

ระบบประกันสุขภาพ Health Insurance System

■ น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Dr.Anuwat Supachutikul
Health Systems Research Institute

นารปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขกำลังเป็นกระแสใหญ่ทั่วโลก การประกันสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการ บทความนี้ ผู้เขียนได้ทบทวนเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในระดับสากล และในประเทศไทย สรุปรูปปัญหาและเสนอทางออกไว้ด้วย



ความหมายของการประกัน

การประกันเป็นกลไกสำหรับเฉลี่ยความเสี่ยง (risks) หรือเหตุการณ์ที่ไม่มีความแน่นอนในอนาคต (uncertain events) สำหรับกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง ผู้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน (premium) ให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกันซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกที่ประสบความเสี่ยงนั้น การประกันจึงเป็นการกระจายภาระทางการเงินไปให้กับสมาชิกทุกคน ทำให้แต่ละคนจ่ายเงินจำนวนไม่มากเกินไป แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าเงินที่แต่ละคนจ่าย โดยอาศัยพื้นฐานว่าเราสามารถทำนายโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงสำหรับกลุ่มคนจำนวนหนึ่งได้ แต่ไม่สามารถจะทำนายได้แน่นอนเป็นการเฉพาะตัว ความแน่นอนเป็นการเฉพาะตัว ความแน่นอนไปได้ของการประกันขึ้นอยู่กับปริมาณของการมีสมาชิกจำนวนมากพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงได้อย่างกว้างขวาง (Mills A, 1983)

กำเนิดของระบบประกันสุขภาพ

การนำเอาทรัพยากรมารวมกันเพื่อคุ้มครองต่อความเสี่ยงเนื่องจากการเจ็บป่วยเริ่มมาจากกลุ่มคนงานในยุโรป ซึ่งได้รวมตัวกันขึ้นเป็นสมาคมและต่อมาจัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อช่วยเหลือเพื่อนคนงานเมื่อยามเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อคนงานถึง 2 ต่อ คือการที่ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ และการที่ต้องจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล ในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 ได้มีการรวมตัวของกลุ่มคนงานและชาวนาที่ทำงานในโรงงานเดียวกันหรือในบริเวณใกล้เคียงกัน ตั้งเป็นกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (sickness fund) โดยสมาชิกแต่ละคนจะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อสมาชิกเกิดเจ็บป่วยขึ้นกองทุนก็จะจ่ายเงินให้กับสมาชิกเป็นค่ารักษา ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นการทำสัญญากับแพทย์ที่จะให้การดูแลสมาชิกของกองทุนหรือจัดให้มีบริการทางการแพทย์ของกองทุนเอง จะเห็นได้ว่า จุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพ คือ การรวมตัวเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่มีความจำเป็น

ซึ่งเป็นการใช้หลักความเป็นเอกภาพของสังคม มิได้มีวัตถุประสงค์ของการแสวงหากำไรหรือความต้องการเงินไป ลงทุนให้เกิดดอกออกผลดังระบบประกันสุขภาพเอกชนในปัจจุบัน

นายจ้างของกิจการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การทำเหมืองแร่ เห็นประโยชน์ของกองทุนประเภทนี้จึงได้บังคับให้ลูกจ้างของตัวเองทำประกัน ทำให้เกิดแนวคิดในการจ่ายเบี้ยประกันตามระดับรายได้เกิดขึ้น

เมื่อมีความนิยมในการทำประกันสุขภาพมากขึ้น ทางรัฐบาลเยอรมันจึงได้ออกกฎหมายในปี ค.ศ. 1883 บังคับให้ลูกจ้างที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่กำหนดในโรงงานบางประเภทต้องเข้าร่วมกับ sickness fund ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายเบี้ยประกันร่วมกัน นับเป็นจุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory health insurance) หลังจากนั้นประเทศต่าง ๆ ในยุโรปก็ดำเนินการใน

ทำนองเดียวกัน และบางประเทศก็เปลี่ยนมาใช้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) เช่น ในประเทศอังกฤษ ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยใช้ภาษีอากรเป็นแหล่งเงิน (Ron A, Abel-Smith B, & Tamburi G, 1990)

แนวโน้มเชิงเศรษฐศาสตร์ของการประกันสุขภาพ

1. เบี้ยประกันสุขภาพ

หลักการสำคัญของการประกันสุขภาพคือ ค่าเบี้ยประกันที่เก็บได้จะต้องเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลซึ่งขึ้นอยู่กับอัตราการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการเจ็บป่วย รวมกับค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

การกำหนดเบี้ยประกันอาจกำหนดได้ 2 ลักษณะ คือ

การสร้างหลัก
ประกันสุขภาพ
ต้องทำเพื่อความ
เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพ
ของบริการ

(1) กำหนดโดยโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล (experience rating) เช่น อายุ การเป็นโรคเรื้อรัง แนวคิดนี้ใช้อยู่ทั่วไปในธุรกิจประกันภาคเอกชนซึ่งพยายามแบ่งแยกตลาดผู้ซื้อประกัน ดึงดูดให้ผู้ที่มีสุขภาพดีเข้ามาซื้อประกันโดยกำหนดเบี้ยประกันให้ต่ำที่สุด แต่ทำให้ผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีหรือผู้สูงอายุต้องจ่ายเบี้ยประกันในราคาแพงและเมื่อถึงระดับหนึ่งไม่สามารถจะจ่ายได้

(2) กำหนดโดยใช้ความเสี่ยงของชุมชนเป็นหลัก (community rating) โดยไม่นำเอาปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาพิจารณาว่าบุคคลนั้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยเพียงใด ปัจจัยที่จะนำมากำหนดเบี้ยประกันจึงกลายเป็นระดับรายได้กับภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนซึ่งสะท้อนโดยจำนวนสมาชิก ด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดลักษณะความช่วยเหลือของคนในสังคม ผู้ที่มีรายได้ดีช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีช่วยเหลือผู้ที่ย่อแอ

เมื่อพิจารณาแหล่งที่มาที่ไปของเงินแล้วเกือบจะไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือเป็นการที่สังคมเข้ามาจัดการระบบการเงินการคลังเพื่อบริการสุขภาพมิให้เป็นภาระของสมาชิกเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการ เป็นการที่สมาชิกต้องจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับระบบโดยที่ไม่มีโอกาสทราบว่าตนเองจะได้ใช้เงินก้อนนั้นหรือไม่ บางท่านอาจมองว่าเบี้ยประกันสุขภาพก็คือภาษีประเภทหนึ่งที่กันไว้สำหรับค่าใช้จ่ายในเรื่องบริการสุขภาพนั่นเอง ความแตกต่างมีอยู่เพียงว่าเงินภาษีอากรที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาตินั้น อาจจะมาจกหลายแหล่ง จนสมาชิกไม่รู้สึกรู้ว่าใครเป็นผู้จ่าย และต้องมีการแบ่งสรรกับหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ อีก

2. บทบาทของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

ปัญหาของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจอยู่ที่ระบบเบี้ยประกันที่กำหนดไว้ หากกำหนดเบี้ยประกันโดยใช้ experience rating จะเป็นการกีดกันผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีออกจากระบบทั้ง ๆ ที่คนกลุ่มนี้ต้องการความคุ้มครองมากที่สุด หากกำหนดเบี้ยประกัน โดยใช้

community rating จะเป็นการดึงดูดเอาผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีเข้ามาในระบบเป็นอันดับแรก หากไม่สามารถทำให้ผู้ที่มีสุขภาพดีเข้ามาร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงด้วยจะทำให้ระบบไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้ หรือจะต้องเพิ่มอัตราเบี้ยประกันให้สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายซึ่งกลายเป็น experience rating สำหรับเฉพาะกลุ่มที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก

บทบาทของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่เหมาะสมจึงมี 2 ประการคือ

- (1) เป็นการสร้างความคุ้นเคยและความเข้าใจต่อระบบประกันสุขภาพในระยะเริ่มต้น
- (2) ในระยะยาวแล้วการประกันสุขภาพโดยสมัครใจควรเป็นเพียงส่วนเสริมสำหรับบุคคลที่ต้องการบริการที่มีความสะดวกสบายและพร้อมที่จะจ่ายเบี้ยประกันเพื่อการนี้ ส่วนบริการพื้นฐานที่จำเป็นควรได้รับความคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory health insurance) ซึ่งใช้ community rating หรือการจัดระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

3. ผลต่อการให้บริการ

การมีระบบประกันสุขภาพอาจจะทำให้สมาชิกเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาเนื่องจากไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ กล่าวคือ อาจจะลดความระมัดระวังในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง หรือเมื่ออาจมีการใช้บริการมากเกินไปจนความจำเป็น ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มขึ้น

วิธีการที่ใช้เพื่อให้สมาชิกเกิดความยับยั้งชั่งใจในการใช้บริการคือ การกำหนดให้สมาชิกมีหน้าที่จ่ายเงินบางส่วนเมื่อไปใช้บริการ เช่น

- (1) Co-insurance หมายถึงการจ่ายเป็นสัดส่วนของค่าบริการที่เกิดขึ้น
- (2) Deductible หมายถึงการให้สมาชิกรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเบื้องต้นไปถึงระดับหนึ่งที่กำหนดไว้ ต่อจากนั้นระบบประกันจึงจะจ่ายให้ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกับการจ่ายเงินทดแทนจำนวนน้อย ๆ ลงไปด้วย
- (3) Fixed indemnity หมายถึงการกำหนดเพดานสูงสุดของค่าใช้จ่ายที่ระบบประกันจะรับผิดชอบ

ซึ่งประเทศไทยนำมาใช้กับกองทุนเงินทดแทน และผู้ประสบภัยจากกรร

การให้สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันอาจผลักดันให้เกิดการให้บริการแตกต่างออกไปด้วย เช่น หากการประกันสุขภาพให้ความคุ้มครองเฉพาะกรณีที่ไม่นอนโรงพยาบาลก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะนอนโรงพยาบาลมากขึ้น

4. เป้าหมายประสิทธิภาพและความเป็นธรรม

เนื่องจากทรัพยากรของสังคมมีจำกัด การจะทุ่มเททรัพยากรมาใช้กับบริการสุขภาพอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมได้ เช่น ไม่สามารถขยายบริการสังคมที่จำเป็นอื่นๆ ไม่สามารถผลิตสินค้าในราคาที่จะแข่งขันกับประเทศอื่นๆ ได้ ดังนั้นสังคมจึงต้องพิจารณาเลือกระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ทุกส่วนของระบบสามารถส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพได้ดังนี้

(1) สมาชิก

- ระมัดระวังและดูแลสุขภาพของตนเองหรือใช้การดูแลตนเองเป็นเบื้องต้น กลวิธีที่จะส่งเสริม เช่น การให้สิทธิพิเศษในการตรวจร่างกายประจำปี หรือการลดราคาสำหรับการต่ออายุสมาชิก สำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา

- ใช้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพตามความจำเป็น เช่น เลือกใช้บริการที่ใกล้ตัว ใช้บริการระดับล่างสุดของระบบที่สามารถให้บริการได้ กลวิธีที่จะส่งเสริม เช่น การให้สมาชิกร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ โดยมีอัตราแตกต่างกันตามระดับของสถานพยาบาล เช่น ไม่เสียเงินเมื่อไปใช้บริการที่สถานอนามัย เสียเงิน 30 บาทเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน เสียเงิน 50 บาทเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้การจัดการระบบเครือข่าย

บริการที่ครอบคลุมพื้นที่อย่างเหมาะสมก็เป็นกลวิธีที่จะส่งเสริมอีกประการหนึ่ง

(2) ผู้ให้บริการ

ใช้เทคโนโลยีในการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป กลวิธีที่จะส่งเสริมได้แก่การสร้างระบบแรงจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทนอย่างถูกต้อง (ก) การจ่ายเงินค่าตอบแทนใน ลักษณะ fee-for-service หรือตามปริมาณบริการจะส่งเสริมให้

เกิดการให้บริการที่เป็นที่พอใจของผู้ป่วยแต่อาจเกิดปริมาณบริการที่มากเกินไป กลวิธีที่จะส่งเสริมได้แก่การสร้างระบบแรงจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทนอย่างถูกต้อง (ก) การจ่ายเงินค่าตอบแทนใน ลักษณะ fee-for-service หรือตามปริมาณบริการจะส่งเสริมให้เกิดการให้บริการที่เป็นที่พอใจของผู้ป่วยแต่อาจเกิดปริมาณบริการที่มากเกินไป กลวิธีที่จะส่งเสริมได้แก่การสร้างระบบแรงจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทนอย่างถูกต้อง (ก) การจ่ายเงินค่าตอบแทนใน ลักษณะ fee-for-service หรือตามปริมาณบริการจะส่งเสริมให้

เกิดการให้บริการน้อยกว่าที่ควร ส่วนการตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการขึ้นอยู่กับว่าสมาชิกมีโอกาสในการเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการได้หรือไม่ วิธีกรนี้ใช้กับระบบประกันสังคม นอกจากนั้นยังจะต้องมีระบบอื่นๆเข้ามาเสริม เช่น การมีระบบข้อมูลเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ การส่งเสริมให้ผู้ให้บริการใช้ความมีเหตุผลในการสั่งตรวจและรักษา การกำหนดชุดของสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็น (basic essential package) เป็นต้น

(3) ผู้รับประกัน

ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการต่ำ

สำหรับเป้าหมายเรื่องความเป็นธรรมนั้นจะต้องพิจารณาทั้งในแง่มุมมองว่าใครเป็นผู้จ่าย และใครเป็นผู้ได้

จุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพก็คือ การรวมตัวเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่มีความจำเป็น ซึ่งเป็นการใช้หลักความเป็นเอกภาพของสังคม

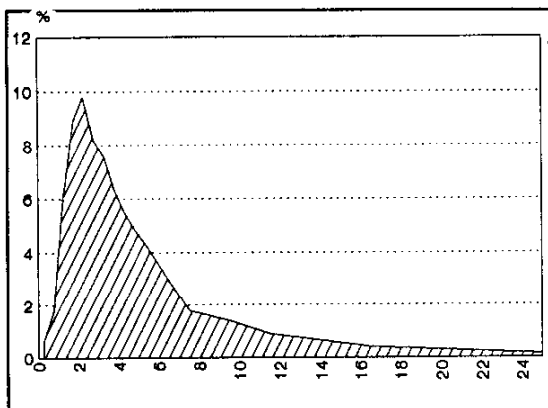
รับประโยชน์ ในสังคมที่ยึดปรัชญาเอกภาพของสังคมเป็นหลักจะใช้วิธีเก็บเบี้ยประกันตามความสามารถที่จะจ่าย หรือตามระดับรายได้ของบุคคลนั้น โดยรัฐเป็นผู้ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจ่ายได้ พยายามทำให้มี cross-subsidization ระหว่างคนที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน และการได้รับประโยชน์จะขึ้นอยู่กับความจำเป็นที่จะต้องรับบริการของสมาชิก ในสังคมที่ยึดหลักตัวใครตัวมันจะใช้วิธีเก็บเบี้ยประกันตามโอกาสที่จะใช้บริการ รัฐให้การอุดหนุนตามพลังต่อรองทางการเมือง พยายามแบ่งแยกคนที่มีระดับรายได้แตกต่างกันออกจากกันเพื่อรักษาเงินไว้ใช้ในกลุ่มของตนเอง การได้รับประโยชน์ขึ้นกับความสามารถในการหาสิทธิคุ้มครองด้วยตนเอง

รายได้ของครัวเรือนไทย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2535 พบว่าครัวเรือนไทยส่วนใหญ่มีรายได้ 1,500-3,000 บาทต่อเดือน และเมื่อพิจารณาความถี่สะสมจะพบว่า 80% ของครัวเรือนมีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 8,000 บาท (ดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2)

จากการสำรวจครัวเรือนในชนบทพบว่า การเจ็บป่วยซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน (catastrophic illness) มีสูงถึง 143 ครั้งต่อพันสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาท,

ภาพที่ 1 ร้อยละของการกระจายรายได้ของครัวเรือนไทยต่อเดือน ปี 2535



X 1,000 บาท/เดือน

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

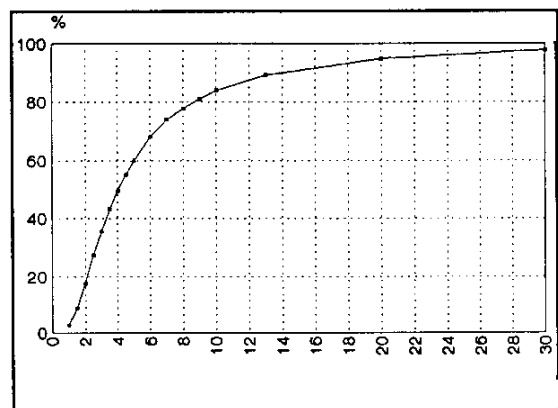
109-111 ครั้งต่อพัน สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้ตั้งแต่เดือนละ 2,000-8,000 บาท และ 104 ครั้งต่อพันสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้มากกว่าเดือนละ 8,000 บาท วิธีการแก้ปัญหาที่ใช้มากที่สุดคือการหยิบยืมจากญาติ พี่น้องหรือเพื่อน รองลงมาคือการขายทรัพย์สิน และการจำนำ โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ทำให้เกิด catastrophic illness คือ 6,655 บาท (Thavitong H & Supachit M, 1991) จะเห็นว่าแม้ครัวเรือนในชนบทที่มีรายได้ในเกณฑ์สูงก็ยังหลีกเลี่ยงไม่พ้นจากปัญหานี้ไปได้เนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นภาวะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า และค่าใช้จ่ายในแต่ละครั้งอาจสูงกว่ารายได้หลาย ๆ เดือนรวมกันหรือเงินที่ครัวเรือนมีอยู่ในขณะนั้น แม้ว่าจะมีมาตรการในการกระจายรายได้ดีเพียงใด แต่หากไม่สร้างหลักประกันสำหรับความเสี่ยงที่จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก แล้วก็จะมีความเสี่ยงจำนวนหนึ่งประสบความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเจ็บป่วย

ประวัติการประกันสุขภาพในประเทศไทย

1. พรบ.ประกันสังคม

ประเทศไทยได้ออกกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกเมื่อ พ.ศ.2497 เพื่อให้ประชาชนไทยมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม แต่ได้มีการระงับใช้โดยไม่มีกำหนดเนื่องจากเสียงคัดค้านของประชาชนและสื่อมวลชนต่าง ๆ

ภาพที่ 2 ร้อยละสะสมของการกระจายรายได้ของครัวเรือนไทยต่อเดือน ปี 2535



X 1,000 บาท/เดือน

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2537

ได้มีการทบทวนร่าง พรบ.ประกันสังคมอยู่เป็นระยะแต่ไม่ประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2515 จึงได้นำระบบกองทุนทดแทนแรงงานเข้าไว้ในกฎหมายแรงงานเพื่อให้ความคุ้มครองการประสบอันตรายและการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน กำหนดให้นายจ้างของสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนในอัตราร้อยละ 0.2-4.5 ของค่าจ้าง

ในปี พ.ศ.2533 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจของไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี รัฐบาลสามารถเสนอ พรบ.ประกันสังคมผ่านการรับรองของรัฐสภา ซึ่งจะบังคับประกันกับลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป โดยกำหนดนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบฝ่ายละเท่า ๆกัน มีประโยชน์ทดแทนขั้นต้น 4 ประการ คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย และจะเพิ่มประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร และชราภาพภายใน 6 ปี ในปี 2536 ได้ขยายการบังคับสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10-19 คน และในปี 2537 จะขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ

รัฐสภาในขณะนั้นได้เป็นผู้เพิ่มบทบัญญัติให้รัฐบาลร่วมจ่ายเงินสมทบ จากร่างเดิมซึ่งกำหนดให้นายจ้างและลูกจ้างเท่านั้นเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ไม่มีการพิจารณาถึงชาวไร่ชาวนาในชนบทซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศว่าได้รับความเป็นธรรมจาก พรบ.นี้หรือไม่ที่รัฐบาลนำเงินภาษีอากรของทุกคนมาจ่ายเป็นเบี้ยสมทบเพื่อหลักประกันของผู้ที่มีรายได้สูงกว่าและสม่ำเสมอกว่า

2. การประกันสุขภาพเอกชน

ธุรกิจการประกันโดยภาคเอกชนได้เริ่มเมื่อสมัยรัชกาลที่ 5 แต่ไม่ประสบความสำเร็จจึงเลิกกิจการไปและมาฟื้นตัวใหม่หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 โดยบริษัท

ต่างชาติในช่วง ปี พ.ศ. 2472 อีกสิบกว่าปีต่อมาจึงเกิดบริษัทของไทยขึ้น ส่วนการประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเริ่มต้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2521

โดยนัยตามกฎหมายไทยการดำเนินธุรกิจการประกันในประเทศไทยมี 2 ประเภทใหญ่ๆคือ การประกันชีวิตกับการประกันวินาศภัย การประกันสุขภาพนั้นได้ถูกจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันประเภทอื่น ๆ ในการประกันวินาศภัย แต่ในทางปฏิบัติการขายประกันชีวิตมักจะมีแผนกเอาการคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเข้าไว้ด้วย (เทียนฉาย กิระนันท์, 2536)

3. บัตรสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ.2526 ในชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผน

ครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการดำเนินงานใน 18 หมู่บ้าน ในปีต่อมาได้ขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็นทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล และเปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการบัตรสุขภาพ" โดยให้ประชาชนในชนบทสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ มีการกำหนดจำนวนครัวเรือนขั้นต่ำ ที่จะเปิดกองทุนบัตรสุขภาพในหมู่บ้าน ให้ประชาชนในหมู่บ้านเป็นผู้บริหารกองทุนตนเอง โดยสามารถนำเงินจากการขายบัตรสุขภาพไปหมุนเวียนใช้ในกิจการที่เป็นประโยชน์ของชุมชนเป็นเวลา 1 ปี ก่อนที่จะส่งให้กับสถานพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการของสมาชิก

มีหมู่บ้านจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ประสบความสำเร็จในการบริหารกองทุน ในปี พ.ศ.2534 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทดลองรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นหลักการประกันสุขภาพมากกว่าการพัฒนาองค์กรชุมชน และในปี พ.ศ. 2536 ได้ประกาศใช้แนวทางใหม่นี้โดย

U ะเทศไทยยังมี
ประชากรอีก
ประมาณ 35%
ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ

เรียกชื่อใหม่ว่า “บัตรประกันสุขภาพ” และ รัฐบาลเริ่มจ่ายเงินอุดหนุนให้กับโครงการ

4. ผู้ประสบภัยจากรถ

รัฐสภาได้ผ่าน พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยเหตุผลว่าผู้ประสบภัยจากรถมักไม่ได้รับการชดเชยค่าเสียหาย หรือได้รับค่าเสียหายไม่คุ้มกับที่เกิดขึ้นกับชีวิตและร่างกาย หากผู้ประสบภัยจะใช้สิทธิทางแพ่งเรียกร้องค่าเสียหายก็ต้องใช้เวลาดำเนินคดียาวนาน พรบ.นี้กำหนดให้ผู้ประสบภัยได้รับการชดเชยค่าเสียหาย และได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอนและทันที่ โดยอาศัยการดำเนินงานของ

บริษัทประกันภัยเอกชนทั้งหลายที่มีอยู่ก่อนที่ พรบ.นี้ จะมีผลบังคับใช้ได้มีข้อโต้แย้งค่อนข้างมากในเรื่องของการกำหนดเบี้ยประกัน ตลอดจนความพยายามที่จะยกเว้นรถจักรยานยนต์เนื่องจากเบี้ยประกันถูกกดราคาลงจนบริษัทประกันเห็นว่าไม่คุ้มกับความเสี่ยง

ระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย

หลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนไทยมิได้มีเพียงการประกันสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีระบบสวัสดิการต่างๆอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจจำแนกหลักประกันด้านสุขภาพได้เป็น 4 กลุ่มรูปแบบดังนี้

| รูปแบบ | ความครอบคลุม % |
|--|-----------------------|
| 1. สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ | 9.5 |
| 2. สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ประชาชน (health welfare) | |
| 2.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล | 20.0 |
| 2.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล | 7.3/4.1 ¹ |
| 2.3 โครงการสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาสังกัด สปข. | 9.1 |
| 2.4 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี | 24.5/7.4 ¹ |
| 2.5 โครงการสงเคราะห์ผู้พิการ | 1.8 |
| 2.6 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพระและนักบวช | 0.5 |
| 2.7 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับทหารผ่านศึกและครอบครัว | 0.3 |
| 3. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (compulsory health insurance) | |
| 3.1 กองทุนทดแทนแรงงาน ² | 5.0 |
| 3.2 กองทุนประกันสังคม ² | 7.0 |
| 3.3 การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ³ | |
| 4. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (voluntary health insurance) | |
| 4.1 การประกันสุขภาพเอกชน | 1.0 |
| 4.2 บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข | 5.1 |

¹ ตัวเลขแรกหมายถึง ความครอบคลุมทั้งหมด

ตัวเลขหลังหมายถึง การตั้งงบประมาณอุดหนุนในส่วนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบใด ๆ

² ทั้งสองกองทุนนี้คุ้มครองคนกลุ่มเดียวกัน

³ คุ้มครองทุกคนที่ประสบภัยจากรถ

เมื่อหักความซ้ำซ้อนของระบบต่าง ๆ ออกแล้วจะพบว่า ยังมีประชากรอีกประมาณ 35% ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นทางการ แต่ในทางปฏิบัติประชาชนเหล่านี้สามารถขอรับบริการโดยไม่คิดมูลค่าได้จากสถานพยาบาลของรัฐทั่วไป ที่เรียกว่าเป็นการสงเคราะห์ผู้ป่วยประเภท ข. โดยผ่านการคัดกรองจากนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล มูลค่าการให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใกล้เคียงกับการให้บริการผู้ป่วยประเภท ก. ซึ่งมีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ในการให้บริการระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน และสูงเกือบ 2 เท่าของผู้ป่วยประเภท ก. ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ปัญหาและทงออก

1. ความซ้ำซ้อนของระบบต่าง ๆ ในการให้ความคุ้มครอง

เนื่องจากประเทศไทยมีการให้หลักประกันหลายรูปแบบพร้อม ๆ กัน ทำให้เกิดความสับสนทั้งในการขอตั้งงบประมาณและในการให้บริการว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิในระบบใด

ในการตั้งงบประมาณอุดหนุนได้มีข้อยุติเบื้องต้นว่าจะลดความซ้ำซ้อนโดยถือว่ากลุ่มเป้าหมายจะใช้สิทธิซึ่งได้รับโดยระบบที่ให้ความคุ้มครองห้ครอบคลุมก่อน ระบบดังกล่าวได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านรักษายาบาล และบัตรประกันสุขภาพแล้วจึงคำนวณกลุ่มเป้าหมาย เด็ก และผู้สูงอายุ ที่เหลือ

ในการให้บริการนั้นสามารถใช้สิทธิบางอย่างร่วมกันได้ แต่ควรพิจารณาใช้สิทธิตามลำดับดังนี้

- การประสมภัยจากกรด
- ผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม
- สวัสดิการข้าราชการ
- ประกันสุขภาพเอกชน
- สวัสดิการอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้ประชาชน

2. ความครอบคลุม

การที่มีประชาชนอีกร้อยละ 35 ยังไม่ได้รับ

หลักประกันด้านบริการสุขภาพ ทำให้มีความพยายามที่จะขยายหลักประกันไปสู่ประชาชนกลุ่มดังกล่าวในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น การขยายตัวของธุรกิจประกันสุขภาพเอกชน การตั้งเป้าหมายครอบคลุมโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การครอบคลุมกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และการประกันตนโดยสมัครใจของกองทุนประกันสังคม การปรับเพดานระดับรายได้ครัวเรือนสำหรับผู้มีสิทธิขอบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจาก 2,000 บาท/เดือน เป็น 2,800 บาท/เดือน เป็นต้น ข้อเสนอที่ยังไม่ชัดเจนได้แก่ กลุ่มคนที่ไม่ได้รับหลักประกันที่เหลือนั้นมีลักษณะเศรษฐกิจและสังคมอย่างไร วิธีการใดเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับสร้างหลักประกันแก่คนกลุ่มนี้ มีทางเลือกอื่นที่เหมาะสมกว่าระบบที่กำลังขยายตัวอยู่หรือไม่ ระหว่างการขยายความครอบคลุมกับการเพิ่มประสิทธิภาพในส่วนของผู้ให้บริการควรจะทำอะไรก่อน

3. ประสิทธิภาพ

ข้อมูลที่ยังชี้ประสิทธิภาพอย่างหยาด ๆ คือตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละระบบซึ่งมีความแตกต่างกันมาก เช่น 317 บาทสำหรับการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย, 805 บาทสำหรับผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม, 916 บาทสำหรับสวัสดิการข้าราชการ แม้ว่าจะมีความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แต่ละระบบให้ความคุ้มครองไม่เท่าเทียมกัน แต่ก็พอจะแสดงให้เห็นว่า ระบบการจ่ายเงินต่อผู้ให้บริการนั้นมีผลต่อประสิทธิภาพค่อนข้างมาก กล่าวคือ การใช้งบประมาณจ่ายให้กับสถานพยาบาลของรัฐทำให้ค่าใช้จ่ายของการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยต่ำที่สุดในขณะที่การจ่ายตามสถานพยาบาลเรียกเก็บของระบบสวัสดิการข้าราชการทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาก ส่วนระบบประกันสังคมซึ่งใช้ระบบเหมาจ่าย แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงแต่ผลประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับกลับต่ำกว่านั้นมาก

ทางออกในเรื่องของการพัฒนาประสิทธิภาพอยู่ที่การพัฒนาทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ การกำหนดให้ผู้มีสิทธิต่าง ๆ มีหน้าที่จะต้องจ่ายเงินร่วมจำนวนหนึ่งเมื่อไปรับบริการ และการพัฒนาระบบที่จะเอื้ออำนวย

ให้กลไกการตลาดสามารถทำงานได้ในขอบเขตที่เหมาะสม กล่าวคือ ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันที่จะให้บริการที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม เช่น การที่ระบบประกันสังคมจะเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเป็นผู้กำหนดราคาเหมาจ่ายของตนเอง และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิที่จะเลือกสถานพยาบาลโดยอิสระโดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องจ่ายเงินส่วนที่เกินหากสถานพยาบาลแห่งนั้นตั้งราคาของตนสูงกว่าที่ประกันสังคมจะจ่ายให้

4. ความเป็นธรรม

ปัญหาความไม่เป็นธรรมในเชิงการเงินการคลังเพื่อสุขภาพเกิดจากการที่รัฐบาลให้เงินงบประมาณอุดหนุนประชาชนกลุ่มต่างๆ ไม่สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด เช่น ผู้มีรายได้น้อยเกษตรกรในชนบท กลับได้รับการอุดหนุนน้อยกว่าผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ประจำหรือข้าราชการ

ทางออกของปัญหานี้อยู่ที่ความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบต่างๆ ให้ลดลง การกำหนดรูปแบบของการสร้างหลักประกันสำหรับกลุ่มคนที่เหลืออย่างเป็นธรรม และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการประเมินภาษีเงินได้เพื่อใช้เป็นฐานในการพิจารณาการอุดหนุนจากรัฐ

5. ปัญหาเฉพาะของโครงการบัตรประกันบัตรสุขภาพ

การขยายตัวของโครงการบัตรประกันสุขภาพซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ดูเหมือนจะเป็นการสนองตอบต่อนโยบายการขยายหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนเป็นอย่างดี แต่มีจุดอ่อนซึ่งพึงสังวรณไว้ดังนี้

5.1 การกำหนดเบี้ยประกันในอัตราตายตัวไม่ขึ้นกับระดับรายได้

โครงการนี้กำหนดเบี้ยประกันไว้ตายตัวเนื่องจากความยากลำบากในการประเมินรายได้ วิธีการนี้เหมาะสำหรับใช้ในกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้าง homogeneous เช่น เกษตรกรในชนบทซึ่งไม่มีที่ดินของตนเอง กลุ่มเป้าหมายที่มีรายได้สูงกว่านี้สมควรจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามความสามารถที่จะจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่รัฐบาลให้เงินอุดหนุนมาจำนวนหนึ่ง เงินส่วนนี้ควรพุ่งเป้าไปเฉพาะผู้ที่มีกำลังซื้อต่ำเท่านั้น ผู้ที่ได้รับสิทธิคุ้มครองอยู่แล้ว เช่น ข้าราชการ ไม่สมควรได้รับสิทธินี้อีก นอกจากนั้น ยังควรมีแผนประกันสุขภาพอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ที่มีกำลังซื้อสูงกว่าโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล การที่ข้าราชการมาซื้อบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลถือว่าเป็นการแย่งชิงทรัพยากรที่จำกัดจากผู้ด้อยโอกาส มิใช่การเฉลี่ยความเสี่ยง

5.2 การละเลยหลักการควบคุมใช้จ่าย

ด้วยความเคยชินกับการทำงานในระบบสงเคราะห์ของข้าราชการ จึงไม่ค่อยสนใจว่ากองทุนจะมีรายได้เท่าไร จะควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินที่กองทุนมีอยู่เท่าไร กอปรกับความเกรงกลัวข้อกล่าวหาว่าไม่ปฏิบัติตามนโยบาย ทำให้ผู้บริหารกองทุนบัตรประกันสุขภาพไม่ยึดหลักการ cost containment โดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์และเบี้ยประกันควรจะมีสอดคล้องกันในระดับชุมชน กล่าวคือจำนวนเบี้ยประกันรวมทั้งหมด ร่วมกับแบบแผนการเจ็บป่วยและการใช้บริการเป็นตัวกำหนดสิทธิประโยชน์ หรือในทางตรงกันข้ามสิทธิประโยชน์เป็นตัวกำหนดอัตราเบี้ยประกัน กองทุนประกันสุขภาพกำหนดเบี้ยประกันตายตัวโดยเปิดให้สามารถใช้จ่ายสิทธิประโยชน์โดยไม่จำกัดเนื่องจากในระยะที่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานเห็นว่าการกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายที่กองทุนจะให้ความคุ้มครองไว้ที่จำนวนเงิน 2,000 บาท หรือการจำกัดจำนวนครั้งของ

ผู้ มีรายได้น้อย
เกษตรกรในชนบท
กลับได้รับการ
อุดหนุนน้อยกว่า
ผู้ใช้แรงงานที่มี
รายได้ประจำหรือข้าราชการ

การให้บริการ อาจจะทำให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ หรือต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงได้ยกเลิกข้อจำกัดดังกล่าว โดยมุ่งเน้นในเรื่องของการให้บริการที่จำเป็น (essential service) ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของผู้ให้บริการ ในทางปฏิบัติพบว่า เป็นไปได้ยากที่ผู้ให้บริการจะจำแนกว่าอะไรคือบริการที่จำเป็นหรือไม่จำเป็น อีกทั้งไม่เป็นที่ยอมรับของสมาชิกเนื่องจากมิได้กำหนดไว้ล่วงหน้าว่าบริการอะไรที่จะไม่ให้ความคุ้มครอง จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องกำหนด basic essential package สำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพ

5.3 การละเลยหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยง

โดยหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยง สมาชิกทุกคนจะต้องมีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันต่อค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่เอาประกัน แต่การดำเนินงานของโครงการบัตรประกันสุขภาพมิได้เน้นที่จุดนี้ กลับเน้นการขายบัตรให้ได้จำนวนที่กำหนดไว้โดยไม่คำนึงว่าผู้ซื้อเป็นใคร นำเอาวิธีการของระบบประกันสุขภาพเอกชนเข้ามาใช้ เช่น การให้ค่าตอบแทนสำหรับผู้ที่ย้ายบัตรได้ ทำให้เกิดการโฆษณาเกินความเป็นจริง การขายในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งขายได้ง่ายกว่าเพราะเบี้ยประกันไม่ขึ้นกับความเสี่ยงเช่นในภาคเอกชน การไม่จำกัดระยะเวลาขายทำให้ไม่เกิดการประกันความเสี่ยงล่วงหน้า แต่เข้ามาร่วมเมื่อเกิดความเสียหายแล้ว เช่น ในกรณีที่ต้องรับการผ่าตัด วิธีการทั้งหมดนี้มิได้เป็นไปเพื่อส่งเสริมการเฉลี่ยความเสี่ยง (risk sharing) แต่เป็นการส่งเสริมการดักตวงผลประโยชน์ (benefit taking) มากกว่า

5.4 ความไม่เข้าใจบทบาทของบัตรประกันสุขภาพต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

ดังได้กล่าวในตอนต้นแล้วว่ารูปแบบการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจควรมีบทบาทใน 2 ลักษณะคือ เป็นการสร้างความคุ้นเคยและความเข้าใจต่อระบบประกันสุขภาพในระยะเริ่มต้น และเป็นส่วนเสริมสำหรับระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ หากไม่

มุ่งที่จะพัฒนาไปในทิศทางดังกล่าวแล้วโครงการนี้ก็จะมีประสิทธิภาพไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาว

สรุป

การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยเพื่อบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และ คุณภาพ เป็นสิ่งที่มุ่งหวังทั้งจากประชาชนและผู้กำหนดนโยบาย วิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวเป็นสิ่งที่จะต้องศึกษาและถกเถียงกันเพื่อให้ได้ข้อยุติที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการมองสังคมทั้งระบบอย่างรอบด้าน และการพิจารณาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงจุดใดจุดหนึ่งต่อส่วนที่เหลือทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. เทียนฉาย กิระนันท์ (2536) การประกันสุขภาพ เอกชน. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่อง "สรุปบทเรียนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพไทย-เยอรมัน" สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานเบื้องต้นการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535
3. Mills A (1983). Economic Aspect of Health Insurance. In Lee K & Mills A (Ed) The Economics of Health in Developing Countries. Oxford University Press.
4. Ron A, Abel-Smith B, & Tamburi G (1990). Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach. International Labour Office. Geneva.
5. Thavitong H & Supachit M (1991). A baseline Survey of Preference for Rural Health Insurance. Center for Health Policy Studies, Mahidol University.

