

## ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**Values**

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) หรือมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

### ประเด็นที่น่าสนใจ

- การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม (Equitable access) หมายถึงการใช้หรือได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยมากมักดำเนินการโดยให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิหรือประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ซึ่งข้อดีทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ใน 2 มิติ คือความครอบคลุมประชากร และความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ อันทำให้เกิดความเป็นธรรมและเกื้อกูลกันได้ แต่ข้อพึงพิจารณาคือภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่สูงและต้องให้ความอย่างเพียงพอ และอุปสงค์ต่อบริการที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากราคา ณ จุดใช้บริการของประชาชนลดลง
- การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ (Helping the poor) หมายถึงรัฐบาลให้ความช่วยเหลือที่มุ่งต่อผู้ยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมในด้านต่างๆ เช่น รายได้ บริการทางสังคมหรืออื่นๆ ซึ่งมีข้อดีที่หากมาตรการในการค้นหาและเข้าถึงผู้ด้อยโอกาสมีประสิทธิภาพจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงเป้าหมาย โดยภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐไม่สูงมากนัก ในขณะที่ประชาชนมีเสรีภาพและทางเลือกในการตัดสินใจเป็นของตนเอง แต่ก็มีข้อจำกัดที่การขาดประสิทธิภาพของการค้นหาและเข้าถึงผู้ด้อยโอกาสตลอดจนไม่สามารถทำให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพได้
- พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงจากการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม ทำให้ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 33 ในปี 2534 สู่ร้อยละ 95 ในปี 2546 (เช่นเดียวกับภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย)

#### (1) ความหมายเชิงปฏิบัติการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม (Equitable access) การเข้าถึงหมายถึง โอกาสของปัจเจกชนในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์นิยมวัดในลักษณะค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและ



ค่าเสียเวลาในการไปรับบริการสุขภาพ<sup>1 2</sup> ทั้งนี้แม้ “เข้าถึง” มีความหมายต่างจาก “ใช้บริการ” แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่นิยมวัดการเข้าถึงในลักษณะการให้บริการ<sup>3 4</sup> ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรมในที่นี้ จึงหมายถึงการใช้หรือได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพ กล่าวคือ ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพเท่ากันควรใช้หรือได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นเท่ากัน ในขณะที่ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากกว่าควรใช้หรือได้รับบริการสุขภาพมากกว่า

**การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ (Helping the poor)** หมายถึงโครงการของรัฐบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือด้านรายได้ บริการทางสังคม และการสนับสนุนอื่น แก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น คนจน ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ คนว่างงาน ฯลฯ เป็นต้น โดยบริการเหล่านี้มักจัดให้ฟรีโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ในที่นี้หมายถึงรัฐรับผิดชอบจัดหลักประกันด้านสุขภาพแก่กลุ่มผู้ยากไร้ (โดยให้กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้รับผิดชอบตนเอง)

**สิทธิ** หมายถึง ประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย<sup>5</sup> (Entitlement) จำแนกได้เป็นสองระดับคือ (1) สิทธิมนุษยชน (Human rights) หมายถึง สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงได้รับตั้งแต่เกิด เช่น สิทธิเสรีภาพในชีวิต สิทธิเสรีภาพในเคหสถาน สิทธิเสรีภาพในการคิด การแสดงความคิดเห็น สิทธิเสรีภาพในการทำงาน การศึกษา ฯลฯ เป็นต้น และ (2) สิทธิพลเมือง (Civil rights) หมายถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากรัฐในฐานะที่เป็นพลเมืองของประเทศหรือรัฐนั้นๆ เช่น สิทธิในการร่วมตัวทางการเมือง การเลือกตั้ง เป็นต้น

**หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง การที่รัฐบาลกำหนดหรือจัดให้ประชาชนหรือพลเมืองของประเทศหรือมลรัฐทุกคนได้รับหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามองได้ทั้งในมิติกว้างคือครอบคลุมประชากร (Bread of coverage) และมิติของความลึกคือครอบคลุมสิทธิประโยชน์ (Depth of coverage) โดยหลักประกันสุขภาพทำหน้าที่สำคัญสองประการ คือ การอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (enable access to care) และการปกป้องครัวเรือนจากภาวะล้มละลายที่อาจเกิดขึ้นจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Financial protection against catastrophic expenditures)<sup>6</sup>

## (2) เหตุผลที่รัฐควรช่วยเหลือผู้ยากไร้หรือจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน

แนวคิดที่สนับสนุนว่าภาครัฐควรช่วยเหลือผู้ยากไร้นั้นเป็นแนวคิดแบบเสรีนิยม เชื่อมั่นในกลไกการตลาดที่จะทำให้ระบบเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ให้ความสำคัญกับเสรีภาพการตัดสินใจและความ

<sup>1</sup> Le Grand, J. (1982) *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. Allen and Unwin, London.

<sup>2</sup> Mooney, G.H. (1983) *Equity in health care: confronting the confusion*. *Effective health care*, 1, 179-184

<sup>3</sup> Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (1993) *Equity in the delivery of health care: methods and findings in Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten, F. (eds) Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford University Press, London.

<sup>4</sup> Waters, H.R. (2000) *Measuring equity in access to health care*. *Soc.Sci.Med.*, 51, 599-612

<sup>5</sup> หุยกต์ แสงอุทัย (2538) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป พิมพ์ครั้งที่ 12. รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.

<sup>6</sup> Kutzin, J (2001) *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*. *Health Policy*: 56, 171-204



รับผิดชอบส่วนบุคคล โดยที่ภาครัฐควรจำกัดบทบาทตนเองและมุ่งช่วยเหลือผู้ยากไร้ สหรัฐอเมริกาถือเป็นต้นแบบของแนวคิดนี้ รัฐบาลกลางและรัฐบาลของมลรัฐของสหรัฐอเมริกาดำเนินโครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare) และคนจน (Medicaid) ตามลำดับ ในขณะที่ประชาชนทั่วไปก็มีอิสระในการเลือกซื้อประกันสุขภาพที่จัดโดยเอกชน ข้อดีของแนวคิดนี้คือ (1) หากมาตรการในการค้นหาและเข้าถึงคนยากไร้มีประสิทธิภาพก็สามารถช่วยคนได้ตรงตามความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ (2) ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐก็ไม่สูงมากนักทำให้รัฐบาลสามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ (3) ขณะเดียวกันประชาชนก็มีเสรีภาพและทางเลือกในการตัดสินใจของตนเอง แต่จุดอ่อนสำคัญคือ (1) ต้นทุนการค้นหาคนจนที่สูงและ (2) การขาดประสิทธิผลของการค้นหาและเข้าถึงกลุ่มคนจน<sup>7 8</sup> กล่าวคือ การค้นหาคนจนต้องมีเครื่องมือและกลไกการประเมินที่ซับซ้อนและบุคลากรที่ชำนาญทำให้มีต้นทุนสูง ประเทศกำลังพัฒนามักขาดสมรรถนะด้านนี้ นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่อยู่ภาคจ้างงานที่เป็นทางการ มีรายได้จากหลายแหล่งทั้งที่เป็นและไม่เป็นตัวเงินและยังไม่สม่ำเสมอ ในเชิงเทคนิคจึงมีความยากค่อนข้างมากและมีผลให้ขาดความครอบคลุมและความตรงของการค้นหาและให้ประโยชน์แก่คนจน ประสพการณ์ของไทยในการดำเนินโครงการบัตรรายได้น้อยเกือบสามสิบปี พบว่าปัญหาการขาดความครอบคลุมและขาดความตรงของการให้บัตรรายได้น้อยมีมาตลอดและไม่มีแนวโน้มดีขึ้นตามประสพการณ์การดำเนินงานที่นานขึ้นแต่กลับมีแนวโน้มแย่ลง<sup>9 10</sup> (3) ข้อด้อยอีกประการคือไม่สามารถทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในการใช้บริการสุขภาพได้ พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2542 – 2547 ประชากรอเมริกันที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 16-17 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ขณะเดียวกันความครอบคลุมของประกันสุขภาพเอกชนมีแนวโน้มลดลงในขณะที่ความครอบคลุมของ Medicaid เพิ่มขึ้น<sup>11</sup> การไม่มีหลักประกันส่งผลต่อการเข้าถึงบริการขณะเดียวกันก็ทำให้บางคนต้องประสบกับปัญหาล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล<sup>12</sup> ดังนั้นข้ออ่อนสำคัญของแนวทางนี้คือมีผลกระทบด้านลบต่อความเป็นธรรมทั้งในระบบบริการและการคลังสุขภาพแม้ว่าจะมีนโยบายช่วยเหลือผู้ยากไร้ก็ตาม

ประเทศส่วนใหญ่ในยุโรปมองว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน<sup>13</sup> และให้ความสำคัญกับการเกื้อกูลกันของคนในสังคม (Solidarity) กล่าวคือ คนที่มีสุขภาพดี

<sup>7</sup> Coady, D., Grosh, M., and Hoddinott, J. (2004) Targeting outcome redux, The World Bank Research Observer, Vol. 19(1): 61-85

<sup>8</sup> Srivastava, P. (2004) Poverty Targeting in Asia: Country Experience of India. Discussion Paper No. 5, Asian Development Bank Institute, Tokyo.

<sup>9</sup> โครงการบัณฑิตศึกษาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) (2533) รายงานโครงการวิจัยประเมินผล เรื่อง การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ม.ป.ท.

<sup>10</sup> สุกัลยา คงสวัสดิ์ พิชญ์ รอดแสง สนิทธี โชนงนุช และ วรธนา จารุสมบุรณ์ (2543) ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (2541-2543) สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี

<sup>11</sup> US Department of Health and Human Resource (2006) Health, United States, 2006 with Chartbook on Trends in the Health of Americans. DHHS publication No 2006-1232

<sup>12</sup> Van Doorslaer, E. et al. (2005) Paying out-of-pocket in Asia: Catastrophic and Poverty Impact. Equitap Project, working paper No. 2

<sup>13</sup> ปฎิญาสากรว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 “ บุคคลมีสิทธิในมาตรการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการทางสังคมที่จำเป็น...”



ควรช่วยเหลือคนที่มีสุขภาพแย่ และคนรวยควรช่วยเหลือคนจน<sup>14</sup> สังคมจึงจะอยู่ได้อย่างสงบสุข ประกอบกับกลไกตลาดในระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพภาคสมัครใจทำงานได้ไม่สมบูรณ์จากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะจำเพาะของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่ถูกกำหนดด้วยความจำเป็นด้านสุขภาพ (derived demand) การขาดความสมดุลของข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ/ประกันและผู้รับบริการ (imbalance of information) การผูกขาดโดยธรรมชาติของตลาด (natural monopoly) และบริการบางอย่างเกี่ยวข้องกับจริยธรรม (merit goods) ภาครัฐจึงต้องเข้าไปกำกับหรือจัดการเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น ข้อเด่นของแนวคิดนี้คือ การสร้างความเป็นธรรมและการเกื้อกูลกันของคนในสังคม และทำให้หลักประกันสุขภาพสามารถทำหน้าที่สองประการสำคัญที่กล่าวในตอนก่อนหน้านี้นี้ได้เต็มที่ (หากสิทธิประโยชน์ที่กำหนดมีความครอบคลุมที่รอบด้านพอ) อย่างไรก็ตามผลกระทบหลักที่เกิดขึ้นคือภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐที่เพิ่มขึ้นจากการที่รัฐต้องเข้าไปจัดการให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะเดียวกันการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็กระตุ้นให้อุปสงค์ต่อบริการของประชาชนเพิ่มขึ้นจากราคา ณ จุดใช้บริการที่ลดลงของประชาชน

### (3) เงื่อนไขของการจะบรรลุธรรมของค่านิยม

ระบบสงเคราะห์ผู้ยากไร้จำเป็นต้องมีทั้งเครื่องมือและบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการประเมินรายได้กลุ่มเป้าหมาย (Targeting the poor) รวมถึงกลไกในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าระบบจ่ายล่วงหน้า (Prepayment system) ทุกรูปแบบมีความเป็นธรรมมากกว่าการจ่ายเมื่อใช้บริการ (out-of-pocket-payment)<sup>15</sup> ดังนั้นเพื่อแก้จุดอ่อนประเด็นความเป็นธรรมด้านการคลังระบบบริการสุขภาพก็ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพื่อลดการจ่าย ณ จุดใช้บริการลง

สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เงื่อนไขสำคัญคือต้องเป็นประกันภาคบังคับโดยมีการออกกฎหมายบังคับในเรื่องดังกล่าว สำหรับการออกแบบระบบเป็นได้ทั้งการประกันสุขภาพภาคบังคับแบบประกันสังคม (Social health insurance) หรือระบบสุขภาพแห่งชาติโดยใช้เงินภาษี (National health services) ทั้งนี้พบว่าประเทศส่วนใหญ่มักมีหลายระบบร่วมกัน<sup>16</sup> เช่น บางกลุ่มครอบคลุมโดยระบบประกันสังคม บางกลุ่มครอบคลุมโดยระบบภาษี รวมทั้งประกันเอกชน โดยภาครัฐอาจเป็นผู้จัดเองหรือกำหนดให้มีโดยเอกชนดำเนินการก็ได้โดยเฉพาะกรณีแบบกองทุนประกันสังคม อาจเป็นกองทุนเดี่ยวเช่น กรณีของเกาหลี หรือหลายกองทุน เช่นกรณีญี่ปุ่น และเยอรมันนี่ เป็นต้น ทั้งนี้ระบบจะเป็นแบบใดนั้นมักขึ้นกับวิวัฒนาการของระบบที่ผ่านมาและบริบททางสังคมของแต่ละประเทศเป็นสำคัญ สิ่งหนึ่งมักเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่มีได้เป็นเงื่อนไข คือ การปฏิรูประบบ

<sup>14</sup> ทั้งนี้ลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ (1) ต้องเป็นระบบการจ่ายล่วงหน้า (2) มีการนำเงินมารวมกัน และ (3) จำนวนเงินที่คนสุขภาพดีและคนรวยจ่ายต้องมากกว่าความจำเป็นที่ต้องใช้จริงและมีเหลือมาสนับสนุนคนที่สุขภาพแย่และคนจนได้

<sup>15</sup> World Health Organization (2000) World Health Report 2000, Health System: Improving Performance. WHO, Geneva

<sup>16</sup> Gottret, p. and Schieber, G. (2006) Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The World Bank, Washington DC.



บริการและการคลังสุขภาพ<sup>17</sup> เพื่อให้สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ขณะเดียวกันก็ป้องกันผลกระทบจากอุปสงค์ต่อบริการที่เพิ่มขึ้นจากการให้หลักประกันแก่ประชาชน ปัจจัยสำคัญอีกประการคือต้องมีระบบบริการที่ ได้มาตรฐานและกระจายทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

#### (4) ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

แม้แนวคิดเรื่องสงเคราะห์ผู้ยากไร้ในทางทฤษฎีแล้วน่าจะช่วยทำให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม แต่ในทางปฏิบัติเนื่องจากการขาดประสิทธิผลของการค้นหาคนจน ประกอบกับไม่สามารถให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพในลักษณะของการสมัครใจ ดังนั้นระบบดังกล่าวจึงมีผลกระทบต่อค่านิยมด้าน ความเป็นธรรมและการเกื้อกูลกันของคนในสังคม

ส่วนแนวคิดด้านสิทธิเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เนื่องจากการคลังภาครัฐที่มีภาระนำเงินมารวมกันเพื่อใช้สำหรับการจัดบริการแก่ทุกคน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่อาจกระทบต่อ อิสรภาพและทางเลือกของประชาชนบางส่วนรวมทั้งเสรีภาพของผู้ให้บริการในการให้บริการ เนื่องจากต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่าย

#### (5) สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

ประชาชนไทยคุ้นเคยกับการจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการสุขภาพตั้งแต่ในอดีต ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ก็กำหนดให้ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเมื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2488<sup>18</sup> อย่างไรก็ตามอัตราค่าบริการที่กำหนดมิได้มุ่งคืนทุนทั้งหมดเพียงให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนโดยเฉพาะค่ายาและวัสดุโดยภาครัฐสนับสนุนเงินเดือนค่าจ้างบุคลากร พร้อมกันนี้เพื่อให้ผู้มีความสามารถจ่ายจำกัด (ทั้งคนจนและกลุ่มคนที่ประสบกับค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่ากำลังจ่ายของตนและครอบครัว) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ สถานพยาบาลรัฐอาจพิจารณาลดหย่อนค่าบริการบางส่วนหรือทั้งหมดให้แก่คนกลุ่มนี้ได้โดยไม่เป็นทางการภายใต้การพิจารณาของแพทย์ผู้ให้บริการหรือนักสังคมสงเคราะห์ (มาตรการนี้ดำรงอยู่จนถึงปัจจุบันแม้ประเทศไทยจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ระบบที่ไม่เป็นทางการดังกล่าวได้วิวัฒนาการไปสู่ระบบการพิจารณาสถานะทางการแพทย์รักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามระดับรายได้ (mean-test) ในปี พ.ศ. 2518 โดยการออกบัตรรายได้น้อย และต่อมาได้ขยายไปครอบคลุมที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ทหารผ่านศึก เป็นต้น

<sup>17</sup> Kutzin, J (2000) Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion paper, World Bank, Washington DC.

<sup>18</sup> วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร (2544) ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย บทที่ 2 ใน เจตจิต ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี



และเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)<sup>19</sup> สำหรับกลุ่มคนที่ไม่ได้รับบัตรรายได้น้อยกระทรวงสาธารณสุขได้นำร่องโครงการบัตรสุขภาพภาคสมัครใจในปี พ.ศ. 2526 ในลักษณะกองทุนประกันสุขภาพหมู่บ้านและได้ขยายไปทั่วประเทศในเวลาต่อมาในปี พ.ศ. 2534 มีการปฏิรูปโครงการดังกล่าวทั้งด้านแนวคิดและการบริหารจัดการและเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการบัตรประกันสุขภาพ<sup>20</sup> และมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในชนบท

สำหรับกลุ่มประชาชนในภาคการจ้างงานทางการภาครัฐได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลที่จัดให้โดยกระทรวงต่าง ๆ ซึ่งต่อมาได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่าด้วยสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการครอบคลุมทั้งตัวข้าราชการและข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัว ในส่วนของรัฐวิสาหกิจก็มีการจัดสวัสดิการให้แก่พนักงานของตนในลักษณะเดียวกัน สำหรับลูกจ้างภาคเอกชนมีกองทุนทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 และต่อมาในปี พ.ศ. 2533 เริ่มดำเนินงานโครงการประกันสังคมสำหรับการเจ็บป่วยที่มีได้เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังมี พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถซึ่งเป็นประกันภาคบังคับสำหรับเจ้าของรถทุกคนเพื่อคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ (เริ่มในปี 2536) และประกันสุขภาพเอกชน

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปีต่าง ๆ<sup>21</sup> พบว่า ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 33 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 46 ในปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 71 ในปี 2544 ซึ่งเป็นปีก่อนหน้าที่ประเทศไทยประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) และในปี พ.ศ. 2546 (หนึ่งปีหลัง UC) พบว่าความครอบคลุมเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ของประชากร จะเห็นว่าความพยายามในการขยายหลักประกันสุขภาพและการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

## (6) รูปแบบที่ชีวิตของการตัดสินใจว่าเอเนียงไปสู่ประเด็นด้านใด

รูปแบบที่เป็นตัวชี้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศนั้น ๆ เอเนียงไปด้านใดนั้น ดูได้จากบทบาทของการคลังภาครัฐในระบบบริการสุขภาพ (ระบบการคลังที่รัฐเป็นผู้จัดเองหรือรัฐบังคับให้ต้องมี เช่น ระบบประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเอง หรือ ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่รัฐกำหนดให้ต้องมีแม้ภาครัฐจะไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการเอง) ทั้งนี้การคลังภาครัฐจะมีบทบาทสูงในประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ร้อยละ 70-80 ของรายจ่ายสุขภาพของประเทศมาจากการการคลัง

<sup>19</sup> สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2541) ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 1(1): 27-42

<sup>20</sup> Pannarunothai, S., Srithamrongsawat, S., Kongpan, M., Tamwana, P. (2000) Financing Reforms for the Thai Health Card Scheme, Health Policy and Planning 15(3): 303-311

<sup>21</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2534, 2539, 2544, และ 2546



ภาครัฐ ในขณะที่ประเทศที่เอนเอียงไปทางการสงเคราะห์ผู้ยากไร้และให้ประชาชนส่วนใหญ่รับผิดชอบตนเอง มักมีสัดส่วนรายจ่ายภาคเอกชนที่สูง เช่นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ทิศทางการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพทั่วโลกในขณะนี้เน้นมุ่งไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนหลักในการผลักดัน<sup>15</sup> <sup>22</sup> <sup>23</sup> อย่างไรก็ตาม ไรก็ดีรัฐบาลในหลายๆ ประเทศมักผสมผสานแนวคิดทั้งสองเข้าด้วยกันในทางปฏิบัติ<sup>24</sup> ทั้งนี้ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ยากไร้เน้นนโยบายด้านสังคมส่วนใหญ่ยึดหลักแนวคิดเรื่อง “สิทธิ” ในขณะที่ใช้เรื่องการค้นหา กลุ่มเป้าหมาย (targeting) เป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิผลของการให้แบบถ้วนหน้า (targeting within universalism) ตัวอย่างเช่น ในประเทศพัฒนาแล้วที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่าย (โดยเฉพาะค่ายา) เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็น แต่ก็มีมาตรการยกเว้นส่วนร่วมจ่ายแก่ผู้ยากไร้ เป็นต้น

<sup>22</sup> World Health Organization (2005) Strategy on Health Care Financing for Countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions (2006-2010) WHO, Geneva

<sup>23</sup> World Health Organization (2006) Approaching Health Financing Policy in the WHO European Region. WHO regional office for Europe, Copenhagen

<sup>24</sup> Thandika, M (2005) Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Social Policy and Development Programme Paper No.23 United Nations Research Institute for Social Development

