รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

(Proceeding of A National Workshop)

การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย

(Health Financing in Thailand)

บรรณาธิการ

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

วราพร พากเพียร

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การคลังสาธารณสุขในประเทศไท

วันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2536 ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์โปโลคลับ จังหว

"Health Financing in Thailand" A National Workshop, 11-13 N

At Dusit Resort and Polo Club, Petchaburi Province, Thailand

ห้องสมด สนผ.

003502

172

รับวันที่ 185
เลขที่

รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส 138 ก 2536

การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย

บรรณาธิการ

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

วราพร พากเพียร

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย

วันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2536

ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ จังหวัดเพชรบุรี

หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (หสช.)
จัดทำเป็นเอกสารดิจิทัล โดย พันธนันท์ คำเสนา, ๒๘ พ.ย. ๒๕๖๖.
National Archives of Public Health (NAPH), Thailand
Digitized by Pantanan Khamsana, 28-11-2023.

คำนำ

หนังสือรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมองค์ความรู้จากการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย (Health Financing in Thailand) ซึ่งจัดขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และธนาคารโลก เมื่อวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2536 ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ จังหวัดเพชรบุรี

การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ นับเป็นอีกก้าวหนึ่งของความพยายามเพื่อสร้างองค์ความรู้ให้เกิดมากขึ้นในการดำเนินการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของประเทศเพื่อนำไปสู่การบรรลุหลักประกันทางด้านสุขภาพสำหรับประชาชนรวมทั้งการปรับปรุงโครงการด้านสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันให้สามารถดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพและเสมอภาค รวมทั้งครอบคลุมประชาชนได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ดีแม้ว่าผลการสัมมนาจะยังไม่ก่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในทันที อย่างน้อยก็จะช่วยสะสมองค์ความรู้ในส่วนที่จะทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและพร้อมที่จะผนึกกำลังเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันต่อไป

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม (นายบุญยงค์ เวชมณีศรี) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และเจ้าหน้าที่ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ที่ได้พยายามสรุปรวบรวมรายงานการประชุมและการจัดทำหนังสือฉบับนี้ให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ ขอขอบคุณกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนการจัดพิมพ์ในครั้งนี้

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
วราพร พากเพียร

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สรุปผลการประชุม	1
Health Care Financing in Thailand Challenge for the Future	7
The Civil Servant Medical Benefit Scheme	37
The Social Welfare for Health Care	51
Payroll Tax Financed Health Insurance Scheme in Thailand : A Policy Analysis	85
การประกันสุขภาพโดยสมัครใจในประเทศไทย	121
A Synthesis	185
สรุปผลการประชุมกลุ่ม	197
ภาคผนวก	201
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ	203
กำหนดการประชุม	207
คำกล่าวรายงาน กล่าวเปิด และ Speech จากผู้แทนธนาคารโลก	211
คำกล่าวปิดประชุม	219
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม	221

สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Health Financing in Thailand

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และธนาคารโลก ได้ร่วมดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Health Financing in Thailand ระหว่างวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2536 ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ จังหวัดเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์การเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับงานด้านหลักประกันสุขภาพ วิเคราะห์ประสิทธิภาพของนโยบายต่าง ๆ เพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการปรับปรุงที่เหมาะสม ตลอดจนเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในอนาคต โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สมาคม โรงพยาบาลเอกชน ผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ The Nation และผู้แทนจากธนาคารโลก การประชุมครั้งนี้ได้รับเกียรติจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งทำการศึกษาวิจัยปัญหาของการประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการประชุมกลุ่ม และการอภิปรายทั่วไปของผู้เข้าร่วมประชุม

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีเนื้อหาสาระสำคัญโดยสรุปดังนี้

1. การนำเสนอข้อมูล

1.1 การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดย Prof. William C. Hsiao

เป็นการเสนอภาพในฐานะที่มองจากคนนอกว่าระบบสาธารณสุขของแต่ละประเภทนั้นสะท้อนสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งสภาพปัญหาและประเด็นความสำคัญเชิงนโยบายที่ประเทศไทยเผชิญอยู่ คือ

1.1.1 ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้น

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงในทางที่เพิ่มขึ้นจาก 800 บาทต่อคนในปี 2525 เป็น 2,474 บาทต่อคนในปี 2535 ในขณะที่สถานะสุขภาพของประชาชน ซึ่งแม้จะดีขึ้นเมื่อพิจารณาจาก Infant Mortality Rate และ Life expectancy ยังด้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้านบางประเทศซึ่งมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GNP ต่ำกว่าประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีปัญหาเรื่องช่องว่างของการกระจายรายได้ที่กลับกว้างมากขึ้น

1.1.2 ระบบบริการสาธารณสุขขาดความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และคุณภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็น 3 แบบ กล่าวคือ การรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้มีรายได้น้อย การจัดระบบการประกันสุขภาพสำหรับคนชั้นกลางและกลุ่มรายได้สูง ซึ่งสามารถแสวงหาบริการได้อย่างอิสระ โดยแต่ละรูปแบบจะมีลักษณะการบริหารดำเนินงาน สิทธิประโยชน์ การสนับสนุน

งบประมาณจากรัฐและความครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งโดยเปรียบเทียบก่อให้เกิดความไม่เสมอภาค ประสิทธิภาพ และคุณภาพที่เท่าเทียมกัน

ความไม่เสมอภาค ได้แก่

1. ประชาชนประมาณร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ยากจน ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่
2. ผู้ที่มีหลักประกันบางกลุ่ม ได้รับความคุ้มครองไม่เพียงพอ
3. การสนับสนุนงบประมาณของรัฐในแต่ละโครงการไม่เท่าเทียมกัน
4. สถานะสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันมาก

ความไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. การให้บริการที่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน
2. กลุ่มเป้าหมายมีความซ้ำซ้อน
3. ขาดการประสานงานระหว่างองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี

ความไม่มีคุณภาพ ได้แก่

1. ผู้ให้บริการไม่มีความรู้ ความสามารถเพียงพอ
2. ขาดมาตรฐานการให้บริการและราคาที่เหมาะสม
3. ขาดกลไกในการติดตามประเมินผลคุณภาพการให้บริการ
4. การใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำเสนอข้อมูลระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการสาธารณสุขแต่ละประเภทดังนี้

1. ผศ.ดร.ดาว มงคลสมัย เสนอเรื่อง The Social Welfare for Health Care
2. ผศ.อนงค์ โรจน์วณิชย์ เสนอเรื่อง The Civil Servant Medical Benefit Scheme
3. น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เสนอเรื่อง Payroll Tax Financed Insurance Schemes
4. ศ.ดร.เทียนฉาย กีระนันท์ เสนอเรื่อง Voluntary Health Insurance

2. การปฏิรูปเพื่อแก้ปัญหา

เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างเสมอภาค มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ที่ประชุมเห็นควรให้มีการปฏิรูประบบการประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งหมด โดยมีผู้เสนอแนวคิดและทางเลือกไว้ดังนี้

แนวคิดหรือหลักเกณฑ์ในการปฏิรูป ได้แก่

1. การรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ
2. ประชาชนมีสิทธิเลือกบริการที่พอใจ โดยไม่ขัดหลักประสิทธิภาพ
3. สิทธิประโยชน์ไม่น้อยกว่าเดิม

ทางเลือกในการปฏิรูป ได้แก่

1. การปฏิรูปขนานใหญ่ โดยรวมกองทุนจากทุกโครงการเข้ามาเป็นกองทุนเดียวและมีองค์กรเดียวบริหารจัดการกองทุน เพื่อจัดให้มีบริการที่เท่าเทียมสำหรับประชาชนทุกคน

2. ปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยแต่ละโครงการยังเป็นอิสระของตัวเอง แต่จะจัดตั้งองค์กรขึ้นมาทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะและประสานงานเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของทุกโครงการเข้ามาสู่เป้าหมายรวมอันเดียวกัน

3. การให้แต่ละโครงการดำเนินงานขยายความครอบคลุมทั้งด้านประชากรเป้าหมายและสิทธิประโยชน์ต่อไปตามที่เคยทำอยู่

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

ในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการปฏิรูป ที่ประชุมเห็นพ้องต้องกันว่า ประชาชนทุกคนควรได้รับหลักประกันหรือสวัสดิการสงเคราะห์พื้นฐานที่มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพภายในปี 2548 โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่คนจนและคนค่อนข้างจนเป็นลำดับแรก

กลวิธีที่จะใช้ในการปฏิรูป ได้แก่

1. จัดระบบการเงินการคลังให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal Coverage) โดยสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเบื้องต้น (Basic Essential Package) ซึ่งครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลที่จำเป็น

2. ให้รัฐและเอกชนมีบทบาทร่วมกันในระบบการเงินการคลังและการให้บริการเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสูญเปล่า

3. ใช้มาตรการควบคุมและจูงใจที่เหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องราคาค่าตอบแทน และมาตรฐานการให้บริการ

4. การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

3. ผลการประชุมกลุ่มย่อย

ที่ประชุมกลุ่มได้กล่าวถึงปัญหา 3 ประเด็นคือ ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพ โดยเสนอให้พิจารณาข้อมูลประกอบเพิ่มเติมคือ ความเป็นธรรมในเรื่องการที่แต่ละโครงการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐที่แตกต่างกัน การให้ความคุ้มครองกลุ่มที่มีการเคลื่อนย้ายสูง ความซ้ำซ้อนของกลุ่มเป้าหมายและประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทั้งในแง่ของผู้บริโภคและผู้ให้บริการ ที่ประชุมกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. แนวคิดหรือหลักเกณฑ์ในการปฏิรูป ควรพิจารณา

1.1 หลักการอิสรภาพในการเลือกของประชาชนที่ไม่ขัดกับหลักประสิทธิภาพ

1.2 สิทธิประโยชน์ไม่น้อยกว่าเดิม

1.3 คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

2. เป้าหมาย

1.1 กำหนดเป้าหมายว่าต้องการให้มีการจัดระบบการเงินการคลังที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal coverage) ภายในปี 2548

1.2 มี Basic minimal package

1.3 กลุ่มเป้าหมายที่จะเริ่มต้นคือ ผู้ยากจนมากและผู้ยากจนปานกลาง

3. คำจำกัดความของ Basic Minimal Package

3.1 ให้พิจารณาบทบาทของการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพด้วย

3.2 ให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลพื้นฐาน

4. ระบบการเงินการคลัง

4.1 จะต้องมีเงินเพียงพอสำหรับ Basic Minimal Package

4.2 จะได้แหล่งเงินที่เพิ่มอย่างไร เช่น งบประมาณจากรัฐบาลที่เพิ่มขึ้นอาจจัดเป็น % ที่ชัดเจน หรือในรูปของกองทุน การใช้ภาษีพิเศษ Specific tax หรือ Earmarked tax

4.3 ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรทรัพยากรใหม่ทั้งในระดับผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

4.4 เพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ เช่น ในสถานพยาบาลของรัฐ

5. แนวทางการดำเนินงาน

5.1 ควรให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ทำหน้าที่กำหนดนโยบายเรื่อง การประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสาธารณสุข ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนหามาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคในแง่ของความเป็นธรรมและคุณภาพของบริการ โดยที่คณะกรรมการชุดนี้จะไม่มีบทบาทในการจัดการกองทุนแต่อย่างใด

5.2 ก่อนที่จะจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประชุมเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นแกนกลางในการจัดตั้งคณะทำงาน (Task Force) ทำหน้าที่ศึกษาประเด็นพิจารณาที่ยังขาดรายละเอียดที่ชัดเจน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณา ดังนี้

5.2.1 วิธีกำหนด Basic Essential Package

5.2.2 วิธีการได้มาและการจัดสรรด้านการเงินการคลัง

5.2.3 กำลังคนและความสามารถในการให้บริการที่เหมาะสม

5.2.4 ระบบการจ่ายที่เหมาะสม

5.2.5 การปฏิรูปผู้ให้บริการ

5.2.6 ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

5.2.7 กำหนดบทบาทใหม่ขององค์กรต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม

5.2.8 การศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ในการออกกฎหมายเฉพาะ

5.2.9 ศึกษาวิเคราะห์และหาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

5.2.10 การจัดระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผล

5.2.11 การวิจัยและวิเคราะห์พื้นฐาน

5.2.12 การใช้วิธีการทางงบประมาณประจำปี 2538 เพื่อขยายความคุ้มครอง

Health Care Financing in Thailand : Challenges for the Future

by

William C. Hsiao

Professor of Health Systems Economics

Harvard University

This paper has been prepared for the Leadership Workshop on Health Care Financing in Thailand, sponsored by the Thai Government and The World Bank, to be held in Bangkok, Thailand, on November 12 and 13, 1993. Buranaj Smutharaks, M.D., M.P.H., provided invaluable research assistance which made this paper possible. He traveled to Bangkok to gather data and also compiled National Health Expenditure Accounts for the past ten years in Thailand.

Introduction

In less than thirty years, Thailand has transformed from a subsistence agrarian society into a rapidly industrialized country. Over the past two decades, Thailand's per capita income has grown steadily -- about 6% per year in real terms -- reaching close to $2,100 (54,000 baht) in 1993.[1] Life expectancy at birth has reached 69 years and infant mortality has declined from 125 per 1,000 live births in 1960 to 38 per 1,000 in 1991. It seems this rapid economic growth will continue unabated into the next decade.

The enviable overall economic growth, however, has not resulted in more equal distribution of income and health status. Thailand's income distribution has worsened ; the Gini Coefficient has increased from 0.426 in 1976 to 0.500 in 1986.[2] Thailand tried to address this problem by setting goals in its Seventh National Economic and Social Development Plan (1992-1996). A goal of this plan is to give "special attention to prevent income distribution from worsening further"[3] by placing greater emphasis on distributional aspects of economic growth and by adopting policies that target the improvement of health and the education of the poor.

While Thailand moves rapidly toward greater industrialization, it is also going through rapid demographic and epidemiological transitions. Other than sexually transmitted diseases (STD), communicable diseases have been declining rapidly while chronic diseases are becoming more prevalent. As for STD, the increases in HIV prevalence have become alarming. For instance, the prevalence of HIV transmitted disease in male patients and pregnant women was 2% and 0.0% in December 1989, but had risen to 5% and 0.79% respectively by June 1991.[3] These changing disease patterns require Thailand to reexamine its health care system to ascertain whether its current approach in financing and organizing health care can meet its needs.

Thailand's health care system reflects, in many respects, the entrepreneurial market-driven nature of its economy. It has a pluralistic public/private mix in both financing and delivery of health care. While the government organizes health care financing for some segment of its population, and operates public health centers and hospitals, it adopts largely a laissez-faire policy toward private providers (clinics, hospitals, and pharmacies) and private insurers.

Thailand has a three-tiered health care system. In the bottom tier, the government provides free care in health centers and hospitals to the poor. Services are rationed by limiting supply which results in long waiting lines and poor quality. Even so, studies found 41% of the poor and near poor are not eligible for the free care.[4] Some low income persons can obtain services at public facilities on a reduced fee basis, while others resort to self-care. In the middle tier for middle income persons, the government has organized several financing schemes (i.e., health cards, drug revolving funds, workmen's compensation, social security, and insurance for civil servants). The insured can obtain services from public facilities and their insurance plans pay the full cost. On the top tier for upper income persons, patients pay directly and freely choose their services from private or public facilities.

Under this pluralistic system, Thailand spent an estimated 5.9% of its GDP for health care in 1992, one of the largest percentages of any country in its stage of economic development. Yet the health status of the people is below average of its peer nations, which makes one question whether the resources are being used in a cost-effective way.

This paper is organized into three sections. The first is an overview of the Thai health care system, which examines its national health expenditure accounts, its health status, the organization and financing of its health services, and its payment and incentive structure. This overview reveals the achievements and problems of the Thai system. Next is an outline of the policy issues facing Thailand and suggested options for policymakers to consider. Finally, there is a summary.

Overview of the Thai Health Care System

There are several essential elements that constitute a health care system. These elements determine how well the system provides health care to the people and how much it costs. We first present a national health expenditure account of Thailand which shows how much financial resources were spent on health, who paid for them and how the money was spent. Newt, we briefly the health status of Thai people and their epidemiological conditions. Then, the essential elements of the system are reviewed : organization of health services, financing programs, and payment and incentive structures.

National Health Expenditure Accounts

Using data from diverse sources, we compiled national health accounts for Thailand from 1978 to 1992 (Table 1). All figures are in constant 1992 baht. As shown in Table 1, in 1992, every Thai spent an average of 2,474 baht for health care, 645 baht (26%) of which was financed by the public sector and 1,823 baht (74%) of which was financed by the household. The amount spent totaled 5.9% of GDP. In real terms, the private household expenditure more than tripled in the past decade. Moreover, government spending through the MOPH increased dramatically, doubling in the past four years. As a result, total per capita expenditures increased from 800 to 2,474 baht between 1982 and 1992, which is about a 12.5% annual increase in real terms. While total spending in health has increased substantially over the years, health expenditure as a percentage of GDP has leveled off because of the rapid growth rate of the GDP.

Besides the rapid increase in private household spending, the government also contributed to the growth in overall spending with the inauguration of new programs, such as social security. In addition, the civil servant benefit program has grown more than 30% over five years, even though there was only a slight increase in the number of beneficiaries. Private insurance continues to play a small role in financing health care. Table 1 illustrates how the sources of financing have changed from 1982 to 1992.

Table 1 shows the sources of health financing, but we were not able to gather comprehensive information as how the money was spent for what services. We are only able to find data that illustrates where individuals went initially for health care when they became ill (See Table 2). All data is in terms of the percent of people. As shown in Table 2, when ill, a large portion of the population go directly to pharmacies to seek advice and to buy drugs. This portion, however, has declined from 51.4% in 1970 to 28.6% in 1985. Instead of going directly to the pharmacy, more individuals are using public and private hospitals. The percent of people who initially visit a hospital when sick has increased from 33.8% in 1970 to 54.3% in 1985. Although household consumption has shifted from the self-purchasing of drugs toward institutional care, local pharmacies continue to be a main source of treatment for minor illnesses.[5,6]

Table 1 National Health Expenditure Account : Thailand (1992 prices in baht)

	1978	1980	1982	1984	1986	1987	1988	1990	1992
MOPH	7,661.6	7,683.7	9,552.6	11,867.6	12,249.1	12,277.9	12,867.7	17,286.4	24,904.1
	19.9%	17.2%	20.5%	17.4%	15.3%	14.1%	13.5%	15.0%	16.8%
Other ministries	3,265.1	3,894.6	4,081.5	4,730.7	5,176.1	5,203.4	5.326.5	5,020.1	4,836.5
	8.5	8.7	8.8	6.9	6.5	6.0	5.6	4.4	3.3
Civil servant benefits	760.8	1,117.1	1,741.9	2,444.2	3,386.5	3,610.6	3,915.3	4,799.0	5,182.3
	2.0	2.5	3.7	3.6	4.2	4.1	4.1	4.2	3.5
Workmen's Compensation	140.0	168.1	217.3	340.4	288.6	345.5	430.5	492.7	753.0
	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5
Social Security	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	811.9	1,823.0
State Enterprise benefits	165.4	316.6	447.5	523.7	685.3	727.1	733.2	691.8	652.0
	0.4	0.7	1.0	0.8	0.9	0.8	0.8	0.6	0.4
Private Insurance	476.9	401.9	458.1	514.4	556.3	573.9	570.7	576.1	560.0
	1.2	0.9	1.0	0.8	0.7	0.7	0.6	0.5	0.4
Foreign Aid	376.5	642.6	547.0	536.8	660.4	644.5	390.8	87.9	362.8
	1.0	1.4	1.2	0.8	0.8	0.7	0.4	0.1	0.2
Private Household expenditures	25,721.8	30,461.6	29,503.3	47,296.4	56,934.4	63,974.4	71,413.7	85,258.1	109,381.4
	66.7	68.2	63.4	69.3	71.2	73.2	74.7	74.1	73.7
Total	38,567.9	44,686.3	46,549.0	68,254.4	79,936.6	87,357.2	95,648.3	115,023.9	148,455.1
(% of GDP)	3.4	3.8	4.5	5.1	5.5	5.6	5.8	5.7	5.9
Total Per Capita Expenditures									2,474
Per Capita Expenditures from Insurance Plans/Govt.									645
Per Capita Expenditures by Private Household									1,823

Note : *For data and methods used to compile the National Health Expenditure Account, please see Appendix A.*

Table 2 Place of Entry for Initial Episode of Illness

Types of Health Services	1970	1979	1985
Self-treatment, buy drugs	51.4%	42.3%	28.6%
Health center	4.4	16.8	14.7
Government hospital	11.1	10.0	32.5
Private hospital, clinic	22.7	20.7	21.8
Traditional healers	7.7	6.2	2.4
Do not visit	2.7	4.2	n/a

Source : *Porapakkham W. Mahidol University Institute for Population and Social Research, 1983. IPSR Survey of Health Seeking Behavior, 1987.*

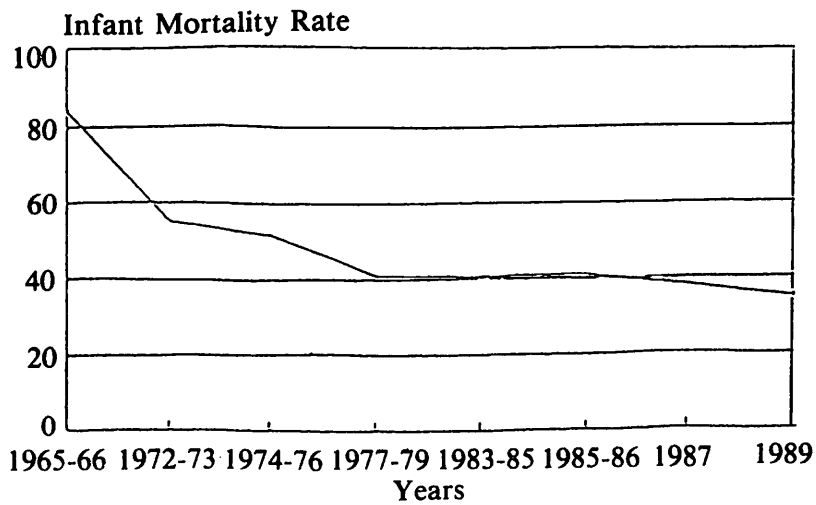
Health Status

Indicators of the general health status of the population have shown considerable improvement over the past decade. However, it is unclear whether this improvement has been uniform across different population groups.[5,7]

Thailand is currently undergoing epidemiological and demographic transition.[8] Chronic diseases are now the leading cause of death.[9] The causes of death in order of their frequency are : cardiovascular illnesses, accidents (other than transport-related), malignancies, diseases of the digestive tract, transport-related accidents, diseases of the respiratory system, and cerebro-vascular diseases. Meanwhile, incidence of infectious diseases and diseases of nervous systems have fallen.

While the exact infant mortality figures are widely disputed as studies and surveys from several groups produced very different estimates, all studies indicate that the infant mortality rate has improved steadily. The general trend is shown in Graph 1.[10,11]

Graph 1 Infant Mortality Rate
Deaths per 1,000 births



Please refer to endnotes 5 and 6 for data sources.

Organization of the Health Care System

Health services are organized and delivered by both public and private institutions. In the public sector, the MOPH provides services through a three-tiered health delivery system. This consists of 8,178 health centers, each staffed by two health workers, nurses, or midwives at the tambon level (population size 5,000-10,000), 679 hospitals with 10 to 100 beds staffed by two to five general practitioners at the district level (population size 20,000-100,000), 72 provincial hospitals with 200 to 400 beds staffed by GP's as well as some specialists, and 17 tertiary hospitals with up to 1,000 beds, fully staffed in all specialties.

The public facilities are financed by the government and by user fees. The major source of revenue for district and provincial level hospitals comes directly from the Ministry of Public Health (MOPH). A few hospitals also receive revenue from municipal governments. In addition, they can retain all the user fees they collect. There are large variations in financing among different MOPH hospitals.*[12] A rough estimate indicates that, on average, about 60% of a hospital's total revenue comes from the government's allocation and 40% from user charges. Of this user fee revenue, approximately 1/3 to 1/2 is collected from patients on a fee-for-service basis (mostly from the sales of drugs). The remainder comes from reimbursements from insurance plans. Often a major portion of the user reimbursement comes from patients covered by the civil servant benefit schemes, which pay hospitals their full charge.

To supplement allocated budget funds, health centers also derive their revenue from user fees (totaling 1967 million or approximately 200,000 per center) which accounts for approximately 70% of their revenues. Each center provides an average of 3,644 visits per year. Half of these visits are for patients who are covered by the free care program. User fees are collected mainly from the sale of drugs. A study revealed that health centers operate with an average surplus of 18,300 baht per center.[13]

*12 A substantial portion of data for this section was based on informal interviews and communications with a number of administrators of MOPH hospitals.

Hospitals and health centers set their charges on a sliding scale. They have the discretion to decide how much to charge patients, based on the hospital's assessment of the patient's ability to pay. Patients covered under insurance plans, such as civil servants and their dependents, are often charged a higher price -- two to three times the lowest price. Revenues received from the civil servants benefit program are used to cross-subsidize patients covered by the free care scheme for the poor, which is budgeted separately. However, the budget usually does not cover actual costs.

Under the primary health care initiative started in 1970's, more than 70,000 people are serving as health volunteers in villages, overseeing basic primary health care, such as sanitation and nutrition, and assisting in the health surveillance system. There are 25,325 revolving drug funds, which stock common drugs for minor illnesses, and are managed at the village level. In addition, 7,535 health card funds also exist at the village level.

As for the private sector, the number of private hospital beds and physician clinics have nearly doubled during the past decade (Tables 3A and 3B). The increasing demand for high quality medical services largely stimulated the growth of private hospitals and clinics. Virtually all private hospitals and clinics are concentrated in urban areas of Thailand. In addition, while the government has promoted the building of private hospitals through tax subsidies, it has not developed adequate regulations for the private health sector.[14]

Financing Programs

Thailand has organized health care financing programs for approximately one-half of its population. There are five separate schemes which are described in greater detail in this section. A summary of the financing schemes is presented in Table 4 which describes the population covered under each scheme, the benefits and payment structure, and the average amount per capita paid by each scheme in 1992.

A. The Civil Servant Medical Benefit Scheme

The Civil Servant Medical Benefit Scheme[15] covers the health-related expenses of all government employees, their dependents (spouse, parents, and three children). State enterprise employees and dependents are also covered. The scheme is part of the multitude

Table 3A Hospital Beds by Public and Private Sector

	1977	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1989	1990
Public	57,478	58,154	62,879	64,861	72,587	77,396	79,277	80,112	80,377
Private	5,875	5,842	7,296	7,511	7,719	8,597	9,075	13,042	13,316
	(9.1%)	(9.1%)	(10.4%)	(10.4%)	(9.6%)	(10%)	(10.3%)	(14%)	(14.2%)
Total	63,353	63,996	70,175	72,372	80,306	85,993	88,352	93,154	93,693

Table 3B Growth of Private Clinics

1986	1987	1988	1989	1990
8,595	8,670	9,835	11,443	13,332

Source : *1. Tangcharoensathien et al. "The Public/Private Mix in Thailand." Thailand MOPH Health Planning Division.*

2. Proceedings. "Thai Health Assembly." MOPH, 1988.

3. Health Resource Survey. "Public Health Statistics, 1990." MOPH, 1990.

Table 4 Summary of Various Financing Schemes in Thailand, 1992

Scheme	Population Covered	Type of Plan	Benefit and Payment Structure	Expenditure per Capita
Civil servant and state enterprise benefit plan	Covers workers, spouse, parents, 3 children 6.4 million (11.3%)	Public employee insurance, managed by MOPH	All outpatient services in public sector ; inpatient services in public or private, but only partial coverage in private ; providers paid by fee-for-service.	916 baht (civil servants) 815 baht (state enterprise workers)
Social security	Covers workers only except maternity 3.8 million (6.8%)	Compulsory for firms with more than 20 workers, managed by MOLW	All outpatient and inpatient services at contracted providers ; B700 capitation payment.	480 baht
Workmen's compensation	1.8 million	Same as Social Security	All services ; free choice of providers ; paid by fee-for-service, with ceiling B30,000 per episode.	248 baht
Health cards	3.0 million (5.3%)	Community financing, voluntary, premiums B300/household	Covers maximum 4 household members for a maximum 8 episodes per annum and maximum B2,000 per episode in public sector with strict referral.	65 baht
Private insurance	0.6 million (1.1%)	Voluntary	Free choice, providers paid by fee-for-service.	622 baht
Free care	Low income 11.7 million (20.7%) Elderly	Social welfare managed by MOPH	All services free in public sector ; first contact at health center ; must follow referral line.	214 baht (low income) 77 baht (elderly)

of perks and benefits provided for civil servants, including tuition and housing allowances. An estimate of 6.4 million people were covered under this scheme in 1992.

Financed through general revenue, the program provides comprehensive benefits without co-payment for services received in public hospitals, and a ceiling for reimbursement is set for services provided in private hospitals. Total expenditures for the program have risen dramatically at a growth rate of approximately 20% per year over the past decade despite very small increases in the actual number of beneficiaries.

The program has the highest expenditure per capita at more than 900 baht per person covered. However, it is believed that the charges set by most public hospitals for civil servants are higher than actual costs and thus public hospitals rely on payments from the civil servant medical benefit program to make-up their deficits resulted from rendering services to reduced price or free care patients.

B. Workmen's Compensation.

Before the advent of the social security program, the workmen's compensation fund was the only health benefit scheme that covers workers in the organized sector. Any firm with more than 20 workers is required to participate. The fund currently covers work-related injuries and illnesses. Slightly less than two million employees are covered by the fund which is financed by a ceiling of 2% payroll taxation contributions from employers.

Workers have free choice of public or private hospitals and the fund pays the hospitals based on a fee-for-services basis with a maximum 30,000 baht ceiling for each episode. The program currently has an fund amounts too 5,300 million baht. In 1992, payments for medical, disability, and death benefits totaled 742 million baht.

C. Social Security

Initiated in 1990, the social security scheme[16] now provides sickness, disability, maternity and death benefits to an estimated 3.9 million workers in firms employing ten or more workers. The scheme is expected to raise more than 10,000 million baht of funds from a tripartite contribution mechanism by the end of this year. By 1996, the social security program will extend its benefit to include family allowances for child care, and old age pensions. It will also expand its coverage to include the self employed persons on a voluntary basis. Unemployment benefits will also be provided in the near future.

Under the medical benefit scheme, workers can select a public or private hospital as their provider. The selected provider receives a capitation rate of 700 baht per worker. Social security expenditures for medical care benefits for 1992 was 1,823 million baht, accounting for almost 90% of total benefits paid.

D. Health Card

The health card program is a community financing initiative that residents can enroll voluntarily. Originally conceived as a primary health care initiative, it has now evolved into a fully functional risk-sharing prepayment system for health and medical care.[17] The program is decentralized, allowing for flexibility for each province to determine pricing, the degree of and types of benefits covered, as well as management of funds. On average, a health card costs 300 baht and covers four households members for up to eight episodes of illness (with a ceiling of 2,000 baht per episode) in one year. Although patients are required to seek care initially at health centers, lack of reinforcement has resulted in patients bypassing the referral system. Approximately 70% of the health card fund is designated to fund providers at different levels. Studies reveal that this covers around three-fourths of direct treatment costs, the remaining of which is subsidized by the hospital's other sources of revenue. The plan currently covers approximately three million people raising revenues of more than 300 million baht nationwide.

Recently, the government announced a large expansion of the current health card scheme by allowing substantially increased medical coverage (unlimited visits) through purchase of a 500 baht voluntary insurance plan, which the government will match an equal amount (500 baht/household).[18] A budget has been appropriated for a targeted one million households (4.2 million individuals). This new program will eventually augment next year's expansion of the social security plan to include voluntary insurance. Together, the government hopes that these two schemes will eventually serve to expand health insurance coverage to the remaining population currently not covered under any insurance plan.

E. The Free Medical Care for the Low Income Families

A social assistance program for low income households,[19] the free care program provides coverage for an estimated 11.7 million people. Each province set its own income standard as who is eligible for a free-care card. In order to receive free care, households

must be judged by a tambon committee through a local income assessment survey to be poor and eligible for a free-care card. The government also allows the use of a "sliding-scale" fee mechanism for charging the low income persons who don't have a free-care card.

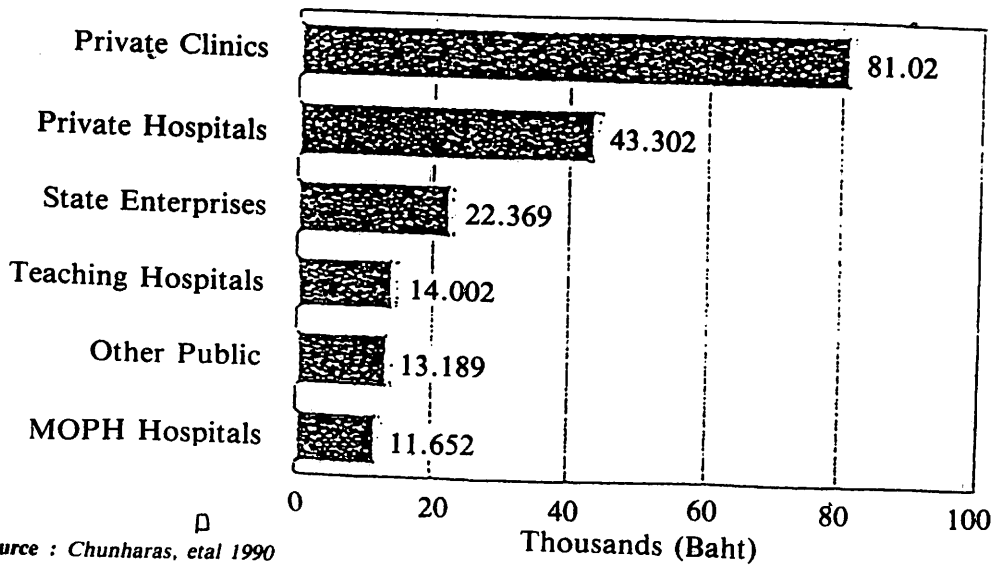
The program requires beneficiaries to seek medical care from the tambon health center as a first point of entry, which will then determine whether to refer patients along the referral line, through which they will be provided with free care.

A budget is allocated to the provincial level and is financed through general revenue. However, it is estimated that the allocated budget covers less than half of the actual expenditure of the program,[20] the remainder of which is cross-subsidized from each hospital's own revenue generated from user charges and insurance plans. The budget for the plan has more than tripled in size over the past five years, standing at 2,500 million baht for FY1992.

Private sector provision

Although very little data exists regarding private hospitals and clinics, it is evident that the private health care market in Thailand is a thriving industry. The rapid growth of private hospitals, stimulated by the booming economy as well as the government's promotion of capital investments through various incentive mechanisms, has been documented as one of the most rapidly expanding market segment in Thailand.[21] There is a wide income differential between providers in the public and the private sectors (Graph 2).[22]

Graph 2 Average Income of Full-Time Physicians 1990



Source : Chunharas, etal 1990

This income disparity has resulted in an unprecedented outflow of physicians, nurses and other health care practitioners from the public to the private sector. The majority of those the remain in government work part-time at private clinics or hospitals as a means of seeking supplementary income.

Although the government has viewed the private sector as relieving the over-burdened public sector, coordination between the two sectors was never formally addressed until the Sixth National Health Plan (1987-1991). Since there are large price differentials between the services provided by the public and private sectors, one would expect public physicians to refer patients to their private practice. However, there are no studies on the flow or referral patterns of patients. Further, we do not know how many health care professionals have left the public sector for the private sector. This problem, though, is an urgent concern of the MOPH. Addressing this "brain-drain", the MOPH has granted a 10,000 baht per month subsidy for physicians who do not work in the private sector in addition to their full-time public jobs, hoping that physicians employed by public hospitals will devote all of their time to the public hospital.

Although the actual size of Thailand's pharmaceutical market has not been ascertained, the rapid growth in number of pharmacies as well as private clinics, which derive more than 70% of total revenues from prescribing and dispensing drugs to patients, shows the significant role of drug expenditures in the rising cost of health care.

Policy Issues

During the past two decades, Thailand has adopted a number of mechanisms to finance health care for its people -- notably, the national primary health effort that began in 1980 and the establishment of the social security system in 1990. In spite of these advancements, close to fifty percent of the Thai people are not covered by any financing scheme. Most of these uncovered people are in the poor or near poor classes. In this section, we highlight some of the issues that Thai's must consider as they examine alternative policies to improve the financing and delivery of health care.

Equity

The data presented in the previous sections readily shows that there are three major equity issues : 1) a majority of the population are uninsured or inadequately insured ; 2) resources are not distributed evenly across regions ; 3) health status varies by region and by income class.

Close to fifty percent of the Thai people are not covered by any financing schemes in spite of the free care provides for the poor and the establishment of Health Card funds. Equally important, people who are covered under some scheme do not have adequate benefit coverage. For example, the expenditure per capita for Health Card holders was 65 baht while the per capita expenditure for civil servants was 916 baht (see Table 4). This disparity in expenditures per capita is explained partly by the sliding scale pricing policy of hospitals. However, that is not the whole story. The differences are largely due to the different scope of benefits provided by different financing schemes. When average private health expenditure per capita was 1,823 baht, the average payment of 65 baht covered by the Health Card was obviously inadequate.

There are three-fold differences in the number of hospital beds per 1,000 population between Bangkok and the northeastern region. (See Table 5A and 5B). The supply of physicians shows a greater disparity : a 9 : 1 ratio between the two regions. Undoubtedly, if a closer examination is made to evaluate the distribution of resources by community, the differences will be even greater between the poor and rich communities. This unequal distribution of resources is partly due to the inequitable financing of health services by region and income class. The lack of adequate financing in some communities impacts the availability of health services.

Health status is affected by the uneven distribution of health resources. While the overall health status of the Thai people has improved, there are still wide differences between groups. Because we have not been able to find information on health status by income class, we use health status by region and occupation as crude proxies. Table 6A and 6B show that infant mortality rates for agricultural workers and farmers are, on average, 2.5 times higher than those for civil servants. Meanwhile, the infant mortality rates in the northeastern region are twice as high as those of metropolitan Bangkok. These differential outcomes could be

due to differential health care financing, uneven distribution of health resources, different education levels of the mother, unequal distribution of public health and preventive services, and unequal distribution of income.

Thailand faces the question : "How can we provide adequate financing for all the population?" The government proposes to expand Social Security to cover dependents, small employers and the self-employed. However, this measure will only ameliorate a small portion of the uninsured. According to data published by the International Labor Office,[23] there were 30.4 million people in the labor force in 1988. 6.9 million were employed by non-agricultural firms and 2.1 million were employed by agricultural firms in the organized sector, 12.5 million were employed by family members, 8.9 million were self-employed, and 1.0 million were unemployed. Social Security has proven to be effective in extending economic protection to the workers employed in non-agricultural firms in the organized sector. The expansion of Social Security may cover additional four to six million middle income workers and their dependents, but it will not ameliorate the lack of financing for the poor and lower income people in agriculture or employees of the informal sector.

Meanwhile, the government also proposes to establish a subsidized Health Card scheme for the 1 million households (4.2 million people). But the combined efforts of expanding Social Security and Health Cards will still leave more than fifteen million people (25% of the population) uncovered by any financing scheme. Most likely, these uncovered people will be lower income families. It seems that the government must move beyond expanding Social Security and Health Cards if the lower income people are to have appropriate organized financing for their health care.

The other equity issue deserving consideration pertains to the adequacy of benefits covered by the current Health Card scheme and free care for the poor. The current Health Card provides modest coverage. For example, it does not cover large medical expenses, which may often bankrupt a family unless hospitals give them free services. The free care program pays health centers and hospitals less than their average cost of services rendered. This may result in inferior medical treatment being rendered to those who receive free care. These inequities in benefit coverage also have to be addressed.

Table 5A Distribution of Population-per-Bed Ratio by Region.

Region	1979	1981	1982	1984	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Bangkok	337	302	311	312	343	316	301	358	362	
Central	543	486	471	449	446					
North	980	806	916	835	770	(855)	(868)	(833)	(851)	
South	665	690	651	596	577					
Northeast	1,511	1,264	1,594	1,174	1,148					
Total	752	665	672	632	629	718	126	725	738	

Table 5B Distribution of Population-per-Physician Ratio by Region.

Region	1979	1981	1982	1984	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Bangkok	1,210	1,360	1,348	1,432	1,577	1,418	1,165	1,062	1,082	958
Central	11,652	9,654	7,958	7,587	6,444					5,804
North	13,112	12,364	10,479	11,136	9,227	(8,871)	(7,618)	(7,207)	(7,556)	6,316
South	15,641	13,148	10,680	9,974	7,080					6,079
Northeast	25,716	23,492	23,950	19,828	13,564					10,970
Total	6,956	6,406	6,406	6,364	5,564	5,595	4,832	4,361	4,500	4,425

Source : *Data from 1977-1986. "Thai Health Assembly Proceedings. MOPH, 1988. Data from 1986-1991. "Public Health Statistics, 1990." MOPH Health Resource Survey, 1990.*

Table 6A. Infant Mortality Rate by Region

Region	1985-1986	1987
Bangkok	27	20
Central	48	40
North	45	44
South	30	34
Northeast	37	40
Total	41	38

Sources : *Report on "Thai Demographic and Health Survey," (TDHS) 1988 ; "Survey of Population Change," (SPC) 1986 ; "The Mortality and Morbidity Differentials in Thailand in 1986," (MMO), by the Institute of Population and Social Research, Chulalongkorn University, 1988 ; and "Causes of Infant and Child Mortality Project," MOPH Health Statistics Division and the Faculty of Public Health, Mahidol University, 1988.*

Table 6B. Indirect Estimate of IMR from 1980 Census and SPC 1984-86 by Occupation of Mother

	1980		1984-86	
Occupation	**Total**	**Urban**	**Rural**	**Total**
Managerial, civil servant	22.4	12.7	27.8	16.7
Sales	34.7	33.5	34.8	27.8
Agricultural, farmer	47.8	49.4	45.6	38.9
Service worker	33.9	33.4	41.6	27.3

Source : *Pannarunothai, Supasit. "Equity in Health : The Need for the Use of Public and Private Health Services in Urban Area in Thailand." (Unpublished doctoral dissertation). The London Scool of Hygiene and Tropical Medicine, 1992.*

Table 7 Comparison of Health Financing, Status, and Resources for Selected Countries.

Country	GNP per Capita	Spending by Source (% of GNP)			% Govt. Budget to Health	Infant Mortality Rate		Life Expectancy		& Births Attended by Health Staff	Population per Physician		Population per Beds
		Public	Private	Total		1970	1991	1970	1991		1970	1991	
Malaysia	2,520	2.7	0.8	3.5	6.8	43.6	15	62.3	70.5	82	4,310	2,700	435
Thailand	1,570	1.6	4.3	5.9	5.7	68.8	38	59.0	68.9	33	8,290	4,425	738
Philippine	703	0.6	1.8	2.4	3.3	65.2	41	57.5	64.7		8,120	2,690	647
Indonesia	610	0.9	1.5	2.4	3.8	116	74	48.2	59.6	43	7,030	4,810	1,743
Sri Lanka	500	1.3	0.9	2.3	4.5	50.6	18	64.8	71.3	87	5,900		368
China	370	0.8	1.4	4.0	4.2	66	38	62.5	70.4				465
India	330	1.6	2.7	4.3	6.7	134.6	90	49.8	59.9	33	4,890	2,460	1,489

Sources : *The World Bank. "World Development Report 1993." Oxford University Press, 1993. Griffin, C. "Health Care in Asia : A Comparative Study of Cost and Financing." The World Bank 1992. "Thai Demographic and Health Survey." 1988. "Survey of Population Change." 1986. "The Study of Mortality and Morbidity Differentials in Thailand in 1986." The Institute of Population and Social Research, Chulalongkorn University, 1988. "Causes of Infant and Child Mortality Project." MOPH Health Statistics Division and the Faculty of Public Health, Mahidol University, 1988. The World Bank. "World Tables 1993." Johns Hopkins, 1993.*

Efficiency

A. Allocative Efficiency. Compared to their neighboring low-income Asian countries, Thailand spent the highest percentage of its GDP on health care (Table 7). Yet, Thailand does not seem to produce commensurately good results in the health status of its people, as shown by the life expectancy and infant mortality rate. These crude low yield rates may be caused by allocative inefficiencies, low efficiency in the production of medical services, waste (such as overuse of drugs), and the lack of an effective referral system. These possible problems warrant greater in-depth studies in order to identify clarify the magnitude of their impact and to design appropriate remedies.

B. Financing and Provision of Public Health and Preventive Services. There are indications that public health and preventive services are not adequately provides. For example, the immunization rates for measles and third DPT are 60% and 69% respectively.[24] Malaria is still a major problem in Thailand. Insurance schemes are designed to finance curative services, not public health and prevention programs. The new Social Security program and the recently passed the Traffic Accident Liability Law, which finance accident victims, also focus on financing medical services rather than prevention or public health programs. The Health Card also uses most of its funds for services provided by district and provincial hospitals. Thailand must develop a parallel strategy in providing adequate financing for effective preventive and public health programs.

C. Organizational Efficiency. Studies reveal that there are significant technical inefficiencies in hospitals. For example, cost studies found that, after adjusting for case mix, the unit cost varies significantly among hospitals. For instance, the cost per admission varies two to three times among provincial hospitals. (Table 8).

Table 8 Total Cost per Inpatient Admission of Provincial Hospitals

Cost per Inpatient Admission (baht)	Number of Hospitals
1,000-1,500	3
1,500-2,000	23
2,000-2,500	32
2,500-3,000	21
more than 3,000	9

Source : *Ueekul B., et al. "Provincial Hospital Cost Functions in Thailand." Thailand MOPH, Health Planning Division, 1989.*

Duplication and inefficiency have resulted from the laissez-faire policy toward the private health sector. While the occupancy rates of public hospitals exceed 90%, those of private hospitals hover around 60%.[25] Furthermore, studies show that Bangkok has ten CT scanners per million population, exceeding all OECD countries except Japan and the U.S.A.[26]

Meanwhile, the private sector provision of health care continues to expand rapidly. Table 11 shows that the number of private hospital beds has risen from 10% of total beds in 1986 to 14.2% in 1990. Meanwhile, the number of private clinics has grown from 8,595 in 1986 to 13,332 in 1990. It is clear that the private sector is playing a prominent role in the provision of health services. The government needs a coherent policy to define the respective roles of the public and private sector in order to reduce duplication and waste, and improve quality.

Pricing/Incentive Policy

The private sector has another impact on public hospitals. Physician income in the private sector is several times that of the public sector. Consequently, many physicians "moonlight" in private clinics while employed by public hospitals. This "brain drain" results in understaffing and, thus, long waiting lines for patients. The government must develop an appropriate pricing policy for both the private and public sectors, in order to balance the incentive structure and human resources flow between the two sectors.

Quality

According to household surveys, approximately 50% of household health expenditures were spent on drugs. Much of the drug use is self-prescribed and purchased from private pharmacies. This widespread practice raises questions about the efficacy and cost of health care in Thailand. One problem with this is that individuals often receive advice from pharmacist's assistants who are unqualified to make diagnoses. Another problem is that since drug prices are unregulated, drug price inflation contributes significantly to increases in health expenditures. In fact, household surveys conducted by the National Statistical Office show that more than 50% of a household's expenditures for health were spent for pharmaceuticals.[26]

Rapid Expenditure Escalation

The health expenditure increases seem to come from the rapid expansion of the private sector and the heavy use of pharmaceuticals. Since Thailand spends approximately 50% of its health funds for drugs, the rapid escalation in health care costs likely results from price increases in drugs. It seems that Thailand must reexamine its pharmaceutical policy, which includes the importation of foreign drugs, the use of generic drugs, domestic manufacturing, bulk purchasing/tender bidding, prescribing and dispensing by pharmacists, and the qualification of pharmacists.

Summary

Thailand has achieved enviable improvement in the socioeconomic status of its population. Income per capita has grown at an average annual rate of 6%, infant mortality has declined and life expectancy has increased. In the health sector, the government has increased its direct budget allocation for health care while expanding other forms of organized health care financing, such as introducing the Health Card funds for the low income population and establishing Social Security for the workers employed in the organized sector. The Seventh National Economic and Social Development Plan also placed greater emphasis on improving the health and education of lower income families.

While significant progress has been made, many problems remain :

A. Approximately 50% of the population lacks coverage from any financing scheme.
B. The benefits structure of the current Health Card funds seem to be quite inadequate. The referral system and allocation of funds of the Health Card scheme needs re-examination.
C. There seems to be inadequate financing of public health and preventive programs, which cannot be addressed by insurance plans that are designed to finance medical services.
D. There appears to be inefficiency in public and private hospitals and underutilization of services provided by health centers.
E. The respective roles of government, public facilities, and private facilities are ill-defined. Consequently, there is duplication, waste, and inadequate regulation of the private sector.
F. Prices are set by the Ministry of Public Health for public facilities, but are not related to costs. Thus, prices may provide perverse incentives for providers. Moreover, the price

of services and pharmaceuticals provided by the private sector are not adequately regulated, which causes the outflow of health professionals from the public to the private sector, along with overuse of drugs.

G. Quality standards are lacking, especially for pharmacies and health services provided by the indigenous healers.

Solving these multi-faceted problems will require multiple policies. Of course, these policies have to be coordinated. First, expansion of Social Security and Health Card funds will not provide coverage for the near poor. A separate policy has to be considered for those who remain uncovered. Second, insurance plans will not finance or organize public health and preventive programs. A separate parallel policy has to be established to fund these public goods. Third, the Social Security program has already established a new precedent by separating financing from the provision of health services. Thailand may wish to extend this approach to other health benefit programs in order to improve the efficiency of public facilities. Finally, Thailand has to reform its pricing policy for health services in order to establish appropriate incentive structures for providers. The government may wish to consider using prices as an instrument to cross-subsidize health services to the poor.

Endnotes

1. NESDB data on 1993 per capita income.

2. Yongyout Kachondham and Somsak Chunharas. "At the Crossroads : Challenges for Thailand's Health Development." Health Policy and Planning 1993 ; 8 (3) : 208-216.

3. "Seventh National Economic and Social Development Plan 1991-1996. National Economic and Social Development Board. Bangkok, Thailand : 1991.

4. Myers C. "Health Financing in Thailand."

5. National Statistical Office. "Report of the 1986, 1988, 1990, 1992 Household Socio-economic Survey." Office of the Prime Minister.

6. National Statistical Office. "Report of the 1986, 1991 Health and Welfare Survey." Office of the Prime Minister.

7. National Epidemiology Board of Thailand. "Review of the Health Situation in Thailand." Report of the Fact Finding Commission. National Epidemiology Board of Thailand, 1987.

8. Ibid. 5.

9. Division of Health Statistics. "Public Health Statistics." Thailand MOPH, 1993.

10. Report on "Thai Demographic and Health Survey (TDHS)," 1988 "Survey of Population Change (SPC) : 1986, "The Study of Mortality and Morbidity Differentials in (MMD) Thailand in 1986," 1988 by The Institute of Population & Social Research, Chulalongkorn University, Thailand.

11. "Causes of Infant & Child Mortality Project," Health Statistics Division, MOPH & Faculty of Public Health, Mahidol University, 1988.

12. Mongkolsmai et al. "Public Sector Health Financing in Thailand." (Draft.) Thammasat University International Health Policy Program, 1993.

13. Nittayaramphong S, et al. "The 1992 Census of Subdistrict Health Center Revenue." Health System Research Monograph Series No. 1. Thailand MOPH Health Planning Division, 1992.

14. Board of Investment. "1990 Annual Report." Office of the Prime Ministry, Board of Investment, 1990.

15. Tangcharoensathien V. et al. "Medical Expenditure for Patients Under the Civil Servant Medical Benefit Scheme". Thailand MOPH Health Planning Division, 1993.

16. Social Security Office. "1992 Annual Report." (In press.) Thailand : Social Security Office, 1992.

17. Wibulpolprasert S. "Community Financing : Thailand's Experience." Health Policy and Planning 1991 ; 6 (4) : 354-360.

18. Health Insurance Division. "Implementation Guidelines for Expansion of the Health Card Project." Thailand MOPH Health Insurance Division, 1993.

19. Mills A. "Exempting the poor : The experience of Thailand." Social Science and Medicine 1991 : 33 (11) ; 1241-1252.

20. MOPH Rural Health Division. "Budget Allocation for the Free Medical care for the Low Income Program. Fiscal Years 1989-1991." (Mimeo.) Thailand : MOPH, 1991.

21. Ngarmwuthiporn S. "Business Trends : Private Hospitals Inside and Outside of Bangkok." Thailand : Siam Commercial Bank, 1992.

22. Chunharas et al. "Appropriate remuneration for doctors in Thailand : A research report." Thai Medical Council, 1990.

23. International Labor Organization. "Yearbook of Labor Statistics, Retrospective Edition on Population Censuses 1945-89." Geneva, Switzerland : ILO publications, 1993.

24. The World Bank. "The World Bank Development Report, 1993." London : Oxford University Press, 1993.

25. Viroj Tangcharoensathien and Sanguan Nittayaramphong. "The Public/Private Mix in Thailand : Country Background Paper." (Mimeo.) MOPH Health Planning Division, October 30, 1992.

26. MOPH Health Planning Division. "Drug Consumption in Thailand." (Mimeo.) Thailand : MOPH, 1992.

อภิปรายทั่วไป

ดร.นิคม จันทรวิทูร

1. การสรุปว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลาง แต่ยังมีประชาชนกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข การนำเสนอชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่อสัดส่วน GDP สูง ผมขอถามว่ามีสาเหตุจากผู้มีรายได้สูงหรือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์มีราคาแพง

2. ผมเห็นด้วยว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ขณะนี้มีกฎหมายประกันสังคมแล้ว และได้รับความร่วมมืออย่างดีจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ปัจจุบันการดำเนินงานประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ อาทิ บัตรประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดกฎหมายรองรับ ผมขอถามว่าการออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพควรมีรูปแบบอย่างไร

Prof. William C. Hsiao

คำถามที่สองผมยังขาดความรู้เกี่ยวกับระบบกฎหมายของประเทศไทย สำหรับรูปแบบการออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ผมว่าคำตอบจะได้จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากที่ประชุม ผมเห็นด้วยว่า ประเทศที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วและมีรายได้สูงจะมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่อสัดส่วน GDP สูง ผมจึงเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีความใกล้เคียงกันทางด้านวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุข และการพัฒนาเศรษฐกิจโดยวัดรายได้ต่อหัวประชากร

เมื่อประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูง ต้องดูผลผลิตว่าเป็นอย่างไรด้วย เช่น สถานะสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการเข้าถึงบริการ เป็นต้น สำหรับประเทศไทยประเด็นที่ควรให้ความสำคัญคือกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพใด ๆ และคนยากจนที่ไม่สามารถจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ผมคิดว่าประเด็นคำถามเป็นการหาแนวทางที่จะทำอย่างไรให้ระบบประกันสุขภาพสามารถครอบคลุมประชาชนไทยอย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมในครั้งนี้ ผมมีข้อสังเกตและคำถาม 2 ประเด็นคือ

1. นโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันได้ให้สวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ประมาณ 16 ล้านคน ซึ่งแต่เดิมกลุ่มนี้รวมอยู่ในกลุ่มที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรี จากการเสนอข้อมูลว่า ยังมีผู้ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพใด ๆ ประมาณ 49% ปัจจุบันกำลังมีแนวทางการเพิ่มความครอบคลุม ซึ่งอาจจะเหลือเพียง 20%

2. ประเทศโคลัมเบียมีกลไกในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ในระบบประกันสุขภาพอย่างไรที่ทำให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง และขอทราบถึงประสบการณ์ของประเทศอื่นๆ ด้วย

Prof. William C. Hsiao

1. การครอบคลุมกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ผมสงสัยค่าใช้จ่ายในการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพของกลุ่มดังกล่าวและเข้าใจว่าอยู่ในกลุ่มโครงการประกันสุขภาพเด็กนักเรียน ซึ่งคิดว่าเงินโครงการดังกล่าวไม่สามารถให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่เด็กอย่างเต็มที่ แต่ถ้าไม่ถูกต้องผมก็จะแก้ไขบทความ ดังนั้นจึงไม่รวมกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ในกลุ่มที่ได้รับการครอบคลุม และควรมีการศึกษาค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมสำหรับการคุ้มครองสุขภาพเด็กอายุ 0-12 ปี ต่อไป

2. ประเทศโคลัมเบียเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาพยาบาลให้แก่คนยากจนโดยให้องค์กรชุมชนบริหารจัดการ แต่รัฐบาลไม่จ่ายเงินสมทบให้กองทุนประกันสังคมและจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่เพื่อจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลแก่คนยากจน

บทเรียนจากประเทศต่างๆ ประเทศไทยสามารถเรียนรู้ประสบการณ์จากประเทศที่มีรายได้ปานกลางประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่นเมื่อ 40 ปีที่แล้ว ผมเสนอว่าถ้าประเทศไทยไม่ดำเนินการก็จะประสบปัญหาเช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ เช่น เกาหลีใต้ประสบปัญหาว่าขณะที่พยายามขยายความครอบคลุมประชากร แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประชากรสูงเพิ่มขึ้นถึง 25%/ปี ซึ่งรัฐบาลไม่สามารถหาเงินมาสนับสนุน จึงต้องขอความช่วยเหลือจากธนาคารโลก ดังนั้นประเทศไทยควรศึกษาประสบการณ์ของประเทศต่างๆ โดยรับบทเรียนที่ดีและหลีกเลี่ยงบทเรียนที่ล้มเหลว

นายธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์

การนำเสนอมีความชัดเจนและสามารถทำให้เข้าใจสถานการณ์การเงินการคลัง สาธารณสุขของประเทศไทยอย่างดียิ่ง ผมสนใจในนโยบายการปฏิรูปโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการบริหารจัดการ แต่ผมขอตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการบริหารงาน เพราะประเทศไทยมีปัญหาเรื่องการบริหารงาน ไม่เพียงแต่มีปัญหาการบริหารงานของภาครัฐแต่ยังมีปัญหาการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน ผมจึงขอทราบรูปแบบการบริหารงานโครงการอย่างมีประสิทธิภาพและแนวทางการประสานงานโครงการต่างๆ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศต่างๆ

Prof. Wiliam C. Hsiao

ผมเห็นว่า รัฐบาลควรปรับองค์กรโดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสถานะสุขภาพ ฯลฯ ตลอดจนการเรียนรู้ประสบการณ์จากประเทศต่างๆ

ผู้เข้าร่วมประชุม

ดิฉันขอถามความชัดเจนในความหมายของคำว่า "Health Financing" และ "Health Care Financing" ปัญหาที่พบคือ เราพยายามระดมทรัพยากรต่างๆ พยายามปรับปรุงงานด้านสาธารณสุข แต่ไม่มีหลักฐานที่จะแสดงว่า การดำเนินงานได้ทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นหรือไม่ ตลอดจนเราไม่ได้ลงทุนในกิจกรรมสาธารณสุขอื่นๆ เช่น งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานป้องกันโรคและการบาดเจ็บ เป็นต้น ดังนั้นควรพิจารณาว่าจะต้องใช้งบประมาณเท่าไหร่สำหรับการคลังสาธารณสุข

Prof. Wiliam C. Hsiao

สิ่งที่คุณพูดถูกต้อง สถานะสุขภาพของประชาชนได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ อาทิ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา โภชนาการ รายได้ และระบบบริการทางการแพทย์ ผมคิดว่า World Development Report ของธนาคารโลก สามารถให้รายละเอียดความหมายของ Health care อย่างน้อยในระดับนานาชาติ อย่างไรก็ดีการคำนึงถึง การศึกษา ระบบสุขาภิบาล ซึ่งมีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนก็ยังเป็นการมองภาพกว้าง ซึ่งมีความยากลำบากในการแปลงเป็นกิจกรรม จึงใช้คำว่า Health Care Financing ในความหมายแคบ อันรวมถึง การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา การสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการทางการแพทย์ โดยไม่รวม การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล

The Civil Servant Medical Benefit Scheme

Anong Rojvanit

Faculty of Economics
Thammasat University
November 12, 1993

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์จะศึกษาดูว่า ในขณะที่งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การใช้และการให้บริการได้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ถือว่าเป็นธรรมต่อสังคมได้ไหม และใครเป็นผู้ได้รับประโยชน์

การศึกษาพบว่าจากจำนวนข้าราชการประจำและข้าราชการบำนาญประมาณ 2 ล้านคน มีบุคคลในครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครองจากสวัสดิการนี้อีก 4-6 ล้านคน บุคคลเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาลที่กว้างขวางและแทบไม่มีขีดจำกัด ในขณะที่ประชากรอีกเกือบครึ่งหนึ่งของประเทศนี้ไม่มีการประกันสุขภาพใด ๆ ส่วนผู้มีรายได้น้อยภายใต้การคุ้มครองของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยก็ได้รับสิทธิประโยชน์แตกต่างจากกลุ่มข้าราชการอย่างมาก และด้วยงบประมาณไม่ถึงครึ่งหนึ่งของข้าราชการ

จากการที่สวัสดิการนี้ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอย่างกว้างขวาง อีกทั้งยังเบิกจ่ายได้เกือบทั้งหมด โดยรัฐบาลไม่ได้มีการจำกัดจำนวนของงบประมาณค่าใช้จ่ายนี้ไว้แต่อย่างใด กลุ่มผู้ได้รับประโยชน์จากการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของข้าราชการและตัวข้าราชการบำนาญเอง ซึ่งเป็นรายการค่าเบิกจ่ายที่สูงนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเป็นไปตามแนวโน้มของกลุ่มประชากรที่มีอายุสูงขึ้นก็ย่อมมีค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่อีกส่วนหนึ่งน่าจะสืบเนื่องมาจากการขาดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร เพราะเมื่อผู้ได้รับประโยชน์ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ก็จะใช้บริการนี้ดังว่าเป็นสินค้าไร้ราคา ซึ่งข้อมูลจากการเปรียบเทียบจำนวนวันป่วยเฉลี่ยของผู้ป่วยทั่วไปกับของผู้อยู่ภายใต้การคุ้มครองของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ก็พบว่าของข้าราชการอยู่โรงพยาบาลนานกว่าเกือบ 3 ถึง 4 เท่า

จากการที่สาระสำคัญของสวัสดิการกำหนดให้ผู้ให้บริการเบิกจ่ายได้ตามค่ารักษาที่เกิดขึ้นจริง และการที่รัฐบาลมิได้ตั้งงบประมาณจำกัดจำนวนเงินงบประมาณสำหรับการนี้ไว้ ทำให้ผู้ให้บริการเลือกใช้วิธีการรักษาตามแบบที่พึงพอใจมากกว่าจะหาวิธีรักษาที่มีประสิทธิภาพในเชิงเศรษฐกิจ อีกทั้งนโยบายกำหนดราคาของผู้ให้บริการคือโรงพยาบาลของรัฐก็ตั้งราคาค่ายาค่ารักษาที่ให้บริการแก่กลุ่มข้าราชการนี้ไว้สูงสุดเท่าที่จะทำได้ เพราะมีการนำรายได้ส่วนหนึ่งมาช่วยชดเชยค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เลยของโรงพยาบาลรัฐบาล

รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณให้เป็นธรรมแก่กลุ่มประชากรต่าง ๆ สำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการนี้ควรจัดทำให้มีประสิทธิภาพ ทางฝ่ายผู้ใช้ควรจะต้องออกค่าใช้จ่ายร่วมบ้าง และควรมีการแก้ไขวิธีการเบิกจ่ายเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ใช้และผู้ให้บริการใช้ทรัพยากรอย่างไร้ประสิทธิภาพ

The Social Welfare for Health Care : The Civil Servant Medical Benefit Scheme

I. Introduction

Reports from various researches and studies on the Civil Servant Medical Benefit Scheme cannot provide a single answer to the Ministry of Public Health (MOPH) on the question of whether the present situation of the Scheme is "underutilized" or "overutilized". On one hand the insured of the Scheme cannot make any claim for outpatient service expenditure when they go to private medical institutes. And for inpatient service they have to share a co-payment of 50% of their bills. On the other hand the expenditure of the Scheme has been increasing quite rapidly as shown in the summary table. In fiscal year 1991 it was 5,127.3 millions Baht - a 1.5% share in the total budget of the country.

With respect to the aspects of efficiency and equity, this paper attempt to identify beneficiaries under coverage, benefit given and utilized, sources of finance and reimbursement system of the Scheme.

II. The Scheme and Coverage

Established by the first Royal decree in 1980 and amended several times later, the current Scheme is administered by the Minister of the Ministry of Finance. The Scheme covers three groups of persons, namely :

a) current civil servants and employees

b) pensioners

c) dependents of a) and b)

The number of persons under coverage consists of 1.8 million current civil servants and employees, 0.2 million pensioners and a number of their dependents ; which includes parents, spouse and three children under 20 years old. The number of dependents has never been recorded but Suchada has estimated that each of a) and b) may have 2 to 3 dependents. This makes the number of dependents may vary from 4 to 6 millions. The total number of persons under coverage of this Scheme is thus estimated to be 6 to 8 millions which accounted

for 10.9-14.5% of the total population. Currently almost half of the populations of the nation are without any kind of medical insurance.

For the 1.8 million current civil servants and employees, their income groups are broken down into 11 groups (Table 1) as they are classified into 11 ranks. Among them only those who are in rank one and two have an average annual income lower than per household annual income (67,452 Baht) of the nation. If we assume that there is an average of 1.5 income earners in each household, the average annual household income in rank 1 would be 66,139 Baht and this is the only group which had a lower than average annual income per household of the country. There are less than 30,000 civil servants fall into this income group. Compare with the low income family with an annual income of 24,000 Baht or less, the Free Medical Care for the Low Income Scheme received a fixed budget of only 2,500 millions Baht per year. Twenty percent of the total population fall into the low income family group. On the aspect of equity in access to medical care, we would have to say that the civil servants and employees, the pensioners and their dependents are in a much better situation than most of the rest of the nation. Income rationing may be an acceptable way to distribute almost any kind of goods and services, but it is an unacceptable way to distribute medical care service which has the distinguish characteristics of externality and uncertainty. Especially when health care is seen as a basic human right, the another half of non-insured population has to be taken into account in order to achieve equity.

According to the Civil Servant Medical Benefit Royal decree medical care is a fringe benefit given to those under cover and they do not have to pay any contribution, fee or premium in order to be covered.

The coverage under the Scheme may claim to be the most extensive one compare with the other schemes or insurance plans. We find that the Scheme for Public Enterprise workers which may be taken as a subset of the Civil Servant Medical Benefit Scheme gives the same kind of coverage. In the West and most developed countries, most of the medical insurance plans shall extend the coverage beyond the insured to their spouse and young children. Coverage given to the parents may due to the tradition of the Thai society that children should look after their parents.

As the General Controller Department and the Provincial Treasures, which are the center bodies to pay and reimburse all the medical bill of the Scheme, do not have any information regarding the number of dependents each civil servant or pensioner has, the dependents' socio-economic characteristics are also unknown. From the research of Dr. Sanguan et al we understand that most of the claims for inpatient service (70.4%) were made by the current civil servants for their dependents, of which one half was for their parents. Whereas the claim by pensioners were mostly (69.4%) for themselves. Together with the longer life expectancy trend in Thailand we can predict that the ratio of population aged 60 and over will be higher. The numbers of parent-dependents and pensioners which fall in the aging group of population are expected to get higher too. This is bounded to affect the medical expenditure because medical expense per capita of aged person is conspicously higher than that of younger person. Studies by Dr. Sanguan et al also found that the charge per case for inpatient service in case of pensioners (16,298 Baht) was higher than for current the civil servants (9,981 Baht) and also longer hospitalization as shown in Table 2. Charge per visit for outpatient service (854 Baht) on the retired employees was almost double of what was charged on the current employees (463 Baht).

III. Benefits

In the events of injury or sickness due to any cause, the person under cover is entitled to medical care benefit in kind from any of the public hospitals. Medical benefit for every person under coverage of the Scheme are the same.

Medical benefit includes :

a) Medical consultation

b) Supply of medicine and other therapeutic materials

c) Medical treatment, operation and other therapeutic care

d) Inpatient hospitalization and outpatient clinical service

e) General nursing

f) Delivery expense

and g) The person under coverage can also utilize private hospital service. Claims on medical appliance, room and board are fixed by the Ministry of Finance. Claims on other medical expense is one half of the expenses but could not exceed 3,000 Baht per admission of less than 30 days. Fee for outpatient visit at private hospitals is unclaimable.

There is no sickness or injury allowance since the current employees receive the full amount of salary during normal sick leave.

For outpatient service at public hospitals, and inpatient and outpatient treatments at private hospitals, the patients or the beneficiaries have to pay for the charge of medical care and receive the reimbursement from the Ministry of Finance afterward. Inpatients under cover of the Scheme almost do not have to pay anything and most of them do not know about the total expenditure incurred in their events of sickness. Medical care benefits are granted up to almost 100% to all those cover under the Scheme. As benefits are too extensive, it implies that it is easier for the patient to acquire care. Increasing consumption of medical care, would be expected to reduce suffering, increase health status and to increase productivity. But what if the patients seeking care to an amount that is too much? As fringe benefit lowers the price of medical care to the beneficiaries, they have incentive to buy or consume more of the care they otherwise would. This phenomenon is referred to in the insurance literature as a moral hazard and is sometimes said to contribute to the alleged overutilization of some kind of medical care. As the growth rate of the number of civil servants has been frozen at the annual rate of not more than 2% in the past decade, and the average size of Thai family has been getting smaller, the rapid increase in medical expenditures is likely to cause by the increasing numbers of visit and the longer hospitalization of those under cover by the Scheme rather than caused by the increasing numbers of coverage.

At the same time that beneficiaries do not face as great a financial barrier to obtain medical care, but, given that overall resources are limited, other rationing mechanisms have taken the place of the price mechanism. When monetary price are zero, time prices ration the market and replace monetary prices in determining the choice of medical provider. Time prices are the opportunity cost of the time spent obtaining care, such as travel time and waiting time. This could be supported by the research of Dr. Sanguan et al, they found that under some circumstances patients under the Civil Servants Medical Benefit Scheme had to utilize outpatient service from private hospitals which they could not claim to reimburse any fee. And they also utilized inpatient service in private hospitals of which they had to make a 50% copayment with the Government. The Civil Servant Commission has questioned if this is a sign of underutilization. We would rather believe that time prices must have been part of the reasons. The characteristics of the civil servants who utilized private hospital medical care should be explored.

IV Financial Resource and Reimbursement System

The Scheme is fully financed from general taxe fund. It is with the rapid economic growth achieved in Thailand in the last decade that the government does not have to face with much serious budgetary problems. But it is the problem of equity and efficiency that we concern.

The reimbursement system of the Scheme is all claims shall be made directly to the General Controller Department and Provincial Treasurers, and they will be retrospectively reimbursed from the central budget of the Ministry of Finance. For inpatient service in public hospitals claims shall be reimbursed directly to the hospitals provided care to the beneficiaries. For outpatient service in public hospitals ; and in-and-outpatient services in private hospitals, claims will be reimbursed to the beneficiaries themselves as they had already made the advance payment to the hospitals provided care.

The total expenditure claimed by the beneficiaries under the coverage of the Scheme has been increasing quite rapidly as shown in Table 2. The real term growth rate per year between 1981 to 1990 was 21%, and the share in total government budget in 1981 was 0.8% and in 1990 was 1.5% respectively. The rising expenditure on health care under this Scheme may due to many possible causes. The intensive coverage both for the number of persons under the Scheme and medical benefits given are cited causes created by the demand side. Effect of the arrangement on the supply side should also get closed attention. As the Scheme is financed and reimbursed on fee-for-service basis, it seems like there is no ceiling on the budget of the Scheme. The term supplier-induced-demand refers to the possibility that medical practioners may in part, pursue their own interests when prescribing treatment. In the case of public hospital practioners we do not believe that they aim to prescribe and deliver the treatment that is most profitable in the form of money. As they are all paid in fixed salary by the government, increasing the amounts of work do not enable them to earn extra income. But there may be the professional interest or prestige that would induce medical practioners to prescribe "high quality" and thus high cost medical care. The application of the highly progress of medical science, pharmacy, and medical care technique to clinical practices has increase the expenditure of medical care. We would suspect that as Civil servants, pensioners, and their dependents are the special group of patients who face no ceiling of charge on medical

treatment, they are thus the most appropriate clients to receive high quality (and thus high cost) medical care. If more resources are applied to a particular group of patients than are required to make them well, those extra health resources are wasted. Overcare is as inefficient as not enough care.

The average length of stay also gives evidence of overutilization by those cover in the Scheme. Dr. Sanguan et al found that the average length of stay by the current civil servants and their dependents was 13.4 days, and for the pensioners and their dependents was 18.99 days. According to Dr. Anuwat and his group the average length of stay for general patients in public hospitals was 4.9 days. The hospitalization of the beneficiaries under the Scheme is thus longer than general patients up to almost 3 to 4 times by comparison. Critics sometimes single out doctors as espicially incompetent managers. This argument is not being made here. It is the lack of incentive and absence of economic pressure to keep costs down on both the demanders and suppliers.

As almost half of the population of the nation are non-insured on medical care and 19% are under free medical care for the low income family scheme. It is quite interesting to find out how do they cope with their medical expense? Taking a look at the low income scheme, the government budget distributed to this scheme was 2,500 million Baht in 1992, and the number of persons covered under the scheme was double of the number covered under the civil servant medical benefit scheme while the budget was less than one half of the civil servant scheme. It has long been critized as an under-financed scheme and thus making those who are covered under such scheme become the second class client of public hospitals. Public hospitals cross subsidized this group of poor patient by charging the payable patients especially the civil servants, pensioners and their dependents at the highest possible prices. We do not agree with the idea that public hospitals enjoy to do this but rather they have to do so out of necessity. Turning down any patient without the ability to pay is an absolute unacceptable manner by all public hospitals in this country. The public hospitals go on doing the job of taking from the "rich" and giving to the "poor". A study of pricing policy of public hospitals by Anong had found that patients with full reimbursement will be charged the highest price of fee, the self-financed patients will be charged an intermediate price while those who are under welfare program like low income group will receive service free of charge or will be moderately charged. The price differentials reflect in part cost difference but are more

influenced by the public service concept of the MOPH and the relative political strength of the parties involved. Do the public hospitals earn profit from doing this? Profit maximization is not the objective of public hospitals, so the answer to this question is not as interesting as asking if this is an economic management or not. Why do the poor have to get their medical care share through such an indirect arrangement?

V. conclusion and Recommendation

Our survey of the Civil Servant Medical Care Benefit Scheme leads to the general conclusion that despite enormous expenditures on medical care, the current Scheme wastes health care resources and in the process not only delivers services of questionable quality but delivers them better to some groups than to others. The Scheme is not successful in achieving allocative efficiency, technological efficiency, or equity.

Since it has long been argued that civil servants earn less money income than people working in private sector, and thus medical care benefit is a justify fringe benefit supplement to their money income. Why do we not raise their money income up to the same level as the private sector, and cut down their fringe benefit on medical care? Since the present arrangement shall invite beneficiaries to overutilize medical care service and the suppliers also have little incentive to cut costs. This has to involue with a complex technical, economic, moral, and political question. It is a kind of radical recommendation can hardly be accepted.

We then could only turn to some mild recommendations. Keeping in mind that medical care is a fringe benefit to the beneficiaries we shall ignore the problem of equity. It is the question of efficiency that we may find some suggestions.

On the demand side, the restructuring of coverage and setting limits on reimbursement of hospitals can bring the Scheme into a more efficient direction. Requiring all individuals to pay some reasonable fraction of medical bills would cut down waste of resources. Another even milder approach is to have the government reimburse the patients on all kinds of services so that they can personnally pay bills. This would make patients more aware of what their medical care costs are in the hope that increased cost conciousness would help keep costs and unnecessary expense down. When catastrophic or chronic illnesses is the case, the pay first and reimburse latter requirement may be waved.

On the supply side, a fair distribution of budget for medical care of different schemes can be a first aid on the efficiency of management in deliver care to each particular group. They do not have to play the roll of greedy doctors or merciful physicians to each group of patient according to their sources of payment. Setting limits on reimbursement of hospitals will force the doctors to find the most cost efficient treatment for each particular disease. A uniform level of reimbursement for the same kind of sickness to public hospitals in a given area can bring hospitals to economize on supplies.

Although accepting these suggestions would not enable us to come up with a perfect scheme, the impossibility of perfection cannot be an excuse for policy makers throw up their hands and select at random.

Table 1 a) Percent of current civil servant in 11 income groups and
b) Average per capita income in each group (thousand Baht)

Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A	2.1	4.4	19.3	18.3	22.1	10.8	1.7	0.8	0.3	0.06	0.006
B	44	57	71	88	110	135	162	192	230	259	296

Source : *Calculated from the rate of income account of civil servant (1990)*

Table 2 Summary table of coverage, expenditure and benefit under the civil servant medical care benefit scheme (1991-92)

I. COVERAGE (million persons)

1. Current civil servants and employees	1.8
2. Pensioners	0.2
3. Dependents of 1. and 2. (parent, spouse and children)	4-6
4. Total coverage	6-8

II. TOTAL EXPENDITURE

Year	1988	1989	1990	1991
Expenditure (million Baht)	3,155.91	3,520.92	4,315.55	5,127.3

III. SOURCE OF FINANCE : Government budget from general tax fund

IV. RESPONSIBLE BODY FOR ADMINISTRATIVE : The General Controller Department and Provincial Treasurers, Ministry of Finance.

V. BENEFIT

A. Inpatient : Percent of beneficiaries, hospital charge and length of stay.

		Current employees	Retired employees
1. Percent of beneficiaries :	a) Self	29.6	69.4
	b) Parents	17.7	6.3
	c) Spouse	35.5	20.6
	d) Children	17.2	3.6
2. Charge per case (Baht)		9,981	16,298
3. Break down of fee charge (in %)	a) Drug	40	42
	b) Investigation & Treatment	33	30
	c) Room & Board	25	26
4. Charge per day (Baht)		866	1,079
5. Length of stay (day)		13.4	18.99

B. Outpatient : Percent of beneficiaries and hospital charge

		Current employees	Retired employees
1. Percent of beneficiaries :	a) Self	56.1	79.7
	b) Parents	26.0	8.6
	c) Spouse	6.7	10.2
	d) Children	11.2	1.5
2. Charge per visit (Baht)		463	854
3. Break down of fee charge (in %)	a) Drug	80	87
	b) x-ray & lab. test	7	6
4. Average visit per person per year		1.6	1.93

Sources : *1) Sanguan and group, Medical expenditure for outpatients under the civil servant medical care scheme (1992), Health Insurance Monograph series No. 4, MOPH.*

2) Sanguan and group, Medical expenditure for inpatient under the civil servant medical care scheme (1992), Health Insurance Monograph Series No. 5, MOPH.

3) General Controller Department, Ministry of Finance, (1992).

References

Anong Rojvanit, Pricing Policy of Public Hospitals in Thailand, Research Report No. 93-01, submitted to the International Health Policy Program, January 1993.

Anuwat Supachutikul at el, Equation of Provincial Hospital Cost in Thailand, Bangkok : Department of Planning, MOPH, 1991.

Civil Servant Committee, Statistics of Civil Servants, Office of the Prime Minister, 1990.

Sanguan Nittayarumpong at el, Medical expenditure for in patients under the civil servant benefit scheme, Health Insurance Monograph Series Number 5, Department of Planning, MOPH, 1992.

Sanguan Nittayarumpong at el, Medical expenditure for out patients under the civil servant benefit scheme, Health Insurance Monograph Series Number 4, Department of Planning, MOPH, 1992.

Suchada Kiranand, in Prakrom Vutipong Ed., Health Insurance and Medical Benefit in Government Offices and Public Enterprises, Bangkok, 1989.

The Social Welfare for Health Care

Dow Mongkolsmai

Faculty of Economics
Thammasat University
Bangkok

November 1993

The Social Welfare for Health Care

I. Introduction

Health care has many characteristics that render market allocation inefficient. These include uncertainty of demand, imperfect consumer information leading to monopoly, and externalities. Moreover, the market also violates the equity requirements. Hence market allocation of health care may not achieve society's objectives and various forms of state intervention are called for. The government may intervene in any of three ways : provision, regulation or taxation/subsidization. In Thailand, the government owns and operates most hospitals and health centres and employs most medical personnel. It regulates the quality of medical practitioners by requiring them to undergo specified training leading to recognised qualifications. The government also provides health care free or at highly subsidized prices for certain population groups, such as the low income, the elderly, and government officials.

The subsidy is an attempt to deal with the problem of uncertainty of demand, externalities and equity, while regulation deals with that of imperfect consumer information, and provision with that of monopoly. It is recognised, however, that government intervention is not without its problems. There may be problems of lack of incentives for efficiency due to lack of competition, regulations may serve the interests of the regulated, and unrestricted subsidies can lead to overuse and an inequitable distribution of public expenditures.

The main reason for government subsidy of health care is the concern for equity or social justice. Whether such subsidies can effectively promote equity will depend on the type of subsidy and on the definition of equity. Some subsidy schemes, such as the free medical care program for the low income in Thailand, involve a means test, i.e., they are confined to people with income (means) below a certain level. Others, such as the British National Health Service, are universal, i.e., all those who need treatment receive it free or at a highly subsidised price. Both universal and means-tested subsidies can be justified on the ground that they promote equity defined in terms of minimum standards of treatment, for they both reduce the price of medical care to the poor and therefore encourage their consumption. However, the use of means-test may be regarded by those eligible as stigmatising and socially humiliating, and the procedures involved in decisions over eligibility are often complex

and time-consuming. Hence the use of the service by the poor may not be as large as it would be if there were no means test.

On the other hand, means test are possibly superior to universal subsidies in meeting the other interpretations of equity, namely, equal treatment of equal need and equality of access or cost. This is because means tests imply a lower financial cost of health care to the poor.

The Thai government provides social welfare for health care in terms of free or highly subsidised services for certain groups of the population, namely, the low income and veteran, the elderly, the handicapped and children under the age of 12. The government also provides greatly subsidised medical are to other groups of the population, i.e., government officials and employees and their dependents, as fringe benefits. The welfare programs involve means test, using income, age, or other characteristics, while the medical benefits to civil servants are universal in the limited sense that every government official, employee or dependent could receive the benefits whenever the need arises, regardless of their position, salary level, age, or period of employment. The benefits, however, may be confined to services in public health facilities and inpatient care in private health facilities, with a specified ceiling.

Together the welfare programs for health care for the low income, elderly, handicapped and children cover about 36% of the population, and the budget is over 3,000 million baht a year. The objectives of these schemes are mainly to reduce inequity by providing minimum standards of treatment and also promoting equal access to health services.

This paper will review each social welfare program for health care in terms of its coverage, health care delivery system, financing mechanisms and expenditures incurred. Attempts will also be made to evaluate the schemes in terms of efficiency in the use of resources, effectiveness in reaching the target groups, equity in access and financing, as well as implementation problems. As for as possible the paper will also try to assess the overall social welfare schemes on the above aspects.

II. Free Medical Care Program for the Low Income

The government policy to provide free medical care for the low income was initiated

in 1975, with an objective to reduce inequity in access to health care. A subcommittee headed by the Deputy Permanent Secretary of the Ministry of Public Health was set up to consider the criteria for identifying the low income and implementation procedure. It was determined then that a person with income below 1,000 baht per month would be eligible for the welfare benefit. However, during 1976-80 there was no issuance of identification card to those eligible for the benefits and the decision to provide free care was at a discretion of the staff of public health facilities. The target low-income population to benefit from the free medical care program was initially set between 7 and 8 million persons per year. The implementation since 1976 was in the form of a program under the 4 th Health Development Plan (1976-81).

Starting in 1981 the low-income cards were issued to those eligible to entitle them to free medical care at all government health facilities and those under the Bangkok Metropolitan Administration, Pattaya City and municipalities, as well as the Red Cross Society. The card is valid for 3 years. The second, third, and fourth issuance of low-income cards covered the period 1984-87, 1987-90, and 1990-93 respectively.

1. Eligibility and Coverage

The eligibility criteria is the income level below 1,500 baht per month for single people and 2,000 baht per month for households. The "means" will probably be adjusted upward to 2,000 and 2,800 baht per month for singles and households respectively in the near future.

Non-eligibles include those whose income is above the means test and those already benefiting from other welfare programs for health care or other medical benefit schemes, such as the civil servants and their dependents, and state enterprise employees.

The concept of income includes income in cash and in kind, profits from sales or service, and returns from assets. Income in kind is imputed from the value of agricultural output, less production costs, and other items of income are also net of costs. Income of household is the sum of income earned by all household members.

It is noted that the level of income used in defining the "poor" in this welfare program is almost 4 times higher than the poverty line which defines the minimum income for subsistence living (Table 4). The means test is the income of 1,500 baht per month for

a single person or 18,000 baht per year, while the poverty line in 1989 is 4,141 baht per year in the rural and 6,324 baht per year for the urban people. By this criterion, therefore, the free care program should at least cover those under the poverty line, which amounts to 23.7% of the population in 1988/89, or 29.4% of those living in the rural area (villages). Regionwise, about 38% of the population in the Northeast, 23% in the North, 16% in the Central, 22% in the South, and 3% in Greater Bangkok, were under the poverty line in that year.

The coverage of the free medical care program, as shown by the number of people receiving the low-income cards in Table 1, was only 7.65 million people in 1987. They constituted 14.5% of the population and 28.3% of the low income group, as defined by the means test, or 49% of the poor, as defined by the poverty line. The coverage in 1990 was somewhat better, as 10.73 million people or almost 20% of the population or 80% of the poor received the card. The increase in coverage in 1990 is partly the result of an expanded effort in reaching out to the target group, and increasing efficiency in screening out the non-eligibles. The coverage of the free care card, however, is still very low, as 50% and 20% of those living below minimum subsistence in 1987 and 1990, respectively, are still left out. Judging from the card coverage, it seems that the free medical care for the low income still has quite a distance to go before all those under the means test are covered by the program. However, there is in fact a number of low income patients receiving free medical care at public health facilities even without the low-income card. These are classified as type B patients, while low-income people cardholders are type A patients. In 1984, there were 12.9 million patients receiving free medical care, but only 10.2 million were cardholders, and in 1987 the respective numbers are 13.7 million and 7.6 million. These data indicate that the proportion of those below the poverty line not being provided with free medical care is almost non-existent or much smaller than the card coverage would suggest.

In relative terms, the regional distribution of the card receivers seem to suggest that the program has improved equity in access to health services for the poor, since the Northeast, with the largest proportion of the population being poor, had the largest low-income card coverage in percentage of the population, although not in percentage of the poor, and Bangkok, with the smallest proportion of the poor, had the least coverage. Comparing between the distribution in 1987 and 1990, Table 1 indicates that the percentage of those below poverty line receiving the low-income card improved for all regions except Greater Bangkok. The

largest percentage increase in coverage is seen in the Northeast, i.e. 92%, followed by the South, 86%. The coverage of the poor in the Central region increased by the smallest percentage, and in Bangkok even dropped by 39%. While the number of cardholders declined in Bangkok from 30,000 to 20,000, the number of the poor was found to increase between the two years.

If the people receiving free medical care from public health facilities are those who are really poor and in need of such free services, then we could say that the program has been doing well towards its equity objectives. However, apart from the problem of under coverage, the free medical care program for the low income was often criticized of misclassifying the poor, and hence a significant proportion of the patients benefiting from the program were not eligible. Two studies on the coverage of the program may help to verify this criticism. The 1988 study of the effect of the low income support program carried out by the Rural Health Division of the Ministry of Public Health, covering a sample of 4,269 patients in public health facilities in 9 provinces, and 513 providers of free medical care for the low income, reported that 12% of the program beneficiaries who are users of provincial and district hospitals, and 9% of those going to health centres, had monthly income more than 2,000 baht, hence they are not eligible for the benefit of the program (Table 2).

In 1988, another study on the coverage of free medical care services for the low income was conducted by the Rural Health Division and Mahidol University, covering 14,400 households in 36 provinces. The results of the study, as shown in Table 3, indicated that 22% of the households surveyed had the low-income card, and 62% were classified as poor, i.e., having a monthly income below 2,000 baht. Among those who had the card, 80% were poor. Taking the whole sample, only 17.7% were poor and received the low-income card, 44.7% were poor but without the card, and 4.3% were not poor but received the card. The results suggest that the program covered only 28% of the poor, and 20% of the cards were distributed to the wrong people.

The results of the above study had increased the awareness of the Ministry of Public Health of the limitations in coverage and the misclassification of the poor. This had prompted the policy for the 1990 issuance of the low-income card to increase coverage of the low income population and increase efficiency in screening out the non-eligibles. Since the problem was

mainly managerial and lack of information on the part of the low income group, the 1990 strategy was to conduct surveys to reach out more purposefully to the target group, emphasizing the dissemination of information, facilitating the process of application, revising and updating the specification of health facilities to better suit the geographical and transportation conditions faced by the users. The guideline for determining the eligibles has included the handicapped and the elderly group (aged 60 and over) as well as general workers, farmers without their own land, and temporary residents living below basic minimum needs.

Inspite of the policy to improve coverage of the low-income card, there are still practical difficulties in assessing the means or income level of those working in an informal sector, general workers with irregular employment, and those engaged in farming, and also difficulty in defining the household. For instance, most rural people are engaged in farming activities, and their income must be imputed from the value of agricultural output less the production costs incurred. Since farmers may sell their products several times during the season at different price, and they hardly keep records of input costs, which are sometimes paid in kind, this may create a certain degree of inaccuracy in estimating household income. Moreover, income of a large number of households in the North and the Northeast are also derived from members of the family working away from home in the city or other provinces and sending back the earnings. This transfer of income is often quite substantial in comparison with other sources of household income. Whether this is properly taken account of in assessing household income may greatly affect the determination of eligibles for free medical care. In addition, the judgement of the head of village or tambol in determining who are eligible to receive the low-income card could be subject to political or kinship bias. All of these are implementation problems which partly contribute to the unsuccessful identification and inclusion of all the poor, while others not truly eligible are included.

2. Financing of the Free Medical Care Programs

The government allocates an annual budget for the free medical care programs. The amount allocated, however, is not sufficient to fully cover the target groups, and public hospitals resort to cross subsidization from fees charged other patients and from reimbursements for government officials.

Table 5 shows that the annual budget for free medical care for the low income was declining in real terms between 1976 and 1980 and was rather constant at about 680 million baht in 1986 prices between 1982 and 1987. It has, however, increased significantly in early 1990's, and by 1993 it has about tripled the 1980's budget in real terms. The budget per head of low income patients receiving free care was also constant at about 52 baht in 1980's, but the budget per card holder rose from 68 baht in 1984 to 163 baht in 1992. This is still very small compared to the budget per head under the civil servant medical care benefit scheme, which amounts to approximately 700 baht in 1992.

Compared to the unit cost of 85 baht for an outpatient visit and 1,200 baht per case or 360 baht per day of inpatient care at a district hospital (Plearnpit and Praphatsorn, 1992), one can see that the budget per head could just cover cost of providing care for two outpatient visits but not enough for the cost of even an inpatient day. This suggests that the hospital has to cross subsidize this group of patients from other sources of income. The degree of cross subsidization depends on the allocated budget and the number of low income people receiving free services in the health care facilities. For instance, Nan Provincial Hospital reported that during the six-month period between October 1992 and March 1993, the costs of providing care for low income patients were 1.4 million baht per month, while the budget allocation for the low income was 10.5 million baht for the year or averaging 0.87 million baht per month. The amount of shortage and therefore the cross subsidization is about half a million baht per month or about 6 million baht per year for one provincial hospital.

Another example is the case of Samutsakorn province with one provincial hospital, 2 district hospitals and 53 tambol health centres in 1989, the number of eligible low income patients for free medical care was 8,850, but there were over 22,000 outpatients receiving free care for low income in that year. The budget allocated to the province was 2.3 million baht while actual expenditures were 5.8 million baht. The province had to supplement the low income budget from fees paid by other patients.

The main criteria for budget allocation for the low income are based on the objectives to increase equity among regions by increasing budget per head of the poor in the Northeast and the North to an acceptable level, and to adjust the allocative mechanism in accordance

with administrative structure of the Division of Rural Health to increase efficiency in budget allocation, monitoring and evaluation.

Given the above objectives, budget allocation is made according to the following criteria :

1) According to the number of low income people living in less developed villages as surveyed by the National Economic and Social Development Board in 1990.

2) According to the distribution of users of health care services in health centres, district hospitals, general and regional hospitals in the provinces.

3) According to the number of veterans and family residing in the provinces.

The annual budget under the free medical care program for the low income is divided into 4 parts, as follows :

1. budget for medical supplies for veterans and family, 20 million baht per year for about 385,000 veterans.

2. central reserve of about 15% of the total for use in case of emergency or natural disasters by health facilities under the Office of Permanent Secretary of Public Health, and also to pay for compensations for medical personnel to retain them in the provinces.

3. Low income budget for medical supplies and food allocated to health care providers not under the Office of Permanent Secretary of Public Health and not under the Ministry of Public Health, by increasing the previous year budget by a certain percentage point, for example, 50% and 30% increases in 1990 and 1991 respectively. This portion of the budget accounts for about 11%-12% of the total.

4. Low income budget for health care providers in the regions under the Office of the Permanent Secretary of Public Health, which accounts for the remaining 73%-88% of the total.

In 1992, the total budget under (4) is first allocated to the 4 regions on the basis of the proportion of low income people in each region. The regional budget is then allocated to the province, 50% according to the proportion of low income card holders in that province in the previous year, and 50% on the basis of the distribution of low income users of services provided by health centres, district, general and regional hospitals in the province. The budget estimation for the latter 50% is at 100% of the unit cost of service for patients type A (low

income with card), and at 40% of the unit cost for patients type B (low income without card). The unit costs used in the budget allocation are given in Table 6.

Given the above procedure, the budget allocations by region and by departments/ ministries are shown in Table 7-9.

Although the allocation criteria are based on the proportion of the poor people in each region and province, which is appropriate in accounting for regional income disparity, the budget is still not adequate because only 40% to 50% of the regional budget allocation to provinces is based on unit costs. Secondly, the number of services used to multiply with the unit costs are based on past performances rather than on an estimate of the target population to cover. The budget allocation to the regions is also based on the proportion of low income people who already had the card rather than on some estimates of the existing shortages. Moreover, the total amount of the budget is not wholly for the low income people, as over 20% are allocated for other purposes, as described above. Finally, the actual number of low income people receiving free medical care each year is larger than the coverage of the low income cards, and the budget allocated has to be averaged out to a larger group, thereby reducing the available amount per head.

When the budget is inadequate, and the free medical care program has to rely on subsidization from other sources of hospital income, the implications are that this program may be given lower priority than other programs which are self financing, and the quality of service may be reduced, for example, longer waiting line, and only drugs on the Essential Drug List are prescribed. These are in addition to other conditions limiting the attractiveness of the low income card, such as the referral system where patients have to go to the assigned public health facilities as the first place of visit when seeking treatment, and only common ward is allowed when hospitalized.

3. Utilization and Accessibility to Health Services

In the referral system, health centres are generally assigned to be the first place of visit for the low income card holders, who may then be referred to higher levels of care in community hospitals or provincial hospitals. However, geographical and transportation convenience for the users are also taken into account. This is seen in Table 10 where health

centres are the assigned health care facilities for most of the low income patients, and community hospitals are assigned to a lesser extent, only when they are at a shorter distance to the user than the nearest health centre.

The 1980 Study of the Rural Health Division has shown that health service utilization by beneficiaries of the free medical care for low income has changed after the program. Table 11 indicates that among those who were assigned provincial or district hospitals as service facilities in the referral system, 44% were not using public health facilities before. The largest percentage (24%) were purchasing drugs from drugstores for self treatment, 11% were going to traditional and injection doctors, and 9% were using private health facilities. A similar pattern is reported for beneficiaries assigned health centre as their service facilities.

A comparison of health service utilization by the people with and without low income card in Table 12, on the other hand, does not show that a large difference exists between the two groups, except that a larger proportion of cardholders tend to seek care in the tambol than do non cardholders, mainly because the assigned health centre is in the tambol. Non-cardholders tend to go to health centre and public hospitals almost as much as those having the low income cards, and cardholders were using traditional care just as much as non-cardholders. Probably the main difference is the greater use of private clinics and public hospitals outside the province by non-cardholders who have greater flexibility in the choice of health care facilities. This similarity in the pattern of service utilization may be due to the fact that low income non-cardholders could also receive free care in public facilities.

The census of subdistrict health centres in 1989-91 indicates that 55%-60% of the total patients of health centres are under the free medical care program for the low income. The number of visits by program beneficiaries per health centre is about 1,500 patients per year. As for Nan provincial hospital, about 40% of the patients in 1992-93 are under the free care program for the low income, 47% of which are type A patients, i.e., having the low income card. This suggests that although the card issuance under the program officially covers only about 20% of the population, another equally large proportion of the patients are also benefiting from free care without the card.

III. Free Medical Care Program for the Elderly, the Handicapped and Children under 12

The free medical care program for the elderly was announced in the Ministerial Regulations in 1992. The target group is the population 60 years old and above. The terms of benefits under this program are similar to those under the low income program, i.e., use of health care services are confined to health facilities specified in the card, with the same exceptions, i.e., being referred to other health facilities or in emergency. In the case that the elderly also has other health care benefits, they should first use those other benefits, and only claim the elderly program benefits for the excess amounts.

The total number of the elderly is estimated at 3.7 million or about 6% of the total population in 1992. The number is expected to increase to 5 million by the year 2000. However, not all of this number will be covered by the free medical care program for the elderly, since a large proportion is already benefiting from other schemes, particularly the civil servant medical benefits, either as retired government officials or as dependents.

There is not much information on the actual coverage of the free medical care program for the elderly. From some available data, again of Nan Provincial Hospital, on the services provided to the elderly during October 1992-March 1993, only one inpatient case out of 1805 cases used the right for free care under this program. Table 13 shows that the largest number of outpatient visits of the elderly patients, amounting to about 40% of the total, obtained full reimbursements for the hospital fees as retired civil servants or dependents of civil servants. The second largest proportion (20%) are health card holders who pay only 2% of the fees charged. Low income card holders account for 8% of the elderly outpatients and 17% of the inpatients over 60 years of age. There are also 9% of the outpatients and 13% of the inpatients who receive free medical care without any kind of card and pay only 12% of the charge. The elderly who make full payment for the hospital care was only 11% and 3.5% of the outpatients and inpatients respectively. It is interesting to note that the hospital has used the free care budget for the elderly to subsidize all the above mentioned schemes which are supposed to finance the free service for the beneficiaries. Consequently, the allocated free medical care budget of 1.5 million baht for the elderly, as well as the allocation received for the health card program of 4.7 million baht, both ran into a deficit, and the final savior is the civil servant benefit scheme and self paying patients.

The total budget allocation for the free care program for the elderly is 267 million baht in 1992 and 367 million baht in 1993, an increase of 37 percentage points. The allocation criteria and procedure are similar to that of the low income program, i.e., 50% of the budget allocation to provinces is based on the number of elderly patients receiving service, multiplied by the unit costs (80 baht per outpatient visit and 1,585 baht per inpatient case), and 50% based on the number of the elderly people in each province multiplied by the unit cost of 46.5 baht. In addition, a certain amount (about 20%) of the budget is also allocated to the central reserve for emergency and support of health for all.

As for the free care program for children under 12 and the handicapped, the 1993 budget was 150 million and 25 million baht respectively. The Ministry of Public Health allocates these lump sums to the provinces along with the low income and other social welfare programs. The terms and scope of benefits for these two groups are also the same as for the low income free care program. The number of children below 12 years is about 5 million or 9% of the population. The redundancy of this scheme with other schemes providing free care for the children, however, cannot be estimated at present.

IV. The Social Welfare Programs in the Context of the Overall Financing of Medical Care in Public Hospitals

In this section, an attempt will be made to point out the significance of the various welfare programs for health care, as well as the civil servant benefit scheme, relative to the other sources of finance for the patients of public hospitals. This is done by briefly presenting the results of a study of sources of finance for public hospital users carried out in 1989 and 1990 in 6 provincial hospitals and 5 district hospitals in the North, Northeast and Central regions (Dow and Sirilaksana, 1993).

The interview of over 1,000 patients indicated that the free care program for the low income is the source of finance for 8% of outpatients and 10% of the inpatients in both provincial and district hospitals. Other welfare programs which include free care for the elderly, health volunteers, veterans, etc. are also important contributions to financing outpatient care. The health card fund is an important source of finance in the provinces where it is actively operated, such as in Nan, where the health card fund took care of over 40% of the

patients. On the whole, however, almost a half of the sample are self financing, 27% can obtain reimbursements from the government or state enterprises, and the remaining 27% are health card holders or on welfare programs.

The study found that the free care program for the low income is dominant in provinces where average income is lower than others. Inspite of the free care provided, the low income program is generally considered inferior to the health card program because of the long waiting line, and probably poorer services. Hence, low income people who can afford the health card (then only 300 baht per card) would prefer to buy one rather than be given treatment under the free care program even if they might be eligible. The low income program, however, replaces the health card as a source of finance for the group of patients who are not self-financing or not able to obtain reimbursements in provinces where the health card program is inactive.

Considering the source of finance by age groups of the patients, it is obvious that parents are the most important source for the under 15 age group, while government remibursement takes care of a significant proportion of the over 60 age group who are either retired government officials or parents of current government employees. It is noted that government reimbursement is a more important source of finance for medical care expenses for the elderly than the elderly welfare program itself.

An examination of sources of finance by major household occupation reveals that except for government employees who can obtain reimbursements for a large proportion of their medical expenses at public hospitals, other occupational groups mainly pay for themselves or by their relatives. Health card and low income welfare programs are also important sources of finance for crop farmers and general workers, taking care of about one-third of the patients. Since these two groups are among the lowest income groups, the two programs are contributing siginficantly to the equity objective of the government in health care provision.

The distribution of source of finance by income groups confirms that the health card and low income free care programs benefits mainly the low income group, although not exclusively so. It is also pointed out that the self-supporting patients belong mostly to the low and middle income groups, while civil servant reimbursement benefits mainly the middle and high income groups. Other welfare programs, while emphasizing the low income groups, also extend benefits to the middle and high income groups, although to a smaller extent.

V. Conclusion

The above analysis has suggested that the various welfare programs for health care, particularly the low income free medical care program, has been working toward promoting the equity in access to health care. However, the budget allocations for the purpose have not been adequate in fully covering the target group for minimum health needs. This implies that while the public health facilities continue to provide free medical care for low income people, with and without the welfare card, they are heavily subsidized by other sources of income. The two most important sources are the user charges and civil servant medical benefit schemes. Since the payers of user charges in public hospitals are mostly among low and middle income groups, and the source of finance for the civil servant medical benefit scheme is general tax revenue, which tends to be regressive, the cross subsidization of various schemes for health care may still place a heavier burden on the low to middle income than on the high income group. Hence there is need to consider the potential contributions of other financing schemes such as the voluntary health insurance or the Social Security Scheme in moving toward the equity goal.

Efficiency of various financing schemes in resource use is another issue which has not been well examined. Public welfare programs tend to emphasize the equity goal, and not enough concern has been given to the cost side. Public health care facilities have not been able to recover costs, both for lack of incentives and of the means to do so. Many health financing schemes involved wastes of resources, but no estimates of the amounts or extent of such wastage has been made in a systematic manner. Again there is need to take a serious look at this issue before alternative health sector reform strategies are considered.

Table 1 Low Income Card Coverage

	1984			1987				1990		
	Million Persons	% of Population	% of Poor (a)	Million Persons	% of Population	% of Low Income (b)	% of Poor (c)	Million Persons	% of Population	% of Poor (d)
North	n.a.	n.a.	n.a.	1.8	18.8	31.9	73.7	2.4	23.4	100.8
North-east	n.a.	n.a.	n.a.	3.5	20.4	31.9	42.3	5.3	30.4	81.1
Central	n.a.	n.a.	n.a.	1.3	11.3	24.8	72.6	1.5	12.1	75.7
South	n.a.	n.a.	n.a.	1.0	12.4	18.6	45.6	1.5	18.2	84.7
Bangkok	n.a.	n.a.	n.a.	0.0	0.5	n.a.	14.3	0.0	0.3	8.7
Whole Kingdom	10.2	20.2	87.5	7.6	14.5	28.3	49.2	10.7	19.2	81.0

Source : *Ministry of Public Health.*

Note : *(a) Determined by the Poverty Line 1980/81*

(b) Determined by the Means Test

(c) Determined by the Poverty Line 1985/86

(d) Determined by the Poverty Line 1988/89

Table 2 Income Distribution of Low Income Card Holders

(Percentage)

Household Monthly Income (Baht)	Provincial and District Hospital Users	Health Centre Users
1-500	21.1	35.7
501-1,000	32.6	28.4
1,001-1,500	18.9	16.6
1,501-2,000	15.6	10.5
>2,000	11.8	8.8
Total	100.0	100.0
No. of Households	3,228	686
Average Monthly Income per Household (Baht)	1,285	1,050
Estimated Monthly Savings due to Free Medical Care Program (Baht)	140	88

Source : *A Survey by Rural Health Division, 1980.*

Table 3 Percentage Distribution of the Sample by Income and Low-income Card Issuance

	With Card	Without Card	Total
Poor	17.7	44.7	62.4 (8,646)
Non-poor	4.3	33.3	37.6 (5,219)
Total	22.0 (3,050)	78.0 (10,815)	100.0 (13,865)

Note : *In parentheses are number of households*

	With Card	Without Card	Total
Poor	28.3 (79.2)	71.7 (52.6)	100.0 (62.4)
Non-poor	11.9 (20.8)	88.1 (43.4)	100.0 (37.6)
Total	22.0 (100.0)	78.0 (100.0)	100.0 (100.0)

Source : *"A Study on the Coverage of Free Medical Care Services for the Low Income People in Thailand" Rural Health Division, Ministry of Public Health and Faculty of Health Sciences, Mahidol University, 1988.*

Note : *Poor = households with monthly income less than 2,000 Baht*

Table 4 Poverty Line and Poverty Incidence

Poverty Line (Baht/Person/Year)	1975/76	1980/81	1985/86	1988/89
Rural	1,981	3,454	3,823	4,141
Urban	2,961	5,151	5,834	6,324
Poverty Incidence (%)				
Whole Kingdom	30.0	23.0	29.5	23.7
Villages	36.2	27.3	35.8	29.4
Sanitary Districts	14.8	13.5	18.6	13.2
Municipalities	12.5	7.5	5.9	6.7
North	33.2	21.5	25.5	23.2
North-east	44.9	35.9	48.2	37.5
Central	13.0	13.6	15.6	16.0
South	30.7	20.4	27.2	21.5
Greater Bangkok	7.8	3.9	3.5	3.4

Source : *Suganya Hutaserani, "Measurement of Poverty and Income Distribution", TDRI, May 1992*

Note : *Poverty Incidence : Proportion of Population with Average Annual Household Income below Poverty Line*

Table 5 Budget for Free Medical Care for the Low Income

Year	No. of Low Income Patients (Million)		Free Medical Care Budget for Low Income (Million Baht)		Real Budget per Patient (Baht)	Real Budget per Card Holder (Baht)	Low Income Budget As % of Health Budget
	Receiving Free Care	Covered by Low Income Card	Current Prices	1986 Prices			
1976	7.77		610	1,205	155		12.5
1977	9.68		410	754	78		9.1
1978	10.41		300	511	49		7.7
1979	10.27		300	465	45		7.7
1980	10.09		350	453	45		
1981	10.09						7.6
1982	12.99		477	521	40		7.9
1983	12.37		603	635	51		7.3
1984	12.89	10.16	660	688	53	68	6.8
1985	12.58		679	691	55		6.6
1986	13.42		679	679	51		6.7
1987	13.69	7.65	706	689	50	90	
1988							6.4
1989			800	714			9.0
1990		10.73	1,500	1,263		118	9.5
1991			2,000	1,592			9.6
1992		11.7	2,500	1,911		163	7.9
1993			2,750				

Source : *1976-80 : Rural Health Division, Ministry of Public Health.*

1981-87 : Social Indicators in 10 Years, NESDB, 1987.

1988-93 : Rural Health Division, Ministry of Public Health.

Table 6 Unit Costs for Low Income Budget Allocation, 1991

	Outpatients (Baht/Visit)	Inpatients (Baht/Case)
Health Centre	22	—
District Hospital	68	610
General/Regional Hospital	103	1,541

Source : *Rural Health Division, Ministry of Public Health.*

Table 7 Free Medical Care Program for the Low Income Budget Allocation

(Million Baht)

	1989	1990	1991	1992
Total Budget	800.0	1,500.0	2,000.0	2,500.0
1) Allocated to Health Care Providers not under Office of Permanent Secretary of Public Health	126.5	177.1	234.9	364.3
2) Allocated to Health Care Providers under Office of Permanent Secretary of Public Health	673.4	1,322.8	1,765.1	2,135.7
Percentage : Central	19.7	19.7	18.4	18.6
North-east	40.2	42.3	45.5	43.8
North	21.4	24.0	22.6	22.7
South	18.6	14.0	13.5	14.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : *Rural Health Division*

Table 8 Allocation of Free Medical Care Budget for Low Income and Veteran, 1992

Region	Low Income	Veteran	Additional Allocation	Total
1) Office of Permanent				
Secretary of Public Health				
Central	367.1	5.2	25.5	397.7
North-east	851.9	6.1	77.2	935.3
North	420.0	3.9	60.7	484.6
South	291.8	2.7	23.5	318.1
Whole Kingdom	1,930.8	17.9	187.0	2,135.7
2) Other Departments/Ministries				
Ministry of Public Health	163.5	1.1	22.7	187.3
Other Ministries				
— Interior	40.1	0.2	0.6	40.3
— Defence	49.8	0.3	—	50.1
— University Affair	80.1	0.5	0.2	80.8
— Agricultural and Cooperative	1.3	0.0	—	1.3
— Thai Red Cross Society	1.8	—	—	1.8
Training Division, Office of	2.0	—	—	2.0
Permanent Secretary Public Health				
Total	338.7	2.1	23.5	364.3

Table 9 Budget for Free Medical Care Programs, 1992-93

(Million Baht)

	1992	1993
1) Low Income		
— Veteran	20	20
— Reserve for Emergency and Natural Disaster	210	420
— Allocated to Health Facilities not under Office of Permanent Secretary of Public Health	339	290
— Allocated to Health Facilities under Office of Permanent Secretary of Public Health	1,931	2,020
Total	2,500	2,750
2) Handicapped	—	25
3) Children 0-12	—	150
4) Elderly	267	367
Total	2,767	3,292

Table 10 Assigned Health Facilities for Low Income People

	1984	1987	1990
Health Centre	54.6	80.0	77.1
Community Hospital	30.8	15.5	14.8
General Hospital	13.0	2.8	2.1
Municipal Health Centre and Others	1.6	1.7	6.0
Total	100.0	100.0	100.0

Source : *Rural Health Division, Ministry of Public Health.*

Table 11 Health Service Utilization before the Free Medical Care Program for the Low Income

	Provincial and District Hospital Users		Health Centre Users	
	Percentage	Fee/Visit (Baht)	Percentage	Fee/Visit (Baht)
Government Hospitals	40.9	210	25.5	177
Health and Maternal Care Centres	15.5	51	35.1	21
Traditional Doctors	7.0	49	6.6	47
Quacks	3.6	51	4.8	34
Drugstores	24.3	22	25.3	16
Private Hospitals, Clinics, Others	8.7	126	2.7	114
Total	100.0		100.0	

Source : *A Survey by Rural Health Division, 1980.*

Table 12 Health Service Utilization Pattern of the Sample with an without Low Income Card

	With Card	Without Card	Total
Within the Tambol	24.7 (61.9)	75.3 (53.0)	100.0 (54.9)
Outside the Tambol	18.5 (38.1)	81.5 (47.0)	100.0 (45.1)
Total	21.9 (100.0)	78.1 (100.0)	100.0 (100.0)
Within the Tambol	**With Card**	**Without Card**	**Total**
Traditional Care	22.0 (20.5)	78.0 (21.1)	100.0 (21.0)
Health Centre	23.6 (72.2)	76.4 (67.8)	100.0 (68.7)
Hospitals	17.7 (2.6)	82.3 (3.6)	100.0 (3.4)
Others	15.4 (4.7)	84.6 (7.5)	100.0 (6.9)
Total	21.9 (100.0)	78.1 (100.0)	100.0 (100.0)
Within the Tambol	**With Card**	**Without Card**	**Total**
Traditional Care	4.6	16.4	21.0 (2,539)
Health Centre	15.7	53.0	68.7 (8,446)
Hospitals	0.6	2.8	3.4 (408)
Others	1.0	5.9	6.9 (837)
Total	21.9 (2,678)	78.1 (9,552)	100.0 (12,230)

Note : *In parentheses are number of households*

Table 12 (cont.) Health Service Utilization Pattern of the Sample with and without Low Income Card

Outside the Tambol	With Card	Without Card	Total
Public Hospitals in the Province	22.9 (86.3)	77.1 (80.5)	100.0 (81.8)
Public Hospitals outside the Province	15.0 (4.4)	85.0 (6.8)	100.0 (6.3)
Private Clinics	10.0 (3.0)	90.0 (7.5)	100.0 (6.6)
Others	25.3 (6.3)	74.7 (5.2)	100.0 (5.3)
Total	21.7 (100.0)	78.3 (100.0)	100.0 (100.0)

Outside the Tambol	With Card	Without Card	Total
Public Hospitals in the Province	18.7	63.1	81.8 (10,577)
Public Hospitals outside the Province	0.9	5.4	6.3 (797)
Private Clinics	0.7	5.9	6.6 (854)
Others	1.4	3.9	5.3 (692)
Total	21.7 (2,804)	78.3 (10,116)	100 (12,920)

Note : *In parentheses are number of households*

Source : *"A Study on the Coverage of Free Medical Care Services for the Low Income People in Thailand", Rural Health Division, Ministry of Public Health and Faculty of Health Sciences, Mahidol University, 1988.*

Table 13 Payment for Medical Care by the Elderly Nan Provincial Hospital October 1992 - March 1993

Type of Elderly Patients	Outpatients			Inpatients		
	Visits	% Fees Paid	% Free	Cases	% Fees Paid	% Free
Elderly Rights	—	—	—	1.0	11.8	88.2
Social Security	8.0	—	100.0	1.0	31.1	68.9
Full Payment	722.0	100.0	—	64.0	100.0	—
Low-Income Card	553.0	—	100.0	315.0	—	100.0
Health Card	1,516.0	1.6	98.4	567.0	1.4	98.6
10% Discount	193.0	90.0	10.0	20.0	90.0	10.0
Free without Card	591.0	11.3	88.7	245.0	12.3	87.7
Veteran	51.0	—	100.0	6.0	22.2	77.8
Monks	62.0	—	100.0	18.0	6.8	93.2
Health Volunteers	92.0	—	100.0	22.0	1.6	98.4
Type C	92.0	(57.7)	42.3	2.0	42.0	58.0
Reimbursement (self)	936.0	(100.0)	—	62.0	(100.0)	—
Reimbursement (dependents)	2,014.0	(100.0)	—	482.0	(100.0)	—
Total	6,830.0	0.11 Million B. (0.52 Million B.)	0.45 Million B.	1,805.0	0.24 Million B. (3.72 Million B.)	3.27 Million B.

Source : *Nan Provincial Hospital Report, October 1992 - March 1993*

Note : *In parentheses are percent on credit.*

Table 14 Percentage Distribution of the Sample by Income Level and Type of Welfare Program

Welfare Program	Monthly Income (Baht)		Total
	Less than 2,000	2,000 and above	
None	36.4	28.7	65.2 (9,210)
Health Card	3.9	3.3	7.2 (1,024)
Low Income Card	18.3	4.9	23.2 (3,273)
Health Volunteer	1.4	1.4	2.8 (395)
Veteran	0.4	0.4	0.9 (125)
Others	0.4	0.3	0.7 (98)
Total	60.9 (8,599)	39.1 (5,526)	100.0 (14,125)

Note : *In parentheses are number of households*

Welfare Program	Monthly Income (Baht)		Total
	Less than 2,000	2,000 and above	
None	58.9 (59.8)	41.1 (73.5)	100.0 (65.2)
Health Card	54.5 (6.5)	45.6 (8.5)	100.0 (7.2)
Low Income Card	79.0 (30.1)	21.0 (12.4)	100.0 (23.2)
Health Volunteer	48.1 (2.2)	51.9 (3.7)	100.0 (2.8)
Veteran	49.6 (0.7)	50.4 (1.1)	100.0 (0.9)
Others	59.2 (0.7)	40.8 (0.8)	100.0 (0.7)
Total	60.9 (100.0)	39.1 (100.0)	600.0 (100.0)

Source : *"A Study on the Coverage of Free Medical Care Services for the Low Income People in Thailand", Rural Health Division, Ministry of Public Health and Faculty of Health Sciences; Mahidol University, 1988.*

Note : *Others include elderly welfare program, and those holding 2 types of cards, i.e., health card and volunteer, low income card and volunteer, low income and health card.*

Table 15 Percentage Distribution of the Sample by Income Level and Occupation

	Monthly Income		Total
	Less than 2,000	2,000 and above	
Agriculture	24.4	12.2	36.6 (5,175)
Government Officials	0.9	4.7	5.6 (791)
Trade	4.6	4.9	9.5 (1,344)
Employees	31.0	17.3	48.3 (6,825)
Total	60.9 (8,608)	39.1 (5,527)	100.0 (14,135)

Note : *In parentheses are number of households*

	Monthly Income		Total
	Less than 2,000	2,000 and above	
Agriculture	66.5 (40.0)	33.5 (31.3)	100.0 (36.6)
Government Officials	16.1 (1.5)	83.9 (12.0)	100.0 (5.6)
Trade	48.3 (7.5)	51.7 (12.6)	100.0 (9.5)
Employees	64.2 (51.0)	35.8 (44.1)	100.0 (48.3)
Total	60.9 (100.0)	39.1 (100.0)	100.0 (100.0)

Source : *"A Study on the Coverage of Free Medical Care Services for the Low Income People in Thailand", Rural Health Division, Ministry of Public Health and Faculty of Health Sciences, Mahidol University, 1988*

Table 5.3.1 Percentage Distribution of Patients by Source of Finance

Source of Finance	District Hospital				Provincial Hospital			
	North	Northeast	Central	Total Sample	North	Northeast	Central	Total Sample
Outpatients								
Self	14.8	40.0	48.6	35.2	17.5	31.5	33.6	29.2
Government Officials/Employees	—	—	2.7	1.1	—	5.6	3.6	3.2
State Enterprises's employees	11.0	16.7	16.2	14.9	19.4	33.3	36.4	31.6
Health Card	51.9	—	—	14.9	35.9	0.9	0.9	9.3
Low Income Support	18.5	3.3	5.4	8.5	16.5	4.6	6.4	8.4
Other Welfare Programs	3.7	16.7	10.8	10.6	7.8	7.4	5.9	6.7
Relatives	—	23.3	16.2	13.8	2.9	16.7	13.2	11.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Inpatients								
Self	13.0	25.0	40.0	29.1	6.8	33.0	30.0	25.2
Government Officials/Employees	13.0	25.0	20.0	19.0	26.2	17.9	20.2	21.0
State Enterprises' employees	—	—	—	—	—	0.9	1.9	1.2
Health Card	60.9	—	—	17.7	44.7	4.5	0.5	12.1
Low Income Support	4.3	18.8	10.0	10.1	14.6	9.8	8.9	10.5
Other Welfare Programs	—	—	—	—	5.8	4.5	4.7	4.9
Relative	8.7	31.3	30.0	24.1	1.9	29.5	33.8	25.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Table 5.3.2 Percentage Distribution of Source of Finance by Age Group of Patients, Total Sample

Source of Finance	Age (Years)				
	1-14	15-45	46-60	60+	Total
Outpatients					
Self	2.1	19.2	6.1	3.0	30.4
Government Reimbursement	3.8	12.5	6.3	5.9	28.5
State Enterprise	0.8	1.1	0.8	0.2	2.9
Health Card	0.6	5.9	2.9	1.0	10.3
Low Income Support	1.5	2.9	2.3	1.7	8.4
Other Welfare Programs	1.0	3.4	1.9	1.1	7.4
Relatives	5.5	3.2	1.1	2.3	12.2
Total	15.2	48.3	21.3	15.2	100.0
Inpatients					
Self	2.2	10.7	6.5	6.5	25.9
Government Reimbursement	1.8	5.5	5.7	7.7	20.8
State Enterprise	—	—	0.2	0.8	1.0
Health Card	0.4	6.1	3.0	3.6	13.0
Low Income Support	1.0	3.6	3.2	2.8	10.5
Other Welfare Programs	—	2.6	0.8	0.8	4.2
Relatives	9.3	6.9	4.2	4.3	24.7
Total	14.6	35.4	23.5	26.5	100.0

Table 5.3.3 Percentage Distribution of Sources of Finance by Major Household Occupation, Total Sample

Source of Finance	Occupation							
	Crops	Livestock	Government	General Workers	Business/ Factory Employees	Trade	Other	Total
Outpatients								
Self	11.8	1.0	1.7	6.7	5.5	3.0	0.8	30.4
Government Reimbursement	2.9	0.4	18.4	1.7	1.7	2.1	1.3	28.5
State Enterprise	—	—	1.1	0.2	0.8	—	0.8	2.9
Health Card	5.7	1.1	0.4	2.5	—	0.6	—	10.3
Low Income Support	4.4	—	0.4	2.9	0.4	—	0.4	8.4
Other Welfare Programs	1.9	0.2	0.8	1.5	1.0	1.3	0.8	7.4
Relatives	4.0	0.4	0.8	3.2	0.8	2.5	0.6	12.2
Total	30.6	3.0	23.6	18.6	10.1	9.5	4.6	100.0
Inpatients								
Self	9.5	0.4	0.6	9.1	2.6	3.2	0.6	25.9
Government Reimbursement	4.7	0.2	9.3	2.2	1.0	2.8	0.6	20.8
State Enterprise	0.2	—	0.2	—	0.4	—	0.2	1.0
Health Card	8.9	0.4	0.6	2.4	0.4	0.4	—	13.0
Low Income Support	4.0	0.2	0.8	4.0	0.8	0.8	—	10.5
Other Welfare Programs	1.2	0.2	0.2	2.0	0.6	—	—	4.2
Relatives	9.5	0.6	0.6	8.5	2.2	2.2	1.2	24.7
Total	37.9	2.0	12.3	28.1	7.9	9.3	2.6	100.0

Table 5.3.4 Percentage Distribution of Source of Finance by Household Total Income Groups by Region

Sources of Finance	North				Northeast				Central				Total Sample			
	L	M	H	Total	L	M	H	Total	L	M	H	Total	L	M	H	Total
Outpatients																
Self	14.0	3.1	—	17.1	21.7	7.2	4.3	33.3	9.4	18.0	8.2	35.5	13.8	11.5	5.2	30.4
Government Reimbursement	6.2	8.5	3.1	17.8	3.6	13.8	12.3	29.7	1.6	12.1	19.9	33.6	3.3	11.7	13.8	28.7
State Enterprise	—	—	—	—	—	1.4	2.9	4.3	—	1.6	2.0	3.5	—	1.1	1.7	2.9
Health Card	32.6	4.7	1.6	38.8	0.7	—	—	0.7	0.4	—	0.4	0.8	8.4	1.1	0.6	10.1
Low Income Support	14.0	2.3	0.8	17.1	4.3	—	—	4.3	3.9	2.0	0.4	6.3	6.5	1.5	0.4	8.4
Other Welfare Programs	3.9	2.3	0.8	7.0	5.1	2.9	1.4	9.4	1.2	2.7	2.7	6.6	2.9	2.7	1.9	7.5
Relatives	2.3	—	—	2.3	8.7	5.8	3.6	18.1	3.9	6.3	3.5	13.7	4.8	4.6	2.7	12.0
Total	72.9	20.9	6.2	100.0	44.2	31.2	24.3	100.0	20.3	42.6	37.1	100.0	39.6	34.2	26.2	100.0
Inpatients																
Self	7.1	0.8	—	7.9	23.4	4.7	3.9	32.0	13.0	9.9	8.7	31.6	14.2	6.3	5.3	25.8
Government Reimbursement	8.7	7.1	7.9	23.8	5.5	3.9	9.4	18.8	3.6	5.9	10.7	20.2	5.3	5.7	9.7	20.7
State Enterprise	—	—	—	—	0.8	—	—	0.8	—	0.4	1.2	1.6	0.2	0.2	0.6	1.0
Health Card	38.9	7.9	0.8	47.6	3.1	0.8	—	3.9	—	0.4	—	0.4	10.5	2.4	0.2	13.0
Low Income Support	12.7	—	—	12.7	10.2	0.8	—	10.9	4.7	2.4	2.0	9.1	8.1	1.4	1.0	10.5
Other Welfare Program	4.8	—	—	4.8	3.1	0.8	—	3.9	2.0	1.6	0.4	4.0	3.0	1.0	0.2	4.1
Relatives	2.4	0.8	—	3.2	21.1	7.0	1.6	29.7	11.5	13.4	8.3	33.2	11.6	8.7	4.5	24.9
Total	74.6	16.7	8.7	100.0	67.2	18.0	14.8	100.0	34.8	34.0	31.2	100.0	52.9	25.6	21.5	100.0

Note : *L = Low 0- 40,000 Baht per Year*
M = Medium 40,000-100,000 ,,
H = High 100,000+ ,,

References

Dow Mongkolsmai and Sirilaksana Khoman, "Beneficiaries of Public Health Services", a report on the research supported by the International Health Policy Program, January 1993.

Nan Provincial Hospital, Report No. 1/93 (October 1992-March 1993)

National Economic and Social Development Board, Social Indicators in 10 Years. 1987.

Plearnpit Satsanguan and Praphatsorn Leopairote. "Unit Costs of Public Hospitals in Thailand", a report on the research supported by the International Health Policy Program, December 1992.

Pranee Tinakorn, "Income Distribution and Poverty in Thailand", Matichon, 3 and 6 February 1989. (in Thai)

Rural Health Division, Ministry of Public Health, "The Effects of the Low Income Support Program", 1982. (in Thai)

Rural Health Division and Faculty of Health Sciences. Mahidol University, "A Study on the Coverage of Free Medical Care Services for Low Income People in Thailand", 1988. (in Thai)

Sanguan Nitayarampong et al., "The 1992 Census of Subdistrict health Centre Revenue", Health Systems Research Monograph Series No. 1, October 1992. (in Thai)

Suganya Hutaserani, "Measurement of Poverty and Income Distribution", Thailand Development Research Institute, a workshop paper on Measurement of Income Distribution and Economic Changes in Important Provinces, May 1992.

Payroll Tax Financed Health Insurance Schemes in Thailand : A Policy Analysis

Sanguan Nittayaramphong
Viroj Tangcharoensathien
Suradej Walee-itthikul
Supasit Pannarunothai

Paper presented at "The Health Financing in Thailand" Workshop, 11-12 November 1993 at Dusit Resort and Polo Club, Petchaburi, Thailand.

การประกันสุขภาพโดยการบังคับ : บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย

บทย่อสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทความนี้วิเคราะห์ระบบประกันสุขภาพที่มีแหล่งการเงินจากส่วนหนึ่งของเงินเดือนหรือภาษีค่าจ้าง (payroll tax) ซึ่งได้แก่ การทดแทนกรณีประสบอันตราย ทุพพลภาพหรือตายจากการทำงานให้นายจ้าง (ภายใต้กองทุนเงินทดแทนแรงงาน) และการทดแทนกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพและการตายที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน (ภายใต้การประกันสังคม) โดยมีกรอบของการวิเคราะห์คือประสิทธิภาพของการดำเนินการ ความเสมอภาคภายในโครงการทั้งสอง คุณภาพของบริการ การวิเคราะห์ได้อาศัยข้อมูลทุติยภูมิและรายงานการวิจัยที่มีอยู่ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ

โดยอาศัยหลักการที่ว่า การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานให้นายจ้างนั้นควรจะอยู่ในความรับผิดชอบของนายจ้าง ดังนั้นในกองทุนเงินทดแทนแรงงานนี้นายจ้างจ่ายเงินสมทบแต่ฝ่ายเดียว อัตราสมทบหลัก (basic rate) เป็น 0.2-2% ของค่าจ้างขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของสถานประกอบการ อัตราสมทบสูงสุดนั้นได้ลดลงจาก 4.5% เป็น 3% และ เป็น 2% ของค่าจ้างตามลำดับ นอกจากนี้กองทุนฯ ได้ใช้อัตราประสบการณ์ (experience rate) มาเป็นเกณฑ์ในการปรับเพิ่มลดอัตราเงินสมทบหลักเพื่อให้เกิดความเหมาะสม กล่าวคือ ถ้านายจ้างใดมีอัตราการสูญเสีย (loss ratio) สูง หมายความว่าเงินทดแทนทุกกรณีในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล เงินทดแทนการขาดรายได้จากการขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย เงินทดแทนกรณีทุพพลภาพและกรณีตาย หารด้วยเงินสมทบใน 3 ปีที่ผ่านมา ถ้าอัตราการสูญเสียสูงเกินกว่า 70% นายจ้างของสถานประกอบการนั้น ๆ จะต้องถูกสั่งให้จ่ายเงินสมทบมากขึ้นจากเงินสมทบหลักที่เคยจ่ายในปีที่ผ่านมา มาตรการนี้เป็นการกระตุ้นสถานประกอบการที่มีอัตราการประสบอันตรายสูงให้ลดอัตราการประสบอันตรายลง และให้รางวัลแก่สถานประกอบการที่มีอัตราการประสบอันตรายต่ำ

จากการวิเคราะห์พบว่า 75% ของนายจ้างได้รับการลดอัตราสมทบ 24% ถูกสั่งให้เพิ่มอัตราสมทบอีก 1% จ่ายอัตราสมทบคงเดิม อัตราส่วนนี้ไม่เปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2529-34 สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงสูงมักถูกสั่งให้เพิ่มอัตราสมทบ ผู้เขียนมีความเห็นว่า อัตราประสบการณ์ได้ผลน้อยในการลดอัตราการประสบอันตราย ทั้งนี้เพราะว่ามาตรการปรับเพิ่มอัตราสมทบนั้นอาจจะเป็นเงินไม่มาก เมื่อเทียบกับการลงทุนปรับสายพานการผลิตโดยเพิ่มมาตรการความปลอดภัยในการทำงานเข้าไป และตลาดแรงงานยังเป็นของนายจ้าง ดังนั้น มาตรการโดยตรงอื่น ๆ เช่น การบังคับให้เป็นไปตามกฎแห่งความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งการบันทึกรายงานการประสบอันตรายในสถานประกอบการน่าจะเป็นมาตรการที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพกว่ามาตรการทางการเงิน

เงินสมทบมากกว่าเงินทดแทนมาโดยตลอดระหว่างปี 2517 ถึงปี 2530 ยกเว้นในปี 2531-33 ซึ่งเงินทดแทนสูงกว่าเงินสมทบ และในปี 2534 เงินสมทบกลับคืนสู่ภาวะปกติคือสูงกว่าเงินทดแทน อย่างไรก็ตาม กองทุนฯ มีความมั่นคงสูงทั้งนี้เนื่องจากดอกผลที่งอกเงยจากการฝากธนาคาร ในปี 2534 รายจ่าย

ทั้งสิ้น 623.8 ล้านนั้น 38% เป็นรายการจ่ายผูกพันโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีทุพพลภาพในปีก่อนๆ อีก 62% เป็นรายจ่ายจริงในปี 2534 ในจำนวนรายจ่ายนี้ 52% เป็นรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล 46% เป็นรายจ่ายทดแทนการขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย อีก 2% เป็นรายจ่ายอื่น

กองทุนฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลตามรายการค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง (fee for service) แต่ทั้งนี้ไม่เกิน 30,000 บาทสำหรับการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งๆ ในกรุงเทพฯ นั้น ผู้ป่วยกว่า 95% ใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพฯ ค่ารักษาสำหรับผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 14,055 บาทต่อราย และ 790 บาทสำหรับผู้ป่วยนอกหนึ่งราย ในต่างจังหวัด ค่ารักษาเป็น 8,118 บาทต่อรายผู้ป่วยใน และ 502 บาทต่อรายผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บจากกองทุนนั้นสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐอย่างชัดเจน จากการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ไม่พบว่ามีการสั่งตรวจวินิจฉัยและให้บริการรักษาพยาบาลอย่างขาดเหตุผล การวิเคราะห์โครงสร้างค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในพบว่า ส่วนใหญ่เป็นค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่ารักษาอื่นๆ และค่ายา ภายใต้การจ่ายแบบ fee for service จึงมีความเป็นไปได้สูงที่โรงพยาบาลเอกชนจะเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์และค่ารักษาอื่นๆ สูงกว่าปกติได้มาก

ค่าบริหารจัดการของโครงการนี้ค่อนข้างสูงเนื่องจากสำนักงานกองทุนทดแทนแรงงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจะต้องตรวจสอบใบขอเบิกค่ารักษาพยาบาลทุกราย (claim screening) ซึ่งต้องใช้เวลาและกำลังคนค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังมีปัญหาการผลักภาระระหว่าง 2 กองทุน กล่าวคือ โรงพยาบาลที่รับเหมาดูแลผู้ประกันตนภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคมนั้นจะวินิจฉัยโรคหรืออาการบางอย่างที่กำกึ่งระหว่างที่สืบเนื่องจากการทำงานและที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน ไปสู่โรคที่สืบเนื่องจากการทำงาน เพราะสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้มากกว่า เมื่อเทียบกับการบริหารกองทุนประกันสังคมแล้ว ค่าบริหารจัดการไม่สูงเนื่องจากการจ่ายเป็นแบบเหมาจ่าย การตรวจสอบใบเบิกค่ารักษาพยาบาลจึงไม่มีความจำเป็นโดยปริยาย

กองทุนประกันสังคมคุ้มครองลูกจ้างกลุ่มเดียวกับที่คุ้มครองโดยกองทุนทดแทนแรงงาน กล่าวคือ ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างจำนวน 10 คนขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคนในปี 2536 สำหรับการเจ็บป่วย การคลอดบุตร การทุพพลภาพและการตายที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน โดยที่นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาลจ่ายเงินสมทบ 1.5% ของค่าจ้าง

ค่าจ้างสูงสุดสำหรับลูกจ้างที่มีรายได้สูงนำมาคำนวณอัตราสมทบคือ 500 บาทต่อวัน ทำให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงน้อยลงระหว่างลูกจ้างที่มีรายได้สูงกับรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตาม การที่ให้ลูกจ้างสมทบในจำนวนจำกัดหนึ่งก็ป้องกันมิให้มีการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตามกฎหมายได้

ในปี 2537 ประกันสังคมจะขยายการคุ้มครองไปสู่การประกันตนโดยความสมัครใจ ปัญหาสำคัญของการดำเนินการโดยความสมัครใจคือ จะมีแต่ผู้ที่ป่วยเรื้อรังและมีโอกาสใช้บริการการแพทย์สูงเข้ามาเป็นสมาชิกของประกันสังคม (selection bias) ทำให้กองทุนประสบภาวะขาดทุนได้ถ้ามีเหตุการณ์เช่นนี้จำนวนมาก นอกจากนี้ค่าบริหารจัดการโครงการค่อนข้างสูงเนื่องจากผู้ประกันตนโดยความสมัครใจไม่มีนายจ้างมาคอย

หักค่าจ้างนำส่งสำนักงานประกันสังคม และการคำนวณรายได้เป็นฐานของการจ่ายเงินสมทบก็ยังประสบปัญหาความยุ่งยากพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกษตรกรในภาคชนบท ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้น้อยที่จะขยายการคุ้มครองการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจภายใต้ประกันสังคมไปยังครัวเรือนที่ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ ในขอบข่ายกว้างขวางและรวดเร็ว

ในเรื่องนี้ กระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) โดยดำเนินการในพื้นที่ชนบทเป็นส่วนใหญ่ โดยที่ครัวเรือนซื้อบัตรครอบครัวราคา 300-500 บาทคุ้มครองทุกคนในครอบครัวในหนึ่งปีสำหรับการเจ็บป่วยทุกอย่างโดยไม่มีข้อจำกัด รัฐบาลให้การอุดหนุนบัตรสุขภาพบัตรละ 500 บาทเช่นกัน โครงการนี้มีลักษณะคล้ายรูปแบบ Health maintenance organisation กล่าวคือ สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลระดับจังหวัดเป็นผู้รับประกันและเป็นผู้ให้บริการด้วย โครงการบัตรสุขภาพมีศักยภาพสูงในการขยายการคุ้มครองไปสู่ครัวเรือนที่ไม่มีประกันใด ๆ ได้ดีกว่าการประกันสังคม

สำหรับการเจ็บป่วยนั้น ผู้ประกันตนจะต้องไปยังสถานพยาบาลที่เลือกลงทะเบียนไว้ โดยที่สถานพยาบาลได้รับเงินเหมาจ่าย 700 บาทต่อคนต่อปี สำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินและใช้บริการนอกสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้สามารถเบิกเงินคืนได้ตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด อัตรานี้ได้ปรับปรุงถึง 4 ครั้ง เนื่องจากว่าอัตราที่กำหนดไว้เดิมค่อนข้างต่ำ จากการศึกษาพบว่า อุบัติการของการใช้บริการฉุกเฉินเป็น 0.99 ต่อผู้ประกันตน 1,000 คน โรคที่สำคัญ 5 อันดับแรกคือ ไส้ติ่งอักเสบ, บาดแผลเปิด, กระดูกขาหัก, การติดเชื้อในลำไส้และทางเดินอาหาร, อุบัติเหตุสมอง มีสัดส่วนถึง 45% ของจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา นอกจากนี้ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินส่วนเกินจากอัตราที่กำหนดไว้ (copayment) ค่อนข้างสูง โดยที่ผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อยจ่ายส่วนเกินเป็นสัดส่วนของค่าจ้างสูงกว่าผู้ประกันตนที่มีรายได้สูงกว่า

ผู้ประกันจะได้เงินทดแทนการคลอดบุตร 2,500 บาทและต่อมาปรับเป็น 3,000 บาทต่อการคลอดหนึ่งครั้งรวมทั้งเงินทดแทนรายได้จากการลาคลอดบุตร 50% ของค่าจ้างเป็นเวลา 45 วัน การศึกษาพบว่า 18% ของผู้ประกันตนหญิงเท่านั้นที่ลาคลอดเกิน 30 วัน เงิน 2,500 บาทเพียงพอสำหรับ 80% ของการคลอดปกติ และ 14% ของการผ่าตัดคลอดบุตร (caesarian section) ในโรงพยาบาลของรัฐ และเพียงพอสำหรับ 19% และ 2% สำหรับการคลอดทั้ง 2 แบบดังกล่าวในโรงพยาบาลเอกชน แสดงให้เห็นว่า ระดับการจ่ายร่วมมีค่อนข้างสูงในการคลอดในโรงพยาบาลเอกชน การปรับอัตราเบิกจาก 2,500 เป็น 3,000 บาทนั้น สมควรที่จะได้มีการศึกษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับ copayment นอกจากนี้ การแก้ไขกฎหมายแรงงานในเรื่องการคุ้มครองแรงงานสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายเงินทดแทนรายได้ในระหว่างการลาคลอดบุตรนั้น มีการปรับขยายเพื่อเป็นประโยชน์ต่อลูกจ้างหญิงมากขึ้น ทั้งในส่วนที่จ่ายโดยนายจ้างและจ่ายโดยประกันสังคม จึงสมควรที่จะมีการศึกษาวิจัยในลักษณะประเมินผลการปรับปรุงระเบียบกฎหมายดังกล่าวด้วย

ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพนั้นค่อนข้างต่ำ กล่าวคือเงินทดแทนรายได้ 50% ของค่าจ้างไม่เกิน 15 ปี และค่ารักษาพยาบาล 1,000 บาทต่อเดือน และการที่กฎหมายกำหนด 50% ของค่าจ้างนั้นไม่ได้พิจารณาถึงข้อเท็จจริงที่ว่า ค่าของเงินย่อมลดลงในแต่ละปี ซึ่งจะไม่เพียงพอสำหรับการยังชีพในระยะยาว

ของผู้ทุพพลภาพ ดังนั้น จึงควรจะได้พิจารณาปรับประโยชน์ทดแทนในส่วนนี้ให้เหมาะสมต่อไปด้วย

กองทุนประกันสังคมค่อนข้างมั่นคง เนื่องจากว่ารายจ่ายสำหรับประโยชน์ทดแทนทั้ง 4 ประเภท ค่อนข้างน้อยกว่าเงินสมทบจาก 3 ฝ่ายที่เก็บได้ ในการดำเนินการในปี 2534-35 กองทุนมียอดเงินสะสมถึง 7,900 ล้านบาท

จากการวิจัยพบว่า ปัญหาสำคัญของประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วยนั้นคือ อัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนค่อนข้างต่ำ เนื่องจากปัญหาในการเข้าถึงสถานพยาบาลเชิงกายภาพ (physical accessibility) เพราะนายจ้างเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตน ความพึงพอใจต่อบริการค่อนข้างต่ำ ผู้ประกันตนเมื่อเจ็บป่วยยังไม่เลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ เป็นความต้องการที่ไม่สามารถสนองตอบได้ (unmet need) Unmet need ของผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลของรัฐมีสูงกว่าที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลเอกชน อัตราการใช้บริการต่ำนั้นสามารถแก้ไขได้ 3 มาตรการสำคัญด้วยกันคือ ก) ให้ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมกำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้จนสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ผู้ประกันตนทุกคนจะเลือกสถานพยาบาลเอง ข) ให้มีเครือข่ายของสถานพยาบาลซึ่งผู้ประกันตนสามารถเลือกใช้ได้ ซึ่งจะต้องระมัดระวังการใช้บริการเกินสมควร ทั้งนี้เพราะการใช้บริการนี้ไม่มีการร่วมจ่ายแม้แต่น้อย (copayment) และการบริหารเงินระหว่างสถานพยาบาลพยาบาลในเครือข่ายมีความซับซ้อน ค) การปรับให้ผู้ประกันตนลงทะเบียนกับบริการขั้นต้น (primary care) เช่น คลินิก โพลีคลินิก เป็นต้น แทนที่จะเป็นโรงพยาบาล เพื่อให้มีการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและตุ้นทุนการให้บริการต่ำ มีประสิทธิภาพกว่าบริการโรงพยาบาล

อัตราการใช้บริการต่ำ ทำให้สถานพยาบาลได้กำไรจากเงินเหมาจ่ายพอสมควร โรงพยาบาลเอกชนเข้ามาจัดบริการมากขึ้นตามลำดับจนมีส่วนแบ่งการตลาดสูงสุดในปี 2536 การจ่ายสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายมีข้อดีที่สำคัญคือสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ทำนายรายจ่ายและวางแผนรายรับรายจ่ายของกองทุนล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี และการบริการจัดการต่ำเนื่องจากไม่ต้องมีกิจกรรม claim screening ยกเว้นกรณีคลอดบุตรและการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวก็มีข้อเสียที่สำคัญคือคุณภาพบริการต่ำเนื่องจากสถานพยาบาลพยายามลดรายการการรักษาพยาบาลลง

ประเด็นนโยบายที่มีความสำคัญคือ

1. การขยายการคุ้มครองครัวเรือนที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ โดยการประกันสังคมและโครงการบัตรสุขภาพมีข้อเสียคือ selection bias และค่าบริหารจัดการค่อนข้างสูง แต่โครงการบัตรสุขภาพมีศักยภาพสูงกว่าในการขยายการคุ้มครองสู่ครัวเรือนในเขตชนบท การประกันสังคมมีศักยภาพสูงกว่าในการขยายการคุ้มครองในเขตเมือง สำนักงานประกันสังคมและกระทรวงสาธารณสุขควรจะได้ประสานงานกันอย่างใกล้ชิดในเรื่องนี้ต่อไป

2. เนื่องจากการทดแทนแรงงานและการประกันสังคม คุ้มครองลูกจ้างในกลุ่มเดียวกัน แต่มีพัฒนาการและความแตกต่างกันค่อนข้างมากในด้านเงินสมทบ อัตราสมทบ การจ่ายโรงพยาบาล การบริหารจัดการ benefit package ในระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีข้ออภิปรายในเชิงนโยบายในการรวมกองทุนทั้งสอง

เข้าหากัน ในขณะนี้นั้น เหตุผลของการรวมนั้นยังไม่หนักแน่นเพียงพอ ประเด็นเชิงนโยบายจึงอยู่ที่การพัฒนาทั้งสองกองทุนให้มีประสิทธิภาพภายในมากขึ้น

3. ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าเพดาน 30,000 ภายใต้กองทุนทดแทนแรงงานนั้นมีจำนวนค่อนข้างน้อย ดังนั้นค่ารักษาพยาบาลขณะนี้จึงเพียงพอ และลูกจ้างไม่มี copayment มากนัก ในทางตรงกันข้ามผู้ประกันตนมีการร่วมจ่ายค่อนข้างสูงในกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชน แม้อัตราการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินมีจำนวนน้อยก็ตาม สำนักงานประกันสังคมควรจะได้วิจัยประเมินผลโดยเฉพาะ copayment สำหรับการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน แม้ว่าจะมีการปรับอัตรามาถึง 4 ครั้งแล้วก็ตาม นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่รับรักษาพยาบาลผู้ป่วย กับโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนลงทะเบียนไว้ มีความสำคัญในการรับส่งและการรับชดใช้ค่ารักษาพยาบาลซึ่งกันและกัน การประสานงานอย่างใกล้ชิดจะทำให้ผู้ประกันตนไม่ต้องมี copayment สูงโดยใช่เหตุ

4. การบริหารกองทุนทั้งสองมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้กองทุนฯ มีความมั่นคง กองทุนทดแทนแรงงานมีความคล่องตัวน้อยกว่ากองทุนประกันสังคมในการบริหารให้เกิดดอกออกผล

5. ประสิทธิภาพการใช้เงินของกองทุนเงินทดแทนแรงงานมีต่ำกว่า กล่าวคือ การจ่ายตามรายการแบบย้อนหลัง (retrospective fee-for-service) ทำให้มีการคิดค่ารักษาพยาบาล ค่าธรรมเนียมแพทย์และค่ายาสูงกว่าความเป็นจริงได้ ประกอบกับกลไกในการตรวจสอบและกำกับราคาค่าบริการของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนแรงงานยังไม่เข้มแข็งนัก นอกจากนี้ ต้นทุนในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงโดยเฉพาะการตรวจสอบใบเบิกค่ารักษาพยาบาลทุกใบ และการตรวจสอบก็ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

6. อัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนในโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการประกันสังคมยังเป็นเรื่องใหม่ ผู้ประกันตนมีระดับการศึกษาไม่สูง ความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของตนเองยังมีน้อย ผู้ประกันตนกว่า 10% ไม่ทราบแม้กระทั่งว่าโรงพยาบาลที่ตนเองจะต้องไปใช้เมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นชื่ออะไร การที่นายจ้างเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลแทนผู้ประกันตน การไม่สามารถเข้าถึงเชิงกายภาพได้เมื่อเจ็บป่วย ทำให้เกิด unmet need ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ค่อนข้างต่ำ แนวทางการแก้ไขปัญหานอกจากจะเร่งรัดให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองแล้ว การจัดตั้งเครือข่ายของบริการเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการดีขึ้น การปรับการลงทะเบียนของผู้ประกันตนจากโรงพยาบาลเป็นบริการขั้นปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งจะมีประสิทธิภาพและประหยัดมากกว่าบริการโรงพยาบาล การศึกษาวิจัย ติดตามประเมินผลมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การจ่ายแบบเหมาจ่ายนั้นจะเกิดปัญหาในด้านคุณภาพของบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่ำ ฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบคุณภาพบริการจึงมีความสำคัญมาก การตรวจเวชระเบียน การศึกษาพบว่า คุณภาพบริการของผู้ป่วยภายใต้กองทุนเงินทดแทนแรงงานค่อนข้างดี ไม่มีการสั่งใช้ยาและการตรวจวินิจฉัยเกินความจำเป็น

1. Introduction

The 1990 Social Security Act has significantly expanded social insurance in Thailand, prior to which the Workmen's Compensation Scheme (WCS), an employer liability scheme, has been operating since 1973. The expansion could be viewed in two dimensions, benefit covered and population coverage.

The previous Scheme compensates work-related illnesses and injuries, disability and death whereas the latter extends comprehensive coverage to non-work related illnesses, disability and death as well as maternity benefits at present and will extend to old-age pension and family allowance in 1996. The Scheme will cover unemployment benefit when appropriate through Royal Decree issuance. Benefit package comparison of the two Scheme was summarised in Table 1.1.

The two Scheme covered private employee in establishments of 20 or more workers and then extended to 10 or more workers in June 1993 for WCS and September 1993 for Social Security Scheme (SSS). By October 1993, there were four million insured workers covered by both Schemes. Figure 1.1 shows that there are the total of 8.9 million private employees in 1993, of which 2.4 million engaged in agriculture and 6.5 million in non-agriculture sector. This number includes employees in state enterprises and private employees in establishments of less than 10 employees who are not covered by the two Schemes.

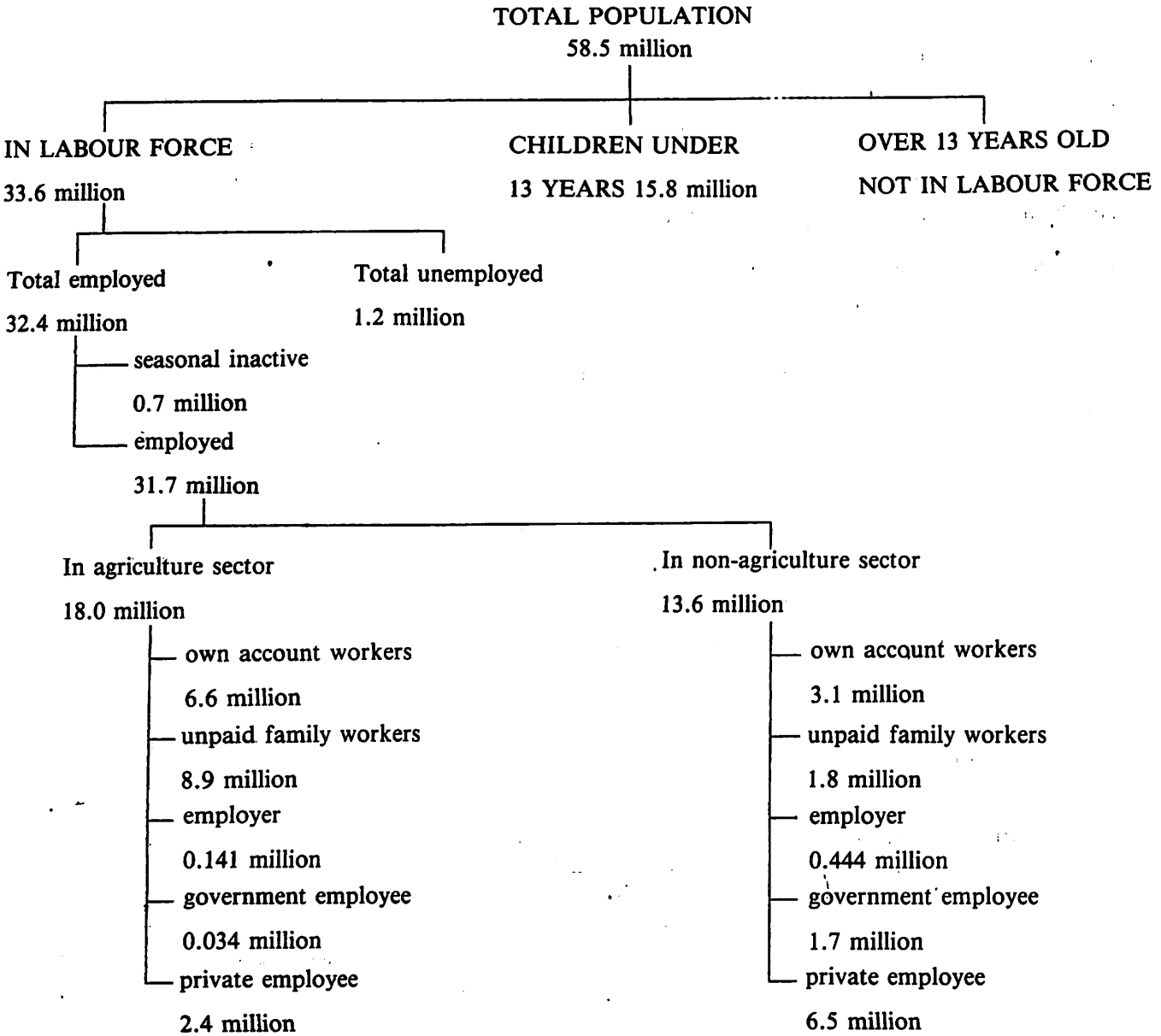
Though the population covered by SSS is rather low, i.e., 12% of total 33.6 million labour force, 45% of the total 8.9 million private employees, proper policy direction on its implementation is important to achieve efficiency, financial sustainability and not to increase inequity gaps.

The paper is organised in three parts, firstly, the review of the WCS operation, its financing mechanism, then followed by the operation of the SSS to identify strength and weakness particularly in the three important societal objectives, efficiency, equity and quality of care. Finally policy discussions and recommendation were raised. The paper lied heavily on secondary documents and research findings in the recently years.

Table 1.1 Benefit packages covered by Social Security Scheme and Workmen Compensation Scheme

Social Security Scheme	Workmen Compensation Scheme
1. Covers non-work related illness, injuries, maternity, disability, death, family allowance old age pension and unemployment benefit.	1. Covers work related illnesses, injuries, death and disability.
2. Tripartite contribution : employer, employee and government equally contribution 1.5% of payroll.	2. Employer solely contributes 0.2 to 2% of payroll, depends on risk of industry.
3. Care should sought from registered hospitals, no co-payment at registered hospitals. Hospitals are paid on capitation basis 700 B/ capita/year. Emergency case sought care elsewhere and insured workers claim directly from SSO according to rates set by the Office.	3. Patients can sought care anywhere, hospitals reimbursed directly from WCS Office on a fee-for-service basis with 30,000 Baht maximum ceiling per episode of illness.
4. Sickness absence cash benefit is 50% of wages.	4. Sickness absence cash benefit is 60% of wages.
5. Loss of organs is not compensated for.	5. Compensation for loss of organ is 60% of wages for not more than 10 years.
6. Disability compensation is 50% of wage for not more than 15 years.	6. Disability compensation is 60% of wages for not more than 10 years.
7. Funeral assistance is 100 times of the highest minimal daily wages.	7. Funeral assistance is 3 times of monthly salary, but not less than 5,000 Baht and not more than 10,000 Baht, survivor benefit is 60% of wages for 5 years.

Figure 1.1 Population and Labour Force, 1993



Source : Labour Studies and Planning Division, Department of Labour Protection and Welfare, 1993

2. Workmen Compensation Scheme

The WCS has been implementing since 1973. The Scheme aims to pay medical bills for work-related injuries and illnesses, invalidity and death compensation, including cash benefit for sickness absences.

The Scheme covers the identical population as of the SSS, i.e., at least 10 worker establishments by the end of 1993. The Scheme started its implementation in Bangkok in 1974 and gradually expanded to other provinces and finally covered all 73 provinces throughout the country by 1988 (MOI 1990b, 1991, 1992). In Figure 2.1, the number of employers registered and workers covered during 1974-91 gradually increased during 1974-90 but with an outstanding increase in 1991.

It is worthnoting that there is a relationship between WCS and SSS. Before the SSS effective implementation in 1991, there was an under reporting of the number of workers under the WCS. The low compliance to the Workmen Compensation Law is plausible, as it is an employer liability scheme and the licensing mechanism of law evasion is quite weak. The sudden increase coverage from 1.8 million workers at the tip of iceberg in 1990 to 2.8 million in 1991 was extraordinary. This could be explained that SSS implementation in 1991 uncovered the iceberg. SSS imposed imprisonment for law evasion, but WCS only fined.

The Scheme was financed solely by the employers on a basic rate of 0.2% to 2% of the payrolls based on risks of the industry. The first 1974 version of basic rate for 136 industries was 0.2% to 4.5% of the payroll, of which 109 industries contributed 0.2% to 1.0%, 18 industries contributed 1.2% to 2.0% and 9 industries contributed 2.2% to 4.5%.

In 1989, the second version basic rate was introduced. There are the total 209 industries, of which 178 industries contributed 0.2% to 1.0%, 25 industries contributed 1.2% to 2.0%, 6 industries contributed 2.2% to 3.0%. Finally he third version in 1992, the basic rate was scaled down to 0.2%-2% (MOI 1990a) in favour of employers. This adjustment coincided with the general trend of other tax cut aiming at stimulating the country economic growths and broaden tax base. Other hidden aim is to increase employer compliance to the Law.

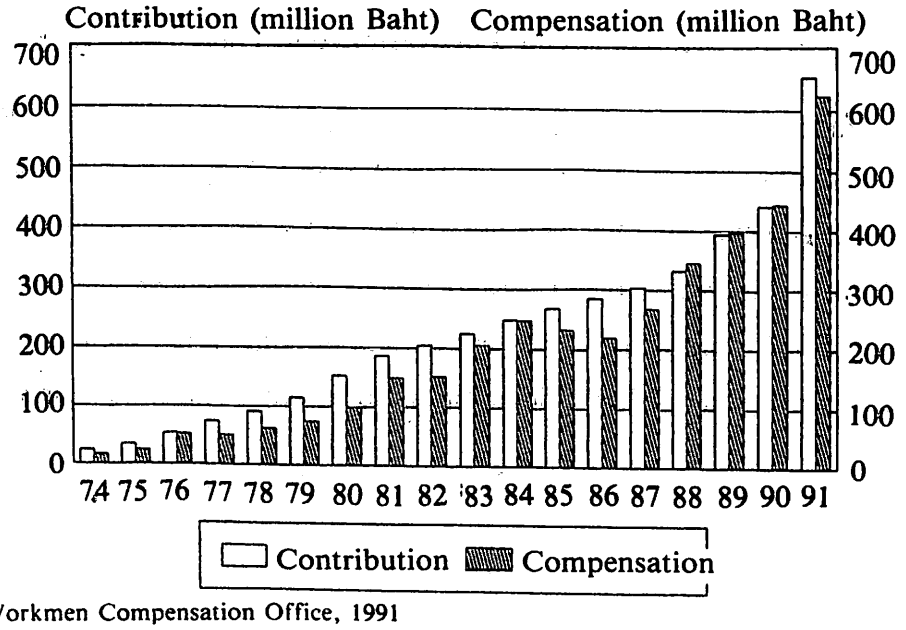
Figure 2.2 shows that contribution was higher than compensation during 1974 to 1987. Compensation levelled off contribution during 1988-90 and then slightly reversed the trend in 1991. The Fund made positive balance for 14 consecutive years, interest generated from the Fund easily absorbed the negative balance during the difficult years of 1988-90.

In 1991, The total Fund revenue was 1,011.6 million Baht, of which 65% was employer contribution, 32% from bank interest and the rest 3% from other sources. In Figure 2.3, the Fund expenditure was 623.8 million Baht, 38% was committed to compensate invalid cases in the past years, 62% for current expenses. Out of the total 387.4 million Baht current expenses, 52% was paid on medical bills, 46% on sickness cash benefit, 1% on funeral grants and 0.3% on rehabilitations.

The Scheme applies financial incentive through decreasing basic rate for the low risk establishments and vice versa using loss ratio and experience rate.

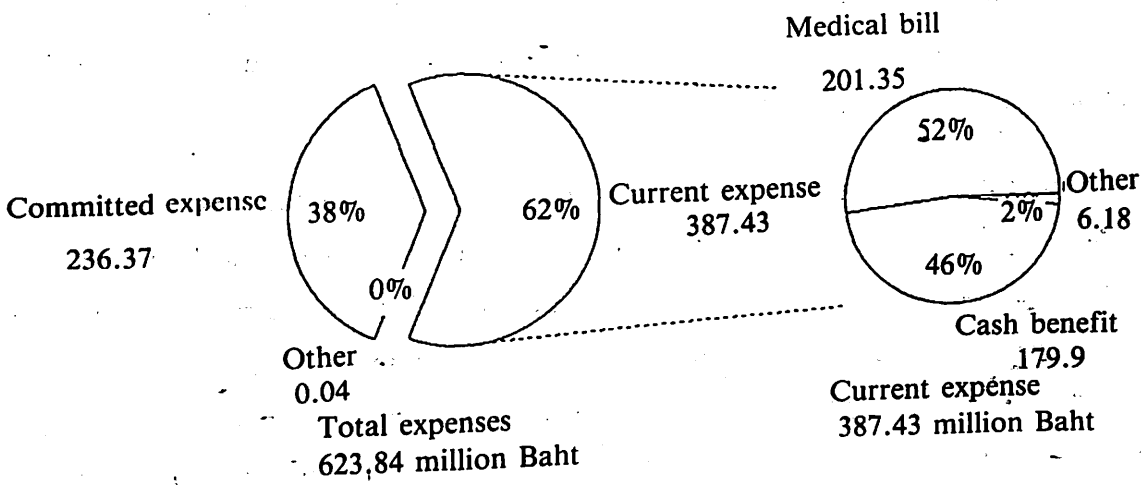
Based on the last three year average loss ratio (all type compensations as percent of contribution), experience rate was calculated for each establishment. High compensation paid for work-related injuries, illnesses, disability and deaths yields high loss ratio and high experience rate for contribution in subsequent years and vice versa. High risk employers, i.e., establishments with high compensation to workers, will be penalised by an increased premium rate in the following year. The maximum experience rate is not more than 200% of that of basic rate. Loss ratio and experience rate is shown in Table 2.1.

Fig 2.2 Contribution and compensation under the Workmen Compensation Scheme



Workmen Compensation Office, 1991

Fig 2.3 Compensation paid by Workmen Compensation Fund, 1991



Workmen Compensation Scheme, 1991

Table 2.1 Loss ratio and experience rate, WCS 1993

Loss ratio	Experience rate
less than 10%	30% of basic rate
10.01-20%	40% of basic rate
20.01-30%	50% of basic rate
30.01-40%	60% of basic rate
40.01-50%	70% of basic rate
50.01-60%	80% of basic rate
60.01-70%	same basic rate
70.01-80%	110% of basic rate
80.01-90%	120% of basic rate
90.01-100%	130% of basic rate
100.01-110%	140% of basic rate
110.01-120%	150% of basic rate
120.01-130%	160% of basic rate
130.01-140%	170% of basic rate
140.01-150%	180% of basic rate
150.01% -	200% of basic rate

Source : *Workmen Compensation Office, 1993*

From table 2.1, establishments with loss ratio between <10% to 60% are granted with reduced contribution rate. Those with loss ratio of 60.01% to 70% contributed at the basic rate. Those with loss ratio higher than 70% will be penalised through increasing contribution rate. The Fund safety threshold was set at 70% loss ratio.

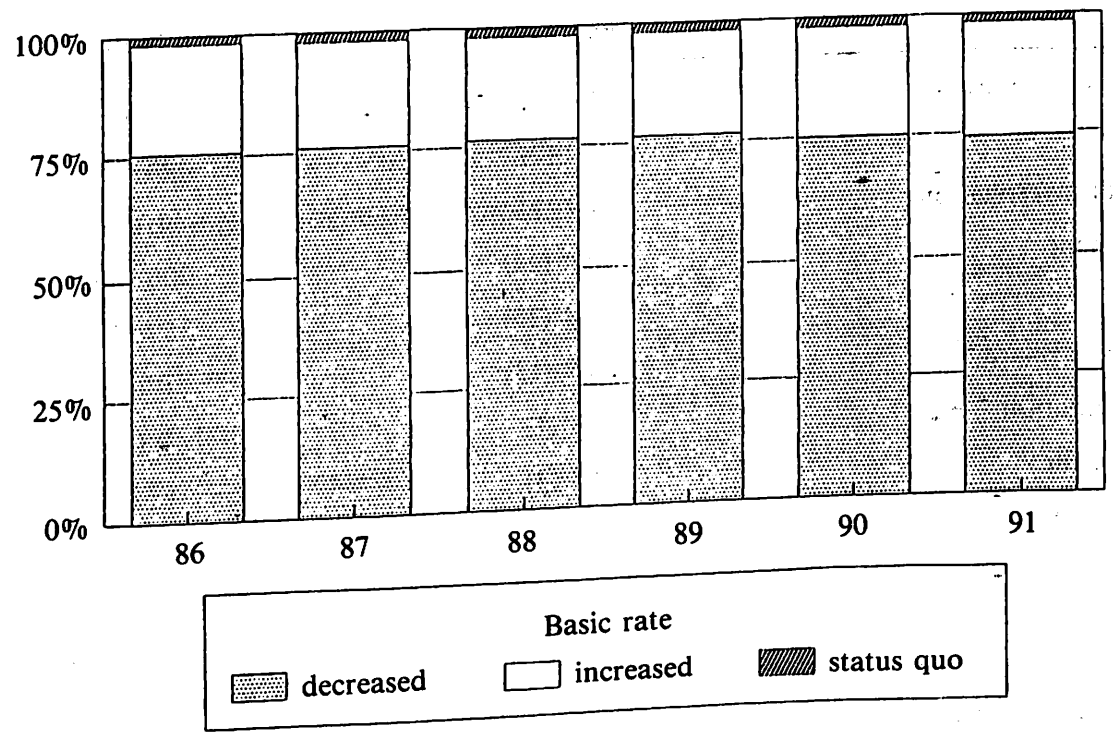
Figure 2.4 shows that in 1991, most employers (75% of total) were granted with reduced contribution rate, less than 3% of employers got the same contribution rate (i.e., loss ratio of 60.01%-70%), and the rest 22% were penalised by increased rate. Detail analysis often found that the same high risk industries were always penalised. In Samutprakan province, the highly concentrated manufacturing and industrial area of the country, 44.5% of employers were to increase contribution rate in 1991, the highest rate in the country (MOI 1992).

Manufacturers of metal, iron work, industrial chemicals, gas, rubber and plastic are among the commonest penalised employers (MOI 1989). Indepth interview with authorities concerned revealed that these high risk industries were to increase contribution rate most of the years, but this is not a fast rule as traffic accidents and related deaths (to and from work) are also a main cause of high compensation and high loss ration among low risk industries. In contrast, employers in service sector such as hotel, restaurant, business and trading were the most common granted with reduced contribution rate.

Figure 2.5 reveals the work-related injury rate per 1,000 workers compared with total number of workers covered by WCS. The injury rate climbed up rapidly during 1976 to 1979 and fluctuated with a stable rate during 1979 to 1989 and reached the peak of 45 per 1,000 workers in 1990. A good sign was observed when the injury rate did not compatible with the number of workers covered, but the rate should decline if workplace safety measurements were effectively functioning.

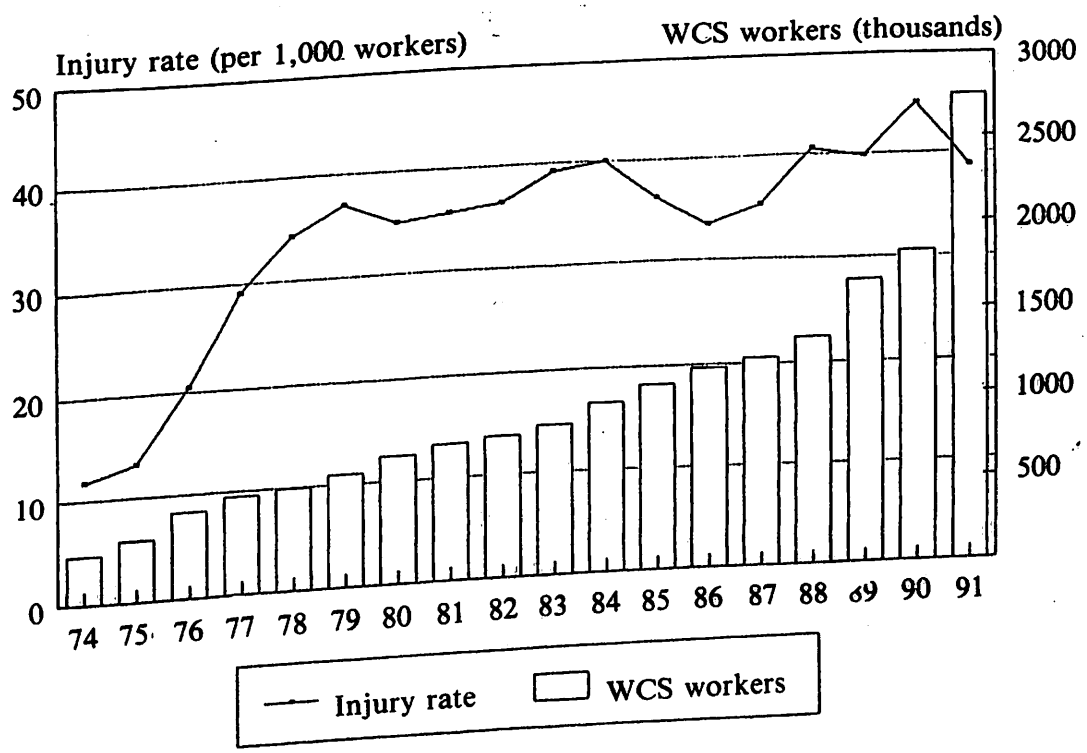
Injured workers could access to health care either public or private facilities. Hospitals claim retrospectively to the Workmen Compensation Office, a division under the Social Security Office, on a fee-for-service basis. The maximal claim is 30,000 Baht per episode of illness. Beyond the ceiling is either absorbed by the employer or employee.

Fig 2.4 Experience rate calculated from loss ratio 1987-91



Workmen Compensation Office, 1991

Fig 2.5 Injury rate and WCS workers during 1974-91



Workmen Compensation Office, 1991

Table 2.2 Fee profile for WCS inpatient (Baht per case) and outpatient (Baht per visit) in Bangkok.

	Inpatients	Outpatient
Routine laboratory	104 (1)	1 (0)
X-Ray	290 (2)	48 (6)
Special investigation	149 (1)	1 (0)
Treatment	3,350 (24)	206 (26)
Drugs	3,562 (25)	359 (45)
Room & Board	1,769 (13)	0 (0)
Rehabilitation	123 (1)	9 (1)
Equipment	368 (3)	12 (1)
Doctor Fees	4,340 (31)	155 (20)
Total	14,055 (100)	790 (100)

Note : *Percent in brackets*

Source : *Bennett et al (1992)*

Table 2.3 Fee profile for WCS inpatient (Baht per case) and outpatient (Baht per visit) outside Bangkok.

	Inpatients	Outpatient
Routine laboratory	143 (2)	2 (0)
X-Ray	192 (2)	22 (4)
Special investigation	145 (2)	18 (4)
Treatment	1,951 (24)	122 (24)
Drugs	2,416 (30)	271 (54)
Room & Board	1,343 (17)	0 (0)
Rehabilitation	0 (0)	0 (0)
Equipment	638 (8)	30 (6)
Doctor Fees	813 (10)	20 (4)
Others	476 (6)	16 (3)
Total	8,118 (100)	502 (100)

Note : *Percent in brackets*

Source : *Tangcharoensathien et al (1993a)*

Table 2.2 and 2.3 demonstrates the fee profiles for outpatients and inpatients treated by hospitals in Bangkok and outside Bangkok. Hospitals outside Bangkok claimed less than in Bangkok (Tangcharoensathien 1993a).

Table 2.4 Average claim for outpatient (Baht per visit) and inpatient (Baht per case) medical bill by different type of hospitals.

	Outpatient	Inpatient
Private non-profit hospital	695	11,446
Private for-profit hospital	728	11,969
Private hospitals in stock market	711	12,721
Public hospitals	517	5,939

Source : *Varophas P (1992). Reimbursement and appropriate treatment under WCS.*

Table 2.4 reflects the lower claim by public hospitals both for outpatient and inpatient than private hospitals. Private hospitals in stock market has the highest inpatient claim.

Table 2.5 Mean and median charges per case and length of stay for inpatients in Bangkok and up-country.

	mean charge	median charge	LOS	Valid N
Bangkok private	14,055	9,494	6.89	1,176
Up-country private	10,219	4,977	6.44	179
Up-country public	4,706	2,120	10.15	274

Source : *Bennett (1992).*

In Table 2.5, charges in Bangkok appears to be considerably higher than up-country. A significant difference in charges between public and private sectors is also apparent, both in terms of mean and median charges. Difference in charge per day between the two sectors is far more significant as there is a big difference in average length of stay.

Table 2.6 Mean appropriateness scores for outpatient consultations, WCS Bangkok.

	Score for given	intervention not given	Valid number
Record of history	3.25	—	714
physical exam	3.20	2.50	476
routine lab	—	4.45	634
biochemistry	—	4.55	630
X-ray	4.24	4.46	590
Ultrasonography	—	4.67	629
CT Scan	—	4.67	630
MRI	—	4.67	631
Other special invest	—	4.63	549
Diagnosis given	3.71	1.50	473
Items of drug	4.03	—	583
Type of drug	4.02	—	588
Amount of drug	4.05	3.00	456
Surgical procedure	4.34	4.52	482
Orthopaedic procedure	4.31	4.73	192
Other procedures	4.50	—	2

Source : *Bennett (1992).*

Note : *Minimal score 1 = poor, maximal score 5 = excellent*

Table 2.6 extracts from a panel of expert appointed by the Medical council scrutinising the medical records retrieved from private hospitals through Bangkok WCS Office. One record was investigated by two experts and opinion was given on its appropriateness for prescribing and not prescribing investigations and procedures, score ranges from one to five.

On average, the result is quite satisfactory except there was insufficient records on physical examination and diagnosis. The scores for the appropriateness of drugs prescribed including number of items, type and amount of drug are surprising high. Over-prescription

is a relatively easy way for private providers to make extra revenue ; the fact that this does not appear to be occurring suggests that supplier induced demand may not currently be a problem for the WCS. In terms of prescription the main problem that experts observed was that doctors did not sufficiently clearly specify the quantity of drugs to be taken.

Table 2.7 Appropriateness scores for inpatient admissions, WCS, Bangkok Score

	Number	Percent
1. Not at all appropriate	0	0
2. Not very appropriate	4	0.8
3. Reasonably appropriate	86	16.8
4. very appropriate	165	32.3
5. Extremely appropriate	256	50.1

Source : *Bennett (1992).*

On the whole, experts found hospitals' decision to admit cases to be quite appropriate. Table 2.7 indicates 50% of cases scored the maximum 5 points for very appropriate. Scores includes all cases whether they were admitted or not.

Table 2.8 Means appropriateness scores for inpatient service provided, WCS Bangkok.

Aspect of treatment	Mean score	Valid N
Further investigation	4.00	3
Doctor's visits	5.00	2
Frequency of doctor visit	4.50	2
Consultant' visit	4.50	2
Medication	4.30	10
IV fluid	4.56	9
Procedures	4.33	9
Length of stay	4.14	28
Final diagnosis	4.21	24

Source : *Bennett (1992).*

Table 2.8 shows that treatment given to inpatients under WCS in Bangkok is highly appropriate, scored more than 4.00 particularly the frequency of doctor visit. Intravenous fluid was not inappropriately given.

Several policy issues raised from the critical analysis of the WCS was discussed below.

1. Private hospital is considerably more expensive than the public but lengths of stay are much shorter. The current payment mechanism, 30,000 Baht ceiling for each episode does not place any pressure on providers to contain costs. Only a few cases go above the ceiling, 1.3% of cases analysed in Bangkok and 0.7% of case in 8 provinces outside Bangkok (Bennett 1992). The WCS reimburse on a fairly open-ended fee-for-service basis. Major fee categories such as doctor fee and treatment are subjected to abuse and overcharge.

However, Bennett (1992) shows that the quality of care, by a panel of expert appointed by the Medical Council, to review sample medical records from hospitals in Bangkok is quite satisfied. The supplier induced demand is not currently a problem under the WCS. Review also found no evidence of abuse of high technology equipment, over-provision of diagnostic services or over prescription.

Payment mechanism to self contain cost such as capitation or diagnosis related group could be a potential area of development to contain cost and increase the value of money.

2. Evidence shows that the application of experience rate as a financial incentive to avoid risk and high loss ratio through installation of safety measures at work is ineffective. As the same high risk industries were often penalised and the low risk often rewarded. Direct installation, inspection and enforcement of safety measures and compulsory injury records by employers at workplace will significantly decrease the incidence of injuries, invalidities and deaths. Labour Welfare and Protection Department can play an active role than the WCS Office.

However, experience rate could be viewed as a safeguard mechanism to stabilise the Fund. The safety margin was set rather high, i.e., employers with higher than 70% loss ratio will be penalised.

3. The definition of work-related illnesses is sometime problematic, bakc-pain is the

commonest example. This leads to the hospital tendency of shifting cases from non-work related illnesses (which should be covered by the SSS) to work-related illnesses as claim is on fee-for-service basis. Hospitals under SSS are paid on a fix capitation rate per insured worker.

4. Employers may pay the medical bills directly to injured employees and deliberately fail to report cases to the WCS Office in order to avoid high loss ratio and high experience rate. High risk employers can substantially make saving through this type of loophole, particularly when the licensing mechanism is rather weak.

5. Claim screening is tedious, there are 140 staffs in the WCS Office in Bangkok, of which one section of 12-15 staffs screen all the claims. Claim screening is often non-effective as medical records are not retrieved for audit on a regular basis to justify the claim. High charges for simple condition outpatient services, though within the ceiling, is not uncommon. Screening staff could hardly do anything for these cases. Selective request for medical records particularly from "black-list" hospitals on extraordinary claim was done but not on a routine basis.

6. If payment mechanism reform gears towards capitation or diagnosis related group, claim screening is automatically unnecessary, but medical audit to guarantee quality of care is necessary.

3. Social Security Scheme

The enactment of the 1990 Social Security Act on 1 September 1990 compulsorily supplements the WCS by providing comprehensive benefit coverage to the same population employed in private sectors, i.e., establishments of 20 or more workers. There were 3.87 million workers under the Scheme in December 1992. In September 1993, it increased coverage to the smaller establishments of 10 or more workers. It was estimated that 500,000 workers in smaller establishments will be covered but actually 230,000 registered in September 1993.

This starts the new era of the SSS in Thailand. Employer, employee and the government contribute equally 1.5% of the payroll to the Social Security Fund (SSF) run by Social Security Office (SSO) under the Ministry of Labour and Social Welfare.

According to the Act, high income workers contribute at a limited amount. The maximum wage base for calculating contribution is 500 Baht per day. The maximum contribution for high income earners are 1.5% × 500 Baht/day × 30 days = 225 Baht per month. This may cause inequality between the high and low income workers. White collar workers who earn more than 15,000 Baht per month is not uncommon. Furthermore, Article 55 of the Act allowed any company providing better welfare to opt out from SSS, approximately 400,000 workers (10% of total insured workers were excluded from SSS). Most of them are high income employees. This jeopardises the Fund contribution from the better off white collar workers. Unfortunately, due to data entry backlog problem, though data base was well designed, the number of high income earner was unknown.

It is by law that by 1994, the SSS will cover to self-insured on a voluntary basis, for examples, in less than 10 worker establishments, the self-employed, traders etc. This sitmulates an argument on the "selection bias", one of the major weakness of voluntary insurance scheme. High risk individuals and chronic ill who perceive higher benefit than cost will join the Scheme whereas low risk will opt out. This places financial burden to the Scheme.

Another argument is on the administration cost of voluntary scheme under SSs. It is quite difficult though not impossible to calculate contribution from self-employed individual or workers engaged in rural agriculture sectors. This incurs substantial administrative cost to the SSO. There is a voluntary health insurance operated by the Ministry of Public Health called "Health Card Scheme". The concept behind is "community financing". The households contribute 500 Baht and the government subsidises 500 Baht to cover medical care cost for all family members (average 4.2) in a year. This issue will be elaborated in detail by Kiranand (1993). How to increase insurance coverage to households who are not yet covered, whether through voluntary SSS or Health Card Scheme is one of the important policy questions being addressed during the workshop.

Four types of benefit are provided to insured workers in the initial phase of operation,

1) non-work related sickness benefit,
2) maternity benefit for female workers and spouses,
3) invalidity,
4) funeral grant for death.

There are cash benefit to compensate insured workers on sick leave, maternity leave and disability.

Emergency cases (outpatient, inpatient, surgery) sought care outside registered hospitals were paid on a retrospective basis directly to the insured workers at the rate set by the Office. Supachutikul (1992) estimated the annual incidence rate of emergency care to be 0.99 per 1,000 insured workers. Five leading diseases, namely acute appendicitis, open wound, fracture of lower extremities, intestinal infectious diseases and intracranial injury were account for 45% of all cases investigated in Bangkok and eight selected provinces.

Financial burden, i.e., copayment to insured workers who sought emergency care outside registered hospitals was substantial (Supachutikul 1992), 73% of surgical cases had paid the medical bill more than the monthly income. After reimbursement from SSO, 50% of surgical cases still paid more than the monthly income. For admitted cases, 27% had paid the bill more than the monthly income. For outpatient, 39% had paid the bill more than 20% of the monthly income. There was a regressive gradient phenomenon, i.e., the low income workers paid more out of their income than high income workers. The average charge by public hospital was 294 Baht per outpatient visit, 2,176 Baht for inpatient and 6,075 Baht for surgical case. It was 2.3 to 3.3 times higher in private hospitals.

Maternity benefit was paid to the insured workers or spouse on a retrospective basis at the rate of 3,000 Baht per confinement (2,500 Baht before 28 August 1992-see table 3.1) but not more than two confinements per worker.

A recent study done in Bangkok and eight selected provinces analysing 3,108 maternity claims, Tangcharoensathien (1993b) found that only 18% of insured workers took maternity leave. Detail analysis found Caesarian section and operative delivery took maternal leave, but not normal delivery. Minimal maternal leave cash benefit, 50% of wages for 45 days and female employment insecurity are plausible explanations for low take up rate. Most of pregnancies (82) gave birth at public hospitals. In public hospitals, charges for normal delivery and Caesarian section was 1,696 Baht and 5,267 Baht respectively. It was 11,423 Baht and 22,491 Baht respectively in private hospitals. The 2,500 Baht maternity benefit covered 80% of normal delivery and 14% of Caesarian expenses in public hospitals. In private hospitals, it covered 19% and 2% of expenses respectively. Copayment was 1,529 Baht and 3,338 Baht

for normal delivery and Caesarian in public hospitals. It was 11,344 Baht and 20,456 Baht in private hospitals.

Invalidity cash benefit consists of 50% of wages for not more than 15 years after final diagnosis. Medical care, 1,000 Baht per month retrospective reimbursable to invalid cases is trivial compared to the real expenses. Copayment is too high for them. Cash benefit for disabled, not indexed for inflation, is decreasing in real term. How can they live with this minute supports is a challenging question for further policy adjustment.

Initially, the reimbursement rate for emergency eases and maternity were very low for fear of the Fund viability. The SSO then revised the rate several times in favour of insured workers as shown in table 3.1.

Table 3.1 Claim rates set by several Ministerial Regulations

Claim rates	Reg # 1 1 June 91	Reg # 2 14 [illegible] 91	Reg # 3 28 Aug 92	Reg # 4 15 Jan 93
Emergency				
1. Outpatient	40 B/visit <80 B/year	75 B/visit <150 B/year	100 B/visit <100 B/year	200 B/visit <400 B/year
2. Inpatient	500 B/case <1,000 B/year	500 B/case <1,000 B/year	800 B/case <1,600 B/year	1,600 B/case <3,200 B/year
3. Surgery	6,000 B/case	6,000 B/case	6,000 B/case	10,000 B/case
Maternity	2,500 B/confinement		3,000 B/confinement	
	(not more than 2 confinements/worker or spouse)			

The Fund is quite secure as contribution significantly overwhelms expenditure on the four benefits thus making positibe balance of 7.9 billion Baht by year end 1992 (see table 3.2). The majority of expense sickness benefit is well contained through capitation, claims for emergency care and death were minute.

Table 3.2 Financial analysis of the Fund in 1991 and 1992 (million Baht)

	1991	1992
1. Contribution		
Employer and employee	2,961.66	6,016.23
Government	1,216.83	578.11
Total	4,178.49	6,594.34
2. Compensations		
Sickness benefit	753.2	1,823.0
Death	16.9	42.6
Maternity	3.6	189.9
Disability	—	1.4*
Total	733.7	2,056.9
3. Balance	+3,444.79	+4,537.44

Source : *1993 SSO Annual Report, preliminary data.*

Note : *Nine months contributions in 1991, full year in 1992*

** excluding the commitment to pay in subsequent years*

Table 3.3 Service utilisation by insured workers at public and private hospitals in 1992

	Public	Private	Total
Insured workers registered	1,703,246	1,051,844	2,755,090
Outpatient visits	899,360	1,061,561	1,960,921
Inpatient cases	49,220	41,555	90,775
Average LOS	6.7	3.0	5.38
OP use rate/person/yr	0.53	1.01	0.71
IP use rate/person/yr	0.03	0.04	0.03

Source : *1993 SSO Annual Report, preliminary data.*

Note : *LOS denotes length of stay, OP outpatient, IP inpatient*

Public and private hospitals, fulfilled the SSO requirements, such as not less than 100 beds, well equipped, providing all types of necessary specialty, good referral system, can sign contract with the SSO to provide both ambulatory and inpatient services to insured workers who registered with them on a capitation basis at the rate of 700 Baht (1 USD = 25 Baht) per person per year. The rate has not been changed since June 1991.

Table 3.3 adjusted statistics from available reported data from main contractor hospitals, interpretation should be made with cautious. Higher use rate at private than public hospitals is similar to Kamonratanukul (1993) findings in Samutprakan province.

In the initial phase of implementation, employer chose registered hospitals on behalf of employee. This is one of the causes of low utilisation than it should be (around 3 contacts per person per year and 0.5 admission day per person per year) due to physical inaccessibility. Nittayaramphong (1992) showed the actual use rate in the second half of 1992 was very low, 0.28-0.38 visits per person per year and 0.1 admission day per person per year.

The low use rate was also aggravated by the fact that insured workers were ignorant of the benefit covered by the SSS. More than 70% of insured workers are primary level educated. However, the SSO pioneered worker choice of hospital in Nontaburi in 1992 and gradually expanded to other provinces. By the end of 1996 all insured workers will choose registered hospital themselves. It is normal that use rate is low in the initial phase, the rate is climbing up in the following years.

In addition to employee choice of hospitals, the low use rate could be remedied by forming a network of primary care, for example private clinics, polyclinics, district hospitals, to be more accessible by insured workers. This has been successfully initiated in one private network and many of public networks. However, mechanism to control the quality and adequacy of care is not yet successfully implemented, as the disadvantages of capitation payment is the potential low quality of care and consumer dissatisfaction.

Table 3.4 Service utilisation synthesised from various sources.

Reference :	OP use rate visit/capita/yr	admission rate adm/capita/yr
Nittayaramphong 1992	0.28-0.38	0.02
SSO 1992	0.71	0.03
Jitawatna 1993	0.63	0.032

Use rate compiled in table 3.4 from hospital base reports shows that outpatient use rate is slowly climbing up but not the admission rate which stayed at 0.02 to 0.03 per capita per year.

A comprehensive study done by Kamonratanakul (1993) in Samutprakan by interview survey of insured workers in workplace revealed that health seeking behaviour after the SSS implementation was not significantly different from before. Insured workers still sought care by self-prescribed drugs, services in the workplace, non-registered hospitals and private clinics for ambulatory care. For inpatient care, insured workers sought care firstly more from private than public hospitals. The overall unmet need at registered hospital was 21%, 18% for outpatient and 32% for inpatient care. Registered public hospital had more unmet need than private hospitals. The major reason for not using registered hospital is the physical inaccessibility. Consumers were not very satisfied with services provided particularly by public than private hospitals.

The low use rate at registered hospitals in the initial phase drew in more private hospitals to enjoy the profit. As shown in table 3.5, public hospitals significantly lose their market share to private hospitals. Private hospital market promotion strategy is stronger than public through close contacts and incentives to personnel managers of establishments.

Table 3.5 Percent market share of insured persons 1991, 1992 and 1993

	Dec 1991	Feb 1992	Jan 1993
Public Sector			
* Defence	12.3	7.1	5.0
* Teaching	10.8	7.7	6.2
* Police	2.6	1.7	0.9
* BMA	3.2	4.1	2.5
* MOPH	47.7	33.4	28.6
Subtotal	76.6	54.0	43.2
Private sector			
* Red cross	7.0	5.7	4.6
* other private	16.4	40.2	52.3
Subtotal	23.4	45.9	56.8
Total	100.0	100.0	100.0

Capitation provides cost containment on the provider side through efficient and rational use of investigation, drugs and treatments. Moreover, it stimulates competition and efficiency improvement between public and private hospitals. Hospitals must provide better care, be more responsive to consumer demand, in order to keep the market share. However, competition and efficiency improvement will work when workers sovereignty is fully exercised and good quality control mechanism developed. Quality assurance, medical audit and hospital accreditation mechanism are urgently needed to improve quality of services under SSS.

Capitation comes along with registration to designated providers. Registration helps discipline the patient utilisation behaviour in an appropriate way. If registration was made at primary care provided by a group of general practitioners (group practice), this would provide a good ground for effective care delivery and support the continuation of care. It is cheaper to deliver care at primary level than hospital base.

At present, registration took place at hospital. The development of primary care registration for insured workers will be a good model for the health care reform. It was criticised that the SSS (and other health insurance schemes) mainly focused on curative services rather than preventive and promotive care. There is some degree of allocative inefficiency. Attention should be paid on integrating health promotion, primary prevention of diseases, screening, proactive health advocacy in workplace such as exercises with curative care. This could be done through special financial incentives to contracted hospital for these activities.

Administrative cost of the Scheme is low. As capitation was adopted, there is no need for claim screening staffs, except a minimal amount for maternity and emergency case claim. The transaction cost of transferring monthly capitation (700/12 = 58 Baht per capita) is low, as ther are 156 contracted hospitals in 1993. Employer deducts employee payroll and pay employer contribution to the Fund on the 15th day of the following month, through SSO bank account.

The process is similar in provincial SSO. The SSO satisfactorily improved its management efficiency over the past two years, such as more flexible claim methods through postal money order, bank account transfer. The employer representative usually claims on behalf of the employees when there are many cases. The WCS administrative cost, particularly claim screening is higher than SSS.

One of the major positive impact to the Fund financial status is the recently issued Traffic Victim Protect Act. Insured workers who got traffic accident will be paid only by respective insurance company the vehicle registered with. As most of the emergency cases caused by traffic accident were very expensive.

In conclusion, the SSS implementation in the past years had strength and weakness. Capitation is the major strength but needs good quality control mechanism through the development of effective routine information system, quality assurance mechanism, medical audit, hospital accreditation. Capitation provides a good ground for health care reform in the future. The Scheme administration cost is also low.

However, in the initial phase, service utilisation and take up rate is low but is gradually climbing up. The initiation of worker choice for registered hospitals worths applause. In addition to worker free choice, continued and concerted effort should be directed towards forming good network of primary care. Integration of health promotion to curative care should be considered seriously.

4. Policy Issues

In this last chapter, five key issues will be addressed, namely population coverage, affordability, efficiency, equity and quality of care comparing the two Schemes, WCS and SSS.

Population coverage

Even in 1993, there is a population coverage discrepancy between the two Schemes, higher in SSS and lower in WCS. This is a ample evidence of WCS Law evasion, as it is an employer sole responsibility to contribute to the WCF and no imprisonment except fine for evasion. In contrast, the SSS imposes imprisonment for evasion. Effective population coverage should be improved by all efforts.

The SSS has low potential to repidly increase its coverage to workers rural agriculture sector on a voluntary basis due to its weakness of "selection bias" and high administrative cost of contribution collection. However, there is a potential to increase coverage to urban self-employed, traders and petty shop owners. Annual contribution is recommended but will

discriminate against low income earners who have little saving potentials. Close dialogue between SSO and Ministry of Public Health (who responsible for the Health Card Scheme) helps to booster population coverage to those who are not get covered either in urban or rural areas.

In the future, when the SSS is consolidated, coverage should aim at all establishments of more than 1 employee.

In term of population coverage, it is highly feasible to unify the two Schemes as they covered the same identical population, namely establishments of 10 or more workers on a compulsory basis. But in term of contribution, there are two options.

First, WCS adopts single basic rate. This is to abandon the concept of experience rate and loss ratio but to focus the enforcement on work safety measurement (as the cases of the Philippines and Indonesia). The weakness of the first option is that the low risk subsidises the high risk industries. The single rate should set on an acturial basis.

The second option, WCS may choose to maintain the differential basic rate. The transfer of contribution to SSO can used the same bank account as SSS contribution as is currently practising.

Affordability

In short run, the WCS and SSS contribution rate is affordable by employer, employee. However, co-payment (beyond 30,000 Baht ceiling) under WCS is trivial. As Supachutikul (1992) points out, co-payment for emergency cases under SSS is quite substantial. It places financial burden particularly to low income workers. Co-payment for normal delivery and Caesarian at private hospitals is also quite high. However, the SSO had adjusted rate for emergency claims several times. Close monitoring and evaluation research is needed for further policy formulation.

The voluntary SSS for self-insured workers, as discussed, may introduce "selection bias", thus jeopardises the fund stability. We will not propose risk rating contribution as it places more burden to the needy.

The threshold margin set at 70% loss ratio under WCS is a good safeguard for Fund stability. In longer term, when benefit coverage improves, service utilisation rate increases, there is an increasing demand for Fund expenditure. The Funds should generate income through investment rather than bank savings and government bonds investment.

WCF has cumbersome limitation for fund management except bank saving. SSF could be invested in government bonds and (public and private) bank saving. The SSO should be granted with liberty to manage Fund and generate income and safeguard from political interference of the Fund.

Efficiency

The WCS has less value of money as there is tendency of overcharge for simple conditions, though within the ceiling. This is the inherited weakness of fee-for-service payment. Over-prescription and unnecessary investigation, though not a serious problem from the study done by Bennett (1992), the WCS Office should closely monitor on a random basis. Time cost on claim screening is uncountable. This stimulates further workshop discussion.

Low take up by beneficiaries under SSS particularly the service use rate at registered hospitals, high unmet need particularly at public hospitals, low take up of maternity leave (18% of all pregnancies) all have detrimental effects on insured workers. Expectation is high as workers had already paid contribution in advance every month. Low service use rate could be remedied through strong advocacy of individual choice of registered hospitals (to solve the physical inaccessible problems) as well as of forming primary care network by contracted hospitals.

The SSO should be acclaimed for its initiation to solve the maternity leave problem. The Labour Protection Law was amended on May 1, 1993 enforcing employer to fully pay (100% of wages) maternity leave for 45 days (previously 30 days). Furthermore, the amended Social Security Act (at present was under the second reading of the House of Representatives) proposed an automatic payment for maternity leave at 50% of wages for 90 days, no matter what the mother actually takes leave or not. This is quite a bold step in favour of female labour. We wish the amended law comes out finally.

As SSS mainly focused on curative care, it was criticised that the Scheme has little allocative efficiency. Attention should be paid on integration of health promotion, primary prevention of diseases to curative care. Financial incentives could be paid to registered hospitals who initiated health promotion packages at workplace.

Most of insured workers under SSS are ignorant of the benefit under the Scheme. Kamonratanukul (1993) reveals that 44% to 62% of insured workers in Samutprakan did not know anything about the four types of benefit, 11% could not name the registered hospital. These are among other important factors for low take up rate. All efforts should be made to increase worker awareness of their rights.

Equity

The concept of social insurance is to achieve social solidarity. But the SSS implementation seems to violate the concept through several ways. High income earner contributing 1.5% of the 500 Baht basic daily income widens the gap of inequility. Employers who provide better welfare than the SSS could opt out from the Scheme. High co-payment (as discussed above) for emergency cases placed more financial burden on the low income earners than high earners.

The employer could forward shift the social contribution to consumers through price manipulation and also backward shift to employees through wage manipulation. Unfortunately, there is no empirical study available. If so, this also creates inequality that in fact there is no employer contribution, but employee, government and population at large bear all the social insurance costs.

Quality of care

As discussed, patients under WCS had got an acceptable quality of care, no abuse of investigation and procedures. Unfortunately, due to technical problems, the SSS information system, though well designed, does not function properly. There is no solid database indicating the insured worker morbidity, mortality, quality of care particularly process indicators available.

Consumer satisfaction is a good proxy indicator on quality of care. Several evidence

discovers consumer dissatisfaction to hospital care, particularly reception services at public hospitals (Kamonratanakul 1993, Nittayaramphong 1992). However, capitation payment promotes competition between public and private hospitals to provide better and quality care. It was evident that public hospitals are running evening clinics and are more responsive to consumer demand. This stimulates both quality of care and efficiency.

Finally, the authors should stimulate discussion during the workshop on the unification of the two Schemes, the pros and cons and all other technical detail for unification.

References

Bennett S, Tangcharoensathien V, Varophas P (1992). The Workmen's Compensation Fund : prices and quality of care provided (mineography). Bangkok, Health Planning Division, Ministry of Public Health.

Jitawatna C, Nittayaramphong S and Saelim S (1993). The development of medical service provision under the 1990 Social Security Act : a situation analysis from past to present. Bangkok, Ministry of Public Health.

Kamonratanakul P, Tangcharoensathien V, Kongsawatt S et al (1993). Health seeking behaviour among insured workers in Samutprakan, Bangkok, Ministry of Public Health (forthcoming research report).

Ministry of Interior (1989). The 1988 annual report of the Workmen Compensation Office. Bangkok, Workmen Compensation Office, Department of Labour.

Ministry of Interior (1990a). Basic contribution rate by industries, the Ministerial Regulation Number 3. Bangkok, Workmen Compensation Office, Department of Labour.

Ministry of Interior (1990b). The 1989 annual report of the Workmen Compensation Office. Bangkok, Workmen Compensation Office, Department of Labour.

Ministry of Interior (1991). The 1990 annual report of the Workmen Compensation Office. Bangkok, Workmen Compensation Office, Department of Labour.

Ministry of Interior (1992). The 1991 annual report of the Social Security Office. Bangkok, Regious Department Press.

Ministry of Interior (1993). Year Book of Labour Statistics 1992. Department of Labour Protection and Welfare. Bangkok, Thammasat University Press.

Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V, Bennett S (1992). One year after the Social Security Scheme implementation : impact on health delivery system. Health Insurance Monograph Series Number 1. Bangkok, Ministry of Public Health.

Supachutikul A, Bennett S, Tangcharoensathien V et al (1992). Emergency care claims under the 1990 Social Security Act. Health Insurance Monograph Series Number 3. Bangkok, Ministry of Public Health.

Tangcharoensathien V, Khongsawat S, Varaphas P (1993a). Medical expenditure under workmen compensation scheme in provincial levels. Health Insurance Monograph Series (forthcoming). Bangkok, Health Planning Division, Ministry of Public Health.

Tangcharoensthien V, Nittayaramphong S, Bennett S (1993b). The maternity benefit under the 1990 Social Security Act. Health Insurance Monograph Series Number 2. Bangkok, Health Planning Division, Ministry of Public Health.

Varophas P (1992). Reimbursement and appropriate treatment under Workmen Compensation Scheme. Bangkok, Chulalongkorn University, unpublished Master of Economics thesis.

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจในประเทศไทย

ศ.ดร.เทียนฉาย กีระนันท์
คณะเศรษฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "Health Financing in Thailand" ระหว่างวันที่ 12-13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536 ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

"การประกันสุขภาพโดยสมัครใจในประเทศไทย"

1. หลักการและเหตุผล

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่สำคัญ ๆ ในประเทศไทยมีอยู่ 2 กิจกรรมในปัจจุบัน กล่าวคือ การประกันสุขภาพเอกชน และบัตรสุขภาพภายใต้โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข

ธุรกิจประกันภัยของภาคเอกชนในประเทศไทยอาจนับย้อนหลังไปได้กว่า 100 ปีมาแล้ว อย่างไรก็ดี ธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนได้เริ่มต้นจริงจังเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2521 เมื่อมีการก่อตั้งบริษัทการแพทย์และสุขภาพไทยจำกัดขึ้น โดยนิยามตามกฎหมายแล้ว ธุรกิจประกันภัยจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ การประกันชีวิต กับการประกันวินาศภัย ในปัจจุบันมีบริษัทจดทะเบียนประกอบการประกันชีวิต 12 บริษัท และจดทะเบียนประกอบการประกันวินาศภัย 67 บริษัท ในจำนวนบริษัทจดทะเบียนเหล่านี้ส่วนหนึ่งประกอบการทั้งประกันชีวิตและประกันวินาศภัย มีบริษัทจดทะเบียนประกอบการประกันสุขภาพ 18 บริษัทซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 6 บริษัทที่ประกอบการด้านการประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว ผู้เอาประกันโดยทั่วไปอาจเลือกซื้อกรมธรรม์ให้คุ้มครองภัยต่าง ๆ ได้หลายประเภทในการประกันชีวิต กล่าวคือ กรมธรรม์ประกันชีวิตโดยทั่วไป กรมธรรม์ประกันรายปี กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ และกรมธรรม์ประกันเกษียณอายุ สำหรับการประกันวินาศภัยจำแนกเป็น 5 ประเภทย่อย คือประกันอัคคีภัย ประกันภัยขนส่ง ประกันภัยทางทะเล ประกันภัยยานยนต์ และประกันภัยเบ็ดเตล็ด การประกันสุขภาพนั้นได้ถูกจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันภัยเบ็ดเตล็ดในการประกันวินาศภัย การศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ได้แสดงว่าบริษัทที่ประกอบธุรกิจประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว 6 บริษัทประสบปัญหาการขาดทุนสะสมอย่างต่อเนื่องตลอดมาแม้ว่าสถานการณ์จะเริ่มดีขึ้นบ้างแล้วในระยะหลัง ๆ นี้ก็ตาม

โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้นเริ่มต้นเมื่อปี 2526 ในชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" ในการดำเนินงานระยะต้นนั้นโครงการบัตรสุขภาพมุ่งสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานด้วยการสนับสนุนทางการเงินและการมีส่วนร่วมของชุมชน โครงการบัตรสุขภาพดำเนินงานโดยใช้กองทุนบัตรสุขภาพซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมและสนับสนุนให้ก่อตั้งขึ้นในแต่ละหมู่บ้าน โครงการบัตรสุขภาพได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วมากในระยะปี 2526-2529 และเมื่อสิ้นปี 2529 นั้น ปรากฏว่ามีกองทุนบัตรสุขภาพก่อตั้งขึ้นในเกือบทุกอำเภอในเกือบทุกจังหวัดของประเทศไทย การปรับโครงสร้างของโครงการบัตรสุขภาพในระยะปี 2530-2531 ได้เริ่มนำหลักการและปรัชญาการเฉลี่ยความเสี่ยงภัยและการประกันแทรกเข้าไว้ในโครงการบัตรสุขภาพด้วย และได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ"

กล่าวโดยย่อแล้วแนวทางดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพขึ้นอยู่กับตัวบัตรสุขภาพ กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และจัดจำหน่ายโดยกองทุนบัตรสุขภาพในราคาค่อนข้างต่ำ (ซึ่งไม่คุ้มทุน) รายได้จากการขายบัตรสุขภาพนำเข้าสมทบกองทุนบัตรสุขภาพ ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุนบัตรสุขภาพ ซึ่ง

ประชาชนในหมู่บ้านเลือกตั้งขึ้น จะเป็นผู้กำหนดนำไปใช้ในกิจการใด ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนก็ได้ รวมทั้งสำหรับจ่ายชดเชยให้หน่วยให้บริการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อสิ้นปี สมาชิกบัตรสุขภาพและครอบครัวมีสิทธิรับบริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่จัดขึ้นด้วย ผลประโยชน์ที่สมาชิกบัตรสุขภาพพึงได้รับนั้นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์และเงื่อนไขที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดจะกำหนดขึ้น

บทความนี้ได้ปริทัศน์และวิเคราะห์รวบยอดของกิจกรรมทั้ง 2 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจดังกล่าว ทั้งนี้การปริทัศน์และวิเคราะห์โดยเฉพาะได้ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

(1) ปริทัศน์ความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบันของการประกันสุขภาพเอกชนรวมถึงหลักการและเหตุผล ความเป็นมาและการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อการขยายตัวของการประกันสุขภาพเอกชน องค์ประกอบทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในข่ายครอบคลุม ต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ตลอดจนการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์การประกันสุขภาพเอกชนนี้ด้วย

(2) ปริทัศน์ความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบันของบัตรสุขภาพ โดยครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ สำคัญ ๆ เหมือนกับในข้อ (1)

(3) เหตุและผลทางเศรษฐกิจกับการประเมินสถานภาพของกิจกรรมทั้งสอง รวมถึงขอบข่ายครอบคลุมในเชิงบริการ ประสิทธิภาพทางการผลิตและการกระจายบริการ ค่าใช้จ่ายและความสามารถในการจ่ายเพื่อบริการนี้ในภาพรวม และทางเลือกในการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับศักยภาพทางการจัดการเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของกิจกรรมทั้งสอง และ

(4) ลู่ทางในอนาคตของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประมาณการขยายตัวของการประกันสุขภาพเอกชนและบัตรสุขภาพ และความเป็นไปได้ในการผนวกการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเข้าประสานกับกิจกรรมเชิงประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเวลาในการพัฒนาและประมวลวิเคราะห์เนื้อหาในบทความนี้มีจำกัดมาก การวิเคราะห์สรุปในบทความนี้จึงต้องอาศัยข้อสนเทศและข้อมูลปฐมภูมิทั้งหมด ความจำกัดในข้อสนเทศนี้มีอยู่จึงอาจทำให้บทความนี้ขาดความสมบูรณ์ไปบ้าง บทความนี้เขียนและนำเสนอทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. การประกันสุขภาพเอกชน

2.1 ความเป็นมา

ธุรกิจการประกันโดยภาคเอกชนได้เริ่มขึ้นในประเทศไทยประมาณกว่า 100 ปีมาแล้ว กล่าวคือเริ่มเมื่อสมัยรัชกาลที่ 5 เมื่อสหราชอาณาจักรได้ส่งคณะฑูตพาณิชย์มาเจริญสัมพันธ์ทางการค้า พร้อมกับได้เจรจาขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้บริษัท East Asiatic ของอังกฤษได้เป็นตัวแทนทำธุรกิจประกันชีวิตของ Equitable Insurance Company of London ในประเทศไทย แต่การดำเนินธุรกิจประกันชีวิตครั้งนั้น

ไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก เพราะบริษัทตัวแทนได้ประกอบธุรกิจอื่นเป็นหลัก จึงให้ความสำคัญกับการประกันชีวิตน้อยไป ยิ่งกว่านั้นตัวแทนขายประกันก็เป็นชาวต่างชาติซึ่งเข้าใจภาษาและขนบประเพณีไทยค่อนข้างน้อย ผู้ที่มีการศึกษาสูงพอที่จะเข้าใจเหตุและผลของการประกันชีวิตก็เป็นผู้มีอันจะกิน จึงไม่เห็นความสำคัญของการประกันตน และกรมธรรม์กับเงื่อนไขต่าง ๆ ค่อนข้างซับซ้อนภายใต้การควบคุมของบริษัทแม่ในประเทศอังกฤษ ในที่สุดจึงได้เลิกกิจการไป

กิจการประกันภัยภาคเอกชนเริ่มขยายตัวใหม่ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 กล่าวคือเมื่อบริษัทประกันภัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเป็นครั้งแรกเมื่อ 13 ตุลาคม 2472 ประมาณกว่า 20 บริษัท ซึ่งทั้งหมดเป็นบริษัทต่างชาติ และต่อมาในปี 2473 จึงได้เริ่มธุรกิจประกันชีวิต 4 บริษัท ซึ่งเป็นบริษัทต่างชาติทั้งหมดเช่นกัน ธุรกิจประกันชีวิตแรกของไทยจดทะเบียนเมื่อ 23 มีนาคม 2485 คือบริษัทไทยประกันชีวิต และต่อมาเมื่อ 28 ธันวาคมปีเดียวกัน บริษัทไทยเศรษฐกิจประกันภัยก็ได้จดทะเบียนเป็นบริษัทที่สอง โดยทำกิจการทั้งประกันวินาศภัยและประกันชีวิต

ในระยะสงครามโลกครั้งที่สองนั้น ธุรกิจประกันภัยซบเซาไปมาก โดยเฉพาะบริษัทประกันภัยต่างประเทศได้พากันถอนตัวออกไปทั้งหมด ทำให้มีผลกระทบต่อลูกค้าที่ได้ทำประกันไว้เป็นอันมาก และทำให้ธุรกิจประกันภัยถูกกระทบกระเทือน เพราะเหตุของความไม่แน่นอน และทำให้ลูกค้าเกิดความไม่มั่นใจขึ้น จนภายหลังสงครามแล้วธุรกิจประกันภัยโดยเฉพาะของคนไทยจึงได้กลับเริ่มฟื้นตัวขึ้นใหม่

การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยที่ดำเนินการโดยธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะนั้นเริ่มขึ้นโดยมีการจดทะเบียนบริษัทการแพทย์และสุขภาพไทยเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2521 โดยบริษัทได้เริ่มโครงการ "สุขภาพไทย" ขึ้นในทำนองคล้าย ๆ กับโครงการที่ได้ทำในต่างประเทศและประสบผลสำเร็จดีคือจัดบริการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยแก่ผู้เอาประกัน ซึ่งต่อ ๆ มาบริษัทประกันชีวิตหลายบริษัทก็ได้ขยายธุรกิจประกันชีวิตของตนมาผนวกการประกันสุขภาพเข้าไว้ด้วย

2.2 หลักการและวิธีการของการประกันสุขภาพเอกชน

การประกันสุขภาพเอกชนถือเป็นการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่ายคือฝ่ายผู้รับประกันภัย (insurer) หรือบริษัทประกันภัย กับฝ่ายผู้เอาประกัน (insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ศัลยกรรมและอื่น ๆ ให้กับผู้เอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย

โดยนัยตามกฎหมายไทยแล้ว การดำเนินธุรกิจการประกันของเอกชนในประเทศไทยมี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือการประกันชีวิต กับการประกันวินาศภัย การประกันชีวิตจำแนกออกเป็นประเภทสามัญ ประเภทอุตสาหกรรม และประเภทกลุ่ม ซึ่งในแต่ละประเภทย่อยของประกันชีวิตนั้นสามารถจัดเป็นแบบต่าง ๆได้ 3 แบบคือ แบบกำหนดระยะเวลา (โดยกำหนดช่วงระยะเวลาของการเอาประกัน) แบบตลอดชีวิต และแบบลงทุน ซึ่งทั้ง 3 แบบนี้มีการเสนอขายกรมธรรม์ให้ผู้เอาประกันเลือกได้หลายลักษณะเช่น กรมธรรม์ประกัน

ชีวิตทั่ว ๆ ไป กรมธรรม์ประกันรายปี กรมธรรม์ประกันเกษียณอายุ หรือกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ สำหรับการประกันวินาศภัย จำแนกเป็น 5 ประเภทย่อยคือ อัคคีภัย ขนส่ง ภัยทางทะเล ยานยนต์ และอื่น ๆ การประกันสุขภาพนั้นได้ถูกนิยามและจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันประเภทอื่น ๆ ในการประกันวินาศภัย

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัตินั้น การขายประกันชีวิตไม่ว่าจะเป็นแบบหรือลักษณะใดก็ตาม ก็ได้รวมผนวกไว้ในกรมธรรม์ให้ครอบคลุมการคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมถึงการรักษาพยาบาล และ/หรือการชดเชยความสูญเสียรายได้ที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุแต่ละครั้งเข้าไว้ด้วย

ดังนั้น เมื่อจะวิเคราะห์ถึงการประกันสุขภาพให้สื่อความหมายในทางปฏิบัติแท้จริง แล้วก็ต้องรวมพิจารณาทั้งในประเภทการประกันชีวิต และการประกันวินาศภัยไปพร้อม ๆ ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าข้อมูลทุติยภูมิโดยเฉพาะการรายงานต่าง ๆ ที่เป็นไปตามเงื่อนไขของกฎหมาย โดยเฉพาะส่วนที่เป็นรายงานของธุรกิจประกันชีวิตนั้นไม่ได้แสดงและไม่สามารถจะจำแนกกรมธรรม์ชนิดต่าง ๆ ที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุมส่วนที่เป็นบทพิเศษแบบที่ เช่นที่มีผลในทางประกันสุขภาพออกจากกันได้ จึงมักเป็นข้อจำกัดสำคัญของการวิเคราะห์ธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนโดยทั่วไป

ธุรกิจประกันภัยเอกชนที่ดำเนินการธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย จึงอาจจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ[1]

(1) บริษัทประกันชีวิต จะทำการขายประกันสุขภาพในรูปของสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลัก ทั้งกรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญรายบุคคล และกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่

(2) บริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งมี 2 จำพวก

(ก) บริษัทที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ โดยไม่ได้ทำธุรกิจประกันวินาศภัยประเภทอื่น ๆ

(ข) บริษัทที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทการประกันภัยเบ็ดเตล็ด ซึ่งมีสิทธิขายประกันสุขภาพรายบุคคลและแบบหมู่ได้ด้วย

รูปแบบของการประกันสุขภาพที่ธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนเสนอขายดังกล่าวนั้น ปรากฏเป็นสัญญาประกันสุขภาพต่าง ๆ กัน 5 รูปแบบคือ

---

[1]นอกจากธุรกิจประกันภัยดังกล่าวนี้แล้ว ในทางปฏิบัติยังมีสถานพยาบาลเอกชนอีกบางแห่งที่เสนอขายแผนการคุ้มครองสุขภาพโดยการให้ผู้สนใจสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสถานพยาบาลนั้น ๆ การมีสมาชิกภาพจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมโดยสมาชิกดังกล่าวจะได้รับสิทธิพิเศษในการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยได้รับส่วนลดพิเศษ หรือได้รับบริการตรวจเช็คสุขภาพประจำปี หรืออื่น ๆ ซึ่งอาจจัดเป็นกลยุทธทางการตลาดของธุรกิจการขายบริการการแพทย์และสุขภาพประการหนึ่ง แต่ก็มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยใกล้เคียงกับการประกันสุขภาพเอกชนอยู่ไม่น้อย

(1) สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาล และศัลยกรรมรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต สัญญาเพิ่มเติมที่ขายควบกับสัญญาประกันชีวิต โดยกำหนดทุนประกันขั้นต่ำที่เลือกซื้อได้ประมาณ 1-2 แสนบาท ผลประโยชน์จากสัญญามีให้เลือกหลายรูปแบบ และขึ้นอยู่กับทุนประกันชีวิตในกรมธรรม์หลักด้วย เป็นต้นว่า

— ค่าห้องและค่าอาหารผู้ป่วยใน ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ที่กำหนดในสัญญา ไม่เกิน 30 หรือ 31 วันต่อการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้ง

— ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เช่นค่ายา ค่ากายภาพบำบัด ค่ารถพยาบาล จ่ายตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินผลประโยชน์ที่กำหนดในสัญญา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

— ค่าศัลยกรรม ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

— ค่าห้องผ่าตัด ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้ง

— ค่าวางยาสลบ ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้ง

— ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยนอกกรณีประสบอุบัติเหตุ ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

— ค่าวินิจฉัยโรคด้วย x-rays และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผู้ป่วยนอกที่จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าว ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ และต้องเป็นการตรวจภายใน 30 วัน หรือภายหลังจากการเข้ารักษาพยาบาล

— ค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาล ตามที่จ่ายจริงต่อครั้งต่อวัน แต่ต้องไม่เกินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

การรักษาพยาบาลข้างต้นอาจรับบริการได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน สำหรับการซื้อสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพในกรณีประกันชีวิตรายบุคคลนั้น ผู้ซื้ออาจเลือกซื้อแบบที่มีผลประโยชน์แบบต่างๆ ขึ้นอยู่กับทุนประกันชีวิตขั้นต่ำที่กำหนดไว้สำหรับแบบต่างๆ แต่เบี้ยประกันก็จะแตกต่างกันไปตามแบบของผลประโยชน์ ช่วงอายุ และเพศของผู้เอาประกัน เบี้ยประกันจะสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงกว่า และเบี้ยประกันของเพศหญิงจะสูงกว่าเบี้ยประกันของเพศชาย แต่ทั้งนี้ก็มีบางกรณีของบางบริษัทที่ระบุรวมเป็นผลประโยชน์จำกัดสูงสุดโดยไม่จำแนกรูปแบบต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น และในบางกรณีก็คิดเบี้ยประกันอัตราเดียวทั้งสองเพศและทุกกลุ่มอายุ

(2) สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่สำหรับค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรมซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต สัญญาเพิ่มเติมนี้ขายควบกับสัญญาประกันชีวิตหมู่ ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและการผ่าตัด ในกรอบผลประโยชน์คล้ายคลึงกับผลประโยชน์ตามสัญญาเพิ่มเติม

ประกันสุขภาพรายบุคคล สำหรับการคุ้มครองการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกหรือคลอดบุตร ก็อาจซื้อเพิ่มเติมได้ แต่ผลประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยนอกจะมีการจำกัดจำนวนครั้งต่อโรค จำนวนเงินเบิกต่อครั้งและวงเงินต่อปีด้วย จำนวนผู้เอาประกันในกลุ่มที่จะทำประกันสุขภาพหมู่นี้จะเป็นไปตามเกณฑ์ของกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่ ซึ่งแตกต่างไปแต่ละบริษัท (อาจจะ 10-20 คน เป็นอาทิ) เบี้ยประกันคำนวณจากเพศและอายุของบุคคลในกลุ่มแล้วคำนวณเป็นเบี้ยประกันเฉลี่ยต่อคน ทั้งนี้เพื่อใช้ในการปรับเพิ่ม/ลดเบี้ยประกันเมื่อมีบุคคลเข้าใหม่หรือลาออก (จากกลุ่ม) จะมีการคำนวณปรับเบี้ยประกันใหม่ทุกปีเพราะอายุและเพศของบุคคลในกลุ่มอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจมีการคืนเงินเบี้ยประกันให้หากบริษัทมีประสบการณ์ดี เรียกว่าเป็น profit sharing หรือ experience refund หรือหากมีการเรียกร้องชดเชยค่ารักษาพยาบาลสูงก็อาจปรับเพิ่มเบี้ยประกันในปีต่อไปได้

(3) การประกันภัยหมู่สวัสดิการหน่วยงานซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต การประกันสุขภาพ สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่ ขายในรูปของสวัสดิการหน่วยงานโดยมีเงื่อนไขเกี่ยวกับการประกันชีวิต การประกันอุบัติเหตุ สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลแบบคนไข้ใน และคนไข้นอกรวมอยู่ด้วย เช่นรวมถึงผลประโยชน์

— ค่าตรวจรักษา ค่ายา ให้เลือกได้อาจจะตั้งแต่ 100-300 บาทต่อครั้งต่อวัน ไม่เกิน 15 ครั้งต่อโรค และไม่เกิน 30 ครั้งในรอบปีกรมธรรม์

— ค่าตรวจทางห้องคลอด/ห้องปฏิบัติการตามคำสั่งแพทย์ แต่ไม่รวมการตรวจร่างกายประจำปี มีให้เลือกอาจจะตั้งแต่ 300-900 บาท

ในบางธุรกิจที่นายจ้างซื้อเป็นสวัสดิการให้ลูกจ้างเป็นหมู่แล้ว นายจ้างอาจเสนอให้ลูกจ้างซื้อเพิ่มเติมโดยจ่ายเบี้ยประกันเองส่วนหนึ่งให้คุ้มครองเพิ่มขึ้นหรือให้ได้รับผลประโยชน์เพิ่มขึ้นอีกได้ บางกรณีมีให้เลือกคุ้มครองลูกจ้างคนเดียว และ/หรือคู่สมรส บุตร ก็ได้

(4) การประกันสุขภาพรายบุคคล ซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งจดทะเบียนประกอบกิจการขายประกันสุขภาพโดยตรง การคุ้มครองและผลประโยชน์ส่วนใหญ่คล้ายกับที่ปรากฏในสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล โดยให้ผู้เอาประกันเลือกอัตราผลประโยชน์ได้ และอาจกำหนดผลประโยชน์ในแบบของการประกันภัยร่วมโดยผู้เอาประกันออกร้อยละ 25 และบริษัทออกร้อยละ 75 และอาจเลือกผลประโยชน์คุ้มครองเกี่ยวกับอุบัติเหตุส่วนบุคคล มรณกรรมจากอุบัติเหตุและการสูญเสียอวัยวะก็ได้ บางกรณีมีเสนอแผนจ่ายเบี้ยประกันเป็นรายเดือนเป็นเวลา 20 ปี เบี้ยประกันนี้จะสมทบเป็นกองทุนซึ่งผู้เอาประกันบอกยกเลิกเมื่อใดก็ได้โดยได้รับเงินส่วนหนึ่งคืน ระหว่างนั้นผู้เอาประกันอาจกู้เงินได้อาจจะสูงถึงร้อยละ 70 ของที่กำหนดในตารางเงินถอนคืนและเมื่อครบ 20 ปีแล้ว บริษัทยังจะจ่ายดอกเบี้ยให้อีกร้อยละ 5 จนถึงอายุ 65 ปี เบี้ยประกันก็จะแตกต่างกันตามอายุ การคุ้มครองจะเริ่มแต่วันเอาประกันจนถึงเมื่อมีอายุครบ 65 ปี

(5) การประกันสุขภาพหมู่ซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย ขายควบคู่กับการประกันอุบัติเหตุหมู่โดยบริษัทประกันสุขภาพ หรือบริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนประกอบกิจการขายประกันวินาศภัยประเภทเบ็ดเตล็ด ผลประโยชน์ที่อาจเลือกซื้อได้อาจรวมถึงการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล การผ่าตัด การดูแล

โดยแพทย์ การรักษาพยาบาลที่ไม่อยู่ในโรงพยาบาล การคลอดบุตร การรักษาการบาดเจ็บหรือป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง การรักษาฟัน หรือการดูแลโดยพยาบาลพิเศษ

เป็นที่น่าสังเกตว่าโดยนิตินัยแล้วการประกันสุขภาพเป็นการประกันวินาศภัย ดังนั้นการซื้อกรมธรรม์หลักจากบริษัทประกันวินาศภัยโดยไม่มีการประกันชีวิต ผู้เอาประกันจะต้องเสียภาษีร้อยละ 3.3 และอากรร้อยละ 0.4 ของค่าเบี้ยประกันสุขภาพ แต่ถ้าเป็นกรณีของการซื้อสัญญาประกันสุขภาพตามประเภท (1)-(3) ข้างต้นจากบริษัทประกันชีวิต ผู้เอาประกันภัยจะไม่ต้องเสียภาษีและอากรนี้

2.3 สถานภาพในระยะหลังและปัจจุบันของธุรกิจประกันสุขภาพ

(1) การประกันสุขภาพในธุรกิจประกันชีวิต

ในปัจจุบันคงเหลือบริษัทประกันชีวิตดำเนินการอยู่ 12 บริษัท ในจำนวนนี้มีบริษัทต่างประเทศ 1 บริษัทคือ AIA ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าธุรกิจประกันชีวิตไม่มีการแข่งขันทางธุรกิจมากนัก โดยเฉพาะนับตั้งแต่ปี 2522 เป็นต้นมาไม่มีบริษัทประกันชีวิตจดทะเบียนเพิ่มขึ้นอีกเลย อย่างไรก็ดีการขยายตัวของธุรกิจประกันชีวิตอาจพิจารณาได้จากการขยายตัวของสำนักงานสาขาของบริษัทซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 195 สาขา (ของ 12 บริษัท) ในปี 2517 เป็น 586 สาขา ในปี 2526 และเพิ่มเป็น 848 สาขา ในปี 2533 และอีกนัยหนึ่งอาจพิจารณาได้จากจำนวนนายหน้าและตัวแทนขายซึ่งเรียกได้ว่าเพิ่มขึ้นมากจาก 15,569 ภายในปี 2525 เป็น 61,098 รายในปี 2533 และการที่กฎหมายกำหนดให้ตัวแทนขายประกันชีวิตต้องขอต่อใบอนุญาตทุกปี ประมาณร้อยละ 60 ของตัวแทนขายประกันแต่ละปีได้ขอต่อใบอนุญาตในปีถัดไป ดังนั้นจำนวนตัวแทนขายประกันที่เพิ่มขึ้นมากในแต่ละปีนั้นส่วนใหญ่จึงเป็นตัวแทนขายประกันที่ขอใบอนุญาตรายใหม่ ในปัจจุบันสัดส่วนประชากรต่อตัวแทนขายประกันชีวิตตกประมาณ 900 คน

ในการดำเนินธุรกิจประกันชีวิตนั้น การเติบโตอย่างชัดเจนปรากฏในจำนวนกรมธรรม์ที่มีผลบังคับใช้เมื่อสิ้นปีของแต่ละปีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเภทสามัญและประเภทกลุ่ม เช่นกรมธรรม์ประเภทสามัญเพิ่มขึ้นจาก 445,968 กรมธรรม์ในปี 2526 เป็น 1,625,476 กรมธรรม์ในปี 2533 และกรมธรรม์ประเภทกลุ่มเพิ่มขึ้นจาก 1,557 กรมธรรม์ในปี 2526 เป็น 6,050 กรมธรรม์ในปี 2533 (ดูตาราง 2.1) วงเงินเอาประกันก็ขยายตัวเพิ่มขึ้นชัดเจนมากเช่นกันในระยะประมาณ 1 ทศวรรษที่ผ่านมา กล่าวคือ จากประมาณ 80,000 ล้านบาท โดยรวมทุกประเภทกรมธรรม์ในปี 2526 เป็นถึงกว่า 357 พันล้านบาทในปี 2533 โดยเฉพาะเบี้ยประกันสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตทุกประเภทรวมกันในส่วนที่เป็นเบี้ยประกันโดยตรง เพิ่มขึ้นจากประมาณ 5,115 ล้านบาท มาสูงถึงกว่า 19,361 ล้านบาทในปี 2533 และจากรายงานของกรมการประกันภัยแสดงถึงยอดเงินเบี้ยประกันโดยตรงสำหรับการประกันชีวิตรวมทุกประเภท กรมธรรม์นี้เพิ่มขึ้นเป็นถึงกว่า 28.8 พันล้านบาทในปี 2534 ทั้งนี้ถ้าจะพิจารณาจากสัดส่วนตามประเภทของการประกันชีวิตจะพบว่าเบี้ยประกันโดยตรงนี้ขยายตัวมากที่สุดในการประกันชีวิตประเภทสามัญ กล่าวคือเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 60 ของเบี้ยประกันชีวิตทุกประเภทในปี 2526 เป็นประมาณร้อยละ 77 ของเบี้ยประกันชีวิตทุกประเภทในปี 2533

ตาราง 2.1 จำนวนกรมธรรม์บังคับใช้เมื่อสิ้นปี วงเงินเอาประกัน และจำนวนเงินค่าเบี้ยประกัน ของการประกันชีวิต 2526-2533

ปี	ประเภทของการประกันชีวิต			
	สามัญ	อุตสาหกรรม	กลุ่ม	รวม
ก. จำนวนกรมธรรม์บังคับใช้เมื่อสิ้นปี				
2526	445,968	1,334,871	1,557	1,782,396
2530	761,577	1,505,719	2,187	2,269,483
2533	1,625,476	1,947,047	6,050	3,578,573
ข. จำนวนวงเงินเอาประกัน (ล้านบาท)				
2526	50,027	22,968	7,500	80,495
2530	101,139	36,083	18,903	156,125
2533	242,638	60,450	54,485	357,573
ค. จำนวนเงินค่าเบี้ยประกันโดยตรง (ล้านบาท)				
2526	3,073 (60.1)	1,966 (38.4)	77 (1.5)	5,116 (100.0)
2530	6,171 (69.6)	2,542 (28.7)	151 (1.7)	8,864 (100.0)
2533	14,914 (77.0)	4,130 (21.3)	317 (1.6)	19,361 (100.0)

ที่มา : *กรมการประกันภัย ดูรายละเอียดใน T. Kiranandana and K. Limskul (1993), Tables 3.5 and A4.*

สำหรับการจ่ายเงินผลประโยชน์ของธุรกิจประกันชีวิตนั้นโดยทั่วไปแล้วจะจ่ายในกรณี (ก) ครบอายุสัญญาประกัน (ข) เสียชีวิต (ค) เลิกสัญญาประกัน (ง) ทุพพลภาพ และ (จ) อื่นๆ ซึ่งรวมถึงการจ่ายปันผลคืนให้ผู้ถือหุ้นของบริษัท จากงบการเงินของบริษัทประกันชีวิตพบว่า รายการจ่ายเงินผลประโยชน์ที่สำคัญที่สุด 2 รายการคือ ครบอายุสัญญาประกันและเสียชีวิต ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 60 ของรายจ่ายเงินผลประโยชน์ทั้งหมด ซึ่งค่อนข้างคงที่สม่ำเสมอตั้งแต่ปี 2525 จนถึง 2533 เฉพาะส่วนที่จ่ายในกรณีครบอายุสัญญาประกันนั้นสูงถึงประมาณร้อยละ 43 ของรายจ่ายเงินผลประโยชน์ทั้งหมดในปี 2533 ซึ่งสูงขึ้นมากจากเดิมเป็นเพียงประมาณร้อยละ 27 ในปี 2525 ซึ่งอาจสื่อความหมายถึงการเขยิบตัวในภาระของธุรกิจประกันชีวิตที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างอายุของประชากรไทยในทางที่อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น (T. Kiranandana and K. Limskul, 1993 ; 31)

ธุรกิจประกันชีวิตมีรายรับจากการลงทุนเพียงประมาณ 3,600 ล้านบาทเศษในปี 2533 ในขณะที่รายจ่ายเป็นเงินชดเชยกรมธรรม์ ค่าใช้จ่ายดำเนินการ ค่านายหน้าขายประกัน ภาษีและอื่นๆ ค่อนข้างสูงมาก เช่นในปี 2533 มีรายจ่ายทั้งสิ้นประมาณ 22,056 ล้านบาท ซึ่งในจำนวนนี้ต้องจ่ายเป็น

ค่านายหน้าขายประกันถึงกว่า 6,700 ล้านบาทหรือประมาณร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด มีผลให้กำไรสุทธิของธุรกิจประกันชีวิตไม่สูงมากนัก กล่าวคือเป็นเพียงประมาณ 1,355 ล้านบาทเท่านั้นในปี 2533 ทั้งนี้ในระยะ 9 ปีระหว่าง 2525-2533 นั้นมีบางปีที่ธุรกิจประกันชีวิตต้องประสบภาวะขาดทุนด้วยซ้ำ และรายได้สุทธิในบางปีที่มีอยู่บ้างก็ไม่มากนัก (สำหรับทั้ง 12 บริษัท) จะยกเว้นก็เฉพาะปี 2533 ซึ่งมีท่าทีคล้ายกับว่าธุรกิจประกันชีวิตเริ่มกระเตื้องขึ้นจากการปรับตัวของภาวะเศรษฐกิจ

การวิเคราะห์สภาวะธุรกิจของธุรกิจประกันชีวิตโดยทั่วไปพบว่าธุรกิจประกันชีวิตเริ่มมีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศโดยเฉพาะในฐานะที่ทำหน้าที่ระดมเงินออมคล้ายสถาบันการเงินอื่น ๆ แต่ธุรกิจประกันชีวิตมีภาวะการแข่งขันต่ำเพราะมีเพียง 12 บริษัท และ 1 บริษัทในจำนวนนั้นมีส่วนแบ่งตลาดสูงกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่บางบริษัทมีส่วนแบ่งตลาดต่ำมากและทำให้มีกำไรต่ำ

การวิเคราะห์เพื่อแสดงและจำแนกคุณลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคมและอื่น ๆ ของกลุ่มลูกค้าเป้าหมายของการประกันชีวิตนั้นทำได้ยากมากในขณะนี้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลทุติยภูมิใดรายงานไว้ และไม่มีการศึกษาวิจัยไว้ก่อน ข้อมูลปฐมภูมิที่อยู่ในมือของบริษัทประกันชีวิตต่าง ๆ นั้นยังคงถือเป็นความลับทางธุรกิจและการตลาดซึ่งไม่มีการเปิดเผย แต่ก็เชื่อกันว่าลูกค้าเป้าหมายส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดของธุรกิจประกันชีวิตประเภทสามัญ (รายบุคคล) นั้นน่าจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างสูงและมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงที่รู้และเข้าใจหลักการประกันชีวิตและการประกันสุขภาพดีพอ ส่วนลูกค้าเป้าหมายของธุรกิจประกันชีวิตประเภทอุตสาหกรรมและประเภทกลุ่มนั้น คืออุตสาหกรรมหรือธุรกิจต่าง ๆ ขนาดกลางขึ้นไปซึ่งจัดซื้อกรมธรรม์ประกันชีวิตและประกันสุขภาพให้ลูกจ้างหรือพนักงานของตนโดยถือเป็นสวัสดิการและสิทธิประโยชน์เกื้อกูลรูปแบบหนึ่งแก่ลูกจ้าง/พนักงานของตน (จลีพร โกลากุล และคณะ, 2528)

Mallikamas (1992) ได้พยายามวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเท่าที่จะรวบรวมได้จากแหล่งที่ยังไม่ได้เผยแพร่ของกรมการประกันภัย ในปี 2532 และ 2533 ซึ่งในปี 2532 มีเพียง 4 บริษัทที่มีข้อมูล และในปี 2533 ขาดข้อมูลของ South East Insurance นอกนั้นบางบริษัทได้รวมจำนวนเงินชดเชยไว้ในรายการ "อื่น ๆ" โดยไม่จำแนกประเภทในบางปีด้วย ข้อมูลเท่าที่รวบรวมได้นั้นสำเนาแสดงไว้ในตาราง 2.2 จากข้อมูลที่ปรากฏในปี 2533 นั้น 10 บริษัทประกันชีวิตเสนอขายสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพด้วย (จะยกเว้นเฉพาะ 2 บริษัทคือ ไทยประกันชีวิต และไทยสมุทรประกันภัย) ปรากฏว่าจาก 1,625,476 กรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคลนั้นมี 372,446 กรมธรรม์ (หรือร้อยละ 23 โดยประมาณ) ที่ซื้อสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพไว้ด้วย ซึ่งถ้าจะประมาณจากการศึกษาของจลีพร โกลากุล (2532) ว่ามีเพียง 166,100 กรมธรรม์ในปี 2528 ก็แสดงว่ามีการขยายตัวถึงประมาณร้อยละ 18 ต่อปีโดยเฉลี่ย บริษัท AIA และเมืองไทยประกันชีวิตน่าจะมีส่วนแบ่งใหญ่ที่สุด ในกรณีนี้ถ้าพิจารณาจากที่จลีพร โกลากุล (2532) ประมาณไว้ว่าร้อยละ 80 และร้อยละ 50 ของกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทสามัญของ 2 บริษัทโดยลำดับมีการซื้อสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพด้วย จากข้อมูลในตาราง 2.2 นั้น Mallikamas (1992) พบว่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากเบี้ยประกันชีวิตในกรณีนี้เป็นประมาณ 442 ล้านบาทในปี 2533 หรือประมาณ 1,189 บาทเฉลี่ยต่อ 1 กรมธรรม์ การเรียกร้องเงินชดเชยตามสิทธิมีประมาณร้อยละ 12 ของจำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพ โดยคิดเป็นจำนวนเงินจ่าย

ชดเชยถึง 229 ล้านบาทหรือประมาณ 4,990 บาทเฉลี่ยต่อ 1 กรณีเรียกร้องสิทธิชดเชยหรือประมาณ 615 บาทเฉลี่ยต่อ 1 กรมธรรม์ประกันสุขภาพ จากข้อมูลรายงานเฉพาะของบางบริษัทแสดงว่าค่ายาและเวชภัณฑ์เป็นรายการจ่ายชดเชยที่ใหญ่ที่สุด แต่ทั้งนี้รายการ "อื่นๆ" แสดงถึงการที่บริษัทไม่จำแนกประเภทรายจ่ายชดเชยเป็นจำนวนมาก อัตราส่วนขาดเท่าที่ประมาณได้จากการประกันสุขภาพรายบุคคลนั้นเป็นประมาณ 0.52 เป็นข้อสังเกตว่ารายจ่ายชดเชยในส่วนผู้ป่วย นอกจากนั้นโดยทั่วไปจำกัดเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุเท่านั้นจึงทำให้มีวงเงินจ่ายชดเชยค่อนข้างต่ำมากเมื่อเทียบกับรายการอื่นๆ

ตาราง 2.2 การประกันสุขภาพส่วนบุคคลในสัญญาเพิ่มเติมการประกันชีวิตประเภทสามัญ (รายบุคคล) 2532-2533

	2532	2533
จำนวนกรมธรรม์ (จำนวนผู้ประกันตน)	238,885	372,446
เบี้ยประกันรับสุทธิ (ล้านบาท)	289.54	442.92
จำนวนเรียกร้องสิทธิชดเชย	30,012	45,947
(%)	(12.6)	(12.3)
จำนวนเงินจ่ายชดเชย (บาท)	148,196,697	229,288,680
— ค่าห้องและอาหาร	1,541,606	4,560,691
— ค่ายาและอื่นๆ	3,527,147	10,698,683
— ค่าผ่าตัด	1,362,392	3,993,018
— ค่าแพทย์	259,421	1,088,551
— ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก	2,874	100,039
— อื่นๆ	141,503,257	208,847,698
อัตราส่วนขาด (loss ratio) %	0.51	0.52

หมายเหตุ : *อัตราส่วนขาดคือ จำนวนเงินจ่ายชดเชย หารด้วยเบี้ยประกันโดยตรงรวม*
ที่มา : *Mallikamas 1992 : Table 9, p. 29.*

ในการศึกษาเดียวกันนั้น Mallikamas (1992) ก็ได้พยายามใช้ข้อมูลที่มิได้เผยแพร่จากกรมการประกันภัยวิเคราะห์การประกันสุขภาพกลุ่มที่ซื้อเป็นสัญญาเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม ในปี 2527-2531 (เท่าที่อำนวยให้[1]) ปรากฏข้อมูลสรุปดังสำเนาที่แสดงในตาราง 2.3 จำนวนกรมธรรม์ประกันชีวิต

1 ในปี 2531 มีบริษัทประกันชีวิตที่ขายประกันสุขภาพกลุ่มแนบท้ายสัญญาประกันชีวิตกลุ่มอยู่ 5 บริษัท คือ AIA เมืองไทยประกันชีวิต Siam Life insurance, Interlife และไทยเศรษฐกิจประกันชีวิต โดยเฉพาะบริษัทสุดท้ายนั้นได้เริ่มดำเนินธุรกิจเมื่อปี 2531 นั้นเอง ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์เป็นข้อมูลรวมของ 5 บริษัทที่มีรายงานอยู่นี้เท่านั้น

กลุ่มที่ซื้อสัญญาประกันสุขภาพกลุ่มคิดเป็นประมาณร้อยละ 39 ในปี 2531 จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจาก 596 กรมธรรม์ในปี 2527 เป็น 1,148 กรมธรรม์ในปี 2531 โดยเฉพาะในปี 2530 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และในปี 2531 เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 48 ขนาดของกลุ่ม (ซึ่งรวมคู่สมรสและบุตร) คิดเป็นเฉลี่ยประมาณ 70 คนในปี 2531 ทั้งนี้มี 919 กลุ่มที่มีขนาดไม่เกิน 50 คน ส่วนจำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกลุ่มเพิ่มขึ้นจาก 36,491 คนในปี 2527 เป็น 79,948 คนในปี 2531 เบี้ยประกันสุขภาพกลุ่มเพิ่มขึ้นจาก 30.5 ล้านบาท เป็น 69.8 ล้านบาท และเฉลี่ยเบี้ยประกันต่อคนจาก 835 บาทเป็น 873 บาท ในช่วงเวลาเดียวกันจำนวนเงินจ่ายชดเชยเพิ่มขึ้นในอัตราประมาณร้อยละ 16 ต่อปีโดยเฉลี่ย แต่ปรากฏการณ์ผันแปรค่อนข้างมากในช่วงระยะปีดังกล่าว จำนวนเงินจ่ายชดเชยโดยเฉลี่ยต่อผู้เอาประกัน 1 คนตกประมาณ 626 บาทในปี 2530 และ 875 บาทในปี 2531 เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนเงินจ่ายชดเชยนี้จะไม่ได้สะท้อนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดแท้จริงเพราะจำนวนดังกล่าวเป็นค่าสุทธิแล้วของการยกเว้นตามสิทธิพิเศษต่างๆ รวมทั้งวงเงินชดเชยขั้นสูงตามที่กำหนดในกรมธรรม์ การประกันร่วมและส่วนลดต่างๆ รายการจ่ายเงินชดเชยที่ใหญ่ที่สุดคือค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นประมาณร้อยละ 37 ของเงินจ่ายชดเชยทั้งหมดในปี 2531 และเป็นที่สังเกตเช่นกันว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกนั้นสูงมากถึงกว่า 20 ล้านบาทในปี 2530 และลดลงเหลือเพียงประมาณ 9.6 ล้านบาทในปี 2531 ซึ่ง Mallikamas (1992) ได้อธิบายว่าน่าจะเป็นเพราะค่าแปรผันที่แตกต่างกันมากในระหว่างกลุ่มผู้เอาประกันสุขภาพกลุ่มที่มีขนาดต่างๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้เอาประกันสุขภาพขนาดใหญ่ซึ่งมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่เรียกชดเชยสูงถึง 11 ล้านบาทในปี 2530 ได้ลดลงมากโดยเหลือเพียง 2.3 ล้านบาทเท่านั้นในปี 2531 (ซึ่งน่าจะเป็นเพราะเหตุที่มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขต่างๆ ในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ) ในขณะที่กลุ่มผู้เอาประกันสุขภาพขนาดเล็กมีจำนวนเงินจ่ายชดเชยสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือจาก 379 บาทในปี 2527 เป็น 588 บาทในปี 2531 ซึ่งตรงกันข้ามกับแบบแผนที่ปรากฏในกลุ่มผู้เอาประกันสุขภาพขนาดใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าธุรกิจขนาดเล็กกว่าได้ซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพกลุ่มที่เสนอแผนผลประโยชน์ตอบแทนกว้างขวางและดีกว่าโดยจ่ายเป็นประกันในอัตราสูงกว่าโดยเปรียบเทียบ ทั้งนี้จากกรณีเฉพาะของเมืองไทยประกันชีวิตในปี 2530 ได้ปรากฏข้ออธิบายนั้นชัดเจน ซึ่งเมื่อมีการปรับปรุงเงื่อนไขกรมธรรม์แล้วปรากฏว่าลูกค้าผู้เอาประกันได้ลดลงอย่างทันทีในปี 2531 (ซึ่งยอดเงินจ่ายชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้ลดลงโดยทันทีเช่นกัน) กรมธรรม์ประกันสุขภาพที่รวมจ่ายผลประโยชน์ชดเชยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกนั้นจึงอาจนำไปสู่ปัญหาทางศีลธรรม (moral hazard problem) กล่าวคือเมื่อจ่ายค่าเบี้ยประกันสูงจึงใช้ประโยชน์จากการเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเกินความจำเป็นจริงๆ ไปได้มาก

ตาราง 2.3 การประกันสุขภาพกลุ่มในสัญญาเพิ่มเติมการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม 2527-2531

	2527	2528	2529	2530	2531
จำนวนกรมธรรม์	596	544	593	774	1,148
จำนวนผู้เอาประกัน	36,491	53,228	51,610	58,307	79,948
เบี้ยประกันโดยตรงรวม (ล้านบาท)	30.50	39.78	48.36	63.25	69.82
จำนวนเงินจ่ายชดเชย (ล้านบาท)	23.91	29.13	32.34	51.04	41.63
— ค่าห้องและอาหาร	5.82	7.32	8.44	7.10	5.62
— ค่ายาและอื่นๆ	10.81	12.62	13.46	16.18	15.57
— ค่าผ่าตัด	2.57	3.11	3.40	4.72	5.78
— ค่าแพทย์	-n-	-n-	-n-	2.08	2.57
— ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก	-n-	-n-	-n-	20.04	9.59
— อื่นๆ	4.69	6.08	7.03	0.88	2.41
อัตราส่วนขาด (loss ratio) %	0.78	0.73	0.66	0.80	0.59

หมายเหตุ : *อัตราส่วนขาดคือจำนวนเงินจ่ายชดเชย หารด้วยเบี้ยประกันโดยตรงรวม*

ที่มา : *Mallikamas 1992 : Table 3, p. 22.*

(2) การประกันสุขภาพในธุรกิจประกันวินาศภัย

ธุรกิจประกันวินาศภัยได้ขยายตัวค่อนข้างมากกว่าธุรกิจประกันชีวิตโดยเปรียบเทียบจำนวนบริษัทที่จดทะเบียนประกอบการธุรกิจประกันวินาศภัยในปัจจุบันมี 67 บริษัท ซึ่งในจำนวนนี้เป็นบริษัทที่ประกอบการขายประกันสุขภาพด้วย 21 บริษัทในปี 2534 (Millikamas, 1992) เมื่อเทียบกับจำนวนเพียง 18 บริษัทในปี 2533 (Kiranandana and Limskul, 1993) และเพียง 13 บริษัทในปี 2531 (Kolakul, 1989) อย่างไรก็ดีในจำนวนบริษัททั้งหมดมีเพียง 6 บริษัทเท่านั้นจนถึงปัจจุบันที่ประกอบการขายประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว การเติบโตของธุรกิจประกันวินาศภัยโดยรวมนั้นยังอาจแสดงได้จากจำนวนตัวแทนและนายหน้าซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากในระยะหลังๆ นี้เช่นกัน กล่าวคือในระยะจากปี 2525 ถึงปี 2533 นั้น จำนวนตัวแทนได้เพิ่มขึ้นจาก 4,608 รายเป็น 31,788 ราย จำนวนนายหน้าประเภทบุคคลเพิ่มขึ้นจาก 1,227 รายเป็น 1,795 ราย และจำนวนนายหน้าประเภทนิติบุคคลเพิ่มขึ้นจาก 137 รายเป็น 175 ราย เป็นที่น่าสังเกตว่าจากข้อมูลที่ปรากฏเฉพาะในปี 2533 ปีเดียวกัน มีตัวแทนที่ขอจดทะเบียนรายใหม่มากถึง 12,825 ราย และมีนายหน้าประเภทบุคคลที่ขอจดทะเบียนใหม่มากถึง 241 ราย

ธุรกิจประกันวินาศภัยโดยรวมนั้นมีขนาดค่อนข้างใหญ่เมื่อเทียบกับธุรกิจประกันชีวิต กรมธรรม์ทั้งหมดทุกประเภทประกันในปี 2533 มีถึงกว่า 2.2 ล้านกรมธรรม์ ในวงเงินประกันวินาศภัยกว่า

4,217 พันล้านบาท และค่าเบี้ยประกันสุทธิสูงกว่า 12,000 ล้านบาท การประกันอัคคีภัยเป็นประเภทที่มีส่วนแบ่งตลาดสูงที่สุดในบรรดาการประกันวินาศภัยประเภทต่าง ๆ ด้วยกัน ทั้งในแง่จำนวนกรมธรรม์และจำนวนวงเงินเอาประกัน ส่วนการประกันภัยยานยนต์มีส่วนแบ่งตลาดรองลงมา ในขณะที่การประกันภัยยานยนต์มีค่าความสูญเสียที่ต้องชดเชยสูงที่สุด (ดูตาราง 2.4)

รายได้ของธุรกิจประกันวินาศภัยส่วนใหญ่คือถึงร้อยละ 88 หรือกว่านั้นมาจากเบี้ยประกัน ส่วนรายได้ที่มาจากการลงทุนมีเพียงประมาณร้อยละ 10 ของรายได้ทั้งหมดเท่านั้น ส่วนรายจ่ายชดเชยความสูญเสียตามกรมธรรม์สูงถึงประมาณร้อยละ 48 ของรายจ่ายทั้งหมด ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับเป็นค่านายหน้าขายประกันคิดเป็นเพียงประมาณร้อยละ 12 เท่านั้น (ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าสัดส่วนของรายจ่ายรายการเดียวกันในธุรกิจประกันชีวิตค่อนข้างมาก)

การประกันสุขภาพในธุรกิจประกันวินาศภัยนั้นโดยทั่วไปรวมครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยปกติที่มีการเสนอขายกรมธรรม์ประกันสุขภาพจะทำเป็น 3 รูปแบบคือ

ก. **Prepaid Medical Plan** กรมธรรม์จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและคลินิกที่บริษัทกำหนด ผู้เอาประกันจะได้รับบัตรประจำตัวจากบริษัทเพื่อยื่นต่อสถานพยาบาลเมื่อขอรับบริการ ขอบข่ายการคุ้มครองจะรวมถึง (1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำกัดวงเงินภายในไม่เกิน 60 วันต่อการป่วย 1 ครั้ง และไม่เกิน 365 วันต่อการป่วยทุก ๆ ครั้งรวมกัน (2) ในกรณีประสบอุบัติเหตุ คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามที่เกิดขึ้นจริงโดยกำหนดวงเงินขั้นสูงในสถานพยาบาลใดก็ได้ และ (3) การตรวจร่างกายประจำปีเป็นที่สังเกตว่าผู้เอาประกันตนตามกรมธรรม์รูปแบบนี้จะต้องมีสุขภาพดีและมีรายได้สูงมากพอ เพราะเนื่องจากกรมธรรม์รูปแบบนี้ บริษัทจะมีความเสี่ยงสูง จึงคิดอัตราเบี้ยประกันสูงด้วย หรือมิฉะนั้นบริษัทก็จะพยายามลดความเสี่ยงลงโดยกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ มากมายเช่นการบังคับตรวจร่างกายโดยละเอียดจากแพทย์ที่บริษัทกำหนดก่อนการประกันสุขภาพ

ข. **Basic Medical Plan** ผู้เอาประกันตนตามกรมธรรม์ในรูปแบบนี้จะเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิกใด ๆ ก็ได้ เพราะประเภทการเจ็บป่วยและภายในวงเงินที่บริษัทกำหนดปกติให้เบิกชดเชยได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยใน แต่ผู้เอาประกันตนอาจซื้อสัญญาเพิ่มเติมสำหรับคุ้มครองค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกได้โดยจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น

ตาราง 2.4 จำนวนกรมธรรม์ วงเงินเอาประกัน จำนวนเงินค่าเบี้ยประกันสุทธิและมูลค่าความสูญเสียของธุรกิจประกันวินาศภัย 2526-2533

	2526	2530	2533
ก. จำนวนกรมธรรม์	1,103,031	1,415,095	2,205,922
— อัคคีภัย	614,790	783,681	1,018,503
— ภัยทางทะเล	5,586	666	650
— ขนส่ง	127,724	186,475	291,325
— ยานยนต์	196,585	304,433	613,165
— เบ็ดเตล็ด*	158,346	139,840	282,279
ข. จำนวนวงเงินเอาประกัน (ล้านบาท)	927,130.8	1,529,365.0	4,217,233.8
— อัคคีภัย	480,538.1	871,406.1	1,451,584.3
— ภัยทางทะเล	25,828.8	4,130.4	9,503.2
— ขนส่ง	170,523.1	275,112.5	752,833.8
— ยานยนต์	51,659.1	83,946.8	292,043.3
— เบ็ดเตล็ด*	198,581.7	294,769.2	1,711,269.2
ค. จำนวนเงินค่าเบี้ยประกันสุทธิ (ล้านบาท)**	2,380.1	4,258.9	12,079.7
ง. มูลค่าความสูญเสียสุทธิ (ล้านบาท)***	1,216.0	2,207.4	5,387.5
— อัคคีภัย	179.1	204.2	294.2
— ภัยทางทะเล	106.4	48.6	22.1
— ขนส่ง	59.4	107.4	164.9
— ยานยนต์	753.5	1,505.7	4,629.8
— เบ็ดเตล็ด*	117.6	341.5	276.5

หมายเหตุ : * *รวมประกันสุขภาพ*

** *ข้อมูลรายงานแสดงเป็นเบี้ยประกันสุทธิรวมทุกประเภทการประกันวินาศภัย*

*** *Net loss paid = Losses paid + Losses paid to reinsurance assumed − Loss recovery from reinsurance ceded − Loss recovery from retrocession.*

ที่มา : *กรมการประกันภัย ดูรายละเอียดใน T. Kiranandana and K. Limskul (1993), Tables 4.2, 4.4 and 4.6.*

ค. Investment Basic Medical Plan ซึ่งก็คล้ายกับกรมธรรม์รูปแบบ ข. ข้างต้นผนวกกับแผนการออมทรัพย์ ซึ่งทั้งในรูปแบบ ข. และ ค. นั้น ผู้เอาประกันตนจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินเอง ยิ่งกว่านั้นบริษัทมักจะกำหนดรายละเอียดและเงื่อนไขปลีกย่อยในกรมธรรม์เป็นรายกรมธรรม์ไป ซึ่งทำให้ยุ่งยากซับซ้อนมากสำหรับผู้เอาประกันจะเข้าใจได้โดยง่าย

ธุรกิจประกันสุขภาพในการประกันวินาศภัยนั้นได้ประสบปัญหาค่อนข้างมากจนถึงประมาณปี 2529 จึงเริ่มฟื้นตัวขึ้นช้า ๆ และเติบโตในอัตราสูงขึ้นมากในระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมานี้เอง ธุรกิจประกันสุขภาพมียอดขายเพียง 1,512 กรมธรรม์ในปี 2528 ซึ่งตกต่ำที่สุด ด้วยเบี้ยประกันรับเพียงประมาณ 22 ล้านบาท แต่หลังจากค่อย ๆ ฟื้นตัวแล้วจึงปรับตัวได้ดีขึ้น จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ขายได้สูงถึง 25,890 กรมธรรม์ในปี 2534 ตามรายงานของกรมการประกันภัยด้วยจำนวนเงินเบี้ยประกันประมาณ 222 ล้านบาท และในปี 2534 มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของกรมธรรม์ประกันวินาศภัยทั้งหมดเป็นร้อยละ 1.02 และจำนวนเงินเบี้ยประกันสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของจำนวนเงินเบี้ยประกันวินาศภัยทั้งหมดเป็นเพียงร้อยละ 1.68 เท่านั้น และด้วยจำนวนเงินจ่ายชดเชยตามสัญญาในกรมธรรม์ค่อนข้างสูง จึงมีผลให้อัตราส่วนขาด (loss ratio) ไม่ว่าจะพิจารณาจากเบี้ยประกันโดยตรงรวมหรือเบี้ยประกันรับสุทธิค่อนข้างสูง (ดูตาราง 2.5)

การวิเคราะห์ของ Mallikamas (1992) ได้ชี้ว่าจำนวนเงินเบี้ยประกันเฉลี่ยต่อกรมธรรม์ในปี 2534 นั้นสูงถึง 11,850 บาท (เพิ่มขึ้นโดยเปรียบเทียบจากประมาณเพียง 983 บาท ในปี 2526) ซึ่งประมาณว่าเป็นอัตราการเพิ่มของเบี้ยประกันที่สูงที่สุดในบรรดาอัตราเบี้ยประกันภัยประเภทอื่น ๆ ทั้งหมดในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะกรมธรรม์ประกันสุขภาพคุ้มครองสมาชิกมากคนขึ้นต่อกรมธรรม์ และอาจเป็นเพราะการที่ค่ารักษาพยาบาลเขยิบตัวสูงขึ้นมาก ขณะที่ผลประโยชน์ตอบแทนตามสัญญาประกันกว้างขวางขึ้น หรือกำไรส่วนท้าย (Profit margin) ของบริษัทค่อนข้างต่ำ ดังนั้นอัตราส่วนขาด (loss ratio) ของธุรกิจประกันสุขภาพจึงพุ่งขึ้นจากประมาณ 0.27 ในปี 2526 เป็นถึง 0.74 ในปี 2527 และลดลงเหลือเพียงประมาณ 0.4 ในปี 2533 การที่อัตราส่วนขาดลดลงในระยะหลังนั้นอาจเนื่องมาจากความเข้มงวดของบริษัทที่ทำให้กรองผู้เอาประกันตนที่มีสุขภาพค่อนข้างดีได้มาก หรือมิฉะนั้นก็อาจจะเป็นเพราะประชากรโดยทั่วไปมีสุขภาพดีขึ้น Mallikamas (1992) ได้วิเคราะห์ด้วยว่าอัตราส่วนขาดในธุรกิจประกันสุขภาพจะต่ำกว่าในธุรกิจประกันชีวิต (ซึ่งเป็นประมาณ 0.60 สำหรับการประกันกลุ่มและ 0.52 สำหรับการประกันรายบุคคล) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการประกันสุขภาพในการประกันชีวิตนั้นบริษัทมีความเสี่ยงต่ำกว่าเนื่องจากผูกพันการประกันช่วงยาวของชีวิต ขณะที่ชดเชยความเสี่ยงระหว่างกันสำหรับกรมธรรม์ประกันสุขภาพกับกรมธรรม์ประกันชีวิต ซึ่งยังมีผลให้ประหยัดค่านายหน้าลงไปอีกด้วย (ทั้งนี้ผู้เอาประกันชีวิตมักจะมีแนวโน้มที่จะประกันชีวิตต่อในปีต่อ ๆ ไป ซึ่งเมื่อซื้อสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพก็จะซื้อพ่วงตามในปีต่อ ๆ ไปด้วย) บริษัทประกันสุขภาพจึงประสบปัญหาค่าใช้จ่ายดำเนินการค่อนข้างสูงมากและทำให้ขาดทุนเป็นส่วนมาก (ซึ่งจะอธิบายต่อไป)

ตาราง 2.5 จำนวนกรมธรรม์ วงเงินเอาประกัน จำนวนเงินเบี้ยประกัน และจำนวนเงินจ่ายชดเชยของการประกันสุขภาพในธุรกิจประกันวินาศภัย 2527-2534.

ปี	1	2	3	4	5	6	7
2527	3,435	303.6	23.2	88,384	17.3	0.74	0.42
2528	1,512	135.2	21.9	89,418	12.6	0.57	0.56
2529	2,133	157.7	28.8	73,933	12.1	0.42	0.53
2530	3,175	119.0	38.6	37,480	17.4	0.45	0.50
2531	4,549	60.8	57.1	13,365	24.4	0.43	0.53
2532	6,254	270.5	77.9	43,252	36.9	0.47	0.60
2533	10,239	490.3	134.9	47,885	54.7	0.40	-n-
2534	25,892	-n-	222.1	-n-	-n-	-n-	-n-

หมายเหตุ : *1. จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพ*
2. จำนวนวงเงินเอาประกัน (ล้านบาท)
3. จำนวนเงินเบี้ยประกัน (ล้านบาท)
4. วงเงินเอาประกันเฉลี่ยต่อกรมธรรม์ (บาท)
5. จำนวนเงินจ่ายชดเชย (ล้านบาท)
6. อัตราส่วนขาด (loss ratio) = เบี้ยประกันโดยตรงรวม/เงินจ่ายชดเชยรวม
7. อัตราส่วนขาด (loss ration) = เบี้ยประกันรับสุทธิ/เงินจ่ายชดเชยรวม
n - ไม่มีข้อมูล

ที่มา : *กรมการประกันภัย ดูรายละเอียดใน T. Kiranandana and K. Limskul (1993), Table 5.2 และใน Mallikamas (1992), Table 11.*

ข้อมูลที่สรุปประมวลไว้ใน Kiranandana and Limsakul (1993) ดังสำเนาแสดงในตาราง 2.6 แสดงส่วนแบ่งของจำนวนเงินเบี้ยประกันสุขภาพเป็นรายบริษัท (รวมทั้งบริษัทที่ประกอบการขายประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว 6 บริษัทด้วย จะพบว่า 2 บริษัทคือ บลูครอส และสุขภาพไทย มีส่วนแบ่งตลาดในรูปของจำนวนเบี้ยประกันเกินกว่าร้อยละ 50 บริษัทอื่นๆ มีส่วนแบ่งค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะบริษัทแอมบาส-ซาเดอร์และวานิช ซึ่งมีส่วนแบ่งต่ำกว่าร้อยละ 0.3

ข้อมูลเฉพาะจาก 6 บริษัทประกันสุขภาพแสดงการผันผวนอย่างมากทั้งในแง่ของจำนวนกรมธรรม์ วงเงินเอาประกัน เบี้ยประกัน และวงเงินเอาประกันเฉลี่ยต่อกรมธรรม์ในระยะปี 2521 ถึงปี 2533 การวิเคราะห์ฐานะการเงินของธุรกิจประกันสุขภาพรวมของ 6 บริษัทประกันสุขภาพพบว่าประสบภาวะขาดทุนสะสมตลอดมา แม้จะมีท่าทีคลี่คลายขึ้นบ้าง แต่ภาวะการขาดทุนที่สะสมนั้นทำให้ธุรกิจฟื้นตัวได้ช้ามาก แม้ว่า

6 บริษัทประกันสุขภาพโดยรวมจะเริ่มมีกำไรสุทธิจากการดำเนินงานประมาณ 6 ล้านบาท (เป็นครั้งแรก) ในปี 2533 ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์แยกเป็นรายบริษัทจะพบว่ามีเพียง 2 บริษัทเท่านั้นที่มีกำไรสะสมในปี 2533 คือบลูครอสมีกำไรสะสม 8.36 ล้านบาท และสุขภาพไทยมีกำไรสะสม 5 แสนบาทเศษ ในขณะที่อีก 4 บริษัท ยังคงขาดทุนสะสมอยู่

ตาราง 2.6 จำนวนกรมธรรม์ จำนวนเงินเบี้ยประกัน และส่วนแบ่งของการประกันสุขภาพรายบริษัท 2534.

บริษัท	จำนวนกรมธรรม์	เบี้ยประกัน (พันบาท)	ส่วนแบ่ง (%)
บลูครอส*	2,750	120,239	35.05
สุขภาพไทย*	13,889	54,814	15.98
กรุงเทพ	215	32,570	9.49
เมืองไทย	295	27,141	7.91
การแพทย์และสุขภาพ*	291	24,279	7.08
การแพทย์ไทย*	1,479	21,868	6.37
อาคเนย์	1,540	14,817	4.32
ประกันคุ้มภัย	215	10,444	3.04
ซิกน่าพร็อพเพอตี้	1,158	9,908	2.89
สามัคคี	44	9,118	2.66
ไทยประสิทธิ์	2,224	9,032	2.63
เอ.ไอ.เอ	1,387	2,084	0.61
นวกิจ	27	1,507	0.43
อินเตอร์ไลฟ์	16	1,387	0.40
แอมบาสซาเดอร์*	327	889	0.26
บางกอกยูเนียน	23	339	0.10
ร.ส.พ.	7	159	0.05
วานิช*	5	2	0.00
รวมทุกบริษัท	25,892	343,028	100.00
สัดส่วนของกรมธรรม์ประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันวินาศภัยทั้งหมด			1.02
สัดส่วนของเบี้ยประกันการประกันสุขภาพในเบี้ยประกันการประกันวินาศภัยทั้งหมด			1.68%

หมายเหตุ : * *บริษัทประกอบการขายประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว*

ที่มา : *กรมการประกันภัย ดูรายละเอียดใน T. Kirannandana and K. Limskul (1993), Table 5.1.*

Table 2.7 Financial analysis of health insurance companies, 1982-1991.

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
1. Liquidity										
— CA/CL (std. = 1)	2.44	0.60	1.26	1.50	1.95	5.69	5.99	9.90	15.75	13.63
2. Activity (management efficiency)										
— net sales/net cash flow (std. = 2)	1.70	−5.53	5.95	3.30	1.93	1.21	1.32	1.31	1.39	1.61
— net sales/fixed assets (std. = 1)	1.59	1.97	0.77	0.82	1.18	1.11	1.67	2.66	3.45	3.59
— net sales/total assets (std. = 1)	0.62	1.28	0.47	0.47	0.52	0.51	0.64	0.81	0.90	1.05
3. Leverage										
— total liabilities/total assets (std. = 1)	0.72	1.30	1.29	1.48	0.75	0.53	0.63	0.76	0.74	0.75
4. Profitability										
— net income after tax/sales (std. = 0.25)	0.48	0.46	0.19	0.46	0.57	0.50	0.50	0.48	0.46	0.35
— net income after tax/total assets (std. = 0.2)	0.29	0.60	0.09	0.21	0.30	0.26	0.32	0.39	0.41	0.37
— net income after tax/net worth (std. = 0.15)	1.06	(1.97)	(0.33)	(0.44)	1.17	0.54	0.84	1.62	1.57	1.48

Source : *Department of Insurance, Ministry of Commerce.*

Table 2.8 Profit and loss statements of six health insurance companies for the year ending 31 December 1990.

(unit : 1,000 baht)

Item	Thailand Medical & Health Center	Blue Cross	Ambassador	Thai Medical Care	Thai Health	Vanich	Total
a. Underwriting							
1. Net written premiums	20,102	55,861	543	22,648	35,685	89	134,928
2. Reserves for unexpired risk	2,688	11,900	223	2,167	7,515	(215)	24,278
3. Earned premiums (1-2)	17,414	43,961	320	20,481	28,170	304	110,650
4. Losses incurred	13,395	24,393	151	3,169	16,386	12	57,506
5. Loss adjustment expenses	—	—	—	—	16	—	16
6. Commission & brokerages	1,083	7,320	109	5,373	6,329	57	20,271
7. Operating expenses	3,663	6,281	1,160	13,893	3,286	1,993	30,276
8. Total (4+5+6+7)	18,141	37,994	1,420	22,435	26,017	2,062	108,069
9. Underwriting profit (loss) (3-8)	(727)	5,967	(1,100)	(1,954)	2,153	(1,758)	2,581
b. Investment & others							
10. Net investment income	121	2,840	452	584	1,973	690	6,660
11. Other income	334	2	—	968	230	51	1,585
12. Other expenses	—	—	—	—	—	—	—
13. Profit (loss) (9+10+11+12)	(272)	8,809	(648)	(402)	4,356	(1,017)	10,826
14. Capital gains (losses)	—	1,146	—	—	4	(470)	680
15. Profit (loss) before corporate taxes	(272)	9,955	(648)	(402)	4,360	(1,487)	11,506
16. Corporate taxes	—	3,462	—	—	1,884	—	5,346
17. Net profit (loss) (15-16)	(272)	6,493	(648)	(402)	2,476	(1,487)	6,160
18. Earnings per share	—	32.47	(32.38)	2.67	24.76	—	—
c. Appropriation of profit							
19. Retained earnings (losses) from previous year	(30,982)	1,875	(4,999)	(8,521)	(1,939)	(49,314)	(93,880)
20. Adjustment	—	—	—	(870)	—	—	(879)
21. Retained earnings (losses) at the end of the year	(31,254)	8,368	(5,647)	(9,802)	537	(50,801)	(88,599)

2.4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพ

(1) กฎหมายและการกำกับธุรกิจของรัฐ ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลกระทบต่อการเติบโตของธุรกิจประกันชีวิตค่อนข้างมากคือกฎหมายและการกำกับธุรกิจของรัฐ ประการแรกสืบเนื่องจากแนวทางประกอบธุรกิจประกันชีวิตโดยสากลที่ถือปฏิบัติกันทั่วไป และประการที่สองคือพระราชบัญญัติการประกันชีวิต พ.ศ. 2500 อธิบดีกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ทำหน้าที่นายทะเบียนซึ่งควบคุมกำกับการดำเนินงานของธุรกิจประกันชีวิตทั้งหมด โดยกฎหมายแล้วการก่อตั้งบริษัทประกันชีวิตใหม่ต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์และต้องจดทะเบียนบริษัทจำกัด โดยจำกัดความรับผิด และต้องมีสินทรัพย์ไม่น้อยกว่า 2 ล้านบาท เป็นเงินสดหรือพันธบัตรรัฐบาลหรือสินทรัพย์อื่นที่เห็นชอบโดยวางเป็นหลักทรัพย์ประกันไว้กับนายทะเบียน กฎหมายยังบังคับด้วยว่าบริษัทประกันชีวิตต้องคงเงินกองทุนไว้ไม่น้อยกว่า 5 ล้านบาทตลอดเวลา และแต่ละบริษัทจะต้องจัดสรรเงินรายปีทุกปีจำนวนหนึ่งซึ่งไม่เกินร้อยละ 25 ของเบี้ยประกันไว้เป็นเงินสำรองกรมธรรม์ประกันชีวิต เงินสำรองนี้จะเป็นเงินสดหรือพันธบัตรรัฐบาลหรือสินทรัพย์อื่นที่ได้รับความเห็นชอบก็ได้ นอกจากนั้นยังมีแนวปฏิบัติอื่นๆ ซึ่งค่อนข้างอยู่ภายใต้การควบคุมและกำกับที่เข้มงวดมาก เนื่องจากธุรกิจประกันชีวิตจะกระทบถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจและผลประโยชน์ของสาธารณชนเป็นอย่างมาก การควบคุมและกำกับโดยเข้มงวดนี้เองแม้ว่าจะเป็นความจำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะและเป็นผลของบทเรียนที่ได้รับจากวิกฤติการณ์ระหว่างสงครามโลกเมื่อบริษัทประกันภัยต่างประเทศพากันถอนตัวออกไปหมดก็ตาม แต่ก็มีผลกระทบความยืดหยุ่นและความคล่องตัวในการดำเนินธุรกิจอยู่ไม่น้อย

(2) การประกอบธุรกิจประกันชีวิตของบริษัทต่างประเทศนั้นโดยกฎหมายไทยแล้วจะทำได้เฉพาะในรูปของสาขาบริษัทต่างประเทศเท่านั้น ในปัจจุบันจึงมีเพียงบริษัทเดียวคือ AIA ซึ่งเป็นสาขาของบริษัทต่างประเทศ และด้วยเหตุนี้เองสาขาบริษัทต่างประเทศจึงไม่อาจเปิดสาขาอื่นๆ เพื่อขยายงานภายในประเทศไทยได้อีก จะเห็นว่าบริษัทต่างประเทศนั้นแม้จะมีความมั่นคงทางการเงิน แต่ก็ต้องหากลวิธีขยายงานและสร้างตลาดในรูปแบบอื่นๆ ที่มิใช่การขยายสาขาบริษัทเช่นที่บริษัท AIA ใช้กลวิธีขยายจำนวนนายหน้าและตัวแทน ด้วยการเสนอให้ค่านายหน้าขายประกันในอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับธุรกิจเดียวกัน ยิ่งกว่านั้นแต่ละบริษัทต่างประเทศจะต้องรักษาสินทรัพย์ภายในประเทศมีมูลค่าไม่น้อยกว่ามูลค่าเงินกองทุนภายในประเทศ และสินทรัพย์ค้ำประกันรวมทั้งเงินสำรองกรมธรรม์ประกันชีวิตก็ต้องฝากมัดจำไว้ที่นายทะเบียน การประกอบธุรกิจประกันชีวิตของบริษัทต่างชาติจึงทำได้ค่อนข้างยากมาก

(3) อุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งของธุรกิจประกันชีวิตน่าจะอยู่ที่ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจสะท้อนมาจากสภาพด้อยการแข่งขันในตลาดนี้เพราะเหตุที่มีเพียง 12 บริษัทเท่านั้นที่ดำเนินการ 11 บริษัทเป็นบริษัทคนไทย และ 1 บริษัทมีส่วนแบ่งตลาดกว่าร้อยละ 50 การพัฒนาทางการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตของธุรกิจจึงมีน้อยมาก การที่ค่านายหน้าขายประกันเป็นยอดรายจ่ายสูงมากกว่าร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด และมูลค่ารายจ่ายดำเนินการเพิ่มขึ้นแต่ละปีในอัตราที่สูงมาก ทั้งยังเป็นอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราการขยายตัวของเบี้ยประกันและจำนวนกรมธรรม์ด้วย ต่างสะท้อนถึงความอ่อนแอในประสิทธิภาพของการบริหารจัดการชัดเจน ยิ่งกว่านั้นการลงทุนของบริษัทประกันชีวิตก็

จัดว่าค่อนข้างอนุรักษ์นิยมเพราะต้องคำนึงถึงความมั่นคงและเสถียรภาพ รวมถึงคำนึงถึงอัตราผลตอบแทนและสภาพคล่องของเงินทุนค่อนข้างมาก ประกอบกับข้อกำหนดของกระทรวงพาณิชย์ทำให้ธุรกิจประกันชีวิตลงทุนเฉพาะแต่ในกิจกรรมที่ให้อัตราผลตอบแทนค่อนข้างต่ำ (เทียนฉาย กีระนันทน์, 2536)

(4) ทัศนคติของประชาชนไทยเองก็น่าจะมีผลสำคัญต่อการเติบโตช้าของธุรกิจประกันภัย ความไม่รู้และไม่เข้าใจถ่องแท้ถึงหลักการและเหตุผลของการประกันภัยโดยเฉพาะการประกันชีวิตและการประกันสุขภาพนั้นประการหนึ่ง และวัฒนธรรมประเพณีที่เข้าใจและเชื่อกันว่าการประกันชีวิตและการประกันสุขภาพเป็นการกำหนดลางบอกเหตุหรือสาปแช่งให้เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยนั้น อีกประการหนึ่งน่าจะมีผลไม่น้อย ซึ่งก็อาจเป็นข้ออธิบายสำคัญว่าธุรกิจประกันเติบโตและขยายตัวในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ๆ ได้มากกว่าในเมืองเล็กและในชนบท (T. Kiranandana and K. Limskul, 1993) อำนาจซื้อของคนไทยที่ไม่สูงนักเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างรายได้สุทธิของครอบครัวกับรายจ่ายค่าเบี้ยประกัน ทั้ง ๆ ที่หากจะเปรียบเทียบสัดส่วนของรายได้สุทธิของครอบครัวที่ใช้จ่ายไปในเรื่องสุขภาพอนามัยซึ่งค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ นั้นแล้วจะพบว่าน่าจะหันไปหาหลักประกันให้ความมั่นคงและคุ้มครองชีวิตและการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นก็ตาม แต่คนไทยจำนวนมากก็ยังคิดว่าเบี้ยประกันเป็นรายจ่ายที่ยังไม่น่าจะจ่ายหรือยังไม่ถึงคราวจ่าย ไม่เหมือนกับรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพราะได้เจ็บป่วยขึ้นแล้ว ทัศนคติบางอย่างดังกล่าวมีปรากฏแม้แต่ในชาวกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองหลวงเองซึ่งการสำรวจตัวอย่างของจลีพร โกลากุลและคณะ (2528) ซึ่งแม้จะแสดงว่าประชากรร้อยละ 86.5 จะเห็นความจำเป็นของการประกันสุขภาพ แต่ก็ลำดับว่าน่าจะเป็นการจัดในรูปสวัสดิการโดยรัฐหรือหน่วยงานอย่างใดอย่างหนึ่ง (แบบให้เปล่าหรือเสียเงินน้อย) หรือไม่ก็ให้ประชาชนเก็บออมเงินไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง มากเสียกว่าที่จะดำเนินการให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพของตนและครอบครัว

(5) ธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะนั้นต้องล้มลุกคลุกคลานด้วยเหตุผลหลายประการ เฉพาะอย่างยิ่งเหตุผลจากโครงสร้างและองค์ประกอบของตลาดการประกันสุขภาพ กล่าวคือธุรกิจประกันสุขภาพต้องแข่งขันทางราคาในระดับสูงมากกับโครงการประกันสุขภาพโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐ นับตั้งแต่โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งบริการกลุ่มรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำในชนบทในระยะครึ่งหลังของทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงต้นทศวรรษปัจจุบัน โครงการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งสวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐให้แก่ข้าราชการทุกประเภทรวมถึงครอบครัว และการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคม สภาพการแข่งขันนี้น่าจะมีผลให้กลุ่มประชากรเป้าหมายถูกจัดแบ่งเป็นส่วนเล็ก ๆ เมื่อธุรกิจประกันสุขภาพต้องคิดค่าเบี้ยประกันค่อนข้างสูงก็ยิ่งมีผลให้กลุ่มประชากรเป้าหมายของธุรกิจนี้แคบลงเหลือเฉพาะผู้มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูงจนถึงผู้มีรายได้สูงเท่านั้น นอกจากนั้นการแข่งขันระหว่างบริษัทต่าง ๆ ในธุรกิจประกันภัยด้วยกัน ทั้งในธุรกิจประกันชีวิตและธุรกิจประกันวินาศภัย ซึ่งมีทั้งการเสนอขายกรมธรรม์ประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพิ่มเติมผนวกเข้ากับกรมธรรม์หลักคือกรมธรรม์ประกันชีวิตและกรมธรรม์ประกันวินาศภัยประเภทอื่น ๆ เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ ทำให้บริษัทเหล่านี้สามารถเสนอขายบริการที่เทียบเคียงกันได้ในราคา (เบี้ยประกัน) ที่ถูกกว่าค่อนข้างมาก และยังดำเนินการด้วยค่าใช้จ่าย

ดำเนินการเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายดำเนินการส่วนเพิ่มที่ต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบ รวมทั้งกลยุทธทางการตลาดบางอย่างในการขายประกันของธุรกิจประกันวินาศภัยที่มีผลต่อการลดอัตราเบี้ยประกันเมื่อมีจำนวนผู้เอาประกันเพิ่มขึ้น (เป็นการประหยัดในขนาดการผลิต) เป็นต้น ประเด็นสำคัญคือการขาดทุนสะสมที่ปรากฏในบริษัทเกือบทั้งหมดที่ทำธุรกิจประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว ยิ่งมีผลให้การฟื้นตัวของธุรกิจประกันสุขภาพเป็นไปได้ยากและช้า และทำให้ความสามารถในการแข่งขันในตลาดประกันสุขภาพอ่อนลง จึงน่ากังวลถึงการอยู่รอดของธุรกิจประกันสุขภาพ ยกเว้นแต่ว่าบริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพอาจต้องผนวกธุรกิจประกันสุขภาพเข้ากับธุรกิจประกันชีวิต หรือธุรกิจประกันวินาศภัยประเภทอื่นๆ บริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพอย่างเดียวอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จในตลาดประกันสุขภาพในประเทศไทยก็ได้

2.5 คุณลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของประชากรเป้าหมายในการประกันสุขภาพเอกชน

ข้อมูลที่อำนวยให้ทราบถึงคุณลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรเป้าหมายในการประกันสุขภาพเอกชนนั้นไม่มีปรากฏในการศึกษาวิจัยและรายงานใด เข้าใจว่าสาเหตุสำคัญน่าจะมาจากการที่ข้อมูลเหล่านี้เป็นความลับและกลยุทธทางธุรกิจและการตลาดของบริษัทประกันภัย อย่างไรก็ดีหากพิจารณาจากการที่เบี้ยประกันสุขภาพส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อกรมธรรม์นั้นสูงถึง 11,850 บาทในปี 2534 และเบี้ยประกันสุขภาพประเภทกลุ่มเฉลี่ยต่อผู้เอาประกัน 1 คน เป็นประมาณ 1,200 บาท ในระยะปี 2532-2533 (Mallikamas, 1992) ทำให้พอคาดประมาณได้ว่าผู้ที่จะสามารถซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนได้น่าจะต้องมีรายได้ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง จนถึงรายได้สูงขึ้นไปสำหรับการประกันสุขภาพประเภทบุคคล ทั้งนี้เมื่อเทียบกับระดับรายได้เฉลี่ยของประชากรไทยในระยะปีเดียวกัน ส่วนการประกันสุขภาพประเภทกลุ่มนั้นเป็นการจัดซื้อกรมธรรม์โดยธุรกิจที่เป็นนายจ้างและโดยทั่วไปนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าเบี้ยประกันสุขภาพประเภทกลุ่มนี้โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการและสิทธิประโยชน์เกื้อกูล ซึ่งจากข้อมูลที่พอเอื้อให้พิจารณาได้เฉพาะปี 2530-2531 นั้น Mallikamas (1992) ประมาณว่าส่วนใหญ่เป็นการประกันสุขภาพกลุ่มที่มีขนาดของกลุ่มในระหว่าง 4-9 คนเท่านั้น ทั้งนี้ถ้าจะพิจารณาจากการกระจายตามขนาดของกลุ่มในตาราง 2.9

ตาราง 2.9 จำนวนกรมธรรม์และจำนวนผู้เอาประกันสำหรับการประกันสุขภาพประเภทกลุ่มในธุรกิจประกันชีวิต

ขนาดของกลุ่ม	จำนวนกรมธรรม์		จำนวนผู้เอาประกัน	
	2530	2531	2530	2531
< 50	614	919	7,899	14,175
50-99	65	116	4,447	7,975
100-199	38	49	5,233	650
200-299	20	25	4,690	623
300-399	5	8	1,724	2,862
400-499	5	4	2,301	1,749
500-599	9	7	4,786	3,869
600-699	4	4	2,652	2,589
700-799	1	3	742	2,339
800-899	1	2	843	1,727
900-999	2	1	1,810	976
1,000 +	10	10	21,180	28,948

ที่มา : *Mallikamas, 1992 : Table 4-5.*

ทั้งนี้ในกรณีซื้อประกันสุขภาพประเภทบุคคลไม่ว่าจะผนวกเข้ากับกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือกรมธรรม์ประกันอื่น ๆ ก็ตาม น่าจะเป็นประชากรกลุ่มที่มิได้อยู่ในข่ายครอบคลุมของสวัสดิการและการประกันด้านสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะน่าจะเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระและอยู่ในเขตเมืองต่าง ๆ ซึ่งมีรายได้และฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดี ถ้าพิจารณาจากข้อสรุปของ Mallikamas (1992) ว่าอุปสรรคต่อการประกันสุขภาพนั้นค่อนข้างยืดหยุ่นตามรายได้ ส่วนในกรณีซื้อประกันสุขภาพประเภทกลุ่มนั้นน่าจะเป็นผู้ทำงานในธุรกิจที่มีนายจ้างประกอบการขนาดกลางขึ้นไป กลุ่มนี้น่าจะเป็นกลุ่มคนทำงานที่อยู่ในตำแหน่งระดับค่อนข้างกลางถึงระดับสูง ซึ่งธุรกิจเหล่านั้นจัดเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพเพิ่มเติมหรือจัดให้เป็นพิเศษ (ทั้งนี้ถ้าจะพิจารณาว่ากรณีโดยทั่วไปลูกจ้างในธุรกิจต่าง ๆ จะอยู่ในข่ายคุ้มครองด้านประกันสังคมตามกฎหมายด้วยแล้วในปัจจุบัน)

2.6 การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการ

โดยเงื่อนไขและข้อกำหนดของกรมธรรม์ประกันสุขภาพเอกชนโดยทั่วไปแล้ว ผู้เอาประกันสามารถเข้าถึงและใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้จากสถานพยาบาลที่กำหนดโดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่มีข้อตกลงกับบริษัทประกันภัยนั้น ๆ จะยกเว้นเฉพาะกรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุซึ่งสามารถเข้ารับการ

รักษาที่ใดก็ได้ บริการทางสุขภาพโดยทั่วไปก็ครอบคลุมรายจ่ายในการรักษาพยาบาลเกือบทุกประเภท และผู้เอาประกันก็สามารถเลือกซื้อผลประโยชน์เพิ่มเติมได้อีกโดยเสียค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น รายจ่ายเหล่านี้รวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ายา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ค่าผ่าตัด ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก ค่าธรรมเนียมแพทย์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ จะสังเกตได้ว่าประเภทรายจ่ายนี้ครอบคลุมบางรายการที่ไม่อาจเบิกจ่ายได้จากกิจกรรมประกันสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้ในหลายกรณียังรวมบริการตรวจร่างกายประจำปีอีกด้วย

อย่างไรก็ดีระบบวิธีการเบิกจ่ายยังเป็นการเบิกจ่ายคืน (reimbursement) ซึ่งทำให้ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด รายการเบิกจ่ายคืนที่ปรากฏข้อมูลนั้นเป็นรายจ่ายสุทธิเนื่องจากไม่รวมรายจ่ายบางรายการที่ไม่อยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมของกรมธรรม์ รายจ่ายที่สูงกว่าเพดานพิกัดที่กำหนดในกรมธรรม์ การประกันภัยร่วม และส่วนลด อย่างไรก็ดี Mallikamas (1992) ประมาณว่าร้อยละ 12 ของกรมธรรม์ประกันสุขภาพประเภทบุคคลในกรมธรรม์ประกันชีวิตมีการเบิกจ่ายคืนเนื่องจากเจ็บป่วยในปี 2533 โดยมูลค่าเบิกจ่ายคืนเฉลี่ยต่อผู้เอาประกันตน 1 ราย เป็นประมาณ 900 บาท

3. โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

3.1 ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่มิถุนายน 2526 ในชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" โดยทำการทดลองในพื้นที่ 7 จังหวัดคือ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา รวมทั้งสิ้น 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในด้านการบริหารการเงิน และโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเองด้วยการจัดตั้งกองทุนขึ้นโดยประชาชนและองค์กรชุมชน โครงการบัตรสุขภาพนั้นจึงเป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุขศึกษา

การดำเนินงานขั้นทดลองในโครงการ "กองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" ในปี 2526 นั้น กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นการทดลองขั้นต้น ซึ่งต่อมาเรียกว่าเป็นระยะที่ 1 ของโครงการบัตรสุขภาพ

ในปี 2527 จัดว่าเป็นโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการ และใช้ชื่อว่า "โครงการบัตรสุขภาพ" โดยกำหนดเป้าหมายให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกจังหวัดๆ ละ 1 ตำบล และตั้งเป้าหมายว่าในปี 2528 จะให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกอำเภอๆ ละ 1 ตำบล

การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพได้ดำเนินการมาถึงระยะที่ 3 (2528-2530) โดยตั้งเป้าหมายให้ขยายไปครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอ และได้มีการปรับปรุงกลวิธีดำเนินงาน ตลอดจนรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับขอบเขตครอบคลุมการให้บริการ เงื่อนไข และราคาบัตรไปอีกบ้าง

ในระยะกลางปี 2529 และต่อจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพในระดับประเทศโดยวิธีการประชุมสัมมนาเป็นหลัก ผลจากการประชุมประเมินผลนั้นจึงเน้นให้จังหวัดขยายพื้นที่และปรับเปลี่ยนเงื่อนไขในการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพได้ตามความเหมาะสม

ของแต่ละจังหวัดรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับบัตรสุขภาพจึงเริ่มมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ทั้งในแง่การบริหารกองทุนบัตรสุขภาพ ชนิดของบัตรสุขภาพ ราคาบัตร สิทธิประโยชน์ของบัตร และวิธีการแบ่งสรรเงินกองทุน ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปรับนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานบัตรสุขภาพในระยะต่อมา โดยเน้นการขยายตัวตามสภาพความพร้อมและเน้นคุณภาพของการดำเนินงานโครงการมากกว่าเร่งรัดขยายพื้นที่ดำเนินการดังที่ปรากฏในระยะแรกๆก่อนหน้านี้

อย่างไรก็ตาม แผนพัฒนาสาธารณสุขระยะที่ 6 (2530-2534) ได้ปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนว่า "รัฐจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ" และนโยบายการพัฒนาสุขภาพอนามัยที่รัฐบาลแถลงต่อรัฐสภาเมื่อ 27 สิงหาคม 2529 ที่ได้ให้รายละเอียดว่า "กลวิธีที่จะนำไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คือบัตรสุขภาพ โดยรัฐจะขยายโครงการบัตรสุขภาพให้ครอบคลุมร้อยละ 70 ของหมู่บ้านในชนบท" รวมถึงนโยบายของรัฐบาลต่อมาที่แถลงในรัฐสภาเมื่อ 25 สิงหาคม 2531 เกี่ยวกับนโยบายสังคมโดยเฉพาะด้านสาธารณสุขว่าจะ "ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้เหมาะสม"

โครงการบัตรสุขภาพในระยะหลังจากปี 2530 เป็นต้นมาเริ่มชลอตัวลงโดยมิได้ขยายตัวในอัตราที่รวดเร็วมากเช่นที่ปรากฏก่อนหน้านั้น ได้เริ่มนำแนวความคิดเรื่องการเฉลี่ยความเสี่ยงและหลักการประกันสุขภาพเข้าไปผนวกกับวัตถุประสงค์เดิมของบัตรสุขภาพ มีการศึกษาเชิงทดลองในโครงการนำร่องที่จังหวัดเชียงใหม่ภายใต้การสนับสนุนขององค์การวิเทศกิจเยอรมัน (GTZ) (2527-2531) และเป็นโครงการนำร่องทดลองใน 4 จังหวัด (2532-2534) และเป็นโครงการทดลองบัตรสุขภาพไทย-เยอรมันในพื้นที่ 5 จังหวัด (2535-2536) ในเวลาต่อมาโดยเน้นการศึกษาทดลองเพื่อหารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม อย่างไรก็ดีแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงการเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจและเรียกบัตรว่าเป็น "บัตรประกันสุขภาพ" แต่ก็ยังเป็นที่เรียกขานและเข้าใจกันว่าเป็น "บัตรสุขภาพ" เหมือนเดิมจนถึงปัจจุบัน

3.2 หลักการและเหตุผล

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพที่ได้กำหนดไว้เมื่อเริ่มต้นโครงการในปี 2526 อาจพิจารณาเป็นวัตถุประสงค์สำคัญๆ 4 ประการ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ, 2528) กล่าวคือ

ก. การพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

ข. การปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้เป็นหน่วยสนับสนุนและให้บริการ

ค. การพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะในด้านการจัดสรรเงิน และพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่และหน่วยให้บริการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ง. การลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ป่วยด้วยอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ให้น้อยลง เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรส่วนนั้นไปใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

และด้วยวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการอันเป็นหลักการและเหตุผลแรกของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในปี 2526 นั้น จึงสะท้อนแนวความคิดพื้นฐานสำคัญคือ (สาธารณสุขปริทัศน์ (2), 2530) แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมีปรัชญาสำคัญอยู่ที่การให้ประชากรสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ ทั้งใน 2 ส่วนคือ (1) งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน เช่นงานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานสุขาภิบาลและน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็นและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ (2) งานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากสถานบริการ เช่น งานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ขณะเดียวกันการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขที่ให้ชุมชนมีบทบาทริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองสูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองบประมาณบางส่วนแก่สถาบริการ บทบาทของชุมชนดังกล่าวนี้ทั้งในแง่ของกรรมการ กำลังคนและกองทุนมาจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนนั่นเอง รวมตั้งแต่กิจกรรมพื้นฐานของชุมชนคือกองทุนยา กองทุนโภชนาการ ซึ่งเริ่มต้นว่างรากฐานดำเนินการแล้วก่อนหน้านั้น

ส่วนแนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั้นเป็นหลักการที่ว่าการรักษาพยาบาลน่าจะต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้านและมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด ดังนั้นในช่วงที่ 2 ของโครงการบัตรสุขภาพ (2527) เป็นต้นมา จึงได้ผนวกการจัดให้มีระบบกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วย กับระบบช่องทางด่วนขึ้นโดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องเริ่มรับบริการที่กองทุนยาในระดับหมู่บ้าน เมื่อเกินขีดความสามารถของกองทุนยาแล้ว จึงส่งผู้ป่วยต่อไปที่สถานีอนามัยในระดับตำบล เมื่อเกินขีดความสามารถของสถานีอนามัยแล้วจึงส่งผู้ป่วยต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ แล้วในที่สุดจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด และในระบบส่งต่อผู้ป่วยนี้สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป จึงเท่ากับเป็นการผนวกหลักการของการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพยังคงเป็นเช่นนั้นต่อมา โดยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพหลากหลายมากขึ้นเป็นลำดับจนถึงจุดเริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขระยะที่ 6 (2530-2534) ที่ได้เริ่มผนวกหลักการของการประกันภัย โดยการปรับแนวความคิดตามหลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพเดิมให้รวมหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาพยาบาล การให้มีหลักประกันยามเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร ซึ่งนับได้ว่าบัตรสุขภาพเริ่มแปรสภาพเข้าเป็นบัตรประกันสุขภาพตามหลักการของการประกันสุขภาพ ราคาบัตรสุขภาพเริ่มมีฐานะคล้ายเบี้ยประกันสุขภาพโดยที่การคำนวณราคาบัตรสุขภาพเริ่มคำนึงถึงให้สะท้อนต้นทุนและค่าใช้จ่ายตามค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน ขนาดของกองทุนคือจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพในกองทุนหนึ่ง ๆ เริ่มมีบทบาทมากขึ้นเพราะมีผลกระทบต่อการกระจายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตามแนวความคิดของการประกันภัย จนถึงกับมีความพยายามศึกษาและประมาณขนาดของกองทุน

ที่เหมาะสมและเชื่อกันว่าน่าจะเป็นกองทุนในระดับอำเภอขนาดใหญ่หรือในระดับจังหวัดขึ้นไปดังที่ปรากฏในผลการประชุมสัมมนาหลายครั้งในระยะปี 2530-2531 และต่อ ๆ มา รวมไปถึงการเริ่มพิจารณารอบคอบมากขึ้นกับการจัดหาผลประโยชน์และการลงทุนจากเงินทุนของกองทุนให้ได้รับประโยชน์มากขึ้น จนที่สุดได้เปลี่ยนชื่อบัตรสุขภาพไปเป็นบัตรประกันสุขภาพ

โดยสรุปแล้ว หลักการและเหตุผลเดิมของโครงการบัตรสุขภาพนั้นมิได้ก่อตั้งและไม่มีแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามหลักการประกันภัยเลย วิวัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพในระยะต่อ ๆ มาได้ผนวกหลักการและเหตุผลอีกบางอย่างเข้าไว้ในโครงการบัตรสุขภาพด้วย และในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เห็นว่าโครงการบัตรสุขภาพอาจจะพัฒนาเข้าหาหลักการประกันภัยและจัดให้เป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้ (ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2532)

3.3 วิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ของโครงการบัตรสุขภาพ

วิวัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ของการดำเนินงานในโครงการบัตรสุขภาพ ตามหลักการเหตุผลและวัตถุประสงค์ที่ปรับขยายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในระยะตั้งแต่ปี 2526 เป็นต้นมา โดยย่อแล้วอาจจัดช่วงระยะที่แสดงวิวัฒนาการได้เป็น 4 ระยะคือ (1) ปี 2526 (2) ปี 2527-2529 (3) ปี 2530-2534 และ (4) ปี 2535 ถึงปัจจุบัน กล่าวคือ

(1) ในระยะปี 2526

พื้นที่ดำเนินการเริ่มใน 18 หมู่บ้านใน 7 จังหวัดคือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา ขอบข่ายครอบคลุมประชากรเป็นจำนวนคนและครอบครัวเท่าใดนั้นไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน

กองทุนที่ดำเนินการเป็นกองทุนในระดับหมู่บ้าน บัตรสุขภาพราคา 200 บาท สำหรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และบริการอนามัยแม่และเด็ก ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และมีบัตรเฉพาะการรักษาพยาบาลราคา 100 บาท กับบัตรบริการอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาท

(2) ในระยะปี 2527-2529

หลังจากที่การดำเนินงานปีแรกประสบความสำเร็จด้วยดี ในระยะที่ 2 นี้จึงได้ผนวกหลักการและวัตถุประสงค์อื่น ๆ เข้าไว้ในการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพด้วยอีกหลายประการ พร้อมกับคำสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขให้เร่งรัดการขยายพื้นที่ดำเนินการของโครงการบัตรสุขภาพอย่างเร็วมาก

พื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน กับมีโครงการทดลองเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่โดยการสนับสนุนของ GTZ ซึ่งครอบคลุม 4 อำเภอ 6 ตำบล รวม 33 หมู่บ้าน ในปี 2527 และขยายไปครอบคลุมทั้งจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2528 การดำเนินงานโดยรวมได้ครอบคลุมประมาณร้อยละ 55 ของครัวเรือนทั้งประเทศ และประมาณร้อยละ 34 ของประชากรทั้งประเทศ

กองทุนดำเนินการบัตรสุขภาพยังคงเป็นระดับหมู่บ้าน บัตรสุขภาพปรับเปลี่ยนเป็น 2 ชนิด คือบัตรครอบครัวราคา 200 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาท โดยเฉพาะบัตรครอบครัวนั้น

เปิดให้ครอบคลุมสมาชิกทุกคนในครัวเรือน (บางกองทุนกำหนดจำนวนสมาชิกครัวเรือนขั้นสูงไว้ด้วย) และเริ่มกำหนดเงื่อนไขในการใช้บัตรสุขภาพว่าใช้รับบริการได้ไม่เกิน 8 ครั้งต่อปี และกำหนดวงเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง โดยครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินและครั้งที่เกินกว่าที่กำหนดโดยได้รับส่วนลดบ้าง หลักการเรื่องการแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายสะท้อนได้จากการเริ่มต้นพิจารณาสัดส่วนของเงินกองทุน ซึ่งสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเรียกเก็บจากกองทุนบัตรสุขภาพแต่ละกองทุน ส่วนแบ่งนี้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง โดยให้แบ่งสรรให้สถานบริการร้อยละ 75 (คือสถานีอนามัยร้อยละ 15 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 30 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 30 ซึ่งสัดส่วนนี้สะท้อนปริมาณการใช้บริการระบบส่งต่อผู้ป่วย และความรุนแรงของอาการป่วยกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล) แบ่งสรรให้เจ้าหน้าที่ของสถานบริการร้อยละ 10 และจัดเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนร้อยละ 15

อย่างไรก็ดีในช่วงปลายของระยะที่ 2 นี้ได้เริ่มมีการพิจารณามากขึ้นถึงประเด็นของความคุ้มทุนที่สถานบริการได้รับจากกองทุนบัตรสุขภาพเมื่อเทียบกับรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อบัตรสุขภาพได้เปลี่ยนจุดเน้นจากการอนามัยแม่และเด็กไปเป็นจุดเน้นที่การรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยโดยทั่วไป จึงมีการเปลี่ยนแปลงราคาบัตรเป็น 300 บาทในที่สุด และมีการให้แรงจูงใจแก่สมาชิกบัตรที่ไม่เคยเจ็บป่วยและไม่ได้ใช้บริการเลยในรอบปีให้สามารถต่ออายุบัตรได้อีก 1 ปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้ต่ออายุบัตรได้ไม่เกิน 2 ครั้งหรือ 2 ปี

(3) ในระยะปี 2530-2534

หลังจากที่ได้เริ่มนำแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเข้ามาใช้ในโครงการบัตรสุขภาพด้วยแล้ว ขอบข่ายครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพได้ขยายไปครอบคลุมทุกจังหวัดและทุกอำเภอ อำเภอละ 8 ตำบล และตำบลละ 3 หมู่บ้าน แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงในแนวนโยบายการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะของผู้บริหารที่มีต่อหลักการและการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพว่าน่าจะปรับให้ค่อยเป็นค่อยไปตามระดับความพร้อมและความต้องการของแต่ละพื้นที่ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และวรรณา จารุสมบูรณ์, 2536) ทำให้ขอบข่ายครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพลดลงเหลือเพียงประมาณร้อยละ 36 ของครัวเรือนทั้งหมดเท่านั้น

โดยทั่วไปก็ยังเป็นกองทุนบัตรสุขภาพในระดับหมู่บ้าน แต่เริ่มมีการดำเนินงานกองทุนบัตรสุขภาพในระดับอำเภอและตำบลบ้างบางแห่ง บัตรสุขภาพมี 3 ชนิด นอกจากบัตรครอบครัวราคา 300 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาทแล้ว ยังเพิ่มบัตรบุคคลราคา 200 บาท (สำหรับบุคคลคนเดียว) และได้ปรับลดจำนวนครั้งที่อาจรับบริการได้สูงสุดลงเหลือเพียง 6 ครั้ง

จากการที่เริ่มคิดถึงความคุ้มทุนของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ปรากฏว่าสถานพยาบาลโดยรวมต้องจ่ายเงินอุดหนุนในอัตราประมาณ 337 บาทต่อบัตร โดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงมากต่อราย

(4) ในระยะปี 2535-ปัจจุบัน

ประมาณว่าในระยะปัจจุบันบัตรประกันสุขภาพครอบคลุมประมาณร้อยละ 21 ของครัวเรือนทั้งหมด และประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น โดยที่กองทุนได้ปรับขยายขึ้นเป็นกองทุนระดับอำเภอ และเป็นกองทุนระดับจังหวัด 1 กองทุน ทั้งนี้สะท้อนมาจากแนวความคิดเรื่องกำไร-ขาดทุนของกองทุนเป็นสำคัญ

บัตรประกันสุขภาพปรับเพิ่มขึ้นเป็นราคา 500 บาทสำหรับบัตรครอบครัว โดยที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งวงเงินอุดหนุนให้อีกบัตรละ 500 บาทเพื่อให้สถานบริการเข้าสู่จุดคุ้มทุน แต่ในราคาบัตรละ 500 บาทนี้รวมถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้วย และไม่จำกัดเงื่อนไขของการรับบริการ

ส่วนแบ่งของเงินกองทุนก็ได้เปลี่ยนไปเป็นว่าสถานบริการได้รับส่วนแบ่งเป็นร้อยละ 80 ของราคาบัตรที่ขายได้ และร้อยละ 20 ของราคาบัตรที่ขายได้เป็นส่วนแบ่งสำหรับแรงจูงใจในการขาย หรืออีกประการหนึ่งคือค่าการตลาดของการขายบัตรประกันสุขภาพ

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่าการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพที่ได้มีวิวัฒนาการมานั้น น่าจะมีระดับขอบข่ายครอบคลุมกว้างขวางมากที่สุดในระยะประมาณปี 2530-2531 และหดตัวลงหลังจากนั้น ปรากฏข้อมูลแสดงการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพในระยะปี 2530-2531 ดังแสดงในตาราง 3.1

ปรากฏการณ์ของการขยายตัวของโครงการบัตรสุขภาพในแง่ของขอบข่ายครอบคลุมทั้งพื้นที่และจำนวนประชากรซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วมากในระยะก่อนปี 2530 นั้น พีระ ตันติเศรณี (2531) สรุปว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่อนข้างมาก แต่ก็ได้ชี้ถึงความหลากหลายในรูปแบบและวิธีปฏิบัติในโครงการบัตรสุขภาพซึ่งพบอยู่มากเช่นกัน และจากการสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพในปี 2531 (เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ, 2533) ได้ชี้ชัดว่าหากข้อมูลก่อนปี 2530 นั้นถูกต้องแล้ว ก็แสดงว่าการดำเนินงานบัตรสุขภาพเริ่มหดตัวลงอย่างชัดเจนหลังจากนั้น เพราะเมื่อปลายปี 2531 คงมีเพียงประมาณร้อยละ 83 ของอำเภอทั้งหมดที่เคยดำเนินโครงการบัตรสุขภาพเท่านั้นที่ยังคงดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพอยู่ อัตราการดำเนินงานต่อเนื่องนี้มีอยู่เพียงร้อยละ 68 ในระดับตำบลและประมาณร้อยละ 57 ในระดับหมู่บ้านเท่านั้น ส่วนกองทุนที่เคยเปิดดำเนินการบัตรสุขภาพมานับแต่ปี 2526 ยังคงดำเนินการอยู่ในปลายปี 2531 เพียงร้อยละ 57 โดยประมาณเท่านั้น แม้ว่ากองทุนบัตรสุขภาพนั้นจะยังคงมีอยู่ในทุกจังหวัดก็ตาม จะมีอยู่บ้างไม่กี่รายที่มีการรวมตัวของกองทุนระดับหมู่บ้านขึ้นเป็นกองทุนระดับตำบลซึ่งยังคงอยู่ในระยะทดลอง

ตาราง 3.1 สรุปสถานภาพการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพ 2530 และ 2531

	2530*	2531**
1. พื้นที่ดำเนินการบัตรสุขภาพ		
— หมู่บ้าน (58,439)	19,030	12,287
— ตำบล (6,405)	4,474	3,195
— อำเภอ (714)	687	581
— จังหวัด (72)	72	72
2. จำนวนสมาชิกบัตร	2,687,022	2,107,838
3. อัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพ (%)		
— ประชากร	5.7	4.49
— หมู่บ้าน	32.6	20.28
ตำบล	69.8	48.18
— อำเภอ	96.2	79.70
— จังหวัด	100.0	100.00
4. ค่าเฉลี่ยของพื้นที่ครอบคลุมในโครงการบัตรสุขภาพ		
— จำนวนหมู่บ้านที่มีโครงการต่อ 1 ตำบล (หมู่บ้าน)	4	1.8
— จำนวนสมาชิกบัตรต่อ 1 หมู่บ้านที่มีโครงการ (คน)	141	171.5
— จำนวนเงินค่าบัตรต่อ 1 หมู่บ้านที่มีโครงการ (บาท)	9,615	9,749.5
— จำนวนเงินค่าบัตรต่อ 1 ตำบลที่มีโครงการ (บาท)	40,899	37,168.1
5. จำนวนบัตรสุขภาพ		
— บัตรครอบครัว (300 บาท)	552,806	407,276
— บัตรบุคคล (200 บาท)	66,606	22,141
— บัตรอนามัยแม่และเด็ก (100 บาท)	38,222	28,801
6. จำนวนเงินค่าบัตรสุขภาพรวม (บาท)	182,985,200	119,752,262

ที่มา : ** พีระ ตันติเศรณี 2531 หน้า 93 และศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ*
*** เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ 2533 หน้า 33-37*

การเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในสัมฤทธิผลของโครงการบัตรสุขภาพคงจะอยู่ในระยะปี 2530-2531 นี้เอง ซึ่งสมมติฐานนี้น่าจะเป็นจริงเพราะในระยะนั้นมีการประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวความคิดเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพค่อนข้างมาก นับตั้งแต่การประชุมปฏิบัติการเรื่องการประเมินผลและ

การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพเมื่อ 23-25 เมษายน 2529 (ที่โรงแรมเอเชียพัทยา ชลบุรี) การประชุมปฏิบัติการเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทยเมื่อ 10-12 มิถุนายน 2529 (ที่โรงแรมแกรนด์พาเลซ พัทยา) การประชุมปฏิบัติการเรื่องโครงการบัตรสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อ 6-8 สิงหาคม 2529 (ที่โรงแรมเอเชียพัทยา ชลบุรี) การประชุมผู้บริหารระดับสูงเรื่องแนวทางการพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย เมื่อ 22-23 ธันวาคม 2531 (ที่โรงแรมเวลคัมพลาซ่า พัทยา) โดยเฉพาะในครั้งสุดท้ายที่อ้างถึงนี้ได้พิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการวิชาการโครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทยด้วย จากข้อเสนอนั้นได้ทบทวนและแนะนำ 6 ประการเกี่ยวกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพ วิธีการบริหารโครงการบัตรสุขภาพโดยการกระจายอำนาจ นโยบายเกี่ยวกับราคาบัตรสุขภาพ เงื่อนไขและองค์ประกอบของกองทุนบัตรสุขภาพ การเงินของกองทุนบัตรสุขภาพ และการปรับปรุงคุณภาพของบริการสาธารณสุข ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เกี่ยวกับ 6 ประเด็นข้างต้นส่วนสำคัญที่สุดได้รับอิทธิพลจากแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งพิจารณากันว่าโครงการบัตรสุขภาพมีศักยภาพและความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาไปเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจภายใต้ระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจของผู้สนับสนุนคือกระทรวงสาธารณสุขเอง ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และประชาชนผู้ซื้อบัตรสุขภาพจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุดที่จะต้องหันไปหาหลักการของการประกันภัยมากขึ้น กับประเด็นที่สรุปกันว่าเป็นส่วนที่วิกฤติที่สุดน่าจะอยู่ที่การบริหารจัดการกองทุน ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากเหตุที่เป็นกองทุนระดับหมู่บ้านจึงมีขนาดเล็ก จึงชี้ไปว่าน่าจะรวมพัฒนาเป็นกองทุนขนาดใหญ่ขึ้นในระดับอำเภอหรือจังหวัด และอีกส่วนหนึ่งน่าจะมาจากความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการโดยตรงรวมตั้งแต่การตลาดและการขายบัตรสุขภาพ การจัดการกองทุนให้ได้ผลประโยชน์ตอบแทนสูงโดยไม่เสี่ยงภัยต่อการขาดทุนจนเกินไป และการให้มีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ปรากฏนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับอนาคตของโครงการบัตรสุขภาพ และแม้แต่เจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัดและอำเภอของกระทรวงสาธารณสุขเองประมาณร้อยละ 15 ก็เห็นว่าควรยุติโครงการบัตรสุขภาพ และประมาณร้อยละ 60 เห็นว่าต้องปรับปรุงแก้ไขแนวทางและวิธีปฏิบัติอีกหลายประการในโครงการบัตรสุขภาพ (เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ, 2533) สะท้อนให้เห็นว่ายังไม่มีความคิดที่เป็นเอกภาพนักในแง่ของอนาคตของโครงการบัตรสุขภาพในปี 2531

นอกจากนั้น กระบวนการกำหนดนโยบายและกลวิธีดำเนินนโยบายของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขก็น่าจะมีผลโดยตรงต่อการหดตัวในการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพอยู่ไม่น้อย นับตั้งแต่แนวความคิดเรื่องการสงเคราะห์ประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่สะท้อนได้จากกลวิธีของการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ก็มีผลให้ประชาชนในชนบทมีอุปสรรคต่อบัตรสุขภาพลดลง รวมถึงนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุขเอง (นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ 2530-2531 ; นายแพทย์สมศักดิ์ วรคามิน 2531-2533 ; นายแพทย์อุทัย สุดสุข 2533-2535 และนายแพทย์ไพจิตร ประยุตร 2535-ปัจจุบัน) แสดงจุดเน้นที่แตกต่างหลากหลายออกไปมาก และให้ความสำคัญกับโครงการบัตรสุขภาพไม่มากนักโดยเปรียบเทียบหรือเน้นที่การเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพมากกว่าการกำหนดให้ลำดับความสำคัญสูง. (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และ วรรณา จารุสมบูรณ์, 2536)

3.4 สถานภาพปัจจุบันของโครงการบัตรสุขภาพ

สถานภาพปัจจุบันจากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2536) สรุปแสดงได้ใน ตาราง 3.2 ในส่วนของปี 2534 นั้นแสดงการหดตัวลงอย่างมากเมื่อเทียบกับการดำเนินงานในปี 2530-2531 ที่สรุปแสดงไว้ในตาราง 3.1 โดยเฉพาะในแง่ของจำนวนบัตรสุขภาพซึ่งลดลงไปกว่าครึ่งหนึ่ง และในแง่ของจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพลดลงจาก 2.68 ล้านคนในปี 2530 เหลือเพียง 1.4 ล้านคนเศษในปี 2534 จำนวนเงินค่าบัตรสุขภาพก็ลดลงมากเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ดีในแง่ของพื้นที่ครอบคลุมไม่ว่าจะเป็นในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ หรือจังหวัดนั้นข้อมูลของปี 2535 แสดงจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าในปี 2534 รวมทั้งจำนวนกองทุนบัตรสุขภาพซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 7,243 กองทุนในปี 2534 เป็น 7,535 กองทุนในปี 2535

รายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุถึงปัญหาสำคัญ ๆ ของโครงการบัตรสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนระดับหมู่บ้าน และอัตราการคืนทุนแก่สถานบริการซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ จึงได้เกิดความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบของการจัดประกันสุขภาพโดยสมัครใจขึ้นใหม่เป็น 2 ส่วนกล่าวคือ

(1) โครงการบัตรสุขภาพโดยความร่วมมือไทย-เยอรมัน (GTZ) โครงการนี้เป็นการทดลองใน 5 จังหวัด คือ เชียงใหม่ มหาสารคาม ลำปาง ระยอง และสุราษฎร์ธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการประกันสุขภาพโดยสมัครใจในเขตชนบทให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นโดยจัดกองทุนบัตรสุขภาพใหม่ในระดับอำเภอหรือจังหวัดแทนกองทุนบัตรสุขภาพในระดับหมู่บ้านเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารกองทุนและเพิ่มฐานสมาชิกบัตรเพื่อการอยู่รอดของกองทุน มีการยกเลิกเงื่อนไขของบัตรสุขภาพหลายประการโดยเฉพาะข้อจำกัดพิกัดจำนวนครั้งและจำนวนวงเงินต่อครั้งของการใช้บริการ และเพิ่มสิ่งจูงใจในการขายบัตรสุขภาพด้วย ประมาณว่าปัจจุบันครอบคลุมประชากรประมาณ 80,000 คน มีกองทุนระดับอำเภอ 10 กองทุนและระดับจังหวัด 1 กองทุน มีเงินหมุนเวียนจากการขายบัตรประมาณ 5.5 ล้านบาท หรือเฉลี่ย 500,000 บาทต่อกองทุน ซึ่งโครงการนี้เป็นโครงการ 2 ปีระหว่างตุลาคม 2534 - กันยายน 2536

(2) โครงการบัตรสุขภาพโดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับทบวงมหาวิทยาลัย โดยจะเริ่มในปีงบประมาณ 2536 เพื่อขยายผลโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจด้วยการทดลองในอีก 5 จังหวัดคือ ราชบุรี นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ ภูเก็ต และสกลนคร ทั้งนี้จะมุ่งทดลองขยายเพิ่มเติมจากโครงการของ GTZ ในแง่ของเขตเมืองและกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย ทดลองการจ่ายค่าชดเชยแบบเหมาจ่าย (capitation) รวมทั้งความเป็นไปได้ในการให้ภาคเอกชนเข้าร่วมการให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งขณะนี้โครงการยังมิได้เริ่มดำเนินการในทางปฏิบัติ

ข้อที่น่าสนใจยิ่งจากรายงานการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536) ซึ่งเป็นรายงานของการดำเนินงานระยะที่ 2 (2534 ถึงปัจจุบัน) ต่อเนื่องจากระยะที่ 1 ซึ่งได้ยุติไปแล้วก่อนหน้านั้นตั้งแต่ปี 2531 โครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน ได้รับการสนับสนุนจากองค์การวิเทศกิจของรัฐบาลเยอรมันเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และขณะเดียวกันเพิ่มสัดส่วนการคืนทุนสำหรับสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ก็ยังคงมีรากฐานต่อเนื่องมาจากโครงการบัตรสุขภาพเดิม โดยการทดลองใน 5 จังหวัด ปรากฏอัตราการครอบคลุมในพื้นที่ดำเนินการประมาณร้อยละ 8.13 ในปี 2535 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.53 ในปีปัจจุบัน

ตาราง 3.2 สรุปสถานภาพการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพในปัจจุบัน

	2534	2535
1. พื้นที่ดำเนินการบัตรสุขภาพ		
— หมู่บ้าน	7,750	22,514
— ตำบล	1,947	2,084
— อำเภอ	437	446
— จังหวัด	55	68
2. จำนวนสมาชิกบัตร	1,403,948	1,319,750
3. อัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพ (%)		
— ประชากร	2.7	2.6
— หมู่บ้าน	12.2	35.6
— ตำบล	28.3	30.2
— อำเภอ	57.6	58.8
— จังหวัด	76.4	94.4
4. จำนวนบัตรสุขภาพ		
— บัตรครอบครัว	267,484	260,135
— บัตรบุคคล	7,126	6,602
— บัตรอนามัยแม่และเด็ก	23,461	19,163
5. จำนวนกองทุนบัตรสุขภาพ	7,243	7,535
6. จำนวนครัวเรือนสมาชิกบัตรสุขภาพ	302,530	287,723
7. จำนวนเงินค่าบัตรสุขภาพ (รวม) (บาท)	84,016,500	81,277,200

ที่มา : *สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพปี 2535 หน้า 24*

ตาราง 3.3 จำนวนประชากรและอัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพในพื้นที่ทดลอง 5 จังหวัด 2535

จังหวัด	จำนวนประชากรในพื้นที่	จำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพ	จำนวนประชากรที่ได้รับสวัสดิการสุขภาพอื่น ๆ
เชียงใหม่	194,430	12,106 (6.23)	84,653 (43.54)
ลำปาง (ครอบครัว)	86,443	3,863 (4.47)	38,961 (45.07)
(บุคคล)	192,452	5,762 (2.99)	100,372 (52.15)
มหาสารคาม	103,617	25,699 (24.80)	55,615 (53.68)
ระยอง	102,818	10,092 (9.82)	28,063 (27.29)
สุราษฎร์ธานี	141,117	9,191 (6.51)	85,100 (60.31)
รวม	820,877	66,713 (8.13)	392,764 (47.85)

หมายเหตุ : *ข้อมูลในวงเล็บแสดงอัตราการครอบคลุมเป็นร้อยละ*

ที่มา : *อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536 หน้า 3*

โครงการบัตรสุขภาพใหม่ตามแนวทางการประกันสุขภาพโดยสมัครใจนี้ได้ปรับเปลี่ยนรายละเอียดและเงื่อนไขของบัตรสุขภาพไปจากเดิมพอสมควร โดยมีรากฐานสำคัญจากการศึกษาความต้องการประกันสุขภาพโดยสมัครใจในชนบทของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และศุภจิต มโนพิโมกษ์ (1991) กล่าวคือบัตรสุขภาพมีเพียง 2 ชนิดคือบัตรครอบครัวและบัตรบุคคล บัตรครอบครัวราคา 300-1,000 บาท ส่วนบัตรบุคคลเป็นเพียงทางเลือก (option) โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณอุดหนุนส่วนหนึ่งในปีงบประมาณ 2536 และตั้งเป็นงบประมาณอุดหนุนเฉพาะบัตรสุขภาพแบบครอบครัวบัตรละ 500 บาทในปีงบประมาณ 2537 บัตรสุขภาพใหม่นี้ไม่จำกัดจำนวนครั้งและไม่จำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง และระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นมากขึ้นโดยไม่ต้องเริ่มต้นจากสถานบริการระดับล่างสุด (คือสถานีอนามัย) แต่ให้สมาชิกบัตรเลือกจุดเริ่มต้นได้ที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน การดำเนินงานกองทุนบัตรสุขภาพได้ยึดหลักความพร้อมในระดับอำเภอ แทนการยึดความพร้อมในระดับชุมชนหรือหมู่บ้านเหมือนเดิม กองทุนบัตรสุขภาพรับผิดชอบโดย คปสอ. (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ) แทนองค์กรชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน ส่วนการแบ่งสรรเงินกองทุนบัตรสุขภาพนั้นกำหนดใหม่เป็นค่าบริหารจัดการ (รวมส่วนแบ่งค่าขายบัตร) ไม่เกินร้อยละ 20 และส่งให้สถานพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 การดำเนินงานได้มุ่งเน้นกลยุทธทางการตลาด (ค่อนข้างจะสมัยใหม่) ในการขยายจำนวนสมาชิก และเน้นความต้องการของสมาชิกอย่างต่อเนื่อง (ศุภจิต มโนพิโมกษ์, 2536)

3.5 คุณลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของสมาชิกบัตรสุขภาพ

ด้วยความจำกัดมากของข้อมูลทุติยภูมิและผลการศึกษาวิจัยในอดีตเกี่ยวกับคุณลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของสมาชิกบัตรสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถอภิปรายคุณลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ได้ชัดเจน แต่ถ้าจะพิจารณาจากเป้าหมายของโครงการบัตรสุขภาพในระยะแรก ๆ ที่เน้นเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว จะเห็นว่าเป้าหมายหลัก ๆ คือกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างด้อย โดยเฉพาะในภาคชนบทและไม่อยู่ในข่ายครอบคลุมของสวัสดิการหรือหลักประกันด้านสุขภาพประเภทอื่น ๆ อย่างไรก็ดีเป้าหมายของโครงการบัตรสุขภาพในระยะต่อ ๆ มาเมื่อเริ่มคำนึงถึงความคุ้มทุนของการให้บริการรักษาพยาบาลมากขึ้นนั้น บัตรสุขภาพจึงเน้นเป้าหมายที่กลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เลวนัก เพราะเหตุว่ากลุ่มประชากรที่ยากจนหรือค่อนข้างยากจนไม่น่าจะช่วยตัวเองได้โดยการซื้อบัตรสุขภาพและก็น่าจะอยู่ในข่ายของการรับสวัสดิการแบบให้เปล่าของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) อยู่แล้ว

จากการศึกษาของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2529) อำพน ศิริบุญมา (2529) และพีระ ตันติเศรณี (2529) พบว่าเงื่อนไขทางฐานะเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเป็นเจ้าของบัตรสุขภาพ ประชาชนที่สามารถมีบัตรสุขภาพประเภทต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2529) เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2529) และสมมาตร พรหมภักดี (2529) ซึ่งทำการศึกษาในระดับจังหวัด ได้แก่ ราชบุรี อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีจังหวัดอุบลราชธานีนั้น ฐานะของผู้ที่ยากจนยิ่งแย่ลงไปอีกเนื่องจากมีการควบคุมจำนวนบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ทำให้ผู้ที่ไม่มีเงินพอที่จะซื้อบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่ก็จะไม่มีบัตร สปน.ด้วย

การเพิ่มราคาบัตรสุขภาพจากบัตรครอบครัว 200 บาท เป็น 300 บาทในช่วงโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 แม้ว่าจะส่งผลให้การเพิ่มสัดส่วนเงินชดเชยค่าบริการสูงขึ้น แต่ก็มีผลให้จำนวนผู้ถือบัตรสุขภาพลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนการถือบัตรในกลุ่มผู้มีฐานะยากจน (พีระ ตันติเศรณี, 2529) หรือเช่นกรณีของโครงการบัตรสุขภาพอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขโดยขึ้นราคาบัตรเป็น 300 บาท ใช้บริการได้ไม่เกิน 6 ครั้ง และกำหนดอายุบัตรเพียง 1 ปี ทำให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่พอใจและจำนวนผู้ถือบัตรสุขภาพได้ลดลงในเวลาต่อมา (ประเสริฐ พันธชาติ, 2531) ทั้งนี้แม้ว่าในความเป็นจริงแล้วเงื่อนไขอื่น ๆ เช่น คุณภาพของบริการ ก็อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจเป็นเจ้าของบัตรสุขภาพได้เช่นกันก็ตาม

อีกประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากเป็นหลักการสำคัญในระยะแรก ๆ ของโครงการบัตรสุขภาพนั้น ปรากฏว่าบัตรสุขภาพประเภทบัตรอนามัยแม่และเด็กขายได้ในปริมาณพอสมควร โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีมีครรภ์ แต่ต่อ ๆ มาอาจเป็นผลของการปรับเปลี่ยนในนโยบายของโครงการบัตรสุขภาพเองก็ดี หรืออาจเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางประชากรของประเทศโดยรวมด้วยก็ดี บัตรอนามัยแม่และเด็กขายได้ลดลงอย่างมาก เช่นในปี 2531 จากการสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพของเทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ (2533) พบว่า แต่ละกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมด 9,582 กองทุนซึ่งมีสมาชิกเฉลี่ย

กองทุนละ 194 คนนั้น มีสมาชิกบัตรอนามัยแม่และเด็กเพียง 2.88 คน* ประมาณร้อยละ 44 ของกองทุนทั้งหมดไม่มีสมาชิกบัตรอนามัยแม่และเด็กเลย และประมาณร้อยละ 50 ของกองทุนทั้งหมดมีสมาชิกบัตรอนามัยแม่และเด็กไม่เกิน 10 คน

อย่างไรก็ดี ได้เคยมีการตั้งข้อสังเกตไว้เช่นกันว่ากรณีบัตรบุคคลของโครงการบัตรสุขภาพนั้นอาจสะท้อนถึงการเปิดโอกาสให้มี adverse effect จาก selection bias เกิดขึ้นคือ บุคคลที่จะเลือกซื้อบัตรประเภทนี้อาจเป็นผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมาก่อนและรู้ว่าจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ผ่าน ๆ มาก็ไม่ปรากฏคุณลักษณะของผู้ซื้อบัตรบุคคลทำนองนี้ชัดเจนนัก ยกเว้นแต่ในกรณีจังหวัดลำปางซึ่งอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2536) ชี้ว่าบัตรบุคคลมีอัตราการใช้บริการสูงกว่าบัตรครอบครัวถึง 2-3 เท่าซึ่งบ่งชี้คุณลักษณะของผู้ถือบัตรดังกล่าว แต่ทั้งนี้ทัศนะทางการแพทย์ก็คิดว่าไม่น่าจะเสียหายเพราะรัฐคงต้องให้บริการรักษาพยาบาลแก่บุคคลเหล่านี้อยู่ดี

ดังนั้น โดยสรุปแล้วแม้ว่าอุปสงค์ต่อบัตรสุขภาพจะมีความยืดหยุ่นต่อราคาบัตรอยู่บ้าง แต่ผู้ซื้อบัตรสุขภาพก็ยังคงจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจพอสมควรที่จะจัดซื้อบัตรสุขภาพได้โดยเฉพาะในชนบท และโดยทั่วไปแล้วเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ด้านการประกันสุขภาพอื่น ๆ แต่ในกลุ่มเป้าหมายนี้ การตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพจะยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ อีกหลายประการนอกเหนือจากราคาบัตรเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขต่าง ๆ ของการใช้บัตรสุขภาพ เช่นการได้ประโยชน์จากเงินกองทุนบัตรสุขภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ความเข้าใจในหลักการประกันสุขภาพ ซึ่งอาจต้องใช้กระบวนการการตลาดทางสังคม (social marketing) เช่นเดียวกับที่ได้เป็นข้อสรุปจากโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ และนำมาเป็นมาตรการสำคัญในโครงการบัตรสุขภาพใหม่ในการทดลองใน 5 จังหวัดของ GTZ ในปัจจุบัน

ส่วนคุณลักษณะของกลุ่มประชากรในเขตเมืองนั้นยังอาจจัดเป็นข้อสรุปได้ยากมาก เนื่องจากมีการทดลองหรือจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพในเขตเมืองเพียงไม่กี่แห่งในเวลาที่ผ่านมา และส่วนใหญ่เป็นกองทุนในเขตชุมชนแออัด ในกลุ่มประชากรที่มีฐานะเศรษฐกินค่อนข้างด้อยโดยเปรียบเทียบ และกองทุนบัตรสุขภาพในเขตเมืองไม่ได้ประสบผลสำเร็จดีเท่าใดนักด้วยเหตุผลหลายประการด้วยกัน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และประสิทธิ์ ลีระพันธ์, 2531)

---

* จำนวนบัตรอนามัยแม่และเด็ก เฉลี่ยต่อกองทุนลดลงจาก 4.88 บัตรในปี 2527-2528 เป็น 3.77 บัตรในปี 2528-2529 3.69 บัตรในปี 2529-2530 และเป็น 2.88 บัตรในปี 2531 แต่ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2534 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 3.23 บัตรต่อกองทุน และในปี 2535 กลับลดลงเป็น 2.54 บัตรต่อกองทุน

3.6 ประโยชน์แก่ผู้บริโภค การเข้าถึงและการใช้บริการ

(1) ประโยชน์แก่ผู้บริโภค

โดยพื้นฐานของโครงการบัตรสุขภาพแล้ว นอกเหนือจากการได้รับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดในบัตรสุขภาพแต่ละกรณีที่ได้กล่าวไว้แล้วในตอนต้น ประโยชน์ทางสังคมแก่ผู้บริโภคเองที่ปรากฏชัดคือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับบริการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะปรับเปลี่ยนจากการรักษาตนเอง งานวิจัยแรกของ Chaisak Permpoonwatasuk (1985) ศึกษาในเขตตำบลหนองโพ ราชบุรี พบว่า การบริโภคยาของประชาชนได้เปลี่ยนแปลงไปจากการซื้อยาจากร้านขายยาทั่ว ๆ ไป หันมาหากองทุนยาที่ตั้งอยู่ภายในหมู่บ้านมากขึ้น เพราะกองทุนยาเริ่มมีความพร้อมมากขึ้นจากการดำเนินงานบัตรสุขภาพ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโครงการบัตรสุขภาพเองที่กำหนดให้สมาชิกบัตรสุขภาพต้องเริ่มต้นรับบริการจากกองทุนยาก่อนอื่น การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยตำบลหนองโพก็เพิ่มขึ้นด้วย การศึกษานี้ก็สอดคล้องกับที่อรชร ศาสตราวาหะ (2528) ศึกษากรณีของจังหวัดร้อยเอ็ดว่าเมื่อมีโครงการบัตรสุขภาพแล้วประชาชนได้หันไปใช้บริการจากสถานบริการต่าง ๆ ในโครงการบัตรสุขภาพเพิ่มขึ้นถึง 1 เท่าตัว โดยเฉพาะบริการอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่ก่อนคลอด ในการคลอด และหลังคลอด ซึ่งประโยชน์ทางสังคมในแง่นี้นอกจากจะเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่หนักหนาและซับซ้อนมากขึ้น และลดอัตราการสูญเสียจากการตั้งครรภ์กับอัตราการเจ็บป่วยและตายของทารกแล้ว ยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในระยะยาวด้วย อย่างไรก็ดีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ก็มิได้ปรากฏชัดเจนในทุกกรณีไป เช่นการศึกษาของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ในพื้นที่ราชบุรี อุบลราชธานีและนครศรีธรรมราชกับการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด (2527) ยังคงพบว่าสัดส่วนของการใช้บริการนอกระบบยังคงสูงอยู่มากไม่ว่าจะเป็นการซื้อยาตามร้านค้าทั่วไปในหมู่บ้าน หรือการรักษาตามคลินิกเอกชน ซึ่งสะท้อนว่าแม้แต่ผู้ถือบัตรสุขภาพก็อาจยังเคยชินกับความสะดวกสบาย การประเมินอาการโรคด้วยตนเองและคุณภาพของบริการด้วย

นอกจากนั้นแล้ว ผลประโยชน์ทางอ้อมของสมาชิกบัตรสุขภาพคือประโยชน์ที่ได้จากกองทุนบัตรสุขภาพ เช่นกองทุนบัตรสุขภาพเป็นแหล่งให้กู้ยืมใหม่ในอัตราดอกเบี้ยค่อนข้างต่ำกว่าแหล่งอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบ รวมทั้งอาจมีการจัดตั้งร้านค้าและสหกรณ์ในชุมชนนั้น ๆ โดยใช้เงินกองทุนบัตรสุขภาพด้วย สมาชิกบัตรสุขภาพเองก็ได้ประโยชน์จากการซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค รวมทั้งปัจจัยการผลิตในราคาที่ต่ำกว่าราคาตลาด

(2) การเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข

ถ้าจะพิจารณาข้อได้เปรียบของการเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้วอาจไม่ปรากฏชัดเจนนัก ทั้งนี้เพราะเหตุสำคัญ 3 ประการคือ (ก) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นอยู่กับอุปทานของบริการเป็นสำคัญ ทั้งนี้ เมื่อการขยายตัวของอุปทานโดยเฉพาะสถานบริการในระดับและประเภทต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทำได้กว้างขวางและครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ในเขตชนบท โดยเฉพาะการจัดระบบเครือข่ายสถานบริการและการจัดระบบลำดับบริการของสถานบริการตั้งแต่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในภูมิภาคและ

ในชนบทแล้ว ประกอบกับการขยายตัวของสถานบริการนอกกระทรวงสาธารณสุขในเขตเมือง ในระยะทศวรรษที่ผ่านมา อุปทานของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงไม่เป็นอุปสรรคสำคัญอีกต่อไป (ข) สวัสดิการอื่นๆ โดยเฉพาะสวัสดิการด้านสุขภาพที่เป็นสวัสดิการให้เปล่า เช่นโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล และสิทธิประโยชน์จากโครงการอื่นๆ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และ (ค) แนวนโยบายของรัฐ ที่ยังคงจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุขในเชิงสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายได้เป็นบริการให้เปล่าหรือราคาต่ำมากขึ้น ก็มีผลให้ประชาชนโดยทั่วไปแม้ไม่ใช่สมาชิกบัตรสุขภาพก็สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้อยู่แล้ว ดังนั้นสมาชิกบัตรสุขภาพจึงแทบไม่มีข้อแตกต่างที่ได้เปรียบกว่าผู้ที่มิใช่สมาชิกในแง่ของการเข้าถึงบริการ แต่ทว่าการเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพอาจได้สิทธิพิเศษอีกบางอย่างในการขอรับบริการ เช่น การได้รับส่วนลดในค่าบริการก็ดีหรือการได้รับสิทธิพิเศษในช่องทางด่วน (ที่เคยจัดให้มี) ในกรณีที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการระดับล่างก็ดี ก็มีผลดึงดูดการเข้าถึงบริการให้สูงขึ้นโดยเปรียบเทียบ แต่สิ่งที่น่าจะสำคัญที่สุดคือการเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพมีผลให้สมาชิกรู้สึกผูกพันกับสถานบริการและคุณภาพของบริการ เช่น การบริการตรวจสุขภาพ 1 ครั้งต่อปี หรือการดูแลหลังคลอดรวมทั้งการให้ภูมิคุ้มกันแก่ทารกหลังคลอดก็ดี ทำให้สมาชิกบัตรมีความต้องการเข้าถึงบริการจากสถานบริการเหล่านี้มากขึ้น อุปสรรคสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วยที่กำหนดจุดเริ่มต้นของสมาชิกบัตรสุขภาพไว้ที่กองทุนยาหรือสถานีอนามัยนั้น หลายกรณีกลายเป็นปัญหาหลักโดยเฉพาะในด้านการเดินทางเมื่อปรากฏว่าสมาชิกบัตรสุขภาพอยู่ใกล้โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า แต่อุปสรรคนี้ก็ได้รับการแก้ไขแล้วในโครงการบัตรสุขภาพปัจจุบันที่ให้สมาชิกบัตรสุขภาพเลือกสถานบริการที่เป็นจุดเริ่มต้นได้

(3) การใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุข

การสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพของเทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ (2533) พบว่า จากจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพเฉลี่ยประมาณ 198 คนต่อกองทุนในปี 2531 หรือเฉลี่ยประมาณ 40 ครัวเรือนต่อกองทุนนั้น มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก 207 ครั้ง บริการผู้ป่วยในประมาณ 9 ครั้งต่อปี ในการใช้บริการผู้ป่วยนอกนั้น เป็นการใช้บริการที่สถานีอนามัยเฉลี่ย 91 ครั้ง ที่โรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 68 ครั้ง และที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เฉลี่ย 48 ครั้งโดยประมาณ ส่วนการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในนั้นเป็นการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนประมาณ 6 ครั้ง และใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 3 ครั้ง ซึ่งอัตราการใช้บริการนี้ก็สะท้อนถึงประสิทธิผลของการกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยตามระบบที่จัดไว้นั้นตามสมควร แม้ว่าจะปรากฏการลัดขั้นตอนอยู่บ้าง แต่ก็มีบัตรสุขภาพที่ไม่ได้ใช้สิทธิเลยในรอบปีเช่นกัน กล่าวคือมีประมาณ 10 บัตรโดยเฉลี่ยต่อกองทุน อย่างไรก็ดี รายงานในปี 2534 ได้แสดงว่าสมาชิกบัตรสุขภาพได้ใช้บริการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเป็น 170 ครั้งต่อกองทุนโดยประมาณ และใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน 16 ครั้งต่อกองทุนโดยประมาณ

ในอีกแง่หนึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายสถานบริการ เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ (2533) พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วสถานีอนามัยแต่ละแห่งให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพประมาณ 233 ครั้ง ประมาณร้อยละ

86 เป็นการใช้สิทธิบัตรสุขภาพรับบริการฟรี และอีกประมาณร้อยละ 14 ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิฟรี แต่เสียค่าใช้จ่ายโดยได้รับส่วนลด โรงพยาบาลชุมชนให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพเฉลี่ยประมาณ 1,251 ครั้ง และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพเฉลี่ยประมาณ 5,530 ครั้ง เป็นที่น่าสังเกตว่าการให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพของสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลงชัดเจนระหว่างปี 2529-2531 แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในช่วงเวลาเดียวกัน (ดูตาราง 3.4) ทั้งนี้น่าจะเป็นเครื่องแสดงประสิทธิผลของระบบการกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพเช่นกัน (ดูตาราง 3.5)

ข้อมูลจากการสำมะโนในปี 2531 นั้นแสดงว่าสมาชิกบัตรสุขภาพใช้บริการผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยประมาณ 1.04 ครั้งต่อคนต่อปี และเป็นการใช้บริการผู้ป่วยในประมาณ 4.54 ต่อ 100 คนต่อปี ทั้งนี้เมื่อเทียบกับอัตราการใช้บริการในปี 2535 จากโครงการทดลอง 5 จังหวัด ของ GTZ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536) คือเฉลี่ยการใช้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 2.11 ครั้งต่อคนต่อปี และใช้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ยประมาณ 6.89 ต่อ 100 คนต่อปี ซึ่งคล้ายกับแสดงแนวโน้มว่ามีการใช้บริการมากขึ้นซึ่งก็น่าจะเป็นไปได้เนื่องจากในโครงการทดลองใหม่นี้ไม่มีกำหนดจำนวนครั้งสูงสุดและจำนวนวงเงินสูงสุดต่อครั้งของการใช้บริการแล้ว และค่าเฉลี่ยของโครงการทดลองได้รวมกรณีบัตรบุคคลของจังหวัดลำปางซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของบัตรครอบครัวโดยทั่วไปค่อนข้างมากไว้ด้วย (กล่าวคือ 3.06 เทียบกับ 1.67 ในกรณีของผู้ป่วยนอก และ 18.36 เทียบกับ 5.81 ในกรณีของผู้ป่วยใน) อย่างไรก็ดีข้อมูลจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2536) แสดงว่าในปี 2534 สมาชิกบัตรสุขภาพใช้บริการผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยเพียงประมาณ 0.88 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลที่ปรากฏก่อนหน้านั้น แต่การใช้บริการประเภทผู้ป่วยในในปี 2534 เฉลี่ยสูงถึงประมาณ 8 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี

ตาราง 3.4 จำนวนครั้งของการใช้บริการของสมาชิกบัตรสุขภาพเฉลี่ยต่อสถานบริการ

	2529	2530	2531
สถานีอนามัย	306	281	233
โรงพยาบาลชุมชน	579	1,211	1,251
— จำนวนผู้ป่วยใน	96	160	127
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1,342	4,297	5,530
— จำนวนผู้ป่วยใน	262	919	905

ที่มา : *เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ, 2533 : ตาราง 5.1, 6.2 และ 7.2*

ตาราง 3.5 จำนวนครั้งของการใช้บริการจากการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อสถานบริการ 2531

สถานีอนามัย	
— จำนวนผู้ป่วย - ที่ส่งต่อไปยัง รพช.	87 ราย
โรงพยาบาลชุมชน	
— จำนวนครั้งที่ใช้บริการ - จากการส่งต่อมา	603 ครั้ง
— จำนวนผู้ป่วยใน - จากการส่งต่อมา	76 ราย
— จำนวนผู้ป่วย - ที่ส่งต่อไปยัง รพท./รพศ.	36 ราย
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	
— จำนวนครั้งที่ใช้บริการ - จากการส่งต่อมา	2,608 ครั้ง
— จำนวนผู้ป่วยใน - จากการส่งต่อมา	712 ราย

ที่มา : *เกียรติชัย กิจนันทน์ และคณะ, 2533 : ตาราง 5.2, 6.3 และ 7.3*

ตาราง 3.6 ผลการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพ ปีงบประมาณ 2534-2535

	2534 (ต.ค. 33 - ก.ย. 34)	2535 (ต.ค. 34 - ม.ค. 35)
จำนวนครั้งที่มารับบริการ		
— ผู้ป่วยนอก	1,229,676	405,632
— ผู้ป่วยใน	115,263	39,066
จำนวนเงินค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)		
— ผู้ป่วยนอก	74,478,532	24,531,486
— ผู้ป่วยใน	101,328,648	36,555,159
เฉลี่ยจำนวนครั้งมารับบริการต่อสมาชิกบัตร 1 คน		
— ผู้ป่วยนอก	0.88	0.31
— ผู้ป่วยใน	0.08	0.03
เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อครั้งมารับบริการ (บาท)		
— ผู้ป่วยนอก	60.57	60.48
— ผู้ป่วยใน	879.11	935.73

ที่มา : *สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพปี 2535 หน้า 23*

4. ข้อพิจารณาเชิงเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

4.1 ความครอบคลุมของบริการ

(ก) ประชากรเป้าหมายและจำนวนประชากรในข่ายครอบคลุม

จากการศึกษาของปรากรม วุฒิพงษ์ และคณะ (2532) ซึ่งได้มีการประมาณการครั้งแรกด้วยข้อมูลของปี 2530 โดยประมาณพบว่าการประกันสุขภาพเอกชนมีเป้าหมายหลักที่ประชากรผู้ประกอบอาชีพอิสระกับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดในแง่ของสุขภาพอนามัยและไม่อยู่ในข่ายของการประกันตนในกองทุนเงินทดแทน ลูกค้าในเป้าหมายนี้มีอยู่ไม่น้อยแต่ถูกจำกัดลงด้วยฐานะทางเศรษฐกิจเนื่องจากเบี้ยประกันสุขภาพมีอัตราค่อนข้างสูง โดยเปรียบเทียบ จลีพร โกลากุล (2532) ประมาณว่าลูกค้าที่เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนมีเพียงไม่ถึง 3 แสนคน แต่ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาแม้ว่าธุรกิจประกันสุขภาพของบริษัทประกันสุขภาพจะขยายตัวไม่มากนัก แต่ธุรกิจประกันสุขภาพที่ผนวกเข้ากับกรมธรรม์ประกันชีวิตหรือกรมธรรม์ประกันวินาศภัยอื่น ๆ ในลักษณะของการขายควบได้ขยายตัวขึ้นมากโดยเฉพาะในส่วนที่ควบกับการประกันชีวิต โสตถิธร มัลลิกะมาส (2535) ประมาณว่าลูกค้าที่ซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 9 แสนคน ทั้งนี้หากจะรวมพิจารณาบทบังคับควบกฎหมายประกันภัยบุคคลที่สามที่เพิ่งเริ่มบังคับใช้ให้ยานพาหนะทุกคันต้องเอาประกันภัยบุคคลที่สามเพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วย ชีวิต และทรัพย์สินของบุคคลที่สามที่ประสบอุบัติเหตุจากยานยนต์ด้วยแล้วการประกันสุขภาพในปี 2536-2537 น่าจะมีขอบข่ายครอบคลุมเพิ่มขึ้นอีกมาก แต่ส่วนที่อยู่ในข่ายของกฎหมายประกันภัยบุคคลที่สามนี้จะไม่สามารถประมาณจำนวนผู้อยู่ในข่ายครอบคลุมได้ เพราะจำนวนจะขึ้นอยู่กับอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางยานยนต์และจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุนั้น ๆ เป็นคราว ๆ ไป ข้อที่น่าจะสำคัญมากอีกประการหนึ่งคือการขายประกันสุขภาพหมู่ที่ธุรกิจเอกชนเริ่มให้ความสนใจและให้ความสำคัญที่จะจัดซื้อเป็นสิทธิประโยชน์คุ้มครองลูกจ้างของตนเพิ่มเติมขึ้นจากที่ได้รับสิทธิตามกฎหมายประกันสังคมอยู่แล้ว แต่ก็จะพบเช่นกันว่าเมื่อกฎหมายประกันสังคมออกใช้บังคับในปี 2535 ก็มีผลให้การประกันสุขภาพแบบหมู่นี้ชลอตัวลงไปมาก

ส่วนโครงการบัตรสุขภาพนั้น มีประชากรเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปที่ไม่อยู่ในข่ายการประกันตนในรูปแบบอื่น และไม่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพใด ๆ เช่นเดียวกัน แต่พื้นฐานหลักการเดิมของโครงการได้มุ่งเป้าหมายที่ประชากรชนบทซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศโดยมุ่งสู่เป้าหมายของการสาธารณสุขมูลฐานให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมดูแลตนเองและสมทบการเงินค่ารักษาพยาบาลบ้าง ราคาบัตรสุขภาพจึงค่อนข้างต่ำโดยเปรียบเทียบ บัตรสุขภาพจึงขายได้ในกลุ่มประชากรชนบทที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนักและไม่มีรายได้ประจำ อย่างไรก็ดีด้วยราคาบัตรสุขภาพซึ่งแม้จะต่ำเมื่อเทียบกับเบี้ยประกันสุขภาพแต่ก็ยังจัดว่าค่อนข้างสูงสำหรับประชากรชนบทในภาคเกษตร และเมื่อรัฐจัดให้มีสวัสดิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเป็นสวัสดิการแบบให้เปล่าด้วยแล้ว ผู้ที่สามารถซื้อบัตรสุขภาพได้จึงไม่อยู่ในฐานะที่ยากจนมากนัก การศึกษาวิจัยในระยะแรก ๆ พบอยู่บ้างว่ามีเฉพาะบางกรณีที่ซื้อบัตรสุขภาพทั้ง ๆ ที่มีบัตร สปน.อยู่ด้วย แต่ก็น่าจะเป็นข้อยกเว้นเสียมากกว่า จำนวนผู้ซื้อบัตรสุขภาพเคยพุ่งขึ้นสูงมากในอดีตประมาณ

ปี 2529 หลังจากได้รับการสนับสนุนส่งเสริมแบบเร่งรัด แต่ด้วยเหตุของความผันแปรและไม่ชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเอง ทำให้โครงการบัตรสุขภาพอ่อนแอลง และจำนวนผู้ซื้อบัตรสุขภาพกลับลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือจากที่ประมาณไว้เกือบ 2.7 ล้านคนในปี 2530 คงเหลืออยู่เพียงไม่ถึง 1.3 ล้านคนในปี 2535 อย่างไรก็ดีจำนวนผู้ซื้อบัตรสุขภาพนี้จะขึ้นอยู่กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญโดยเฉพาะในแนวทางการปรับเปลี่ยนหลักการบัตรสุขภาพเดิมเข้าสู่หลักการประกันสุขภาพโดยสมัครใจตามที่ได้เริ่มทดลองอยู่

(ข) สิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

การประกันสุขภาพเอกชนนั้นโดยกรมธรรม์พื้นฐานครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งกำหนดเพดานไว้ในระดับค่อนข้างสูงโดยเปรียบเทียบ ซึ่งรวมกรณีของการเจ็บป่วยปกติ พื้นฐานทั้งหมด และสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในบางกรณีบริษัทจะกำหนดสถานพยาบาลให้ แต่เกือบทั้งหมดก็เป็นสถานพยาบาลเอกชน แต่ผู้บริโภคก็อาจซื้อกรมธรรม์เพิ่มเติมได้ให้ครอบคลุมการเจ็บป่วยอื่น ๆ โดยเสียค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติม และโดยเฉพาะการซื้อกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทออมทรัพย์ซึ่งมีแผนคุ้มครองการเจ็บป่วยและชราภาพเข้าไว้ด้วยกัน เรียกได้ว่าผู้บริโภคมีสิทธิกำหนดเงื่อนไขของสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมในกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากพื้นฐานที่กำหนดได้เกือบสมบูรณ์ทุกประการ และในหลายกรณียังมีสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองการจ่ายเงินทดแทนส่วนของค่าจ้างและเงินเดือนที่เสียไปในระหว่างการเจ็บป่วยที่ต้องรับการรักษาพยาบาลนั้น รวมถึงการพิการหรือทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ ด้วย

ส่วนบัตรสุขภาพนั้นกำหนดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลไว้เฉพาะพื้นฐาน โดยไม่รวมโรคเกี่ยวกับตา ฟัน และศัลยกรรมตกแต่ง มีข้อกำหนดชัดเจนเกี่ยวกับจำนวนครั้ง (episode) ของการรับบริการและวงเงินพิกัดขั้นสูงของค่าใช้จ่ายในการรับบริการแต่ละครั้ง ข้อกำหนดจำนวนครั้งและวงเงินดังกล่าวนี้มีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้งในอดีต และระยะหลัง ๆ มีความหลากหลายบ้างระหว่างกองทุนบัตรสุขภาพกองทุนต่าง ๆ แต่โดยทั่วไปกำหนดไว้ที่ไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี และวงเงินค่ารักษาต่อครั้งไม่เกิน 2,000 บาท และสำหรับค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากนั้นผู้ถือบัตรสุขภาพต้องจ่ายเอง โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 ยกเว้นโครงการบัตรสุขภาพในการทดลองของ GTZ ซึ่งไม่กำหนดจำนวนครั้งและไม่จำกัดวงเงิน รวมทั้งไม่จำกัดโรคและอาการเจ็บป่วยด้วย อย่างไรก็ตามบัตรสุขภาพก็ต้องใช้บริการตามระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโดยเริ่มต้นจากกองทุนยาหรือสถานีอนามัย และทั้งหมดของสถานพยาบาลเป็นของรัฐโดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นโครงการทดลองของ GTZ ซึ่งให้ คปสอ. กำหนดสถานพยาบาลแรกซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลชุมชนก็ได้ และก็มีแนวความคิดว่าอาจเปิดให้สถานพยาบาลเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในโครงการบัตรสุขภาพได้ในโอกาสต่อ ๆ ไป

ตาราง 4.1 ประชากรเป้าหมาย และจำนวนประชากรในขอบข่ายครอบคลุมของการประกันสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

กิจกรรม	ประชากรเป้าหมาย	จำนวนประชากรในขอบข่ายครอบคลุม 2530* (ล้านคน)	2535**
1. การประกันสังคม			
— กองทุนประกันสังคม	ผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ	—	2.5
— กองทุนเงินทดแทน	ผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ	1.1	1.8
2. ประกันสุขภาพเอกชน	ผู้ประกอบอาชีพอิสระ/บุคคลทั่วไป	0.3	0.9
3. สวัสดิการข้าราชการ/ครอบครัว			
— ข้าราชการ/ลูกจ้าง	ข้าราชการและลูกจ้างและครอบครัว	6.9	5.6
— พนักงานรัฐวิสาหกิจ	พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	0.9	0.8
4. สวัสดิการผู้ด้อยโอกาส			
— ผู้มีรายได้น้อย	ผู้มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ (โดยเฉพาะชนบท)	7.6	11.7
— ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	—	3.5
— นักเรียน สปช.	นักเรียนประถมศึกษา	—	5.1
5. โครงการบัตรสุขภาพ	ประชาชนทั่วไป (ส่วนใหญ่ชนบท)	2.7	1.3
6. สวัสดิการอื่น ๆ	—	1.0	—
รวมผู้อยู่ในขอบข่ายครอบคลุม		20.5	31.4
(ผู้อยู่นอกข่ายครอบคลุม)		31.5	25.1

ที่มา : * *ระบบประกันสุขภาพของไทย, 2532 : หน้า 30*
** *วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536 : หน้า 75-76*

4.2 ประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจ (การผลิตและการกระจายบริการ)

เมื่อพิจารณาในแง่ของประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจของการจัดให้บริการและใช้ทรัพยากรเศรษฐกิจเพื่อผลิตบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว จะเห็นว่าการประกันสุขภาพเอกชนเป็นการใช้ระบบกลไกราคาตลาดอย่างเต็มที่ ดังนั้นโดยหลักการแล้วจึงมองได้ว่าการใช้ทรัพยากรในการผลิตบริการนั้นน่าจะมีประสิทธิภาพได้อย่างมาก แต่ก็มีข้อสังเกตอยู่ 2-3 ประการ กล่าวคือ (ก) ระบบกลไกราคาจะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อข้อมูลข่าวสนเทศทั้งฝ่ายผู้ซื้อและผู้ขายมีความสมบูรณ์ในระดับหนึ่ง จากการศึกษาที่ผ่านมาดังอ้างถึงในส่วนที่ 2 ของบทความนี้ พบว่ายังปรากฏความไม่สมบูรณ์ในข่าวสนเทศทั้งในแง่ของรายละเอียดเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ซึ่งฝ่ายผู้ซื้อมักจะเสียเปรียบ (ข) ผลจาก

การแข่งขันทางราคา (เบี้ยประกันสุขภาพ) มีผลทำให้การประกันสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก และค่อนข้างมีปัญหาไม่น้อยในระยะหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบการขายประกันสุขภาพเข้าเป็นส่วนผนวกกับการขายประกันชีวิต หรือการประกันวินาศภัยประเภทอื่น ๆ หรือการขายประกันสุขภาพโดยขายควบกับสินค้าบริการอื่น ๆ ทำให้บริษัทที่ทำประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้นานนัก (ค) บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังมีลักษณะพิเศษที่ผู้รับบริการไม่สามารถกำหนดอุปสงค์ของตนได้มากนัก ฝ่ายอุปทานมีบทบาทในการกำหนดอุปสงค์นี้ค่อนข้างมาก ดังนั้นเมื่อธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนใช้ระบบการเบิกจ่ายตามรายการที่จ่ายจริงแล้ว ก็อาจมีผลให้สถานบริการที่เป็นผู้อุปทานบริการการแพทย์และสาธารณสุขกำหนดอัตราค่าบริการให้สูงกว่าที่ควรจะเป็น และ/หรือมีการสั่งใช้บริการที่มากหรือเกินกว่าความจำเป็นได้ ซึ่งจะมีผลให้เบี้ยประกันในรอบปีต่อไปเพิ่มสูงขึ้นอีกไปเรื่อย ๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536) การใช้ทรัพยากรก็จะด้อยประสิทธิภาพลง ดังเช่นกรณีที่ปรากฏในหลายประเทศที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามฝ่ายสถานบริการในกรณีการประกันสุขภาพเอกชนนี้ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นสถานพยาบาลของธุรกิจเอกชนซึ่งมีเป้าหมายดำเนินการในการแสวงหากำไรอยู่แล้ว กลุ่มลูกค้าเป้าหมายจึงเป็นประชากรที่อยู่ในฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดีและอยู่ในชุมชนเมือง การใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของผู้เอาประกันสุขภาพเอกชนจึงมิได้มีการแข่งขันแย่งใช้ทรัพยากรซึ่งจัดบริการให้โดยกระทรวงสาธารณสุขหรือภาครัฐอื่น ๆ ก็นับว่าเป็นการกระจายการใช้ทรัพยากรได้ดี และก็น่าเชื่อได้ว่าบริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพนั้นก็มีกระบวนการกำกับตรวจสอบรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้เอาประกันอยู่แล้วตามสมควร เมื่อฝ่ายธุรกิจให้บริการทางการแพทย์ขยายตัวขึ้น ฝ่ายบริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพก็ย่อมมีโอกาสเลือกกำหนดใช้บริการได้มากขึ้น จึงน่าจะเป็นกลไกที่ช่วยกำกับการใช้ทรัพยากรอยู่ได้บ้างตามสมควร

สำหรับโครงการบัตรสุขภาพนั้นโดยหลักการแล้วมีข้อดีในแง่ของการใช้และการกระจายการใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพค่อนข้างมาก จากการกำหนดใช้ระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย นับตั้งแต่ระดับกองทุนยา สถานีอนามัย ถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เพราะเหตุที่ผู้ป่วยสมาชิกบัตรสุขภาพจะถูกคัดกรองตามลำดับของความรุนแรงและอาการของการเจ็บป่วย โดยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์และไปใช้บริการยังโรงพยาบาลในทุกกรณีที่เจ็บป่วยเช่นที่เคยปฏิบัติมา การศึกษาวิจัยเกือบทุกกรณีพบว่าระบบส่งต่อผู้ป่วยนั้นมีผลต่อประสิทธิภาพของการใช้บริการในสถานบริการระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก เช่น เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ (2533) พบว่า ในปี 2531 สถานีอนามัยสามารถคัดกรองผู้ป่วยบัตรสุขภาพได้ถึงประมาณร้อยละ 63.5 โดยเฉลี่ยต่อแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนก็สามารถคัดกรองผู้ป่วยบัตรสุขภาพได้สูงถึงประมาณร้อยละ 97.2 โดยเฉลี่ยต่อแห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนคัดกรองผู้ป่วยที่ส่งมาจากสถานีอนามัยได้ถึงประมาณร้อยละ 94 โดยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปเพียงร้อยละ 6 โดยเฉลี่ยเท่านั้น จึงนับเป็นการเฉลี่ยใช้บริการยังสถานบริการระดับต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก แต่อย่างไรก็ตาม ทรงพรรณ สิงห์แก้ว (2536) ก็ให้ข้อสังเกตว่าโครงการบัตรสุขภาพนั้นอาจมีผลให้สมาชิกบัตรสุขภาพใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกินความจำเป็นจากผู้รับบริการได้มาก

โดยยกกรณีศึกษาว่าสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพมีอัตราการใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปและผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม (ดูตาราง 4.2) แต่ทั้งนี้ข้อมูลทางสถิติเท่าที่พบก็อาจมิใช่ข้อยืนยันถึงพฤติกรรมเช่นนั้น เพราะจะต้องใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยทางคลินิกประกอบด้วยซึ่งก็ยังไม่มีศึกษาไว้ชัดเจนในเรื่องนี้ สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้สมาชิกบัตรสุขภาพมีท่าทีใช้บริการมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบนั้นอาจรวมไปถึง (ก) สมาชิกบัตรสุขภาพรู้และเข้าใจสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพเป็นอย่างดี เพราะบัตรสุขภาพได้ดำเนินการมาระยะนานพอสมควรแล้ว และส่วนใหญ่ตัดสินใจซื้อเอง จึงมีการใช้สิทธิประโยชน์นั้นค่อนข้างเต็มที่โดยเปรียบเทียบ (ข) สมาชิกบัตรสุขภาพมีหลากหลายกลุ่มอายุ เพราะเหตุที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องนี้ และก็อาจเป็นไปได้มากว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่น่าจะมีท่าทีเจ็บไข้ได้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากอคติของการเลือก (adverse selection) ดังกล่าวไว้ก่อนหน้านี้ การเรียกใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ก็น่าจะมากกว่าตามไปด้วย และ (ค) สมาชิกบัตรสุขภาพมักจะมาจากกลุ่มประชากรที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องวันและเวลาทำงาน เพราะส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรในชนบท จึงค่อนข้างสะดวกในการไปติดต่อขอรับบริการมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบ

อย่างไรก็ตาม ก็น่าจะเป็นข้อสังเกตว่าโดยภาพมหภาคของโครงการบัตรสุขภาพนั้น โดยเฉพาะจากรากฐานหลักการเมื่อเริ่มต้นโครงการที่มุ่งที่การสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพของตน จึงมีผลชัดเจนในทุกกรณีศึกษาที่ผ่านมาว่าโครงการบัตรสุขภาพมีผลให้สุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทโดยเฉพาะในภาคเกษตรดีขึ้น เข้าถึงและใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น โดยที่สภาวะการสาธารณสุขมูลฐานก็ได้ปรับปรุงขึ้นด้วย ทรัพยากรพื้นฐานในชุมชนและครัวเรือนนั้นเองที่ได้รับการนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาสุขภาพพื้นฐานของชุมชนอย่างเต็มที่มากขึ้น และประการสำคัญมากประการหนึ่งที่อาจพิจารณาได้ก็คือการส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นผลจากโครงการบัตรสุขภาพนี้เองที่ทำให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขได้กระจายไปตามพื้นที่และภูมิภาคต่าง ๆ นอกจากเขตเมืองได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังภาพสะท้อนจากขอบข่ายการครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพที่ได้แสดงไว้ในตาราง 4.1 แล้ว

ตาราง 4.2 อัตราการใช้บริการเฉลี่ย

	ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ		ผู้ป่วยทั่วไป	ผู้ป่วยประกันสังคม	
	2534	2535	2533	2534	2535
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	0.88	0.93	0.53	0.32	0.22
ผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	0.08	0.09	0.07	0.016	0.012
ค่าเฉลี่ยวันนอน	—	3.48	3.94	4.23	3.74

ที่มา : *ทรงพรรณ สิงห์แก้ว (2536) : ตาราง 2 หน้า 42*

4.3 ค่าใช้จ่ายและศักยภาพทางการเงินของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

โดยหลักการแล้วผู้เอาประกันในการประกันสุขภาพเอกชนเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งนั้น ส่วนสมาชิกบัตรสุขภาพในโครงการบัตรสุขภาพนั้นมีส่วนร่วมรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และรัฐให้การสนับสนุนในรูปของเงินอุดหนุนด้วยส่วนหนึ่ง

สำหรับการประกันสุขภาพเอกชนนั้นทั้งในรูปของการประกันส่วนบุคคลและการประกันกลุ่ม มีลักษณะเป็นการจ่ายเบี้ยประกันล่วงหน้า (prepaid) ผู้ซื้อประกันอยู่ในกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจดีหรือมีนายจ้างจ่ายซื้อประกันสุขภาพกลุ่มให้ (โดยอาจมีส่วนร่วมจ่ายบ้างในกรณีที่ต้องการสิทธิประโยชน์คุ้มครองเพิ่มขึ้นกว่าพื้นฐาน) แต่ก็อยู่ในฐานะที่ช่วยตัวเองได้ทางการเงิน การที่ประชากรกลุ่มนี้ช่วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาการอุปถัมภ์จากรัฐก็นับว่าเป็นธรรม แต่ข้อที่น่าสังเกตและพึงระวังจะอยู่ที่อัตราการเพิ่มขึ้นของเบี้ยประกันสุขภาพเอกชนซึ่งประมาณว่าเพิ่มขึ้นในอัตราค่อนข้างสูงซึ่งอาจจะสืบเนื่องจากหลายสาเหตุโดยเฉพาะการที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแพงขึ้น หรือการที่บริษัทประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายดำเนินการสูงมากขึ้น การที่อัตราเพิ่มขึ้นของเบี้ยประกันสุขภาพเป็นอัตราสูงนี้ อาจมีผลกระทบต่ออุปสงค์ต่อการเอาประกันสุขภาพได้บ้างในอนาคต อย่างไรก็ตามสำหรับบริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพนั้นมีภาวะอัตราส่วนขาด (loss ratio) ค่อนข้างสูงแม้จะไม่คงที่ นั่นคือส่วนที่ต้องจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) เมื่อเทียบกับเบี้ยประกันสุทธินั้นค่อนข้างสูง ทำให้การประกอบธุรกิจประสบความลำบากเพราะเหตุที่กลไกในการแก้ปัญหาจะมีเพียง 2 วิธีคือ (ก) ลดค่าใช้จ่ายต้นทุนลงโดยเฉพาะต้นทุนดำเนินการ หรือ (ข) ปรับอัตราเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น แต่ค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายให้สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นยังคงมีอัตราเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเมา และการปรับเพิ่มอัตราค่าเบี้ยประกันนั้นแม้จะทำได้ในระดับหนึ่งแต่ก็เสี่ยงต่อการสูญเสียลูกค้าไม่น้อย เพราะสภาพการแข่งขันค่อนข้างรุนแรงในตลาดการประกันสุขภาพโดยเฉพาะสภาวะการแข่งขันกับธุรกิจประกันชีวิตและธุรกิจประกันวินาศภัยอื่น ๆ ซึ่งได้เปรียบในขนาดของตลาดอยู่มาก

ส่วนโครงการบัตรสุขภาพนั้นมีข้อที่น่าสนใจและควรได้รับความสำคัญหลายประการซึ่งอาจประมวลได้ว่า (ดูตาราง 4.3) (ก) จากการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อสมาชิกบัตร 1 คนในปี 2534 พบว่าเป็นเพียงประมาณ 59.84 บาท ในขณะที่ราคาบัตรสุขภาพในอัตราใหม่ตามแนวทางของโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจนั้นมีราคาประมาณ 300 บาทต่อบัตร (ข) สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยสมาชิกบัตรสุขภาพอยู่ในสภาวะเสียประโยชน์ (หรือขาดทุน) ถ้าพิจารณาในเชิงของความคุ้มทุนมากกว่าการสงเคราะห์ประชาชนเพราะต้องใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อสมาชิกบัตรสุขภาพ 1 คนถึง 125.22 บาท ในขณะที่สถานพยาบาลนั้น ๆ ได้รับจัดสรรจากกองทุนบัตรสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉลี่ยต่อสมาชิกบัตรสุขภาพ 1 คนเพียง 44.88 บาท ซึ่งเท่ากับสถานพยาบาลนั้น ๆ ได้รับเงินจากกองทุนบัตรสุขภาพเพียงประมาณร้อยละ 43 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสมาชิกบัตรสุขภาพเท่านั้น ซึ่งรวมเบ็ดเสร็จทั้งประเทศแล้วเท่ากับสถานพยาบาลต่าง ๆ ต้องอุดหนุนโครงการบัตรสุขภาพถึงกว่า 100 ล้านบาทในปี 2534 ซึ่งในแง่ของกระทรวงสาธารณสุขเองนั้นอธิบายว่าส่วนขาดที่ต้องอุดหนุนเพิ่มเติมนี้มิได้รับการจัดสรรเงินอุดหนุนโดยตรงจากรัฐบาล* แต่เป็นการอุดหนุนทางอ้อมโดยสถานพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขได้ชดเชยรายได้ส่วนขาดนี้เอง อย่างไรก็ดีถ้าจะพิจารณาในอีกทัศนะหนึ่งก็จะพบว่าเป็นข้อดีอยู่ไม่น้อยเพราะโครงการบัตรสุขภาพจัดดำเนินงานกองทุนบัตรสุขภาพโดยประชาชนซึ่งเท่ากับเป็นการจัดระบบการเงินของชุมชน (community financing) สำหรับสนับสนุนด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิก ซึ่งก็มียอดกองทุนจากการขายบัตรถึงกว่า 84 ล้านบาทในปี 2534 (ซึ่งในอดีตมีมูลค่ากองทุนจากการขายบัตรสูงกว่านี้มาก - ดูรายงานของเทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ, 2533 เป็นต้น) หาไม่แล้วรัฐบาลเองอาจต้องรับภาระทางการเงินส่วนนี้ไว้ทั้งหมดเสียเองด้วยซ้ำ ข้อพิจารณาจึงอยู่ที่ว่าน่าจะได้มีการปรับบัตรสุขภาพให้ประชาชนหรือสมาชิกบัตรสุขภาพได้รองรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนี้เพิ่มขึ้นอีกบ้าง และก็ได้มีการปรับราคาเป็น 500 บาทแล้วเป็นส่วนมากในปัจจุบัน ซึ่งการทดลองในโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมันใน 5 จังหวัดก็ปรากฏผลเป็นที่น่าพอใจว่าสมาชิกผู้ซื้อบัตรยังสามารถรับภาระนั้นได้ หากเข้าใจวัตถุประสงค์เป้าหมาย และสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพดีพอ และทั้งนี้จากรายงานของอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2536) ก็ยังปรากฏว่าเฉลี่ยแล้ว (ในทั้ง 5 จังหวัด) สถานพยาบาลก็ยังมีส่วนขาดและต้องรับภาระอุดหนุนผู้ป่วยบัตรสุขภาพอยู่ถึงประมาณ 580 บาทต่อบัตร

4.4 การใช้เทคโนโลยีและการจัดการที่เหมาะสมสำหรับดำเนินงานประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

จากการศึกษาที่ปรากฏนั้นค่อนข้างชัดเจนว่าการประกันสุขภาพเอกชนมีปัญหาหลักประการหนึ่งอยู่ที่การบริหารจัดการ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลักๆ คือ (ก) การบริหารจัดการบริษัทประกันสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้การแข่งขันสูง และบริษัทประกันสุขภาพมีขนาดเล็กซึ่งเสียเปรียบจากการมีขนาดเล็ก (diseconomics of scale) ค่อนข้างมาก ทำให้มีปัญหาการขาดทุนสะสม (ข) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่านายหน้าและตัวแทนขายประกันค่อนข้างสูงมาก โดยเฉพาะในธุรกิจประกันชีวิตและประกันสุขภาพโดยตรง (ยกเว้นของบริษัท A.I.A. ซึ่งไม่สามารถจัดตั้งสำนักงานสาขาของบริษัทได้ และได้ใช้กลยุทธขยายจำนวนนายหน้าและตัวแทนขายประกันเป็นหลัก) เมื่อเทียบกับรายได้จากการลงทุนซึ่งเป็นสัดส่วนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับรายได้รวมและรายได้จากแหล่งอื่นๆ และ (ค) การทำความรู้ความเข้าใจกับประชาชนในกลุ่มลูกค้าเป้าหมายยังมิได้ดำเนินการจริงจังมากนัก จะเห็นว่าทั้ง 3 ประเด็นหลักๆ ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ ยิ่งธุรกิจมีขนาดไม่ใหญ่มาก การจัดหาผู้บริหารจัดการที่มีความชำนาญและทักษะเฉพาะยิ่งเป็นไปได้ยากเนื่องจากจะสามารถเสนออัตราค่าตอบแทนให้ได้ไม่สูงนัก จึงเป็นสภาพการณ์เรื้อรังพอสมควรสำหรับบริษัทที่มีส่วนแบ่งตลาดขนาดใหญ่มักได้เปรียบในด้านการบริหารจัดการนี้อยู่มาก รวมถึงการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาเสริมในด้านการจัดการทั้งในแง่ของระบบข้อมูลลูกค้าและเหตุประวัติ ประกอบกับการจัดการสมัยใหม่ทางด้านการตลาดและการขายโดยเฉพาะ ทำให้มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาและขยายตลาด ความรวดเร็วและถูกต้องในการเบิกจ่ายเงินชดเชย การกำกับและจำแนกชนิดและประเภทของลูกค้าเพื่อลดความเสี่ยงและลดอัตราส่วนขาดในการดำเนินงานของธุรกิจ กลไกการตลาดและความสามารถในการบริหารจัดการต่างๆ เหล่านี้เป็นไปโดยอัตโนมัติและน่าจะดำเนินการต่อไปได้ดีในเชิงธุรกิจ

---

* ในปีงบประมาณปัจจุบัน รัฐบาลได้จัดสรรเงินอุดหนุนให้โดยตรงแล้ว และแท้จริงแล้วในปีงบประมาณที่ใช้ข้อมูลวิเคราะห์นั้นกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ของบประมาณอุดหนุนโครงการบัตรสุขภาพด้วย แต่ได้ตั้งประมาณการคำขอแทรกไว้ในงบประมาณรายจ่ายอื่นๆ แทนการตั้งไว้เป็นเงินอุดหนุนโครงการบัตรสุขภาพโดยตรง

ตาราง 4.3 การเงินของโครงการบัตรสุขภาพ 2534

ก. ระดับกองทุนบัตรสุขภาพ		
รายรับจากการขายบัตร (บัตรละ 300 บาท)	84,016,500 บาท	
รายจ่าย (รวม 84,016,500 บาท)		
— ค่าบริหารจัดการกองทุน (15%)	12,602,475 บาท	
— ค่าตอบแทนผู้ให้บริการ (10%)	8,401,650 บาท	
— ค่าชดเชยสถานพยาบาล	63,012,375 บาท	
ข. ระดับสถานพยาบาล		
รายรับ (รวม 75,313,466 บาท หรือ 252.67 บาทต่อบัตร)		
— จากค่าบัตร (กองทุนบัตรสุขภาพ)	63,012,375 บาท	
— จากค่าบริการ (เมื่อคิดให้ส่วนลด 10%)	12,301,091 บาท	
รายจ่าย		
— ค่าใช้จ่ายพึงเรียกเก็บทั้งหมด	175,807,180 บาท	(589.72 บาทต่อบัตร) (หรือ 125.22 บาทต่อคน)
รายจ่ายสูงกว่ารายรับ	100,493,714 บาท	(337.15 บาทต่อบัตร)
ค. ระดับสมาชิกบัตรสุขภาพ		
จำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพ	1,403,948 คน	
รายได้จากการขายบัตร	84,016,500 บาท	
รายจ่ายจัดสรรให้สถานพยาบาล	63,012,373 บาท	

ที่มา : *ทรงพรรณ สิงห์แก้ว (2536) : ตาราง 5 หน้า 47 และตาราง 3 หน้า 45*

ส่วนโครงการบัตรสุขภาพนั้นมีประเด็นปัญหาหลัก ๆ และข้อสังเกตในการบริหารจัดการค่อนข้างมากโดยเปรียบเทียบ กล่าวโดยประมวลสรุปได้ดังนี้คือ (ก) การบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพ ซึ่งจากแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเดิมในการเร่งรัดขยายงานโดยมุ่งจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างรวดเร็วเป็นผลให้กองทุนบัตรสุขภาพจำนวนไม่น้อยมีปัญหาในการบริหารจัดการ นับตั้งแต่การที่กองทุนเป็นการจัดตั้งและดำเนินงานโดยชุมชนและตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้านซึ่งขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการทางการเงิน ความสามารถ และความกล้าตัดสินใจที่จะนำเงินกองทุนไปลงทุนเพื่อให้ได้ผลประโยชน์ตอบแทนสูงก็ดี ความสามารถในการจัดการเพื่อลดภาวะการขาดทุนและหนี้สูญก็ดี และแม้แต่ความสามารถในการเรียกเก็บเงินและการขายบัตรสุขภาพก็ดีต่างก็เป็นปัญหาแทบทั้งนั้น (ข) กติกาและข้อกำหนดต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดซึ่งนับตั้งแต่ขนาดของกองทุน ขอบเขตของบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ของบัตร

ส่วนแบ่งค่าบัตรสุขภาพ และอื่นๆ มีผลให้เป็นข้อจำกัดค่อนข้างมากในหลายกรณี และทำให้เกิดความเสี่ยงสูงในการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ และ (ค) การบริหารจัดการโครงการบัตรสุขภาพในแง่ของกระทรวงสาธารณสุขเองเป็นตัวปัญหาสำคัญมาก โดยเฉพาะการขาดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจนแน่นอนเกี่ยวกับการดำเนินงานและอนาคตของโครงการบัตรสุขภาพ เพราะสาเหตุต่างๆ ในระยะที่ผ่านๆ มา ทำให้ขาดการประสานงาน ขาดการติดตามกำกับและขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ จนทำให้โครงการบัตรสุขภาพต้องล้มลุกคลุกคลานไป อย่างไรก็ตามในระยะหลังเมื่อกระทรวงสาธารณสุขปรับแนวนโยบายให้ยึดหลักของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (prepaid voluntary health insurance) แล้ว การมุ่งเน้นการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสำคัญน้อยลง แต่ยังคงแนวความคิดการใช้บริการแรกที่สถานีอนามัย และใช้ระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยต่อไป เมื่อหลักการใหม่ประกอบกับวิธีการใหม่ๆ เช่นราคาบัตรสุขภาพต้องสะท้อนต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิม ก็อาจปรับราคาบัตรได้ (เป็น 500-1,000 บาท) ซึ่งเชื่อว่าอยู่ในวิสัยที่ครัวเรือนจะจ่ายได้เพราะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองอยู่แล้วประมาณ 1.2-2.1 เท่าของ 1,000 บาท (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536) ขอบข่ายคุ้มครองของบัตรสุขภาพก็เปลี่ยนไปเป็นคุ้มครองทุกคนในครัวเรือน ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการ ด้วยวิธีการและราคาบัตรนี้เป็นอัตราที่คืนทุนให้สถานพยาบาลได้โดยเฉพาะค่ายาและค่าตรวจรักษา จึงเท่ากับเปิดโอกาสให้ได้ใช้ศักยภาพของการบริการจัดการและเทคโนโลยีต่างๆ ที่เหมาะสมกับโครงการบัตรสุขภาพที่ใช้ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศได้หลากหลายขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องเหมือนกันไปหมดทุกพื้นที่ การทดลองในโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน ก็ปรากฏความหลากหลายนั้น.. และอาศัยทักษะของการบริหารจัดการสมัยใหม่รวมถึงการขายและการตลาดเข้ามาเป็นหลักด้วย อย่างไรก็ดีการเปลี่ยนแปลงในหลักการและวิธีการของโครงการบัตรสุขภาพดังกล่าวแล้วทำให้เกิดความต้องการระบบการบริหารจัดการใหม่ๆ ที่ยังคงต้องค้นคว้าให้ได้ระบบที่เหมาะสมต่อไปอีกในหลายประการ กล่าวคือ (ก) การจัดการเพื่อให้ยังคงระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่นอาจต้องจัดให้มีการคิดค่าธรรมเนียมบ้างสำหรับผู้ป่วยสมาชิกบัตรสุขภาพที่ลัดขั้นตอน ซึ่งถ้าใช้มาตรการทางราคาเช่นนี้ก็ต้องอาศัยทักษะในการจัดการทางการเงินเป็นหลัก (ข) เทคนิคและวิธีการจัดการในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะเหตุว่าการเปิดข้อจำกัดทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้งต่อบัตรแล้วนั้นอาจมีผลให้อุปสงค์ต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลเขยิบสูงขึ้น และอาจมีผลให้การใช้บริการเกินความจำเป็นเขยิบสูงขึ้นด้วย (ค) การปรับเปลี่ยนให้ คปสอ.ทำหน้าที่เก็บและจัดการทางการเงินของบัตรสุขภาพ (แทนที่ของกองทุนเดิม) เท่ากับเป็นการปรับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจเข้าสู่วิธีการจ่ายโดยบุคคลที่สาม (third party payment) โดยทำให้เกิดเป็นระบบ 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายกองทุน (โดย คปสอ.) ฝ่ายให้บริการ (คือสถานพยาบาลต่างๆ) และฝ่ายผู้เอาประกัน (คือประชาชน) ประเด็นหลักนี้คงต้องศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมต่อไปอีกมากถึงปัญหาและความเป็นไปได้ที่จะสืบเนื่อง รวมทั้งเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรการเงินจากการขายบัตรประกันสุขภาพนี้ด้วย และ (ง) การบริหารจัดการที่ดีอาจต้องรวมถึงการศึกษาถึงความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาระบบภายใต้โครงการประกันสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไปแล้วนี้ให้ครอบคลุมการประกันอื่นๆ กว้างขวางขึ้นในอนาคต รวมไปถึงการอนามัยแม่และเด็ก ชราภาพและถึงแก่กรรม

ด้วยก็เป็นได้ ตลอดจนการจัดระบบประกันสุขภาพแบบออมทรัพย์เช่นที่ปฏิบัติกันในการประกันสุขภาพเอกชน ทั้งหมดนี้จะพบว่าศักยภาพของการบริหารจัดการในปัจจุบันจะยังรองรับไม่ได้ทั้งสิ้น แต่จะต้องได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป

5. ลู่ทางในอนาคตของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

โดยภาพรวมแล้วอาจมีปัจจัยหลายประการที่จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างสำคัญ ๆ และมีผลกระทบต่อสภาวะการประกันสุขภาพโดยทั่วไป และโดยเฉพาะการประกันสุขภาพโดยสมัครใจในอนาคต ปัจจัยที่ควรต้องคำนึงภายใต้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นั้นอาจรวมถึง การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการเจ็บป่วยและการตาย โดยเฉพาะเปลี่ยนแปลงจากเหตุของภาวะติดเชื้อและเฉียบพลัน ไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อและโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุและอาชีพของประชากร โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุที่มีผลให้อายุมัธยฐานสูงขึ้น และอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้น กับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างอาชีพจากอาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกษตรกรรมในชนบท ไปเป็นการใช้แรงงานโดยเฉพาะในเขตเมืองและชนบทที่จะขยายตัวขึ้นจากความเป็นเกษตรธุรกิจ หรือจากการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งมีเป้าหมายจะทำให้สัดส่วนและจำนวนประชากรยากจนภายใต้เส้นแบ่งความยากจนนั้นลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลให้ประชากรที่ยากจนจำนวนกว่า 11 ล้านคน (หรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปัจจุบัน) มีฐานะดีขึ้นบ้าง แต่จะยังอยู่ใกล้เคียงกับฐานะที่ระดับเส้นแบ่งความยากจนเป็นส่วนมาก กลุ่มคนเหล่านี้โดยเฉพาะที่ยังคงอยู่ในภาคเกษตรกรรมในชนบทก็จะยังคงไม่ตกอยู่ภายใต้ขอบข่ายเป้าหมายของการคุ้มครองหรือการประกันตนด้านสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ที่มีอยู่โดยตรง เช่น การประกันสังคม หรือสวัสดิการสิทธิประโยชน์อื่น ๆ หรือการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ยิ่งเมื่อรวมกับกลุ่มประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจดีซึ่งอยู่นอกขอบข่ายของการคุ้มครองหรือการประกันสุขภาพใด ๆ น่าจะมีจำนวนและสัดส่วนสูงจากประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการเจ็บป่วยและการตาย ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ น่าจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแพงขึ้นตามไปด้วย ภายใต้กรอบต่าง ๆ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปนี้การประกันสุขภาพโดยสมัครใจน่าจะมีลู่ทางในอนาคตที่ค่อนข้างชัดเจน เมื่อพิจารณาจากระบบการประกันสุขภาพแนวทางต่าง ๆ ที่มีในปัจจุบัน รวมทั้งแนวนโยบายการคลังเพื่อการสาธารณสุขและการแพทย์ในปัจจุบัน

การประกันสุขภาพตามโครงการบัตรสุขภาพ อาจจะขยายตัวถึงร้อยละ 8.9 ต่อปีในระยะปี 2535-2539 และร้อยละ 4.7 ต่อปีในระยะปี 2540-2544 และอาจคงเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 1.4 ต่อปี หลังจากนั้น หรืออีกนัยหนึ่งจากท่าทีที่น่าจะเป็นไปได้นั้น โครงการบัตรสุขภาพน่าจะครอบคลุมประชากรได้ถึงกว่า 5.4 ล้านคน ในปี 2543 และอาจสูงถึง 6 ล้านคน ในปี 2549 ส่วนการประกันสุขภาพเอกชนโดยธุรกิจประกันสุขภาพนั้นน่าจะมีท่าทีการเติบโตในอนาคตที่ชัดเจนกว่าโครงการบัตรสุขภาพโดยเปรียบเทียบ กล่าวคือประมาณว่าจากแนวโน้มถึงปัจจุบันแล้ว ควรขยายตัวได้ถึงร้อยละ 26 ต่อปีในระยะปัจจุบันจนถึง 2539 ร้อยละ 19 ต่อปีในระยะ 2540-2544 และร้อยละ 11 ต่อปีในระยะหลังจากนั้น ซึ่งควรครอบคลุมประชากร

ได้ถึง 2.2 ล้านคนโดยประมาณในปี 2543 และประมาณ 4.6 ล้านคนในปี 2549 ทั้งนี้เมื่อประมวลผลของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนด้วยแล้ว (เทียนฉาย กีระนันทน์ และกิตติ ลิ่มสกุล, 2536) ทั้งนี้โดยการประมาณเกี่ยวกับการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยน่าจะครอบคลุมจำนวนและสัดส่วนของประชากรลดลงเป็นสำคัญ

อย่างไรก็ตามการประมาณการดังกล่าวน่าจะเป็นประมาณการขั้นสูง เมื่อพิจารณาจากโอกาสและความเป็นไปได้จากฐานข้อมูลปัจจุบัน โดยเฉพาะการประกันสุขภาพเอกชนนั้นยังไม่ได้รวมผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการประกันคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถฉบับปัจจุบันไว้ด้วย เงื่อนไขที่น่าจะมีผลสำคัญต่อแนวโน้มของการขยายตัวของการประกันสุขภาพเอกชนดังกล่าวน่าจะประกอบด้วย

ก. สำหรับการประกันสุขภาพเอกชน

— การปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการทางธุรกิจ การเงิน การขาย และการตลาด ซึ่งก็มีท่าทีที่ดีในระยะหลังซึ่งพบและกล่าวไว้แล้วว่าค่าใช้จ่ายดำเนินการโดยเฉลี่ยมีท่าทีลดลงในระยะหลังซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาศักยภาพทางการจัดการ การที่เบี้ยประกันยังคงตัวหรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยสะท้อนถึงความสามารถในการจัดการที่ทำให้เกิดการประหยัดในขนาดของธุรกิจ รวมทั้งการแข่งขันที่ขยายตัวขึ้นในทางราคาน่าจะมีผลให้ลูกค้ามีอุปสงค์มากขึ้นได้ การบริหารจัดการนี้น่าจะสามารถแก้ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (moral hazard) จากการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก

— การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในอดีตที่มีผลในปัจจุบัน คือประชากรกลุ่มใหญ่จากการเพิ่มประชากรในอัตราสูงกำลังอยู่ในวัยแรงงานตอนต้น ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพดีและมีฐานะเศรษฐกิจปานกลางขึ้นไปสืบเนื่องจากโอกาสใหม่ทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะกว่าครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มคนเหล่านี้น่าจะมีอุปสงค์ต่อการประกันสุขภาพทั้งโดยตรงและ/หรือโดยควบกับการประกันชีวิตกับการประกันวินาศภัยอื่นค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มคนอื่น ๆ

— การจัดระบบข้อสนเทศการประกันสุขภาพ และการใช้ประโยชน์เผยแพร่ข้อสนเทศต่าง ๆ เพื่อความรู้ความเข้าใจที่ดีและถูกต้องในหมู่ประชาชนน่าจะทำได้ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะสมาคมประกันชีวิต สมาคมประกันวินาศภัยและสมาคมประกันสุขภาพ (ที่น่าจะมีขึ้น) น่าจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้อย่างมาก เพื่อแก้ไขปัญหาความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องของคนไทย และรวมทั้งอาจมีส่วนลดความรุนแรงของการใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขโดยขาดความเหมาะสมไปได้บ้าง

— การพัฒนากำลังคนและบุคลากรทางด้านการประกันภัย โดยเฉพาะการประกันสุขภาพน่าจะทำได้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการบริการประกันภัย รวมไปถึงการพัฒนาทักษะและคุณภาพของนายหน้าและตัวแทนขายประกัน ซึ่งมีข้อยืนยันจากประสบการณ์ว่าไม่มีคุณภาพมากนัก และการพัฒนาทักษะทางด้านการจัดการทางการเงินและการลงทุนของธุรกิจประกันภัย โดยเฉพาะการประกันสุขภาพด้วย

— โอกาสในการพัฒนาให้การประกันสุขภาพเอกชนเข้าผนวกเสริมการประกันสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ก็น่าจะมีความเป็นไปได้อยู่มาก

ข. สำหรับโครงการบัตรสุขภาพ (บัตรประกันสุขภาพ)

— กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักการ แนวทาง นโยบายและวิธีปฏิบัติของโครงการ และของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยชัดเจน และให้คงเส้นคงวา ซึ่งน่าจะมีลู่ทางเป็นเช่นนั้นได้มากในอนาคต หลังจากบทเรียนที่ได้รับจากความล้มลุกคลุกคลานของโครงการบัตรสุขภาพที่เกิดจากความผันผวนไม่แน่นอน และไม่ชัดเจนของนโยบายมาแล้วในอดีต

— การปรับเปลี่ยนโครงการบัตรสุขภาพไปใช้หลักการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และประเมินราคาบัตรที่สะท้อนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นกว่าการเป็นสวัสดิการสงเคราะห์ ซึ่งการพัฒนาระบบและรูปแบบจากการศึกษาทดลองในระยะ 3-4 ปีที่ผ่านมาในโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมันน่าจะเป็นบทเรียนที่ดี โดยเฉพาะผลได้จากการประเมินโครงการนั้นที่ว่าน่าจะได้สนับสนุนการวิจัยแล้วนำผลไปใช้มากขึ้น ก่อนที่จะตัดสินใจทำอะไรโดยไม่มีฐานเหตุผลมาจากการศึกษาวิจัยเลย

นอกจากผลการศึกษาในอดีตได้ประมาณการลู่ทางการขยายตัวของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจดังกล่าวแล้ว การพัฒนาระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยก็น่าจะเป็นไปโดยชัดเจนยิ่งขึ้นแม้ว่าจะเพิ่งเริ่มการระดมความคิดและเห็นความจำเป็นของระบบการประกันสุขภาพไม่นานมานี้ก็ตาม ทำให้พิจารณาได้ว่ามีความเป็นไปได้เช่นเดียวกันที่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจทั้ง 2 ประเภทหลัก ๆ ที่อภิปรายในบทความนี้จะพัฒนาเข้าไปเสริมหรือผนวกกับการประกันสุขภาพประเภทหรือรูปแบบอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันและจะพัฒนาไปในอนาคต เป็นต้นว่า

ก. การพัฒนาการประกันสุขภาพเอกชน นอกจากการขยายตัวของการประกันสุขภาพเอกชนในแง่ของประชากรเป้าหมายโดยตรงแล้ว การประกันสุขภาพเอกชนประเภทกลุ่มก็อาจพัฒนาเข้าไปรองรับส่วนของสวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ รวมทั้งรัฐวิสาหกิจด้วยได้ ทั้งนี้หากประมาณว่าเบี้ยประกันภัยประเภทกลุ่มนั้นจะเป็นประมาณ 1,200 บาทต่อคนโดยเฉลี่ย (ปัจจุบันอาจสูงกว่านั้นเล็กน้อย) โดยที่คาดประมาณและเชื่อกันว่ารัฐบาลจะไม่สามารถจัดสวัสดิการให้เปล่าแก่ข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจได้อีกนานนักเนื่องจากต้องใช้จ่ายเป็นวงเงินค่อนข้างสูงมาก และไม่แน่นอน แต่ฐานของการซื้อประกันสุขภาพแบบกลุ่มนี้ก็อาจจะครอบคลุมเฉพาะตัวข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจเอง โดยเปิดโอกาสให้บุคคลเหล่านี้เลือกซื้อเพิ่มเติมประกันสุขภาพให้ครอบคลุมครอบครัวของตนได้โดยจ่ายเบี้ยประกันเองในส่วนเพิ่มค่าใช้จ่ายเป็นเบี้ยประกันกลุ่มนี้น่าจะไม่มากกว่าจำนวนที่รัฐบาลเลิกจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบัน และอาจมีข้อดีที่บุคคลเหล่านั้นสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยเลือกสถานพยาบาลได้ตามเกณฑ์ของการประกันสุขภาพเอกชนในปัจจุบันที่มีอยู่แล้ว และปัญหาที่อาจเป็นไปได้ว่าจะเกิดการใช้ประโยชน์บริการเกินความจำเป็นเนื่องจากมีบุคคลที่สามเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายนั้นก็ไม่น่าจะเป็นผลที่รุนแรงไปกว่าที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และผู้จ่ายบุคคลที่สามในปัจจุบันก็คือรัฐบาลอยู่ดี และทั้งนี้ก็น่าจะต้องกำหนดมาตรการแก้ปัญหานั้นให้ได้ด้วย (เทียนฉาย กีระนันทน์, 2531) นอกจากนั้นหากพิจารณาในแง่ของการสนับสนุนภาคธุรกิจเอกชนแล้ว ก็อาจจัดให้การประกันสุขภาพเอกชนมีโอกาสผนวกเสริมเข้ากับการประกันสุขภาพในการประกันสังคมได้ โดยให้ผู้เอาประกันตนเลือกซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพเอกชนเพื่อให้ได้สิทธิ

ประโยชน์เพิ่มเติมจากพื้นฐานที่จัดให้โดยการประกันสังคม โดยผู้เอาประกันตนจ่ายเบี้ยประกันเฉพาะส่วนเพิ่มก็น่าจะทำได้ (Mallikamas, 1992) ส่วนสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่น ๆ และที่เป็นลักษณะของการประกันสุขภาพ โดยเรียกเก็บเงินล่วงหน้าที่มีดำเนินการในธุรกิจหรือส่วนราชการบางแห่งก็น่าจะจัดเป็นการซื้อประกันสุขภาพประเภทกลุ่มจากบริษัทประกันสุขภาพนี้ได้เช่นเดียวกัน

ข. การพัฒนาโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ของกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบัน อาจเข้ารองรับเพิ่มขึ้นในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้เมื่อกลุ่มประชากรยากจนซึ่งเป็นเป้าหมายของโครงการ สปน. ลดลง และเป็นการตัดภาระของรัฐในการดำเนินการโครงการ สปน. เสียเอง ก็อาจจัดซื้อบัตรประกันสุขภาพนี้ให้กับผู้อยู่ในเป้าหมายของโครงการ สปน. เหล่านั้น ตามราคาบัตรประกันสุขภาพที่กำหนด และให้มีสิทธิประโยชน์และใช้เงื่อนไขของบัตรประกันสุขภาพได้ ซึ่งก็เท่ากับรัฐใช้เงินจำนวนประมาณไม่มากกว่างบประมาณที่จัดสนับสนุนโครงการ สปน. ในปัจจุบันเท่าใดนัก แต่จะมีผลให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยเท่าเทียมกับผู้ประกันตนที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยทั่วไป ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นอาจมีได้บ้างโดยเฉพาะในแง่ของความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มที่ยากจน กับกลุ่มที่อยู่เหนือเส้นแบ่งความยากจนเพียงเล็กน้อย ซึ่งอยู่ในข่ายต้องจ่ายเงินซื้อบัตรประกันสุขภาพเอง แต่ปัญหาเช่นนั้นก็มีอยู่แล้วในปัจจุบันจึงมิใช่ของใหม่ และมีทางแก้ไขได้โดยการที่รัฐอาจพิจารณาจัดระดับการอุดหนุนเป็นหลายระดับไม่ใช่เพียง 2 ระดับ (คืออุดหนุนเต็มที่ กับไม่อุดหนุนเลย) เช่นในปัจจุบัน (เทียนฉาย กีระนันทน์, 2531) นอกเหนือจากนี้แล้ว วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2536) ยังเสนอความเห็นว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพด้วยตัวเองนั้นยังอาจพัฒนาต่อไปโดยประยุกต์หลักการและวิธีการของการประกันสุขภาพเอกชนกับการประกันสังคมผนวกเพิ่มเติมเข้าไว้ด้วย เช่น ขยายสิทธิประโยชน์ครอบคลุมของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจนั้นให้รวมไปถึงการอนามัยแม่และเด็ก การคลอดบุตร ชราภาพและมรณกรรม หรือแม้แต่ชดเชยการสูญเสียรายได้ระหว่างการเจ็บป่วยและต้องพักรักษาตัว หรือพิการทุพพลภาพด้วยก็ได้ แต่ทั้งนี้รายละเอียดต่าง ๆ คงต้องพิจารณาลึกซึ้งกว่านั้นมาก

เอกสารอ้างอิง

กองแผนงานสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. 2534: แนวนโยบายการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7. กรุงเทพ ฯ

จลีพร โกลากุล. 2532. การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในธุรกิจเอกชน. ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะฯ (บรรณาธิการ). ระบบประกันสุขภาพของไทย. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ

จลีพร โกลากุล และกรรณิกา บันสิทธิ์. 2528. "การสำรวจทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการประกันชีวิตและการออมทรัพย์." นิตยสารเพิ่มผลผลิต. เมษายน-พฤษภาคม. หน้า 58-63.

ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. 2536. "โครงการบัตรสุขภาพ ประวัติและวิวัฒนาการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์และกิจกรรม." บทความเสนอในการประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน. จัดโดยองค์การความร่วมมือทางวิชาการเยอรมันและกระทรวงสาธารณสุข. โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพ ฯ 30 สิงหาคม.

ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. 2536. "เปรียบเทียบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจและแบบบังคับบทวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข." ในผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ หน้า 37-53.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2529. พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของผู้ถือบัตรสุขภาพ. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2531. แนวทางการเพิ่มสมรรถภาพของสถานีอนามัยในการกลั่นกรองและส่งต่อคนไข้ในโครงการบัตรสุขภาพ. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพ.ฯ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และประสิทธิ์ ลีระพันธ์. 2532. "บัตรสุขภาพในเขตเมือง." ในระบบประกันสุขภาพของไทย. ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. บรรณาธิการ. Monograph Series No. 6. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพ ฯ,

เทียนฉาย กีระนันทน์ และคณะ. 2533. การวิเคราะห์เพื่อประเมินโครงการบัตรสุขภาพ. คณะเศรษฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ

ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. บรรณาธิการ. 2532. ระบบประกันสุขภาพของไทย. Monograph Series No. 6. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ

พีระ ตันติเศรณี และสัมมากร พรหมภักดี. 2532. "บัตรสุขภาพในเขตชนบท." ในระบบประกันสุขภาพของไทย. ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพของไทย. Monograph Series No. 6. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ

วิชัย โชควิวัฒน์. 2529. "การผสมผสานบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลกับบัตรสุขภาพ." จุลสารชมรมแพทย์ชนบท. 8 (3) : สิงหาคม-กันยายน.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2536. "การประกันสุขภาพในประเทศไทย : ปัจจุบันและอนาคต." ในผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพปี 2535. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ หน้า 55-80.

ศุภจิต มโนพิโมกษ์. 2536. "ความยั่งยืนทางการเงินและสังคมของโครงการบัตรสุขภาพ." บทความเสนอในการประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน. จัดโดยองค์การความร่วมมือทางวิชาการเยอรมันและกระทรวงสาธารณสุข. โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพฯ 30 สิงหาคม.

ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ. 2528. คู่มือปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพ พ.ศ. 2528-2530. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ

สำนักงานปลัดกระทรวง. กระทรวงสาธารณสุข. 2536. ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535. กรุงเทพฯ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2536. "บทเรียนจากโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2." บทความเสนอในการประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน. จัดโดยองค์การความร่วมมือทางวิชาการเยอรมันและกระทรวงสาธารณสุข. โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพฯ 30 สิงหาคม.

Anuwat Supachutikul and Petchsri Sirinirund. 1993. "The Plan and Activities of Thai-German Health Card Project." Paper presented at the Meeting on Lessons Learnt from the Thai-German Health Card Project. GTZ and Ministry of Public Health. Royal River Hotel. Bangkok. August 30.

Charls N. Myers, D. Mongkolsmai and N. Causino. 1985. Financing Health Service and Medical Care in Thailand. The US. Agency for International Development. Bangkok.

Dow Mongkolsamai. 1989. "Inventory of Health Expenditures in Thailand." Paper presented at the Second Annual Meeting of the International Health Policy Program. Manila. June.

Sothitorn Mallikamas. 1992. Private Health Insurance in Thailand. Faculty of Economics. Chulalongkorn University. Bangkok.

Thavitong Hongsvivat. et.al. 1986. Health Services Utilization under the Health Card programme. Monograph Series No. 4. Center for Health Policy Studies. Mahidol University.

Thienchay Kiranandana and Kitti Limskul. 1993. Private Health Insurance in Thailand : Performance, Problems and Prospects. Faculty of Economics. Chulalongkorn University. Bangkok.

Wolfgang Weber. 1993. "HCP from the Perspective of TG Cooperation." Paper presented at the Meeting on Lessons Learnt from the Thai-German Health Card Project. GTZ and Ministry of Public Health. Royal River Hotel. Bangkok. August 30.

อภิปรายทั่วไป

Dr. Jo Martin

ผมสงสัยว่า เงินที่ประชาชนจ่ายในการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงจากแหล่งหนึ่งมาอีกแหล่งหนึ่งได้อย่างไร และอาจเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบเหมาจ่าย (Capitation) ผมเข้าใจว่าระบบเหมาจ่ายไม่ใช่การที่ผู้รับบริการจ่ายเงินตามจำนวนการให้บริการของผู้ให้บริการ (Supplier) แต่เป็นการจ่ายเงินตามจำนวนต่อหัวของผู้ที่ซื้อประกัน

การนำเสนอชี้ให้เห็นว่า เงินสนับสนุนการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับคนยากจนไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันกองทุนประกันสังคมก็ดำเนินการโดยไม่ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล ทำไมจึงไม่นำเงินสมทบจากรัฐบาลในส่วนของประกันสังคมสนับสนุนการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลแก่คนยากจน

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

1. การเริ่มดำเนินการของ พ.ร.บ.ประกันสังคม ได้ประเมินสถานการณ์ในขั้นต้นอย่างไร ผมเห็นว่าควรถาม อ.จ.นิคม ว่าความคิดของการเริ่มต้น พ.ร.บ.ประกันสังคมเป็นอย่างไร

2. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยวิธีเหมาจ่าย (Capitation) ปัจจุบันถือว่ามีประสิทธิภาพ ทำให้กองทุนเลี้ยงตัวเองได้ไม่ขาดทุน ถ้าเราใช้วิธีการจ่ายตามรายการ (Fee for service) อาจทำให้สถานะของกองทุนไปไม่รอด

ดร.นิคม จันทรวิทูร

ความเป็นมาในขั้นแรก ร่าง พ.ร.บ.ประกันสังคม ที่เสนอโดยฝ่ายรัฐบาลมีเพียงลูกจ้างและนายจ้างเท่านั้นที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ต่อมานายจ้างได้เสนอว่าจะคัดค้าน พ.ร.บ.นี้ถ้ารัฐบาลไม่มีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ในหลายประเทศใช้วิธีการจ่ายเงินสมทบ 3 ส่วน คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

คำถามว่าทำไมถึงมีความแตกต่างกรณีให้ผู้ประกันตนร่วมจ่ายเงิน (copayment) ให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ในทางปฏิบัติ พ.ร.บ.ประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลทางการแพทย์โดยวิธีเหมาจ่าย (Capitation) หมายถึง สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงิน 700 บาท สำหรับการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การรับบริการทางการแพทย์ในกรณีปกติ และฉุกเฉิน ในกรณีฉุกเฉินที่มีการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การผ่าตัดหัวใจ การล้างไต ผู้

ประกันตนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินไปก่อน และสามารถเบิกโดยตรงกับสำนักงานประกันสังคมภายในอัตราที่กำหนด หากเกินอัตราที่กำหนดผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินส่วนเพิ่มเอง

ศ.น.พ.จิตร สิทธิอมร

1. ระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความซ้ำซ้อน ควรมีการควบคุมโครงการต่าง ๆ ว่ามีการเบิกซ้ำซ้อนหรือไม่ มีการใช้จ่ายเงินของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ มีความเป็นไปได้ไหมที่จะให้ทุกคนเบิกจากหน่วยงานกลาง จะได้รู้ว่าใครเบิกเท่าไร และมีระบบข้อมูลพื้นฐานเพื่อดูอัตราการครอบคลุมประชากรกลุ่มต่าง ๆ

2. ควรกำหนดนิยามและขอบเขตของบริการทางการแพทย์ ที่จะครอบคลุมในเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น การทำ burden of disease analysis การวิเคราะห์ระบบโดยดูว่ามีบริการอะไรบ้างที่จะครอบคลุม กำหนด intervention และกำหนดเกณฑ์ของการรับบริการเพื่อป้องกันการจ่ายเงินที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ดีควรมีการรวมกองทุนต่าง ๆ ให้เป็นกองเดียวกัน

น.พ.อนันต์ ประสานสุข

1. ระบบสาธารณสุขไทยควรมี Health requirement care ที่ประเทศจะจัดบริการทางการแพทย์ให้ทุกคนได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ถ้าเกินก็ต้องจ่ายเพิ่ม

2. แหล่งเงินในการจัดบริการ เช่น ภาษีสุขภาพ (Health tax) เป็นกองทุนรวม ผู้บริหารมีรัฐบาลและประชาชนเป็นผู้ดำเนินการ โดยจัดบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนพอใจ

3. ปัจจุบันมีการประกันหลายรูปแบบ ทั้งการบังคับตามกฎหมายและตามความสมัครใจ ซึ่งการประกันสุขภาพส่วนบุคคล จะยังคงดำเนินอยู่เพราะเป็นความสมัครใจและพอใจของประชาชน ดังนั้นควรกำหนดการให้บริการทางการแพทย์พื้นฐานที่จะให้แก่ประชาชน สำหรับส่วนเกินให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่าย เพราะจะให้รัฐรับภาระอย่างเดียวคงไม่ไหว รัฐควรดูแลผู้ด้อยโอกาสและผู้มีโอกาสควรเปิดโอกาสให้ใช้กองทุนของเขา เพื่อให้รัฐมีเงินเหลือจ่ายมาช่วยคนจน

สำนักงาน ก.พ.

ปัจจุบันโครงการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายสูงมาก โดยมีค่าใช้จ่าย 3,500 บาท/คน/ปี ถ้าเปลี่ยนไปใช้รูปแบบการประกันสุขภาพเอกชนและรัฐช่วยจ่ายบางส่วน จะเป็นไปได้หรือไม่

ดร.นิคม จันทรวิทูร

1. โครงการต่าง ๆ ทั้ง 6 โครงการ โครงการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการมีค่าใช้จ่ายสูงสุดเพราะครอบคลุมครอบครัว จึงควรเปลี่ยนระบบจากการจ่ายตามรายการ (fee for service) เป็นแบบเหมาจ่าย (Capitation) หรือเปลี่ยนรูปแบบโครงการให้ผู้ได้รับประโยชน์เสียเงินสมทบด้วย

2. ขณะนี้กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมกำลังคิดอยู่ว่า จะใช้รูปแบบของบัตรประกันสุขภาพให้แก่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงแรงงานฯ ดูแลอยู่ ประมาณ 9 ล้านคนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ โดยจ่ายเงินให้กระทรวงสาธารณสุขในราคาบัตรละ 500 บาท

3. การประกันสุขภาพเอกชน ปัจจุบันครอบคลุมประมาณ 2 แสนคน ซึ่งมีราคาแพงเพราะฐานประชาชนแคบ

4. นายจ้างที่มีคนงานต่ำกว่า 10 คน ควรจะสนับสนุนให้ซื้อประกันจากเอกชน หรือให้เข้าร่วมกองทุนประกันสังคมแบบสมัครใจ

5. เห็นด้วยที่จะทำให้เป็น Universal coverage ถึงเวลาที่จะยอมรับว่าการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ควรวางกรอบของกฎหมายเพื่อรองรับการประกันสุขภาพ โดยดูจาก กฎหมายประกันสังคม หรือ National health care system ปัจจุบันกำลังผลักดันกฎหมายสวัสดิการสังคม โดยให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม

นายณรงค์ พยุงพงศ์

กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการในส่วนที่เป็น Minimum requirement ได้ สำหรับสวัสดิการของแต่ละหน่วยงานน่าจะเป็นส่วนเพิ่ม ซึ่งแบ่งเป็นโครงการต่าง ๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการพลเรือน ทำให้มองเห็นชัดว่าจะต้องใช้เงินเท่าไร ข้าราชการต้องจ่ายเงินสมทบเท่าไร นอกจากนี้งบประมาณควรคิดให้รอบคอบและโรงพยาบาลรัฐรับไหวไหม เพราะปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนมากมายควรพิจารณาว่าทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนจ่ายกันอย่างไร

ถ้าจะให้ครอบคลุมประชาชนเพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในแต่ละโครงการควรมีองค์กรที่รับผิดชอบเพื่อดูในภาพรวม เพราะผู้รับผิดชอบแต่ละโครงการก็จะดูแลในส่วนของตัวเองให้ดีที่สุด ทำให้เกิดความแตกต่างมากยิ่งขึ้น

นายนิวัฒน์ วชิรวราการ

ระบบการประกันสุขภาพแบ่งองค์กรเป็น 3 หน่วยงานคือ

1. กระทรวงการคลังดูแลข้าราชการ
2. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมดูแลผู้ใช้แรงงาน
3. กระทรวงสาธารณสุขดูแลผู้ยากไร้และเกษตรกร

การปรับปรุงควรจัดระบบหน่วยงาน/องค์กร ให้มีประสิทธิภาพ ควรมีหน่วยงานกลางในการพิจารณาเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

1. บทความเรื่อง Payroll Tax Financed Health Insurance Schemes in Thailand หน้าที่ 19 ตารางที่ 3.2 สรุปสภาพทั่วไปของการประกันสังคม ในปี 1991 กองทุนมีเงิน 4,178 ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ 753 ล้านบาท ในปี 1992 กองทุนมีเงิน 6,594 ล้านบาท มีค่าใช้จ่าย 1,823 ล้านบาท ในปี 1991 พบว่าน่าเป็นห่วง ส่วนที่เป็น % ของการรักษาพยาบาล เป็น 17% ของเงินสมทบ ปี 1992 คิดเป็น 30% ถ้านับรวมปี 1991-1993 คิดเป็น 41% สามารถอธิบายคือ การเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนโดยครอบคลุมถึงจำนวนลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป ทำให้จำนวนเงินสมทบเพิ่มไม่เท่ากับอัตราเงินเหมาจ่าย หัวละ 700 บาท หรือในปี 1991 ยังเป็นระยะเริ่มต้นของการเริ่มใช้ พ.ร.บ.ประกันสังคม ผู้ประกันตนยังมีอัตราการไปใช้บริการต่ำ จึงต้องติดตามผลในปี 1992-1994 ดูการเปลี่ยนแปลง

2. ในเชิงนโยบายมีข้อสังเกตดังนี้

2.1 พยายามให้มี Universal coverage ต้องคิดให้ละเอียด

2.2 เมื่อมีการประกันสุขภาพแล้ว การดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนเปลี่ยนไปอย่างไร สามารถส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนได้หรือไม่ หรือมีการประกันแล้วคิดแต่วิธีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเท่านั้น เรื่องการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ จะรวมเข้ามาได้อย่างไร ดังนั้นการคิด Basic Essential Package ควรคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนด้วยตัวอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา มีข้อตกลงทางกฎหมายว่า ประชาชนจะได้รับการประกันสุขภาพ 100% แต่รายละเอียดของสิทธิประโยชน์ไม่ได้ระบุไว้ในกฎหมาย ประเทศไทยควรมีการกำหนดให้มีความชัดเจนก่อนออกเป็นกฎหมาย

2.3 ถ้าใช้ระบบเหมาจ่าย จะมีความมั่นใจในการควบคุมคุณภาพการบริการแค่ไหน

2.4 พฤติกรรม cross subsidization เช่น การจ่ายเงินที่ได้รับจากโครงการจัดสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการให้โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย สูงกว่าผู้ได้รับงบปกติ นโยบายรัฐบาลมองโรงพยาบาลรัฐอย่างไร ถ้ามีเป้าหมายการสร้าง Universal coverage บทบาทการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการทำอย่างไรให้มีการ cross subsidization ให้มากขึ้น เช่น การเพิ่มห้องพิเศษของโรงพยาบาลรัฐ ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายการเน้นให้ภาคเอกชนเติบโตเพื่อรองรับคนที่มีความสามารถจ่าย ดังนั้นจึงต้องการนโยบายที่ชัดเจน

2.5 ทุกโครงการยังขาดประสิทธิภาพ ปัญหาคือ ผู้ให้บริการ (Providers) และกลไกการบริหารเพื่อแก้ปัญหา การสนับสนุนให้มี Universal coverage เป็นการจัดสรรงบประมาณจำนวนมาก ในขณะที่ระบบบริหารที่มีอยู่ของแต่ละโครงการยังมีปัญหา

ศ.ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์

1. การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นคนละเรื่องกับการประกันสุขภาพปัญหาการขาดประสิทธิภาพ ความไม่เสมอภาคและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของแต่ละโครงการ ส่วนหนึ่งไม่ใช่เป็นจุดอ่อนของการประกันสุขภาพ แต่เป็นเรื่องของการบริการ ถ้าเอาการประกันสุขภาพมาแก้ก็ไม่แก้ที่ต้นเหตุ การเรียกร้องระบบการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข การประกันสุขภาพแห่งชาติ และกำหนด Minimum guarantee ไม่ใช่เรื่องใหม่ การจัดระบบประกันสุขภาพโดยไม่ปรับระบบบริการทางการแพทย์เป็นไปไม่ได้ ซึ่งหลีกไม่พ้นการกำหนดระบบสาธารณสุข ในระดับ Primary care และ Tertiary care รัฐต้องรับภาระในการดูแลด้านการป้องกันโรค ส่วนงานส่งเสริมสุขภาพควรเป็นบทบาทของกระทรวงศึกษาธิการ ถ้าระบบสาธารณสุขของประเทศมีความชัดเจนจะสามารถจัดสรรบทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. สิ่งที่ต้องปฏิรูปคือระบบสาธารณสุข ดังนี้

2.1 ต้องแยกงานบริการ กับงานบริหาร งานควบคุมกำกับและคุ้มครองผู้บริโภค ปัญหาคือด้านการบริหาร หากกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดนโยบายและเป็นผู้ดูแลกองทุนเองก็จะดูชอบกล

2.2 การจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประมาณ 5,100 ล้านบาท คิดเป็น 300 บาทต่อคนต่อเดือน ถ้าพิจารณาจะเห็นว่าถูกมากเพราะครอบคลุมถึงบุพการีและคนจำนวนมาก ในขณะเดียวกันยังขึ้นอยู่กับแบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน เพราะหากเป็นโรคเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและอายุประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากเช่นกัน ดังนั้นควรพิจารณาให้รอบคอบ ถ้าจะซื้อประกันโดยรัฐจ่ายให้ส่วนหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นบัตรประกันสุขภาพ จำนวนประชากรที่จะครอบคลุมจะลดลงทันที และจะมีปัญหาเรื่องการจ่ายค่าจ้าง เงินเดือนและค่าตอบแทนตามมา

3. การขายกรมธรรม์ประกันสุขภาพร่วมกับกรมธรรม์ประกันชีวิต ผู้ซื้อไม่ต้องเสียภาษีแต่ประกันสุขภาพที่ซื้อร่วมกับการประกันวินาศภัยต้องเสียภาษี 7%/ปี คงต้องดูในรายละเอียดสำหรับเบี้ยประกันภัยแบบบุคคล เฉลี่ยต่อกรมธรรม์ 10,850 บาท เป็นราคาที่ค่อนข้างแพง เพราะเป็นการเลือกสิทธิประโยชน์ ในขณะเดียวกันการประกันภัยแบบกลุ่มจะต้องเสียเบี้ยประกันคนละ 1,200 บาท ถ้าต้องการเพิ่มต้องจ่ายเองซึ่งเทียบแล้วเป็นราคาที่ใกล้เคียงกับบัตรประกันสุขภาพ และยังสามารถไปรับบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนได้

ผศ.อนงค์ โรจน์วณิชย์

ค่าใช้จ่ายที่สูงถึง 5,100 ล้านบาท ไม่ได้รวมต้นทุนผู้ให้บริการ (Providers) ต้องยอมรับทุกโครงการมีคนเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการคุ้มครอง ดังนั้นควรมีการบริหารจัดการแต่ละโครงการให้มีประสิทธิภาพและนำเงินไปช่วยเหลือคนยากจน เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น ที่มีการพัฒนาประเทศสูงแต่มีผู้ได้รับการคุ้มครองประมาณ 30% รัฐบาลจะดูแลคือให้ซื้อในราคาถูก คือ Basic coverage โดยรัฐสนับสนุน ต่อมากลุ่ม 30% ที่ได้รับการครอบคลุมจะมีค่าใช้จ่ายที่สูง แต่มีการนำเงินจากส่วนอื่นมาช่วยโครงการที่ขาดทุน

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

1. เห็นด้วยว่า การปฏิรูประบบสาธารณสุขจะต้องปฏิรูปทั้งระบบการคลังสาธารณสุขและการประกันสุขภาพ โดยทำทั้งสองอย่างพร้อมกัน ทั้งนี้การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขก็เป็นเครื่องมือของการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขอาจแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การให้บริการทางการแพทย์และเป็นองค์กรกลางเพื่อทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายเงิน (reimbursement) ตลอดจนให้ประชาชนซื้อบริการที่เป็น Basic Essential Package ทั้งจากรัฐและเอกชน หน้าที่องค์กรกลางไม่ควรสร้างโรงพยาบาลแต่ควบคุมกำกับ ทั้งด้านประสิทธิภาพและคุณภาพ อย่างไรก็ดีการดำเนินการยังมีปัญหาว่า แต่ละโครงการหรือกรมบัญชีกลางจะยอมตัดเงินงบประมาณให้หน่วยงานอื่นควบคุมหรือไม่ จากประสบการณ์ของประเทศอังกฤษ และสวีเดน มีการตัดเงินให้บริหารเอง ซึ่งจะมีผลให้เกิดการสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรทางการแพทย์

2. ควรมีการคำนึงถึงวิสัยทัศน์ (Vision) ของระบบโดยการปรับโครงการต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ เช่น โครงการจัดสวัสดิการข้าราชการพลเรือนอาจปรับเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่าย (Capitation) แทนวิธีการจ่ายตามรายการ (fee for service)

3. ควรพิจารณาว่าระบบสาธารณสุขและการคลังสาธารณสุขในภาพรวมเราต้องการได้อะไร ซึ่งในที่ประชุมนี้มีหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ครบ ผมคิดว่าเราสามารถหาแนวทางที่จะดำเนินการต่อไปได้

Dr. Jo Martins

สิ่งที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พูดมีความสำคัญคือ การปรับองค์กรในระดับของการบริการ ซึ่งเรื่องนี้ต้องการการสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล เช่นตัวอย่างของประเทศออสเตรเลียและแคนาดา มีการตั้งโรงพยาบาลโดยการประสานความร่วมมือหน่วยที่จัดบริการสาธารณะ ดังนั้นจึงมีวิธีการที่จะดำเนินการหลายวิธีดังนี้

1. การสนับสนุนด้านนโยบายจากรัฐบาลในการจัดบริการสาธารณะ

2. เปิดโอกาสให้ระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม ในรูปของการตั้งคณะกรรมการระดับท้องถิ่นเข้ามาบริหารจัดการกิจการสาธารณสุข

3. สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขมีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุข

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพการบริหารงาน พัฒนากลไกการบริหารเงินทุนทั้งภาครัฐและเอกชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถไปรับบริการทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยใช้วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานบริการแบบเหมาจ่าย (Capitation) แทนการจ่ายแบบตามรายการ (Fee for service)

ดร.นิคม จันทรวิทูร

ผมขอฝากการพิจารณาในที่ประชุมกลุ่มเกี่ยวกับการจัดการ จากประสบการณ์ของการประกันสังคม 3 ปี การบริหารงานด้านการประกันสังคมมีการใช้คณะกรรมการไตรภาคีระหว่าง นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล ดังนั้นในอนาคตการขยายการบริการให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ควรขยายขอบเขตการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของกลุ่มผู้บริโภค (Consumer group) และสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ (สมาคมแพทย์และสมาคมร้านขายยา) เป็นต้น ผมว่าจากประสบการณ์ 3 ปี เราเป็นห่วงกันว่า ลูกจ้างเข้ามาแล้วจะมีการเรียกร้องเพิ่ม ในทางตรงข้ามลูกจ้างจะประหยัดเพราะกลัวจะเสียเงินเพิ่ม ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่น่าสนใจ

A Synthesis

น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ผมได้รับมอบหมายที่จะสรุปและลองเสนอทางเลือกที่จะปฏิรูปให้ได้เป้าหมายที่ Dr. Hsiao กล่าว ผมขอทบทวนสั้นๆ ว่า เรามีระบบประกันสุขภาพหลายระบบและยังมีระบบย่อยๆ อีก ระบบที่กำลังมีปัญหาในปัจจุบันได้แก่ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งบริษัทประกันภัยเอกชนมีโอกาสที่จะปัดผู้มีอัตราเสี่ยงสูงออกไป และจะพึ่งบริษัทประกันภัยเอกชนค่อนข้างลำบาก เช่น ผู้ประสบอุบัติเหตุไปรับบริการของสถานบริการภาครัฐและเอกชน มักจะมีปัญหาการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกันภัยเอกชน

เมื่อทบทวนความไม่เท่าเทียมหรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ ในปัจจุบัน สรุปได้ดังนี้

1. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยใน และการตรวจร่างกาย สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ นอกเหนือจากโครงการอื่นๆ สำหรับโครงการประกันสังคม ให้โอกาสในบางโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ซึ่งถือเป็นแรงจูงใจให้มีผู้มาประกันตนกับเครือข่ายมากๆ

2. การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการให้สิทธิพิเศษนอกเหนือโครงการอื่นๆ โครงการประกันสังคมให้การบริการอนามัยแม่และเด็ก โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลและผู้สูงอายุก็ให้อยู่บ้าง เช่น การฉีดวัคซีน ซึ่งจะว่าไปก็เป็นโครงการระดับชาติ แม้ว่าจะเป็นโครงการระดับชาติเพื่อรณรงค์การฉีดวัคซีน ก็ยังมีโรงพยาบาลรัฐบางแห่งเก็บเงินอยู่บ้าง และผู้มีบัตรรายได้น้อยก็จะได้รับการยกเว้นทั้งหมด สำหรับบัตรประกันสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น อนามัยแม่และเด็ก

3. สิทธิประโยชน์ในรูปของเงิน (Cash Benefit) มีเฉพาะกลุ่มที่จ่ายเงินสมทบในโครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน ส่วนการประกันภัยเอกชนก็มีบ้าง

4. การให้โอกาสในการเลือก (Choice) มีในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและกองทุนเงินทดแทน สำหรับกองทุนประกันสังคมให้โอกาสผู้ประกันตนในการเลือกปีละครั้ง อันนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการคิดปฏิรูป ประโยชน์ของการปฏิรูปก็ได้ทดลองในกลุ่มของผู้ถือบัตรรายได้น้อยและประกันสุขภาพ ซึ่งแหล่งเงินมาจากภาษีโดยตรง แล้วทบทวนกลไกในการจ่าย กลไกในการจ่ายในโครงการสวัสดิการข้าราชการเป็นการจ่ายตามรายการ (Fee for service) รวมทั้งบัตรประกันสุขภาพก็มีการปรับกลไกในการจ่ายคือ การจ่ายเงินให้สถานบริการเปลี่ยนจากตั้งสัดส่วนไว้ล่วงหน้ามาเป็นการจ่ายตามรายการ (Fee for service) เพราะปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ การร่วมจ่าย (Copayment) ถือเป็นกลไกหนึ่งในการพิจารณาสำหรับการที่จะปฏิรูปก็มีโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งจะต้องร่วมจ่ายในกรณีที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน ในส่วนของการประกันสังคมมีบางส่วนที่ทำกัน ก็จะมีการจ่ายล่วงหน้าหรือถ้าต้องการที่จะอยู่ห้องพิเศษ โรงพยาบาลเอกชนก็สามารถชี้แจงต่อผู้ประกันตนและผู้ประกันตนก็ยินดีที่จะจ่าย สำหรับกองเงินทดแทนถ้าจ่ายเกิน 30,000 บาท ก็จะมีการจ่ายร่วม อันนี้เป็นตัวเลขที่บอกความไม่เท่าเทียม สวัสดิการรักษา

พยาบาลข้าราชการและประกันสุขภาพเอกชนจะเห็นว่ารายจ่ายต่อหัวสูงกว่าอย่างอื่น อาจเป็นเพราะต้องการ Cross subsidized โครงการอื่นๆ

สำหรับการขยายความครอบคลุมจะเห็นว่าโอกาสที่จะขยายครอบคลุมในแต่ละโครงการค่อนข้างน้อย หรือถ้าโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจะขยายโครงการตามเส้นแบ่งความยากจน (Poverty line) เดิม โอกาสในการขยายความครอบคลุมเป็นลบ ก็คือคนพ้นขีด เส้นแบ่งความยากจนอันเดิมมากขึ้น ตัวเลขนี้อาจจะเปลี่ยนแปลงไปเพราะเราขยับตัวเลขเส้นแบ่งความยากจนขึ้นไป

- โดยสรุปแล้วโอกาสที่จะขยายความครอบคลุมไปทุกๆ คนก็ค่อนข้างยาก ถ้าไม่มีนโยบายที่จะปฏิรูปจริงๆ การประชุมครั้งนี้เกี่ยวกับ Health Financing in Thailand เพราะฉะนั้นประเด็นที่เสนอจะพิจารณาเฉพาะ Health Care Financing Reform ซึ่งตามที่อาจารย์ เทียนฉาย ได้ยกประเด็นว่า การที่เราจะปฏิรูปให้เป็น National Health Service หรือ National Health Insurance System ต้องควบคู่กันไปทั้งการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขและระบบการจัดบริการสาธารณสุข บทความที่จะเสนอหรือจะพิจารณาควรจะพาดพิงการให้บริการทางการแพทย์ แต่น่าจะเป็นเรื่องการคลังสาธารณสุขมากกว่าเพื่อเจาะเรื่องนี้ได้ชัดเจน แต่การปฏิรูปการจัดบริการทางการแพทย์ นั้นก็จำเป็นต้องพิจารณาด้วย

ทางเลือกในการปฏิรูปมี 3 แนวทางคือ

1. การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ (Major reform) หมายถึงการรวมกองทุนต่างๆ ในปัจจุบันเข้าด้วยกัน โดยมีองค์กรกลางซื้อ National Health Insurance Purchasing Cooperative ซึ่งจะเป็นองค์กรอิสระหรือองค์กรรัฐเพื่อรับเงินทุนจากภาษีและเงินเพิ่มในส่วนต่างๆ เพื่อขยายความครอบคลุมประชาชนอีก 25 ล้านคน องค์กรจะพิจารณาว่าจะนำเงินส่วนนี้ไปซื้อบริการให้กับกลุ่มใดบ้าง หมายถึง ผู้ที่ไปซื้อบริการจากผู้ให้บริการต่างๆ ให้กับประชาชนทุกคนตาม Basic Minimum Package องค์กรนี้ต้องการความตั้งใจจริงและการสนับสนุนทางการเมืองอย่างแข็งขันมาก เพราะจะต้องรวมโครงการต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งอาจจะได้รับการคัดค้านจากผู้ที่ให้สวัสดิการกับกลุ่มที่ตัวเองรับผิดชอบอยู่ ซึ่งเป็นเป้าหมายย่อยของแต่ละองค์กรที่พยายามคงไว้ แต่ถ้าเป้าหมายขององค์กรนี้ไม่ชัดเจนโอกาสที่องค์กรปัจจุบันจะคัดค้านก็มีสูง องค์กรนี้จะใช้ Financing power จัดการให้ทุกกลุ่มมีสิทธิประโยชน์ สิทธิขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกัน และสามารถใช้อำนาจซื้อที่มีอยู่คนเดียว แต่มีผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรัฐและเอกชนที่เป็นผู้ขายบริการให้ National Health Insurance Purchasing Cooperative ฉะนั้นโอกาสที่จะใช้กลไกด้านการคลังหรืออำนาจทางการคลัง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพก็จะมีสูง เช่น ใช้วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่าย (Capitation) สำหรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้กับทุกคน และการบริการขั้นทุติยภูมิ (Secondary care) และ ตติยภูมิ (Tertiary care) ก็จะใช้ลักษณะของการเบิกจ่ายเงินตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น การใช้ระบบ DRG ของสหรัฐอเมริกา และการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพใช้การคิดต้นทุนต่อหน่วยเพื่อจูงใจให้มีการบริการมากขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ อำนาจทางการคลัง (financing power) ฉะนั้นปัญหาที่ติดอยู่คือ Basic Essential Package คืออะไร แต่ถ้าหากใช้การปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป โอกาสที่จะเห็น Basic Essential Package ชัดเจนขึ้น และทำให้เกิดความเป็นธรรมเท่ากันทุกคน สำหรับสิทธิในการเลือกก็จะสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ทั้งรัฐและเอกชน อย่างที่หลาย

ท่านได้เสนอไว้ว่า ถ้าไปภาคเอกชนจะมีบริการที่นอกเหนือหรือบริการที่สูงกว่านั้น ดังนั้นก็จะมีส่วนในการจ่ายร่วม (Copayment) หรือในส่วนของ Copayment insurance หน่วยงานที่เป็น Purchasing cooperative จะดูแลทางด้าน Basic Essential Package แต่ส่วนที่นอกเหนือจากนั้นผู้ที่มีกำลังซื้อก็สามารถซื้อกรมธรรม์จากบริษัทประกันภัยเอกชนอื่นๆ เพิ่มเติม สำหรับการจ่ายร่วมมีข้อพิจารณาอยู่ 2 อย่างคือ เป็นการจ่ายร่วมทุกครั้งที่มาใช้บริการ เช่น เมื่อคำนวณ Basic Essential Package ทั้งบริการแบบปกติและฉุกเฉิน ข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม คนไทยป่วยเฉลี่ยปีละ 2 ครั้ง ถ้า Basic Essential Package ครอบคลุมบริการแบบฉุกเฉิน ครั้งละ 100 บาทต่อคน จำนวน 2 ครั้ง ก็เป็น 200 บาทต่อคน ส่วนที่เหนือนอกจากนั้นเป็นการจ่ายร่วม สำหรับการบริการผู้ป่วยใน โอกาสที่จะป่วยเป็น 0.05 ครั้ง/คน ถ้าให้ 5,000 บาทต่อคน คำนวณประชากร 57 ล้านคน ต้องใช้เงิน 26,000 ล้านบาท ซึ่งก็เป็นตัวเลขคร่าวๆ ส่วนที่เกินจากนั้นเป็นการจ่ายร่วม ผู้ไปใช้บริการก็จะจ่ายเพิ่ม ถ้าใช้ในภาครัฐก็ยังอยู่ในราคานี้ มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ภาครัฐคิดต้นทุนในการดำเนินการต่ำ จากที่ น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ได้ประมาณการณ์ในปี 2534 พอคำนวณซ้ำอีกจะเพิ่มในอัตราสูงกว่าที่ตั้งไว้ 10% และสูงมากกว่า 20% ฉะนั้น Basic Essential Package มีความเป็นไปได้ที่จะใช้วิธีร่วมจ่ายในส่วนที่นอกเหนือ หรืออาจจะใช้วิธีการเก็บ Nominal Fee หมายถึง เก็บค่ารักษาพยาบาลก่อนเรื่อยๆ จนถึงจุดหนึ่ง เช่น ของสวีเดนจะเก็บค่ารักษาพยาบาลไปเรื่อยๆ ทั้งคนไข้นอกและคนไข้ในจนถึง 1,600 สวีดิชคราว หลังจากนั้นไม่ต้องจ่ายเลย อันนี้เป็นทางเลือกหนึ่งของ Nominal fee ผู้มารับบริการขั้นแรกก็สามารถจ่ายได้ พอถึงส่วนหนึ่งแล้วเห็นว่าเป็นภาระมากเกินไป เราให้รับบริการฟรี ส่วนนี้จะมีความสำคัญมากและเสี่ยงต่อการได้รับแรงสนับสนุนและถ้านโยบายรัฐบาลไม่สนับสนุนโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อย

2. การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป (Minor reform) คือ ไม่มีการรวมเงินไว้ที่ส่วนกลาง แต่มีหน่วยงานในรูป National Health Insurance Coordinative ทำหน้าที่ประสานงาน ดูความไม่เท่าเทียมกันและกลไกการจ่ายเงินของแต่ละโครงการว่าเป็นอย่างไร ตลอดจนเสนอความเห็นให้โครงการต่างๆ เช่น เสนอต่อกรมบัญชีกลางในการดูแลโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ เสนอต่อสำนักงานประกันสังคม หรือเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้นการสนับสนุนทางการเมืองก็จะลดน้อยลงเพราะแรงต่อต้านจะน้อยกว่า แต่ความเสมอภาคจะต่ำกว่า และการ Cross Subsidized ระหว่างโครงการต่างๆ ทำได้น้อยเพราะแต่ละองค์กรก็จะพยายามให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานแต่ละโครงการ แต่บางกลุ่มจะไม่มีใครอยากเข้าไปแข่งขันด้วย เช่น กลุ่มคนยากจนและแรงงานเคลื่อนย้าย ซึ่งบัตรประกันสุขภาพ และการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของการประกันสังคม ไม่แน่ใจว่าจะเข้าไปแข่งขันหรือไม่ ฉะนั้นประสิทธิภาพคงไม่เหมือนกับทางเลือกแรก แต่องค์กรที่ประสานงานลักษณะ (Coordinating body) สามารถเสนอได้ว่าควรใช้วิธีเหมาจ่าย (Capitation) เท่าไร หรือจะใช้ DRG ทั้งนี้แต่ละโครงการอาจไม่นำไปใช้เพราะองค์กรนี้ไม่มี Financing Power จริงๆ ฉะนั้นความไม่เสมอภาคอาจจะยังคงมีอยู่ อย่างไรก็ตามทางเลือกนี้สามารถทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพเพราะ ให้สิทธิในการเลือก และใช้วิธีการร่วมจ่าย (Copayment) เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพ

3. การคงสภาพเดิมแต่มีนโยบายเพิ่มเติม คือ การครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพใดๆ โดยหาเงินสนับสนุนเพิ่มเติม ฉะนั้นองค์กรกลางระดับชาติก็อาจไม่จำเป็น ผู้ให้บริการ

ภาครัฐยังทำหน้าที่เป็น Cross Subsidized เหมือนปัจจุบัน และพยายามดึงเงินจากกลุ่มที่ได้กำไรมาก ๆ หรือ Third Party ที่กำลังจ่ายสูง ๆ เพื่อ Cross Subsidized กลุ่ม 25 ล้านคนที่เหลือ ซึ่งงบประมาณอาจจะได้ไม่เต็มที่เท่าไร ฉะนั้นความมีประสิทธิภาพทั้งระบบใหญ่ก็คงจะเกิดได้ยาก ส่วนระบบย่อยมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น แต่ความเสมอภาคยังคงอยู่เพราะแต่ละโครงการต้องการให้โครงการของตนดีกว่าโครงการอื่น ๆ

ทั้งหมดนี้เป็นทางเลือก 3 แนวทาง เราน่าจะเลือกทางไหนเพราะเหตุผลอะไร ข้อดีหรือความสำเร็จของทางเลือกที่ 1 ก็คงจะดีที่สุดแต่ว่าจะต้องพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับ Basic Essential Package ว่าเป็นอย่างไร และองค์กรนี้เป็นไปตามความคาดหวังได้หรือไม่ ถ้าเป็นองค์กรของรัฐหลายคนอาจจะแย้งว่าจะไม่เกิดการแข่งขันเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการบริการผู้ประกันตนและประชาชนทุกคน ก็อาจจะเป็นเสือนอนกินและมีโอกาสที่จะเก็บเงินให้พอกพูนได้มากกว่า อันนี้เป็นความคิดเห็นที่อาจจะขัดแย้งในตรงนี้ ผมว่าทางเลือกจะเป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือเป็นเพียงผ่านไปสู่ทางเลือกที่หนึ่ง การเลือกทางเลือกที่ 1 โดยตรงจะเป็นเรื่องยาก อาจใช้ทางเลือกที่ 2 ผ่านไปสู่ทางเลือกที่ 1 และอาจจะกระโจนไปสู่ทางเลือกที่ 1 โดยตรงเลย อันนี้จะใช้เวลา 3-5 ปี สำหรับแหล่งเงิน อย่างที่ผมคำนวณไว้คร่าว ๆ ไว้เมื่อ 2 เดือนที่แล้วและไม่อยากคำนวณซ้ำอีก เพราะจะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านพิจารณา ผมคิดว่าเงิน 26,000 ล้านบาท ปัจจุบันเรามีเงินเข้าสู่ระบบเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ผมคาดว่าในปี 2537 นี่จะเป็น 7,000 ล้านบาท ประกันสังคมอาจจะเข้ามามากกว่าที่คาดการณ์ไว้ อาจเป็น 3,500 ล้านบาท กองทุนเงินทดแทน 800 ล้านบาท จากหลาย ๆ ทาง ทางอื่นอีก รายได้น้อยอีก 4,000 ล้านบาท รวมกันแล้วจะได้เงินอีก 10,000 ล้านบาท เพื่อครอบคลุมอีก 25 ล้านคน ให้ได้ Basic Essential Package

ที่กล่าวนี้มาดูตัวเลขอีกนิดหนึ่งว่า จากการปฏิรูประบบสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาพิจารณาภาษีสินค้าที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า ภาษีบุหรี่ในประเทศเราค่อนข้างสูง หรืออาจจะยังไม่สูงพอก็ได้ ก็คือประมาณ 30-50% แล้วภาษีแอลกอฮอล์ มีอยู่เมื่อดูแล้วราคาบุหรี่ไม่เพิ่มมากขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อเท่าไร ถ้าหากว่าเพิ่มอีก 10% ก็จะได้เงินเพิ่มอีก 200 ล้านบาท เท่านั้นเอง อันนี้ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญจริงคงจะต้องหาเงินมาจากภาษีเหล่านี้หรือตามข้อเสนอของ อาจารย์อนันต์ คือ Health Tax ฉะนั้นทางเลือกหนึ่งทางด้าน Affordability คิดว่าพอจะเป็นไปได้ ในรายละเอียดจะต้องให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาทางเลือกต่าง ๆ อย่างละเอียดกันต่อไป

อภิปรายทั่วไป

ศ.น.พ.จิตร สิทธิอมร

ขอบคุณที่ได้เสนอทางเลือกหลายทาง ปัญหาคงไม่ใช่การหาเงินอีก 10,000 ล้านบาท เพราะข้อมูลอัตราการรับบริการไม่ได้มาจากความต้องการที่แท้จริงซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าการมารับบริการจริงก็ได้ ฉะนั้นต้องพิจารณาดังนี้

1. ดูความต้องการจริง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Burden of illness ซึ่งต้องรวมทั้งการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค ขณะนี้เข้าใจว่ายังขาดเงินอีก 10,000 ล้านบาท เป็นการคิดเฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น ต้องคำนวณการใช้เงินทั้งการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค

2. ต้นทุนบุคลากรทางการแพทย์มีการใช้รวมกันอยู่ โดยเฉพาะมีต้นทุนเงินเดือนข้าราชการ เป็นไปได้ไหมที่การขยายความครอบคลุมให้ดีขึ้น โดยเปลี่ยนโครงสร้างผู้ให้บริการ โดยฝึกอบรมบุคลากรบางประเภทที่ไม่ใช่แพทย์เพื่อช่วยการให้บริการทางการแพทย์ทั้งการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค โดยใช้วิธีการดำเนินงานที่ให้มีต้นทุนประสิทธิภาพสูง

ทางเลือกดังกล่าวเป็นทางเลือกคร่าว ๆ อาจต้องมีบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น จะต้องเห็นโครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานโดยคำนวณจากฐานข้อมูลการมารับบริการ ที่ผ่านมาไม่แน่ใจว่าจะครอบคลุมได้ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาบุคลากรทางการแพทย์ เรามีอัตราแพทย์ : ประชากร คือ 1 : 5,000 คน ซึ่งอัตราดังกล่าวสามารถให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานที่สำคัญ (Basic Essential Package) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้จะทำอย่างไร มีทางเป็นไปได้หรือไม่ที่จะฝึกอบรมบุคลากรบางประเภท เช่น พยาบาล ให้รับผิดชอบส่วนนี้แล้วปรับบทบาทหน้าที่ ทั้งนี้การกำหนด Basic Essential Package ต้องคิดให้ละเอียดเพื่อกำหนดโครงสร้างกำลังคนและรายละเอียดของระบบบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น จริงอยู่ระบบการคลังกับระบบการจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุขเป็นคนละเรื่อง แต่ผมว่ามีความสัมพันธ์กันเพราะถ้าพูดถึงระบบการคลัง โดยไม่ดูว่าใครจะไปจัดบริการนี้อาจทำให้เราแยกแยะประเด็นยาก

น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

1. ประเด็นที่พูดเป็นจุดเริ่มต้นการคิดและประมาณเม็ดเงิน เมื่อคำนวณคร่าว ๆ จะประมาณหัวละ 430 บาท ถ้าใช้ตัวเลขที่อาจารย์เทียนฉาย เสนอคือ 300 บาท ก็จะเท่ากับที่ข้าราชการได้รับอยู่ขณะนี้ จริง ๆ ผมรู้ว่ามันเป็นไปไม่ได้เพราะเป็นการคิดเฉพาะต้นทุนดำเนินงานไม่ได้คิดต้นทุนค่าแรงหรือการลงทุน อย่างไรก็ตามข้อเท็จจริงก็น่าจะมีรายละเอียดอีกมากมาย หากจะคิดการระดมเม็ดเงินเข้ามาอาจเริ่มต้นด้วยตัวเลขนี้แล้วคิดเงินจากประชาชน โดยดูว่าคนไหนเป็นคนรวยและคนจน แล้ว Set cut off point สักที่หนึ่ง คนที่จนก็จะได้ Basic Essential Package แต่คนที่รวยก็อาจจ่ายเงินเข้ามาสมทบโดยคำนึงข้อเท็จจริงตัวเลขตัวนี้คิดเฉพาะต้นทุนการดำเนินการ สำหรับค่าใช้จ่าย ค่าจ้าง ค่าลงทุน น่าจะให้ผู้ที่สามารถจ่ายแบกรับส่วนหนึ่ง

ทำให้เราได้เงินจำนวนหนึ่งซึ่งมากกว่าที่คุณหมอศุภสิทธิ์คำนวณ ไปจ่ายให้ผู้ให้บริการเอกชนโดยคิด Full cost มีโอกาสเป็นไปได้มาก

2. ประเด็นที่อาจารย์จิตร เสนอ เป็นการคิดในรายละเอียดมากขึ้น เพราะถ้าสามารถแบ่งกลุ่มประชากร เราคงมีความคิดคร่าว ๆ ว่ากลุ่มที่ต้องจ่ายเพิ่มอยู่ตรงไหนในประเทศไทย และบุคคลที่ควรจะให้บริการเป็นใคร เพราะต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการด่านแรกไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าคนเหล่านี้อยู่ในการรับบริการด่านแรกที่มีราคาแพงก็ต้องจ่ายแพง เพราะฉะนั้นโอกาสจะมี Differential Package Provider ก็เป็นไปได้มากขึ้น ทำให้ปัญหาของการขัดแย้ง การขัดข้องหมองใจว่าถ้าไปรับบริการด่านแรกจะพบกับบุคลากรผู้ช่วยเท่านั้น ไม่ว่าเศรษฐีหรือคนยากจนก็อาจจะลดความรุนแรงลงไป ทั้งหมดนี้ก็อยู่บนพื้นฐานของคนที่สามารถจ่าย ก็จ่าย copayment ฉะนั้นการเริ่มคิดในรายละเอียดว่ากลุ่มประชากรคือใคร ผู้ให้บริการคือใคร Transaction จะเกิดขึ้นตรงไหน จะทำให้การดำเนินงานโครงการนี้ดีขึ้น

3. ทางเลือกที่เสนอ ผมเห็นว่าทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 น่าจะเป็นอันเดียวกัน คือปล่อยให้โครงการต่าง ๆ ดำเนินการอยู่ต่อไป แต่ให้เพิ่มกลไกที่จะเพิ่มข้อเสนอแนะหรือทำให้คนที่บริหารโครงการต่าง ๆ เข้าใจมากขึ้น เพราะในการหาวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลควรมีวิธีอย่างไรให้มีประสิทธิภาพสูง ผมรู้สึกว่าขณะนี้คนรับผิดชอบไม่ตระหนักตรงนี้ หรือว่าตระหนักก็ไม่สามารถดำเนินการหรือหาวิธีดำเนินการร่วมกับผู้ให้บริการ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงเหมือนกับที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ พูดง่าย ๆ ว่าเห็นปัญหาแต่ก็ไม่รู้ว่าจะแก้อย่างไร การที่จะมีองค์กรช่วยคิดหรือมีบทบาทให้คำปรึกษาก็จำเป็น เพราะฉะนั้นทางเลือกที่ 3 น่าจะให้มีการตั้งองค์กรมาสนับสนุนวิชาการเช่นเดียวกัน เช่น การทำ DRG หรือให้ความรู้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ว่าจะจ่ายการดูแลผู้ป่วยในแบบไหนจึงจะมีต้นทุนประสิทธิภาพสูงสุด

น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

สิ่งที่เป็น Basic Essential Package คืออะไร ตามหลักการรวมทั้งป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลก็คงจะมีทั้งชนิดที่สามารถเรียกเก็บเงินได้และเรียกเก็บเงินไม่ได้ เช่น การป้องกันโรคบางอย่าง ที่เป็นภาระของกระทรวงสาธารณสุข การประเมินตัวเลข 20,000 กว่าล้านบาท และงบของกระทรวงสาธารณสุขอีก 40,000 ล้านบาท การเพิ่มสัดส่วนการคลังของภาครัฐ ก็จะเพิ่มอำนาจให้ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนการเงินเพียงแหล่งเดียวดีขึ้น การเพิ่มอีก 10,000 ล้านบาท ทำให้สัดส่วนการคลังสาธารณสุข เพิ่มจาก 20% เป็น 45% จากค่าใช้จ่ายรวมทางด้านสาธารณสุข การมี Single financer ทำให้เกิดประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ

Prof. William C. Hsiao

ผมยินดีที่ได้มีการเสนอและวิเคราะห์สภาพปัญหาโครงการต่าง ๆ ด้านการคลัง สาธารณสุขอย่างดี ตลอดจนเสนอประเด็นเชิงนโยบายที่ต้องแก้ไขต่อไป ทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เสนอเป็นแนวทางกว้าง ๆ ซึ่งเป็นการกระตุ้นทางความคิด ผมเห็นว่า ทางเลือกที่ 1 เป็นเป้าหมายระยะยาว ทาง

เลือกที่ 2 เป็นเป้าหมายระยะปานกลาง จากประสบการณ์การปฏิรูประบบสาธารณสุขประเทศต่าง ๆ ทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาหรืออังกฤษต้องใช้เวลา 5-8 ปี หรือ 10 ปี ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพราะต้องฝึกอบรมบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ การบริหารจัดการ ตลอดจนข้อมูลพื้นฐาน เพื่อจะกำหนดการดำเนินการในระยะยาวอย่างเป็นขั้นตอน

การให้ความสำคัญในเรื่องการคลังสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงแหล่งเงินโดยคำนึงถึงความสามารถในการจ่าย (Affordability) จากแหล่งทุน การจัดสรรทรัพยากรของกองทุนต่าง ๆ ทั้งด้าน การป้องกันโรค การสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และจัดสรรกองทุนที่มีอยู่ในการรักษาพยาบาลคนยากจน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้รับงบประมาณ 39,000 ล้านบาท รวมภาษีอื่น ๆ เช่น ภาษีบุหรี่ เหล้า นอกจากนี้ในการพิจารณาถึงประสิทธิภาพการดำเนินงานควรเน้นในเรื่องการบริหารการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการสร้างแรงจูงใจ

ผมขอเสนอประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาดังนี้

1. ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของ Health Insurance Purchasing Cooperative

2. ลักษณะขององค์กรและการจัดการที่สามารถเอื้อต่อการปฏิรูปในทางเลือกต่าง ๆ โดยรวมถึงการปรับบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขนาดของการบริหารจัดการ การบริหารระบบใหม่จะต้องมีบุคลากรมีความสามารถในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงาน

อภิปรายทั่วไป

ดร.นิคม จันทรวิทูร

1. ผมขอทำความเข้าใจ เลขานุการกลุ่ม 2 พูดเรื่อง การเก็บภาษีทั่วไป ภาษีประกันสังคม และประกันสุขภาพ มีลักษณะแตกต่างทั้งหลักการและปรัชญา ผมเห็นว่า วิธีการเก็บ ภาษีประกันสังคมและการประกันสุขภาพ มีส่วนร่วมระหว่างผู้ที่จ่ายเงินสมทบ แต่ภาษีทั่วไปความใกล้ชิดระหว่างผู้เสียภาษีทั่วไปและผู้ให้บริการไม่มี การที่ผู้เสียเงินสมทบและผู้ให้บริการทำงานรวมกันเป็นการร่วมกันเสียค่าใช้จ่าย และเฉลี่ยความรับผิดชอบ

2. คำว่า Steering Committee กลุ่ม 1 ใช้คำว่าคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำงานหน้าที่ประสานงาน ติดตาม ประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะ

3. กลุ่ม 1. เสนอว่าต้องมีการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยมีเป้าหมายในเวลา 12 ปี ทางเลือกแน่ชัดในการปฏิรูปทั้งทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 แต่ต้องดูว่าอะไรทำก่อนอะไรทำหลัง เห็นว่าต้องมีการปฏิรูปไม่ใช่รักษาสถานภาพ เพราะคนงานทั่วไปเรียกร้องแล้วต้องเริ่มทำ

น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

1. รูปแบบคณะกรรมการคนละเรื่องกับองค์กรที่เสนอในทางเลือกที่ 1 และ 2 คณะกรรมการนี้จะพิจารณาว่าจะเลือกปฏิรูปอย่างไร มีใช่คณะกรรมการที่จะมาดำเนินการ และมีแนวโน้มที่จะใช้ทางเลือกที่ 2 คือการปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป

2. สำหรับเรื่องของอุดมการณ์ กลุ่ม 2 มองว่าการบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชน ถ้าเลือกทางเลือกทางหนึ่งจะมีอะไรตามมา อยากให้ น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ขยายความ

น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

การให้บริการสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน รัฐบาลต้องดูแลให้ประชาชนได้รับสิทธิโดยสนับสนุนเงินเพื่อจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการ บริการนี้ต้องนิยามคำว่า Basic Essential Package ส่วนแหล่งเงินว่าจะมาจากภาษีหรือไม่ ต้องมองว่าเก็บอย่างไร รัฐบาลอาจสนับสนุนคนจนโดยสนับสนุนการจัดบริการให้ทุกคนและสร้างกลไกเพื่อวางมาตรฐานการบริการทางการแพทย์

ถ้าเป็นระบบให้ประชาชนรับผิดชอบ คนจนไม่มีเงินจ่ายรัฐบาลจ่าย สำหรับผู้มีเงินก็ให้จ่ายเงินเองโดยจัด Basic Essential Package เฉพาะคนยากจน ทั้งนี้จะมีผลกระทบต่อมาตรการระยะยาวของรัฐบาลที่กำหนดไม่เหมือนกัน ถ้าเลือกแบบแรกควรสร้างกลไกระดับประเทศทั้งในและนอกระบบราชการ

นายณรงค์ นิตยาพร

ที่สำคัญต้องจัดให้ทั้งคนจนและคนรวย หรือให้บริการระดับด่านแรกเท่ากัน ใครอยากได้มากกว่านั้นและมีฐานะก็ซื้อได้ หรืออีกประเด็นรัฐอุดหนุนคนยากจนหมด ส่วนคนที่ซื้อได้ไปซื้อในอีกระบบหนึ่ง

น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ประเด็นรัฐรับผิดชอบมิใช่เพียงแต่รับผิดชอบจัดบริการแต่ต้องสร้างหลักประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการ แนวโน้มในกลุ่มยังมองว่าผู้ให้บริการไม่น่าจะเป็นรัฐบาล ควรเป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลของรัฐหรือเอกชน ที่จะให้ Basic Essential Package ซึ่งต้องพิจารณาว่าประกอบด้วยอะไรบ้างและให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างไร

น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

บริการสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนหรือความรับผิดชอบส่วนบุคคลมองว่า เป็นคนละเรื่องหรือเรื่องเดียวกันได้ ถ้าเป็นคนละเรื่องแล้วเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรามีบทเรียนจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ถือว่าบริการสุขภาพเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล รัฐบาลจึงรับผิดชอบเฉพาะคนยากจนและผู้สูงอายุ ซึ่งระบบของสหรัฐอเมริกายังขาดประสิทธิภาพและมีค่าใช้จ่ายสูง ถ้าบอกว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการรับบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานรัฐบาลต้องจัดบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึง ให้หลักประกันด้านเสรีภาพและให้โอกาสในการเลือกสถานพยาบาล ที่นอกเหนือจาก Basic Essential Package ซึ่งจะต้องแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันว่าจะใช้ทางเลือกไหน ผมคิดว่ารัฐบาลต้องมีบทบาทในการจัดระบบการคลังสาธารณสุขไม่ใช่การจัดบริการทางการแพทย์เท่านั้น

ดร.นิคม จันทรวิทูร

กลุ่มที่ 1 เห็นพ้องกันว่ารัฐต้องทำหน้าที่ให้มากขึ้น ในช่วง 12 ปีข้างหน้า เช่นเดียวกัน ไม่ใช่ทำเองแต่ต้องดูแลคนอีก 50% ให้ได้รับประโยชน์ด้านการประกันสุขภาพ เรื่องเงินไม่ได้หมายความว่ารัฐต้องดำเนินการทุกอย่าง แต่ต้องทำมากกว่านี้เพราะงบประมาณยังถึงประชาชนน้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วน GDP ผมเสนอว่าทำอย่างไรที่จะเอางบประมาณแผ่นดินมาสนับสนุนการจัดบริการมากขึ้น โดยเสนอเป็นกองทุนกลางเป็น .05 หรือ .01 ของงบประมาณแผ่นดิน แทนบอกว่าภาษีนี้แบ่งให้การประกันสุขภาพ เพราะภาษีมีการแย่งชิงกันระหว่างจังหวัดและรัฐบาลกลาง ซึ่งกองทุนนี้จะเป็นกองทุนกลางใช้เฉพาะการบริการ และจะได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมาก เช่น ภาษีประกันสังคมที่มีเหตุผลและหลักการ

นายณรงค์ นิตยาพร

หลักการไม่ขัดแย้ง สำหรับการประกันสุขภาพคนไทยทุกคนต้องมีสิทธิ์ไม่ว่าคนจนหรือคนรวยอะไรเป็นขั้นพื้นฐานที่รัฐบาลให้ แต่ไม่ได้หมายความว่าให้โดยไม่มีข้อจำกัด แหล่งเงินของแต่ละกลุ่มมีทางเลือกคงต้องมีการศึกษาความเป็นไปได้

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

การปฏิรูปที่จะได้ผลคือ แยกให้ชัดเจนระหว่าง Purchaser และ Provider เช่น ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้ง Provider และ Purchaser และหากต้องการจัด Basic Essential Package ถ้าคณะกรรมการประกันสุขภาพมาประสาน Purchaser ก็ยังต่างคนต่างซื้อเหมือนเดิม แต่ถ้าคณะกรรมการทำหน้าที่จัดมาตรฐาน นโยบาย ฯลฯ เพื่อให้มี Basic Essential Package ผมสงสัยว่ากองทุนกลางจะทำหน้าที่เป็น Purchaser ซื้อจากรัฐและเอกชน และจะทำอย่างไรให้เกิด Basic Essential Package ตามสัญญา และจะทำอย่างไรให้ประชาชนมีโอกาสที่จะเลือกการบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เพราะไม่มีคนต่อรองให้ ตลอดจนการซื้อบริการรัฐและเอกชนจะเป็นอย่างไร ในขณะที่กรมบัญชีกลางทำหน้าที่เหมือนเดิม โดยให้เบิกค่ารักษาพยาบาลตาม Basic Essential Package และจะออกกฎเกณฑ์การควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันได้อย่างไร

ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์

ผมคิดว่ามีความแตกต่างในพื้นฐานความคิดคือ เราอยากเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นล่วงหน้า และมองว่ากองทุนรวมจะสามารถทำให้เกิดความเสมอภาค ประสิทธิภาพของประชาชนในการเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic Essential Package) เราควรพิจารณากลุ่มที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมโดยการประกันสุขภาพใดๆ เพราะในกลุ่มเดิมอย่างน้อยคนเหล่านั้นก็ได้รับ Basic Essential Package ในส่วนหนึ่งแล้ว ถ้าจะเพิ่มว่าเอาเงินจากไหน โดยคำนึงว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Need) จริงๆ ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล ซึ่งต้องหาวิธีการในการหาแหล่งเงิน อาทิ ภาษีสุขภาพ (Health Tax) หรือ ภาษีพิเศษ (Earmakred Tax) หรือ อาจกำหนดบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ หากมีการรื้อทั้งระบบจะยุ่งมาก น่าจะหาทางดำเนินการโครงการที่ 7 เพื่อขยายความครอบคลุมไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอีก 40-50% ส่วนโครงการเดิมควรจัดตั้ง Task force เพื่อศึกษาและหาทางแก้ปัญหาแต่ละจุด

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

การแยกระหว่าง ผู้ให้บริการ (Providers) และ ผู้ซื้อบริการ (Purchasers) พบว่ายังแยกได้ยาก สำหรับกลุ่มคน 40-50% ยังมองว่าเป็นส่วนเดียวกัน ควรพิจารณาบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่จริงแล้วการปฏิรูปหลายๆ ส่วนทั้ง ผู้ให้บริการ (Providers) และ ผู้ซื้อบริการ (Purchasers) มีความสำคัญโดยแยกกันให้ชัดเจน

Prof. William C. Hsiao

ผมคิดว่าการเสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติและการรวมกองทุนกลาง หากมีการตัดสินใจที่จะดำเนินการผมคิดว่าจะต้องใช้เวลานานในการตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าว เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้มีการผ่านกฎหมายในการแยกผู้ซื้อบริการ (Purchasers) ออกจาก ผู้ให้บริการ (Providers) ในปี 1987 และสามารถดำเนินการได้ในปี 1991 ปัจจุบันอยู่ระหว่างการวางแผนดำเนินการในรายละเอียด

การประชุมในครั้งนี้ยังมีปัญหาต่าง ๆ ที่ยังหาคำตอบไม่ได้ ดังนั้นควรมีการตั้ง Task force เพื่อพิจารณาหาแนวทางการดำเนินงานในรายละเอียดต่อไป

จากประสบการณ์ของประเทศโคลัมเบียและเม็กซิโก ได้ตัดสินใจโดยที่ยังไม่ได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน การดำเนินงานดังกล่าวต้องอาศัยข้อมูลและการบริหารงาน ในประเทศโคลัมเบียได้มีการออกกฎหมายที่ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานหลังออกกฎหมายถึง 10 ปี และกฎหมายดังกล่าวยังมีข้อที่ต้องแก้ไขอยู่

การประชุมในครั้งนี้เห็นร่วมกันว่า ควรขยายความครอบคลุมเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง (Basic Essential Package) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มคนยากจน ซึ่งควรมีการตั้ง Task force เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

ดร.นิคม จันทรวิทูร

ข้อแตกต่างระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 คือ เราเสนอการจัดตั้ง National Health Insurance Coordinating Body ซึ่งทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างตามที่เสนอและได้รับข้อเสนอแนะจาก Task force

กลุ่ม 1 ไม่ได้เสนอว่าจะต้องมีกองทุนกลาง เราเห็นว่าโครงการต่าง ๆ ควรดำเนินการต่อไป ซึ่งมีคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะและควบคุมกำกับ ไม่ได้มีหน้าที่เป็น ผู้ซื้อบริการ (Purchaser)

นอกจากนี้ยังเสนอว่าภายใน 8 ปี ควรมีกองทุนเพิ่มเพื่อขยายความครอบคลุม

น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

การเลือกทางออกหลาย ๆ ทางต้องตอบคำถามว่า จะครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง (Universal coverage) คุณภาพ การแข่งขันระหว่างภาครัฐและเอกชนอย่างไร

น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ผมขอสรุปว่า กลุ่มที่ 1 มุ่งการปฏิรูปภายในสิ้นปีแผนฯ 9 และเป็นการปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนกลุ่มที่ 2 พิจารณาว่าต้องมีการตั้ง Task force เพื่อหาทางปฏิรูปขนานใหญ่ (Major reform) แต่กลุ่มที่ 2 ไม่ได้ระบุระยะเวลา

ศ.น.พ.จิตร สิทธิอมร

เราไม่สนใจกลวิธีในการปฏิรูปทั้ง 3 วิธี แต่ละกลวิธีมีทั้งจุดดีและจุดเด่น ควรจะหาแหล่งเงินเพื่อสนับสนุนการขยายความครอบคลุม อยากให้พิจารณาข้อมูลที่มีอยู่และดูว่าเป้าหมายต้องการอะไร พยายามใช้วิธีการที่ดีที่สุดโดยใช้ข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจ

น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

อยากเห็นรัฐบาลที่ให้หลักประกันว่าคนไทยจะเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (Basic Essential Package) กลุ่ม 2 มองกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้เกิดการปฏิรูป กลุ่ม 1 ตั้งเป้าหมายขยายไปสู่คนที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพใด ๆ โดยหาแหล่งเงินสนับสนุนเพิ่มเติม และพัฒนาโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว สำหรับกลุ่ม 2 ตั้งเป้าหมายว่าท้ายสุดต้องมีรัฐบาลกลางดูแลจัดการด้านการเงินเป็นมาตรฐานการให้บริการเหมือนกันหมด ผมไม่ได้มองว่ากลุ่มไหนถูกหรือผิด แต่มีภาพต่างกันเป้าหมายสุดท้ายต่างกัน แต่มีกระบวนการร่วมกันเพื่อหาข้อเสนอใน 10-12 ปี ในการให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน

ศ.น.พ.จิตร สิทธิอมร

เราคำนึงว่าต้องให้หลักประกันว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานโดยมีการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีโอกาสในการเลือกสถานบริการทางการแพทย์ด้วย

นายณรงค์ นิตยาพร

ผมขอสรุปการนำเสนอดังนี้

1. โดยหลักการทุกคนเห็นว่าคนอีก 49% ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันใด ๆ รับาลต้องเร่งดำเนินการให้ครอบคลุมโดยเร็วที่สุด เป็นแนวความคิดที่ต้องการแต่อยู่ที่จะจัดสรรเงินอย่างไร

2. โครงการต่าง ๆ มีความแตกต่างกันในเรื่องสิทธิประโยชน์ ดังนั้นคณะทำงานที่จะจัดตั้งขึ้นควรคิดว่าจะลดช่องว่างได้อย่างไร ส่วนในระยะยาวพิจารณาว่าจะรวมกองทุนหลาย ๆ กองทุนได้อย่างไร

สรุปผลการประชุมกลุ่ม

แนวทางการประชุมกลุ่มย่อย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการคลังสาธารณสุขแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในประเด็นสำคัญต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีขั้นตอนของการดำเนินการอย่างเป็นจริง หน่วยงานใดมีหน้าที่อะไร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

แนวทางการดำเนินงานปรับปรุงระบบการคลังที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค สามารถครอบคลุมประชากรทุกคน อย่างเป็นรูปธรรม ขั้นตอนการดำเนินงานทั้งในระยะยาว ระยะปานกลาง และระยะสั้น

ประเด็นสำหรับการแลกเปลี่ยนความเห็น

1. การวินิจฉัยสภาพปัญหาของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป
   - 2.1 ประสิทธิภาพ
   - 2.2 การขยายความครอบคลุมประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างทั่วถึง
   - 2.3 ความเสมอภาค
   - 2.4 คุณภาพการบริการ
   - 2.5 การกำหนด Basic essential package
3. ทางเลือกการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม
   - 3.1 การอภิปรายทางเลือกในการปฏิรูป
   - 3.2 แหล่งเงิน (source of finance : reallocation of existing sources, additional sources, saving from efficiency improvement)
   - 3.3 ความเป็นไปได้ทางด้านการเมือง ความเป็นไปได้เชิงบริหาร ความเป็นไปได้เชิงองค์กร
   - 3.4 หน่วยงานกลางที่เป็น focal point ของการดำเนินการต่อเนื่องหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
   - 3.5 วิเคราะห์อุปสรรคการดำเนินการ (constraint analysis) แนวทางแก้ไข

สรุปผลการประชุมกลุ่มที่ 1

1. การวินิจฉัยสภาพปัญหาที่ของระบบที่เป็นอยู่ในระบบปัจจุบัน

สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาของระบบการเงินการคลังในประเทศไทย คือ

1.1 ประสิทธิภาพ : allocative, overlapping target population, operation utilization

1.2 ความเสมอภาค : 50% ของประชาชนยังขาดความครอบคลุม, สิทธิประโยชน์ของแต่ละโครงการยังมีความแตกต่าง, การสนับสนุนจากรัฐบาลยังไม่มีความเท่าเทียม

1.3 อื่นๆ : ความสามารถของผู้ให้บริการ, วัตถุประสงค์ของแต่ละโครงการแตกต่างกัน การคำนึงถึงแรงงานเคลื่อนย้าย

2. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป

2.1 คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เช่น รัฐบาลมีบทบาทในการแทรกแซงเพื่อควบคุมประสิทธิภาพ และให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพส่วนบุคคล

2.3 ความเสมอภาค

2.4 ความมีประสิทธิภาพ

2.5 คุณภาพบริการ

2.6 Basic essential package ประกอบด้วย

1. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน
3. อนามัยแม่และเด็ก
4. Medical service on the X axis and bath on the Y axis

ขอบเขตในการพิจารณา

1. ความสามารถในการจ่าย (affordability)
2. การจัดสรรทรัพยากร (reallocation of resource)
3. ประสิทธิภาพที่ได้รับ (efficiency gain)
4. การเก็บภาษีสุขภาพใหม่ (new tax)
5. ความสามารถของการใช้ทรัพยากรมนุษย์ (capacity of human resources)

3. ทางเลือกในการปฏิรูป

1. ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาโนรายละเอียด โดยประกอบด้วยผู้แทนของหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชพลเรือน ฯลฯ

2. มีการกำหนด Basic essential package ที่คำนึงถึงคุณภาพบริการ ความมีประสิทธิภาพ และความเสมอภาค โดยกำหนดการขยายความครอบคลุมประชากรทั่วประเทศในปี 2548

3. แหล่งเงิน : งบประมาณจากรัฐบาล ภาษีสุขภาพ การเกลี่ยการจัดสรรงบประมาณและเพิ่มประสิทธิภาพ ทั้งนี้จะต้องกำหนดกลวิธีว่า สิทธิประโยชน์ต้องไม่น้อยกว่าเดิมและผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกที่ไม่ขัดกับหลักประสิทธิภาพ

4. การจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ประสานงาน

5. การออกกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ควรเป็นหน่วยงานกลางที่เป็น (Focal point) ของการดำเนินการต่อเนื่องหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

สรุปผลการประชุมกลุ่มที่ 2

1. การวินิจฉัยสภาพปัญหาของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
   1. ประชาชนประมาณ 50% ไม่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพใด ๆ
   2. โครงการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันมีสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน
   3. Regressive out-of-pocket payment
   4. ความสามารถของผู้ให้บริการ
   5. วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของโครงการมีความแตกต่างกัน
   6. ไม่ครอบคลุมแรงงานที่เคลื่อนย้าย
2. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป
   1. คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล
   2. กำหนด Basic essential package
   3. กำหนดเป้าหมายพื้นฐานคือ ประสิทธิภาพ เสมอภาค และคุณภาพ
   4. คำนึงความสามารถในการจ่ายของประชาชน (Affordability)
   5. ความสามารถในการใช้ทรัพยากร : ทรัพยากรมนุษย์ การบริหารจัดการ และทุนในการดำเนินการ
   6. คำนึงถึงต้นทุน-ประสิทธิภาพ (Cost effectiveness)
3. ทางเลือกในการปฏิรูป
   1. คำนึงถึงกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน
   2. กำหนด Stakeholders : Financers, Purchasers, Providers, Beneficiaries
4. ข้อเสนอแนะ
   1. กำหนด Basic essential package
   2. กำหนดแหล่งเงิน : ภาษี หรือ การประกัน
   3. ควรพิจารณาความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์
   4. ควรกำหนดกลไกในการจ่ายเงิน (Payment mechanism)
   5. ปฏิรูปผู้ให้บริการ

ภาคผนวก

โครงการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง "Health Financing in Thailand"
ระหว่างวันที่ 11–13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536
ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งในเอเชีย ที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยต่อ GNP สูงสุดและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากร้อยละ 5.2 ในปี 2528 เป็นร้อยละ 5.6 ในปี 2530 ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ฟิลิปปินส์และมาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรใกล้เคียงกัน กลับมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยต่อ GNP ต่ำกว่า กล่าวคือ เพียงร้อยละ 2.4 และ 3.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยต่อ GNP ของประเทศไทย อยู่ในระดับเดียวกับประเทศเกาหลี แต่จำนวนแพทย์ต่อประชากรของเกาหลีมากกว่าประเทศไทยถึง 7 เท่า ตลอดจนมีมาตรฐานทางสาธารณสุขที่สูงกว่า ทั้งในแง่ของการบริการและสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไปเป็นที่ประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนและการซื้อยาด้วยตนเอง ส่วนร้อยละ 30 เป็นค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลสนับสนุนการดำเนินงานของสถานบริการภาครัฐในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป สำหรับการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย นับเป็นนโยบายสำคัญที่รัฐบาลได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันและมีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย เช่น สวัสดิการสงเคราะห์การประกันสุขภาพโดยรัฐและเอกชน ทั้งนี้ ประชากรแต่ละกลุ่มจะได้รับสิทธิประโยชน์เงื่อนไขการรักษาพยาบาล และการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลที่ไม่เท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ดี แม้ว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยต่อ GNP จะสูงเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลี และมีรูปแบบสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนได้มีหลักประกันรักษาพยาบาล แต่ปรากฏว่าประชาชนร้อยละ 45 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและผู้ยากไร้ยังไม่มีหลักประกัน ด้านการรักษาพยาบาลใด ๆ ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินและการคลังด้านสาธารณสุข ตลอดจนผลการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาคและส่งผลให้ประชาชนได้มีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยมากยิ่งขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อทบทวนสถานการณ์ทางการเงินและการคลังที่เกี่ยวข้องกับงานด้านหลักประกันรักษาพยาบาลของประชาชน

2.2 เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของนโยบายต่าง ๆ เพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการปรับปรุงที่เหมาะสม

2.3 เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

3. วิธีการจัดสัมมนา

3.1 นำเสนอควบคู่กับการอภิปรายประเด็นนโยบายต่าง ๆ

3.2 ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็น

4. ผู้เข้าร่วมประชุม

จำนวนประมาณ 40 คน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 สำนักนายกรัฐมนตรี	8 คน
4.2 กระทรวงสาธารณสุข	4 คน
4.3 กระทรวงการคลัง	2 คน
4.4 กระทรวงมหาดไทย	1 คน
4.5 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	3 คน
4.6 กระทรวงพาณิชย์	1 คน
4.7 ทบวงมหาวิทยาลัย	5 คน
4.8 องค์กรเอกชน	7 คน
(ฝ่ายเลขานุการการจัดการประชุม)	8 คน

5. ระยะเวลาดำเนินการ

3 วัน ระหว่างวันที่ 11-13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536

6. สถานที่จัดประชุม

โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

7. งบประมาณ

ธนาคารโลกให้ความสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น เป็นเงินรวม US$ 38,000

8. ผู้รับผิดชอบโครงการ

8.1 ธนาคารโลก

8.2. กระทรวงสาธารณสุข

8.3 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาการสาธารณสุขโดยส่วนรวมต่อไป

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง "Health Financing in Thailand"
ระหว่างวันที่ 11–13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536
ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2536

ผู้เข้าร่วมประชุมเดินทางถึงที่พัก

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2536

07.00-08.30 รับประทานอาหารเช้า

08.00-08.30 ลงทะเบียน

08.30-09.00 การกล่าวรายงานการประชุม
โดย นายบุญยงค์ เวชมณีศรี
ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม
พิธีเปิดการประชุม
โดย น.พ.ไพจิตร ปวะบุตร
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Keynote Address by
Mr. Shivakumar
Division chief, The World Bank

09.00-09.30 Health Care Financing Challenges for the Future in Thailand
ผู้นำเสนอ Prof. William C. Hsiao
Harvard University

09.30-09.45 อภิปราย

09.45-10.00 พักรับประทานอาหารว่าง

10.00-12.00 อภิปรายเรื่อง ระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย
ผู้ดำเนินการอภิปราย
นายธรรมรักษ์ การพิศิษฏ์
รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ผู้ร่วมอภิปราย

1. The Social Welfare for Health Care
   ผศ.ดร.ดาว มงคลสมัย
   คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. The Civil Servant Medical Benefit Scheme
   ผศ.อนงค์ โรจน์วณิชย์
   คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. Payroll Tax Financed Insurance Schemes in Thailand
   น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
   น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
   กระทรวงสาธารณสุข
4. Voluntary Health Insurance
   ศ.ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์
   คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00-15.30 อภิปรายทั่วไป

ประธาน น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

15.30-15.45 พักรับประทานอาหารว่าง

15.45-17.00 Defining the Main Policy Issues in the Financing of Health Care and Health Insurance

ประธาน Prof. William C. Hsiao
Harvard University

A synthesis

โดย น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
กระทรวงสาธารณสุข

18.00-20.00 รับประทานอาหารเย็น

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2536

08.00-09.00 รับประทานอาหารเช้า

09.00-10.30 ประชุมกลุ่ม "ทบทวนสถานการณ์และปัญหาระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย"

10.30-10.45 พักรับประทานอาหารว่าง

10.45-12.00 ประชุมกลุ่ม "กำหนดทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับระบบประกันสุขภาพและขั้นตอนการดำเนินงาน"

12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00-14.00 รายงานผลการประชุมกลุ่ม
ประธาน นายณรงค์ นิตยาพร
ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ"

14.00-15.00 อภิปรายทั่วไป

15.00-15.15 พักรับประทานอาหารว่าง

15.15-16.00 อภิปรายทั่วไป (ต่อ)

16.00-16.20 สรุปผลการประชุมสัมมนา

16.20-16.30 พิธีปิด
โดย นายณรงค์ นิตยาพร
ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

คำกล่าวรายงาน
การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง
Health Financing in Thailand
โดย
ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม (นายบุญยงค์ เวชมณีศรี)
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
วันศุกร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2536
ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

กราบเรียน ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระผมและผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกท่าน ขอขอบพระคุณท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่งที่ได้กรุณาให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง "Health Financing in Thailand" ในวันนี้

กระผมใคร่ขอถือโอกาสนี้กราบเรียนถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการจัดการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

ปัจจุบันปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยเป็นประเด็นปัญหาที่ได้มีการพิจารณากันอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับที่สูงมากประเทศหนึ่งในเอเชีย โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกซึ่งได้รายงานใน World Development Report 1993 พบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยถึงร้อยละ 5.0 ของผลผลิตส่วนรวมของประเทศ ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย จะมีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 2-3 ของผลผลิตส่วนรวมของประเทศ

ถึงแม้ประเทศไทยจะมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับสูง แต่มาตรฐานทางด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจมากนัก นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ยังก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านการให้บริการกรแก่ประชาชน ดังจะเห็นได้จากการที่ยังมีประชาชนถึงประมาณร้อยละ 45 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและผู้ยากไร้ยังไม่มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลใด ๆ เลย

กระทรวงสาธารณสุข ธนาคารโลก และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดประชุมปรึกษาหารือร่วมกันแล้ว เห็นว่าน่าจะได้มีการจัดประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อทบทวนสถานการณ์ทางการเงินและการคลังด้านสาธารณสุขของประเทศ พร้อมทั้งหาข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายเกี่ยวกับทางเลือกของการพัฒนาระบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อไป

ผู้เข้าประชุมครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้แทนระดับสูงจากหน่วยงานและองค์กรที่รับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งสื่อมวลชน รวมทั้งสิ้นประมาณ 50 คน

การประชุมสัมมนาในครั้งนี้ จะมีอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งทำการศึกษาวิจัย ปัญหาของการประกันสุขภาพในแต่ละระบบ โดยจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในช่วงวันแรกของการประชุมสัมมนาเพื่อเป็นกรอบแนวคิดและข้อมูลสำหรับการประชุมกลุ่มในวันที่ 2 ต่อไป

การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากธนาคารโลก ผู้จัดจึงใคร่ขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอกราบเรียนเชิญท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขกล่าวเปิดการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและแนวทางในการประชุมสัมมนาด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอกราบเรียนเชิญครับ

คำกล่าวเปิดประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย
(Health Financing in Thailand)
โดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2536
ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ จังหวัดเพชรบุรี

ท่านผู้แทนจาก The World Bank ท่านอาจารย์ นิคม จันทรวิทูร ท่านผู้บริหารระดับสูงจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ท่านนักวิชาการ และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

กระผมมีความรู้สึกยินดีที่ได้มีโอกาสมาร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ที่มีความสำคัญยิ่งในด้านสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยของเรา

ในโอกาสนี้จากนโยบายรัฐบาลทางด้านสาธารณสุขภายใต้การนำของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี (นายชวน หลีกภัย) ซึ่งแถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535 ได้มีเจตนารมย์ในการส่งเสริมให้ประชาชนได้มีหลักประกันสุขภาพ โดยการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สามารถคุ้มครองประชาชนอย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนไทยประมาณ 25 ล้านคน ที่ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพ ใด ๆ ให้มีการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

ปัจจุบัน รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว โดยมุ่งมั่นให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพรวมทั้งให้หลักประกันว่าจะได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อประสบปัญหาการเจ็บป่วย อาทิเช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ และการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นต้น

อนึ่ง การดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ที่ผ่านมาเปรียบเสมือนการวางรากฐานในการสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม โดยให้ประชาชนได้มีหลักประกันด้านสุขภาพตลอดจนมีความเสมอภาคในการรับบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกัน ดังจะเห็นว่าโครงการต่าง ๆ สามารถครอบคลุมประชาชนได้ถึงร้อยละ 55 แต่ทว่าในส่วนประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะภาคเกษตรกรรมอีกประมาณร้อยละ 45 ยังไม่มีระบบการประกันสุขภาพใด ๆ รองรับ ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีหลักประกันสุขภาพ รัฐบาลจึงจำเป็นต้องหามาตรการและ

วิธีการดำเนินงานเพื่อขยายความครอบคลุมไปสู่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างทั่วถึง รวมทั้งพัฒนารูปแบบและวิธีการดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ในปัจจุบันให้มีคุณภาพและเป็นที่พึงพอใจแก่ประชาชน

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเสมอภาคระหว่างประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนบรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างเป็นธรรมและได้รับบริการที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ The World Bank ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ขึ้นเพื่อทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันทางด้านหลักประกันด้านสุขภาพโดยระดมความคิดของผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวนประมาณ 40 คน เพื่อหารูปแบบหรือระบบของการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรม อีกทั้งเสนอแนะแนวนโยบายที่สร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

ผมหวังว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในครั้งนี้ จะบรรลุผลสมดังเจตนารมย์ของฝ่ายจัดการประชุมที่ได้กำหนดไว้ กล่าวคือ

1. เพื่อทบทวนสถานการณ์ทางการเงินและการคลังที่เกี่ยวข้องกับงานด้านหลักประกัน ด้านการรักษาพยาบาล

2. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของนโยบายต่าง ๆ เพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการปรับปรุงที่เหมาะสม

3. เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในอนาคต

ในโอกาสนี้ ผมขอขอบคุณท่านผู้มีเกียรติทุกท่านในที่นี้ ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในครั้งนี้ และขอขอบคุณ The World Bank ที่ได้กรุณาสนับสนุนทางด้านงบประมาณและจัดหาผู้เชี่ยวชาญมาร่วมประชุมกับพวกเรา ตลอดจนขออวยพรให้การประชุมครั้งนี้จงสำเร็จความมุ่งมั่นในอันที่จะเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันอย่างแท้จริง

บัดนี้ได้เวลาอันสมควรผมขอเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เรื่องการคลังสาธารณสุขในประเทศไทย ณ บัดนี้

Key Speaker
addressed by
Mr. Shivakumar
Division Chief Population and Human Resource Operation
Division Country Department, The World Bank

Mr. Permanent Secretary
Facilitators and Participants of the Workshop
Ladies and Gentlemen,

I consider it a priviledge and an honor to welcome you to the opening of this National Workshop on Health Financing. Thailand and the World Bank have long been partners in development. And we are proud to be associated with the impressive progress Thailand has registered over the years.

This Workshop is one more instance of successful collaboration between the Thai officials working on the issues of Health Financing and the Economic Development Institute, the World Bank's arm charged with its training responsibilities.

As I mentioned earlier, Thailand has recorded an impressive economic performance in recent years. It has grown at an average rate of 6%, next to Korea and Mauritius among middle income countries.

It has successfully controlled the growth of its population. The total fertility rate has been lowered from 5.5 in 1970 to 2.1 in 1991.

Its record in the education of women is impressive, with female enrollment equalling male enrollment at 85% at this primary level.

It has faced up to the deadly AIDs epidemic with courage and determination and its efforts are a model that its neighbors would do well to emulate.

And Thailand has devoted 5% of its GDP to the health sector, a much higher commitment to public well being than comparable countries. Impressive as these achievements are formidable challenges lie ahead.

Despite significant economic growth, absolute poverty is higher in Thailand than other comparable countries such as Indonesia, Korea and Malaysia.

A Thai survey of rural population shows that the prevalence of illness is 30 to 40% higher among poor people than those with higher income. The poor spent 11% of their income as health services ; those with higher incomes only 2 to 4% of their incomes.

It is obvious that the higher prevalence of illness prevents the poor from reaching their production potential ; the diversion of incomes from food to health outcomes compounds the problem. Indeed poor health of the poor perpetuates poverty.

Their is also a glaring disparity in the health status between difference regions of Thailand. There is one doctor for 7,600 people in the area outsides the Bangkok Metropolitan area. Within Bangkok it is one doctor for every 1,000 persons. 72% of births in Bangkok take place in hospitals ; only 36% in Northeast Region of Thailand.

While Thailand spends 5% of its GDP on health services - one of the highest levels in Asia - its life expectancies and infant mortality rate are worse than comparable countries such as Malaysia, which has been lower expenditure on health care. And in spite of the high level of expenditure, environmental health problems in Thailand are growing.

In addition to the AIDs epidemic, there is a rising prevalence of diarrheal disease, adding to the burden of malaria and TB. And these disease effect poor people in rural areas. And it is the poor who have least acess to a health system that is financed mainly by the private sector. The capacity of the government to regulate the quality of services provided by both public and private sectors is critical. The extension of Government funded basic health services to the poorest sectors of the population, outside the reach of the private sectors is vital.

I am sure this workshop will grapple with the formidable health financing agenda facing Thailand and will play a constructive role in formulating strategies and developing action prepares to implement the strategies and improve resource use in the Health Sector.

I wish the workshop all success in its efforts and would like to thank once again the Thai Government for allowing the World Bank's EDI to be associated with this important venture. We in the World Bank look forward to continuing our collaboration for the development of Thailand's Health sector.

Thank you.

คำกล่าวปิด
การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง
Health Financing in Thailand
โดย
ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
(นายณรงค์ นิตยาพร)
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2537
ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท แอนด์ โปโลคลับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ท่านผู้แทนจาก The World Bank ท่านอาจารย์นิคม จันทรวิทูร ท่านผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ท่านนักวิชาการ และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

ขอบคุณทุกท่านไม่ว่าอาจารย์นิคม ท่านผู้มีเกียรติที่มาจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายๆ หน่วยงาน รวมทั้งผู้แทนจากธนาคารโลกทุกท่าน ตอนนี้ถึงช่วงสุดท้ายที่จะต้องจากกัน ผมเข้าใจว่าที่อาจารย์เทียนฉายฯ สรุป เป็นสิ่งที่เราได้ตั้งจุดหมายไว้ในใจที่ทุกคนอยากเห็นการประชุมเรื่อง Health Financing in Thailand อะไรที่คิดว่าอยากจะได้สิ่งที่ได้ทุกคนคงพอใจ และคงมีระดับความพอใจที่แตกต่างกันออกไป

อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขมีความพอใจเป็นอย่างมาก ที่พยายามให้มีการประชุมเรื่องนี้เป็นระยะเวลานาน การประชุมในเรื่องนี้เป็นการประชุมในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป มีผู้เรียกร้องข้องที่เกี่ยวข้องที่อยากเห็นเรื่อง Health Financing โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยปฏิบัติเอง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ก็เริ่มรู้สึกว่าปัญหาการดำเนินงานมากขึ้นถึงเวลาที่ต้องแก้ไข ขณะเดียวกันนักวิชาการที่ได้มีการประชุมร่วมกันหลายครั้ง เกิดความรู้สึกไม่ค่อยสบายใจ ประชุมแล้วหายไป

สิ่งที่สำคัญคือ สถานการณ์ของประเทศเหมาะสมมีความต้องการโดยเฉพาะการพัฒนากำลังคน ซึ่งในแผนทุกแผนไม่เคยให้ความสำคัญ โดยเฉพาะทำอย่างไรให้คนเป็นปัจจัยหลักในการสนับสนุนการพัฒนาสามารถนำประเทศไปแข่งขันกับนานาชาติ จึงพัฒนาคนให้มีคุณภาพ การที่เราจะจับจุดความคาดหวังเรื่อง

การประกันสุขภาพไม่สามารถนำไปสู่จุดมุ่งหมายได้ จึงเป็นเรื่องที่ดีที่มีการพูดคุยที่มีเรื่องยุติหลายๆ ข้อที่จะนำไปสู่การบรรลุสภาวะการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเพื่อไปสู่การบรรลุการยกระดับคุณภาพประชากร เพราะฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่อยากพูดคือ 2 วัน ที่มานั่งร่วมกัน รวมผู้บริหารหลายๆ หน่วยงานซึ่งเป็นระดับสูงมาร่วมกันใช้เวลา 2 วัน เต็มที่เป็นเวลาเหมาะสม สิ่งที่ได้ในวันนี้โดยเฉพาะการนำเสนอของ Prof. William C. Hsiao ที่ได้พูดถึงสถานการณ์สาธารณสุขของประเทศว่าประเทศไทยใช้เงิน 1.2 ของ GDP (7% ค่าใช้จ่ายของงบประมาณของประเทศ) เรามีความพยายามจัดสรรเงินมาก แต่ที่ไม่สบายใจคือ ผลออกมาไม่เท่ากับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุง

อย่างไรก็ตามเราคิดว่า ขณะนี้ที่ทำได้ที่ให้หลักประกันเพียง 60% อีก 40% ไม่ได้รับการครอบคลุม ถึงเวลาที่จะเร่งรัดมาตรการต่างๆ ให้คนยากจน ผู้ด้อยโอกาสให้ครอบคลุมหลังจากได้ข้อยุติสิ่งที่อยากเห็นคือ ร่วมหารือกับกระทรวงสาธารณสุขและหลายหน่วยงาน มาพิจารณาขั้นตอนและข้อเสนอแนะว่าอะไรทำได้ก่อน ปานกลาง ระยะยาว ของอย่างไรบ้าง ให้ดำเนินการช้าๆ แต่สามารถทำได้สมบูรณ์ เริ่มอย่างถาวร ต่อเนื่อง ฉะนั้นขอให้หลักประกันว่าเรื่องนี้คงไม่หยุด คงจะต้องมีการดำเนินการต่อไป

ท้ายที่สุดก่อนปิดการประชุมขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่จากธนาคารโลก โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่จาก Economic Development Institution ที่ให้การสนับสนุนเงนจัดสัมมนา ประโยชน์ที่ได้รับไม่เพียงแต่ธนาคารโลกในแง่ของผลงาน แต่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้ประโยชน์ในการผลักดันต่อไป ทั้งนี้ Prof. William C. Hsiao ได้มีการจุดไฟให้พวกเราตั้งแต่วันแรกจนก่อนปิดการประชุม ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สิ่งที่ต้องขอบคุณอาจารย์เทียนฉายฯ ที่ได้สรุปรวมทั้งการนำเสนอ ขอบคุณอาจารย์ดาว อาจารย์อนงค์ นายแพทย์วิโรจน์ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ตลอดจนทุกท่านที่นำเสนอ มีความสำคัญมาก

ท้ายสุดขอขอบคุณฝ่ายเลขานุการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำหรับงานส่วนที่ขาดตกบกพร่องผมขอรับไว้ คราวหน้าจะดีกว่านี้ ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงแรมที่ได้อำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าร่วมประชุม ให้การสัมมนาเสร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดขอให้ทุกท่านเดินทางกลับบ้านโดยสวัสดิภาพ ขอให้ทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมมีบทบาทอย่างไร ผลักดันได้ก็อย่าลังเลใจ ให้การสนับสนุนเต็มที่ให้คนไทยมีสุขภาพดีแข่งขันกับนานาชาติ โดยเฉพาะสำนักงบประมาณ

ผมขอปิดการประชุม ณ บัดนี้

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
สำนักนายกรัฐมนตรี

1. นายธรรมรักษ์ การพิศิษฏ์	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. นายณรงค์ นิตยาพร	ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
3. นายบุญยงค์ เวชมณีศรี	ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม
4. ดร.เยาวลักษณ์ ราชแพทยาคม	ผู้อำนวยการกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์

2. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี

1. นางกมล ศรีนิเวศน์	ผู้อำนวยการกองงบประมาณ ฝ่ายสาธารณสุข
2. นายชวลิต อึ้งภากรณ์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณ 7
3. นางนงลักษณ์ เจริญสุข	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณ 6

3. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักนายกรัฐมนตรี

1. นายนิวัฒน์ วชิรวราการ	ที่ปรึกษาระบบราชการ

4. กระทรวงสาธารณสุข

1. น.พ.ไพจิตร ปวะบุตร	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. น.พ.บรรพต ต้นธีรวงศ์	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

5. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

1. นายสนอง เทียนมณี	รักษาการผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านกฎหมายและระเบียบการคลัง กรมบัญชีกลาง
2. นายเชิดชัย มีคำ	หัวหน้าสาย 4 ฝ่ายระเบียบการคลัง กองกฎหมายและระเบียบการคลัง กรมบัญชีกลาง

6. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

1. ศ.นิคม จันทรวิทูร — ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการประกันสังคม
2. นายณรงค์ พยุงพงศ์ — รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
3. น.พ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ — ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์

7. กรุงเทพมหานคร

1. นายชะโอด เงินไทย — รองผู้อำนวยการสำนักการคลัง

8. กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

1. นางนาฏยา โล่สุวาชัย — ผู้อำนวยการกองประกันชีวิต

9. ทบวงมหาวิทยาลัย

1. ศ.ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์ — คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร.แกมทอง อินทรัตน์ — รองผู้อำนวยการศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ศ.น.พ.จิตร สิทธิอมร — คณบดีวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผศ.ดร.ดาว มงคลสมัย — คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. ผศ.อนงค์ โรจน์วณิชย์ — คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

10. องค์กรเอกชน

1. น.พ.อนันต์ ประสานสุข — นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
2. ดร.มัทนา พนานิรมัย — สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
3. น.พ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ — ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล — สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. นายมาโนช โพธาภรณ์ — Editorial Department หนังสือพิมพ์ The Nation

11. องค์การระหว่างประเทศ

1. Dr. Elca Rosenberg	Senior Economist Economic Development Institute The World Bank
2. Dr. Jo Martins	Senior Public Health Specialist Population and Human Resources Operation Division The World Bank
3. Dr. Tanaporn Poshyananda	Economist The World Bank Regional Mission in Bangkok
4. Prof. William C. Hsiao	Harvard University

12. ฝ่ายเลขานุการจัดการประชุม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1. นางชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	หัวหน้าฝ่ายแผนงานและโครงการด้านสาธารณสุข
2. นางอรทิพย์ อาชวิบูลโยบล	ผู้ชำนาญด้านการวางแผน
3. นายสุขเกษม วงศ์สุวรรณ์	ผู้ชำนาญด้านการวางแผน
4. นายอารยะ มาอินทร์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6
5. นางสาววรัญญา เตียวกุล	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6
6. นายสมณ์ พรหมรส	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

1. น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8
2. น.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8
3. ดร.ทรงพรรณ สิงห์แก้ว	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 7

13. ผู้สังเกตการณ์

สำนักงานประกันสังคม

1. นางจิราภรณ์ เกษตสุจริต	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน
2. นางจงจิตต์ เปรมล้ำฤกษ์	หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน กองวิชาการและแผนงาน
3. น.พ.สุรเดช วลีอิทธิกุล	หัวหน้าฝ่ายตรวจสอบและประสานสถานพยาบาล กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. น.ส.ฉันทนา บุญอาจ	เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน
5. ดร.นันทวรรณ วิจิตรวาทการ	วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. Dr. Godfrey Walker	องค์การอนามัยโลก

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก