

บทที่ 2

นโยบายและการบริหารงานด้านหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (ภาพรวมในอดีต)

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงภาพรวมโครงการด้านหลักประกันสุขภาพในช่วงต่างๆ ในอดีต เพื่อให้เห็นถึงแนวทางการส่งเสริมหรือสนับสนุนทางด้านการรักษาพยาบาลทั้งจากภาครัฐและเอกชนจากในอดีต เพื่อให้เข้าใจแนวความคิดของงานด้านหลักประกันสุขภาพโครงการต่างๆ เพื่อช่วยให้เข้าใจแนวทางการดำเนินงานด้านนี้ในปัจจุบันได้ชัดเจนและเข้าใจมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งที่ผ่านระบบงบประมาณของรัฐและการใช้จ่ายภาคเอกชนทั้งสิ้นประมาณ 179,689.15 ล้านบาท ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 เป็นไปเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (personal healthcare) ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยที่สัดส่วนของการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น มีน้อยกว่าร้อยละ 5 ใช้จ่ายที่เป็นของภาครัฐ (public expenditure) อันได้แก่ งบประมาณผ่านกระทรวงต่างๆ ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลภาคบังคับภายใต้การจ้างงาน เช่น สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม (Social security) และกองทุนเงินทดแทน มีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายรวมกันทั้งสิ้นประมาณร้อยละ 61.39 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนรายจ่ายภาคประชาชน (Private expenditure) คิดเป็นร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยส่วนที่ครัวเรือนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเองมีถึงร้อยละ 32.74 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (หรือคิดเป็นร้อยละ 84.80 ของรายจ่ายภาคประชาชน) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2.1

ข้อมูลจาก World Health Report 2000 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) พบสัดส่วนของรายจ่ายทางสุขภาพที่ภาคประชาชนต้องรับภาระเองในปี พ.ศ. 2540 ของบางประเทศที่น่าสนใจ ดังนี้

ประเทศสหราชอาณาจักร	ร้อยละ 3.1
ประเทศเยอรมนี	ร้อยละ 22.5
ประเทศฝรั่งเศส	ร้อยละ 23.1
ประเทศออสเตรเลีย	ร้อยละ 28.0
ประเทศมาเลเซีย	ร้อยละ 42.4 (ไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
ประเทศศรีลังกา	ร้อยละ 54.7 (ไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
ประเทศสหรัฐอเมริกา	ร้อยละ 55.9 (ไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
ประเทศสิงคโปร์	ร้อยละ 64.2

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ประชาชนชาวไทยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการจัดหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าให้กับประชาชน

ตารางที่ 2.1 การไหลเวียนของรายจ่ายทางสุขภาพในปี พ.ศ.2541 ราคาในปีปัจจุบัน

ปี 2543	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น+ปกครองท้องถิ่น	สวัสดิการข้าราชการ	สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน	ประกันสุขภาพเอกชน
การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล	3,323.98	16,439.96	2,746.52	6,930.74	614.52	3,664.08
1.การดูแลรักษาผู้ป่วยใน	20,865.85	10,574.16	946.26	3,720.55	614.52	3,571.02
1.1 รพ. รัฐ	18,008	8,752.2	691.89	877.26	144.9	178.55
1.2 รพ. เอกชน		1,821.96	254.37	2,843.29	469.62	3,392.47
1.3 รพ. จิตเวช	872.38					
1.4 รพ. เฉพาะทาง	1,986.1					
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยนอก	12,337.5	5,865.8	1,800.26	3,210.19	-	93.06
2.1 บริการของแพทย์ในภาครัฐ	11,447.71	5,865.8	1,458.33	969.44		4.65
2.2 บริการของแพทย์ในภาคเอกชน			104.43	2,133.8		88.41
2.3 บริการทันตกรรม	813.1		28.66	105.94		
2.4 บริการวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ	45.9		204.39			
2.5 บริการอื่นๆ	31.6			1.01		
2.6 การดูแลสุขภาพตนเอง						
Therapeutic Appliances			4.45			
รายจ่ายทางสุขภาพอื่นๆ	48,386.3	91.95	258.54	1,462.98	181.02	576.18
3. การลงทุนในสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์	20,476.19		35.25	18.61		
4. การบริหารจัดการ	8,792.42	91.95	115.74	1,444.37	179.02	576.18
5. งานสาธารณสุข สุขศึกษา วิจัย และอื่นๆ	19,117.69		101.3		2	
รายจ่ายทางสุขภาพทั้งหมด	81,590.28	16,531.55	3,005.06	8,393.72	795.54	4240.26
ร้อยละ	45.41	9.2	1.67	4.67	0.44	2.36

หมายเหตุ: ไม่รวมเงินช่วยเหลือผ่านกรมวิเทศสหการ จำนวน \$3.47 ล้าน หรือ 142.27 ล้านบาท

ตารางที่ 2.1(ต่อ) การไหลเวียนของรายจ่ายทางสุขภาพในปี พ.ศ.2541 ราคาในปีปัจจุบัน

ปี 2543	คุ้มครองผู้ ประสบภัยจาก รถ	นายจ้าง	รายจ่ายครัว เรือน	องค์กรพันา เอกชน	รวมทั้งหมด	ร้อยละ
การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล	2,481.17	3,487.1	57,160.65	46.02	126,774.74	70.55
1.การดูแลรักษาผู้ป่วยใน	2,320.21	702.38	10,964.64	28.69	54,308.91	30.22
1.1 รพ. รัฐ	1,914.38	257.88	6,296.71	28.63	37,150.4	20.67
1.2 รพ. เอกชน	405.83	444.5	4,667.93	0.06	14,300.03	7.96
1.3 รพ. จิตเวช					872.38	0.49
1.4 รพ. เฉพาะทาง					1986.1	1.11
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยนอก	160.96	2,784.72	46,196.01	17.33	72,465.83	40.33
2.1 บริการของแพทย์ในภาครัฐ	148.97	939.89	15,821.03	11.3	36,667.12	20.41
2.2 บริการของแพทย์ในภาคเอกชน	11.99	1,367.42	18,557.68	4.7	22,268.43	12.39
2.3 บริการทันตกรรม		376.63	1,757.85	1.1	3,063.28	1.72
2.4 บริการวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ		6.78	585.95	0.23	842.44	0.47
2.5 บริการอื่นๆ		-			36.61	0.02
2.6 การดูแลสุขภาพตนเอง		94	9,304.4		9,398.4	5.23
Therapeutic Appliances			169.1		173.55	0.1
รายจ่ายทางสุขภาพอื่นๆ	-	174.36	1,676.02	107.42	52,914.41	29.45
3. การลงทุนในสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์			1676.02	11.87	22,216.94	12.36
4. การบริหารจัดการ		174.36		25.66	11,399.34	6.34
5. งานสาธารณสุข สุขศึกษา วิจัยและ อื่นๆ				68.89	19,298.13	10.74
รายจ่ายทางสุขภาพทั้งหมด	2481.17	3661.46	58,836.67	153.44	179,689.15	100
ร้อยละ	1.38	2.04	32.74	0.09	100	

ที่มา: 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541

2. ดร.สิทธิกร พงษ์พานิช และคณะ, 2541

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการสุขภาพอยู่หลายระบบ (Pluralistic) ได้แก่ ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่มีสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจซึ่งประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและประกันสุขภาพเอกชน นอกจากนี้ยังมีกองทุนเงินทดแทนที่ให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน และประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ทั้งนี้ระบบ สปร. เป็นระบบที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1.2 (ในบทที่ 1)

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาถึงความซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนส่วนหนึ่งอาจมีมากกว่า 1 สิทธิ เช่น ข้าราชการหรือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่มีประกันสุขภาพเอกชน หรือข้าราชการที่มีพ่อแม่หรือคู่สมรสที่มีสิทธิในระบบประกันสังคม อาจทำให้ผู้ที่ไร้หลักประกันสุขภาพมีจำนวนมากกว่าที่ปรากฏตามข้อมูลได้

โดยหลักการแล้วประเทศไทยไม่เคยมีและยังไม่มีแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติที่รวมวิเคราะห้และวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขเป็นแผนแม่บทเพียงแผนเดียว และไม่มีระบบการบริหารงานสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539) ทั้งนี้เพราะการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดโดยทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน และในส่วนของภาครัฐบาลนั้นก็ยังจัดโดยหลายกระทรวง ทบวง กรมและรัฐวิสาหกิจ การจัดให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยจึงมีความหลากหลายในระบบและรูปแบบอยู่เป็นอันมาก

อย่างไรก็ดีในการวิเคราะห์พิจารณาเพียงกว้างๆ อาจพอจะกล่าวได้ว่าสามารถประมวลส่วนต่างๆ และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักๆ ของผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแต่ละรายได้ตามสมควร กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดให้บริการรายใหญ่ที่สุดในภูมิภาคและในชนบทของประเทศโดยมีระบบการให้บริการเป็นเครือข่ายจากล่างสุดในระดับหมู่บ้านและชุมชนโดยอาศัยอาสาสมัคร คือ ผสส. และ อสม. เรื่อยขึ้นมาถึงสถานีอนามัยในระดับตำบล โรงพยาบาลศูนย์ในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ในระดับที่สูงกว่าจังหวัด (เนื่องจากการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางประจำที่โรงพยาบาลศูนย์นี้ในหลายสาขา) ภาคเอกชนเป็นผู้จัดให้บริการในเขตเมืองของจังหวัดต่างๆ และกรุงเทพมหานคร โดยมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

ทางทุกสาขาประจำอยู่ด้วยเป็นผู้ให้บริการหลักเช่นกันในพื้นที่กรุงเทพฯ และเมืองใหญ่อื่นๆ ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนี้ตั้งอยู่ นอกจากนั้นเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ และรัฐวิสาหกิจที่มีเป้าหมายให้บริการที่บุคลากรของตน แต่ก็มีอุปทานส่วนเกินที่จัดให้บริการแก่ประชาชนทั่วๆ ไปด้วยเช่นกัน การให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดอื่นๆ และภาคเอกชนนั้น โดยทั่วไปแล้วเป็นการให้บริการโดยไม่มีการจำกัดทำแผนแม่บท ยกเว้นแต่เฉพาะโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยซึ่งมีการวางแผนแต่จัดเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาทางอุดมศึกษามากกว่าที่จะเป็นแผนบริการการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ดังนั้น โดยหลักๆ แล้วจึงมีแต่เฉพาะแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้น้ำหนักและความสำคัญเกือบทั้งหมดกับภารกิจภายใต้ความรับผิดชอบโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

แผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1-2 เน้นให้น้ำหนักที่การก่อสร้างและขยายขีดความสามารถในการให้บริการ และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 2 ต่อถึงฉบับที่ 3 เริ่มให้ความสำคัญมากขึ้นกับการใช้ประโยชน์ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สะท้อนถึงผลที่มีต่อการประสานงานที่ดีขึ้นในระดับชาติกับระดับจังหวัด โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ให้ได้ผลเต็มที่มากขึ้น นอกจากนั้นในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 ก็ได้มีการจัดโครงการใหม่ๆ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวมหลายโครงการ โดยเฉพาะที่สอดคล้องกับแนวความคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน เช่น โครงการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว โครงการโภชนาการ โครงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม และโครงการกำจัดและควบคุมโรคติดต่อ รวมถึงการเริ่มต้นทดลองผสมผสานโครงการต่างๆ เข้าด้วยกัน ข้อที่เด่นชัดอีกประการหนึ่งในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 คือ การเน้นการเพิ่มอุปทานและการฝึกอบรมบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากแรงผลักดันหลายประการ กล่าวคือ ความต้องการกำลังคนเหล่านี้เมื่อขยายปริมาณสถานบริการออกไปมากขึ้น ภาพความเหลื่อมล้ำในการกระจายกำลังคนเหล่านี้ระหว่างชนบทกับเมือง และระหว่างเมืองเล็กกับเมืองใหญ่ ๆ ปัญหาสมองไหลในยุคนั้นซึ่งถูกดึงออกไปจากประเทศด้วยเหตุผลที่ผลตอบแทนต่างๆ ในส่วนต่างประเทศสูงกว่ามากโดยเปรียบเทียบ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539)

เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (2520-2524) ซึ่งจัดว่าเป็นการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขเป็นครั้งแรกก็ได้ (เนื่องจากก่อนหน้านี้เป็นเพียงแต่แทรกแผนงานสาธารณสุขเข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเท่านั้น) เริ่มขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอเป็นจำนวนมาก ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่

5 ทำให้พบปัญหาที่รุนแรงขึ้นในเรื่องของความไม่พอเพียงทั่วถึงของบริการที่จัดให้ประชาชน ตลอดจนคุณภาพของบริการนั้นๆ ยังไม่เหมาะสมและต่ำกว่ามาตรฐานที่เป็นอยู่ในโครงการต่างๆ นับตั้งแต่โครงการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว น้ำสะอาด โภชนาการและอื่นๆ ต่างมุ่งไปสู่เป้าหมายเด็กก่อนวัยเรียนและการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อและสามารถป้องกันได้

แผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529) ให้ความสำคัญอยู่ที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับรู้และระวังสุขภาพของตนเองโดยอาศัยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน การฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชน และการจัดตั้ง ผสส. และ อสม. จุดเน้นของบริการพื้นฐานอยู่ที่ระดับอำเภอและต่ำกว่าระดับอำเภอโดยตั้งเป้าหมายชัดเจนให้มีโรงพยาบาลอย่างน้อยอำเภอละ 1 โรงพยาบาล ซึ่งมีผลให้จำนวนโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมากในระยะนั้น นอกจากนั้น ได้มีการกำหนดเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543" และจัดทำโครงการใหม่ๆ หลายโครงการเพื่อผลักดันให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว นั้น เช่น โครงการบัตรสุขภาพ การรณรงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดการโดยชุมชนด้วยวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

ในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (2530-2534) เป็นช่วงเวลาที่การพัฒนาทางสาธารณสุขถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคมและวัฒนธรรม และการพัฒนาชนบท โดยกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นทั้งทางกายและทางจิต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ในระยะยาว โดยมีการกำหนดกลยุทธ์เรื่อง "ความจำเป็นพื้นฐาน" (หรือ basis minimum needs) ภายใต้หลักความยุติธรรมทางสังคม และความสามารถพึ่งตนเองได้ของบุคคล วิธีการและแนวทางหลายๆ ประการได้นำมาใช้ในช่วงระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 นี้ ที่สำคัญๆ ก็มีเป็นต้นว่า กลยุทธ์การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยการจัดให้ครบถ้วนตามความจำเป็นพื้นฐาน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมให้เกิดการเรียนรู้ การตัดสินใจและพึ่งตนเองได้ กลยุทธ์การปรับปรุงและพัฒนาองค์กรและการจัดการ โดยเฉพาะการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศสาธารณสุขและระบบการประสานงาน (ซึ่งปรากฏในปัจจุบันถึงการปรับปรุงรูปแบบองค์กรและการจัดการในกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญๆ หลายประการ) กลยุทธ์ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งรวมทั้งบริการพื้นฐานต่างๆ กำลังคนและการวิจัยทางสาธารณสุข (ซึ่งปรากฏเป็นระบบที่มีโครงสร้างเป็นรูปปิรามิดโดยใช้การ "ส่งต่อ" (หรือ referral system) และเน้นการใช้ระบบสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่โดยมีการ

สาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน) และกลยุทธ์การปรับกระแสการเงินสาธารณสุขและเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข (ซึ่งปรากฏเป็นกิจกรรมต่างๆ หลายกิจกรรมในด้านการประยุกต์เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันและควบคุมโรค การคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับอาหาร ยา เครื่องสำอาง และเคมีภัณฑ์ การรักษาโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ และในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ทุพพลภาพและพิการจากการเจ็บป่วย)

หลังจากปี 2534 ซึ่งเป็นระยะของแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) เป็นช่วงเวลาที่ประชากรไทยเผชิญการเปลี่ยนแปลง 2 ด้านควบคู่กัน คือ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของแบบแผนการเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนว่าการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยมีความเป็นพลวัตและสลับซับซ้อนมากกว่าที่เคยผ่านมาในอดีตอย่างมาก กลยุทธ์และแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขจึงต้องปรับเปลี่ยนตัวเองไปมากด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะกลยุทธ์และแนวทางบางประเด็นที่พบว่ามีความสำคัญมากขึ้น และยังคงเป็นปัญหาวิกฤติจนถึงปัจจุบัน เป็นต้นว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับขอบข่ายครอบคลุมการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และความเป็นธรรมในการแบกรับภาระค่าใช้จ่าย ซึ่งมีผลต่อโอกาสและความสามารถในการเข้าถึงบริการนั้นๆ ด้วย รวมถึงประเด็นที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพราะเหตุจากความยากจน (ทั้งในเมืองและในชนบท) และการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาประเทศนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) เป็นต้นไป จะมีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดหมายหลักของการพัฒนา เป็นการเน้น "คนเป็นศูนย์กลาง" เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาและคนก็เป็นผู้ได้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาเศรษฐกิจจึงมีบทบาทเป็นเพียงเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้คนมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาเศรษฐกิจจึงไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอีกต่อไป

จากแนวคิดที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาดังกล่าว การพัฒนาสุขภาพและพลานามัยของคน จึงเป็นองค์ประกอบและเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา การพัฒนาด้านสาธารณสุขจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขที่แท้จริง การพัฒนาสาธารณสุขจึงได้เน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะ คือ ประการที่หนึ่ง เน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่

มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข ประการที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อม ทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และสภาวะแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพละนาามัยที่ดี

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) นี้แตกต่างออกไปจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติที่ผ่านมาอย่างน้อย 3 ประการคือ

ประการที่หนึ่ง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาตินี้มุ่งเน้นการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของชาติให้มีความชัดเจน โดยกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่จะชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพมากกว่าการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินงานที่ตายตัว ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสำคัญที่ว่า สถานการณ์เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองทั้งในระดับโลก ระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนนั้น อยู่ในสภาพการณ์ที่มีความซับซ้อนไม่แน่นอนและมีพลวัตสูง แผนงานพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้จึงไม่ใช่แผนที่จะบอกว่าใครควรจะทำหรือจะต้องทำกิจกรรมอะไร มากหรือน้อยเท่าใด แต่จะบอกทิศทางและยุทธศาสตร์หลักๆ ที่สำคัญเพื่อให้หน่วยปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบเพื่อการทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการให้มีความสอดคล้องประสานกันกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในระดับชาติ

ประการที่สอง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ เป็นแผนที่มองภาพระบบสุขภาพในขอบเขตที่กว้างขวางกว่าระบบงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข โดยตระหนักว่าระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขนั้น แม้จะมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน แต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมดของระบบสุขภาพไทย กรอบในการวิเคราะห์ปัญหาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาตินี้ จึงเป็นการมอง “ระบบสุขภาพ” ทั้งระบบมากกว่าที่จะมองเฉพาะ “ระบบงานสาธารณสุข” หรือ “ระบบบริการสาธารณสุข” เท่านั้น และเพื่อเป็นการสื่อความหมายนี้ให้ชัดเจน แผนฉบับนี้จึงใช้ชื่อเป็น “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” แทนที่จะเป็น “แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ” เหมือนที่เคยใช้กันมาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ยังจะเป็นการสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังก่อกระแสและ

จะนำไปสู่การยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะแล้วเสร็จในระยะเวลาของแผนฉบับนี้ เช่นเดียวกัน

ประการที่สาม การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในแผนยุทธศาสตร์นี้ นอกจากจะได้วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนไทยแล้ว การวางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพยังมุ่งให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งได้อัญเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศ โดยเน้นการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ที่จะช่วยเสริมแรงกันกับทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มุ่งสร้างรากฐานการพัฒนาประเทศให้มีความสมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน

2.1 ภาพรวมการเงินสาธารณสุขในระดับมหภาค

ในประเด็นของการเงินสาธารณสุขในระดับมหภาคนั้น อาจกล่าวได้ว่าสะท้อนภาพรวมของระบบเศรษฐกิจไทยซึ่งเคลื่อนไหวตามแรงดึงและผลักของผู้ประกอบ การค่อนข้างมาก ทั้งการเงินและการผลิตบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดว่าเป็นพหุระบบ โดยผสมผสานระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน ภาครัฐบาลเป็นฝ่ายจัดให้บริการและสนับสนุนการเงินเพื่อสุขภาพอนามัยของประชากรส่วนหนึ่ง ในขณะที่มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคเอกชนในระบบเศรษฐกิจเสรีนิยมเป็นฝ่ายจัดให้บริการทั้งในรูปของสถานพยาบาล (คลินิก โพลีคลินิก โรงพยาบาล) ร้านขายยา และธุรกิจประกันสุขภาพด้วย โดยรวมแล้วอาจวิเคราะห์ได้ว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยเป็นระบบ 3 ชั้น (three-tiered system) (Hsiao, 1993) กล่าวคือ

1) ในชั้นล่าง รัฐบาลเป็นผู้จัดให้บริการฟรีในสถานอนามัย โรงพยาบาล และสถานบริการต่างๆ ทั่วประเทศแก่ผู้มีรายได้น้อย โดยการแบ่งส่วนบริการภายใต้อุปทานที่มีจำกัด ซึ่งสะท้อนได้จากการที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยพบแพทย์และรับบริการเป็นเวลานาน และได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่า อย่างไรก็ตามการศึกษาในอดีต เช่น Myers, et.al. (1985) ได้พบว่าร้อยละ 41 โดยประมาณของผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ใกล้ระดับยากจนนั้นยังไม่ได้รับสิทธิของการรักษาพยาบาลฟรี โดยที่คนเหล่านี้ส่วนหนึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายบ้างในการไปรับบริการหรืออีกส่วนหนึ่งได้ใช้วิธีการรักษาตัวเอง

2) ในขั้นที่สอง หรือ ชั้นกลางนั้นรัฐบาลจัดวิธีการเงินสาธารณสุขไว้หลายรูปแบบด้วยกัน เช่น โครงการบัตรสุขภาพ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ กองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ผู้ที่อยู่ในข่ายของสิทธิประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ดังกล่าวนี้อาจสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จากสถานบริการของรัฐ โดยโครงการ/กองทุนต่างๆ ที่คุ้มครองอยู่นั้นเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด

3) ในขั้นสาม หรือชั้นสูงสุดนั้นผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดีขึ้นไปมีสิทธิและเสรีภาพเต็มที่ในการเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการใดๆ ก็ได้ทั้งของภาครัฐบาลและเอกชน หรืออาจซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทที่ดำเนินธุรกิจการประกันเพื่อคุ้มครองตนเองและครอบครัวก็ได้

ในอีกนัยหนึ่งเมื่อพิจารณาถึงการเงินสาธารณสุขในแง่ของหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแก่กลุ่มประชากรกลุ่มต่างๆ ของประเทศแล้ว จะพบว่า ประชากรทั้งประเทศที่อยู่ภายใต้ขอบข่ายครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวเนื่องต่างๆ ทางด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพเอกชนนั้นมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น (2539) โดยภาพรวมอย่างกว้างๆ เกี่ยวกับหลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยของประชากรไทยที่มีรูปแบบและลักษณะที่หลากหลายมากนั้น เฉพาะที่สำคัญๆ กล่าวคือ

- 1) หลักประกันและการคุ้มครองในเชิงบังคับ(ตามกฎหมาย)
 - ก. การประกันสุขภาพตามนัยของกฎหมายประกันสังคม
 - ข. การประกันสุขภาพตามนัยของกองทุนเงินทดแทน
- 2) หลักประกันและการคุ้มครองโดยสมัครใจ
 - ก. การประกันสุขภาพเอกชน
 - ข. โครงการบัตรสุขภาพ/บัตรประกันสุขภาพ
- 3) สวัสดิการสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวเนื่องด้านสุขภาพอนามัย
 - ก. สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - ข. การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (ฟรี)

ค. การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล(ฟรี) แก่ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้ทุพพลภาพ
ง. สวัสดิการสงเคราะห์อื่นๆ เช่น การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ทหารผ่านศึก

2.2 การประกันสุขภาพตามนัยของกฎหมายประกันสังคม

1) ความเป็นมา

แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศไทยนั้นมิมีมาไม่น้อยกว่า 50 ปี แต่ที่เป็นรูปเป็นร่างจริงจังในการกำหนดมาตรการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนน่าจะเป็นระยะปี 2495 เมื่อคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์แห่งชาติซึ่งรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้เสนอให้นำระบบประกันสังคมมาใช้ในประเทศไทยและได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นจัดทำรายละเอียดของหลักการและวิธีดำเนินการประกันสังคม กฎหมายประกันสังคมฉบับแรกประกาศใช้เมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2497 คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม และพระราชบัญญัติการจัดตั้งกรมประกันสังคมในสังกัดกระทรวงการคลัง หลังจากกฎหมายประกาศใช้จึงได้มีการเตรียมการด้านต่างๆ ให้พร้อมที่จะเริ่มดำเนินการ เนื่องจากกฎหมายดังกล่าวได้ระบุให้กำหนดวันเริ่มบังคับใช้กฎหมายหรือเริ่มดำเนินการประกันสังคมอีกครั้งหนึ่งโดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ดำเนินการตราเป็นพระราชกฤษฎีกา แต่ระหว่างนั้นได้มีการแสดงความเห็นคัดค้านจากประชาชนและกลุ่มธุรกิจ ประกอบกับสภาวิจัยแห่งชาติได้รายงานผลการศึกษาพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวทั้งข้อดีและข้อเสียในที่สุดมีผลให้ชะลอการประกาศบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมฉบับนั้นไว้ก่อน

วิวัฒนาการของการประกันสุขภาพในการประกันสังคมดังกล่าวเริ่มชัดเจนมากขึ้นหลังจากนั้น ทั้งนี้อาจจะสืบเนื่องจากการที่ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในประเทศไทยเริ่มวิกฤติมากขึ้น และยากแก่การคุ้มครองตามกฎหมายกองทุนทดแทนเพียงด้านเดียว โดยเฉพาะกรณีของการเจ็บป่วยที่ไม่อาจวินิจฉัยชี้ขาดได้ชัดเจนว่าเป็นเหตุสืบเนื่องจากการปฏิบัติงานหรือไม่ ทำให้มีความไม่เป็นธรรมมากขึ้นในหลายกรณี จนถึงปี 2527 สภาที่ปรึกษาเพื่อการพัฒนาแรงงานแห่งชาติ เสนอต่อรัฐบาลให้ปรับปรุงขยายงานกองทุนทดแทนอีกครั้งหนึ่ง โดยเสนอให้ตั้งเป็นกองทุนสุขภาพเพื่อให้ความคุ้มครองผู้ใช้แรงงานด้านการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุนอกเหนือจากการปฏิบัติงานปกติ (เรียกว่าเป็นการเจ็บป่วยนอกงาน) เมื่อ 21 พฤษภาคม 2528 คณะรัฐมนตรีครั้งนั้นมีมติเห็นชอบตามข้อเสนอ พร้อมทั้งให้ข้อสังเกตให้กระทรวงมหาดไทยรับไปพิจารณาในรายละเอียดข้อสังเกตของคณะรัฐมนตรีดังกล่าวนี้มีสาระสำคัญในหลักการของการประกันสังคมซึ่ง

มีผลกระทบในเวลาต่อมาไม่น้อย เช่น ข้อเสนอที่ไม่ประสงค์ให้รวมครอบคลุมพนักงาน รัฐวิสาหกิจ และข้อเสนอที่ให้หาผู้ทางร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขโดยให้จัดเงินกองทุน (ซึ่งสมทบจากฝ่ายลูกจ้างและฝ่ายนายจ้าง) จ่ายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลและบำบัดรักษาการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่างๆ ในลักษณะเหมาจ่าย กระทรวงมหาดไทยได้ส่งเรื่องนี้ให้สภาที่ปรึกษาเพื่อการพัฒนาแรงงานแห่งชาติพิจารณา ซึ่งสภาที่ปรึกษา ฯ ได้พิจารณาส่งความเห็นกลับไปให้กระทรวงมหาดไทยเมื่อ 28 กรกฎาคม 2529 และได้ส่งต่อถึงคณะรัฐมนตรี

คณะรัฐมนตรีมีมติอีกครั้งหนึ่ง (11 สิงหาคม 2530) เห็นชอบให้ดำเนินการตามข้อพิจารณาทบทวนเสนอของกระทรวงมหาดไทย มติของคณะรัฐมนตรีดังกล่าวนี้ ต้องนำไปดำเนินการโดยยกร่างกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติขึ้น พร้อมกับแก้ไขประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 เนื่องจากประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ระบุให้การคุ้มครองแรงงานเป็นความรับผิดชอบของนายจ้างที่จะต้องจ่ายเงินทดแทน อย่างไรก็ตามในช่วงระยะเวลาเดียวกันนั้นได้มีกลุ่มและพรรคการเมืองต่างๆ ให้ความสำคัญกับการประกันสังคมอย่างมาก และได้มีการเสนอเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคมหลายร่างด้วยกัน ที่สำคัญๆ คือ ร่างของ พรรคประชาธิปัตย์ ร่างของพรรคประชากรไทย ร่างของพรรคกิจสังคม ร่างของคณะกรรมการเตรียมการประกันสังคม ร่างของกระทรวงมหาดไทย และร่างของสภาองค์การลูกจ้างสหพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย ความแตกต่างในสาระและแนวความคิดของร่างทั้ง 5 ฉบับนั้นมีหลายประการและได้มีการศึกษาวิเคราะห์ไว้โดยละเอียด (วรวิทย์ เจริญเลิศ 2532 : 161-173) ร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเหล่านี้ได้มีการนำเสนอเข้าสู่วาระการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรเกือบทั้งหมด และสภาผู้แทนราษฎรได้นำมารวมแปรญัติในคราวเดียวกัน ในที่สุดได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรประกาศใช้เป็นพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 2 กันยายน 2533

2) หลักการทั่วไปและสาระสำคัญของ การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมเป็นระบบบังคับ ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเฉลี่ยความรับผิดชอบในระหว่างกลุ่มผู้เอาประกัน โดยมุ่งหวังให้การคุ้มครองทุกประเภทของการเจ็บป่วย และให้ผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยได้เมื่อจำเป็นโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นระบบการประกันในวงกว้างที่ครอบคลุมการประกันหรือการคุ้มครองหลายๆ ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคมโดยรวม การประกันสังคมตามนโยบายของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 จึงรวมถึงการประกันหรือการให้ความคุ้มครองถึง 7 ประเด็น กล่าวคือ

- 1) การประกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน
- 2) การประกันการคลอดบุตร
- 3) การประกันการทุพพลภาพ
- 4) การประกันการเสียชีวิต
- 5) การประกันการสงเคราะห์บุตร
- 6) การประกันชราภาพ และการประกันการว่างงาน

การประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคมนี้มีขอบเขตครอบคลุมผู้มีฐานะเป็นนายจ้างและลูกจ้างในกิจการทุกประเภททั่วประเทศ ยกเว้น ก) ข้าราชการและลูกจ้างประจำของทางราชการ ข) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ ค) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและประจำทำงานในต่างประเทศ ง) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน จ) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตนักศึกษา หรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล และ ฉ) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา โดยในปีแรกของการบังคับใช้นั้นให้ใช้บังคับแก่กิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และเมื่อพ้น 3 ปีแล้ว (กล่าวคือ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2536) ให้มีผลบังคับคลุมถึงกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป

ข้อที่น่าสังเกตอย่างยิ่ง คือ ผู้ประกันตนตามกฎหมายมี 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นผู้ประกันตนโดยถูกบังคับตามข้อบ่งชี้ที่กฎหมายกำหนดข้างต้น และกลุ่มที่สอง ได้แก่ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายกลุ่มที่ 1 แต่ประสงค์จะประกันตนโดยต้องสมทบกองทุนเป็น 2 ส่วน (คือ สมทบในส่วนของตน 1 ส่วน และสมทบส่วนของนายจ้างอีก 1 ส่วน) ทั้งนี้ยังมีการเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนโดยถูกบังคับเมื่อพ้นสภาพตามข้อบ่งชี้ที่กฎหมายกำหนดแล้ว เช่น เลิกทำงานแล้ว เป็นต้น สามารถเอาประกันตนโดยสมัครใจได้

3) ประเด็นสืบเนื่องจากประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

ในภาพรวมของการจัดการด้านการเงินของกองทุนประกันสังคมแล้วน่าจะปรากฏช่องทางที่ดีมากเนื่องจากสถานะทางการเงินของกองทุนอยู่ในฐานะดีมาก และมีแนวโน้มว่าเงินสะสมจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่รายจ่ายเป็นค่าทดแทนต่างๆ มีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่า แต่ก็น่าจะเกิดว่าการจัดการเป็นกองทุนนั้นยังเป็นไปแบบอนุรักษ์นิยมตามระบบราชการไทย โดยจัดการในรูปของการออมทรัพย์กับธนาคารพาณิชย์เป็นหลัก ซึ่งให้ผลตอบแทนในอัตราต่ำแม้ว่าจะมีความเสี่ยงน้อย ทั้งนี้หากพิจารณาถึงความมั่นคงของกองทุนซึ่งจะต้องดำเนินการต่อไปในอนาคตแล้ว น่าจะต้องหาวิธีการจัดการบริหารกองทุนในลักษณะที่เป็นการลงทุนให้เกิดผลตอบแทนในอัตราที่สูงขึ้นแม้ว่าจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นบ้าง แต่การพัฒนาของตลาดเงินและตลาดทุนในประเทศไทยซึ่งดำเนินไปอย่างรวดเร็วและมั่นคงขึ้นมากเป็นลำดับนั้น น่าจะเป็นผลดีและอำนวยความสะดวกต่อการลงทุนของกองทุนประกันสังคมนี้ได้มาก

ข้อดีประการสำคัญอีกประการหนึ่งของระบบประกันสังคม คือ การเบิกจ่ายให้สถานพยาบาลเป็นอัตราที่กำหนด (จากข้อตกลงกัน) ต่อรายของผู้ประกันตนต่อปี หรือเป็น capitation การเบิกจ่ายในระบบนี้ผู้ให้บริการ คือ สถานพยาบาลเองสามารถดำเนินการได้โดยคุ้มทุน โดยการจัดระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะการตรวจวินิจฉัยอาการป่วย การให้ยาและการให้การรักษาเป็นไปด้วยเหตุและผลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตสะท้อนให้เห็นถึงช่องทางที่จะส่งเสริมให้เกิดสภาพการแข่งขันในการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลของรัฐกับสถานพยาบาลของเอกชนอย่างชัดเจน และการแข่งขันในการให้บริการนี้ หากมีระบบและกลไกการควบคุมคุณภาพที่ดีพอแล้วจะนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพของการให้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐโดยตรง เนื่องจากสถานพยาบาลต้องพยายามรักษาตลาดโดยการดึงลูกค้าและหาลูกค้ารายใหม่ จึงต้องมุ่งสนองความต้องการของผู้มารับบริการ ระบบและกลไกการควบคุมคุณภาพของการให้บริการและการรักษาพยาบาลนี้จะต้องริบดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควบคู่กับวิธีการเบิกจ่ายดังกล่าวข้างต้น ระบบประกันสังคมได้ปรับใช้วิธีการให้ผู้เอาประกันตนเลือกและกำหนดสถานพยาบาลแรกรับตามรายชื่อสถานพยาบาลที่ปรากฏในทะเบียนของสำนักงานประกันสังคม การจดทะเบียนกำหนดสถานพยาบาลแรกรับนี้มีผลกระทบ

ในทางที่ดีต่อพฤติกรรมการใช้บริการและพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการประสานงานการจัดระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขเข้าด้วยกันกับระบบประกันสังคม โดยวางรากฐานที่สาธารณสุขมูลฐานซึ่งเน้นถึงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพไว้ด้วยกันแล้ว สถานพยาบาลแรกรับอาจเป็นผู้เริ่มต้นให้บริการด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในขั้นต้น และจะมีผลในทางลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ในที่สุด

2.3 การประกันสุขภาพตามนโยบายของกองทุนเงินทดแทน

1) ความเป็นมา

กองทุนเงินทดแทนเป็นระบบการคุ้มครองและให้หลักประกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ เริ่มดำเนินการตามกฎหมายมาตั้งแต่ปี 2517 ตามนโยบายของประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน โดยมีการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในความดูแลรับผิดชอบของกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย โดยกฎหมายกองทุนเงินทดแทนนั้น กำหนดให้รายจ่ายจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนในอัตราร้อยละ 0.2-2.0 ของค่าจ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงานในสถานประกอบการนั้นๆ เมื่อลูกจ้างในสถานประกอบการเกิดเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน กองทุนเงินทดแทนจะจ่ายเงินทดแทนให้ลูกจ้างแทนนายจ้างเป็นการเฉลี่ยรับผิดชอบความเสี่ยงระหว่างนายจ้างในสถานประกอบการต่างๆ และเป็นการส่งเสริมให้นายจ้างหาวิธีการลดอุบัติเหตุในการทำงาน และป้องกันการประสบอันตรายของลูกจ้างอันเนื่องมาจากการทำงาน เพราะอัตราเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนที่เรียกเก็บจากนายจ้างจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับระดับการประสบอันตรายในการประกอบการของนายจ้างแต่ละราย

การดำเนินงานของกองทุนทดแทนเป็นการกำหนดให้นายจ้างจ่ายเงินประกันการทดแทนไว้กับรัฐบาล โดยรัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนช่วยด้วยส่วนหนึ่ง รวมทั้งรัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการและเจ้าหน้าที่ดำเนินกองทุนทดแทนด้วย โดยในครั้งแรกเริ่มเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ในปี 2519 ได้ขยายขอบข่ายงานครอบคลุมอีก 2 จังหวัดปริมณฑล คือ นนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี สมุทรสาคร และนครปฐม แต่ได้ขยายขยายงานครอบคลุมจังหวัดอื่นๆ เพิ่มขึ้นเป็น 28 จังหวัดในปี 2528 จนถึงครอบคลุมทั้งประเทศตั้งแต่ กรกฎาคม 2531 เป็นต้นมา และครอบคลุมสำหรับสถานประกอบการ

ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปในปัจจุบัน (โดยเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2536)เช่นเดียวกับกองทุนประกันสังคม

ในปี 2533 ได้มีการปรับปรุงสภาวะการคุ้มครองแรงงานจากเดิมให้สอดคล้องกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังๆ จึงได้มีพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 22533 ให้โอนกองทุนเงินทดแทนและบรรดาอำนาจหน้าที่ของกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับสำนักงานกองทุนเงินทดแทน และงานกองทุนเงินทดแทนในสำนักงานแรงงานจังหวัด ไปเป็นของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย (และต่อมาได้โอนไปสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมที่จัดตั้งขึ้นใหม่) และต่อมาได้มีการปรับปรุงสาระสำคัญของเงินทดแทนเพิ่มเติมอีกหลายประการ ตามกฎหมายใหม่คือ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2537)

2) หลักการทั่วไปและสาระสำคัญของกองทุนเงินทดแทน

กฎหมายกำหนดให้สำนักงานกองทุนเงินทดแทนจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องจากการทำงาน ซึ่งในกฎหมายฉบับปัจจุบันให้รวม "การประสบอันตราย" ที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจ หรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงาน หรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง และรวมถึง "การเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย" ด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน สิทธิคุ้มครองลูกจ้างตามนัยของกองทุนเงินทดแทนนี้เริ่มต้นโดยทันทีเมื่อนายจ้างตกลงรับเข้าทำงาน

2.4 การประกันสุขภาพเอกชน

1) ความเป็นมา

ธุรกิจการประกันโดยภาคเอกชนได้เริ่มขึ้นในประเทศไทยประมาณกว่า 100 ปีมาแล้ว กล่าวคือ เริ่มเมื่อสมัยรัชกาลที่ 5 เมื่อสหราชอาณาจักรได้ส่งคณะทูตพาณิชย์มาเจริญสัมพันธไมตรีทางการค้า พร้อมกับได้เจรจาขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้กับบริษัท East Asiatic ของอังกฤษได้เป็นตัวแทนทำธุรกิจประกันชีวิตของ Equitable Insurance Company of London ใน

ประเทศไทย แต่การดำเนินธุรกิจประกันชีวิตครั้งนั้นไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เพราะบริษัทตัวแทนได้ประกอบธุรกิจอื่นเป็นหลัก จึงให้ความสำคัญกับการประกันชีวิตน้อยไป ยิ่งกว่านั้นตัวแทนขายประกันก็เป็นชาวต่างชาติซึ่งเข้าใจภาษาและชนบประเพณีไทยค่อนข้างน้อย ผู้ที่มีการศึกษาสูงพอที่จะเข้าใจเหตุและผลของการประกันชีวิตก็เป็นผู้มีอันจะกิน จึงไม่เห็นความสำคัญของการประกันตน และกรรมธรรม์กับเงื่อนไขต่างๆ ค่อนข้างซับซ้อนภายใต้การควบคุมของบริษัทแม่ในประเทศอังกฤษ ในที่สุดจึงได้เลิกกิจการไป

กิจการประกันภัยภาคเอกชนเริ่มขยายตัวใหม่ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 กล่าวคือ เมื่อมีบริษัทประกันภัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเป็นครั้งแรกเมื่อ 13 ตุลาคม 2472 ประมาณกว่า 20 บริษัท ซึ่งทั้งหมดเป็นบริษัทต่างชาติ และต่อมาในปี 2473 จึงได้เริ่มธุรกิจประกันชีวิต 4 บริษัท ซึ่งเป็นบริษัทต่างชาติทั้งหมดเช่นกัน ธุรกิจประกันชีวิตแรกของไทยจดทะเบียนเมื่อ 23 มีนาคม 2485 คือ บริษัทไทยประกันชีวิต และต่อมาเมื่อ 28 ธันวาคมปีเดียวกัน บริษัทไทยเศรษฐกิจประกันภัยก็ได้จดทะเบียนเป็นบริษัทที่สอง โดยทำกิจการทั้งประกันวินาศภัยและประกันชีวิต

ในระยะสงครามโลกครั้งที่สองนั้น ธุรกิจประกันภัยซบเซาไปมาก โดยเฉพาะบริษัทประกันภัยต่างประเทศได้พากันถอนตัวออกไปทั้งหมด ทำให้มีผลกระทบต่อลูกค้าที่ได้ทำประกันไว้เป็นอันมาก และทำให้ธุรกิจประกันภัยถูกระทบกระเทือน เพราะเหตุผลของความไม่แน่นอนและทำให้ลูกค้าเกิดความไม่มั่นใจขึ้น จนภายหลังสงครามแล้วธุรกิจประกันภัยโดยเฉพาะของคนไทย จึงได้กลับเริ่มฟื้นตัวขึ้นใหม่

การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยที่ได้ดำเนินการโดยธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะนั้นเริ่มขึ้นโดยมีการจดทะเบียนบริษัทการแพทย์และสุขภาพไทยเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2521 โดยบริษัทได้เริ่มโครงการ "สุขภาพไทย" ขึ้นทำนองคล้ายๆ กับโครงการที่ได้ทำในต่างประเทศและประสบความสำเร็จดี คือ จัดบริการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยแก่ผู้เอาประกัน ซึ่งต่อๆ มาบริษัทประกันชีวิตหลายบริษัทก็ได้ขยายธุรกิจประกันชีวิตของตนมาผนวกการประกันสุขภาพเข้าไว้ด้วย

2) หลักและวิธีการของการประกันสุขภาพเอกชน

การประกันสุขภาพเอกชนถือเป็นการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้รับประกัน (insurer) หรือบริษัทประกันภัย กับฝ่ายผู้เอาประกัน (insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ศัลยกรรมและอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคร้ายไข้เจ็บ หรือจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่า เบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย

โดยนัยตามกฎหมายไทยแล้ว การดำเนินธุรกิจการประกันของเอกชนในประเทศไทยมี 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประกันชีวิต กับการประกันวินาศภัย การประกันชีวิตจำแนกออกเป็นประเภทสามัญ ประเภทอุตสาหกรรม และประเภทหมู่หรือกลุ่ม ซึ่งในแต่ละประเภทย่อยของการประกันชีวิตนั้นสามารถจัดเป็นแบบต่างๆ ได้ 3 แบบ คือ แบบกำหนดระยะเวลา (โดยกำหนดช่วงระยะเวลาของการเอาประกัน) แบบตลอดชีวิต และแบบลงทุน ซึ่งทั้ง 3 แบบนี้มีการเสนอขายกรมธรรม์ให้ผู้เอาประกันเลือกได้หลายลักษณะ เช่น กรมธรรม์ประกันชีวิตทั่วไป กรมธรรม์ประกันรายปี กรมธรรม์ประกันเกษียณอายุ หรือกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ สำหรับการประกันวินาศภัย จำแนกเป็น 5 ประเภทย่อย คือ อัคคีภัย ขนส่ง ภัยทางทะเล ยานยนต์ และอื่นๆ การประกันสุขภาพนั้นได้ถูกนิยามและจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันประเภทอื่นๆ ในการประกันวินาศภัย

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัตินั้น การขายประกันชีวิตไม่ว่าจะเป็นแบบหรือลักษณะใดก็ตาม ก็ได้รวมผนวกไว้ในกรมธรรม์ให้ครอบคลุมการคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมถึงการรักษาพยาบาล และ/หรือการชดเชยความสูญเสียรายได้ที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุแต่ละครั้งเข้าไว้ด้วยกัน

ดังนั้น เมื่อจะวิเคราะห์ถึงการประกันสุขภาพให้สื่อความหมายในทางปฏิบัติแท้จริงแล้ว ก็ต้องรวมพิจารณาทั้งในประเภทการประกันชีวิต และการประกันวินาศภัยไปพร้อมๆ กัน ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าข้อมูลทุติยภูมิโดยเฉพาะการรายงานต่างๆ ที่เป็นไปตามเงื่อนไขของกฎหมาย โดยเฉพาะส่วนที่เป็นรายงานของธุรกิจประกันชีวิตนั้นไม่ได้แสดงและไม่สามารถจำแนกกรมธรรม์ชนิดต่างๆ

ที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุมส่วนที่เป็นบทผนวกแนบท้ายที่มีผลในทางประกันสุขภาพออกจากกันได้ จึงมักเป็นข้อจำกัดสำคัญของการวิเคราะห์ธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนโดยทั่วไป

ธุรกิจประกันภัยเอกชนที่ดำเนินการธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย จึงอาจจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ*

- 1) บริษัทประกันชีวิต จะทำการขายประกันสุขภาพในรูปของสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลัก ทั้งกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญรายบุคคล และกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่
- 2) บริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งมี 2 จำพวก
 - 2.1) บริษัทที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ โดยไม่ได้ทำธุรกิจประกันวินาศภัยประเภทอื่นๆ
 - 2.2) บริษัทที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทการประกันภัยเบ็ดเตล็ด ซึ่งมีสิทธิขายประกันสุขภาพรายบุคคลและแบบหมู่ได้ด้วย

3) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพ

(1) ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลกระทบต่อ การเติบโตของธุรกิจประกันชีวิตค่อนข้างมาก คือ กฎหมายและการกำกับธุรกิจของรัฐ ประการแรกสืบเนื่องจากแนวทางประกอบธุรกิจประกันชีวิตโดยสากลที่ถือปฏิบัติกันทั่วไป และประการสืบเนื่องจากแนวทางประกอบธุรกิจประกันชีวิตโดยสากลที่ถือเป็นปฏิบัติกันทั่วไป และประการที่สองคือ พระราชบัญญัติการประกันชีวิต พ.ศ.2500 อธิปไตยกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ทำหน้าที่นายทะเบียนซึ่งควบคุมกำกับ การดำเนินงานของธุรกิจประกันชีวิตทั้งหมด โดยกฎหมายแล้วการก่อตั้งบริษัทประกันชีวิตใหม่ต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์และต้องจดทะเบียนบริษัทจำกัด โดยจำกัดความรับผิด และต้องมีสินทรัพย์ไม่น้อยกว่า 2 ล้านบาทเป็นเงินสดหรือพันธบัตรรัฐบาล หรือสินทรัพย์อื่นที่เห็นชอบโดยวางเป็นหลักประกันไว้กับนายทะเบียน กฎหมายยังบังคับด้วยว่าบริษัทประกันชีวิตต้องมีเงินกองทุนไว้ไม่น้อยกว่า 5 ล้านบาทตลอดเวลา และแต่ละบริษัทจะต้องจัดสรรเงินรายปีทุกปีจำนวนหนึ่งซึ่ง

* นอกจากธุรกิจประกันภัยดังกล่าวนี้แล้ว ในทางปฏิบัติยังมีสถานพยาบาลเอกชนอีกบางแห่งที่เสนอขายแผนการคุ้มครองสุขภาพโดยการให้ผู้สนใจสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสถานบริการนั้นๆ การมีสมาชิกภาพจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียม โดยสมาชิสดังกล่าวจะได้รับสิทธิพิเศษในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

ไม่เกินร้อยละ 25 ของเบี้ยประกันไว้เป็นเงินสำรองกรมธรรม์ประกันชีวิต เงินสำรองนี้จะเป็นเงินสดหรือพันธบัตรรัฐบาลหรือสินทรัพย์อื่นที่ได้รับความเห็นชอบก็ได้ นอกจากนั้นยังมีแนวปฏิบัติอื่นๆ ซึ่งค่อนข้างอยู่ภายใต้การควบคุมและกำกับที่เข้มงวดมาก เนื่องจากธุรกิจประกันชีวิตจะกระทบถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจและผลประโยชน์ของสาธารณชนเป็นอย่างมาก การควบคุมและกำกับโดยเข้มงวดนี้เองแม้ว่าจะเป็นความจำเป็นเพื่อผลประโยชน์สาธารณะและเป็นผลของบทเรียนที่ได้รับจากวิกฤตการณ์ระหว่างสงครามโลกเมื่อบริษัทประกันภัยต่างประเทศพากันถอนตัวออกไปหมดก็ตาม แต่ก็มิได้ผลกระทบความยืดหยุ่นและความคล่องตัวในการดำเนินธุรกิจอยู่ไม่น้อย

(2) การประกอบธุรกิจประกันชีวิตของบริษัทต่างประเทศนั้นโดยกฎหมายไทยแล้วจะทำให้ได้เฉพาะในรูปของสาขาบริษัทต่างประเทศเท่านั้น ในปัจจุบันจึงมีเพียงบริษัทเดียว คือ เอ.ไอ.เอ ซึ่งเป็นสาขาของบริษัทต่างประเทศ และด้วยเหตุนี้เองสาขาบริษัทต่างประเทศจึงไม่อาจเปิดสาขาอื่นๆ เพื่อขยายงานภายในประเทศไทยได้อีก จะเห็นว่าบริษัทต่างประเทศนั้นแม้จะมีความมั่นคงทางการเงิน แต่ก็ต้องหากลวิธีขยายงานและสร้างตลาดในรูปแบบอื่นๆ ที่มีใช้การขยายสาขาบริษัทเช่นที่บริษัท เอ.ไอ.เอ. ใช้กลวิธีขยายจำนวนนายหน้าและตัวแทน ด้วยการเสนอให้ค่านายหน้าขายประกันในอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับธุรกิจเดียวกัน ยิ่งกว่านั้นแต่ละบริษัทต่างประเทศจะต้องรักษาสินทรัพย์ภายในประเทศมีมูลค่าไม่น้อยกว่ามูลค่าเงินกองทุนภายในประเทศ และสินทรัพย์ค้ำประกันรวมทั้งเงินสำรองกรมธรรม์ประกันชีวิตก็ต้องฝากมัดจำไว้ที่นายทะเบียนการประกอบธุรกิจประกันชีวิตของบริษัทต่างชาติจึงทำได้ค่อนข้างยากมาก

(3) อุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งของธุรกิจประกันชีวิตน่าจะอยู่ที่ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจสะท้อนมาจากสภาพการแข่งขันในตลาดนี้ เพราะเหตุที่มีเพียง 12 บริษัทเท่านั้นที่ดำเนินการ 11 บริษัทเป็นบริษัทคนไทย และ 1 บริษัทที่มีส่วนแบ่งตลาดกว่าร้อยละ 50 การพัฒนาทางการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตของธุรกิจจึงมีน้อยมาก การที่ค่านายหน้าขายประกันเป็นยอดรายจ่ายสูงมากกว่าร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด และมูลค่ารายจ่ายดำเนินการเพิ่มขึ้นแต่ละปีในอัตราที่สูงมาก ทั้งยังเป็นอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราการขยายตัวของเบี้ยประกันและจำนวนกรมธรรม์ด้วย ต่างสะท้อนถึงความอ่อนแอในประสิทธิภาพของการบริหารจัดการชัดเจน ยิ่งกว่านั้นการลงทุนของบริษัทประกันชีวิตก็จัดว่าค่อนข้างอนุรักษ์นิยม เพราะต้องคำนึงถึงความมั่นคงและเสถียรภาพ รวมถึงคำนึงถึงอัตราผลตอบแทนและสภาพคล่องของเงินทุนค่อนข้างมาก ประกอบกับข้อกำหนดของกระทรวงพาณิชย์ทำให้ธุรกิจประกันชีวิตลงทุนเฉพาะแต่ในกิจกรรมที่ให้อัตราผลตอบแทนค่อนข้างต่ำ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2536)

(4) ทศนคติของประชาชนไทยเองก็น่าจะมีผลสำคัญต่อการเติบโตซ้ำของธุรกิจประกันภัย ความไม่รู้และไม่เข้าใจตั้งแต่ถึงหลักการและเหตุผลของการประกันภัยโดยเฉพาะการประกันชีวิต และการประกันสุขภาพนั้นประการหนึ่ง และวัฒนธรรมประเพณีที่เข้าใจและเชื่อมั่นว่าการประกันชีวิตและการประกันสุขภาพเป็นการกำหนดกลางบอกเหตุหรือสาปแช่งให้เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยนั้น อีกประการหนึ่งน่าจะมีผลไม่น้อย ซึ่งก็อาจเป็นข้ออธิบายสำคัญว่าธุรกิจประกันเติบโตและขายตัว ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ได้มากกว่าในเมืองเล็กและชนบท (T. Kiranandana and K. Limakul, 1993) อำนาจซื้อของคนไทยที่ไม่สูงนักเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างรายได้สุทธิของครอบครัวกับรายจ่ายค่าเบี้ยประกัน ทั้งๆ ที่หากจะเปรียบเทียบสัดส่วนของรายได้สุทธิของครอบครัวที่ใช้จ่ายไปในเรื่องสุขภาพอนามัยซึ่งค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ นั้น แล้วจะพบว่า น่าจะหันไปหาหลักประกันให้ความมั่นคงและคุ้มครองชีวิตและการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นก็ตาม แต่คนไทยจำนวนมากก็ยังคิดว่าเบี้ยประกันเป็นรายจ่ายที่ยังไม่น่าจะจ่ายหรือยังไม่ถึงคราวจ่าย ไม่เหมือนกับรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพราะได้เจ็บป่วยขึ้นแล้ว ทศนคติบางอย่างดังกล่าวมีปรากฏ แม้แต่ในชาวกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองหลวงเอง เช่น จากการสำรวจตัวอย่างของ จลีพร โกลา กุลและคณะ (2528) ซึ่งแม้จะแสดงว่าประชากรร้อยละ 86.5 จะเห็นความจำเป็นของการประกันสุขภาพ แต่ก็ลำดับว่าน่าจะเป็นการจัดในรูปสวัสดิการโดยรัฐหรือหน่วยงานอย่างใดอย่างหนึ่ง (แบบให้เปล่าหรือเสียเงินน้อย) หรือไม่ก็ให้ประชาชนเก็บออมเงินไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง มากเสียกว่าที่จะดำเนินการให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพของตนและครอบครัว

(5) ธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะนั้นต้องล้มลุกคลุกคลานด้วยเหตุผลหลายประการ เฉพาะอย่างยิ่งเหตุผลจากโครงสร้างและองค์ประกอบของตลาดการประกันสุขภาพ กล่าวคือ ธุรกิจประกันสุขภาพต้องแข่งขันทางราคาในระดับสูงมากกับโครงการประกันสุขภาพโครงการต่างๆ ของภาครัฐ นับตั้งแต่โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งบริการกลุ่มรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำในชนบทในระยะครึ่งหลังของทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงต้นทศวรรษปัจจุบัน โครงการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งสวัสดิการรักษายาพยาบาลที่รัฐให้แก่ข้าราชการทุกประเภทรวมถึงครอบครัว และการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคม สภาพการแข่งขันนี้น่าจะมีผลให้กลุ่มประชากรเป้าหมายถูกจัดแบ่งเป็นส่วนเล็ก ๆ เมื่อธุรกิจประกันสุขภาพต้องคิดค่าเบี้ยประกันค่อนข้างสูงก็ยังมีผลให้กลุ่มประชากรเป้าหมายของธุรกิจนี้แคบลงเหลือเฉพาะผู้มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูงจนถึงผู้มีรายได้สูงเท่านั้น นอกจากนี้ การแข่งขันระหว่างบริษัทต่างๆ ในธุรกิจประกันภัยด้วยกัน ทั้งในธุรกิจประกันภัยชีวิตและธุรกิจประกันวินาศภัย ซึ่งมีทั้งการเสนอขายกรมธรรม์ประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพิ่มเติมผนวกเข้ากับ

กรรมธรรม์หลักคือกรรมธรรม์ประกันชีวิตและกรรมธรรม์ประกันวินาศภัยประเภทอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ ทำให้บริษัทเหล่านี้สามารถเสนอขายบริการที่เทียบเคียงกันได้ ในราคา (เบี้ยประกัน) ที่ถูกกว่าค่อนข้างมาก และยังดำเนินการด้วยค่าใช้จ่ายดำเนินการเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายดำเนินการส่วนเพิ่มที่ต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบ รวมทั้งกลยุทธ์ทางการตลาดบางอย่างในการขายประกันของธุรกิจประกันวินาศภัยที่มีผลต่อการลดอัตราเบี้ยเมื่อมีจำนวนผู้เอาประกันเพิ่มขึ้น (เป็นการประหยัดในขนาดการผลิต) เป็นต้น ประเด็นสำคัญ คือ การขาดทุนสะสมที่ปรากฏในบริษัทเกือบทั้งหมดที่ทำธุรกิจประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว ยังมีผลให้การฟื้นตัวของธุรกิจประกันสุขภาพเป็นไปได้ยากและช้า และทำให้ความสามารถในการแข่งขันในตลาดประกันสุขภาพอ่อนลง จึงนำกังวลถึงการอยู่รอดของธุรกิจประกันสุขภาพ ยกเว้นแต่ว่าบริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพอาจต้องผนวกธุรกิจประกันสุขภาพเข้ากับธุรกิจประกันชีวิตหรือธุรกิจประกันวินาศภัยประเภทอื่นๆ บริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพอย่างเดียวอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จในตลาดประกันสุขภาพในประเทศไทยก็ได้

2.5 โครงการบัตรสุขภาพ/บัตรประกันสุขภาพ

1) ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่มีกฎหมาย 2526 ในชื่อว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” โดยทำการทดลองในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา รวมทั้งสิ้น 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในด้านการบริหารการเงิน และโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ด้วยการจัดตั้งกองทุนขึ้นโดยประชาชนและองค์กรชุมชน โครงการบัตรสุขภาพนั้นจึงเป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุขศึกษา

การดำเนินงานขั้นทดลองในโครงการ “กองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ในปี 2526 นั้น กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นการทดลองขั้นต้น ซึ่งต่อมาเรียกว่าเป็นระยะที่ 1 ของโครงการบัตรสุขภาพ ในปี 2527 จัดว่าเป็นโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 1 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการ และใช้ชื่อว่า “โครงการบัตรสุขภาพ” โดยกำหนดเป้าหมายให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครอบคลุมครบทุกจังหวัด

ละ 1 ตำบล และตั้งเป้าหมายว่าในปี 2528 จะให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกอำเภอๆ ละ 1 ตำบล

การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพได้ดำเนินการมาถึงระยะที่ 3 (2528-2530) โดยตั้งเป้าหมายให้ขยายไปครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอ และได้มีการปรับปรุงกลวิธีดำเนินงานตลอดจนรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับขอบเขตครอบคลุมการให้บริการ เจ็อนไข และราคาบัตรไปอีกบ้าง โดยในระยะกลางปี 2529 และต่อจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพในระดับประเทศโดยวิธีการประชุมสัมมนาเป็นหลัก ผลจากการประชุมประเมินผลนั้นจึงเน้นให้จังหวัดขยายพื้นที่และปรับเปลี่ยนเจ็อนไขในการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพได้ตามความเหมาะสมของแต่ละจังหวัด รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับบัตรสุขภาพจึงเริ่มมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ทั้งในแง่การบริหารกองทุนบัตรสุขภาพ ชนิดของบัตรสุขภาพ ราคาบัตร สิทธิประโยชน์ของบัตร และวิธีการแบ่งสรรเงินกองทุน ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปรับนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานบัตรสุขภาพในระยะต่อมา โดยเน้นการขยายตัวตามสภาพความพร้อมและเน้นคุณภาพของการดำเนินงานโครงการมากกว่าการเร่งรัดขยายพื้นที่ดำเนินการดังที่ปรากฏในระยะแรกๆ ก่อนหน้านั้น

อย่างไรก็ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขระยะที่ 6 (2530-2534) ได้ปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนว่า "รัฐจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ" และนโยบายการพัฒนาสุขภาพอนามัยที่รัฐบาลแถลงต่อรัฐสภาเมื่อ 27 สิงหาคม 2529 ที่ได้ให้รายละเอียดว่า "กลวิธีที่จะนำไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คือ บัตรสุขภาพ โดยรัฐจะขยายโครงการบัตรสุขภาพให้ครอบคลุมร้อยละ 70 ของหมู่บ้านในชนบท" รวมถึงนโยบายของรัฐต่อมาที่แถลงในรัฐสภาเมื่อ 25 สิงหาคม 2531 เกี่ยวกับนโยบายสังคมโดยเฉพาะด้านสาธารณสุขว่าจะปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้เหมาะสม

โครงการบัตรสุขภาพในระยะหลังจากปี 2530 เป็นต้นมาเริ่มชะลอตัวลงโดยมิได้ขยายตัวในอัตราที่รวดเร็วมากเช่นที่ปรากฏก่อนหน้านั้น ได้เริ่มนำแนวความคิดเรื่องการเฉลี่ยความเล็ยงและหลักการประกันสุขภาพเข้าไปผนวกกับวัตถุประสงค์เดิมของบัตรสุขภาพ มีการศึกษาเชิงทดลองในโครงการนำร่องที่จังหวัดเชียงใหม่ภายใต้การสนับสนุนขององค์การวิเทศกิจเยอรมัน (GTZ)(2527-2531) และเป็นโครงการนำร่องทดลองใน 4 จังหวัด (2532-2536) ในเวลาต่อมา โดยเน้นการศึกษาทดลองเพื่อหารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามแม้จะมีการเปลี่ยนแปลง

แปลงโครงการเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจและเรียกบัตรว่าเป็น "บัตรประกันสุขภาพ" แต่ก็ยังเป็นที่ยี่งขานและเข้าใจกันว่าเป็น "บัตรสุขภาพ" เหมือนเดิมจนถึงปัจจุบัน

2) หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพ

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพที่ได้กำหนดไว้เมื่อเริ่มต้นโครงการในปี 2526 อาจพิจารณาเป็นวัตถุประสงค์สำคัญๆ 4 ประการ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ, 2528) กล่าวคือ

- การพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว ตลอดจนถึงงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล
- การปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้เป็นหน่วยสนับสนุนและให้บริการ
- การพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะในด้านการจัดสรรเงิน และพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่และหน่วยให้บริการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- การลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ป่วยด้านอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ให้น้อยลง เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรส่วนนั้นไปใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

และด้วยวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการ อันเป็นหลักการและเหตุผลแรกของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในปี 2526 นั้น จึงสะท้อนแนวความคิดพื้นฐานสำคัญ คือ (สาธารณสุขปริทัศน์(2), 2530) แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมีปรัชญาสำคัญอยู่ที่การให้ประชากรสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ ทั้งใน 2 ส่วน คือ 1) งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน เช่น งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานสุขภาพิบาลและน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็นและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ 2) งานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากสถานบริการ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ขณะเดียวกันการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขที่ให้ชุมชนมีบทบาทริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง มีความ

สามารถในการบริหารจัดการ มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองสูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองบประมาณบางส่วนแก่สถานบริการ บทบาทของชุมชนดังกล่าวนี้ทั้งในแง่ของกรรมการกำลังและกองทุนมาจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเอง รวมถึงแต่กิจกรรมพื้นฐานของชุมชน คือ กองทุนยา กองทุนโภชนาการ ซึ่งเริ่มต้นวางรากฐานดำเนินการแล้วก่อนหน้านั้น

ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั้นเป็นหลักการที่ว่าด้วยการรักษาพยาบาลน่าจะ ต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้านและมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด ดังนั้นในช่วงที่ 2 โครงการบัตรสุขภาพ (2527) เป็นต้นมา จึงได้ผนวกการจัดให้มีระบบกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วย กับระบบช่องทางด่วนขึ้นโดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องเริ่มรับบริการที่กองทุนยาในระดับหมู่บ้าน เมื่อเกินขีดความสามารถของกองทุนยาแล้ว จึงส่งผู้ป่วยต่อไปที่สถานีอนามัยในระดับตำบล เมื่อเกินขีดความสามารถของสถานีอนามัยแล้วจึงส่งผู้ป่วยต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ แล้วในที่สุดจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด และในระบบส่งต่อผู้ป่วยนี้ สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป จึงเท่ากับเป็นการผนวกหลักการของการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพยังคงเป็นเช่นนี้ต่อมา โดยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพหลากหลายมากขึ้นเป็นลำดับ จนถึงจุดเริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขระยะที่ 6 (2530-2534) ที่ได้เริ่มผนวกหลักการของการประกันภัยโดยการปรับแนวความคิดตามหลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพเดิมให้รวมหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาพยาบาล การให้มีหลักประกันยามเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร ซึ่งนับได้ว่าบัตรสุขภาพเริ่มแปรสภาพเข้าเป็นบัตรประกันสุขภาพตามหลักการของการประกันสุขภาพ ราคาบัตรสุขภาพเริ่มมีฐานะคล้ายเบี้ยประกันสุขภาพโดยที่การคำนวณราคาบัตรสุขภาพเริ่มค้ำถึง การให้สะท้อนต้นทุนและค่าใช้จ่ายตามค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน ขนาดของกองทุนคือจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพในกองทุนหนึ่งๆ เริ่มมีบทบาทมากขึ้นเพราะมีผลกระทบต่อการกระจายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตามแนวความคิดของการประกันภัย จนถึงกับมีความพยายามศึกษาและประมาณขนาดของกองทุนที่เหมาะสมและเชื่อกันว่าน่าจะเป็นกองทุนในระดับอำเภอขนาดใหญ่หรือในระดับจังหวัดขึ้นไปดังที่ปรากฏในผลการประชุมสัมมนาหลายครั้ง ในระยะปี 2530-2531 และต่อๆ มา รวมไปถึงการเริ่มพิจารณารอบคอบมากขึ้นกับการจัดหาผล

ประโยชน์และการลงทุนจากเงินทุนของกองทุนให้ได้รับประโยชน์มากขึ้น จนที่สุดได้เปลี่ยนชื่อบัตรสุขภาพไปเป็นบัตรประกันสุขภาพ

โดยสรุปแล้ว หลักการและเหตุผลเดิมของโครงการบัตรสุขภาพนั้นมีได้ก่อตั้งและไม่มีแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามหลักประกันภัยเลย วิวัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพในระยะต่อๆ มาได้ผนวกหลักการและเหตุผลอีกบางอย่างเข้าไปในโครงการบัตรสุขภาพด้วย และในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เห็นว่าการบัตรสุขภาพอาจจะพัฒนาเข้าหาหลักการประกันภัยและจัดให้เป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้(ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2532)

2.6 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

1) ความเป็นมา

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็นส่วนของสิทธิประโยชน์กึ่งอูกุล (fringe benefit) ที่รัฐบาลจัดให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างมีลักษณะเป็นการอุดหนุนด้านขวัญและกำลังใจส่วนหนึ่ง และเป็นการรักษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอีกส่วนหนึ่ง สวัสดิการดังกล่าวนี้มีมานานมาก อาจกล่าวได้ว่าควบคู่มากระบบราชการก็ได้ โดยนัยหนึ่งแล้วจึงอาจพิจารณาได้ว่าการจัดสวัสดิการนี้เปรียบเสมือนหนึ่งสวัสดิการที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้างของตน เมื่อเริ่มแรกนั้นเทียบได้กับการให้บริการรักษายาบาลยามเจ็บป่วยโดยรับบริการได้ที่สถานพยาบาลของนายจ้างเอง แต่เมื่อมีขนาดและจำนวนมากขึ้นตามเวลา ขอบข่ายและสถานที่ให้บริการรักษายาบาลก็ขยายเติบโตขึ้น รวมไปถึงการรับบริการรักษายาบาลที่สถานพยาบาลอื่น และครอบคลุมบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวของข้าราชการและลูกจ้างด้วย อย่างไรก็ตามก็ปรากฏเป็นข้อสังเกตจากการศึกษาวิเคราะห์ในระยะหลังๆ ว่า แม้ว่าสวัสดิการนี้อาจเทียบได้กับสวัสดิการที่นายจ้างให้กับลูกจ้าง แต่ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการนี้ก็มาจากเงินภาษีอากรของประชาชนทั่วประเทศ และเมื่อลูกจ้างมีส่วนสำคัญในการกำหนดกฎเกณฑ์ของสวัสดิการด้วยก็น่าจะมีอคติเข้าข้างตนในอันที่จะขยายขอบข่ายและสิทธิประโยชน์ครอบคลุมจากสวัสดิการนี้เพิ่มมากขึ้น จนถึงกับมีผลให้กลายเป็นภาระทางการเงินแก่รัฐบาลได้ในที่สุด

วิวัฒนาการของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการนั้นมีมาเป็นลำดับ ประเด็นสำคัญคือ การที่สวัสดิการนี้มีขึ้นเป็นไปโดยมีกฎหมายรองรับ โดยเฉพาะพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิ

การเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งมีการแก้ไขปรับปรุงเรื่อยมา จนถึงฉบับที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน คือ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2528 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2532 และฉบับที่ 4 พ.ศ. 2533 และมีกรอบกำกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับเงินสวัสดิการนี้โดยระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งมีวิวัฒนาการและมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะๆ ตลอดมาเช่นกัน จนถึงระยะปัจจุบันได้เริ่มมีการพิจารณาเกี่ยวกับเงินสวัสดิการนี้ และมีแนวความคิดกว้างขวางมากขึ้นเรื่อยๆ ว่าน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ถึงขั้นปฏิรูประบบการให้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการนี้ทั้งระบบ และได้มีการทำการศึกษาเรื่องนี้อยู่หลายกรณีในปัจจุบัน

สำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้น โดยหลักการแล้วได้เลียนแบบทำนองเดียวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเกือบทั้งหมด โดยรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งมีอำนาจออกระเบียบกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต เงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ครอบคลุมของสวัสดิการนี้ด้วยตนเอง ดังนั้น แม้ว่าสาระสำคัญโดยหลักการแล้วจะไม่แตกต่างกัน แต่ก็มีข้อที่แตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียดและวิธีปฏิบัติ โดยเฉพาะในรัฐวิสาหกิจที่มีสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของตนให้บริการอยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม สวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งจัดให้แก่พนักงานของตนนั้น ไม่ปรากฏว่ามีแห่งใดจัดให้ด้อยไปกว่าสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเลย กล่าวได้ว่าเป็นหลักประกันที่ให้การคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยที่ดีและกว้างขวางมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับหลักประกันอื่นๆ ในปัจจุบัน

2.7 สวัสดิการสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

นอกเหนือจากหลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเทศไทยยังมีการจัดสวัสดิการสงเคราะห์สำหรับประชากรกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ อีกบางโครงการ เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เด็กและผู้พิการทุพพลภาพ เป็นต้น และยังมีกลุ่มประชากรเฉพาะอีกบางกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์คุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มทหารผ่านศึก กลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) เป็นต้น รวมถึงมาตรการหรือกิจกรรมใหม่ๆ อีกบางประการที่มุ่งให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้นว่า โครงการประกันสุขภาพนักเรียน และการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) กิจกรรมหรือโครงการที่มีลักษณะเป็นสวัสดิการสงเคราะห์

นั้นมีจุดมุ่งหมายโดยเฉพาะในการให้หลักประกันให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ในระดับหนึ่ง โดยมุ่งที่จะลดปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ส่วนกิจกรรมหรือโครงการที่มีลักษณะอื่นๆ อาจจัดเป็นสิทธิประโยชน์ตอบแทนซึ่งนับเป็นผลได้ทางอ้อมสำหรับผลงานหรือการปฏิบัติหน้าที่อย่างในอดีตหรือปัจจุบัน หรือมิฉะนั้นก็เป็นการสร้างหลักประกันเชิงบังคับโดยจัดให้มีการร่วมจ่ายหรือร่วมแบ่งรับภาระของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในตอนนี้จะได้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ เหล่านี้เฉพาะที่สำคัญๆ

1) โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (หรือ สปน.) จัดเป็นรัฐสวัสดิการสงเคราะห์ที่รัฐบาลจัดให้เป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยในยามเจ็บป่วย เป็นโครงการสงเคราะห์โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ รัฐบาลเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายนั้นโดยจัดเป็นงบประมาณรายจ่ายสนับสนุนโครงการ สปน. ผู้ให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข คือ สถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ในต่างจังหวัดและในเขตชนบทของประเทศ โครงการ สปน. นี้ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2518 และได้จัดเป็นโครงการเต็มรูปดำเนินการทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2524

ประชากรที่มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ในโครงการ สปน. จะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ ใช้เกณฑ์รายได้ขั้นต่ำ เมื่อเริ่มต้นโครงการในปี 2518 คณะอนุกรรมการซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งขึ้นโดยรองปลัดกระทรวงเป็นประธานในครั้งนั้นได้กำหนดเกณฑ์รายได้ไว้ที่ 1,000 บาทต่อเดือน กล่าวคือ ผู้ที่มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ในโครงการ สปน. ต้องมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ในทางปฏิบัติได้มอบให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วินิจฉัยว่าประชาชนที่มาใช้บริการผู้ใดควรได้รับการสงเคราะห์ตามโครงการ สปน. เป้าหมายที่กำหนดไว้ครั้งนั้น คือ ประมาณ 7-8 ล้านคนทั่วประเทศ จนถึงปี 2524 โครงการสปน. ได้ขยายไปให้บริการโดยสถานพยาบาลของรัฐอื่นๆ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขด้วย เช่น กรุงเทพมหานคร และเทศบาลต่างๆ โดยจัดทำเป็นบัตรสงเคราะห์ให้แก่ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการ เรียกว่า สปน. บัตรมีอายุ 3 ปี กล่าวคือรุ่นปี 2524-2527 รุ่นปี 2527-2530 รุ่นปี 2530-2533 และรุ่นปี 2533-2536 ในช่วงระยะเวลาปี 2524-2536 นี้ได้มีการปรับเกณฑ์ผู้มีสิทธิให้เป็นครัวเรือนได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน หรือคนโสดที่มีรายได้น้อยกว่า 1,500 บาทต่อ

เดือน ยกเว้นผู้ที่ได้รับการคุ้มครองหรือสวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ อยู่แล้ว เกณฑ์รายได้ดังกล่าวนี้ได้เปิดให้องค์กรชุมชนระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิด้วย รายได้รวมถึงรายได้ที่ไม่เป็นตัวเงินด้วย ซึ่งกลายเป็นปัญหาสำคัญในแง่ของการตีความและทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นที่ธรรมในการออกบัตร สเปน. ในที่สุด Dow Mongkolsmai (1993) ได้ให้ข้อสังเกตว่าเกณฑ์รายได้ในโครงการ สเปน. นั้นกำหนดไว้สูงกว่าเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจน (poverty line) ถึงกว่า 4 เท่าตัว เช่นในปี 2532 เส้นแบ่งความยากจนอยู่ที่ระดับรายได้ 4,141 บาทต่อปีในเขตชนบทและ 6,324 บาทต่อปีในเขตเมือง เป็นต้น

ผู้ได้รับสวัสดิการ สเปน. มีประมาณ 7.65 ล้านคนในปี 2530 หรือร้อยละ 14.5 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณร้อยละ 49 ของประชากรผู้ยากไร้ตามเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจน การครอบคลุมมีขอบข่ายกว้างขึ้นในปี 2533 เป็นประมาณ 10.73 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณร้อยละ 80 ของประชากรผู้ยากไร้ การขยายขอบข่ายครอบคลุมนี้เป็นผลมาจากการปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้มากขึ้น และจำแนกผู้ที่ไม่มีความสามารถออกไปได้มากขึ้น แต่ก็น่าสังเกตว่าในทางปฏิบัติแล้วผู้ยากจนจริงๆ ก็สามารถเข้ารับบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้ในระดับหนึ่งโดยไม่ต้องมีบัตร สเปน. เช่น ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขแสดงว่า ในปี 2530 มีผู้รับบริการรักษาพยาบาลฟรี 13.7 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้มีบัตร สเปน. เพียง 7.6 ล้านคน เท่านั้น

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มกำหนดสถานที่ให้บริการไว้ที่สถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน โดยระบุไว้ในบัตรตั้งแต่ปี 2527 และในปี 2530 ได้กำหนดไว้เพียงแห่งเดียว คือ ที่สถานีนอนามัย ทั้งนี้โดยเหตุผลที่ประสงค์ให้มีการกระจายการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้นด้วยการให้ผู้มีสิทธิเริ่มต้นการขอรับบริการจากสถานบริการระดับล่างสุด คือ สถานีนอนามัย ซึ่งจะให้บริการและคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้บริการได้ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นลำดับขั้น แทนที่ประชาชนซึ่งมีค่านิยมอยู่เดิมจะลัดวงจรไปขอรับบริการเริ่มต้นที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปเสียเลย ควบคู่กันนั้นกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เริ่มพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยและระบบการส่งต่อผู้ป่วยในลำดับขั้นของสถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขจากสถานีนอนามัยในระดับตำบล ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอและโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับภาคเป็นลำดับ การศึกษานี้พบว่าการศึกษานี้พบว่า หลังจากกำหนดเช่นนั้นแล้วมีผลให้กระจายการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

รัฐบาลได้จัดเงินงบประมาณสนับสนุนเป็นเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาลต่างๆ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมให้บริการผู้ป่วยในโครงการ สปน. เงินอุดหนุนจากรัฐบาลนี้ลดลงในมูลค่าแท้จริง ตั้งแต่ปี 2519 และคงที่อยู่ในระดับประมาณ 680 ล้านบาท (ในมูลค่าปี 2529) ในระยะระหว่างปี 2525-2530 งบอุดหนุนจากรัฐบาลในโครงการ สปน. นี้กลับเพิ่มขึ้นอีกอย่างมากในระยะหลังจากปี 2533 งบประมาณนี้คิดเป็นประมาณ 68 บาทต่อบัตรในปี 2527 และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 163 บาทในปี 2535 ซึ่งก็ยังจัดได้ว่าต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดให้โครงการอื่นๆ ในทำนองเดียวกันกับเช่นสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการซึ่งสูงถึง 700 บาทต่อคนโดยประมาณในปี 2535

โดยเป้าหมายหลักในการที่จะเพิ่มความเป็นธรรมในแง่ของโอกาสที่ผู้มีรายได้น้อยจะสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลในโครงการ สปน. นี้จึงได้อาศัยเกณฑ์ 3 ประการ กล่าวคือ

- 1) จัดสรรตามจำนวนผู้มีรายได้น้อยที่มีอยู่ในหมู่บ้านยากจน ตามผลการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเมื่อปี 2533
- 2) จัดสรรตามลักษณะการกระจายของจำนวนผู้ใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขตามสถานพยาบาลระดับต่างๆ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และ
- 3) จัดสรรตามจำนวนทหารผ่านศึกและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ*

2) โครงการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ทหารผ่านศึกและครอบครัว

การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ทหารผ่านศึกและครอบครัวนี้ จัดเป็นสิทธิประโยชน์เกื้อกูลที่ให้เป็นบำเหน็จแก่ผู้ที่เข้ารับราชการทหาร รวมไปถึงครอบครัว ด้วยเหตุผลที่ถือว่าบุคคลเหล่านี้ได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติแล้วระยะหนึ่ง รัฐบาลเป็นผู้รับภาระจัดสรรงบประมาณแผ่นดินสนับสนุนค่าใช้จ่าย โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคเป็นผู้รับผิดชอบจัดสรรไปยังจังหวัดต่างๆ สำหรับเป็นค่าใช้จ่าย (เป็นการเหมาจ่ายต่อคน) ในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ทหารผ่านศึกและครอบครัว ผู้มีสิทธิรับการสงเคราะห์นี้เป็นไป

* การจัดสรรงบประมาณสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ทหารผ่านศึกนั้น ได้ฝากไว้ที่กองสาธารณสุขภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และจัดสรรควบคู่ไปกับงบประมาณของโครงการ สปน.

ตามนियามของกฎหมาย โดยมีบัตรแสดงสิทธิซึ่งออกให้โดยกระทรวงกลาโหม งบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรเพื่อการนี้ค่อนข้างคงที่ในแต่ละปี เช่น ในปี 2535 ได้จัดสรรงบประมาณให้ 20 ล้านบาท สำหรับทหารผ่านศึกและครอบครัวประมาณ 385,000 คน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณลงไปยังสถานพยาบาลต่างๆ ในระดับจังหวัดโดยใช้เกณฑ์ควบคุมไปกับการจัดสรรงบประมาณของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

3) โครงการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้ทุพพลภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศโครงการให้การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเมื่อปี 2535 โดยวัตถุประสงค์ที่จะให้การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปให้สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้จากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ผู้สูงอายุจะได้รับบัตรแสดงสิทธิ ซึ่งอาจนำบัตรไปติดต่อขอรับบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้ตามขอข่ายสิทธิประโยชน์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เหมือนกับกรณีของการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลทุกประการ เงื่อนไขและข้อกำหนดบางประการก็ปรากฏเหมือนกับโครงการ สปน. กล่าวคือ ผู้มีสิทธิต้องขอรับบริการจากสถานบริการที่กำหนดก่อน และอาจได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลลำดับสูงขึ้น ภายใต้ระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นแต่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่อาจขอรับบริการที่ใดก่อนก็ได้ และในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งอื่นๆ อยู่แล้วก็ให้ขอใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากแหล่งอื่นๆ นั้นเสียก่อนและอาจใช้สิทธิของผู้สูงอายุได้เฉพาะส่วนค่าใช้จ่ายที่เกินกว่าสิทธิที่ได้รับจากแหล่งอื่นๆ แล้ว

จำนวนผู้สูงอายุตามนิยามเกณฑ์อายุดังกล่าวมีอยู่ประมาณ 3.7 ล้านคนทั่วประเทศ หรือเป็นประมาณร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมดในปี 2535 และจำนวนผู้สูงอายุจากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่น่าจะจะมีหลักประกันและได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งอยู่แล้ว ไม่ว่าจะโดยตนเอง หรือโดยทางอ้อมจากสิทธิเกื้อหนุนที่ได้รับจากบุตรหรือคู่สมรส เช่นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ หรือโครงการ สปน. เป็นต้น ในปัจจุบันยังไม่ปรากฏแหล่งข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่ปลอดจากการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยแหล่งอื่นได้เลยนั้นมีจำนวนเท่าใดแน่

สำหรับการส่งเสริมด้านการรักษาพยาบาลแก่เด็ก (อายุต่ำกว่า 12 ปีโดยการนิยามของกระทรวงสาธารณสุข) และแก่ผู้ทุพพลภาพนั้น เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2536 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในรูปแบบจ่ายเหมา เป็นจำนวน 150 ล้านบาทสำหรับการส่งเสริมเด็ก และ 25 ล้านบาทสำหรับการส่งเสริมผู้ทุพพลภาพในปี 2536 เกณฑ์การจัดสรรงบประมาณลงไปในระดับจังหวัดเพื่อจัดให้บริการนั้นเป็นไปในทำนองเดียวกับเกณฑ์ที่ใช้ในโครงการ สปน. และในโครงการส่งเสริมผู้สูงอายุ สำหรับการส่งเสริมด้านการรักษาพยาบาลแก่เด็กนั้นได้เริ่มดำเนินการในรูปแบบของการประกันสุขภาพนักเรียนทั่วประเทศ

2.8 การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข

การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 75 จังหวัด และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ นอกจากนี้ยังมีกรมอื่นๆ ได้แก่ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมควบคุมโรคติดต่อ ที่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนในลักษณะที่ให้ดำเนินงาน/โครงการที่กรมดูแลรับผิดชอบ ในลักษณะเฉพาะ (Vertical Program) โดยระบุกิจกรรม เป้าหมายในการดำเนินงานไปด้วย งบประมาณส่วนใหญ่ที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 75 ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานที่สำคัญ ในการจัดสรรงบประมาณ ไปยังส่วนภูมิภาคได้แก่

กองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นหน่วยงานหลักของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้แผนงานบริการสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัย ซึ่งกระจายอยู่ในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ

กองโรงพยาบาลภูมิภาค จัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งกระจายอยู่ในทุกจังหวัดเช่นกัน (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) จำนวน 92 แห่ง ภายใต้แผนงานบริการสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด นอกจากนั้นยังมีงานบริการเฉพาะทางอื่นๆ เช่น

งานรักษาพยาบาลโรคเอดส์ งานเวชปฏิบัติครอบครัว ฯลฯ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ของโรงพยาบาลด้วย

สำนักงานประกันสุขภาพ จัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ตั้งแต่ปี 2538 โดยก่อนหน้านั้น กองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นผู้จัดสรรงบประมาณนี้ให้แก่หน่วยงานต่างๆ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงมีความช่วยเหลือเหลือเกิน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในลักษณะของหมวดอุดหนุนเฉพาะกิจ และตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นไป ได้เปลี่ยนแปลงงบประมาณเป็นหมวดอุดหนุนทั่วไป เพื่อให้มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการบริหารจัดการ และเพื่อให้มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น หน่วยงานในส่วนกลางจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์และทำการจัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณที่กำหนดขึ้นดังกล่าว โดยมีการใช้ข้อมูลประชากรในจังหวัดนั้น จำนวนสถานบริการ จำนวนเตียง จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก/ใน อัตราการครองเตียง ฯลฯ มากำหนดเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดสรรด้วย ในการจัดสรรงบประมาณนั้นส่วนใหญ่มักยังคงเป็นการรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง แต่อย่างไรก็ตาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังสามารถนำงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับการจัดสรรจากกรม/กองในส่วนกลาง ไปดำเนินการจัดสรร (Re-allocation) ให้แก่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ได้ตามที่เห็นว่าเหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด โดยยังให้ความสำคัญกับงานและกิจกรรมที่ส่วนกลางกำหนดไว้

จนกระทั่งในช่วงปี 2544 ได้มีแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ขึ้น โดยมีวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ คือ เหม่าจ่ายรายหัว (1,202.40 บาทต่อจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละจังหวัด) จึงทำให้โครงสร้างการบริหารองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงไป คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อดูแลเรื่องการเตรียมสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเฉพาะ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานของคณะกรรมการดังกล่าว สำนักงานดังกล่าวจะจัดตั้งขึ้นภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี โดยภาระกิจของสำนักงานจะเสร็จสิ้นเมื่อมี พรบ. หลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเป็นองค์กรถาวร (ภายใต้ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เพื่อบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยโครงสร้างการบริหารงาน ก่อนที่จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กระทรวงสาธารณสุขโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบฝ่ายปฏิบัติการ รับผิดชอบการบริหารและการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ และให้สำนักโครงสร้างการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นสำนักงานประสานงานด้านวิชาการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีบทบาทหลักในการประสานคณะทำงานเพื่อเตรียมการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและหน่วยงานภายนอกเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพมีการพัฒนารูปแบบรวมทั้งการสร้างองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อสร้างให้เกิดความครอบคลุมทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นสมดังคำกล่าว "การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" แต่เนื่องจากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ จำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ซึ่งในปัจจุบันรูปแบบการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขก็ได้เปลี่ยนเป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลถึงปัญหาความพอเพียงของงบประมาณทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัดจนกระทั่งระดับของสถานพยาบาลเอง ดังนั้นจึงเกิดประเด็นปัญหาสำคัญที่ตามมา คือ งบประมาณที่ได้จัดสรรไปเหล่านั้นมีความสอดคล้องกับความต้องการในแต่ละพื้นที่อย่างไร ตลอดจนในระยะแรกในการจัดสรรงบประมาณตามวิธีดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในแต่ละแห่งอย่างไร