

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของสวัสดิการและระบบการประกันสุขภาพ

ความปรารถนาอันสูงสุดของมนุษย์ทั้งหลายคือความปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือที่รู้จักกันในคำกล่าวที่ว่า “อโรชา ปรมา ตาภา” ซึ่งแปลได้ว่า “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” เพราะถ้าเมื่อใดเกิดโรคภัยไข้เจ็บนั้นหมายถึง ความสูญเสียในด้านต่าง ๆ ก็ย่อมจะตามมา ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์อาจกล่าวได้ถึงความสูญเสียในแง่ต้นทุนค่าเสียโอกาส เช่น แทนที่จะนำเวลาที่ต้องเดินทางไปพบแพทย์หรือพักรักษาตัวอันเนื่องมาจากโรครดังกล่าวไปทำกิจกรรมอื่น เพื่อก่อให้เกิดผลผลิตหรือค่าตอบแทนก็ต้องมาเสียโอกาสไป นอกจากนี้หากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรงยังสามารถทำกิจการงานต่าง ๆ ได้ ผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการทำงานจะไม่รุนแรง แต่ถ้าหากความเจ็บป่วยนั้นร้ายแรงจนถึงขั้นไม่สามารถประกอบกิจการงานได้ นั้นหมายถึงกิจการงานรับผิดชอบอาจเกิดความเสียหายหรือล่าช้าเกินกำหนด ซึ่งความสูญเสียนั้นมีผลกระทบเป็นลักษณะลูกโซ่ มิได้จำกัดวงเพียงผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมด้วย เช่นยาที่ไม่สามารถผลิตได้ในประเทศหรือการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงและทันสมัย จำเป็นต้องนำเข้าจากต่างประเทศเป็นผลให้เสียดุลการค้า เป็นต้น นอกเหนือจากเรื่องต้นทุนค่าเสียโอกาส การเสียดุลการค้า อาจกล่าวได้อีกว่ามีผลกระทบในเรื่องการลงทุนในการผลิตมนุษย์ เพราะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็ย่อมต้องมีค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อต้นทุนในการผลิตทรัพยากรมนุษย์

ความเจ็บป่วยนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใดไม่มีผู้ใดสามารถจะรู้ล่วงหน้า นั่นคือทุกคนจะต้องตกอยู่ภายใต้ความเสี่ยงของการที่จะต้องเจ็บป่วย ซึ่งหากผู้ใดมีทุนทรัพย์เพียงพอพร้อมที่จะเสี่ยงภัยในการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้นั้นก็อาจจะจ่ายค่าตอบแทนให้กับสถานบริการรักษาพยาบาลในการให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเป็นจริงมิได้มีโอกาสเช่นนั้นทุกคนไป โดยบุคคลบางสถานภาพอาจถึงกับไม่มีโอกาสเลยที่จะเข้าถึงการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ได้ เช่น บุคคลที่มีรายได้น้อย ซึ่งดัชนีในการบ่งชี้คือ เส้นแห่งความยากจน

(POVERTY LINE) * ซึ่งรัฐจะประเมินทุก ๆ 3 ปี หรือบุคคลที่มีรายได้น้อยแต่ไม่สูงมากนักจะไม่พร้อมสำหรับความเสี่ยงดังกล่าว เช่น ข้าราชการ ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น และบุคคลที่อยู่ในสถานภาพไม่มีรายได้อื่น เช่น นักเรียน ผู้สูงอายุ เป็นต้น บุคคลในสถานภาพดังกล่าวนี้ตกเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเข้ามาจัดการดูแลให้การสงเคราะห์บุคคลเหล่านี้ในรูปแบบของ สวัสดิการ **

กลุ่มบุคคลที่มีสถานะภาพรายได้น้อยแต่ประกอบสัมมาอาชีพเป็นลูกจ้างภาคเอกชน กรณีนี้รัฐต้องเข้าแทรกแซงคุ้มครองดูแลลูกจ้างที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และคอยอำนวยความสะดวกกับนายจ้าง โดยรัฐได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อการสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กองทุน กองทุนแรกมีหลักการให้การคุ้มครองลูกจ้างที่เจ็บป่วยอันเกิดจากการทำงานในกิจการงานที่จ้าง โดยให้นายจ้างเข้ามามีส่วนร่วมในกองทุนนี้ด้วย ซึ่งเรียกว่า กองทุนเงินทดแทน กองทุนสองมีหลักการให้การคุ้มครองลูกจ้างที่เจ็บป่วยอันนอกเหนือจากการทำงานในกิจการงานที่จ้าง ซึ่งเรียกว่า กองทุนประกันสังคม กองทุนทั้ง 2 นี้ครอบคลุมทุกกรณีของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย นั่นคือ การเจ็บป่วยเนื่องมาจากงานและนอกเหนือจากงานในกิจการของนายจ้าง

* ระดับรายได้ที่สะท้อนถึงระดับค่าครองชีพขั้นต่ำสุดที่รักษาความเป็นมนุษย์ไว้ได้ การคำนวณหาระดับดังกล่าวมีอยู่หลายวิธี วิธีที่รู้จักกันแพร่หลาย ได้แก่ ค่าจ้างขั้นต่ำ (MINIMUM WAGE) ความต้องการอาหารขั้นต่ำ (MINIMUM NUTRITION REQUIREMENT) และความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (BASIC NEEDS) เส้นแห่งความยากจนนี้มาจาก แนวความคิดการวัดความยากจนแบบสัมบูรณ์ (ABSOLUTE POVERTY CONCEPT). (วันรักษ์ มิ่งมณีนาทินและคณะ, 2537 : 213)

** สวัสดิการสังคมเป็นเรื่องของคนทุกคนในสังคม เพราะคำว่า สวัสดิการหรือสวัสดิภาพมีความหมาย ในแง่อยู่ดีกินดี (SOCIAL WELL-BEING) ของทุกคนไม่เฉพาะผู้ยากไร้เท่านั้นคนทุกคนที่เกิดมาในโลกนี้ ตามปรัชญาสากลขององค์การสหประชาชาติในเรื่องสิทธิมนุษยชนกำหนดว่า คนทุกคนจะต้องได้รับการตอบสนองในความต้องการขั้นพื้นฐานอันเป็นสิทธิที่ทุกคนจะต้องได้รับ และเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดบริการต่าง ๆ ไว้ให้ และความต้องการขั้นพื้นฐานก็เป็นสิ่งที่ทุกคนรู้ว่า หมายถึง อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ในปัจจุบัณขั้นพื้นฐานที่รัฐจะต้องจัดหาที่อยู่อาศัยให้ประชาชนโดยจัดให้ประชาชนได้มีงานทำเพื่อมีเงินสำหรับซื้อ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค จัดให้มีสถานพยาบาลสำหรับประชาชนยามเจ็บป่วย ไม่ว่าประชาชนคนนั้นจะอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่หรือในชนบทที่ห่างไกล (กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุตย์, 2537 : 38 อ้างจาก วันทนี วาสีละสิน, 2537 : 60-61)

กลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตร ไม่ได้รับราชการ และมีได้เป็นลูกจ้างของรัฐ วิชากิจและเอกชน อีกทั้งไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสของรัฐ ดังนั้นรัฐจึงไม่สามารถบังคับกลุ่มบุคคลเหล่านี้เข้าการดูแลสุขภาพของรัฐประเภทใดประเภทหนึ่งได้ บุคคลกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายทางการตลาดของธุรกิจประกันชีวิตและสุขภาพ เพราะเหตุนี้รัฐจึงจัดตั้งเป็นกองทุนบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยรัฐเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลนี้ซื้อบริการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ดังนั้น สวัสดิการและระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยจึงมีด้วยกันหลายระบบ โดยสามารถจะรวมและจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ ¹

1. สวัสดิการรักษายาบาลรัฐจัดให้ (SOCIAL WELFARE) เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท แต่ละประเภทจะมีวัตถุประสงค์โดยเฉพาะ ซึ่งจัดเป็นโครงการต่าง ๆ 5 โครงการ ได้แก่

- 1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล
- 1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล
- 1.3 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา *
- 1.4 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐ

วิชากิจ

- 1.5 สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (COMPULSORY HEALTH INSURANCE) เป็นการประกันสุขภาพโดยบังคับใช้ตามกฎหมาย โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรมและบริการซึ่งประกอบด้วย 2 กองทุน นอกจากนั้นยังมีการประกันภัยที่บังคับใช้โดยทั่วไปไม่จำเพาะเจาะจง ดังนั้นการประกันสุขภาพเชิงบังคับจึงแบ่งออกเป็น 3 กองทุน ได้แก่

- 2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน
- 2.2 กองทุนประกันสังคม
- 2.3 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

¹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. จุลสารเศรษฐศาสตร์ เล่มที่ 4 (2534): 195-228.

* สังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ

3. การประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ (VOLUNTARY HEALTH INSURANCE) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ในกลุ่มนี้มีการประกันสุขภาพอยู่ 2 กรณี ได้แก่

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน

3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ)

1. สวัสดิการรักษามาพยาบาลรัฐจัดให้ โดยรัฐจัดให้ฟรีแก่บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล โดยรัฐประสงค์จะให้สวัสดิการในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขสำหรับบุคคลหรือครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือไม่มีรายได้เลย เช่น ผู้สูงอายุ เด็กนักเรียน พระภิกษุ สามเณร เป็นต้น ซึ่งสามารถแยกออกได้ เป็น 5 โครงการ

1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษามาพยาบาล โครงการนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2518 ภายใต้ชื่อโครงการ “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล” โดยให้หลักประกันการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย โดยสามารถใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่คิดมูลค่า การดำเนินการมีต่อเนื่องกันมาจนทั่วประเทศใน พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งระดับความยากจน เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 เป็นต้นมาจนกระทั่งมีการออกบัตรสงเคราะห์ รุ่นที่ 2 ในปี พ.ศ. 2527 รุ่นที่ 3 ในปี พ.ศ. 2530 และ รุ่นที่ 4 ในปี พ.ศ. 2533 และรุ่นที่ 5 ก็เริ่มต่อมาจน ปัจจุบัน² สำหรับในปี พ.ศ. 2537 มีการเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนรวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท หรือคนโสดต้อง มีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท โดยปรับตามภาวะค่าครองชีพที่เปลี่ยนแปลงไปโดยพิจารณาจากค่าแรงขั้นต่ำ อัตราเงินเฟ้อ และเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจน และนอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนชื่อบัตรจากบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยไปเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สำหรับบัตรได้มีการเพิ่มเติมจากบัตรทั่วไปประเภทเดียวเป็น 2 ประเภท คือ บัตรทั่วไปออกให้ประชาชนทั่วไปซึ่งมีที่อยู่ตามภูมิสำเนาอายุบัตร 3 ปี และบัตรชั่วคราวออกให้ประชาชนทั่วไปซึ่งมีที่อยู่นอก

² เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 156-159.

วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. อุตสาหกรรมศาสตร์ เล่มที่ 4 (2534) : 197.

ภูมิสำเนา มีอายุบุตรไม่เกิน 1 ปี และอาจต่ออายุบุตรได้ไม่เกินหนึ่งครั้งในท้องถิ่นนั้น³ สำหรับในเรื่องของเกณฑ์การขอรับบริการของผู้ถือบัตรสงเคราะห์ได้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยในรุ่นปี พ.ศ. 2524 ถึง 2527 ไม่ได้กำหนดสถานบริการไว้ในบัตร ผู้ถือบัตรจึงใช้บริการไม่เป็นไปตามระบบส่งต่อ และผู้ให้บริการได้ตั้งข้อสังเกตว่ามีการใช้บริการเกินความจำเป็นและไม่สมเหตุผล ผล แต่ก็ไม่ได้มีผลวิจัยยืนยันข้อสังเกตดังกล่าวแต่อย่างใด ต่อมาในรุ่นปี พ.ศ. 2527 ถึง 2530 จึงได้มีการกำหนดสถานบริการให้เหลือแค่เพียง 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ภูมิสำเนา นอกเหนือจากสถานบริการที่กำหนดแล้วให้ใช้สถานบริการอื่นเมื่อเป็นกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุเท่านั้น จนกระทั่งบัตรรุ่นปี พ.ศ. 2530 ถึง 2533 และ พ.ศ. 2533 ถึง 2536 ได้ลดจำนวนสถานบริการลงเหลือแห่งเดียว คือ สถานีอนามัยในภูมิสำเนา การใช้บริการ นอกเหนือจากที่กำหนดต้องอาศัยระบบการส่งต่อเท่านั้น⁴ ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 ได้กำหนดให้บัตรทั่วไปสามารถรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในท้องถิ่นหรือใกล้เคียง นอกเหนือจากนั้นต้องมีหนังสือส่งตัว กรณีบัตรชั่วคราวต้องรักษาพยาบาลตามที่ระบุในบัตรเท่านั้น นอกนั้นใช้เกณฑ์บัตรทั่วไป

1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล การบริการทางด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ทางกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาโดยกำหนด “แนวทางปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในการให้บริการสาธารณสุขตามนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล” เพื่อให้หน่วยงานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าซึ่งในแนวทางดังกล่าวได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁵

³ สำนักงานประกันสุขภาพ, “แบบบัญชีเปรียบเทียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 กับร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการ รักษาพยาบาล พ.ศ. 2537,” 2537. (พิมพ์คิด).

⁴ เทียนฉาย กิระนันท์, เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 156-159.

วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียร, การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต, อุตสาหกรรมศาสตร์ เล่มที่ 4 (2534): 198.

⁵ เทียนฉาย กิระนันท์, เรื่องเดียวกัน หน้า 161.

กองสาธารณสุขภูมิภาค, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล”, 2536. (พิมพ์คิด).

โครงการนี้เริ่มมีการจัดตั้งงบประมาณขึ้นในปี พ.ศ. 2534 เป็นจำนวน 48.5 ล้านบาท และ ในปี พ.ศ. 2535 จำนวน 267.5 ล้านบาท ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการรักษายาบาลแต่อย่างใด⁶ ผู้สูงอายุจะไปใช้บริการตามสถานที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้น คือ สถานพยาบาลของรัฐแห่งใดแห่งหนึ่ง นอกเหนือจากนั้นจะต้องอาศัยระบบการส่งต่อผู้ป่วย

1.3. โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาท ซึ่งได้กันไว้ที่โรงเรียน สำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนไปสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล เมื่อยามเจ็บป่วยซึ่งจะเหลือเพียง 27 บาทเท่านั้น ซึ่งให้ทางจังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท โดยครอบคลุมนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1 ถึง 6 จำนวน 6.7 ล้านคน ส่วนงบประมาณ พ.ศ. 2535 จำนวนนักเรียนลดลงเหลือ 4.17 ล้านคน และจะมีเงินเข้าสู่สถานพยาบาลถึง 125 ล้านบาท สำหรับจำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณประจำปีได้จากการสำรวจนักเรียนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบใดๆ อย่างไรก็ตาม จำนวนนักเรียนที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลภายใต้โครงการนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2535 กลับมีจำนวนมากกว่าที่ประมาณไว้ในกาตั้งงบประมาณเกือบ 1 ล้านคน เนื่องจากโรงเรียนต้องออกบัตรให้กับนักเรียนทุกคน โดยไม่สามารถที่จะเลือกออกบัตรให้กับนักเรียนที่อยู่ในเป้าหมายได้เพราะจะเกิดปัญหาการแบ่งแยกเกิดขึ้น⁷ การบริการนี้มีลักษณะแบบตั้งรับซึ่งมักจะประสบปัญหาในกรณีที่ผู้ประสงค์จะเข้ารับบริการมีภูมิลำเนาอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ

⁶ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 162.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. *จุลสารเศรษฐศาสตร์* เล่มที่ 4 (2534): 199.

⁷ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 163.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. *จุลสารเศรษฐศาสตร์* เล่มที่ 4 (2534): หน้า 201.

1.4. สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐ

วิสาหกิจ สวัสดิการนี้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจจะได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาล ซึ่งคุ้มครองรวมไปถึงบิดามารดา คู่สมรส และ บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือ บรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของบิดามารดา ซึ่งไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม อีก 3 คนแต่ในกรณีผู้ซึ่งไม่มีบุตรหรือมีบุตรแล้วแต่ยังไม่เกิน 3 คน ถ้าต่อมามีบุตรแฝดทำให้มีบุตรเกิน 3 คน ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรคนที่ 1 ถึง คนสุดท้าย ซึ่งเป็นสิทธิต่อข้าราชการ หรือลูกจ้าง 1 คน⁸ การรักษาพยาบาลฟรีแก่ข้าราชการถือได้ว่าเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการทางอ้อมเพื่อชดเชยเงินเดือนที่ต่ำมาก ในภาคราชการในกรณีเมื่อเกิดเจ็บป่วยในฐานะผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิจะต้องจ่ายเงินด้วยตนเองก่อนและนำไปเสร็จรับเงินไปเบิกจากคลังต้นสังกัดในภายหลัง สำหรับการเจ็บป่วยในฐานะเป็นผู้ป่วยในให้นำใบรับรองสิทธิจากต้นสังกัดมาแสดงกับโรงพยาบาลนั้น ๆ โรงพยาบาลจะทำฎีกาเบิกจากกระทรวงการคลังหรือคลังจังหวัดแล้วแต่กรณี ผู้มีสิทธิจะประสงค์ไปรับการรักษาชนิดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐบาลหรือของเอกชนก็ได้แต่สิทธิพึงได้จากการนอนโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีอยู่อย่างจำกัดตามระเบียบ เพราะทางกระทรวงการคลังมีนโยบายที่จะให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการผู้มีสิทธิเหล่านี้ นอกจากผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาลเอกชนจะต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และค่อยเบิกเงินคืนในภายหลัง ในกรณีของโรงพยาบาลของรัฐเบิกเงินจากคลังไปแล้วจะนำเข้าเป็นเงินบำรุงหรือเงินรายได้คณะสำหรับโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยไม่ต้องนำเงินนี้เข้าเป็นรายได้แผ่นดินและเงินบำรุงนี้เองก็สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนางานบริการผู้ป่วย หรือชดเชยส่วนขาดของงบประมาณหมวดต่าง ๆ⁹ ในขณะที่กำลังมีความพยายามที่จะปรับปรุงให้สวัสดิการนี้ครอบคลุมการใช้บริการจากภาคเอกชนได้มากขึ้น

⁸ เชิดชัย มีคำ, กฎหมายระเบียบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ (กรุงเทพฯ, 2533).

⁹ เทียนฉาย กิระนันท์, เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 148-155.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต, *จุลสารเศรษฐศาสตร์* เล่มที่ 4 (2534): หน้า 201.

1.5. สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ ได้แก่ ผู้มีบัตรทหารผ่านศึกหรือข้าราชการชายแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบวช ผู้พิการ เป็นต้น นั้นจะได้รับสิทธิรักษายาบาลฟรีเฉพาะตัว โดยมีระเบียบของกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกำกับสิทธิอันพึงมีพึงได้ และขั้นตอนในการปฏิบัติด้วย ประชากรในกลุ่มเป้าหมายนี้มีประมาณ 1.5 ล้านคน และส่วนใหญ่จะมีสิทธิเฉพาะตัวเท่านั้นอย่างไรก็ตามสิทธิที่มีอยู่นี้ไม่ได้บังคับให้ใช้บริการที่ใดที่หนึ่งเหมือนเช่นผู้ถือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้มีสิทธิเหล่านี้จึงใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐได้โดยตรง แต่รัฐบาลไม่ได้จัดงบประมาณเพื่อการนี้โดยเฉพาะ แต่ต้องอาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล การรายงานการให้บริการนั้น ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขให้รายงานอยู่ในกลุ่มสงเคราะห์คำรักษายาบาล ประเภท ค.¹⁰ (ให้ช่วยเหลือเฉพาะคำห้องพิเศษโดยเก็บส่วนที่สิทธิเพียงร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดรวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย ได้แก่ ข้าราชการประจำ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ ฯลฯ)¹¹

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ เป็นนโยบายที่รัฐประสงค์จะให้ความคุ้มครองบุคคลที่อยู่ในภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่มีอยู่ในภาคอุตสาหกรรมและบริการ และการประกันสุขภาพเชิงบังคับนี้ยังรวมถึงการให้ความคุ้มครองผู้โดยสารรถยนต์และเครื่องจักรกลด้วยโดยรัฐออกกฎหมายบังคับใช้ ซึ่งสามารถแยกออกได้เป็น 3 กองทุน

2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน คำเนิการภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงานเพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอันสืบเนื่องมาจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง โดยที่นายจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบตามข้อกำหนดของประกาศคณะปฏิวัติในอัตราร้อยละ 0.2 ถึง 0.3 ของค่าจ้างให้กองทุนทดแทนแรงงานเพียงฝ่ายเดียว (EMPLOYER LIABILITY SCHEME) ซึ่งการมีกองทุนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันการ

¹⁰ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 159.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. จุลสารเศรษฐศาสตร์ เล่มที่ 4 (2534): หน้า 203.

¹¹ “ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2536,” สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข (2536) : 76.

เจ็บป่วยแก่ลูกจ้าง ในภาคเอกชนที่ปฏิบัติงานให้กับนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน ให้มีอัตราการครอบคลุมกว้างขวางขึ้นด้วย และต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2515 (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2533 จนกระทั่งในปัจจุบันมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ณ วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2537 ได้กำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน โดยให้ทางกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นผู้กำหนดอัตราเงินสมทบซึ่งไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้างจ่ายแต่ละปีหรืออัตราเงินฝาก สำหรับกรณีที่นายจ้างขอจ่ายเงินสมทบเป็นงวดไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินสมทบแต่ละปี¹²

กองทุนทดแทนดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยเริ่มต้นจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเกินกว่า 20 คน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลก่อน โดยการคำนวณอัตราการจ่ายเงินสมทบนั้นได้คำนวณมาจากอัตราสมทบพื้นฐาน ซึ่งกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องอัตราและวิธีเรียกเก็บสมทบการจ่ายเงินทดแทนของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนและการอุทธรณ์ (ฉบับที่ สาม) พ.ศ. 2533 เมื่อนายจ้างจ่ายเงินสมทบได้ครบ 3 ปีแล้ว จะคำนวณหาอัตราประสบการณ์ (EXPERIENCE RATE) ของสถานประกอบการนั้น โดยใช้หลักการคือ หากเงินทดแทนที่จ่ายแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นต่ำเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ หรือ เจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานน้อย นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราสมทบในปีถัดไป ในทางตรงกันข้ามหากจ่ายเงินทดแทนสูงเมื่อเทียบกับเงินสมทบนายจ้างก็ต้องถูกสั่งให้เพิ่มอัตราสมทบสูงขึ้นจากอัตราพื้นฐาน อย่างไรก็ตามอัตราเพิ่มสูงสุดไม่เกินร้อยละหนึ่งร้อย โดยกลไกอันนี้เชื่อว่าจะทำให้นายจ้างเกิดแรงจูงใจให้เพิ่มมาตรการความปลอดภัยในการทำงานให้แก่ลูกจ้างมากขึ้นเพื่อจะได้รับการลดอัตราสมทบ แต่ปรากฏว่า จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2532 ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนพบว่าจำนวนนายจ้างได้รับการเพิ่มอัตราสมทบใน 3 ปี ระหว่าง 2530 ถึง 2532 คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง กล่าว คือ ประมาณร้อยละ 21 ได้รับการเพิ่มอัตราสมทบซึ่งได้แก่กิจการผลิตภัณฑจากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์มากที่สุด และร้อยละ 76 ของนายจ้างได้รับการลดอัตราสมทบก็คงที่เช่นกันในระหว่าง 2530 ถึง 2532 เช่นกันซึ่งๆได้แก่กิจการ การค้า ภัตตาคาร และโรงแรม ด้วยเหตุ

¹² เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 91-92.

วิจิตร (ทุ่งถัดดา) วิเชียรชม. ข้อหลักกฎหมายแรงงาน (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2537), หน้า 59.

นี่จึงเกิดคำถามว่ามาตรการการเพิ่มลดอัตราสมทบนั้นจะได้ผลในทางปฏิบัติหรือไม่ ถ้าได้ผลจะเป็นสถานประกอบการชนิดใด และถ้าไม่ได้ผลจะเป็นสถานประกอบการชนิดใดระดับวิทยาของการเจ็บป่วยในสถานประกอบการที่ได้รับการเพิ่มและได้รับการลดอัตราสมทบจะเป็นอย่างไร การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยสืบเนื่องมาจากการทำงานดังกล่าวเกิดเนื่องจากฝ่ายนายจ้าง เพราะมาตรการป้องกันอุบัติเหตุไม่ดีหรือเกิดจากฝ่ายลูกจ้างเอง เช่น ประสบการณ์ในการทำงานมีน้อย เป็นต้น ในขณะที่กองทุนทดแทนแรงงานมีปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายว่าจะมีพฤติกรรมที่เรียกว่า MORAL HAZARD หรือไม่ การจ่ายตามกลุ่มโรคจะเป็นทางออกที่ดีในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งคำถามเหล่านี้ยังคงกำลังทำการวิจัยเพื่อหาคำตอบในอนาคต¹³

2.2. กองทุนประกันสังคม แนวคิดการประกันสังคมเริ่มเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 โดยคณะราษฎรได้กำหนดหลักการ 1 ใน 6 ข้อว่า “จะต้องบำรุงความสุขของราษฎรในทางเศรษฐกิจ โดยรัฐบาลจะหาทางให้ราษฎรทุกคนทำ และจะวางโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติ ไม่ปล่อยให้ราษฎรอดอยาก” ต่อมาในปี พ.ศ. 2476 นายปรีดี พนมยงค์ ได้เสนอเค้าโครงเศรษฐกิจให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา โดยมีหลักการสำคัญ 2 ประการคือ ประการแรก รัฐเป็นผู้วางแผนเศรษฐกิจ และประกอบกิจการเอง โดยการจัดตั้งสหกรณ์ทั้งใน ทางเกษตร อุตสาหกรรม การค้า การขนส่ง โดยราษฎรทำงานให้ในฐานะเช่นเดียวกับข้าราชการของรัฐ และราษฎรจะประกอบธุรกิจเองก็ได้ โดยต้องแสดงให้เห็นว่ามีความสามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ จากหลักการนี้ชี้ให้เห็นว่า ทุกคนมีงานทำและมีรายได้เป็นเงินเดือนประจำ ประการที่สอง หลักการประกันความสุขสมบูรณ์ของราษฎรมีลักษณะเป็นสังคมสมบูรณ์แบบกล่าวคือความรับผิดชอบอยู่ภายใต้หน้าที่ของรัฐเพียงฝ่ายเดียวรัฐจะระดมเงินจากภาษีการพนัน ภาษีมรดก และสลากกินแบ่ง โดยราษฎรไม่ต้องออกเงินสมทบใด ๆ ซึ่งจากหลักการทั้ง 2 นี้เป็นผลให้มีความขัดแย้ง และเกิดปัญหาทางการเมืองเกิดขึ้น จึงทำให้แนวคิดดังกล่าวเลือนหายไปเป็นเวลา 20 ปี จนกระทั่งสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม จึงสามารถออกกฎหมาย พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และพระราชบัญญัติแรงงาน พ.ศ. 2499 โดยมีที่ปรึกษาใกล้ชิดคือ คุณปกรณ์ อังสุสิงห์ และดร.มาลัย หุวะนันทน์ ซึ่งมีหลักการดังนี้ ประการแรก ผู้ที่อยู่ในข่ายต้องประกันคือผู้ทำงานจ้างแต่อาจรวมทั้งผู้ทำงานส่วนตัวและผู้ไม่ทำงาน ประการที่สอง กองทุนประกันมาจากเงินสมทบของผู้ประกันตน

¹³ เทียนฉาย กิระนันทน์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 96-98.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. จุลสารเศรษฐศาสตร์ เล่มที่ 4 (2534):หน้า 204-207.

ผู้ว่าจ้างและรัฐบาล ประการที่สาม ประโยชน์สงเคราะห์แก่ผู้ประกันตน การคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร การเจ็บป่วย พิกัด หรือทุพพลภาพ การฌาปนกิจศพ ประการที่สี่ ประโยชน์ที่ลูกจ้างได้รับโดยจ่ายเป็นเงิน สิ่งของหรือบริการอื่นใด ประการสุดท้าย การบังคับของกฎหมาย จะประกาศภายหลังโดยพระราชกฤษฎีกาอีกครั้งหนึ่ง ต่อมาปี พ.ศ. 2499 และ พ.ศ. 2500 ได้มีการพยายามในการจะบังคับใช้ตามกฎหมาย แต่ทางบริษัทประกันภัยได้ออกมาคัดค้าน ประกอบกับราษฎรไม่เชื่อถือรัฐบาลจึงทำให้เลื่อนไปไม่มีกำหนด จนกระทั่ง พ.ศ. 2501 สมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ทำการรัฐประหารและยกเลิกกฎหมายแรงงานไป หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2502 คณะรัฐมนตรีมีการตั้งคณะกรรมการปรับปรุง พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และ เสนอร่างให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา พ.ศ. 2504 ต่อมาปี 2505 คณะรัฐมนตรีส่งร่างกฎหมายดังกล่าวให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาซึ่งแล้วเสร็จ พ.ศ. 2506 แต่ในระหว่างนั้น จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ให้สำนักงบประมาณพิจารณา ผลปรากฏออกมาว่ายังไม่ถึงเวลานำมาใช้ เพราะอุตสาหกรรมยังมีไม่มากและรัฐยังต้องใช้งบประมาณอีกมาก เป็นผลให้ต้องถอนพระราชบัญญัติฉบับนี้ออกไปพิจารณาใหม่ หลังจากนั้น พ.ศ. 2507 กระทรวงมหาดไทย เสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมให้รัฐบาลภายใต้การนำของ จอมพล ถนอม กิตติขจร โดยคณะรัฐมนตรีส่งเรื่องให้สภาวิจัยแห่งชาติไปพิจารณาเพิ่มเติมซึ่งผลการวิจัยมีข้อคิดเห็นอยู่ 3 ประการ ประการแรก ประชาชนไม่พร้อมที่จะเสียเบี้ยประกัน เพราะยังยากจนอยู่อาจเดือดร้อนได้ส่วนคนที่มียาได้คืออยู่แล้วก็ประสงค์ที่จะหาแพทย์ตามใจชอบของตนเองทำให้ไม่เห็นประโยชน์ ประการที่สอง นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเป็น 2 เท่า ค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะบวกเข้าเป็นต้นทุนสินค้าบริการ ทำให้ประชาชนเดือดร้อน ประการสุดท้าย เสนอให้งดการใช้ พระราชบัญญัตินี้ไว้ก่อน จนกว่าจะมีคนงานมากขึ้น หรือมีการเรียกร้อง หรือไม่ให้ใช้ในลักษณะเป็นการทดลองด้วยวิธีการสมัครใจ หลังจากนั้นได้มีการแก้ไขปรับปรุงยกเลิกและทำการศึกษาวิจัยกันเรื่อยมา จนกระทั่ง 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 คณะปฏิวัติออกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 มีสำนักงานกองทุนทดแทนขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นก้าวแรกของการประกันสังคม หลังจากนั้นมาถึงปี พ.ศ. 2533 ได้มีการผลักดันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจนกระทั่ง วันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2533 ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร มีมติรับรองอินอันร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม ที่วุฒิสมาชิกไม่เห็นด้วยอีกครั้ง ในคะแนนเสียง 330 ต่อ 0 ซึ่งเป็นระยะเวลาจนถึง 35 ปี แห่งพัฒนาการของกฎหมายประกันสังคมไทย ซึ่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นในสำนักงานประกันสังคม โดยประกอบด้วยเงินสมทบดังนี้ เงินสมทบของฝ่ายรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนซึ่งปัจจุบันมีอัตรากำหนด 1 : 1 : 1 ซึ่งแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

ก. เงินสมทบกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย และ คลอดบุตร โดยคิดอัตราไม่เกินร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน

ข. เงินสมทบกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 3 ของ ค่าจ้าง ผู้ประกันตน

ค. เงินสมทบกรณีว่างงาน ในอัตราไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน

เงื่อนไขดังกล่าวมีผลบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไป ทั่วประเทศ (ตั้งแต่ เดือนกันยายน พ.ศ. 2536 คือหลัง พระราชบัญญัติประกันสังคมบังคับใช้เป็น เวลา 3 ปี ก็จะบังคับใช้ในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป) แต่ในกรณีของการประกัน ตนโดยผู้ประกอบอาชีพอิสระซึ่งจะเริ่มใช้ในวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2537 ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงิน สมทบ 2 เท่าเนื่องจากถือว่าเป็นทั้งนายจ้างและลูกจ้างในคน ๆ เดียวกันโดยเบื้องต้นนี้ลูกจ้างที่ เป็นผู้ประกันตน จะมีสิทธิประโยชน์ 8 ประเภทคือ

- ก. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
- ข. ประโยชน์ทดแทนในกรณีการคลอดบุตร
- ค. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
- ง. ประโยชน์ทดแทนในกรณีการตาย
- จ. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
- ฉ. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
- ช. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน
- ซ. ประโยชน์ทางภาษี

สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตรและผู้ชราภาพนั้น จะมีผลบังคับใช้ได้ ภายใน 6 ปี นับแต่วันที่ พระราชบัญญัติประกันสังคม ประกาศใช้ซึ่งตรงกับวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2539 สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานจะเริ่มเมื่อใดจะตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ทั้งนี้ เป็นไปตามบทเฉพาะกาลท้ายพระราชบัญญัติประกันสังคม¹⁴

¹⁴ เตียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 77-83.

นิคม จันทรวิฑูร. กฎหมายประกันสังคม แนวคิด พัฒนาการ และก้าวแรกของการดำเนินงานใน ประเทศไทย (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ธันวาคม 2537), หน้า 93.

สำหรับในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 จาก พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เดิม ดังนี้

ก. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน จากไม่ได้กำหนดอายุ เป็นกำหนดช่วงอายุระหว่าง 15 ถึง 60 ปี

ข. ขอบเขตการบังคับจากลูกจ้างชั่วคราวของส่วนราชการทั้งหมดมาเป็นการตั้งข้อยกเว้น ลูกจ้างรายวัน รายชั่วโมงของส่วนราชการ

ค. เงินสมทบ มีการเปลี่ยนแปลง 3 กรณี

1. เดิมคำนวณจากฐานค่าจ้างตามความเป็นจริงเป็น รายเดือน รายวัน รายชั่วโมง และรายเหมาเปลี่ยนเป็นคำนวณเงินสมทบจากฐานค่าจ้างเป็นรายเดือน โดยใช้ฐานค่าจ้างต่ำสุดเดือนละ 1,650 บาท ถ้าจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 1.5 จะเท่ากับเงินสมทบ ขั้นต่ำเดือนละ 25 บาท และใช้ฐานค่าจ้างสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท ซึ่งเท่ากับเงินสมทบไม่เกินเดือนละ 225 บาท

2. จากไม่ได้กำหนดเวลาในการขอรับเงินสมทบคืนกรณีส่งเงินเกินเป็น ให้ยื่นคำร้องขอรับเงินสมทบคืน ภายใน 1 ปี ตั้งแต่วันที่ส่งเงินสมทบและให้มารับเงินคืนภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. จากเดิมไม่ได้กำหนดการปิดเศษเงินสมทบเป็นจำนวนเงินสมทบของผู้ประกันตนแต่ละคน หากเศษสตางค์จำนวนตั้งแต่ 50 สตางค์ขึ้นไปปิดเป็น 1 บาท ถ้าน้อยกว่าปิดทิ้ง

ง. เงื่อนไขการได้รับสิทธิประโยชน์ เดิมกำหนดเป็นรายวันตามที่จำนวนวันที่ส่งเงินสมทบ คือ กรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ไม่น้อยกว่า 90 วัน กรณีคลอดบุตร ไม่น้อยกว่า 210 วัน กรณีตายไม่น้อยกว่า 10 วัน เปลี่ยนเป็นกำหนดแบบรายเดือนตามจำนวนเดือนที่ส่งเงินสมทบ คือ กรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ไม่น้อยกว่า 1 เดือน กรณีคลอดบุตร ไม่น้อยกว่า 7 เดือน กรณีตายไม่น้อยกว่า 1 เดือน เงินสมทบที่ส่งมาแล้วในแต่ละเดือนให้นับเป็น 1 เดือน

จ. การขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทน เดิมนั้นไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนและการมารับเงินประโยชน์ทดแทน ปัจจุบันกำหนดให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่สิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนและจะต้องติดต่อขอรับเงินภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน

ฉ. สิทธิประโยชน์ที่ปรับปรุงใหม่ มีอยู่หลายกรณีที่มีการปรับปรุง ได้แก่

1. กรณีทุพพลภาพ เดิมเงินทดแทนการขาดรายได้ครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเป็นเวลา 15 ปี และค่ารักษาพยาบาลโรคและอาการที่เกิดเนื่องจากการทุพพลภาพตามจ่ายจริง ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาท ปัจจุบันเงินทดแทนการขาดรายได้ครึ่งหนึ่งของค่าจ้างตลอดชีวิต ค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท และผู้ประกันตนเสียชีวิตจะได้รับค่าทำศพและเงินสงเคราะห์

2. กรณีคลอดบุตร เดิมสามารถเบิกได้ 1 ครั้งเปลี่ยนเป็น 2 ครั้งแต่ต้องเป็นบุตรที่ยังไม่ได้รับสิทธิ และเดิมในส่วนผู้ประกันตนชายค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 3,000 บาทต่อครั้งของภรรยาที่จดทะเบียนสมรส และหญิงค่าคลอดบุตรจะเหมาจ่าย 3,000 บาทต่อครั้งและเงินทดแทนการขาดรายได้อัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างจำนวนไม่เกิน 60 วัน (ตามจำนวนวันที่หยุดงานจริง) ซึ่งเปลี่ยนมาเป็นผู้ประกันตนชายค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 4000 บาทต่อครั้งของภรรยาที่จดทะเบียนสมรสหรือของหญิงที่ตนอยู่กินฉันท์สามีภรรยาโดยเปิดเผย และหญิงค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ส่วนเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรครึ่งหนึ่งของค่าจ้างจำนวน 90 วัน (เหมาจ่ายทันทีเมื่อคลอด)

3. กรณีตาย จากเดิมค่าทำศพจำนวน 100 เท่าของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำรายวันสูงสุดเป็น ค่าทำศพ 20,000 บาท และ เงินสงเคราะห์แก่ทายาท ตามระยะเวลาการ ส่งเงินสมทบก่อนเสียชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 2 กรณี กรณีแรก ส่งเงินสมทบมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างหนึ่งเดือนครึ่ง กรณีที่สอง ส่งเงินสมทบมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับ ค่าจ้าง 5 เดือน

ข. การคำนวณเงินทดแทนการขาดรายได้เดิมนั้น คิดจากค่าจ้าง 90 วันก่อนรับบริการทางการแพทย์มาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณค่าจ้างรายวัน แต่ปัจจุบันคิดจากค่าจ้าง 3 เดือนสูงสุดภายใน 9 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์มาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณค่าจ้าง รายวัน

ข. สิทธิของผู้ประกันตนภายหลังจากการสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง เดิมนั้นผู้ประกันตน สามารถใช้สิทธิในกรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตรต่อไปอีก 6 เดือนหลังจากออกจากงานมาเป็น ผู้ประกันตนยังคงได้รับสิทธิในกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย ต่อไปอีก 6 เดือน หลังจากออกจากงาน

ฉ. คุณสมบัติของการเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ตามมาตรา 39 แต่เดิม คือ เคยเป็นผู้ประกันตนโดยกฎหมายบังคับไม่ได้กำหนดเวลาที่ต้องสมัคร และเงินสมทบคิดจากฐานเงินค่าจ้างเต็มจำนวนคราวสุดท้าย โดยจ่ายเพิ่มในอัตรา ร้อยละ 3 ของค่าจ้างซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนเป็น เคยเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายและจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ต้องแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนต่อภายใน 6 เดือน นับตั้งแต่วันสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้างและฐานค่าจ้างที่นำมาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณเงินสมทบ คือ เดือนละ 4,800 บาท ซึ่งเป็นผู้ประกันตนต่อทุกคนต้องนำเงินสมทบเดือนละ 144 บาท

ญ. สิทธิที่ได้รับภายหลังการสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เดิม ให้สิทธิประโยชน์ทุกกรณีสิ้นสุดลงจากหลังสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้ประกันตนแต่ปัจจุบันให้สิทธิทุกกรณี ต่อไปอีก 6 เดือน

ฎ. บทกำหนดโทษกรณีนายจ้างไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเดิมมีความผิดจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่ปัจจุบันมีความผิดจำคุกไม่ เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ฎ. การปรับปรุงประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอุบัติเหตุกรณีฉุกเฉิน ปัจจุบันผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลได้ทุกแห่งโดยสำนักงานประกันสังคม จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่เข้ารับการรักษา (ไม่นับรวมวันหยุด)

คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ซึ่งมีตัวแทนนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาลอยู่ในคณะกรรมการนี้) มีมติให้กองทุนประกันสังคมจ่ายเหมาให้โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนมาลงทะเบียนไว้ในอัตรา 700 บาทต่อคนต่อปี โดยให้โรงพยาบาลดูแลผู้ประกันตนเหล่านี้ไม่ว่าจะป่วยมากหรือน้อย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน อัตรานี้คำนวณจากตัวแปรสำคัญ 2 ชุด คือ อัตราการเจ็บป่วยและต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ (ของโรงพยาบาลระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ) ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่ริเริ่ม โครงการประกันสังคม โดยการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาล โดยวิธีการเหมาจ่าย (CAPITATION PAYMENT)¹⁵

5. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย เกิดจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยมีพื้นฐานจากข้อมูลอุบัติเหตุอันเกิดจากรถได้ทวีจำนวนมากขึ้นในแต่ละปีเป็นเหตุให้ มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยผู้ประสบภัยดังกล่าวไม่ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายหรือ ได้รับชดใช้ค่าเสียหายไม่คุ้มกับความเสียหายจริงที่ได้รับ และหากผู้ประสบภัยจะใช้สิทธิทางแพ่งในการเรียกร้องค่าเสียหายก็ต้องใช้ระยะเวลาดำเนินคดีที่ยาวนาน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการชดใช้ค่าเสียหายและได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอนและทันทั่วทั้ง สมควรกำหนดให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องตราพระราชบัญญัติฉบับนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถซึ่งได้รับอันตรายความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย ให้ได้รับการชดใช้ค่าเสียหาย และค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันทั่วทั้งที่และแน่นอน อีกทั้งเป็นหลักประกันว่าผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับ

¹⁵ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 88-89.

วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. *อุตสาหกรรมศาสตร์* เล่มที่ 4 (2534):หน้า 207-208.

การชดใช้ค่าเสียหายและ ค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างแน่นอนและทันท่วงที และเป็นหลักประกันได้ว่าสถานพยาบาลทุกแห่งจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอน และรวดเร็วในการรับรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถดังกล่าวและสุดท้ายเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจประกันภัยให้มีส่วนร่วมในการแบ่งเบาค่าเสียหายของผู้ประสบภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากรถ ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาภาระความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยและครอบครัวแล้ว ยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลในด้านสวัสดิการสงเคราะห์อีกด้วย¹⁶

การให้การรักษายาบาลนั้นจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานบริการ ซึ่งได้แก่ มาตรฐานบริการรักษาพยาบาล การชันสูตรโรค การวิจัย และจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานโครงสร้างการบริการ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน อุปกรณ์การแพทย์ การสื่อสาร การขนส่ง บุคลากร โดยเฉพาะในกรณีมีผู้ป่วยอุบัติเหตุมาก อาจต้องจัดทีมงานเป็นการเฉพาะแยกจากบริการรักษาผู้ป่วยโดยทั่วไป นอกจากนี้ต้องมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการ เพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้มารับบริการ¹⁷

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เป็นการการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่พึงพอใจและสามารถจะจ่ายค่าเบี้ยประกันภัยได้ ซึ่งในการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.1. การประกันสุขภาพเอกชน การประกันสุขภาพเอกชนอาจเรียกว่าการประกันสุขภาพส่วนบุคคล เป็นการประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปโดยภาคเอกชน เป็นรูปแบบของการประกันว่าจะจ่ายเงินชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้เอาประกันเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือได้รับการผ่าตัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคด้วยการประกันนี้รวมกันกับการประสบอุบัติเหตุก็จะคุ้มครองถึงการรักษาตัวอันเนื่องมาจากการประสบอุบัติเหตุด้วย โดยปกติการคุ้มครองจะรวมถึง ค่าห้องพักและค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายและการบริการทั่วไป ค่าผ่าตัด ค่าบริการโดยพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมแพทย์ และโดยทั่วไปการประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนนี้มักจะไม่มีคุ้มครองการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคทันตกรรม การตรวจวัดสายตาประกอบแว่น ศัลยกรรมตกแต่ง (ยกเว้นการศัลยกรรมนั้นจำเป็นต้องทำอันเนื่องมาจากการประสบอุบัติเหตุ) การตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร โรคประสาท วิกฤตจิต และโรคพิษสุราเรื้อรัง การประกันสุขภาพเอกชนนี้

¹⁶ กระทรวงสาธารณสุข, “คู่มือแนวทางปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535”, 2535. (อัคราเนนา).

¹⁷ เรื่องเดียวกัน

เป็นการทำนิติกรรมสัญญาโดยมีผลบังคับตามข้อตกลงในสัญญานั้น ซึ่งอาจจะจำแนกประเภทของสัญญาประกันสุขภาพออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ¹⁸

ก. สัญญาประกันสุขภาพในลักษณะของสัญญาหลักซึ่งผู้เอาประกันสามารถซื้อได้ต่างหาก โดยไม่ต้องซื้อกรมธรรม์ประกันชีวิตอื่น ๆ โดยมีมากมายหลายชนิด

- 1 ประกันสุขภาพรายบุคคล ระหว่างคู่สัญญารายบุคคลกับบริษัทประกันภัย
- 2 ประกันสุขภาพหมู่ ระหว่างคู่สัญญานายจ้างกับบริษัทประกันภัย ในรูปแบบที่เป็นสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการที่สถานประกอบการนายจ้างมอบให้กับลูกจ้าง

ข. สัญญาประกันสุขภาพที่เป็นสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิต หรืออื่น ๆ โดยมี 2 ชนิด

- 1 สัญญาแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล
- 2 สัญญาแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่

ธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทยโดยภาคเอกชน จำแนกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ

- ก. บริษัทประกันชีวิต จะขายสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลัก
- ข. บริษัทประกันวินาศภัย

- 1 จัดทะเบียนเพื่อธุรกิจประเภทการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ
- 2 จัดทะเบียนเพื่อธุรกิจประเภทการประกันภัยเบ็ดเตล็ด โดยที่มีสิทธิสามารถขายประกันสุขภาพ

ค. โรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีที่อาจเรียกได้ว่า เป็นกลยุทธ์ทางการตลาดโดยเปิดให้มีการสมัครเป็นสมาชิกของโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งเสียค่าธรรมเนียมและไม่เสียค่าธรรมเนียม อีกทั้งยังมีหลายประเภททั้งนี้ในแต่ละประเภทจะได้รับสิทธิพิเศษที่แตกต่างกัน

ง. ธนาคารพาณิชย์ โดยส่วนใหญ่จะเป็นกลยุทธ์ทางการตลาด โดยการเปิดให้มีการสมัครเป็นสมาชิกบัตรเครดิตประเภทต่าง ๆ ที่มีสิทธิพิเศษของบัตรเครดิตแตกต่างกันไป เช่น ในกรณีบัตรเครดิต จ.ส.100 มีสิทธิพิเศษในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน ซึ่งได้ทำข้อตกลงไว้กับทางธนาคารแล้ว เป็นต้น

¹⁸ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 103-108.

การพิจารณารับประกันของบริษัทเหล่านี้โดยทั่วไปจะคำนึงถึงสุขภาพของผู้เอาประกัน และความเสียหายด้านต่าง ๆ เป็นหลัก ในส่วนสุขภาพของผู้เอาประกันนั้นจะพิจารณาถึงอายุ และภาวะสุขภาพอนามัยของผู้เอาประกันเป็นหลัก ส่วนความเสียหายต่าง ๆ ของผู้เอาประกัน พิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูง น้ำหนัก ประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต และอาชีพของผู้เอาประกัน การคิดเบี้ยประกันสุขภาพจึงแปรผันไปตามสุขภาพและความเสี่ยงของผู้เอาประกันนั้น ๆ ด้วย¹⁹

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัดคือ ให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้างหรือผู้มีรายได้สูงพอจะจ่ายเบี้ยประกัน สักยภาพการขยายการครอบคลุมน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ ITEMISED BILL และ FEE FOR SERVICE ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งจะสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2531 การประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมประชากรเพียง 236,000 คนเท่านั้น²⁰

3.2. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ²¹ การประกันสุขภาพประเภทนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มต้นทำการทดลองดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ภายใต้ชื่อโครงการที่

¹⁹ จลิตพร โกลากุล. "การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในธุรกิจเอกชนในปรากรม วุฒิพงส์ และคณะ (บรรณาธิการ)", ระบบประกันสุขภาพของไทย , ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ, 2532.

²⁰ เรื่องเดียวกัน.

²¹ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 125-143.

เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537), หน้า 80-81.

เทียนฉาย กิระนันท์และคณะ. "การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข" กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรกฎาคม 2533. หน้า 3-5.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต. จุลสารเศรษฐศาสตร์ เล่มที่ 4 (2534): 195-228.

สุนิตา อภัยรัตน์, "การศึกษาความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของกองทุนบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการปรับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 2-3.

จาตุรงค์ แสนธรรมผล, "การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 12-16.

ว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่ในการพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค และได้ริเริ่มระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยในโครงการนี้ด้วย ซึ่งถือว่าเป็นโครงการในระยะแรก โดยมีพื้นที่ดำเนินงานจำนวน 7 จังหวัด 18 หมู่บ้าน ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และ สงขลา สำหรับ ประเภทและราคาของบัตรในโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วยรักษาพยาบาลรวมกับอนามัยแม่และเด็ก ราคา 200 บาท รักษาพยาบาลอย่างเดียว 100 บาท ชุดท้ายการอนามัยแม่และเด็ก 100 บาท ในโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก มีระดับของกองทุนอยู่ในระดับหมู่บ้าน ต่อมาในระหว่างปี พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2530 ได้มีการปรับเปลี่ยนสาระสำคัญของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การเปลี่ยนชื่อโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กไปเป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” เพิ่มวัตถุประสงค์เป็นการให้บริการร่วม ปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ลดจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดลง อีกทั้งการบริหารการเงินภายในชุมชนเอง สำหรับพื้นที่ในการดำเนินการได้ขยายเป็นทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน ส่วนในปี พ.ศ. 2529 จะขยายให้ได้อำเภอละ 5 ตำบล ในด้านประเภทและราคาของบัตรนั้นมีเพียง 2 ประเภทเท่านั้น คือ บัตรครอบครัว 200 บาท และ บัตรอนามัยแม่และเด็ก 100 บาท และได้มีการเริ่มกำหนดเงื่อนไขของการใช้บัตร คือ กำหนดเพียง 8 ครั้ง ในแต่ละครั้งนั้นจะต้องไม่เกิน 2,000 บาท ซึ่งในการรักษาพยาบาล 1 ครั้งนั้น จะหมายถึง การรักษาพยาบาลต่อเนื่องกันจนหายขาดจากโรคนั้น ๆ หรืออาจจะสามารถเลือกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการรับการรักษาพยาบาลก็ได้ แต่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น โดยบัตรสุขภาพมีอายุบัตร 1 ปี ส่วนบัตรอนามัยแม่และเด็กนั้น อายุของบัตรนั้นจะเริ่มคุ้มครองสิทธิตั้งแต่อ่อนคลอดจนกระทั่งเด็กที่เกิดนั้นมีอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์ ส่วนระดับของกองทุนก็จะเป็นระดับหมู่บ้าน ในระหว่างปี พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2530 นี้ถือเป็นโครงการในระยะที่สอง ในระยะของโครงการที่สองนี้มีการวิจัยที่สำคัญ คือ โครงการของความร่วมมือระหว่างไทยและเยอรมัน (GTZ) ในจังหวัดเชียงใหม่ด้วย หลังจากนั้นเมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2530 ได้มีมติของคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในแผนปฏิบัติการระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2534) ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 มีโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เป็นโครงการใหม่ ซึ่งเป็นการนำเอาหลักการของการประกันสุขภาพรวมกันเข้ากับบัตรสุขภาพเดิม โดยกิจกรรมของโครงการมีพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ทุกอำเภอ ๆ ละ 8 ตำบล ๆ ละ 3 หมู่บ้าน ส่วนประเภทและราคาของบัตรนั้น แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ บัตรครอบครัว 500 บาท บัตรบุคคล 200 บาท และ บัตรอนามัยแม่และเด็ก 100 บาท เงื่อนไขของการใช้บัตรลดลงจากเดิมเหลือ 6 ครั้ง การรักษาพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนให้สามารถรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดชนิด และประเภทของโรค (ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรม

ประคิมฐ์ และแวนตา) ในด้านระดับกองทุนยังคงเป็นระดับ หมู่บ้านและในโครงการระหว่างนี้จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล 337 บาทต่อบัตร ต่อจากนั้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2536 ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเยอรมันให้ทดลองพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ในรูปแบบใหม่ซึ่งได้ผลและสามารถนำไปขยายงาน ได้ ต่อมาได้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7-8 พ.ศ. 2535 ถึง 2544 คือให้ประชาชนไทยในภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลใดๆ แต่มีความสามารถระดับหนึ่งในการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ ได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วย โดยการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจประชาชนเป้าหมายกลุ่มนี้ ได้แก่ ชาวชนบทในภาคเกษตรกรรม ผู้ประกอบการธุรกิจการค้าย่อยของตน ผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองในสถานประกอบการต่ำกว่ามาตรฐาน และไม่สามารถถูกคุ้มครองโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และครัวเรือนที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่ก็ไม่อาจจ่ายค่ารักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยครั้งละมาก ๆ ได้ ซึ่งแต่เดิมผู้ใช้บริการสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยประเภท ข. (รับบริการสงเคราะห์โดยไม่มีบัตรสงเคราะห์) เป็นต้น

เพื่อที่จะให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการจัดการให้มีการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งรัดพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิมไปสู่การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ ได้แก่ การสนับสนุนให้จังหวัดสามารถดำเนินการตามนโยบายได้โดยมี การสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับดูแลและการประเมินผล ทั้งนี้เพื่ออำนวยให้จังหวัดสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ซึ่งย้อนหลังไปในปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้นการดำเนินการประกันสุขภาพอย่างสมัครใจภายใต้โครงการบัตรสุขภาพประสบปัญหา ในการดำเนินการค่อนข้างมากขาดความชัดเจนของนโยบายและกลวิธี อีกทั้งขาดหน่วยงานส่วนกลางที่เข้มแข็งที่จะสนับสนุนวิชาการ และการกำกับดูแลโครงการก็ขาดการประเมินผลอย่างจริงจัง ผลการดำเนินงานจึงชะงักงันมากสมควรที่จะได้ทบทวนเพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจนขึ้น ดังนั้นการดำเนินการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยอาศัยโครงการบัตรสุขภาพในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2544) นั้นจึงมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (PREPAID VOLUNTARY HEALTH INSURANCE) เท่านั้น โดยไม่มุ่งเน้นจัดตั้งกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเช่น โครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมาแต่ยังคงหลักการส่งเสริมการใช้บริการครั้งแรกที่สถานอนามัยและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย ทางกระทรวงสาธารณสุขควรมอบการตัดสินใจให้จังหวัด ตั้งเป้าหมายว่า บัตรสุขภาพจะครอบคลุม

ประชากรเป้าหมายร้อยละเท่าไรในแต่ละปี ตลอดจนแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 โดยเน้นที่คุณภาพของโครงการมากกว่าการขยายปริมาณ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนองนโยบายการกระจายอำนาจไปสู่ส่วนภูมิภาคสำหรับประเภทและราคาของบัตรก็ได้มีการเปลี่ยนแปลง

สำหรับปี พ.ศ. 2537 ทางกระทรวงสาธารณสุขเห็นสมควรให้มีการจัดรูปแบบการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าใช้รูปแบบโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่มีอยู่แล้ว เนื่องจากเป็นโครงการที่เป็นที่ยอมรับสำหรับผู้นำชุมชนและ (อสม.) มากกว่าที่จะจัดการด้านการรักษาพยาบาลให้ในรูปแบบอื่น เช่น โครงการประกันสังคม สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ เพราะจะเป็นวิธีที่สิ้นเปลืองงบประมาณมากเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่อหัวแพงมาก นอกจากนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขของควันการจ่ายเงินสมทบจากผู้นำชุมชนและ (อสม.) ในอัตรา 500 บาทต่อบัตรครอบครัว ซึ่ง ตามปรกติจะเรียกเก็บจากประชาชนทั่วไป เนื่องจากทางกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าค่าใช้จ่ายส่วนนั้น เป็นส่วนที่รัฐบาลพึงจัดให้เป็นสวัสดิการ ในรูปแบบสวัสดิการที่ไม่เป็นตัวเงิน คือ ให้การรักษาพยาบาลฟรีแทนที่จะให้เป็นรูปตัวเงิน เช่น เงินเดือน หรือค่าจ้าง ซึ่งจะมีราคาแพงมากกว่า จากเหตุผลนี้เชื่อมั่นว่าจะเป็นการจูงใจให้ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร มีกำลังใจในการทำงานให้กับรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม²²

นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2538 ทางกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นสมควรให้ การจัดการด้านการเงินเป็นรูปแบบเงินทุนหมุนเวียน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ซึ่งได้รับการเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2537 โดยให้มีการจัดการในรูปของคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบดังกล่าว²³

²² สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “โครงการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) สำหรับผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)”, 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2537. (พิมพ์คิด).

²³ สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538.”, 2538. (อัครา).

1.2 ความหมายของการประกันสุขภาพ

สำหรับความหมายของการประกันสุขภาพมีแนวความคิดพื้นฐานของสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ร่วมกับเศรษฐศาสตร์และสถิติศาสตร์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายแต่ก็เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

การประกันสุขภาพของรัฐในความหมายของ เทียนฉาย กิระนันท์ การประกันสุขภาพเป็นการสร้างหลักประกัน หรือ ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยให้กับประชาชนที่ไม่สามารถหรือขาดโอกาสในการได้รับบริการการแพทย์และสาธารณสุข ขณะเดียวกันการเจ็บป่วยของประชกรนั้นโดยลักษณะธรรมชาติแล้วมีความเสี่ยงในระดับหนึ่ง คือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและเสี่ยงต่อการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในขณะเดียวกัน ทั้งนี้ยังไม่นับรวมถึงความเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเจตนาที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย เช่น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นต้น ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงเป็นการสร้างหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยโดยอาศัยหลักการของการประกันภัย คือ การเฉลี่ยความเสี่ยง และ การเฉลี่ยแบ่งรับภาระค่าใช้จ่าย²⁴

การประกันสุขภาพในความหมายของ สุนิตา อภัยรัตน์ การประกันสุขภาพเป็นการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยสาระสำคัญของการประกัน คือ การร่วมกันแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายและร่วมกันเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลจะสามารถรับการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกเนื่องจากได้จ่ายค่าเบี้ยประกันไว้ตั้งแต่ตอนแรกแล้ว โดยการประกันสุขภาพโดยทั่วไปมีหลักการให้ความคุ้มครองเป็น 2 ทาง

1. หลักประกันทางตรง ด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายาและค่ารักษาพยาบาล
2. หลักประกันทางอ้อม ด้านการชดเชยส่วนของรายได้ที่สูญเสียไปอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรวมถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น แนวความคิดดังกล่าวเป็นหลักของการประกัน

²⁴ เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), หน้า 103-108.

สุขภาพที่ดำเนินการโดยธุรกิจเอกชนเป็นส่วนมากหรือที่เรียกว่า เป็นการประกันสุขภาพส่วนบุคคล (PRIVATE HEALTH INSURANCE)²⁶

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล อธิบายว่าหลักการของการประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับกลุ่มคนมากเพื่อให้ผู้เอาประกันหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยโดยค่ารักษาพยาบาล ไม่ใช่ค่าแพงขวางกั้น ไม่ให้เข้าถึงบริการเมื่อยามจำเป็น ณ จุดรับบริการนั้นผู้เอาประกันอาจจะจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาลบางส่วน (COST SHARING) ก็ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสัญญาในการประกันสุขภาพนั้น ๆ²⁸

การประกันสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเสี่ยง หรือความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ซึ่งได้ถูกเฉลี่ยไประหว่างกลุ่มคนทั่วไป โดยเบี้ยประกันที่กลุ่มคนเหล่านั้นได้ทำการซื้อประกันไว้ จะถูกจ่ายกลับไปให้กับบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อของการเจ็บป่วยนั้น การประกันสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ช่วยลดและกระจายความเสี่ยงภัย การประกันสุขภาพเองก็ไม่สามารถที่จะบอกตัวเลขของความเสี่ยงได้ เพราะการเกิดความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนและเป็นอิสระจากการเจ็บป่วยของแต่ละคน ดังนั้นการประกันภัยจึงมีหลักพื้นฐานของเรื่องความน่าจะเป็น ซึ่งเป็นความน่าจะเป็นของการเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นการจ่ายเบี้ยประกันจึงเป็นการจ่ายเงินเพื่อเหตุการณ์ในอนาคตที่คาดว่าจะเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น การกำหนดเบี้ยประกันจึงต้องครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดโดยระดับของเบี้ยประกันต้องเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่าง สถิติความถี่ที่ประชาชนต้องการการรักษาพยาบาล และค่าเฉลี่ยต้นทุนของการใช้สิทธิเรียกร้อง(ค่ารักษาพยาบาล) ผสมกับต้นทุนที่ใช้ในการบริหาร และในกรณีสถาบันประกอบการค้าจำเป็นต้องบวกกำไรส่วนเพิ่มด้วย²⁷

²⁶ สุนิตา อภัยรัตน์, “การศึกษาความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของกองทุนบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการปรับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 1.

²⁸ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, “การประกันสุขภาพในไทย ปัจจุบัน และอนาคต,” 2535, (พิมพ์คิด).

²⁷ Anne Mill, “The economics of health in developing countries : Economic aspects of health insurance.” page 66.

การประกันสุขภาพในความหมายของสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยที่ผู้ที่จะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังกล่าวจะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าให้กับกองทุนประกัน อัตราในการจ่ายเงินขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่ประมาณว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนผู้ที่เข้าเป็นสมาชิกและแหล่งเงินที่จะสมทบจากที่อื่น การจ่ายเงินดังกล่าวมีลักษณะของการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้มีสถานะสุขภาพและสถานะทางเศรษฐกิจต่าง ๆ การเฉลี่ยความเสี่ยงทำให้ปริมาณการเงินที่แต่ละคนจะต้องจ่ายมีค่าเพียงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจริง อย่างไรก็ตามจะมีสมาชิกจำนวนมากที่จ่ายเงินไปเพื่อให้ได้รับการคุ้มครอง โดยที่ไม่มีโอกาสได้ใช้สิทธิประโยชน์นั้นเนื่องจากมิได้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น²⁸

ดังนั้น การประกันสุขภาพ จึงกลายเป็นเรื่องของ การให้ความคุ้มครองหรือเป็นการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกัน โดยให้ในด้านของการสุขภาพอนามัยและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ซึ่งจะให้แก่ผู้รับประโยชน์ โดยมีประเด็นสำคัญคือการร่วมกันแบ่งเบาภาระของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอนามัยและการบริการทางการแพทย์ พร้อมทั้งร่วมกันเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระหว่างผู้รับประโยชน์ที่มีสถานะสุขภาพและสถานะทางเศรษฐกิจในระดับที่ต่างกัน ซึ่งหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงนั้น คือ การทำให้ปริมาณเงินที่ผู้เอาประกันแต่ละคนจะต้องจ่ายมีค่าเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับประโยชน์จะได้รับเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจริง นั้นหมายความว่า ผู้รับประโยชน์ที่เจ็บป่วยจะสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องกังวลใน

²⁸ “ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2536,” สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข (2536) : 13.

* ผู้เอาประกัน หมายถึง บุคคลฝ่ายที่ตกลงจะส่งเบี้ยประกัน โดยที่เบี้ยประกันในที่นี้หมายถึงเงินสมทบล่วงหน้า หรือ ราคาของบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งต้องส่งให้แก่กองทุนประกัน

** ผู้รับประโยชน์ หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งได้รับค่าสินไหมทดแทน โดยที่ค่าสินไหมทดแทนในที่นี้หมายถึง การได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยและการบริการทางการแพทย์โดยที่มีต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ก็เพราะว่าผู้เอาประกันได้ซื้อประกันสุขภาพได้จ่ายเบี้ยประกันตามสัญญาจ่ายใด ๆ เมื่อเข้ารับบริการบริการทั้งนี้ผู้เอาประกัน กับ ผู้รับประโยชน์ จะเป็นบุคคลเดียวกันก็ได้ ซึ่งนั่นก็คือ บุคคลผู้ที่มีความคุ้มครองนั่นเอง

ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเพราะได้จ่ายเบี่ยงประกันสุขภาพไว้ก่อนหน้านี้อแล้ว โดยจำนวนค่าใช้จ่ายนี้จะประมาณจากค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ทั้งนี้จะต้องมีผู้เอาประกันบางรายอาจจะต้องจ่ายเบี่ยงประกันไป โดยผู้รับประโยชน์อาจไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ในระยะเวลาที่ได้ประกันก็เป็นได้ เนื่องจากจากผู้รับประโยชน์ได้มีการเจ็บป่วยในระหว่างระยะเวลาประกัน

1.3 ความสำคัญและที่มาของประเด็นปัญหาที่จะวิจัย

ในทางเศรษฐศาสตร์นั้นสามารถที่จะแจกแจงประเภทของสินค้าและบริการออกได้โดยอาศัยความแตกต่างกันในระดับของการแข่งขันในเชิงของการบริโภค ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ ²⁹

1. สินค้าเอกชน (PRIVATE GOODS)
2. สินค้าแบบโทลหรือกึ่งสาธารณะ (TOLL GOODS)
3. สินค้าร่วมแหล่งกำเนิด (COMMON-POOL GOODS)
4. สินค้าส่วนรวม (COLLECTIVE GOODS)

การบริการด้านสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ สามารถจัดเข้าเป็นสินค้าประเภท สินค้าแบบโทล หรือกึ่งสาธารณะ เพราะสินค้าประเภทนี้จัดเป็นสินค้าสาธารณะแบบไม่บริสุทธิ์ (IMPURE PUBLIC GOODS) ซึ่งหมายความว่า เป็นสินค้าที่รัฐและเอกชนสามารถเข้าไปจัดผลิตหรือจัดหาได้ ซึ่งการบริการด้านสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบัน มีทั้งรัฐและเอกชนผลิตและจัดหาไปพร้อม ๆ กันในระบบเศรษฐกิจของประเทศ

ดังนั้นการแทรกแซงของรัฐในการจัดผลิตการบริการสาธารณสุข มีเหตุผลที่ว่า การบริการสาธารณสุขนั้นเป็นสินค้าและบริการพื้นฐานที่สำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งสินค้าและบริการประเภทดังกล่าวนี้ต้องมีการลงทุนสูงจึงทำให้ต้นทุนต่อหน่วยลดลง เป็นผลให้เอกชนอาจไม่พร้อมที่จะเข้าผลิตและจัดหา แต่ถ้าเอกชนพร้อมก็จะเป็นปัญหาว่าเอกชนรายดังกล่าวอาจจะเป็นผู้ผูกขาดในตลาด ซึ่งจะเป็นผลทำให้ปริมาณการผลิต หรือ การให้บริการไม่มี

²⁹ ไกรยุทธ ชีรตชาคินันท์, เศรษฐศาสตร์ภาครัฐ : รวมบทความ (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 5.

ประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งในส่วนของ การประกันสุขภาพเอกชนนั้นยังมีน้อยมากเมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพของรัฐ แม้กระนั้นจะพบว่าทั้งรัฐและเอกชนจะร่วมกันผลิตและจัดหาแล้วก็ตาม ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันยังคงมีประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ โดยประชากรกลุ่มนี้ส่วนมากจะเป็น ภาคเกษตร เช่น ชาวไร่ ชาวนาน ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ถูกขนานนามว่า กระดุกสันหลังของชาติ โดยที่ประชากรในกลุ่มนี้เป็นประชากรที่ค่อยโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ จากเหตุผลที่ได้กล่าวมานั้นส่งผลให้ทางรัฐบาลเร่งการแทรกแซงให้มีอัตราครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มดังกล่าว โดยกระทรวงสาธารณสุขในฐานะตัวแทนรัฐใช้การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเป็นเครื่องมือ เมื่อการประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดแล้วย่อมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น พร้อมทั้งจะทำงานในหน้าที่รับผิดชอบและจะส่งผลที่ดีต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมด้วย

การประกันสุขภาพเป็นการบริการสาธารณะที่รัฐบาลจัดให้ประชาชน การให้บริการดังกล่าวเองจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องการทรัพยากรในการดำเนินงานและต้องการงบประมาณเช่นเดียวกับการผลิตและให้บริการของหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ ทั้งนี้การวัดต้นทุนในการดำเนินงานของการประกันสุขภาพนั้นสามารถนำผลของการวัดต้นทุนดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนจัดการบริหารงานภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดและยังนำไปจัดทำงบประมาณได้ เพราะข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนของการจัดบริการทั้งต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนรวมเป็นข้อมูลจำเป็นสำหรับการจัดทำงบประมาณในระบบงบประมาณแบบแผนงาน

สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการวิเคราะห์ต้นทุนเกิดจากผู้บริหารในหน่วยงานราชการส่วนใหญ่จะคำนึงถึงเรื่องของงบประมาณ โดยมองงบประมาณเป็นเรื่องข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากรที่พร้อมจะให้บริการ ถ้าทรัพยากรขาดแคลนหน่วยงานต้องการก็ของงบประมาณจัดซื้อทรัพยากรมาตอบสนองความต้องการหน่วยงานเพื่อให้การบริการสามารถดำเนินการไปได้ แต่มีผู้บริหารน้อยรายที่จะมองเรื่องของงบประมาณในแง่ของต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการหรือในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแนวความคิดของการมองงบประมาณในแง่ของต้นทุนต่อหน่วยนั้นทางรัฐบาลได้เริ่มประกาศใช้ปี พ.ศ.2525 จนกระทั่งถึงปัจจุบันซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะว่า ระบบงบประมาณ PPBS หรือ (PLANNING PROGRAMMING BUDGETING SYSTEM)³⁰

³⁰ จรัส สุวรรณมาลา, การวัดต้นทุนบริการสาธารณะ (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538), หน้า 1.

อย่างไรก็ตาม การประกันสุขภาพในระบบการส่งต่อไปสู่สถานบริการในระดับสูงขึ้นไปนั้นยังไม่มีกรกรองผู้ป่วยที่ตีพอ จึงทำให้ภาระต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสุขภาพนั้นค่อนข้างสูงในสถานพยาบาลระดับจังหวัดและระดับชุมชน ทั้งที่สถานพยาบาลดังกล่าวได้รับเงินชดเชยบางส่วนจากกองทุนประกันสุขภาพแล้วก็ตามภาระนั้นก็ยังคงอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งจากการดำเนินงานในอดีตการคิดราคาบัตรสุขภาพยังมีได้กำหนดราคาบัตรสุขภาพจากต้นทุนการผลิตที่แท้จริง เพราะฉะนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาในรายละเอียดของการคิดราคาบัตรสุขภาพในด้านต้นทุน โดยประกอบกับเหตุผลแนวคิดของระบบงบประมาณแบบแผนงาน

1.4 วัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของต้นทุนการให้การรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยนอกต่อครั้งและต่อผู้ป่วยในต่อวันนอนที่มารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เพื่อนำไปกำหนดราคาบัตรสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.4.2 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของของการวิจัยนี้ได้มีการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุข โดยจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจระดับต่าง ๆ ซึ่งการกำหนดการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขและการได้มาซึ่งข้อมูลนี้ เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการประเมินโครงการบัตรสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่³¹ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์
2. โรงพยาบาลชุมชน

³¹ วิไลนา สุวรรณแสง จันทเรณูและคณะ, “การประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์ ของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่”, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

3. สถานีนอนามัย

ระดับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ 1 สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่

โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแม่ริม

ระดับโรงพยาบาลชุมชน 4 สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่

โรงพยาบาลแม่เอย อำเภอแม่เอย

โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง

โรงพยาบาลแม่แจ่ม อำเภอแม่แจ่ม

โรงพยาบาลสะเมิง อำเภอสะเมิง

ระดับสถานีนอนามัย 8 สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่

สถานีนอนามัยจิวเฒ่า ตำบลแม่สาบ อำเภอสะเมิง

สถานีนอนามัยจอมทอง ตำบลแม่สาบ อำเภอสะเมิง

สถานีนอนามัยบ้านท่าตอน ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เอย

สถานีนอนามัยบ้านท่ามะแกง ตำบลท่าตอน อำเภอท่าตอนแม่เอย

สถานีนอนามัยบ้านหัวริน ตำบลทุ่งสะโตก อำเภอสันป่าตอง

สถานีนอนามัยบ้านมะขุนหวาน ตำบลมะขามหลวง อำเภอสันป่าตอง

สถานีนอนามัยบ้านป่าแดด ตำบลท่าผา อำเภอแม่แจ่ม

สถานีนอนามัยแม่่นาจร ตำบลแม่่นาจร อำเภอแม่แจ่ม

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิเคราะห์ต้นทุนในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยทั้งในและนอกของสถานบริการในระดับต่าง ๆ จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงราคาบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ และจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงนโยบาย สิทธิ และ เงื่อนไขต่าง ๆ ของบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจต่อไป เนื่องจากการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเป็นระบบการประกันสุขภาพที่สามารถจะครอบคลุมประชากรของประเทศได้กว้างขวางและเป็นการสนับสนุนระบบการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระดับประเทศ

นอกจากนี้ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอีกประการคือ ทำให้ผู้บริหารได้ทราบถึงต้นทุนต่อหน่วยของการให้การรักษายาบาลในโครงการประกันสุขภาพของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อนำไปวางแผนและจัดทำงบประมาณด้วยระบบงบประมาณแบบแผนงาน