

ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด
(Competitive market) หรือระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม
(Managed or socialized system)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- การแข่งขันในระบบตลาด (Market competition) ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกซื้อ ผู้ผลิตมีแรงจูงใจในการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคและคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ แต่ในด้านบริการสุขภาพมักมีข้อจำกัดด้านการสร้างความเป็นธรรม และกลไกตลาดมักล้มเหลว เนื่องจากการขาดสมดุลย์ของข้อมูล ความลำเอียงในการเลือกรับความเสี่ยง (Selection bias) และความจำกัดในการเข้าสู่ตลาดของผู้ให้บริการทำให้จำกัดทางเลือก โดยเฉพาะในชนบท
- บริการการแพทย์เพื่อสังคม (Socialized medicine) ซึ่งเป็นระบบที่ใช้การคลังภาครัฐเป็นหลัก โดยรัฐบาลไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของหน่วยบริการ แม้จะส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมได้ แต่ก็มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ ทำให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย และส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาและนำเข้าเทคโนโลยี อีกทั้งมักต้องจำกัดทางเลือกของประชาชน ทำให้อาจมีข้อสงสัยต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการ
- รัฐบาลสามารถควบคุมกำกับตลาดสุขภาพโดยใช้การแข่งขันเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นประสิทธิภาพได้ เรียกว่า Managed competition

(1) ความหมายเชิงปฏิบัติการ

การแข่งขันในระบบตลาด (Competitive market) ต้นฉบับของระบบแบบนี้คือสหรัฐอเมริกาหมายถึงระบบบริการสุขภาพที่อิงระบบตลาดเสรีที่ อุปสงค์ (demand) และอุปทาน (supply) ทำงานอย่างเป็นอิสระจากกันโดยมีราคา (price) เป็นเครื่องมือสำคัญในการกระจายบริการในสังคมซึ่งเชื่อว่าจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยจะมีการมีการแข่งขันกันของผู้ผลิตในด้านราคาและคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภค เช่น สถานพยาบาลและแข่งขันกันในด้านราคาและคุณภาพในการให้บริการประชาชน หรือบริษัทประกันสุขภาพแข่งขันเสนอโปรแกรมการประกันสุขภาพที่สนองความจำเป็นด้าน



สุขภาพของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันประชาชนก็มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการหรือซื้อประกันอย่างอิสระ

ระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system) คำนี้จะมาจากสองคำหลักคือ บริการทางการแพทย์เพื่อสังคม (socialized medicine) และการแข่งขันภายใต้การจัดการ/กำกับของภาครัฐ (managed competition)

- ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อสังคม (Socialized Medicine) คำนี้ใช้ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาหมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่การคลังจากภาครัฐเป็นหลัก (publicly-funded health care)¹ โดยแหล่งเงินส่วนใหญ่หรือทั้งหมดมาจากระบบภาษีหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับ² โดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเป็นหลักหรือบริหารด้วยก็ได้ ส่วนในด้านการจัดบริการรัฐอาจจัดบริการเองหรือไม่ก็ได้ หากนิยามแคบก็จะหมายถึงระบบบริการที่ภาครัฐเป็นทั้งผู้จัดและสนับสนุนงบประมาณ หรือในนิยามที่กว้างขึ้นคือ ภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณหรือกำกับระบบบริการโดยที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานพยาบาลเอง
- การแข่งขันภายใต้การจัดการภาครัฐ (Managed competition)³ หมายถึงการที่รัฐบาลควบคุมกำกับตลาดสุขภาพโดยใช้การแข่งขันเป็นเครื่องมือสำคัญกระตุ้นประสิทธิภาพ กลไกดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นในสหราชอาณาจักรเพื่อใช้ในการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ รวมถึงการใช้ในประเทศเนเธอร์แลนด์สำหรับการแข่งขันระหว่างกองทุนประกันสุขภาพในฐานะผู้ซื้อบริการ ทั้งสองรูปแบบนี้อาศัยการทำสัญญาเพื่อซื้อบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (clinical services) โดยผู้ให้บริการมีการแข่งขันกันด้าน ราคา คุณภาพ และปริมาณบริการ ทั้งนี้การควบคุมกำกับของรัฐบาลนั้นอาจมีวัตถุประสงค์มากกว่าการกระตุ้นประสิทธิภาพ เช่น ควบคุมพฤติกรรมกรให้บริการ ความโปร่งใสของการจัดการ ควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายบุคลากรหรือปิดสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีอุปทานเกิน ควบคุมบทบาทขององค์กรวิชาชีพ และเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดบริการ เป็นต้น ทั้งนี้แนวคิดนี้เป็นการผสมผสานกลไกตลาดคือการแข่งขันเข้าในระบบที่ภาครัฐเป็นคนกำกับหรือบริหาร

(2) เหตุผลทางวิชาการสนับสนุนความสำคัญของประเด็นดังกล่าว

โดยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ในระบบตลาดเสรีที่มีการแข่งขันระหว่างผู้ผลิตในการให้บริการกับประชาชน อุปสงค์ต่อสินค้าและบริการของผู้บริโภคขึ้นกับปัจจัยด้าน ราคา ราคาสินค้าและความชอบส่วนบุคคล ราคาของสินค้าทดแทน และระดับรายได้ของผู้บริโภคเอง ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตคือ ราคา ผลกำไร และรายได้รวมของผู้ผลิต กลไกสำคัญในระบบตลาดเสรีจึงเป็นราคา และ ณ จุดที่ราคามี

¹ http://en.wikipedia.org/wiki/Socialize_medicine accessed on 22/01/2008

² http://en.wikipedia.org/wiki/Publicly-fund_health-care accessed on 22/01/2008

³ Nugent, L., and Kolyada, L. (2002) Glossary of Health Reform Terms for Translator. Partner for Health Reformplus, Maryland.



ความสมดุลย์ของอุปสงค์และอุปทานเป็นจุดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ในระบบที่มีผู้ผลิตสินค้า/บริการ ลักษณะเดียวกันจำนวนมากจึงต้องแข่งขันกันด้านราคาและคุณภาพในขณะที่ผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกซื้อได้ตามความต้องการของตน ในขณะที่ผู้ผลิตก็มีแรงจูงใจในการให้บริการจึงค่อนข้างตอบสนองต่อความต้องการผู้บริโภคดี ให้บริการจับใจไม่ต้องรอนาน ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้บริโภค ผู้ผลิตเองก็มีแรงจูงใจในการผลิตคิดค้นเทคโนโลยีใหม่เพื่อการรักษาพยาบาลส่งผลต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างไรก็ตามก็ดีข้อจำกัดหลักของระบบดังกล่าวคือประเด็นด้านความเป็นธรรม เนื่องจากเป็นภาระความรับผิดชอบหลักของปัจเจกชน (ประชาชนจ่ายเอง) ดังนั้นหากไม่มีกลไกในการปกป้องคนจนก็คนกลุ่มนี้ก็จะถูกกีดกันจากระบบบริการ

เหตุผลหลักสนับสนุนการเข้าไปแทรกแซงหรือจัดการของภาครัฐในระบบบริการสุขภาพคือ การขาดความสมบูรณ์และล้มเหลวของกลไกตลาดในระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ (market failure)⁴ มีผลให้การจัดสรรและกระจายทรัพยากรโดยกลไกตลาดขาดประสิทธิภาพ นอกจากนั้นในระบบตลาดเสรียังมีปัญหาขาดความเป็นธรรมจากการที่คนจนถูกกีดกันออกจากระบบเนื่องจากการขาดความสามารถในการจ่าย นอกจากนั้นโดยแรงจูงใจของกลไกตลาดนั้นผู้ให้บริการก็มีแนวโน้มจะไปให้บริการในพื้นที่ที่ประชาชนมีอำนาจจ่ายเป็นหลักเช่นในเขตเมือง เขตธุรกิจ ในขณะที่ในชนบทที่ประชาชนมีอำนาจจ่ายนอกก็ขาดผู้ให้บริการ รัฐจึงมีความชอบธรรมในการแทรกแซงระบบดังกล่าว อย่างไรก็ตามก็ดีระดับของการแทรกแซงสำหรับบริการแต่ละประเภทและกลุ่มเป้าหมายอาจเข้มข้นต่างกัน

สำหรับด้านการคลังนั้นเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าการคลังภาคเอกชนที่จ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน จุดใช้บริการนั้นขาดความเป็นธรรมมากที่สุด⁵ ส่วนในระบบการคลังที่มีการจ่ายล่วงหน้า ประกันสุขภาพภาคสมัครใจก็มีปัญหาความล้มเหลวของกลไกตลาดจากการขาดสมดุลย์ข้อมูล (Imbalance of information) ระหว่างผู้ให้และผู้เอาประกัน⁶ ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพสูงต้องการซื้อประกันมากในขณะที่บริษัทประกันต้องการรับเฉพาะผู้มีสุขภาพดี (Adverse selection) เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน ทำให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนต้องมีมาตรการต่างๆในการคัดกรองความเสี่ยง ซึ่งขัดแย้งกับเป้าประสงค์ด้านความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ⁵ ส่วนประกันภาคสมัครใจภาครัฐแม้ไม่มีการคัดกรองความเสี่ยงโดยกำหนดเบี้ยประกันอัตราเดียวกันก็มักประสบปัญหาขาดความยั่งยืนด้านการเงินจากการมี

⁴ ความล้มเหลวของกลไกตลาดเกิดจาก (1) การแข่งขันที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect competition) จากการผูกขาดโดยธรรมชาติ (natural monopoly) ทั้งจากการเข้าหรือออกจากตลาด (ต้องขึ้นทะเบียน) และการรวมศูนย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของขนาด (Economy of scale) สำหรับบริการที่มีอุปสงค์ไม่มากและต้นทุนสูง กฎหมายสิทธิบัตร (2) ขาดสมดุลย์ข้อมูลของผู้ผลิตและผู้บริโภค (imperfect/ asymmetry of information) รวมถึงความไม่แน่นอนของอุปสงค์เองเนื่องจากถูกกำหนดโดยความจำเป็นด้านสุขภาพ (3) บริการสุขภาพบางอย่างมีผลต่อบุคคลอื่น (Externalities) กล่าวคือไม่เฉพาะคนที่บริโภคได้รับอรรถประโยชน์แต่คนรอบข้างก็ได้รับผลอันนั้นด้วย เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การรักษาโรคติดต่อ รวมถึงอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการเห็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้รับการทางการแพทย์ที่จำเป็นและไม่ต้องล้มละลายจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งโดยทฤษฎีแล้วผู้ที่ได้รับอรรถประโยชน์จากการบริโภคไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมต้องมีส่วนรับผิดชอบ นอกจากนั้นสินค้าบางอย่างก็เป็น สินค้าสาธารณะ (Public goods) ที่ปัจเจกชนไม่ยินดีจ่าย บริการบางอย่างเกี่ยวกับจริยธรรมและมนุษยธรรม เนื่องจากการไม่ได้รับบริการอาจหมายถึงชีวิตของผู้ป่วย

⁵ World Health Organization (2000) The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance. WHO, Geneva

⁶ Feldstein, P.J. (1993) The Market for Health Insurance: Its Performance and Structure, Chapter 8 in Health Care Economics, Delmar Publishers Inc, California.



สัดส่วนสมาชิกที่มีภาวะความเสี่ยงสูงกว่าประชากรทั่วไป (Selection bias)⁷ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และแก้ปัญหาด้านประสิทธิภาพ ภาครัฐจึงต้องเข้าแทรกแซงหรือจัดการในลักษณะประกันสุขภาพภาคบังคับโดยอาจใช้เงินจากภาษีหรือเบี้ยประกันภาคบังคับเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ข้อเสนอสนับสนุนหลักต่อระบบการคลังภาครัฐคือประเด็นด้านความเป็นธรรม⁸ และมีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าในระบบตลาดเสรี⁹

ข้อโต้แย้งหลักต่อระบบที่รัฐเข้าไปจัดการคือประเด็นด้านประสิทธิภาพ^{9 10} กล่าวคือ มีภาระด้านภาษีสูง และระบบที่การคลังมาจากภาครัฐเป็นหลักเช่นในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักมีปัญหาเรื่องข้อจำกัดของงบประมาณ (budget constraints) ทำให้ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายและส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจในการให้บริการและการมีคิวยาวสำหรับการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน ขาดแรงจูงใจในการพัฒนา/นำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีปัญหาการเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ขณะเดียวกันสถานภาพของผู้บริโภคก็ค่อนข้างอ่อนแอเมื่อเทียบกับระบบตลาดเสรี¹¹ ประชาชนเองก็มีข้อสงสัยต่อการเข้าถึงบริการเสรีภาพในการเลือกและคุณภาพบริการ^{12 13}

เพื่อแก้ข้อจำกัดต่างๆที่กล่าวข้างต้นของระบบการจัดการภาครัฐต่อมาจึงมีการปฏิรูประบบ/กลไกภาครัฐ (Public sector reform) ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ/บริการของภาครัฐ โดยมีแนวคิดหลักสำคัญห้าอย่าง¹⁴ คือ (1) การลดขนาดของภาครัฐ- downsizing (2) นำการบริหารจัดการแบบภาคเอกชนมาใช้ในภาครัฐ- managerialism (3) การกระจายอำนาจ - decentralization ให้กระบวนการตัดสินใจไปอยู่ใกล้ผู้รับบริการ (4) ปรับโครงสร้างภาครัฐโดยเน้นผลงานผลลัพธ์ที่มากกว่ากระบวนการทำงาน- debureaucratization และ (5) การถ่ายโอนไปยังภาคเอกชน - privatization

⁷ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2544) โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ, บทที่ 6 ใน จเด็จ ธรรมธัชชารี บรรณาธิการ ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี

⁸ Doorslaer, E.V. et al (2005) Paying Out-of-pocket in Asia: Catastrophic and Poverty Impact. Equitap Project Working Paper No. 2

⁹ Claude Blanchette and Erin Tolley. (1997 revised 2001) Public-and private-sector involvement in health-care systems: A comparison of OECD countries. Retrieved from <http://dsp-psd.pwgsc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp438-e.htm> January 23, 2008

¹⁰ Institute For Policy Innovation (2006) The Dangers of Undermining Patient Choice: Lessons from Europe and Canada. Retrieved January 23, 2008 from [http://www.ipi.org/ipi%5CIPublications.nsf/PublicationLookupFullTextPDF/BED00643F2807FC18625720B003DEB12/\\$File/LessonsFromEuropeCanada.pdf?OpenElement](http://www.ipi.org/ipi%5CIPublications.nsf/PublicationLookupFullTextPDF/BED00643F2807FC18625720B003DEB12/$File/LessonsFromEuropeCanada.pdf?OpenElement)

¹¹ Health Consumer Powerhouse (2006) European Health Consumer Index. Retrieved January 23, 2008 from <http://www.healthpowerhouse.com/media/ReportEHCI2006en.pdf>

¹² The Stockholm Network (2004) Impatient for Change. Retrieved January 23, 2008 from <http://www.stockholm-network.org/download/publications/d41d8cd9-Impatient%20FINAL.pdf>

¹³ The Stockholm Network (2005) Poles Apart. Retrieved January 23, 2008 from http://www.stockholm-network.org/download/publications/6d68025a-poles_apart.pdf

¹⁴ Kolthoff, E., Huberts, L, and Heuvel, H.V.D. The Ethics of New Public Management: Is Integrity at Stake? Accepted to be published by Public Administration Quarterly in Winter 2006/2007 issue.



(3) เงื่อนไขของการจะบรรลุธรรมของค่านิยม

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้การแข่งขันในระบบตลาดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การมีตลาดที่สมบูรณ์ (Perfect market) กล่าวคือ ต้องมีการแข่งขันที่สมบูรณ์ ไม่มีการผูกขาดในระบบบริการ (ไม่มีใครสามารถมีอิทธิพลเหนือราคาได้) ผู้ให้และผู้รับมีข้อมูลที่สมบูรณ์ต่อบริการสุขภาพทั้งด้าน ราคา คุณภาพ และปริมาณที่คาดการณ์ได้ บริการสุขภาพนั้นมีคุณภาพไม่ต่างกัน และผู้บริโภคเท่านั้นที่ได้รับอรรถประโยชน์ (private goods) เงื่อนไขที่ต้องการข้างต้นดูเหมือนจะมีจำกัดในระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการแข่งขันที่สมบูรณ์ เนื่องจากตลาดบริการสุขภาพมีการผูกขาดโดยธรรมชาติจากที่กล่าวในหัวข้อก่อนหน้านี้ การแข่งขันหากมีก็จำกัดเพียงในเขตเมืองที่ประชาชนจำนวนมากมีอำนาจซื้อสูง ในขณะที่ในชนบทที่ประชาชนมีอำนาจซื้อต่ำมีเพียงสถานพยาบาลรัฐจึงมีลักษณะผูกขาดโดยปริยาย ผู้บริโภคส่วนใหญ่มักขาดข้อมูลโดยเฉพาะด้านคุณภาพบริการในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ คุณภาพทางคลินิกที่จัดโดยสถานพยาบาลแต่ละประเภทก็มักมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้บริการสุขภาพหลายอย่างมีผลต่อบุคคลภายนอก

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคมบรรลุธรรมของค่านิยมนั้น ประกอบด้วย (1) ต้องมีกฎหมายกำหนดเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาจเป็นได้ทั้งการประกันภาคบังคับแบบประกันสังคมหรือระบบสุขภาพแห่งชาติที่ใช้เงินจากภาษีเป็นหลัก (2) ศักยภาพของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารการคลังภาครัฐสำหรับระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้อาจมีกองทุนเดียวหรือหลายกองทุนที่มีการแข่งขันหรือไม่มีการแข่งขันก็ได้ (3) มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการเพื่อให้ระบบมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ดีขึ้น (4) ใช้กลไกการคลังในการส่งเสริมให้มีการแข่งขันกันภายในและระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในการให้บริการกับประชาชน

(4) ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

การแข่งขันในระบบตลาดที่สมบูรณ์ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการ มีการแข่งขันด้านคุณภาพบริการ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภค ขณะเดียวกันประชาชนก็มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการหรือซื้อประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการก็มีแรงจูงใจในการให้บริการและการลงทุนในการคิดค้นและผลิตเทคโนโลยีทันสมัย แต่ขณะเดียวกันก็มีผลกระทบด้านลบต่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ

ส่วนในระบบการบริการภายใต้การจัดการของภาครัฐเพื่อสังคมนั้น มุ่งเน้นส่งเสริมด้านความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ โดยการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การที่ภาครัฐเข้ามาเป็นผู้บริหาร/กำกับ การคลังรวมหมู่เพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่จึงย่อมมีผลกระทบต่ออรรถประโยชน์ส่วนบุคคลของปัจเจกชนได้ อย่างน้อยก็ทำให้เสรีภาพของประชาชนในการเลือกอาจมีจำกัดขึ้น ขณะเดียวกันภายใต้งบประมาณที่มีจำกัดทำให้ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยมาตรการทางตรงและทางอ้อมต่างๆด้านอุปสงค์และอุปทาน เช่น กำหนดส่วนร่วมจ่าย การต้องใช้บริการตามขั้นตอน การจ่ายค่าบริการแบบปลายปิด ฯลฯ เป็นต้น อิสรเสรีภาพในการตัดสินใจให้บริการของ



ผู้ให้บริการจึงถูกจำกัดระดับหนึ่ง และอาจมีผลกระทบด้านลบต่อการลงทุนในการคิดค้นและลงทุนในเทคโนโลยีทันสมัย ขณะเดียวกันการจ่ายแบบปลายปีอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

(5) สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

การคลังระบบบริการสุขภาพไทยนั้นเป็นลักษณะผสมระหว่างการคลังภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ในอดีต และเมื่อเริ่มนำระบบบริการทางการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาและก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขก็กำหนดให้ประชาชนจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตามรัฐบาลก็สนับสนุนอยู่กว่าครึ่ง บทบาทรายได้ที่สถานพยาบาลจัดเก็บเองมีบทบาทในการคลังของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล กล่าวคือโรงพยาบาลใหญ่ในเขตเมืองจะมีรายได้จากการจัดเก็บค่าบริการที่ประชาชนจ่ายเองมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ทั้งนี้บทบาทการคลังภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามการขยายหลักประกันสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐ¹⁵ โดยเริ่มจากการมีโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปี พ.ศ. 2518 ราชกิจจานุเบกษาสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปี 2523 โครงการบัตรสุขภาพในปี 2526 ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติประกันสังคมในปี 2533 และในปี 2535 มีการขยายการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุและกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลืออีกกลุ่มในปี 2537 และในปี 2544-5 รัฐบาลก็มีนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน¹⁶ ทั้งนี้การขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยนั้นเป็นบทบาทของภาครัฐเกือบทั้งหมด

สำหรับในด้านการจัดบริการนั้น ภาครัฐมีบทบาทหลักในการจัดบริการโดยเฉพาะในชนบท การขยายโครงสร้างพื้นฐานบริการแก่ประชาชนในชนบทเป็นบทบาทภาครัฐเป็นหลัก ในขณะที่ภาคเอกชนมีบทบาทในกรุงเทพฯ และเมืองเศรษฐกิจ ร้อยละ 80 ของเตียงโรงพยาบาลอยู่ในภาครัฐ อย่างไรก็ตามบุคลากรในภาครัฐของไทยสามารถไปทำงานนอกเวลาในสถานพยาบาลเอกชนได้ ขณะเดียวกันคลินิกของแพทย์ส่วนใหญ่ในต่างจังหวัดให้บริการโดยแพทย์ในสถานพยาบาลรัฐนอกเวลาราชการ การทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบบริการสุขภาพเป็นระบบมากขึ้นภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่ภาครัฐซื้อบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และเมื่อมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ทำในลักษณะเดียวกันคือซื้อบริการจากทั้งภาครัฐและเอกชน ขณะเดียวกันก็มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ ได้ปฏิรูปวิธีการจัดสรรและจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้พัฒนาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมตามหลักแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่

(6) รูปธรรมที่ชีวิตของการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด

สัดส่วนของบทบาทการคลังภาครัฐในระบบบริการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่ดีว่าภาครัฐเข้าไปมีบทบาทเพียงใดในระบบบริการสุขภาพ หากการคลังภาครัฐมีบทบาทสูงเช่น ร้อยละ 70-80 แสดงว่าระบบเอนเอียงไปทางระบบการบริการโดยการจัดการภาครัฐเพื่อสังคม ซึ่งก็มักควบคู่ไปกับสัดส่วนของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพ

¹⁵ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 มูลนิธิสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
นนทบุรี

¹⁶ จเด็จ ธรรมธัชอารี บรรณธิการ (2544) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี

