ากึ่งศตวรรษและสถานะการเงินมั่นคงสามารถแสวงหาและจัดซื้อบริการด้านเทคนิค (technical knowhow) เพื่อดำเนินการปฏิรูประบบวิธีจ่ายเงินแบบบูรณาการ (integrated care) ที่เน้นคุณค่า วิสัยทัศน์นี้จะสำเร็จได้ด้วยฐานรากระบบบันทึกข้อมูลดิจิทัลตามกิจกรรมบริการและผลลัพธ์สุขภาพที่มีความละเอียดและแม่นยำ

ระบบวิธีจ่ายเงินแบบบูรณาการ ของกองทุนเงินทดแทน จะเข้าสู่ยุคหลังกึ่งศตวรรษ ที่ผสมผสานระหว่าง เหมจ่ายรายหัวที่ปรับค่าอัตราเสี่ยง (risk adjusted capitation) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) กลุ่มโรคร่วมระยะกลางระยะยาว (intermediate and long-term care, ILTC)⁽⁵⁾ กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (Thai-ambulatory casemix classification, TACC)⁽⁶⁾ และ การจ่ายตามรายการกิจกรรม (fee-for-service)

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย

บรรณาธิการ

References

1. Revolutionary Council's Announcement No. 103 B.E. 2515 (1972). The Royal Thai Government Gazette Special Volume 89, Section 41. 1972 Mar 16 [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2515/A/041/1.PDF>. (in Thai)
2. Limstitt P, Prasertsom P, Chalittikul W. Concepts and laws for developing dental services in state health security schemes. *Journal of Health Systems Research* 2025;19(3):245-61. (in Thai)
3. International Health Policy Program Foundation; Ministry of Public Health. Thai national health accounts 2020-2021 and projection of health expenditure 2022-2024. IHPP; 2023 Nov 22 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://ihppthaigov.net/sa22/publication/download/fl_1700627367561.pdf. (in Thai)
4. Social Security Office; Ministry of Labour. Worker's compensation fund. Annual report 2023 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/0970d0f7b9ad5f864cf71a6e63c59953.pdf. (in Thai)
5. Khotthong K. Devalopment of casemix classification and relative cost weights for intermediate and long-term care (ILTC) in Thailand (unpublished Doctor of Philosophy). Social, Economic and Administrative Pharmacy Graduate Program, Faculty of Pharmacy. Bangkok: Mahidol University; 2024. (in Thai)
6. Thai CaseMix Centre. Expert meeting scrutinizing results of Thai ambulatory casemix development version 0.1.1. 2025 Aug 28 [cited 2025 Sep 15]. Available form: <https://www.tcmc.or.th/expert-panel-review-thai-ambulatory-care-case-mix-v-0.1.1-S0172>. (in Thai)