

บทที่ 2

แนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของ ประเทศไทย

ก่อนที่จะทำการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ และวิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของไทยก่อน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ¹

ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ จัดว่าเป็นความเสมอภาคในโอกาส และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ ในฐานะเป็นพลเมืองของประเทศ และการมีสุขภาพดีถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ความเสมอภาคจึงเป็นหลักการพื้นฐานอันสำคัญยิ่งของสังคมที่มีระบอบการเมืองการปกครองแบบประชาธิปไตย เป็นหลักการที่ทุกรัฐบาลพยายามทำให้เกิดขึ้นในประเทศของตน เพื่อให้ประชาชนมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน และไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

หลักความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ในเชิงสังคมวิทยาเห็นว่าการก่อให้เกิดความเสมอภาคทางสังคม คือ การสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชน โดยแนวคิดความเป็นธรรม สามารถแบ่งได้ 2 แนวคิด ได้แก่

1. แนวคิดเสรีนิยม แนวคิดนี้จะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุกคน จะยอมรับก็เพียงมาตรฐานขั้นต่ำเท่านั้น ส่วนที่เกินจากนั้นให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนจะไขว่คว้าตามความสามารถ เชื่อในการตัดสินใจของแต่ละคนว่าจะสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนเองต้องการ การ

¹ ภราดร ดังยางหาวย. (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หน้า 11-14.

ทำให้เกิดความเป็นธรรม คือ การให้เสรีภาพแก่ทุกคนในการเลือกจึงจะเรียกว่าเกิดความเป็นธรรม กลไกตลาดที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพนั้นจะทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ด้วย เพราะทุกคนเลือกได้ด้วยตนเอง

2. แนวคิดความเท่าเทียมกัน เห็นว่าทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน เริ่มตั้งแต่การมีโอกาสที่เท่าเทียมกัน รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการการดูแลจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายที่สุด คือ การมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน ผู้ที่เชื่อแนวคิดความเท่าเทียมจะปฏิเสธกลไกการตลาด เพราะเห็นว่าหากอาศัยกลไกตลาด คนที่มีข้อมูลมากกว่าก็จะใช้โอกาสที่มีมากกว่าสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง และกลุ่มนักคิดนี้จะให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ควรเท่าเทียมกันด้านโอกาส (ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุ โนทัย, 2544)

เมื่อพิจารณาจากแนวคิดความเป็นธรรมทั้งสองแนวคิดนี้ ในการบริการสุขภาพจึงเลือกแนวคิดความเท่าเทียมกันมากกว่าแนวคิดเสรีนิยม เพราะบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้กลไกตลาดมาเป็นกลไกหลักในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ โดยที่ส่วนใหญ่จะมองว่าควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะได้รับโอกาสใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากการบริการของรัฐ โดยไม่มีปัจจัยด้านต่างๆ มาเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพนั้น และไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะไขว่คว้าของแต่ละคน การสร้างความเสมอภาคเป็นการสร้างความเป็นธรรมด้วย ตามความหมายของความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ อีกทั้ง ยังมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งสอดคล้องกับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ

2.2 ระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นลักษณะหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ และอาจพิจารณาได้จากหลายมุมมอง เช่น อาจมองว่าการประกันสุขภาพเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง อาจมองว่าเป็นเครื่องมือสำหรับลดภาระในการชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เป็นกลไกในการกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของปัจเจกชนไปสู่คนหมู่มาก หรืออาจมองว่าเป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งของรัฐที่พึงจัดให้มีเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชน

การประกันสุขภาพเป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk Pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกันไป ซึ่งจะช่วยลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มากนักและมีความแน่นอนเสมือนเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคนไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อยๆ แต่

คงที่² โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ให้ประชาชนทั้งประเทศได้รับการทางด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพ โดยมีการกระจายความคุ้มครองให้มีการประกันสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวางทั่วถึงและพอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้รับการสุขภาพอนามัย เนื่องจากไม่มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัย³ และการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ระบบประกันสุขภาพจึงควรให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน (Universal Coverage) เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเท่าเทียม หรืออย่างน้อยในระดับหนึ่งเป็นพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตด้วยความมั่นใจว่า เมื่อเขามีปัญหาทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม เขาจะสามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาทางสุขภาพนั้น โดยไม่ต้องแบกรับภาระทางการเงิน⁴ โดยในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึง

1. เสรีภาพของประชาชน ให้ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพ แต่ไม่ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรับบริการประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ตามสมควรด้วยตนเอง
2. ความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ซึ่งหมายถึง การคุ้มครองโอกาสในการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ ควรจะได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
3. ประสิทธิภาพของการจัดระบบประกันสุขภาพ ควรมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงเศรษฐกิจและเชิงบริหาร คือ ในเชิงเศรษฐกิจควรจะเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดและต้องสามารถบังเกิดผลอย่างเต็มที่ และครอบคลุมเป้าหมายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศเชิงบริหาร ควรหลีกเลี่ยงการเป็นระบบบริหารขนาดใหญ่ และซับซ้อน
4. ความเป็นไปได้ของระบบประกันสุขภาพ หมายถึง ความเป็นไปได้ทั้งในเชิงเศรษฐกิจและในเชิงนโยบายการบริหารโดยไม่ต้องเป็นภาระแก่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ตลอดจนไม่เป็นภาระแก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ⁵

² วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ธีระสุด, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, สุริยันต์ สุวรรณราช และคณะ. (2543). *โครงการวิจัยเรื่องลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ*. หน้า 25.

³ อัญชลี หอมหวาน. (2552). *การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545*. หน้า 9.

⁴ ธารินี ปากาสิทธิ์. (2546). *การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข*. หน้า 10.

⁵ อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 9-10.

5. ความเสี่ยงทางจริยธรรม (Moral Hazard) ทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในส่วนของผู้รับบริการ ผู้มีประกันสุขภาพมักมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าในกรณีที่ไม่ มีประกันต่างๆ ที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สาเหตุมาจากการมี ประกันสุขภาพ ทำให้การระงับค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการมีน้อยหรือไม่มีเลย จึงมีการบริโภคบริการใน ปริมาณที่มากขึ้น นอกจากนี้ ผู้มีประกันสุขภาพยังอาจละเลยในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้โอกาส เจ็บป่วยมีมากขึ้น ในด้านผู้ให้บริการก็อาจลดความถี่ถ้วนในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจ รักษาเนื่องจากไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนที่แข่งขันกันด้านเครื่องมือพิเศษ ราคาแพง การใช้เครื่องมือเหล่านั้นทำให้ โรงพยาบาลได้เงินจากผู้ป่วยต่างๆ ที่อาจไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการสูญเสียเปล่าทางเศรษฐกิจที่มีผลกระทบ ทางสังคม ปัญหาความเสี่ยงทางจริยธรรมนี้สามารถพบได้ในทุกระบบของการประกันสุขภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

6. การรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Selection) หมายถึง การที่กองทุน ประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ซื้อประกันจ่ายเงินใน อัตราคงที่โดยการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายของประชากรทั้งกลุ่ม (Community Rating) โดย ไม่ได้ปรับตามความเสี่ยงของผู้ซื้อ (Experience Rating) จึงปรากฏว่า ผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยอยู่แล้วจะซื้อประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจะไม่ซื้อประกันสุขภาพ เนื่องจากเบี้ยประกันแพงเกินไป เมื่อเทียบกับความเสี่ยงของตน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

7. กลไกการเบิกจ่ายเงิน การเบิกจ่ายเงินที่ขาดความรัดกุมและมีการตรวจสอบน้อย ทำให้เกิดการไม่สุจริตขึ้นได้ ระบบประกันที่ใช้วิธีการเบิกจ่ายตามบริการที่ให้อจริง (Fee for Service) เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการพบว่าสถานบริการเอกชนบางแห่งเปลี่ยน สถานะผู้ป่วยจากผู้ป่วยนอกที่เบิกไม่ได้ไปเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถนำไปเบิกได้ ลูกจ้างที่ออก จากงานและยังมีสิทธิประกันสังคมอยู่มักย้ายกลับไปภูมิลำเนาเดิม แต่สำนักงานประกันสังคมก็ยัง จ่ายให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาต่อไป โดยไม่ได้มีการให้ผลประโยชน์กับคนงานที่ออกจากงานไป สถานบริการที่รับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพอาจพยายามวินิจฉัยโรคให้เป็น โรคในกลุ่มที่มีการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ โดยจัดให้อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่ให้ได้รับเงิน มากขึ้น (เดล โคแนลสัน และคณะ, 2542)

8. คุณภาพของการให้บริการ การแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลมีผลต่อคุณภาพของการ ให้บริการ ในประเทศไทยปัญหาเรื่องคุณภาพบริการเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โรงพยาบาลเอกชนมีการ แข่งขันกันเพื่อให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิภายใต้ระบบประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขกำลังเร่ง ความต้องการพื้นฐานเพื่อให้เกิดโครงการประเมินและรับประกันคุณภาพสำหรับผู้ลงทะเบียนกับ

สถานบริการภายใต้โครงการประกันสังคม และโรงพยาบาลต่างก็พยายามปรับตัว เพื่อให้สอดคล้องกับการรับรองมาตรฐานในระบบ ISO 9000 (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542)

9. แรงจูงใจสำหรับสถานบริการและผู้รับบริการ ความแตกต่างในระบบการเงินการคลัง ทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่แตกต่างกันในการให้บริการด้านสุขภาพ การจ่ายเงินตามบริการที่ให้อ้างอิง (Fee for Service) ในกรณีของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการจะทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะบริการที่ได้ผลกำไร ในทางทฤษฎีการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) ในระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพจะกระตุ้นให้สถานบริการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีการแข่งขันจะพบว่าระบบเหมาจ่ายอาจนำไปสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือให้บริการน้อยลงได้เช่นเดียวกับระบบเหมาจ่ายรวมสำหรับผู้ป่วยในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายา (สปร.) ซึ่งมีเงินไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการน้อยลงและลดคุณภาพของบริการ นอกจากนี้ การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหัวภายใต้ระบบประกันสังคมยังเป็นการส่งเสริมให้มีการรักษาในโรงพยาบาลแทนที่จะทำให้โรงพยาบาลมีความตระหนักถึงศักยภาพที่จะให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542)⁶

2.3 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุขภาพดีถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ดังนั้น ทุกคนควรมีโอกาสได้รับการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียมกัน เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะได้รับสิทธิขั้นอย่างทั่วถึง จึงจำเป็นที่รัฐต้องกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีอันเป็นเป้าหมายสูงสุด เรียกว่าการประกันสุขภาพแก่ประชาชน ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นการให้หลักประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนหรือผู้เอาประกัน โดยหลักของการประกันสุขภาพเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย (สิริเพ็ญ สุภกาญจน์ภูติ และคณะ, 2539)

ที่ผ่านมารูปแบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยมีหลายระบบ แต่ละระบบมีความเป็นมาและการพัฒนาการที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความหลากหลายของสิทธิประโยชน์ในการรักษายา คุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพในแต่ละระบบ การเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษายา การอุดหนุนทางการเงินจากรัฐ แหล่งที่มาของงบประมาณ อย่างไรก็ตาม

⁶ วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ชีระสุต, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, สุริยันต์ สุวรรณราช และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 25-27.

ระบบที่หลากหลายดังกล่าว ยังก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบ แทนการแก้ไขเฉพาะจุดดังที่ผ่านมา ปัญหาสำคัญดังกล่าว ได้แก่ (สุกสิทธิพรพรรณารุโณทัย, 2544)

1. การที่ประชาชนกว่า 10 ล้านคน เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากขาดหลักประกันสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล

2. สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และการประกันภาคเอกชน ให้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และการมีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ สวัสดิการข้าราชการยังให้สิทธิเลือกสถานพยาบาลได้อย่างอิสระ เข้ารักษาได้โดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ สวัสดิการประชาชนให้สิทธิประโยชน์ทางเลือกน้อยกว่า แต่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลได้กว้างขวางพอสมควร เป็นต้น

3. อัตราการใช้บริการที่แตกต่างกัน การมีหลักประกันทำให้เกิดการใช้บริการที่มากเกินไปหรือในทางตรงข้ามผู้ที่ไม่มีหลักประกันจะเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และบัตรสุขภาพ ใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่งผลให้งบประมาณด้านสุขภาพภาพรวมสูงขึ้นอย่างมาก

4. การคลังสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมของสิทธิประโยชน์และอัตราการใช้บริการ ความแตกต่างของลักษณะการคลังระหว่างหลักประกันระบบต่างๆ แหล่งเงินงบประมาณ และงบประมาณค่าบริการที่จ่ายให้สถานพยาบาล

ปัญหาของระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมานั้น เป็นเหตุให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้หารูปแบบการประกันสุขภาพระบบใหม่ ที่น่าจะสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้และมีความยั่งยืน และในที่สุดก็ร่วมกันผลักดันระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าสำเร็จในปี พ.ศ. 2544 ภายใต้ชื่อ “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยมีคำขวัญของโครงการ คือ “30 บาท รักษาทุกโรค” เริ่มดำเนินการครั้งแรก เมื่อ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาครและยะลา ขยายพื้นที่อีก 15 จังหวัด ในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 และดำเนินงานทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในวันที่ 1 ตุลาคม 2544 (ยกเว้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครชั้นใน ที่เริ่มดำเนินการเมื่อเดือน เมษายน 2545)⁷

การบริการสุขภาพก็มีการพัฒนาขึ้นเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันการบริการสุขภาพได้ให้ความสำคัญเชิงสังคมมากขึ้น และให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และชนชั้นทางสังคม โดยเห็นว่าเป็นสิทธิอันชอบธรรมของมนุษย์ทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

⁷ ภาครตร ดังยางหาวย. เล่มเดิม. หน้า 20-21.

มาตรฐานเท่าเทียมกัน การสร้างความเสมอภาคถือได้ว่าเป็นการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมด้วย นั่นคือ การทำให้มาตรฐานเฉลี่ยของคนจนกับคนรวย ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดหรือแตกต่างกันน้อยที่สุด (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539) ดังนั้น เป้าหมายของการบริการสุขภาพ คือ การให้โอกาสประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน⁸

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก จนอาจเรียกได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของไทยครั้งสำคัญ ยุทธศาสตร์หลัก คือ การปฏิรูประบบงบประมาณ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร (Capitation) แทนระบบเดิมที่จัดสรรตามขนาดสถานบริการ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมสร้างให้เกิดความเสมอภาค ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ⁹

2.4 การขจัดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข¹⁰

ความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลนั้น สามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคน เครื่องมือ หรือแม้แต่วิธีการทำงาน การที่จะระบุตัวคนผิดในบางกรณีเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ใช้เวลานาน และอาจไม่เป็นธรรมกับตัวบุคคลผู้ปฏิบัติงานที่บางครั้งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยแห่งความผิดพลาดเท่านั้น เนื่องจากความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่อง (Medical Negligence) หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) เป็นความเสียหายที่สามารถเกิดขึ้นได้ตามปกติ และเป็นธรรมชาติของวงการแพทย์ แม้แต่ในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัยมาก ก็สามารถเกิดความเสียหายได้ เพราะหัตถการและการดูแลแต่ละอย่างมีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความเสียหายได้เสมอ เพียงแต่มักน้อยแตกต่างกันไป (กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) และจากรายงานเรื่อง “To Err is Human” (Institute of Medicine สหรัฐอเมริกา, 1999, อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป 2550, หน้า 13) ระบุว่า ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความพลั้งเผลอ การละเลย และความบกพร่องของมนุษย์ภายในระบบการดูแลสุขภาพอันซับซ้อนที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อป้องกันความผิดพลาด ดังนั้น การกล่าวหาและลงโทษบุคคลว่าเป็น “ผู้กระทำผิด” นอกจากจะไม่ใช่การแก้ปัญหาอย่างตรงจุดแล้ว ยังบั่นทอนแรงจูงใจที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นซ้ำอีก ซึ่งสาเหตุของ

⁸ แหล่งเดิม. หน้า 1.

⁹ แหล่งเดิม. หน้า 5.

¹⁰ อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 31-35.

ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข อาจมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้าน อาทิ (กระทรวงสาธารณสุข, และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) เช่น

1. การประมาทเลินเล่อ (Ordinary Negligence) ของมนุษย์
2. ความบกพร่องของระบบการทำงาน หรือระบบการประสานงาน หรือระบบบริหารจัดการ

3. ความบกพร่องของเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่างๆ
4. ขีดจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในขณะนั้น
5. ขีดจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งความเร่งด่วนต่างๆ

การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University, 1984, อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุข, และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) ระบุว่า ความผิดพลาดจากการผ่าตัดประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เกิดจากการให้ยา อุบัติเหตุทางการรักษา (Therapeutic Mishap) และการวินิจฉัยผิดพลาด

ความผิดพลาดจากการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสิ่งที่พบบ่อยและป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นความผิดพลาดในการสั่งยา ร้อยละ 26 เป็นความผิดพลาดจากการควบคุมดูแลมักพบในการใช้ยาบรรเทาปวด ยาปฏิชีวนะ ยาระงับประสาท ยาเคมีบำบัด ยาจำพวกแสดงฤทธิ์ต่อหัวใจหรือหลอดเลือด และยาหรือสารด้านการจับตัวเป็นลิ่ม

ความผิดพลาดจากผู้ให้บริการ มีทั้งความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่ ได้แก่ วินิจฉัยโรคผิดพลาด ประเมินอาการล่าช้า หรือไม่ได้ส่งจ่ายยาในเวลาที่เหมาะสม และความผิดพลาดจากการทำหน้าที่ ได้แก่ สั่งยาให้คนไข้ผิดคน ผิดเวลา เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2550) ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ต้องมีระบบการชดเชยแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

1. ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีเพิ่มมากขึ้นทั้งที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable) และหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable)

2. ขาดกลไกช่วยเหลือผู้เสียหายให้ได้รับการชดเชยอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีหลายกลไก แต่ละกลไกมีข้อจำกัดและทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้เสียหายได้อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

3. การใช้กลไกทางศาลมีข้อจำกัด เนื่องจากการพิสูจน์สาเหตุของความเสียหายทำได้ยาก เพราะไม่สามารถหาหลักฐาน หรือพยานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความผิดพลาดดังกล่าวได้ ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยล่าช้า การต่อสู้ในกระบวนการทางศาลได้สร้างความเครียด ความ

ทุกซ์ทรมานแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงแพทย์และสถานพยาบาลที่ถูกฟ้องร้องด้วย และมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้เสียหายจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาทั้งที่เกิดความเสียหายขึ้น หรืออาจได้รับอย่างไม่เป็นธรรมในกรณีที่มีการเจรจาไกล่เกลี่ยยอมชดเชยกันเอง โดยเฉพาะผู้เสียหายที่เป็นคนยากจนการศึกษาน้อย ซึ่งไม่มีอำนาจต่อรอง ผู้ประกอบวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะปกปิดข้อมูลที่อาจบ่งชี้สาเหตุของความผิดพลาด เพราะอาจส่งผลอย่างมากต่อการประกอบวิชาชีพของตนเอง ขณะเดียวกันผู้ที่ตั้งใจปฏิบัติงานแต่เกิดความผิดพลาดบกพร่องขึ้น อาจสูญเสียขวัญกำลังใจและกระทบต่อการประกอบวิชาชีพในระยะยาวได้ ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการของเอแบคโพล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) พบว่า บุคลากรร้อยละ 60.4 มีความวิตกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุดในประเด็นเกี่ยวกับการร้องเรียนจากผู้ป่วย และร้อยละ 12 คิดว่าประเด็นการร้องเรียนจากผู้ป่วยและประชาชนเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรลาออกจากราชการ เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้เสียหาย เกิดความแปลกแยกไม่ไว้วางใจ

การเน้นแก้ปัญหาด้วยการฟ้องร้องส่งผลต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมของระบบสุขภาพ เพราะจะทำให้เกิดแนวโน้มการทำเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง (Defensive Medicine) ผู้ประกอบวิชาชีพจะสั่งการตรวจวินิจฉัยและการรักษามากเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้น มีการซื้อประกันความผิดพลาดทางการแพทย์ (Malpractice Insurance) ในที่สุดผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งหมด และไม่มีการเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

กลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ได้แก่¹¹

1. กลไกการชดเชยความเสียหายโดยการฟ้องร้องศาลตามหลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยการละเมิด และใช้กลไกการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่อง

แนวคิด คือ ศาลสามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ในขณะที่เดียวกันกลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด สามารถแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้ตรงตามสภาพของปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่องแก่ผู้เสียหายเฉพาะกลุ่มได้

2. กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาลและการฟ้องร้องศาล

¹¹ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2549). ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. หน้า 17-41.

แนวคิด คือ กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนถึงชั้นศาล โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกทางศาลเพียงอย่างเดียว

3. กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูปโดยไม่มีการฟ้องร้องศาล

แนวคิด คือ กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูปโดยไม่ต้องการพิสูจน์ถูกผิด สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุมกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้กลไกทางศาล

โดยสรุป กลไกให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันของไทยมีหลายกลไก ซึ่งแต่ละกลไกมีข้อจำกัดต่างๆ กัน (กระทรวงสาธารณสุข, และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) ประกอบด้วยการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เน้นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น การเรียกร้องค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 สำหรับความเสียหายที่เกิดจากสถานพยาบาลของรัฐ การฟ้องร้องค่าเสียหายผ่านกลไกทางศาลสถิตยุติธรรม (ฟ้องศาลแพ่ง)

นอกจากกลไกทางการที่กล่าวข้างต้น ยังมีกลไกอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ เช่น การไกล่เกลี่ยประนีประนอมระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยมีการจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีหลักประกันว่าผู้เสียหายจะได้รับการช่วยเหลือหรือชดเชยที่เป็นธรรมหรือไม่ โดยเฉพาะผู้เสียหายที่มีอำนาจต่อรองน้อยอาจไม่ได้รับความเป็นธรรมในระบบนี้ได้

2.5 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault or No Blame Liability Compensation)¹²

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด ไม่ใช่ระบบที่มีเพื่อการปกป้อง บุคลากรในวิชาชีพที่กระทำผิดพลาด หรือบกพร่อง หรือประมาทเลินเล่อ หรือไร้ความสามารถ หรือกลบเกลื่อนปัญหา เป้าหมายสำคัญของระบบนี้ คือ การชดเชยความเสียหาย มิใช่ควบคุมหรือกำกับ หรือลงโทษบุคลากรที่กระทำผิดพลาด ซึ่งเป็นหน้าที่ของกลไกอื่นที่มีอยู่แล้ว ระบบนี้มีไว้ระบบที่ปิดกั้นกระบวนการฟ้องร้องทางกฎหมายอื่น (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2548)

¹² อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 35-36.

หลักการสำคัญของระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด กระทรวงสาธารณสุข และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2550) อธิบายว่า

1. ชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบและหาคนผิด หลักการที่เป็นหัวใจของระบบนี้ คือ การช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบและใครเป็นคนผิด (No-Fault Liability Compensation) เป็นระบบที่มุ่ง “ชดเชยความเสียหาย” ไม่ใช่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ

2. ชดเชยอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันเวลาที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงเข้ารับบริการสาธารณสุขเมื่อต้องประสบกับโชคร้ายซ้ำสอง คือ เข้ารับบริการแล้วเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียขึ้น ความทุกข์ความเดือดร้อนย่อมเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณ จึงจำเป็นต้องมีกลไกโอนอุ้มดูแลอย่างทันพ่วงที่ เพื่อเยียวยาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

3. ชดเชยอย่างเป็นธรรมเพื่อจูงใจให้ใช้กลไกนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล ประเภทและจำนวนเงินที่จะได้รับการชดเชยจากระบบนี้ ต้องเทียบเคียงได้กับการชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องร้องต่อศาล แต่กระบวนการรวดเร็วกว่าและไม่มีภาระค่าใช้จ่ายต่อผู้ร้อง เพื่อจูงใจให้ผู้เสียหายเข้าสู่ระบบนี้ แทนการฟ้องร้องต่อศาล

4. มุ่งแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดปัญหาในระยะยาว มุ่งเน้นแก้ไขปัญหามิใช่แก้ข้อกล่าวหา โดยมองและวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบมิใช่ปัญหาเชิงบุคคล เปลี่ยนจากวัฒนธรรมการกล่าวโทษ (Culture of Blame) ไปสู่วัฒนธรรมการสร้างความปลอดภัย (Culture of Safety) และเปลี่ยนวัฒนธรรมการปกปิดปัญหาเป็นการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมาและเรียนรู้จากปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไข

5. มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายเป็นหลัก

โดยสรุป ในการรับบริการสาธารณสุขมีโอกาสเกิดความเสียหายจากการรับบริการขึ้นได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นมีทั้งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลไกในการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีหลายกลไก ซึ่งแต่ละกลไกมีข้อจำกัดต่างๆ กัน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาศึกษาถึงการพัฒนาระบบช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีหลักการในการช่วยเหลือ คือ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น และเป็นการช่วยเหลือโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดชอบและหาคนผิด

2.6 สิทธิผู้ป่วย

ในปัจจุบันการแพทย์ได้พัฒนาไปพร้อมกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนจึงมีผลต่อการตรวจวินิจฉัย ซึ่งก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียในเวลาเดียวกัน ประกอบกับระบบการแพทย์ในปัจจุบันมุ่งเน้นผลิตแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางมากขึ้น¹³ แม้ว่าที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูล มีน้ำใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคมและกระแสของวัฒนธรรมทางธุรกิจได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น (คาราพร คงจา, 2541) ดังนั้น องค์การสหวิชาชีพด้านสุขภาพ 5 องค์การ คือ แพทยสภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ได้เล็งเห็นประโยชน์ที่จะรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยตลอดจนธรรมเนียมปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีไทย จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยขึ้น เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 เพื่อให้รู้ทั่วกันทั้งประชาชน ผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และผู้ประกอบโรคศิลป์ สาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดี ลดความขัดแย้งและนำไปสู่ความไว้วางใจอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ดี ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ จะทำให้ประชาชนที่ป่วยรับรู้ว่ามีสิทธิและสามารถที่จะต่อสู้กับผู้ที่จะให้บริการได้อย่างถูกต้องและผู้ให้บริการเองก็มีสิทธิและควรให้บริการอย่างเป็นธรรมด้วย (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2541)

คำประกาศสิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ประการ มีกฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา และกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภครองรับอยู่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2541, และคาราพร คงจา, 2541)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการพยาบาลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

¹³ ธารินี ปากสิทธิ์. เล่มเดิม. หน้า 32.

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับเจ็บป่วยนี้ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วย ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ได้รับการรองรับมาตั้งแต่คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratis) และประเภทต่างๆ ก็ได้รับการรับรองสิทธินี้

8. ผู้มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนเอง ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สรุปได้ว่า ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เป็นการรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติกับผู้ป่วยและญาติ และใช้เป็นกรอบในการให้ความคุ้มครองและรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการสาธารณสุขต่อไป¹⁴

2.7 ประวัติความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพของไทย

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น เริ่มต้นจากการดูแลช่วยเหลือกันเองในครอบครัว ในรูปแบบของการสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทยเป็นรากฐาน ต่อมาการแพทย์แผนตะวันตกในนามการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน เริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมไทย¹⁵ นับแต่นั้นประเทศไทยก็ได้มีการ

¹⁴ อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 39-40.

¹⁵ พิระ ดันติเสรณี. (2544). รายงานการศึกษาลับสมบูรณการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย. หน้า 20.

เปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขจากแบบพื้นบ้านมาสู่ระบบสาธารณสุขสมัยใหม่แบบตะวันตก ต่อมารัฐจึงได้มีการออกกฎหมายฉบับแรกขึ้นมา เพื่อควบคุมระบบสาธารณสุขของไทย คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 โดยมีวัตถุประสงค์ว่า “โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมี ผลิตผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ การบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับ ควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การ ประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวาง ระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้นต่อไป จึงทรงพระกรุณา โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัตินี้ไว้”¹⁶ โดยที่พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 นี้ได้ใช้ บังคับจนถึงปี พ.ศ. 2479 ก็ถูกยกเลิกไป โดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479¹⁷

หลังจากนั้นประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยเห็นว่า มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ ซึ่งการมี สุขภาพที่ดีจะเป็นส่วนที่สำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานในอันที่จะทำให้องค์ประกอบอื่นๆ เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ สภาพความเป็นอยู่ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ฯลฯ ของมนุษย์มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีตามไปด้วย จากเหตุผลนี้ทำให้ประเทศไทยยอมรับในหลักการที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทยทุกคนที่ควรจะได้รับ อันเป็นเป้าหมายการพัฒนาทาง สังคมโดยรวม และเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงได้พยายามทำทุกวิถีทางที่จะให้บรรลุเป้าหมาย ดังกล่าว โดยการทุ่มเทงบประมาณจำนวนมากเพื่อการพัฒนาและสร้างสถานบริการสุขภาพของ ภาครัฐเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันก็มีการเปิดสถานบริการของภาคเอกชนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมี การจัดหาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และเครื่องมือแพทย์ที่มีความก้าวหน้าและทันสมัยมาใช้ในการ บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความสะดวกสบาย และได้ประสิทธิภาพในการ รักษาพยาบาล แต่จากการนี้ก็มีผลทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ มากขึ้นด้วย โดยมีผลกระทบถึงค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถ คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใด ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่ เพียงพอหรือบางรายไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้และไม่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้น การมีหลักประกันสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ได้รับ

¹⁶ พันธ สิมะเสถียร และคณะ. (2538). *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับสาธารณสุขในสังคมไทย*. หน้า 5-6.

¹⁷ ประกาศ ลงช. (2545). *ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณีมาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45 (2) (3)*. หน้า 5.

ไว้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่นำไปสู่เป้าหมายแห่งความเป็นธรรม (Equity) ทางด้านสุขภาพ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสาธารณสุขควบคู่กันไปด้วย (WHO, 1999)¹⁸

ต่อมาจึงได้มีการกำหนดเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุขไว้ในรัฐธรรมนูญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ตลอดมาจนถึงรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2521 โดยถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่พึงส่งเสริมงานด้านสาธารณสุข สำหรับการปราบปรามและป้องกันโรคระบาด รัฐพึงทำให้ประชาชนโดยไม่คิดถึงมูลค่า ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2534 ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมปี พ.ศ. 2538 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ นอกจากได้กำหนดแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุขดังที่เคยมีมาแล้ว ยังได้กำหนดแนวทางขึ้นใหม่ โดยถือว่าการบริการทางด้านสาธารณสุขนั้นนอกจากจะเป็นเรื่องที่รัฐพึงถือปฏิบัติแล้ว ยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการบริการในส่วนนี้ แม้ในรัฐธรรมนูญจะเขียนไว้ครอบคลุมการบริการทางด้านสาธารณสุขครบทุกด้านแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายฉบับรองลงไปเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การปฏิบัติงานจึงยังไม่ค่อยเป็นรูปธรรมตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้¹⁹ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่มีเนื้อหาสาระสำคัญเน้นการส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่างๆ รวมทั้งความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ จึงได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 วรรคแรกว่า “บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิในการรับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” และในมาตรา 82 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงกัน” ดังนั้นระบบการประกันสุขภาพระบบใหม่ที่จะเกิดขึ้นจะต้องเป็นระบบที่มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวด้วย กล่าวคือ ต้องมีการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน และในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 รัฐบาลจึงได้เริ่มดำเนินโครงการประกันสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ภายใต้ชื่อโครงการว่า “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือที่รู้จักกันว่า “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” และได้มีการเริ่มดำเนินการนำร่องในบางจังหวัดและขยายโครงการไปทั่วประเทศใน

¹⁸ เสาวณีย์ เข้มพุดชา. (2547). การประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ตามนโยบายรัฐบาล. หน้า 1.

¹⁹ ประกาศ คงชุม. เล่มเดิม. หน้า 6.

วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา²⁰ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนนอกเหนือจากบุคคลที่มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่มีอยู่แล้วเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน อันเป็นการสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ที่รัฐมีภาระหน้าที่ที่จะต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดการเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าวตามรูปแบบที่รัฐได้กำหนดขึ้นและเพื่อใช้เป็นสวัสดิการและเป็นหลักประกันด้านบริการทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุ หรือฉุกเฉิน ที่จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์อันใช้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นใหม่ และเป็นการสนองตอบต่อความจำเป็นของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการดำรงชีพ ซึ่งอาจมีผลถึงแก่ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ได้ รวมตลอดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่นและสังคมอีกด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงหมายความว่าถึง สิทธิของประชาชนชาวไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น²¹

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนเพื่อเป็นหลักประกันทางด้านสุขภาพ อันเป็นสิทธิตามกฎหมายและตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิที่จะได้รับโดยไม่ต้องมีการสมัครเข้าใช้บริการ และต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการที่เพียงพอทั่วถึงอย่างสมเหตุสมผล²² และเพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ซึ่งครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยได้กำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²³ ซึ่งผู้ที่มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรกนั้น คือ ประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และต่อมา

²⁰ ภาคราตร ดังยางหาวาย. (2548). เล่มเดิม. หน้า 3.

²¹ คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. หน้า 11.

²² จีรวัดณ์ ดังเจริญถาวร. (2552). *สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา*. หน้า 56-57.

²³ ภาคราตร ดังยางหาวาย. หน้าเดิม.

จึงได้ยู่บการประกันสุขภาพตามโครงการสวัสดิการประชาชน และระบบบัตรสุขภาพภาครัฐ รวมเข้ากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ผู้ไม่สามารถขอรับสิทธิได้ คือ ผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากรัฐอยู่แล้ว คือ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างที่อยู่ในระบบประกันสังคม บัตรที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้เพื่อใช้แสดงสิทธิเรียกว่า “บัตรทอง” นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังแบ่งเป็น 2 ประเภท

ประเภทแรก ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล จะได้รับบัตรทองประเภท รหัสบัตรขึ้นต้นด้วย “ท” ซึ่งไม่ต้องร่วมจ่าย 30 บาท เมื่อรับบริการสุขภาพ

ประเภทที่สอง ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขตามประเภทแรก จะได้รับบัตรทองประเภท ไม่มี “ท” และต้องร่วมจ่าย 30 บาท เมื่อรับบริการสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการที่กำหนด ผู้มีสิทธิบัตรทองต้องนำบัตรทองและบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ นำมาขึ้นต่อเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง²⁴

นอกจากนั้น ยังมีการปรับปรุงพัฒนาสถานบริการในพื้นที่ภูมิลำนานให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้โดยสะดวก และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง²⁵ โดยจัดสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่ายการบริการประกอบด้วยหน่วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัยตามโครงสร้างเดิม มีหน้าที่ให้บริการขั้นพื้นฐาน เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนใช้สิทธิรับบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

ระดับที่ 2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การบริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน มีหน้าที่หลักในการบริการผู้ป่วยใน และรับการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ระดับที่ 3 หน่วยบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หน่วยงานหรือสถาบันที่ดูแลโรคเฉพาะทางและต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลสุขภาพ

ในการบริการเพื่อให้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หน่วยบริการที่ประชาชนขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม กรณีมีความจำเป็นหรือเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการนั้น ต้องใช้ระบบส่งต่อไปตามลำดับขั้น ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยที่พยายามทำให้เกิดการใช้บริการตามขั้นตอนที่เครือข่ายบริการมีการตกลงร่วมกับประชาชน ประชาชนสามารถไปใช้บริการ

²⁴ แหล่งเดิม. หน้า 22.

²⁵ กราตร ดังยางหาวย. หน้าเดิม.

ได้ทั้งที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลักและรอง ส่วนการใช้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ควรผ่านระบบการส่งต่อ และกรณีที่ได้รับบริการยกเว้นที่ไม่ต้องใช้บริการตามขั้นตอน คือ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่ไม่ฉุกเฉินแต่มีการตกลงภายในเครือข่ายว่าจะดำเนินการเบื้องต้นอย่างไร²⁶

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ โดยได้มีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา เพื่อจัดระบบประกันสุขภาพขึ้นใหม่ และทำให้ระบบประกันสุขภาพมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ระบบประกันสุขภาพจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข²⁷ และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขาธิการของคณะกรรมการ²⁸ เพื่อการปฏิบัติการกิจด้านนโยบายเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²⁹ ภายใต้โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเน้นให้มีการกระจายอำนาจการบริหารระบบงานไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่ (Local System Manager) คือ สำนักงานสาขาเขตให้มีครอบคลุมทั่วทั้งประเทศรวมทั้งสิ้น 13 แห่ง แบ่งเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่อีก 12 แห่ง ซึ่งแต่ละเขตดูแลพื้นที่ประมาณ 3-5 จังหวัด โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยงานสนับสนุนในการปฏิบัติการกิจในด้านต่างๆ ให้แก่สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือน และในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในเครือข่าย โดยงบประมาณที่สถานพยาบาลจะได้รับ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการบริการงบประมาณและการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลที่จังหวัดเลือกซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 Inclusive Capitation เป็นการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (Inclusive Capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียนกรณีที่มีการส่งต่อ

²⁶ แหล่งเดิม. หน้า 23-24.

²⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 24.

²⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 13.

²⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 18.

ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยคู่สัญญาบริการจะต้องจ่ายตามแต่กรณีที่มีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ในขณะที่การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด กรณีผู้ป่วยในจะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG)

รูปแบบที่ 2 Exclusive Capitation เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Capitation for Ambulatory Care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่จังหวัด โดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG With Global Budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง³⁰

จนกระทั่งปัจจุบัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ยังคงบัญญัติรับรองสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐไว้ในมาตรา 51 โดยบัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้ ในมาตรา 80 ยังได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ดังนั้น นับแต่ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างเสมอกันและได้มาตรฐาน ส่วนผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการบริการทางสาธารณสุขของรัฐนั้นต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนในสังคมไทยในปัจจุบัน นับว่ามีแนวโน้ม และมีปริมาณจำนวนผู้เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ทั้งจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ โดยธรรมชาติหรือแม้กระทั่งโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ หรือโรค

³⁰ จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. เล่มเดิม. หน้า 57-59.

เรื่องต่างๆ อันถือได้ว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคอันสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐในฐานะที่เป็นผู้ปกครอง และมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิของประชาชนภายในรัฐที่จะต้องจัดให้มีการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ภายใต้ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และมีสิทธิที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง ซึ่งรัฐจะต้องดำเนินการตามหน้าที่ โดยผ่านระบบประกันสุขภาพของรัฐ³¹

2.8 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย³²

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมานับตั้งแต่อดีตจนถึงกลางปี พ.ศ. 2544 ระบบประกันสุขภาพสำหรับคนไทยมีหลายระบบ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล แหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ ระบบบริหารจัดการคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนชาวไทยกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งหากเจ็บป่วยจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลในบางกรณีได้ แต่หลังจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลใช้บังคับตั้งแต่ 19 พฤศจิกายน 2545 ทำให้คนไทยทุกคนได้รับสิทธิการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งถือเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยการประกันสุขภาพของประเทศไทยสามารถสรุปได้ 4 ช่วง ดังนี้

2.8.1 ช่วงก่อนรัฐให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ก่อนปี พ.ศ. 2400-2497 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยรัฐ เริ่มมีการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมีวิวัฒนาการของระบบในช่วงนี้ ดังนี้

ก่อน พ.ศ. 2400-2449 สังคมไทยโบราณชาวบ้านดูแลรักษาสุขภาพด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน จนปลายสมัยกรุงศรีอยุธยาที่มิชชันนารีเริ่มนำการรักษาแบบตะวันตกมาเผยแพร่ในไทย มีลักษณะการให้บริการโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล จนกระทั่งปี พ.ศ. 2449 มีการสร้างโรงพยาบาลศิริราชให้บริการการแพทย์แผนตะวันตก โดยประชาชนรับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาเอง หลังจากนั้นมีการสนับสนุนให้จัดตั้งสถานพยาบาลแบบตะวันตกมากขึ้น

พ.ศ. 2453 บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดให้บริการประกันสุขภาพ จึงเกิดกฎหมายควบคุมการประกันภัยภาคเอกชนเป็นครั้งแรก

³¹ แหล่งเดิม, หน้า 1-2.

³² สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). *กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. หน้า 1-12.

พ.ศ. 2488 รัฐบาลยกเว้นค่ารักษาพยาบาลแก่คนยากจน โดยให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้การรักษา

พ.ศ. 2497 เริ่มมีการผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม (แต่ไม่ประสบความสำเร็จ) และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติขนส่งทางบกคุ้มครองบุคคลที่ 3 บังคับใช้กับรถบรรทุกบัส

2.8.2 ช่วงรัฐให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชน³³ ช่วงปี พ.ศ. 2506-2525 โดยมีพัฒนาการที่สำคัญ คือ การออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล การประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันชีวิต และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย การจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนเพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน และที่สำคัญ คือ รัฐบาลได้กำหนดให้มีนโยบายรักษาพยาบาลฟรีหรือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดตั้งบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรกในไทย โดยมีพัฒนาการในช่วงนี้ ดังนี้

พ.ศ. 2506 รัฐบาลออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

พ.ศ. 2510 ประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันชีวิต และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย

พ.ศ. 2516 จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน

พ.ศ. 2518 เริ่มดำเนินโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณในหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป

พ.ศ. 2521 จัดตั้งบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรกในไทย

พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน สำหรับครอบครัว โดยให้สถานพยาบาลเป็นผู้พิจารณา

พ.ศ. 2523 ประกาศราชกิจจานุเบกษาสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

พ.ศ. 2524 ปรับเกณฑ์รายได้ของคนโสดที่จะได้รับสิทธิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเป็น ต่ำกว่า 1,500 บาท ต่อเดือน ส่วนรายได้ครอบครัวคงเดิม

พ.ศ. 2524 มีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และเริ่มมีการออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัว บัตรมีอายุ 3 ปี โดยให้กรรมการหมู่บ้านเป็นผู้พิจารณา ระเบียบนี้ไม่มีการกำหนดชื่อสถานพยาบาลในบัตรประชาชน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่ง งบประมาณที่ได้รับเปลี่ยนจากหมวดเงินอุดหนุนที่ทั่วไปเป็นหมวดเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ

³³ สรุปจาก “ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545.

พ.ศ. 2525 งบประมาณการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้ใช้เฉพาะการซื้อยา กลุ่มที่ได้รับการสงเคราะห์ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวเรียกว่าผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ก ขณะเดียวกันรัฐบาลได้จัดงบประมาณบางส่วนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีสิทธิรักษาฟรีและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในครั้งนั้นๆ ได้ โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานพยาบาล เรียกผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ประเภทนี้ว่า ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ข

2.8.3 ช่วงรัฐและประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินจากการรักษาพยาบาล³⁴ ช่วงปี พ.ศ. 2526-2544 ในช่วงนี้ได้เริ่มให้ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้กลไกการคลังในระดับชุมชน (กองทุนบัตรสุขภาพระดับหมู่บ้าน) ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นการซื้อบัตรสุขภาพในลักษณะครอบครัว มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งทำให้มีระบบการร่วมจ่ายทั้งจากผู้ใช้แรงงาน นายจ้าง และรัฐบาล ขณะเดียวกันโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 โครงการได้ขยายผู้มีสิทธิให้ครอบคลุมเด็ก 0-12 ปี ผู้สูงอายุ คนพิการ ทหารผ่านศึก นักบวช รวมถึงกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และได้เปลี่ยนชื่อโครงการใหม่เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)” และเปลี่ยนบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โดยมีพัฒนาการตามลำดับ ดังนี้

พ.ศ. 2526 เริ่มโครงการบัตรสุขภาพ โดยใช้กลไกด้านการคลังสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นหลัก

พ.ศ. 2527 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2527 โดยคงหลักเกณฑ์รายได้ตามเดิม แต่กำหนดให้ผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการจากสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตร 2 แห่ง คือ สถานอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2527 โครงการบัตรสุขภาพระยะ 2 สนับสนุนการใช้บริการสำหรับทั้งครอบครัว

พ.ศ. 2530 ออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียว คือ สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

³⁴ แหล่งเดิม.

พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บังคับใช้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป

พ.ศ. 2534 ออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ครั้งที่ 4 และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

พ.ศ. 2534 โครงการบัตรสุขภาพพระยະที่ 3 ปรับรูปแบบหลักการดำเนินการโดยใช้หลักการประกันสุขภาพ

พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าในกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และคนพิการ นอกจากนี้ ยังได้มีการเพิ่มกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว รวมทั้งภิกษุสามเณรและผู้นำศาสนา

พ.ศ. 2536 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 บังคับใช้

พ.ศ. 2537 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 มีการออกบัตรใหม่ (นับเป็นการออกบัตรรอบที่ 5) โดยเรียกชื่อว่า “บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล” (บัตร สปร.) กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท ต่อเดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว มีนโยบายการให้บัตรประกันสุขภาพแก่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว และมีการจัดสรรเงินงบประมาณให้ภายใต้โครงการนี้

พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ขยายการบังคับใช้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไป

พ.ศ. 2539 ขยายการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ สำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) จากที่จ่ายได้เฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ มีการตกลงกับกระทรวงการคลังให้สามารถจ่ายเป็นค่าตอบแทนล่วงหน้าได้

พ.ศ. 2541 ออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) รอบที่ 6 แต่เปลี่ยนจากบัตรครอบครัวเป็นบัตรบุคคล และกำหนดให้ต้องมีการขึ้นทะเบียนและออกบัตรโดยระบบคอมพิวเตอร์ในทุกกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีสิทธิสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลในภูมิลำเนาได้โดยตรง โดยมีสถานอนามัยเป็นเครือข่าย มีการจัดการโดยคณะกรรมการระดับชาติและระดับจังหวัด จัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรแต่ละจังหวัด นำระบบการชดเชยขั้นที่สอง (Reinsurance) มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) และงบประมาณแบบ Global Budget

พ.ศ. 2541 ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้มีการปรับปรุงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ โดยใช้ระบบร่วมจ่าย กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาและจำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพักพิเศษ

พ.ศ. 2542 ปรับระบบบริหารจัดการงบประมาณโดยมีการประกันชั้นที่สอง (Reinsurance) สำหรับบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงของโครงการบัตรสุขภาพและโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เพื่อชดเชยให้แก่โรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงและกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด โดยมีการกำหนดให้กันเงินร้อยละ 2.5 ของงบประมาณในแต่ละปีไว้ที่ส่วนกลาง

พ.ศ. 2542 ได้รับอนุมัติเงินกู้จากธนาคารโลกในโครงการลงทุนทางสังคม (Social Investment Project, SIP) เพื่อจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในวงเงิน 27.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยที่รัฐบาลไทยต้องจัดเงินสมทบอีกร้อยละ 20 เพื่อจัดสวัสดิการให้แก่กลุ่มผู้ด้อยงาน (จากวิกฤตเศรษฐกิจ) ประมาณ 1.5 ล้านคน ระยะเวลาดำเนินงาน 28 เดือน (ซึ่งต่อมาได้มีการขยายโครงการเป็น 3 ปี คือ ระหว่างปีงบประมาณ 2542-2544) การดำเนินงานได้ทำข้อตกลงกับธนาคารโลก ในการที่จะนำเงินมาดำเนินงานให้กับกลุ่มเป้าหมายของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ในพื้นที่ 6 จังหวัดแทน จังหวัดที่ดำเนินงานประกอบด้วยพะเยา ยโสธร นครสวรรค์ สมุทรสาคร ปทุมธานี และยะลา

พ.ศ. 2543 ขยายระบบประกันสังคมไปสู่ผู้เกษียณอายุและเด็ก

พ.ศ. 2544 กองทุนประกันสังคมปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม โดยใช้หลักการจ่ายตามภาระเสี่ยงทางการเงิน (Risk Adjusted Capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งมีภาระเสี่ยงสูง 8 โรค คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตับอักเสบเรื้อรังและตับแข็ง หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดสมองตีบตัน มะเร็ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคถุงลมโป่งพอง

2.8.4 ช่วงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะเปลี่ยนผ่าน³⁵ ช่วงวันที่ 1 เมษายน 2544-19 พฤศจิกายน 2545 โดยที่ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลภายใต้การนำของ ฯพณฯ พันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แก่ประชาชนไทย ภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540³⁶ หมวดนโยบายพื้นฐานแห่ง

³⁵ สรุปจากรายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544).

³⁶ ปัจจุบันเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

รัฐ มาตรา 52³⁷ ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย...” และสอดคล้องกับแนวคิด วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่กำหนดให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาคช่วงแรกดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข จนมีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็น หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการต่อเนื่องจนปัจจุบัน โดยมีพัฒนาการ ดังนี้

เมษายน 2544 เริ่มดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ นโยบาย รัฐบาลที่ชื่อว่า “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ระยะที่ 1 โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด ประกอบด้วย ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ชัยนาท พะเยา และยะลา ครอบคลุมประชาชนที่ยัง ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จำนวน 1.39 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 37.37 ของประชากรใน 6 จังหวัด โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

มิถุนายน 2544 ขยายพื้นที่ดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 ไปอีก 15 จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ 4.9 ล้านคน หรือร้อยละ 35 ของประชากร ทั้งหมดใน 15 จังหวัด

ตุลาคม 2544 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 3 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการ ครอบคลุมทั้งประเทศ และบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต) กลุ่มเป้าหมายได้รวมผู้มีสิทธิใน โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมด การทยอยดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ เนื่องจากระบบมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมมากกว่า

พฤศจิกายน 2544 มีการเสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่ พิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร โดยได้ผ่านความเห็นชอบมีการแปรญัตติของคณะกรรมการการ วิสามัญ

เมษายน 2545 การดำเนินงานในกรุงเทพฯ มีการขยายพื้นที่ดำเนินการอีกเป็นระยะๆ จน ครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ ทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นมา

³⁷ ปัจจุบันเป็นมาตรา 51.

เมษายน 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ขยายการบังคับใช้ครอบคลุม การจ้างงานที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

เมษายน 2545 ระบบสวัสดิการข้าราชการ มีการปรับระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณ โดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

พฤษภาคม 2545 ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรด้วยมติเอกฉันท์ และเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณา

พฤษภาคม 2545 ยุติการขายบัตรสุขภาพโดยบัตรเดิมสามารถใช้ได้จนกว่าหมดอายุ

19 พฤศจิกายน 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผล บังคับใช้เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 และตามกฎหมายนี้มีการจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปช.)” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขเป็นองค์กรกำหนดนโยบาย

2.9 รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย³⁸

ระบบประกันสุขภาพเป็นกลไกที่ทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ ทำให้เกิดการเข้าถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเมื่อจำเป็น และป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความ เสี่ยงทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่แพง ในที่นี้ระบบประกันสุขภาพมิได้จำกัดเพียง ระบบที่แต่ละคนได้จ่ายเงินเพื่อเอาประกัน (Contributory Scheme) แต่หมายรวมถึงระบบสวัสดิการ ที่พึ่งพาแหล่งเงินทุนในระบบภาษีอีกด้วย ในการประกันสุขภาพของประเทศไทยนั้นมีอยู่ด้วยกัน หลายระบบที่แตกต่างกัน แต่จุดประสงค์คล้ายๆ กันไม่แตกต่างกันนัก โดยประเทศไทยได้จัดระบบ ประกันสุขภาพเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้³⁹

2.9.1 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความ ช่วยเหลือเกื้อกูล

ระบบนี้เป็นการให้สิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ คนยากจน ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กในวัยประถมศึกษา นอกจากนี้ ยังได้ขยายความคุ้มครองไปยังนักบวช ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข และคนในครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนแก่ความช่วยเหลือที่มีต่อสังคม

³⁸ ประภาส คงชุม. เล่มเดิม. หน้า 9-48.

³⁹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2544). ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศ. หน้า 33-40.

ในประเทศไทยนั้นได้มีการจัดตั้งโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อจัดเป็นรัฐสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อยและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยเริ่มต้นจากการให้สถานพยาบาลของทางราชการให้การสงเคราะห์และให้หัวหน้าสถานพยาบาลของทางราชการให้ความสงเคราะห์ และให้หัวหน้าสถานพยาบาลพิจารณาคัดเลือกผู้ควรอยู่ในข่ายได้รับการสงเคราะห์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการออกบัตรแก่ผู้ควรได้รับการสงเคราะห์เพื่อเป็นหลักฐานในการขอรับบริการ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ได้รับการสงเคราะห์ไว้ว่าต้องเป็นคนโสดบรรลุนิติภาวะและมีชีพเป็นบุคคลในครอบครัว และมีรายได้น้อยไม่เกินเดือนละ 1,500 บาท ยกเว้นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์หรือสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างอื่นแล้ว บัตรสงเคราะห์มีอายุ 3 ปี ผู้มีบัตรสงเคราะห์มีสิทธิไปขอรับบริการรักษาพยาบาลฟรีจากสถานพยาบาลของทางราชการและของกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ผู้มีบัตรจะต้องเลือกและระบุไว้ในบัตร และจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเท่านั้น ยกเว้นเฉพาะกรณีพิเศษที่ระบุอนุญาตไว้เป็นอย่างอื่น⁴⁰ การรักษาพยาบาลฟรีในโครงการนี้รวมถึงค่าตรวจโรคธรรมดาทางห้องทดลอง และค่าเลือด ค่าน้ำเกลือ ค่าออกซิเจน ค่าอาหาร ค่าผ่าตัด ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการในการวางแผนครอบครัว ค่าอุดฟัน ค่าถอนฟัน ค่าใช้เครื่องมือพิเศษ ค่าชันสูตรโรค ค่ายา ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐานและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยใน

ภายใต้หลักการดังกล่าว ถ้าจะถือว่าโครงการระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพ โดยที่รัฐกำหนดเป้าหมายประชากรให้ประกันเป็นการเฉพาะก็น่าจะถูกต้อง⁴¹ ปี พ.ศ. 2526 ซึ่งเป็นปีผู้สูงอายุสากลมีการจัดแยกประเภทผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างน้อย 4 ประเภท ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ ผู้สูงอายุที่ถือบัตรรายได้น้อย และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลจึงประกาศนโยบายรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ปี พ.ศ. 2536 นโยบายครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือแก่ลูกชายไปสู่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการและผู้สูงอายุในศาสนาในปี พ.ศ. 2537 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจึงเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่สมควรช่วยเหลือแก่ลูกทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้มีรายได้น้อย (2) ผู้สูงอายุ (3) เด็กอายุ 0-12 ปี (4) ทหารผ่านศึก (5) ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน และ (6) ผู้พิการ โดยใช้คำย่อว่า “สปร.” เพื่อหมายถึงโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเป้าหมายทั้งหมด

⁴⁰ เทียนฉาย กิระนันท์. (2529). แนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพในประเทศไทย. หน้า 9-10.

⁴¹ สุกสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์. (2544). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. หน้า 69-70.

2.9.2 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ

ระบบนี้ได้แบ่งระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ ออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่

2.9.2.1 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme-CSMBS) เป็นสวัสดิการความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการตลอดจนสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา และบุตร ที่อายุไม่เกิน 20 ปี อย่างไรก็ตาม ใ้ตัวเลขที่แน่ชัดของผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการนั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่มีการทำทะเบียนผู้มีสิทธิไว้ ในปัจจุบันระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการอยู่ภายใต้การจัดการของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง⁴² และสวัสดิการนี้รัฐยังรวมทั้งลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด และทหารผ่านศึกนอกประจำการ สวัสดิการที่ให้นี้มีขอบเขตที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย เช่น ในปัจจุบันหากเป็นผู้ป่วยนอกจะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะกรณีที่ได้รับบริการของรัฐเท่านั้น ถ้าเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลของรัฐจะมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามที่จ่ายจริง ยกเว้นค่ารับรองและค่าอาหาร จะต้องไม่เกินวันละ 150 บาท แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลเอกชน ค่ารักษาพยาบาลที่จะเบิกได้จะเป็นเพียงครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริง และต้องไม่เกินวงเงินที่กำหนดไว้ เช่น 3,000 บาท สำหรับระยะเวลาภายใน 30 วัน เป็นต้น

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายของระบบนี้เพิ่มสูงขึ้น ทำให้รัฐบาลให้ความสนใจที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบ ในปี พ.ศ. 2541 กรมบัญชีกลางได้นำมาตรการหลายประการมาใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีมาปฏิบัติ มาตรการเหล่านี้ถือเป็นมาตรการในระยะสั้น ซึ่งประกอบด้วยมาตรการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ให้มีสิทธิเบิกค่ายาได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด เว้นแต่กรณีที่ผู้เจ็บป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองให้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

2. ยกเว้นการเบิกค่าบริการซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษแก่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ให้ผู้มีสิทธิรับผิดชอบจ่ายค่าบริการดังกล่าวเอง

⁴² สุชาติ ภิระนนท์. (2531). การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ. หน้า 7-12.

3. จำกัดสิทธิการเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าห้องพิเศษ ตามจำนวนวันนอน

2.9.2.2 ระบบสวัสดิการด้านการรักษาสำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจ⁴³ โดยหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้จัดให้กับพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยมีหลักการและวิธีการคล้ายคลึงกับสวัสดิการที่ทางราชการจัดให้กับข้าราชการและลูกจ้างประจำค่อนข้างมาก กล่าวคือ ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจโดยทั่วไป ได้แก่ พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงานเป็นประจำในหน่วยงานนั้นและบุคคลในครอบครัว แต่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปบ้างในรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง รัฐวิสาหกิจบางแห่ง เช่น การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย และโรงงานยาสูบ ให้สวัสดิการนี้แก่บุตรบุญธรรมไม่เกิน 2 คน ของพนักงานด้วย ในขณะที่รัฐวิสาหกิจอีกบางแห่งจะให้เบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวน้อยกว่าตัวพนักงาน เช่น การประปานครหลวง สำหรับพนักงานที่จ้างเป็นการชั่วคราว โดยไม่มีอัตราประจำนั้น หากทำงานครบระยะเวลาหนึ่งจะมีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง และในบางกรณีก็ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย โดยอาจจำกัดสิทธิการรับสวัสดิการเพียงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นๆ เท่านั้น⁴⁴ ข้อที่แตกต่างจากราชการเป็นอย่างมากก็คือ การให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่พนักงานที่เกษียณอายุแล้ว และมีกรณีที่ให้ในขอบเขตจำกัด โดยให้เฉพาะการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐวิสาหกิจนั้นๆ เท่านั้น เช่น การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลตามที่กล่าวแล้ว พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวยังอาจได้รับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลภายในหน่วยงานโดยตรงด้วย สถานพยาบาลเหล่านี้มีทั้งที่มีขนาดใหญ่ดำเนินงานในลักษณะของโรงพยาบาล กับที่มีขนาดเล็กให้บริการเฉพาะบุคคลากรภายในหน่วยงานในลักษณะของการปฐมพยาบาลหรือรักษาเบื้องต้น หรือในลักษณะคลินิกที่มีแพทย์และพยาบาลประจำเต็มเวลาหรือบางส่วนช่วงเวลาทำการ

แม้รัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งจะให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด แต่ก็กล่าวได้ว่าสวัสดิการนี้โดยทั่วไปครอบคลุมพนักงานรัฐวิสาหกิจทั้งหมด และรวมถึงครอบครัวของพนักงานเหล่านี้อีกจำนวนหนึ่ง

⁴³ หน้าเดิม.

⁴⁴ ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ. (2532). ระบบประกันสุขภาพของไทย โครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย. หน้า 27.

2.9.3 ระบบประกันสังคมภาคบังคับ

ระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชนตามข้อบังคับในกฎหมายลักษณะต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบ ได้แก่

2.9.3.1 ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากภาครัฐ

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสังคม โดยที่การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่มีหลักการในการสร้างหลักประกันการดำรงชีพของประชาชนในสังคม โดยการที่ประชาชนผู้มีรายได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีส่วนร่วมในการออกเงินสมทบเข้ากองทุน โดยมีนายจ้างและรัฐร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมด้วย ซึ่งกองทุนนี้จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดเคราะห์กรรม หรือความเดือดร้อน อาทิ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ คลอดบุตร ว่างงาน ชราภาพ เป็นต้น ทั้งนี้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยให้หลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีพ ถึงแม้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดรายได้ก็สามารถที่จะดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติสุข⁴⁵

เมื่อ พ.ศ. 2497 ประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคมและได้จัดตั้งกรมประกันสังคมขึ้นในสังกัดกระทรวงการคลัง แต่การบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมในท้องที่ใดและกิจการประเภทใดจะต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ซึ่งใน 2 ปี ถัดมา คือ พ.ศ. 2499 รัฐบาลได้พิจารณาเห็นว่า สภาพเศรษฐกิจในช่วงเวลานั้นยังไม่พร้อมที่จะนำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2479 ออกมาใช้บังคับ จึงมิได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาออกมา และต่อมาในวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2501 รัฐบาลได้ตราพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม ฉบับที่ 6 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2501 ให้ยุบกรมประกันสังคม โดยการโอนเจ้าหน้าที่มาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์และปฏิบัติงานในกองความมั่นคงแห่งสังคม มีหน้าที่ในการพิจารณาปรับปรุง แก้ไข พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเตรียมงานต่างๆ ให้พร้อมที่จะดำเนินงานประกันสังคมในภายภาคหน้าต่อไป⁴⁶

ดังนั้น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 จึงนับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ได้กำหนดแนวทางเกี่ยวกับการประกันสังคมอย่างกว้างขวาง และมีแนวทางที่จะช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชน โดยให้ความคุ้มครองในเรื่องความเสี่ยง และการขาดรายได้ตลอดจนความไม่แน่นอนในชีวิตนับแต่แรกเกิดจนถึงวัยชราและถึงแก่กรรมในวาระสุดท้าย นอกจากนั้น ยังให้ความคุ้มครอง

⁴⁵ เสน่ห์ สุพุทธิ. (2541). *ความรู้และพฤติกรรมของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533*. หน้า 26-38.

⁴⁶ นิคม จันทรวิทุร. (2528). *การประกันสังคมของประเทศไทย*. หน้า 14-15.

ระหว่างการทำงานในเรื่องของความเจ็บป่วย พิกการ แม้กระทั่งการสงเคราะห์บุคคลซึ่งมีบุตรมากด้วย

ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2533 สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเป็นเอกฉันท์ด้วยคะแนน 330 ต่อ 0 ยืนยันตามร่างที่คณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภาพิจารณา จึงถือว่าพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ทำให้ประเทศไทยมีการประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ดังกล่าว มีหลักการเพื่อสร้างหลักประกันสังคมให้แก่บรรดาลูกจ้างและบุคคลอื่นที่เข้าร่วมเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้าง รวมทั้งบุคคลอื่นซึ่งเป็นผู้ประกันตน ในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิตอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งกรณีการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การชราภาพ และการว่างงาน ซึ่งให้หลักประกันเฉพาะลูกจ้าง

พระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดแน่ชัดถึงหลักประกันที่ให้แกลูกจ้างและบุคคลอื่นในส่วน of ลูกจ้างนั้นเป็นลักษณะการบังคับ โดยให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับลูกจ้างในสถานประกอบการนั้น และตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2536 ให้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไปด้วย ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายในเรื่องดังกล่าว ซึ่งได้กำหนดให้ใช้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไปด้วย ส่วนในกรณีของบุคคลอื่นๆ นั้น การสมัครเป็นผู้ประกันตนถือเป็นเรื่องของความสมัครใจ

2.9.3.2 ระบบกองทุนเงินทดแทน ในประเทศไทยระบบประกันสุขภาพนั้นได้มีการจัดระบบกองทุนเงินทดแทนขึ้นมา โดยมีจุดประสงค์ที่จะให้ความคุ้มครองลูกจ้างเพื่อใช้ในยามเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานซึ่งเป็นแนวคิดในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีระบบประกันสังคมขึ้นมาในประเทศไทย โดยที่สวัสดิการการรักษายาบาลของระบบเงินทดแทนในปัจจุบันตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นายจ้างมีความรับผิดชอบในกรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพและสูญหาย หรือตายอันเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน โดยมี 2 ลักษณะ คือ⁴⁷

1. กองทุนเงินทดแทนประกอบด้วยเงินสมทบจากนายจ้างฝ่ายเดียวเป็นหลัก สำหรับนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และประกอบกิจการตามประเภทที่กำหนด โดยอัตราในการ

⁴⁷ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2544). *บันทึกประกอบร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ*. หน้า

จัดเก็บเงินสมทบแต่ละรายจะไม่เท่ากัน โดยจะขึ้นอยู่กับประเภทและขนาดของกิจการและท้องที่ที่กิจการนั้นตั้งอยู่ รวมทั้งต้องคำนึงถึงสถิติการประสบอันตรายของแต่ละประเภทกิจการ ภาระของกองทุน และจำนวนเงินของกองทุนที่มีอยู่ด้วย ทั้งนี้ อัตราเงินสมทบจะต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายในแต่ละปี

2. สำหรับนายจ้างที่ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน จะมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างโดยตรง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายจากการทำงาน โดยลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนสามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ในทุกสถานพยาบาล โดยไม่ต้องเลือกสถานพยาบาลประจำ โดยสำนักงานจะใช้ระบบเบิกจ่ายจริงตามใบเสร็จรับเงิน (Fee for Service) ตามความจำเป็นไม่เกินอัตราที่กำหนด

2.9.3.3 การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นระบบที่มีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับ ซึ่งเจ้าของรถจ่ายให้แก่บริษัทประกันภัยเอกชน

อุบัติเหตุจากการจราจรทางบกเป็นที่มาของการสูญเสียต่อสุขภาพและชีวิตของปัจเจกชน รวมทั้งต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนาผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น จึงมีผู้เห็นความสำคัญในการใช้การประกันสุขภาพเพื่อเป็นเครื่องมือในการกระจายความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk) ต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้ประสบอุบัติเหตุไปสู่ผู้เอาประกันโดยรวม (Insurance Pool)

ในประเทศไทยระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของกฎหมายประกันภัยรถซึ่งบังคับใช้แก่เจ้าของรถทุกคัน กฎหมายดังกล่าวมุ่งบรรเทาความเสียหายแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ประสบอุบัติเหตุจากการใช้รถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสียหายต่อสุขภาพและชีวิต นโยบายสาธารณะดังกล่าวต้องผ่านอุปสรรคและความล่าช้านานเป็นการเป็นระยะเวลากว่า 40 ปี จนกระทั่งประกาศใช้เป็นกฎหมายภายใต้ชื่อ “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535” ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2536 โดยที่ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2497 ตามพระราชบัญญัติขนส่งทางบก ซึ่งควบคุมกำกับโดยกระทรวงคมนาคม กฎหมายดังกล่าวมีผลบังคับใช้ในวงจำกัดเพียงรถบรรทุกรับจ้าง โดยให้ความคุ้มครองความเสียหายต่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลที่สามในวงเงินขั้นต่ำ 5,000 บาท⁴⁸

วัตถุประสงค์ของการประกันความเสียหายของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร โดยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นความเจ็บป่วยที่มีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมากมหาศาล

⁴⁸ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. หน้า 134.

(Catastrophic Illness) ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล⁴⁹ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เวลานานอนรักษาตัวค่อนข้างนาน โดยมีค่ามัธยฐานสำหรับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครประมาณ 10-12 วัน⁵⁰ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลประมาณ 12,000-26,000 บาท ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรสูงถึงร้อยละ 71 ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด

เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพง ทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านการเงินค่อนข้างมาก การเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดเป็นขั้นตอนที่ยุ่งยากและยาวนาน ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องอย่างทันทั่วทั้งจากสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกชน หากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในส่วนที่ไม่ได้รับการชำระจะต้องถูกใช้จากงบประมาณแผ่นดิน ตามโครงการสวัสดิการรักษายาพยาบาลประชาชนผู้มีรายได้น้อย มิฉะนั้น โรงพยาบาลอาจต้องยอมแบกภาระทางการเงินต่อสังคมย่อมมีความรุนแรงสูงขึ้น ดังนั้น รัฐจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการใช้การประกันเป็นเครื่องมือกระจายความเสี่ยงทางการเงิน โดยอาศัยบริษัทประกันภัยเอกชนเข้ามาเป็นผู้แบ่งเบาภาระดังกล่าวในด้านการจัดการกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ปี พ.ศ. 2535 จึงถือเป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งส่งเสริมการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องด้วยการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างทันทั่วทั้งที่โดยอาศัยกลไกของระบบประกันผลประโยชน์จากกรมธรรม์ของการประกัน นอกจากนี้จะให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่สามแล้ว ยังตกแก่ผู้เสียหายที่เป็นผู้โดยสารและผู้ขับจักรยานพาหนะที่เอาประกันด้วย อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองดังกล่าวจำกัดเฉพาะความเสียหายต่อร่างกายและชีวิตเท่านั้น ไม่รวมถึงความเสียหายต่อยานพาหนะและทรัพย์สิน

แม้กฎหมายประกันภัยฉบับปัจจุบันจะมุ่งให้ความคุ้มครองสุขภาพและชีวิตแก่ผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรโดยถ้วนหน้าอย่างทันทั่วทั้งที่ แต่ระดับของการชดเชยค่าเสียหายและวิธีการเบิกจ่ายเงินค่าชดเชยดังกล่าวจากระบบประกันมีความแตกต่างกันตามเงื่อนไขการตีความตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะความรับผิดชอบและสถานภาพของการมีประกันของ

⁴⁹ ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุลและคณะ. (2537). รายงานการวิจัยเรื่องราคากลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ. หน้า 19-32.

⁵⁰ วรณา สุมิรัตนะ. (2541, กรกฎาคม). “ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.” วารสารกรมการแพทย์, 5, 2. หน้า 23.

ผู้เกี่ยวข้องในอุบัติเหตุซึ่ง ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ (หรือบุคคลที่สองผู้เอาประกัน) และคู่กรณี (หรือบุคคลสาม) เป็นสำคัญ

การให้ความคุ้มครองและผลประโยชน์ของระบบประกัน ผลประโยชน์ที่กำหนดภายใต้กฎหมายประกันอุบัติเหตุจากรถบัสปัจจุบันมุ่งเน้นที่การชดเชยค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่บาทแรก โดยปราศจากการให้ผู้ป่วยมีส่วนแบกรับค่าใช้จ่าย ซึ่งตามกฎหมายกระทรวงฉบับล่าสุดกำหนดวงเงินไว้ที่ 5 ล้านบาทต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งสำหรับรถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง และ 10 ล้านบาทสำหรับรถเกิน 7 ที่นั่ง ระบบการเบิกจ่ายเป็นแบบการจ่ายย้อนหลังตามปริมาณการรักษาพยาบาลที่ใช้ไปจริง (Retrospective Fee for Service Reimbursement)⁵¹

2.9.4 ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ แบ่งเป็น 2 ระบบ ดังนี้

2.9.4.1 ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งให้บริการโดยภาคเอกชน เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของประชาชน เป็นระบบที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายน้อยกว่าร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม⁵² แต่ยังมีความยืดหยุ่นสูงในการสนองตอบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ การประกันสุขภาพในภาคเอกชนดำเนินการโดยธุรกิจประกันภัย 2 ประเภท คือ การประกันชีวิต และการประกันวินาศภัย

การให้บริการประกันสุขภาพในภาคเอกชนถือกำเนิดในประเทศไทยกว่าร้อยปีมาแล้ว โดยบริษัทประกันจากประเทศอังกฤษ⁵³ กฎหมายฉบับแรกที่ใช้ควบคุมการประกันภัยเอกชนมีขึ้นในปี พ.ศ. 2453 โดยได้รับการแก้ไขและมีวิวัฒนาการขององค์กรที่ดูแลกฎหมายดังกล่าวในระยะเวลาที่ผ่านมา ปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ในประเทศไทยธุรกิจการประกันภัยถูกควบคุมอย่างเข้มงวดโดยกฎหมายเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับระบบการคลังสาธารณะและความมั่นคงของชาติ แต่เดิมพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2510 อนุญาตให้ทุนต่างชาติเข้ามามีส่วนร่วมในธุรกิจประกันภัยของไทยได้ไม่เกินร้อยละ 15 แต่ไม่อนุญาตให้มีชาวต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมการในบริษัทที่ทำธุรกิจประกันภัย ในปี พ.ศ. 2521 กระทรวงพาณิชย์ได้ออกกฎกระทรวงที่ใช้ควบคุมการจัดตั้งบริษัทที่ให้บริการเฉพาะการประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2535 กฎหมายประกันภัย

⁵¹ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. เล่มเดิม. หน้า 137.

⁵² Tancharoen Sathien V, Laixuthai A, Vasavit J et al. (1990, June). "National Health Accounts Development: Lessons from Thailand." Health the Policy and Planning, 14, 4. p.342-353.

⁵³ T. Kivanadana. (1993). *Voluntary Health Insurance in Thailand in Health Financing in Thailand*. pp. 23-46.

ทั้งสองฉบับได้รับการแก้ไขจากฉบับเมื่อปี พ.ศ. 2521 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2535 ข้อกำหนดในกฎหมายดังกล่าวเป็นการเพิ่มความมั่นคงให้แก่ธุรกิจประกันภัย โดยกำหนดให้มีการเพิ่มทุนเพิ่มอำนาจการควบคุมตรวจสอบ และการก่อตั้งอนุญาโตตุลาการทางการประกันเพื่อยุติข้อโต้แย้งระหว่างบริษัทประกันภัยกับสาธารณชน และในปีเดียวกันนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก็ได้ออกใช้บังคับ โดยมีผลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2536 อีกทั้งในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2536 กระทรวงพาณิชย์ยังได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการลงทุนของบริษัทที่ทำธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัย เพื่อการขยายตัวทางด้านการลงทุนในธุรกิจอื่นๆ รวมทั้งการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยเอง

ด้วยเหตุที่รัฐบาลมีนโยบายเปิดเสรีในปี พ.ศ. 2538 ทำให้กระทรวงพาณิชย์ได้ทำการแก้ไขกฎกระทรวง ฉบับปี พ.ศ. 2535 โดยอนุญาตให้ทุนต่างชาติสามารถเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 25 และยังอนุญาตให้ชาวต่างชาติเข้าร่วมเป็นกรรมการบริษัทได้ไม่เกินหนึ่งในสี่ อย่างไรก็ตาม บริษัทที่ก่อตั้งขึ้นใหม่จะต้องยื่นอัตราเบี้ยประกันเมื่อเริ่มจดทะเบียนและสาขาใหม่ของบริษัทต่างชาติ ต้องยื่นขออนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์ และในวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2538 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของกระทรวงพาณิชย์ที่จะอนุญาตให้ก่อตั้งบริษัทประกันใหม่ หลังจากที่มีการปิดกั้นมานานกว่าทศวรรษ สาเหตุสำคัญ คือ เพื่อเป็นการรองรับการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ นอกจากนี้ เพื่อเป็นการตอบสนองต่อการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งเป็นผลจากข้อสรุปในการเจรจารอบอุรุกวัย⁵⁴

การประกันสุขภาพในภาคเอกชนอยู่ภายใต้กรรมธรรม์ประกันภัยใน 5 ลักษณะ⁵⁵ คือ

1. กรรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด
2. กรรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่ม ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด
3. กรรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่ม ที่ทำร่วมกับการประกันอุบัติเหตุและการประกันสุขภาพ
4. กรรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล โดยบริษัทประกันวินาศภัย
5. กรรมธรรม์ประกันสุขภาพแบบเป็นกลุ่ม โดยบริษัทประกันวินาศภัย

⁵⁴ ศิริวรรณ พัทธรังษณีย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และประพันธ์ สหพัฒนา. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. หน้า 110-111.

⁵⁵ จีรพร โกลากุล. *การประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ในภาคธุรกิจเอกชน*. อ้างถึงใน ปรากฏ วุฒิพงศ์ และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 189-214.

กรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นสัญญาระหว่างผู้เอาประกันกับบริษัทผู้รับประกัน เมื่อผู้รับประกันให้สัญญาที่จะจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกัน เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รับการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายอื่นๆ สำหรับความเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสัญญา โดยผู้เอาประกันจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้แก่ผู้รับประกัน ในตลาดที่มีการแข่งขันเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งตลาด รูปแบบกรมธรรม์ทั้งห้า อาจถูกดัดแปลงด้วยรูปแบบใหม่ๆ เช่น การประกันสุขภาพร่วมกับการประกันอุบัติเหตุ การประกันสุขภาพร่วมกับการออมทรัพย์ เป็นต้น ซึ่งกรมธรรม์เหล่านี้ความคุ้มครองในส่วนของการรักษาพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน ต่างกันที่สิทธิประโยชน์อื่นๆ

2.9.4.2 ระบบกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งออกโดยรัฐเพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่ไม่เคยได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันใดๆ เช่น คนทำงานในชนบท คนรับจ้าง และคนที่ประกอบวิชาชีพอิสระ ซึ่งไม่อยู่ในข่ายของข้อบังคับตามกฎหมายประกันสังคม⁵⁶

โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นทางเลือกในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทางหนึ่ง ในขณะที่รัฐบาลยังไม่สามารถสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนได้ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ คือ ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งแยกความยากจน และยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่จัดให้โดยรัฐ ซึ่งอาจมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ทั้งหมดเมื่อเจ็บป่วย เช่น ประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบท ผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น โครงการนี้มีวิวัฒนาการมาค่อนข้างยาว และมีการปรับตัวหลายครั้ง เพื่อความอยู่รอดของโครงการปัจจุบัน (2544) บัตรประกันสุขภาพมีด้วยกันสามประเภท คือ บัตรประกันสุขภาพประชาชนทั่วไป หรือบัตรราคา 500 บาท ซึ่งเป็นประกันสุขภาพภาคสมัครใจ บัตรผู้นำชุมชนและครอบครัว และบัตรอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยบัตรสองประเภทเหล่านี้เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้สำหรับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

โครงการบัตรประกันสุขภาพมีวิวัฒนาการมาหลายปีโดยแบ่งออกเป็นระยะ ดังต่อไปนี้

1. โครงการระยะที่หนึ่ง โครงการบัตรสุขภาพมีจุดริเริ่มมาจากการตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ในลักษณะกองทุนหมู่บ้าน (Community Financing Scheme) โดยมีวัตถุประสงค์เสริมงานอนามัยแม่และเด็กฯ วางแผนครอบครัว สร้างภูมิคุ้มกันโรค และบริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการ

⁵⁶ ทรงพรหม สิงห์แก้ว. (2536). “โครงการบัตรสุขภาพ ประวัติ วิวัฒนาการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์และกิจกรรม ไทย-เยอรมัน.” เอกสารประกอบการประชุม การสรุปบทเรียนจากโครงการบัตรประกันสุขภาพไทย-เยอรมัน. หน้า 12-24.

สาธารณสุขมูลฐาน⁵⁷ ภายใต้ชื่อ “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก”⁵⁸ ในปีต่อมา (พ.ศ. 2524) ได้มีการขยายโครงการดังกล่าวไปทั่วประเทศและเพิ่มการมีบัตรรักษาพยาบาลทั่วไปด้วย ในลักษณะบัตรครอบครัว โดยยึดแนวคิดด้านการคลังชุมชนและสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานเป็นสำคัญ

2. โครงการระยะที่สอง หลังจากดำเนินการทดลองได้ 8 เดือน ก็มีการประเมินผลเบื้องต้นและสรุปว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจและประชาชนให้การยอมรับ จึงได้มีการขยายโครงการไปทั่วประเทศ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล ในปี พ.ศ. 2527 และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” และวางเป้าหมายในการขยายออกไปให้ทุกๆ อำเภอๆ ละ 1 ตำบล ในปี พ.ศ. 2528 โดยหลักการและแนวคิดยังคงยึดแนวทางของสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก และมีการบริหารกองทุนในลักษณะกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน โดยสามารถให้สมาชิกกู้ยืมเงินไปใช้สำหรับกิจกรรมด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การสร้างส้วม ทั้งนี้ต้องมีการส่งเงินคืนเมื่อสิ้นปีเพื่อทำการจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ต่อไป โดยมีการกำหนดเป้าหมายของจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของหมู่บ้านที่จะเข้าร่วมโครงการในช่วงแรก และต้องลดลงมาเหลือไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในระยะต่อมา เนื่องจากนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางที่ต้องการขยายความครอบคลุมไปยังทุกอำเภอ โดยมีบัตรประกันสองประเภท คือ บัตรอนามัยแม่และเด็ก และบัตรครอบครัว สำหรับการรักษาพยาบาลซึ่งสามารถใช้บริการได้ไม่เกินปีละ 8 ครั้งต่อบัตร และคุ้มครองค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง

3. โครงการระยะที่สาม (พ.ศ. 2530-2534) ได้เริ่มเปลี่ยนแนวคิดของโครงการเป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในขณะที่ยังคงสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ โดยบริหารเงินทุนยังคงอยู่ที่ระดับหมู่บ้าน อย่างไรก็ดี ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวก็มีการผันแปรนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และไม่มีความชัดเจนในด้านนโยบายของผู้บริหารระดับสูงต่อโครงการดังกล่าว ทำให้มีการถดถอยของโครงการอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2532-2534⁵⁹ ในช่วงนี้หลายแห่งมิได้ให้เก็บรักษาเงินทุนในหมู่บ้านแต่มาเก็บที่สถานพยาบาลแทน ในการดำเนินงานโครงการนี้ในช่วงแรกนั้นมิได้มีเงินสมทบจากรัฐบาล จนในปี พ.ศ. 2539 รัฐบาลจึงได้เริ่มให้เงินมาสมทบเป็นครั้งแรกเช่นเดียวกับที่ได้ให้เงินสมทบกับโครงการประกันสังคม

⁵⁷ ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 21-28.

⁵⁸ ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. เล่มเดิม. หน้า 7-12.

⁵⁹ T. Hongriatana and W. Charusomboon. (1993). *The Health Card and Policy on Voluntary Health Insurance. The Past, Present and Future.* p.30.

4. โครงการระยะที่สี่ เริ่มต้นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงการเป็นโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลในปี พ.ศ. 2537 โดยมีการจัดงบประมาณสมทบบัตรละ 500 บาท โดยที่ครัวเรือนจ่ายบัตรละ 500 บาท⁶⁰ และได้มีการบริหารจัดการระบบการคลังในลักษณะเงินทุนหมุนเวียนระดับชาติ และมีระบบประกันชั้นที่สอง เพื่อกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนจังหวัดต่างๆ และเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนในการย้ายถิ่น โดยกองทุนจังหวัดจะถูกหักเงินร้อยละ 2.5 ของ 1,000 บาท เข้าสู่กองทุนกลาง สำหรับการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูง และการให้บริการข้ามเขต นอกจากนั้น ได้มีการขยายสิทธิประโยชน์ของบัตรโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและไม่จำกัดวงเงินของการรักษา ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน และให้สามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านการส่งต่อจากสถานอนามัย รวมทั้งการให้บัตรข้ามเขต ครอบคลุมของโครงการได้ขยายอย่างรวดเร็วในขณะนี้ สืบเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 ของกระทรวงสาธารณสุข และใช้โครงการนี้เป็นเครื่องมือในการขยายการสร้างหลักประกันทั้งในเขตเมืองและชนบท รวมทั้งได้มีการประชาสัมพันธ์และการส่งเสริมการขยายอย่างกว้างขวาง⁶¹

5. โครงการระยะที่ห้า เริ่มเมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ช่วงของการมีภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจในช่วงกลางปี พ.ศ. 2540 ปัญหาด้านการขาดความมั่นคงด้านการเงินของโครงการมีความเด่นชัดมากขึ้น เนื่องจากอุปสงค์ต่อบัตรมีมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายลดลงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ในขณะที่โครงการดังกล่าวมีอัตราการคืนทุนที่ค่อนข้างต่ำ ประกอบกับเงินทุนส่วนกลางเองก็มีงบประมาณจำกัดในแต่ละปี (2,400 ล้านบาท) ในการที่จะอุดหนุนการจำหน่ายของแต่ละจังหวัด ดังนั้น จึงได้มีการชะลอการจำหน่ายและประชาสัมพันธ์ในช่วงนี้จนในที่สุดคณะรัฐมนตรีต้องพิจารณาเพิ่มการอุดหนุนโครงการจากบัตรละ 500 บาท เป็น 1,000 บาท และเพิ่มจำนวนบัตรที่สามารถจำหน่ายได้ให้ไม่เกินสามล้านบัตรต่อปี⁶² โดยนัยนี้คือรัฐบาลต้องการให้ชะลอนโยบายหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 พร้อมกันนี้ก็ให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาหามาตรการในการที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายของโครงการมีความตรงมากขึ้น ป้องกันการเข้ามาเอาประโยชน์ของกลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น กรณีคนไข้คลอดหรือผ่าตัดที่มีการจ่ายเงินพิเศษให้กับแพทย์ที่ดูแลพักอาศัยในห้องพิเศษ แต่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาล เนื่องจากถือบัตร

⁶⁰ สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2536). หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0202/6264 อนุมัติโครงการบัตรประกันสุขภาพ.

⁶¹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543). *ระบบประกันสุขภาพไทย*. หน้า 91-92.

⁶² สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2541). หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0205/12650 การขอใช้เงินกู้ธนาคารพัฒนาเอเชีย สำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพ.

ประกันสุขภาพ ตลอดจนให้หามาตรการที่จะทำให้กองทุนมีการกระจายความเสี่ยงที่ดีขึ้น ในการนี้ สำนักงานประกันสุขภาพได้พิจารณาจำกัดสิทธิประโยชน์ในการใช้ห้องพิเศษของสมาชิกบัตร แทนที่จะต้องมีการประเมินรายได้ของกลุ่มที่ต้องการซื้อบัตร เนื่องจากความยากจนและปัญหาในการปฏิบัติ โดยหากสมาชิกบัตรต้องการใช้ห้องพิเศษจะไม่สามารถใช้สิทธิบัตรในครั้งนั้นๆ ได้ เพื่อลดแรงจูงใจของกลุ่มที่มีอำนาจซื้อในการเข้ามาเอาประโยชน์จากโครงการและเพื่อป้องกันการที่ประชาชนรอนจนป่วย หรือมีความจำเป็นต้องใช้บริการก่อนจึงมาซื้อบัตร และให้มีการกระจายความเสี่ยงดีขึ้น จึงได้เพิ่มระยะเวลาการมีสิทธิหรือได้รับบัตรหลังจากการซื้อจาก 15 วัน เป็น 30 วัน พร้อมกันนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับบัตรข้ามเขตจากกองทุนส่วนกลางไปที่กองทุนจังหวัดที่ทำการออกบัตรแทนเพื่อป้องกันการออกบัตรข้ามเขตที่ไม่ตรงวัตถุประสงค์ คือ แทนที่จะออกไปส่งต่อให้ผู้ป่วยกลับออกบัตรข้ามเขตให้แทน เพื่อกองทุนจังหวัดจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่าย⁶³ นอกจากนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้มีการนำกลุ่มวินิจัยโรคร่วมมาใช้แทนการจ่ายตามปริมาณบริการ

6. แนวโน้มการขยายตัวและความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพ การขยายตัวของโครงการมีลักษณะเป็น U-Shaped คือ มีการขยายอย่างรวดเร็วในระยะที่สอง หลังจากนั้นก็มีการถดถอยในระยะที่สาม สืบเนื่องจากการขาดความชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วอีกครั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เมื่อมีการปฏิรูปโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและหลักการเป็นโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ และเริ่มได้รับเงินอุดหนุนงบประมาณจากรัฐ ปัจจัยที่ทำให้โครงการขยายตัวได้อย่างรวดเร็วในช่วงนี้เกิดจากนโยบายขยายหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้บัตรประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนแขนงต่างๆ การปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้านต่อเนื่องมากขึ้น และสามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง พร้อมกันนั้นก็มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ขายบัตรในอัตราบัตรละ 25 บาท และได้มีการขยายโครงการดังกล่าวมายังเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นทางเลือกกับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

เมื่อประเทศไทยก้าวสู่ช่วงการถดถอยทางเศรษฐกิจในกลางปี พ.ศ. 2540 ค่าเงินบาทที่ลดลงกว่าร้อยละ 100⁶⁴ ทำให้ความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนลดลงอย่างมาก ประชาชนจึง

⁶³ กระทรวงสาธารณสุข. (2541, 6 กุมภาพันธ์). “ระเบียบว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ ฉบับที่ 2.” หน้า 17-26.

⁶⁴ ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 31-42.

หันมาใช้บริการภาครัฐ เนื่องจากมีค่าบริการที่ถูกกว่าภาคเอกชน⁶⁵ ในขณะเดียวกันก็หันมาซื้อบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปลายปี พ.ศ. 2540 และช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ สำหรับจำนวนบัตรสุขภาพที่ขายได้น้อยลงในครึ่งปีหลังปีงบประมาณ พ.ศ. 2541 สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกังวลว่าจะไม่มีเงินสมทบเพียงพอให้แก่กองทุนจังหวัด เนื่องจากมีเพดานงบประมาณสำหรับการอุดหนุนบัตรสุขภาพเพียงปีละ 2.4 ล้านบาท นอกจากนั้น โรงพยาบาลเองก็กังวลว่าการที่มีคนมาซื้อบัตรมากขึ้นจะทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น เนื่องจากมีอัตราการคืนทุนที่ต่ำ หลังจากที่รัฐบาลได้เพิ่มเงินอุดหนุนจากบัตรละ 500 บาท เป็น 1,000 บาท อาจทำให้ความกังวลดังกล่าวลดลงและมีแรงจูงใจในการจำหน่ายบัตรมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็อาจไม่มากนักสืบเนื่องจากการงดการจ่ายค่าตอบแทนการจำหน่ายบัตร⁶⁶

นอกจากนี้ ยังมีกองทุนที่มีขนาดเล็กๆ ที่ให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกของตนซึ่งมักจะมีการจ่ายเงินในลักษณะเงินปันผลย้อนหลัง เมื่อสิ้นปีส่วนใหญ่มักจะเป็นลักษณะของกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์มากกว่ากองทุนสุขภาพโดยตรง

จากที่ได้ทำการศึกษาถึงแนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบันประเทศไทยได้มีการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้น จะได้กล่าวถึงในบทที่ 3 ต่อไป

⁶⁵ Ministry of Public Health. (2001). Thailand Health Profile 1997-1998.

⁶⁶ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). หนังสือด่วนที่สุด 0526/22013 แผนงบประมาณเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพประจำปี 2543. หน้า 25.