



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความหมายของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ ในความหมายโดยทั่วไปแล้ว เป็นการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกัน ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยสาระสำคัญของการประกัน คือ การร่วมกันแบ่งรับภาระ ค่าใช้จ่าย และร่วมกันเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลจะสามารถเข้ารับการรักษายาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วยโดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลอีก เนื่องจากได้จ่ายค่าเบี้ยประกันไว้ตั้งแต่ตอนแรกแล้ว โดยการประกันสุขภาพโดยทั่วไปมีหลักการให้ความคุ้มครองเป็น 2 ทาง คือ ให้หลักประกันทางตรงด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ ยา และ ค่ารักษายาบาล กับอีกทางหนึ่งเป็นหลักประกันทางอ้อม ด้านการชดเชยส่วนของรายได้ที่สูญเสียไป อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรวมถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น แนวคิดดังกล่าวเป็นหลักการของการประกันสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยธุรกิจเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ที่เรียกว่า เป็นการประกันสุขภาพส่วนบุคคล (private health insurance)

การประกันสุขภาพอาจรวมถึง การคุ้มครองโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกัน ซึ่งอาจได้แก่การตรวจเช็คร่างกายประจำปี การให้ภูมิคุ้มกันโรค วัคซีน เป็นต้น และอาจรวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับแม่และเด็ก รวมถึงการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรด้วย ในบางกรณีการประกันสุขภาพอาจครอบคลุมเป็นระดับครอบครัวแทนที่จะเป็นระดับบุคคลก็ได้ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2529)

1.2 สถานการณ์การประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีกิจกรรม หรือโครงการที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพอยู่หลายรูปแบบ ทั้งในรูปแบบที่สอดคล้องกับหลักการประกันสุขภาพ ในรูปแบบที่คล้ายกับการประกันสุขภาพ และในรูปแบบของสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ที่เกื้อกูลแบบให้เปล่า รายละเอียดของกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

1.2.1 โครงการบัตรสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ในชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" โดยใช้บัตรสุขภาพในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และ สงขลา (รวม 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในด้านการบริหารการเงิน และโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเอง โดยการจัดตั้งกองทุนโดยชาวบ้านและองค์กรชุมชน โครงการบัตรสุขภาพมีเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการศึกษา

ด้วยวิธีการจัดและวัตถุประสงค์ บัตรสุขภาพ จึงเป็นบัตรที่แสดงความผูกพันร่วมกันหรือการมีพันธะร่วมกันระหว่าง ประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่ให้บริการสนับสนุนทางด้านสุขภาพอนามัย ผลของการดำเนินงานโครงการนี้จึงปรากฏว่า ชุมชนสามารถจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับกองทุนอื่นๆ อาทิเช่น กองทุนยา กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขภาพิบาล อย่างมีเงื่อนไข ซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นการเริ่มต้นระบบการประกันสุขภาพได้วิธีหนึ่ง

ในปี พ.ศ. 2527 ได้มีการปรับปรุงประเภทและราคาบัตรตลอดจนเงื่อนไขบางประการ และใช้ชื่อใหม่ว่า "โครงการบัตรสุขภาพ" หรือที่เรียกว่าโครงการบัตรสุขภาพระยะที่สอง โดยกำหนดเป้าหมายให้มีครบทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล และในปี พ.ศ. 2528 ให้มีครบทุกอำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการพิจารณาปรับปรุงประเภทและราคาบัตรตลอดจนเงื่อนไขการให้บริการ และผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับใหม่ โดยถือเป็นโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 ในปี พ.ศ. 2528 โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี 2530 จะให้ครอบคลุมทุกตำบลใน

ทุกอำเภอ

ประชาชนเข้าเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพได้โดยสมัครใจซื้อบัตรสุขภาพซึ่งโครงการบัตรสุขภาพในระยะที่ 3 นี้มีบัตรสุขภาพ 3 ชนิด 3 ราคา คือ บัตรสีเขียว เพื่อการรักษาพยาบาลครอบครัว ราคา 300 บาท บัตรสีแดง เพื่อการรักษาพยาบาลบุคคล ราคา 200 บาท และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท สำหรับบัตรบุคคลอาจใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 4 ครั้งต่อปี ซึ่งการรักษาพยาบาล 1 ครั้ง (episode) หมายถึง การรักษาต่อเนื่องจนหายจากโรคนั้น ๆ ในครั้งนั้น ซึ่งอาจจะได้รับการรักษาพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งหรือใช้เวลามากกว่า 1 ปี ก็ได้ หรืออาจเลือกใช้สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการรับบริการก็ได้ แต่ต้องเข้ารับบริการยังสถานพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นการกระจายผู้ป่วยตามระดับของสถานพยาบาล นับตั้งแต่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย เป็นลำดับ ซึ่งแต่เดิมนั้นได้มีการจำกัดโรคที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลไว้ แต่ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นไม่จำกัดโรค (ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา) ทั้งนี้ได้กำหนดวงเงินขึ้นสูงสุดในการรักษาพยาบาลฟรีไว้ 2,000 บาทต่อครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่า 2,000 บาท ผู้ถือบัตรต้องรับผิดชอบเองโดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 บัตรสุขภาพทุกประเภทจะมีอายุ 1 ปี และสำหรับบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กนั้นผู้ถือบัตรจะได้รับสิทธิในการดูแลรักษาตั้งแต่ก่อนคลอด บริการทำคลอด ดูแลหลังคลอด บริการให้ภูมิคุ้มกันโรค และบริการดูแลเด็กเกิดใหม่จนอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์

1.2.2 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เป็นโครงการที่จัดให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แก่ผู้มีรายได้น้อยและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ในการรับบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โครงการนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2518 โดยเริ่มต้นจากการให้สถานพยาบาลของทางราชการให้การสงเคราะห์ และให้หัวหน้าสถานพยาบาลพิจารณาออกบัตรสงเคราะห์ แก่บุคคลผู้ควรอยู่ในข่ายได้รับการสงเคราะห์ กล่าวคือ ถ้าเป็นคนโสด บรณัติติภาวะ และมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 1,500 บาท และถ้าเป็นคนมีครอบครัว ต้องมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ยกเว้นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ หรือ สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างอื่นแล้ว บัตรสงเคราะห์นี้มีอายุ 3 ปี

จึงกล่าวได้ว่าโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้เป็นรัฐสวัสดิการแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้โดยรัฐจัดงบประมาณให้ เพื่อการนี้ทั้งหมด (เทียนฉาย กิระนันท์, 2529)

1.2.3 การประกันสุขภาพในเชิงบังคับ

กิจกรรมและโครงการที่มีผลคล้ายหรือในทำนองเดียวกับการป้องกันสุขภาพในเชิงบังคับมีดังนี้คือ

ก. กองทุนเงินทดแทน

เป็นกิจกรรมด้านสวัสดิการขั้นต่ำ ที่กฎหมายบังคับธุรกิจเอกชนตามประกาศคณะ ปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2516 โดยจัดตั้งกองทุนขึ้นภายใต้การดูแลของกรมแรงงานสำหรับจ่ายทดแทนแก่ลูกจ้างที่ประสบอุบัติเหตุหรืออันตราย ซึ่งไม่เพียงแต่เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึง ทุพพลภาพ การพิการ และ การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานนั้น และยังรวมถึงการจ่ายเงินทดแทนรายได้ส่วนที่ผู้ใช้แรงงานต้องสูญเสียไป (บางส่วน) เพราะเหตุจากการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานนั้น ๆ โดยนายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนนี้ให้ลูกจ้างซึ่งจะหักจากเงินของลูกจ้างไม่ได้ โครงการนี้นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินกองทุนและสงเคราะห์เฉพาะลูกจ้างเท่านั้น (วรวิทย์ เจริญเลิศ, 2531)

ข. กองทุนประกันสังคม

เป็นโครงการที่ประกาศใช้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้าง และบุคคลอื่น ซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือ ถึงแก่ชีวิตที่มีได้เนื่องมาจากการทำงานโดยตรงด้วย รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน โดยจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น และบังคับให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไป ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับลูกจ้างในสถานประกอบการนั้น โดยนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ร่วมกันจ่ายฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลา 3 ปีหลังจากบังคับใช้พระราชบัญญัตินี้ไปแล้วจึงให้ใช้พระราชบัญญัตินี้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และให้ดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ ภายใน 6 ปี นับตั้งแต่วันที่พระราชบัญญัติ

นี้ใช้บังคับ โดยกำหนดอัตราเงินสมทบ คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล จ่ายฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน สำหรับการจัดเก็บเงินสมทบเพื่อการให้ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน จะเริ่มดำเนินการเมื่อมีการตราเป็นพระราชกฤษฎีกาเท่านั้น โดยกำหนดอัตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ส่วนบุคคลอื่นจะเข้าร่วมกองทุนได้ ต่อเมื่อมีการบังคับใช้พระราชบัญญัตินี้ไปแล้ว 4 ปี และให้รัฐบาล กับผู้ประกันตน ออกเงินสมทบเข้ากองทุนโดยรัฐบาลจ่ายหนึ่งเท่า และผู้ประกันตนจ่ายสองเท่า (พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, รวบรวมโดย สัก กอแสงเรือง)

1.2.4 การประกันสุขภาพส่วนบุคคล

การประกันสุขภาพส่วนบุคคล หรือการประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปโดยภาคเอกชน เป็นแผนการประกันว่าจะจ่ายเงินชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้เอาประกันเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือได้รับการผ่าตัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค ถ้ารวมอยู่กับการประสบอุบัติเหตุก็จะคุ้มครองถึงการรักษาตัวอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุด้วย โดยปกติการคุ้มครองจะรวมถึงค่าห้องพักและอาหาร ค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป ค่าผ่าตัด ค่าบริการโดยพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมแพทย์ และโดยทั่วไปการประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนนี้มักจะไมคุ้มครองการรักษาเกี่ยวกับฟัน การตรวจสายตาประกอบแว่น ศัลยกรรมตกแต่ง (ยกเว้นที่จำเป็นเนื่องมาจากอุบัติเหตุ) การตั้งครรภ์และคลอดบุตร โรคประสาท วิกฤตจิต และพิษสุราเรื้อรัง

การประกันสุขภาพส่วนบุคคลนี้กระทำเป็นสัญญาที่มีผลผูกพันตามกฎหมาย อาจจำแนกสัญญาประกันสุขภาพออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (ก) สัญญาประกันสุขภาพในลักษณะของสัญญาหลัก ซึ่งขายโดยบริษัทประกันภัย วิชาศกัยในรูปของสัญญาประกันสุขภาพ โดยเฉพาะที่ ผู้เอาประกันสามารถซื้อได้ต่างหาก โดยไม่ต้องซื้อกรมธรรม์ประกันชีวิต หรืออื่น ๆ มีทั้งที่เป็นชนิดการประกันสุขภาพรายบุคคล (ระหว่างบุคคลกับบริษัทประกันภัย) และชนิดการประกันสุขภาพหมู่ (ระหว่างนายจ้างกับบริษัทประกันภัย ในรูปที่เป็นสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการหนึ่งที่สถานประกอบการที่เป็นนายจ้างให้กับลูกจ้างในสถานประกอบการของตน) และ (ข) สัญญาประกันสุขภาพที่เป็นสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิต หรืออื่น ๆ โดยมีทั้งที่เป็นสัญญาแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล และกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่

ธุรกิจการประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบัน จัดได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (ก) บริษัทประกันชีวิต ที่ขายสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมแบบทำกรมธรรม์หลัก (ทั้งที่เป็นรายบุคคลและหมู่) ด้วย ในปัจจุบันมี 12 บริษัท (ข) บริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมี 6 บริษัท และที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทการประกันภัยเบ็ดเตล็ดที่มีสิทธิขายประกันสุขภาพทั้งแบบรายบุคคลและแบบหมู่ได้อีก 13 บริษัท (จากทั้งหมด 57 บริษัท) และ (ค) โรงพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ในปัจจุบันมีประมาณ 19 โรงพยาบาล ที่ใช้วิธีที่อาจเรียกว่าเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดให้มีการสมัครเป็นสมาชิก (โดยเสียค่าธรรมเนียมหรือไม่เสีย) และจะได้รับสิทธิพิเศษบางประการ เช่น ได้รับส่วนลดในค่าบริการร้อยละ 10 เป็นต้น

การพิจารณารับประกันของบริษัทเหล่านี้ โดยทั่วไปจะคำนึงถึงสุขภาพของผู้เอาประกันและความเสี่ยงภัยด้านต่าง ๆ เป็นหลัก ในส่วนของสุขภาพของผู้เอาประกันนั้นก็พิจารณาถึง อายุ และภาวะสุขภาพอนามัยของผู้เอาประกันเป็นหลัก ส่วนความเสี่ยงภัยด้านต่าง ๆ ของผู้เอาประกันนั้นก็พิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูง น้ำหนัก ประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต และอาชีพที่ผู้เอาประกันประกอบเป็นหลัก การคิดเบี้ยประกันสุขภาพก็จะแปรผันไปตามสุขภาพและความเสี่ยงภัยของผู้เอาประกันนั้น ๆ ด้วย (จลิพร โกลากุล, 2531)

1.2.5 สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ก. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และลูกจ้างประจำในหน่วยงานของรัฐ

สวัสดิการนี้รัฐจัดให้กับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ทหารผ่านศึกนอกประจำการ และรวมถึงบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร และบิดามารดา สวัสดิการที่ให้มีขอบเขตที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของรัฐบางแห่งยังอาจได้รับสิทธิประโยชน์ หรือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมที่หน่วยงานนั้น ๆ จัดให้เป็นการเฉพาะสำหรับ ข้าราชการ ลูกจ้าง และครอบครัวในสังกัดหน่วยงานนั้น สิทธิประโยชน์และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเหล่านี้ มีอาทิ (ก) สิทธิในการได้รับค่าลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของหน่วยงานนั้นๆ เอง (ข) บริการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานโดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีสถานพยาบาลไว้บริการ (ค) การให้สวัสดิการด้านการรักษา

พยาบาลแก่ลูกจ้างที่หน่วยงานนั้น ๆ จ้างไว้โดยไม่ใช้งบประมาณแผ่นดินเป็นค่าจ้าง และ (ง) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลสมทบเพิ่มเติมอีกบางส่วนจากที่ได้รับจากทางราชการอยู่แล้ว และ/หรือส่วนที่เบิกจากทางราชการตามปกติไม่ได้

ในบางกรณี บางหน่วยงานได้จัดกิจกรรมเป็นสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ให้แก่ข้าราชการหรือลูกจ้างของตน ในส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต เป็นต้นว่าสวัสดิการเงินทดแทนเนื่องจากการเสียชีวิตหรือได้รับอันตรายแก่ร่างกาย โดยหน่วยงานอาจตั้งเป็นกองทุนจากรายได้ของหน่วยงาน หรืออาจใช้งบประมาณเงินรายได้ (นอกงบประมาณแผ่นดิน) โดยมีวัตถุประสงค์ในทางสร้างขวัญและกำลังใจแก่ ข้าราชการ และลูกจ้างของตน

ข. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจ

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ จัดให้กับพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้น มีหลักการและวิธีการคล้ายคลึงกับสวัสดิการที่ทางราชการ จัดให้กับข้าราชการและลูกจ้างประจำค่อนข้างมาก กล่าวคือ ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจโดยทั่วไป ได้แก่ พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยงานนั้น และบุคคลในครอบครัว แต่ก็มีควมหลากหลายแตกต่างกันไปบ้างในรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง ข้อที่แตกต่างจากข้าราชการเป็นอย่างมากก็คือ การให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่พนักงานที่เกษียณอายุแล้ว มีรัฐวิสาหกิจเพียงไม่กี่แห่งที่ให้สวัสดิการครอบคลุมถึงบุคคลกลุ่มนี้ และในกรณีที่ให้ก็ให้ในขอบเขตจำกัด โดยให้เฉพาะการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐวิสาหกิจนั้นๆ เท่านั้น เช่น การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย และการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย เป็นต้น (สุชาติ ภิระนันท์, 2531)

ค. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน

นอกเหนือจากเกณฑ์บังคับตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทนแล้ว ธุรกิจเอกชนบางแห่ง ยังจัดให้มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างของตนเองเป็นกรณีพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติมขึ้นอีก ในปัจจุบันธุรกิจเอกชนหลายแห่งจัดให้มีสวัสดิการในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งต่อไปนี้ด้วย กล่าวคือ (ก) จัดตั้งคลินิกรักษาพยาบาลลูกจ้างหรือนักงานของตน (ข) ทำความตกลงกับสถานพยาบาลบางแห่งให้ลูกจ้างของตนมารับการรักษาพยาบาลได้ โดยเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล

จากธุรกิจเอกชนนั้นในภายหลัง หรือ (ค) จัดซื้อประกันสุขภาพหมู่จากธุรกิจประกันสุขภาพหรือประกันวินาศภัยโดยธุรกิจเอกชนนั้นเป็นผู้ออกเบี้ยประกันให้ ความหลากหลายในการจัดให้มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบและระดับต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับขนาดของธุรกิจและความมั่นคงของธุรกิจนั้น ๆ เป็นสำคัญด้วย (จลิพร โกลากุล, 2531)

1.3 ความสำคัญและที่มาของประเด็นปัญหาที่วิจัย

กิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ถ้าหากวิเคราะห์ถึงจำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้กิจกรรมและโครงการเหล่านั้นจากการสรุปโดยประมาณค่าขึ้นสูงโดยอาศัยข้อมูลประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร ในปี พ.ศ. 2528-2529 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปรากฏม วุฒิพงศ์ และคณะ, 2532 : 65-68.) ปรากฏว่าจากประชากรประมาณ 53 ล้านคนในปี 2531 นั้น มีประชากรเพียง 21 ล้านคน ที่อยู่ในข่ายครอบคลุมของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพเท่านั้น หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 39 ของประชากรทั้งประเทศ และถ้าหากจำแนกเป็นการครอบคลุมในแต่ละกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ จะแสดงได้ดังตาราง 1.1 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายกิจกรรมด้านการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศอย่างทั่วถึงและเพียงพอ เนื่องจากสุขภาพอนามัยของประชาชนนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะการที่ประชาชนมีสุขภาพและอนามัยที่ดีก็ย่อมหมายถึงการมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ อันจะก่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการบริการด้านสาธารณสุขเพื่อสุขภาพและอนามัยที่ดีของประชาชนถือได้ว่าเป็นการลงทุนในมนุษย์อย่างหนึ่ง จึงเป็นที่น่าพิจารณาต่อไปว่าการบริการด้านสาธารณสุขควรดำเนินการอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะทรัพยากรของประเทศมีอยู่อย่างจำกัด การจัดสรรทรัพยากรเพื่อกิจกรรมทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ก็ย่อมจะทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ซึ่งก็มีความสำคัญเช่นกัน

การบริการสาธารณสุขในทางเศรษฐศาสตร์ จัดว่าเป็นสินค้าคุณธรรม (merit goods) ซึ่งรัฐจะต้องสนับสนุนให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งด้านประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศ การที่จะให้รัฐจัดบริการสุขภาพและอนามัยแก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง โดยรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดก็เป็นไปไม่ได้ เพราะทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด แต่ถ้าให้ประชาชนตัดสินใจเลือกประกันสุขภาพด้วยตนเองก็จะมีประชาชนเพียงบางกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีเท่านั้นที่จะสามารถได้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งรัฐและประชาชน

ตาราง 1.1 : สรุปกิจกรรม และโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ และจำนวนประชากรที่ครอบคลุมโดยประมาณ

| กิจกรรม/โครงการ | ประชากรเป้าหมาย | จำนวนประชากรที่อยู่ใน ข่ายครอบคลุม (คน) |
|-----------------------------------|--|--|
| - โครงการบัตรสุขภาพ ในเขตชนบท | ประชากรชนบท | 2,687,022 |
| - โครงการบัตรสุขภาพ ในเขตเมือง | ประชากรเมือง | (กันยายน 2530) |
| - โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย | ผู้มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ | 7,645,446 (บัตรใหม่ 2530) |
| - กองทุนเงินทดแทน | ผู้ใช้แรงงาน | 1,091,318 (ธันวาคม 2528) |
| - การประกันสุขภาพส่วนบุคคล | | |
| ประกันสุขภาพรายบุคคล | ผู้ประกอบการอาชีพอิสระ | 166,100 (เฉพาะ 2 บริษัทใหญ่) |
| ประกันสุขภาพหมู่ | ผู้ใช้แรงงานในธุรกิจเอกชน | 67,671 (เฉพาะ 4 บริษัทใหญ่) |
| - สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้าง | ข้าราชการและลูกจ้าง (รวมผู้เกษียณอายุ) ครอบครัว* | 1,365,677 5,629,320 (กันยายน 2530) |
| - สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ | พนักงานรัฐวิสาหกิจ ครอบครัว** | 257,493 707,592 (กันยายน 2530) |
| - ผู้ได้รับสวัสดิการอื่น ๆ | | 1,000,000 |

หมายเหตุ : ประมาณค่าขึ้นสูงโดยอาศัยข้อมูลประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2528-2529 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

* ประมาณว่าร้อยละ 68.7 เป็นผู้เคยสมรสและมีขนาดครอบครัวเฉลี่ย 7 คน
(รวมบุตร คู่สมรส และบิดามารดา)

** ประมาณว่าร้อยละ 68.7 เป็นผู้เคยสมรสและมีขนาดครอบครัวเฉลี่ย 5 คน
(รวมบุตร และคู่สมรส)

ที่มา : ปราบกรม วุฒินงค์ และคณะ (2532) หน้า 67.

จึงควรแบ่งภาระรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกันจึงจะเป็นการเหมาะสมที่สุดโดยจัดให้ในรูปรัฐสวัสดิการ โดยรัฐบาลให้ความช่วยเหลือส่วนหนึ่งและจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบางส่วนจากผู้ใช้บริการ เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินการในแง่ที่จะไม่ให้เกิดการบริโภคเกินควรนั่นเอง (เทียนฉาย กิระนันท์, 2530)

เมื่อพิจารณากิจกรรมหรือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะพบว่ามีการเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่สามารถได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายกิจกรรมด้านการประกันสุขภาพ ให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศได้อย่างทั่วถึง และเพียงพอ จากการที่กิจกรรมและโครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของประเทศไทยมีอยู่หลายรูปแบบ และมีหลักการที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เกิดความแตกต่างในมาตรฐานของสังคมหลายมาตรฐาน ดังนั้นจึงน่าจะมีระบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมที่จะคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั้งประเทศอย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสโดยเท่าเทียมกันที่จะได้รับการทางสาธารณสุข

ถ้าหากการประกันสุขภาพ เป็นเรื่องจำเป็นและสมควรจะต้องจัดให้มีขึ้นในประเทศไทยแล้ว ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม จึงน่าจะเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เลือกรับบริการประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ได้บ้างเพราะการบังคับโดยไม่ให้ประชาชนมีโอกาสในการเลือกรับบริการเลยนั้นก็เท่ากับว่าประชาชนขาดเสรีภาพ แต่หากจะเปิดโอกาสให้เสรีภาพเต็มที่ก็อาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม เพราะกลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนจะไม่สามารถเลือกได้เลย ดังนั้น ระบบการประกันสุขภาพที่ประกอบด้วยรัฐสวัสดิการ และให้ประชาชนเลือกประกันสุขภาพด้วยตัวเองตามแนวเสรีนิยมพร้อม ๆ กัน จึงน่าจะเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่สำหรับประเทศไทย แต่เนื่องจากมีการประกันสุขภาพที่มุ่งให้การคุ้มครองแก่ประชาชนกลุ่มย่อย ๆ ดำเนินการอยู่แล้วหากจะยกเลิกกิจกรรมหรือโครงการที่มีอยู่เดิมเสียทั้งหมดแล้วสร้างระบบการประกันสุขภาพขึ้นใหม่ ก็จะไม่เกิดผลดีอย่างแน่นอน เพราะแต่ละกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ นั้นต่างก็มีข้อดีที่ควรดำเนินการต่อไปให้บรรลุวัตถุประสงค์ และสนองตอบประชากรเป้าหมายทั้งสิ้น ดังนั้นจึงควรหาทางปรับขยายการประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งที่มีอยู่แล้ว และมีความเป็นไปได้สูงที่สุดให้สามารถขยายขอบเขตคุ้มครองได้ทั่วประเทศหรือกว้างขวางที่สุด โดยสามารถประสานประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมหรือโครงการอื่น ๆ ที่กำลังดำเนินการอยู่ และสามารถปรับขยายให้เข้าสู่เป้าหมายเดียวกันเป็นระบบเดียว ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองและมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย และเพื่อเป็นการสนองนโยบายและเป้าหมายที่จะให้ประชากรมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ในบรรดากิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น โครงการบัตรสุขภาพมีความเป็นไปได้ที่จะขยายให้ครอบคลุมประชากรได้อย่างกว้างขวางทั้งในเขตชนบท และเขตเมือง รวมทั้งมีหลักการพื้นฐานที่อาจจะปรับให้เป็นวิธีหนึ่งของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้อย่างดี ทั้งนี้จากการเปรียบเทียบจะสะท้อนให้เห็นถึงความใกล้เคียงกันในปรัชญาแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการคือ

- (1) เป็นฐานของการสร้างความมั่นคงแก่ตนเอง และครอบครัวด้านสุขภาพอนามัย
- (2) มีช่องทางของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

และจากหลักการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพจัดได้ว่าเป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจและใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based voluntary health insurance) อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย และวิธีดำเนินงาน เพิ่มเติมไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ที่จะพัฒนาบัตรสุขภาพเข้าสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และในการแถลงนโยบายของรัฐบาลต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2529 เรื่องการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยกล่าวว่า "กลวิธีที่จะนำไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจคือ บัตรสุขภาพ โดยรัฐจะขยายโครงการบัตรสุขภาพให้ครอบคลุมร้อยละ 70 ของหมู่บ้านในชนบท" รวมทั้งนโยบายของรัฐบาลที่ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2531 เกี่ยวกับนโยบายสังคม โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขว่าจะปรับปรุงระบบประกันสุขภาพให้เหมาะสม จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องพิจารณาถึงระบบการประกันสุขภาพอย่างจริงจัง

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้น่าพิจารณาว่าจะปรับโครงการบัตรสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ให้มีคุณสมบัติเป็นการประกันสุขภาพอย่างไร และระบบการประกันสุขภาพควรเป็นระบบที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในเชิงเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในแง่มุมต่าง ๆ เชิงเศรษฐกิจของกองทุนบัตรสุขภาพที่อาจปรับขยายเป็นรูปแบบของระบบประกันสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสำคัญยิ่งและเป็นหัวข้อหลักของการวิจัยนี้

1.4 วัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย

การวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของการปรับกองทุนบัตรสุขภาพให้มีรูปแบบเป็นการประกันสุขภาพนั้น จะพิจารณาการดำเนินการของโครงการบัตรสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ใน

ปัจจุบันในเชิงเศรษฐกิจเพื่อที่จะหาช่องทางในการปรับขยายให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ประชากร โดยให้ครอบคลุมปรัชญาหลักของการประกันสุขภาพด้วย กล่าวคือ การแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยโดยอาศัยหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชน สมาชิกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยที่รัฐจัดให้ได้อย่างเท่าเทียมกัน อีกทั้งเพื่อความเป็นธรรมเชิงเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมทั้งรัฐบาล ซึ่งจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนด้วย

ดังนั้นการวิจัยนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะวิเคราะห์ความเป็นไปได้ดังกล่าวนี้ ใน 4 ประเด็น คือ

- (1) ความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ
- (2) ความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดของกองทุนและราคาบัตร (เบี้ยประกัน)
- (3) ความเป็นไปได้ในประเด็นของการบริหารกองทุน
- (4) ความเป็นไปได้ในประเด็นของข้อข้อยกเว้นการคุ้มครองของการประกัน

อย่างไรก็ดี เพื่อให้ภาพและผลของการวิเคราะห์สะท้อนถึงความเป็นไปได้ของโครงการบัตรสุขภาพ การวิเคราะห์จึงมุ่งวิเคราะห์ในระดับจุลภาค นั่นคือใช้กองทุนบัตรสุขภาพเป็นหน่วยหลักของการวิเคราะห์ ทั้งนี้เพราะความสำเร็จของโครงการบัตรสุขภาพจะขึ้นอยู่กับสัมฤทธิ์ผลของกองทุนเป็นสำคัญ กองทุนบัตรสุขภาพที่ก่อตั้งขึ้นในระดับหมู่บ้านหรือชุมชนจะทำหน้าที่ระดมทุนในหมู่บ้าน หรือชุมชนนั้น เป็นการสร้างรากฐานของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านและเป็นรากฐานของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในภาพรวมของชาติอีกด้วย

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษาความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของการปรับกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่การประกันสุขภาพนั้น จะเป็นประโยชน์ในการจัดสรรทรัพยากรด้านการสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเพื่อที่จะเป็นแนวทางในการปรับรูปแบบการบริการสาธารณสุขเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพที่จะสามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมเพื่อนำไปสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป