

บทที่ 2

ทฤษฎีแนวคิดพื้นฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดของการประกันสุขภาพ

พื้นฐานแนวคิดของการประกันสุขภาพนั้น ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ (2532) ได้เสนอไว้ว่า “แนวคิดของหลักประกันสุขภาพคือการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ใน 2 นัย โดยนัยแรกเป็นหลักประกันทางตรงด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยาและค่ารักษาพยาบาล อีกนัยหนึ่งเป็นหลักประกันทางอ้อมโดยการชดเชยส่วนของรายได้ที่ต้องสูญเสียไปอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยหรือเพราะได้รับอุบัติเหตุ”

นอกจากนั้น ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ ยังได้เสนอว่า“พื้นฐานแนวคิดของการประกันสุขภาพนั้นยังตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการลดปัจจัยเสี่ยง (Theory of Distribution of Losses and Elimination of Risk) อีกด้วย อันนำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยง (Law of Average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเองโดยรัฐเป็นผู้เสริมแรง (Enforce)”

สงวน นิตยารัมพงศ์ (2534) ได้ให้แนวคิดของการประกันสุขภาพว่า “การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมอีกวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย หรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้รายจ่ายหรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Access to Personal Health Care)”

นอกจากนี้ สงวน นิตยารัมพงศ์ ยังได้ให้แนวความคิดเพิ่มเติมอีกว่า “การประกันสุขภาพเป็นกลไกทางการบริหารการเงินอย่างหนึ่ง เพื่อที่จะกระจายภาระของต้นทุนในการรักษาพยาบาลและมีผู้ร่วมเสี่ยงรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายนั้น ๆ ด้วย โดยอาศัยหลักการที่ว่า การเจ็บป่วยจะต้องเกิดขึ้นกับบุคคลทุกเพศทุกวัยไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการเจ็บป่วยทุกครั้งไม่เพียงแต่จะ

ทำให้ร่างกายและจิตใจต้องได้รับความทุกข์หรือความทรมานเท่านั้น ยังส่งผลกระทบไปถึงฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัวด้วย การประกันสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดอุปสรรคทางการเงินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายทางด้านสุขภาพ” ดังนั้นแนวความคิดหรือปรัชญาทางด้านประกันสุขภาพจึงสรุปได้ ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้มีการคาดหมายและไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ย่อมส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลซึ่งอาจเป็นจำนวนเงินที่มากมาย บางครั้งอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาล ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงเป็นเสมือนสิ่งที่ยืนยันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ กล่าวคือ หากมีการประกันสุขภาพไว้เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาก็สามารถไปรับบริการได้ทันทีโดยไม่มีเรื่องการขาดแคลนเงินค่ารักษาพยาบาลมาเป็นอุปสรรค

2. การประกันสุขภาพ เป็นกลไกของการระดมเงินเพื่อกระจายต้นทุนในการรักษาพยาบาลจากกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยต่ำไปยังกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยสูง ตลอดจนเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้บริการทางด้านสาธารณสุขว่า สามารถไปรับบริการการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้โดยมิต้องกังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย

3. การประกันสุขภาพ เป็นการส่งเสริมสวัสดิการของประชาชนในด้านสุขภาพและสนับสนุนสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ รวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการเอาใจใส่ดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพของตนให้มากกว่าเดิม กล่าวคือ ประชาชนสามารถวินิจฉัยถึงระดับความรุนแรงของอาการว่าสมควรได้รับการรักษาโดยใคร ณ สถานบริการแห่งใด โดยใช้สิทธิของการมีหลักประกันสุขภาพนั้นไปรับบริการตามขั้นตอนและตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของหลักประกัน

2.2 หลักการพิจารณาต่าง ๆ เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

เพื่อเป็นการป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อถูกนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง หลักของการประกันสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานในการพิจารณา กล่าวคือ ต้องให้มีความสอดคล้อง

คล่องและมีความเหมาะสมกับหลักการของการประกันสุขภาพมากที่สุดรวมถึงมีความเป็นไปได้สูงเมื่อมีการปฏิบัติจริง โดยเหตุนี้ Robert D.Eeler (Robert D.Eeler, อ้างถึงใน Somers H.M. Ibid, 1961: 180) จึงได้ชี้ให้เห็นถึงหลักสำคัญที่เป็นมาตรฐานในการพิจารณาไว้ 6 ประการคือ

1. โครงการประกันสุขภาพ ควรให้ประชาชนโดยส่วนรวมได้เข้าถึงบริการของโครงการนั้น ๆ โดยทั่วถึงไม่ว่าเขาจะมีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นเช่นไร (Financial Accessibility) ซึ่งผู้ที่ยากจนอาจจะไม่ต้องมีการจ่ายอะไรเลยก็ได้รวมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างพอเพียง (Adequate Medical Care) กับความต้องการของประชาชนในการรับบริการ

2. ระบบการให้บริการทางการแพทย์ ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ให้บริการ (Delivery Acceptability) และควรหาวิธีในการให้ประชาชนมีความเข้าใจโครงการนั้นเป็นอย่างดี โดยมีการยอมรับในโครงการนั้น ๆ ด้วย อนึ่งบทบาทของโครงการประกันสุขภาพในชาติที่สำคัญนอกเหนือจากการทำหน้าที่เป็นแหล่งกลางสำหรับรวบรวมเงินทุนเพื่อใช้จ่ายในการให้บริการทั้งระบบแล้ว โครงการนั้น ๆ ควรจะส่งเสริมให้มีการจัดระบบการให้บริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะคนยากจนให้ได้รับบริการที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น ที่สำคัญก็คือการบริการที่เป็นการป้องกัน (Preventive) และควรส่งเสริมให้มีการลดการใช้บริการบางอย่างเช่น บริการสำหรับคนไข้ใน (Inpatient Hospital Care) ซึ่งการส่งเสริมและการป้องกันดังกล่าวสามารถลดการใช้บริการสำหรับคนไข้ในไปโดยปริยายได้

3. โครงการประกันสุขภาพของชาติ ควรจะมีการจัดการให้บริการที่สามารถใช้ทรัพยากรที่เป็นเงินและทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Cost Effective) เช่น การจ่ายค่าบริการให้แก่แพทย์และพยาบาลควรจะให้ค่าตอบแทนที่มีความเหมาะสมกับการทำงานของแพทย์และพยาบาลเหล่านั้น เป็นต้น

4. โครงการประกันสุขภาพ ควรจะมีกฎเกณฑ์เป็นของตนเองเกี่ยวกับการจัดหาและการจ่ายเงิน (Financing) และกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการให้บริการ โดยให้มีระเบียบกฎเกณฑ์ของทางราชการเข้ามาเกี่ยวข้องน้อยที่สุด (Minimization of Government Regulation)

5. คนส่วนใหญ่ที่อยู่ในโครงการประกันสุขภาพ ควรจะมีส่วนร่วมในการกระจายต้นทุนของการให้บริการบ้าง (Consumer Participation in Cost) โดยเฉพาะในบริการขั้นพื้นฐาน ซึ่ง

จะช่วยให้ผู้ใช้บริการไม่ใช้บริการเกินความจำเป็นอย่างไม่คำนึงถึงต้นทุนในการผลิตของบริการ นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริการลงด้วยการกระจายอาจจะเป็นไปในรูปของเงินประกัน ภาษี ซึ่งจะช่วยเพิ่มเงินในกองทุนให้มากขึ้นกว่าเดิมได้

6. โครงการประกันสุขภาพ ควรจะมีการกำหนดคุณภาพของการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานและควรมีมาตรการควบคุมคุณภาพในการรักษาพยาบาลด้วย (Quality of Care) นั่นคือความต้องการของผู้มารับบริการ เช่น ระยะเวลาของการคอยแพทย์หรือระยะเวลาของการให้บริการของแพทย์นอกเวลาราชการ สิ่งเหล่านี้ควรจะมีการพิจารณาและนำไปรวมไว้ในมาตรฐานหรือคุณภาพของการให้บริการประเภทต่าง ๆ ด้วย

นอกจากนี้ สมคิด แก้วสนธิ (2522) ได้มีการวิเคราะห์โครงการประกันสุขภาพ สรุปได้ว่าการประกันสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคได้อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อมีการตั้งวัตถุประสงค์ของการประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจน โดยการประกันสุขภาพนี้ต้องมีใจเป็นกิจกรรมธุรกิจเพื่อการหากำไรแต่เป็นกิจกรรมที่จัดทำโดยรัฐบาลเพื่อการสวัสดิการ และเพื่อจัดให้ผู้บริโภคได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรมเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีองค์กรผู้รับประกันเป็นองค์กรกลางในการช่วยเหลือความเสียหายระหว่างกลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง ซึ่งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยกับกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำซึ่งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมาก

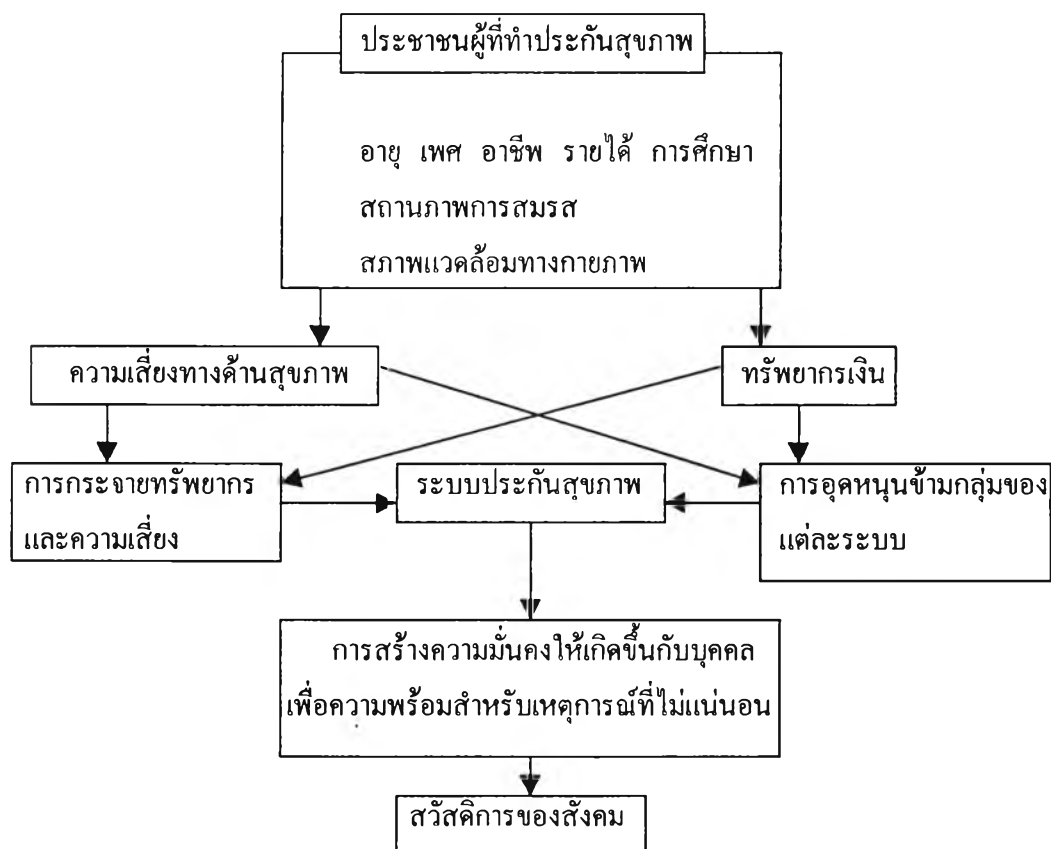
สำหรับการประกันสุขภาพนี้ต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทั้งผู้มีรายได้สูงและผู้มีรายได้ต่ำมีโอกาสในการรับบริการการรักษาพยาบาลที่ดีเพียงพอโดยไม่ต้องประสบกับปัญหาในการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การประกันสุขภาพจะต้องเป็นการช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาคในการให้บริการการรักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการประกันโดยวิธีการใดและหรือกรมธรรม์รูปแบบใดก็ตาม จะต้องเป็นกลไกที่ดึงดูดผู้ตัดสินใจให้ใช้ทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

2.3 ทฤษฎีของการประกัน

แผนภาพที่ 1 แสดงถึงทฤษฎีและหลักปฏิบัติของการประกัน การกระจายความเสี่ยงรวมทั้งการกระจายทรัพยากรและการอุดหนุนข้ามกลุ่ม (Cross Subsidization) เป็นหลักสำคัญ 2 ประการสำหรับหลักการประกันสุขภาพ ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรจะถูก

กระจายท่ามกลางคนกลุ่มใหญ่ที่มีความแตกต่างกันของแนวโน้มจะเป็นในการต้องการการรักษาพยาบาล โดยที่การอุดหนุนข้ามกลุ่ม (Cross Subsidization) คือการอุดหนุนจากกลุ่มผู้รับผลประโยชน์กลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มหนึ่ง จากกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยต่ำไปยังกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยสูง ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ อาชีพ ระดับของรายได้ ระดับของการศึกษา สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสถานภาพสมรส การประกันสุขภาพช่วยลดความเสี่ยงได้ด้วยการกระจายความเสี่ยงและหลีกเลี่ยงการสูญเสียทางการเงิน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถจะคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นกับบุคคลและการทำงานในหน้าที่ของแต่ละบุคคลนำไปสู่การเพิ่มขึ้นสวัสดิการของสังคม

แผนภาพที่ 2.1 แสดงหลักของการประกัน



ที่มา: YUMIKO SUENOBU, 1994: 21

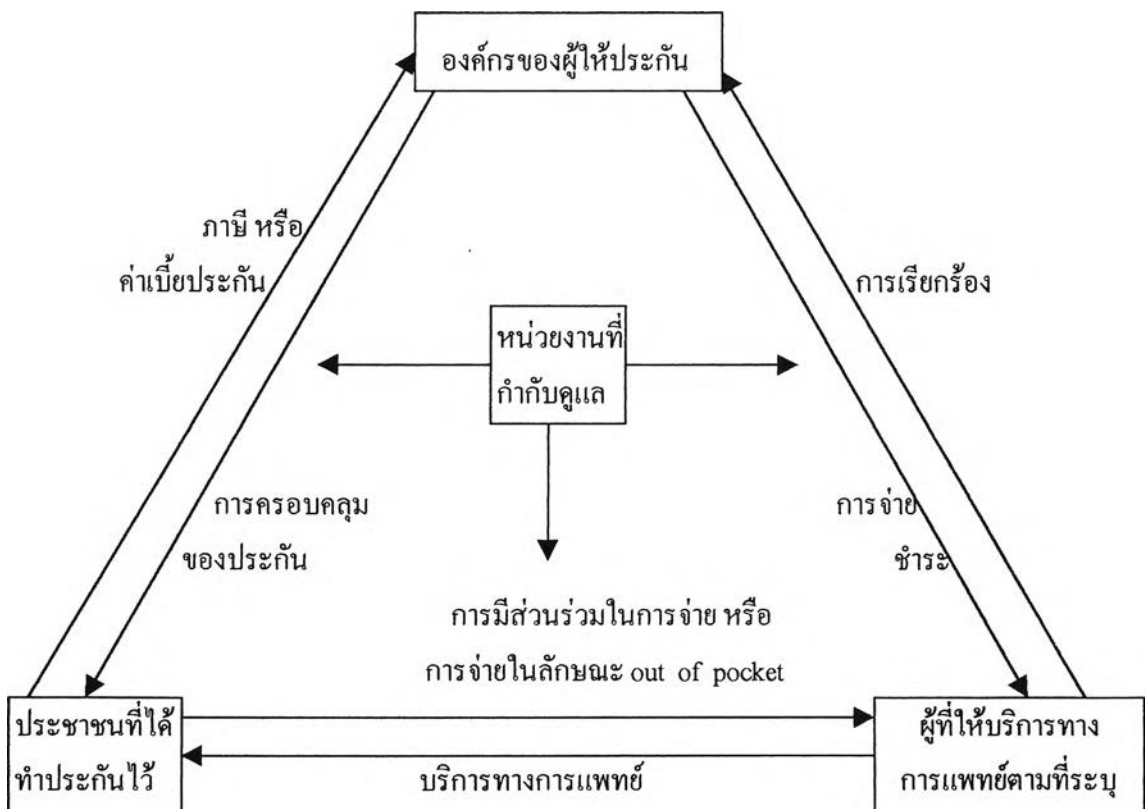
บุคคลหรือองค์กรในระบบประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ฝ่ายด้วยกัน (ธนาวรรณ กิจ-ประไพอำพล 2529) คือ

1. ผู้เอาประกัน (Insured) โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน (premium) ให้แก่ผู้รับประกัน (บริษัทเอกชนหรือรัฐบาล) ในอัตราที่แน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างกันทั้งสองฝ่าย

2. ผู้รับประกัน (Insurer) โดยผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าประกันซึ่งหมายถึงค่ารักษาพยาบาล เมื่อผู้เอาประกันเกิดการเจ็บป่วยตามเงื่อนไขที่ได้ตกลงเอาไว้ในการประกัน

3. สถานที่ให้การรักษาพยาบาล (Health Service Provider) ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชน โดยที่ผู้เอาประกันจะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงในการรับประกันและขึ้นกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ค้ำยสำหรับการเก็บค่ารักษาพยาบาลจะเก็บจากผู้รับประกันทั้งหมดหรือบางส่วนก็ขึ้นอยู่กับข้อตกลงอีกเช่นกัน

แผนภาพที่ 2.2 การดำเนินการในระบบประกันสุขภาพ



ที่มา: YUMIKO SUENOBU, 1994: 22

ระบบ 3 ฝ่ายของการดำเนินการในข้างต้นนั้นมักจะเป็นสาเหตุของการไม่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้น เนื่องจากทั้งผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพและผู้ให้บริการมิได้ตระหนักถึงราคาและปริมาณในการบริโภคหรือการใช้บริการเท่าใดนักเนื่องจากมีบุคคลที่สามเป็นผู้จ่ายค่ารักษาให้และจากลักษณะสำคัญประการหนึ่งของสินค้าทางสาธารณสุขที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนั้นไม่สามารถที่จะเป็นผู้กำหนดได้ว่าตนเองนั้นจะต้องได้รับการรักษาเท่าไรจึงจะเพียงพอ เพราะผู้บริโภคเองขาดความรู้ความเข้าใจในตัวบริการนั้น ๆ เนื่องจากบริการเฉพาะทางที่ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้โดยเฉพาะซึ่งก็คือแพทย์ผู้ให้บริการนั่นเอง เกิดลักษณะที่เรียกว่าอุปทานเป็นตัวสร้างอุปสงค์ขึ้น (Supplier Induced Demand) อาจทำให้เกิดปัญหาทางศีลธรรมขึ้นได้ (Moral Hazard) เกิดการบริโภคที่เกินความจำเป็น เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

2.4 ระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพสามารถทำได้ 3 ระบบ คือ (กาญจนา บุตรชน ,2536)

1. บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน โดยที่บริษัทผู้รับประกันจะเป็นผู้จัดหาสถานพยาบาลให้แก่ผู้เอาประกันเวลาเจ็บป่วย โดยที่ผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทผู้รับประกันเป็นจำนวนตามที่ตกลงกันได้
2. รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ซึ่งถือเป็นโครงการประกันสุขภาพระดับชาติ (National Health Insurance) เช่น ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่จะทำให้ทุกคนต้องประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลจะเป็นผู้ดำเนินการ รัฐบาลจะเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนมาจัดสรรใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจ่ายค่าเลี้ยงชีพให้ผู้ป่วย ส่วนในสหรัฐอเมริกา โครงการ Medicaid มุ่งช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน
3. องค์กรที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ซึ่งการเอาประกันนี้ไม่ได้บังคับให้ทุกคนเอาประกัน ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกัน (Voluntary Insurance) แหล่งที่มาของเงินมาจากรัฐและจากผู้เอาประกัน โดยผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันแก่องค์กรซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างต่ำ และเมื่อเจ็บป่วยขององค์กรผู้รับประกันจะช่วยออกค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นตามแต่จะตกลงกัน

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2533) ได้กล่าวว่าการประกันสุขภาพเป็นประเภทหนึ่งของ การประกันสังคม ซึ่งอาศัยหลักการคือ

1. หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ (Social Assistance) ซึ่งมีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ คือ หลักการสังคมสงเคราะห์ (Social Welfare) และการประชาสงเคราะห์ (Public Welfare)
2. หลักการบริการสังคม (Social Service) เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานและบริการ
3. หลักการประกันสังคม (Social Insurance) เป็นโครงการการบริการทางสังคมที่รัฐเป็นผู้จัดดำเนินการ เพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อน

ในส่วนขององค์การอนามัยโลกผู้รับผิดชอบในด้านสาธารณสุขได้เสนอเกณฑ์สำหรับการประกันสุขภาพ ดังนี้

1. ประหยัดและคุ้มค่า ให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป และควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัว
2. ป้องกันไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น
3. ชัดเจนแตกต่างระหว่างการให้บริการโดยผู้ให้ประกันและการให้บริการโดยรัฐ เพื่อให้การบริการทั้ง 2 ประเภทสามารถผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว
4. เงื่อนไขต่าง ๆ ของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสมและสะดวกต่อผู้เอาประกัน

สำหรับรูปแบบของการประกันสุขภาพภายในประเทศไทยในปัจจุบันนี้มีอยู่หลายระดับ แต่สามารถแยกออกได้เป็น 3 ระดับ คือ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ สุขขุดิกุล อ้างใน สำนักงานประกันสุขภาพ , 2536)

- 1.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการพยาบาลที่รัฐจัดให้บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่าง ๆ อาทิ
 - โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล
 - โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล
 - โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ
 - สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ เช่น ผู้พิการ การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตลอดจนอาสาสมัครประเภทต่าง ๆ
2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

-กองทุนทดแทน ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างที่ได้รับอันตรายหรือมีการเจ็บไข้ได้ป่วยอันเกิดจากสภาพของการทำงาน ให้ได้รับการรักษาพยาบาล รวมไปถึงได้รับเงินช่วยเหลือทดแทนตามเหตุการณ์และตามความจำเป็นของลูกจ้าง

-กองทุนประกันสังคม เป็นกองทุนที่ประกาศใช้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างและเป็นการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน

-การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นการดำเนินการจัดตั้งเพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งผู้ประสบภัยไม่ต้องเป็นภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับแหล่งเงินได้มาจากเจ้าของรถยนต์ที่จ่ายค่าธรรมเนียม แต่ผู้ดำเนินการคือบริษัทประกันเอกชนโดยมีการรับผิดชอบครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาลและกรณีทุพพลภาพ

3. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการเหล่านี้ ได้แก่

-การประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน เป็นการให้ความคุ้มครองสำหรับผู้ที่มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

การประกันสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนและอาจรวมถึงคู่สมรสและบุตรด้วย

การประกันสุขภาพหมู่ ซึ่งให้ความคุ้มครองกลุ่มคน โดยส่วนใหญ่มักเป็นลูกจ้างในบริษัทหรือในโรงงาน

-การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการที่มีการจัดตั้งโดยรัฐบาล เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบัน

2.5 ทฤษฎีอุปสงค์ในการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ หมายถึง การประกันการเจ็บป่วยต่าง ๆ โดยผู้เอาประกันหรือผู้แทนของผู้เอาประกันจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับผู้รับประกัน แล้วองค์กรผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย ตามเงื่อนไขข้อตกลงในการประกันแต่ละแบบนั้น

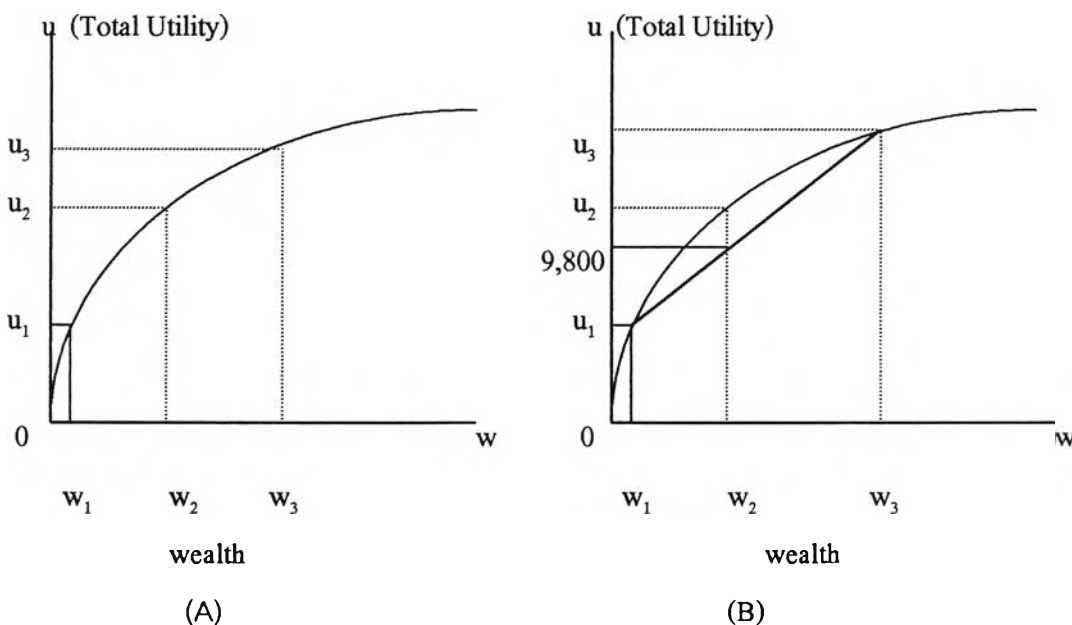
องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับอุปสงค์การประกันสุขภาพ ได้แก่ รายได้เบี้ยประกันสุขภาพ ความพอใจที่จะขจัดความเสี่ยง โอกาสของการจ่ายเงินเพื่อซื้อประกันสุขภาพ และความสูญเสียในการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

การพิจารณาถึงปัจจัยดังกล่าว ผู้เอาประกันยินดีที่จะทำประกันสุขภาพนั้นผู้เอาประกันจะต้องยินดีเสียสละค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนในการรักษาพยาบาล ครอบคลุมที่ผลประโยชน์ที่เขาจะได้รับตอบแทนคุ้มค่างับค่าใช้จ่ายที่เสียไป ดังนั้นการที่จะหาเส้นอุปสงค์ในการประกันสุขภาพนั้นจะต้องมีผลประโยชน์ส่วนเพิ่ม (Marginal Benefit) สูงกว่า หรือเท่ากับ ต้นทุนส่วนเพิ่ม (Marginal Cost) ที่ต้องจ่ายไปเป็นค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วย โดยทั่วไปในการตัดสินใจที่จะทำประกันสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับราคาค่าเบี้ยประกันและความเสี่ยงของการเจ็บป่วย ทั้งนี้ขึ้นกับความพอใจที่จะเลือกเพราะเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับระดับความมั่งคั่งด้วย ซึ่งพิจารณาได้จาก กราฟที่ 2.3

กราฟที่ 2.3 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Total Utility และ Wealth :

(A) Diminishing Marginal Utility with Increase Wealth

(B) Expected Utility



ที่มา: Feldstein, 1979

จากกราฟที่ 2.3 (A) แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความพอใจทั้งหมดที่ได้รับ (Total Utility) กับความมั่งคั่งที่เกิดขึ้น (Wealth) และ กราฟที่ 2.3 (B) แสดงถึงความคาดหวังของความพอใจที่จะเกิดขึ้นจากการทำประกันสุขภาพ

ยกตัวอย่างเช่น ถ้าสมมติว่าเขามีเงินอยู่ 10,000 บาท ซึ่งถือว่ามีความมั่งคั่ง (Wealth) อยู่ที่ W_3 และความพอใจระดับนั้นอยู่ที่ระดับ U_3 ถ้าหากไม่ได้ทำประกันสุขภาพไว้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา เขาจะต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาพยาบาลเป็นเงิน 8,000 บาท เขาจะเหลือเงินเพียง 2,000 บาท ทำให้ระดับความพอใจลดลงมาที่ระดับ U_1 และความมั่งคั่งจะลดระดับมาอยู่ที่ W_1

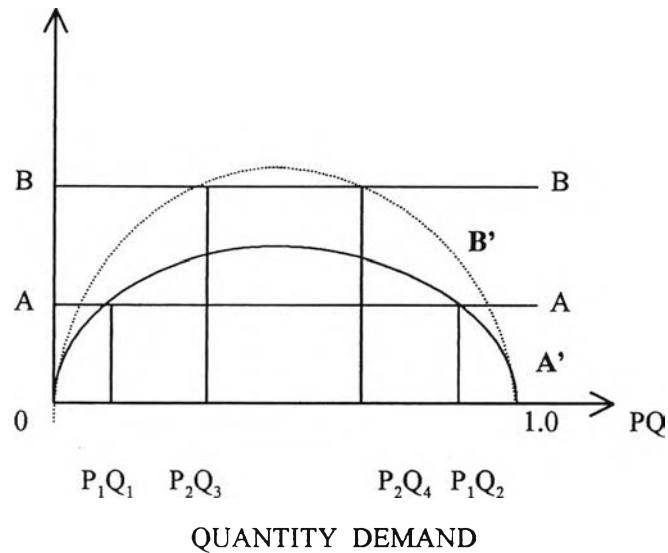
แต่ถ้าเป็นกรณีที่ได้มีการทำประกันสุขภาพไว้ โดยค่าเบี้ยประกัน 200 บาท เพื่อเสี่ยงต่อความสูญเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนน้อย ซึ่งทำให้ระดับความพอใจลดลงมาอยู่ที่ U_2 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเขาไม่ต้องจ่ายเงิน 8,000 บาท และยังมีเงินเหลือถึง 9,800 บาท ทำให้เขามีความมั่งคั่งอยู่ที่ระดับ W_2 ($W_2 > W_1$)

ดังนั้นจะเห็นว่าถ้าพิจารณาด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้ว ผู้ทำประกันคนจะตัดสินใจเลือกทำประกันสุขภาพมากกว่าที่จะไม่ทำ แต่การที่จะซื้อประกันหรือทำประกันนั้นต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันในราคายุติธรรมด้วย

สำหรับการพิจารณาเรื่องราคาที่ยุติธรรมนั้น ผู้ที่ทำประกันยอมจะจ่ายเงินในจำนวนเงินที่สามารถจะจ่ายได้ และเมื่อเห็นว่ามีความเสี่ยงต่อความสูญเสียที่จะใช้ในการรักษาพยาบาล (Medical Loss) ที่จะเกิดขึ้นนั้นอยู่ในระดับความน่าจะเป็นความเสี่ยง (Probability) ตั้งแต่ระดับ 0-1 ดังแสดงในกราฟที่ 2.4

กราฟที่ 2.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Price of Insurance และ Quantity Demand

PRICE OF INSURANCE



ที่มา: Feldstein, 1979

จากกราฟที่ 2.4 เส้นโค้ง A' และ B' แสดง ระดับความน่าจะเป็นที่จะเกิดความเสียหาย (probability) ตั้งแต่มุม 0-1 เส้น B' แสดงระดับความเสียหายที่สูงกว่า เส้น A' ณ ระดับราคา AA จะมีผู้ยอมทำประกันสุขภาพระหว่าง P_1Q_1 และ P_1Q_2 แต่ถ้าราคาเพิ่มขึ้นเป็นราคา BB จะมีผู้ทำประกันลดลงระหว่าง P_2Q_3 และ P_2Q_4 ซึ่งจะมีเฉพาะกรณีที่มีความเสี่ยงสูงมากจริง ๆ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ทำประกันจะยินยอมจ่ายเงินนั้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างราคาของการประกัน และความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากความเสี่ยงจะบอกถึงต้นทุนในการรักษาพยาบาล (Cost of Medical Care) ที่เพิ่มขึ้นตามขนาดของความเสี่ยงนั้นและทำให้ต้องซื้อประกันหรือจ่ายค่าประกันสูงตามไปด้วย

ด้วยเหตุนี้เอง ผู้ที่ซื้อประกันหรือทำประกันสุขภาพจึงมักจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยจะไม่ค่อยทำประกันสุขภาพ ทำให้ต้นทุนในการบริการสูง ดังนั้นในการทำประกันสุขภาพ ถ้าพิจารณาเพื่อหวังกำไรอย่างเดียวก็อาจจะประสบปัญหาได้ แต่ถ้าดำเนินการโดยรัฐซึ่งต้องการให้เป็นสวัสดิการสังคมแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและยุติธรรมมากที่สุด จะต้องพิจารณาราคาให้มีความเหมาะสม

2.6 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ

สวัสดิการดังกล่าวนี้มีมานานมาก อาจกล่าวได้ว่าควบคู่มากระบบราชการก็ได้ โดย นัยหนึ่งแล้วอาจพิจารณาได้ว่าการจัดสวัสดิการนี้เปรียบเสมือนหนึ่งสวัสดิการที่นายจ้างจัดให้แก่ ลูกจ้างของตน แต่ค่าใช้จ่ายสวัสดิการนี้ก็มาจากเงินภาษีอากรของประชาชนทั้งประเทศ และเมื่อลูกจ้างมีส่วนสำคัญในการกำหนดกฎเกณฑ์ของสวัสดิการด้วยก็น่าจะมีอคติเข้าข้างตน ในอันที่จะขยายขอบข่ายและสิทธิประโยชน์ครอบคลุมจากสวัสดิการนี้เพิ่มมากขึ้น จนถึงกับมีผลให้ กลายเป็นภาระทางการเงินแก่รัฐบาลได้ในที่สุด (เทียนฉาย กิระนันท์ , 2539: 148)

2.6.1 สาระสำคัญของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ในปัจจุบัน สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการตามกฎหมายครอบคลุมถึงข้าราชการประจำ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด รวมทั้งคู่สมรส บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายไม่เกิน 3 คน และบิดามารดาด้วย

สวัสดิการนี้มีขอบข่ายถึงการจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลเป็น 2 กรณีคือ

ก. การรักษาพยาบาล สำหรับการเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสถานพยาบาลของทางราชการ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวนตามที่จ่ายจริง ยกเว้น (1) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้เฉพาะเท่าที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่ง ปัจจุบัน (ตั้งแต่ 1 เมษายน 2535 กำหนดให้เบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท) สำหรับการเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในในสถานพยาบาลเอกชน (เฉพาะที่กำหนด) ให้เบิกได้ครั้งหนึ่งของที่จ่ายจริง แต่ต้องไม่เกิน 3,000 บาท สำหรับระยะเวลาภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล แต่ถ้าเกิน 30 วัน ให้เบิกได้ครั้งหนึ่งของที่จ่ายจริง แต่ต้องไม่เกินวันละ 100 บาท และถ้าเข้ารับการรักษาหลายครั้ง โดยมีระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 15 วัน ก็ให้นับระยะเวลาของทุกครั้งรวมเข้าด้วยกัน ยกเว้นแต่กรณีอุบัติเหตุหรือมีความจำเป็นรีบด่วนซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาในทันทีอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เมื่อเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในในสถานพยาบาลเอกชนก็ให้เบิกจ่ายได้เหมือนสถานพยาบาลทางราชการ ส่วนค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งค่าซ่อมแซม ค่าห้องและค่าอาหารเบิกได้ตามเกณฑ์เดียวกับการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทางราชการ

ข. การตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับเฉพาะข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ (ไม่รวมครอบครัวและบุพการี) ต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทางราชการ และเบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

ในการเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลของทางราชการ และในกรณีผู้ป่วยในในสถานพยาบาลเอกชน ให้ผู้ป่วยจ่ายเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนภายหลังโดยผ่านกรมต้นสังกัด ส่วนการเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยในในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้มีใบรับรองของผู้บังคับบัญชาแสดงต่อสถานพยาบาล แล้วสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกกับกรมบัญชีกลางหรือคลังจังหวัดแล้วแต่กรณี กล่าวได้ว่าเป็นหลักประกันที่ทำให้การคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยที่ดีและกว้างขวางมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับหลักประกันอื่น ๆ ในปัจจุบัน

สำหรับพฤติกรรมในรายละเอียดของการใช้บริการของข้าราชการและลูกจ้างประจำในสวัสดิการรักษายาของข้าราชการนั้น วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ได้ศึกษาและรายงานแยกเป็น 2 รายงาน สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกกับกรณีผู้ป่วยใน โดยทำสำมะโนภูมิภาคเบิกจ่ายทุกภูมิภาคในรอบปีงบประมาณ 2534 จากกรมที่มีการเบิกจ่ายสวัสดิการนี้สูงสุดที่เลือกเป็นตัวอย่าง 6 กรม คือกรมการฝึกหัดครู กรมทางหลวง กรมสามัญศึกษา กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล ปรากฏว่าการเบิกสวัสดิการรักษายาของข้าราชการสำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำ เบิกจ่ายของตนเองเพียงร้อยละ 29.6 ในกรณีโรงพยาบาลทางราชการ และร้อยละ 24.1 ในกรณีโรงพยาบาลเอกชนแสดงว่าสวัสดิการนี้อำนวยความสะดวกแก่สมาชิกในครอบครัวของข้าราชการและลูกจ้างประจำค่อนข้างมาก ค่ารักษายาต่อวันเป็นประมาณ 866 บาท โดยมีวันป่วยเฉลี่ย 13.4 วัน ในโรงพยาบาลราชการ และประมาณ 3,194 บาท และวันป่วยเฉลี่ย 4.4 วัน ในกรณีโรงพยาบาลเอกชน วันป่วยในกรณีโรงพยาบาลราชการมีค่าสูงกว่าวันป่วยในกรณีอื่น ๆ ทั่ว ๆ ไป (ซึ่งเป็นประมาณ 5 วัน) เป็นอันมาก ค่ารักษายาของส่วนใหญ่นั้นเป็นค่ายา ค่าห้องและค่าอาหารเป็นเพียงประมาณร้อยละ 22-25 เท่านั้น แต่มีข้อสังเกตที่ว่าในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนนั้น ผู้ได้รับสวัสดิการมีส่วนร่วมกับการะในค่าใช้จ่ายอยู่ด้วยร้อยละ 50 สำหรับกรณีข้าราชการบำนาญนั้นปรากฏแบบแผนพฤติกรรมใกล้เคียงกัน จะเห็นว่าที่แตกต่างอย่างชัดเจนคือ จำนวนวันป่วยซึ่งสูงถึง 18.9 วัน และ 6.5 วัน โดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลราชการและโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ

สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอกตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น ส่วนใหญ่เป็นการเบิกจ่ายสำหรับตนเอง ทั้งในกรณีของข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยที่ให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นประมาณ 1.6 ครั้ง ในกรณีข้าราชการ/ลูกจ้าง และ 1.9 ครั้งในกรณีข้าราชการบำนาญ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ใช้บริการเพียง 1 ครั้งในรอบปี เมื่อคิดค่าบริการรักษายาบาลพบว่าในกรณีข้าราชการบำนาญมีอัตราเฉลี่ยสูงกว่าในกรณีข้าราชการ/ลูกจ้างประจำอย่างชัดเจน กล่าวคือค่ารักษาเฉลี่ยต่อครั้งเป็นประมาณ 854.10 บาท และ 462.80 บาทตามลำดับ และค่ารักษาเฉลี่ยต่อรายประมาณ 1,382.00 บาท และ 666.10 บาทตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจากการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลโดยเปรียบเทียบในระยะ 10 ปีเท่าที่ข้อมูลอำนวยให้จากการศึกษา 2 กรณี คือ สุชาดา กิระนันท์ (2532) สำหรับปี 2525 และ 2530 กับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) สำหรับปี 2534 โดยรวมค่ารักษาเฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเข้าด้วยกัน ผลที่ได้ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายของข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ (ในมูลค่าตลาด) ได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก และแม้ว่าจะประมาณค่าเงินเฟ้อถึงร้อยละ 5 ต่อปี โดยเฉลี่ยระหว่าง 10 ปีนั้น ก็ยังแสดงค่าใช้จ่ายต่อรายในมูลค่าแท้จริงที่เพิ่มขึ้นมาอย่างน่าสังเกต ซึ่งคำอธิบายหรือเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายต่อรายยังไม่ปรากฏชัดในการศึกษาวิจัยใด ๆ

พรทิพย์ วิริยานนท์ (2536) ได้ทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) แต่เป็นการศึกษาเฉพาะในส่วนของภูมิภาคคือ จังหวัดอ่างทอง มีการวัดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ รวมทั้งบุคคลในครอบครัวอันหมายถึง บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร คิดเป็นรายรับของสถานบริการ เป็นการวัดค่าใช้จ่ายในรูปของรายรับของสถานบริการ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ โดยแยกเป็นแบบจำลอง 3 แบบจำลอง คือ แบบจำลองค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ แบบจำลองค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ และแบบจำลองค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้มีสิทธิเบิกสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งจำแนกตามระดับตำแหน่ง และอายุเพศของผู้มีสิทธิ สังกัดของผู้มีสิทธิ ผู้ใช้สิทธิ ได้แก่ ตนเอง

บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร เพศของผู้ใช้สิทธิ หรือเพศของผู้ป่วย อาการป่วยตามที่แพทย์วินิจฉัย ขนาดของโรงพยาบาลของรัฐ ประเภทของโรงพยาบาลเอกชน

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ คือ ข้าราชการบำนาญ ผู้ใช้สิทธิเบิกสวัสดิการรักษายาบาลหรือผู้ป่วยที่เป็นบุตร และประเภทของสถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง และโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดอื่น ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าตัวแปรจำนวนวันพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาล และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุ เช่น ข้าราชการบำนาญ บิดา มารดาและเพศ เป็นตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการวิเคราะห์ข้างต้นเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการรักษายาบาลหากมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขความคุ้มครองใหม่ คือข้าราชการสามารถเบิกรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนได้ และประเภทผู้ป่วยในจะขยายเพดานจาก 3,000 บาท เป็น 9,000 บาท หรือ 36,000 บาท/ปี เพื่อคว่ารัฐบาลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาลจากงบกลางเพิ่มขึ้นอย่างไร และในขณะที่เดียวกัน สถานพยาบาลของรัฐจะต้องสูญเสียรายรับไปจากปัจจุบันร้อยละเท่าไรถ้าหากข้าราชการหันไปใช้บริการผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

ในปี 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: กรณีศึกษา พ.ศ. 2538” เป็นการศึกษาต่อเนื่องของโครงการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่หนึ่ง 2538-2539 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายงบกลางรักษายาบาลในปีงบประมาณ 2536-38 อัตรการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ปี 2537 รวมทั้งโครงสร้างรักษายาบาลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน จำนวนวันป่วยเฉลี่ย

และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว โดยเลือกศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย เพื่อดูว่าสถานการณ์ที่เป็นจริงในระดับจังหวัดเป็นอย่างไร การศึกษานี้เป็นการวิจัยจากเอกสาร โดยเฉพาะเอกสารทางการเงิน ข้อมูลทฤษฎีมีสำเนาฎีกา เอกสารประกอบฎีกา ใบสำคัญ ที่ (1) สำนักงานคลังจังหวัด (2) สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภูมิภาค และ (3) สำนักงานประถมศึกษาจังหวัด ซึ่งเป็นส่วนราชการผู้เบิกที่ผู้วิจัยเลือกเป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาการใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ผู้วิจัยเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาแบบอนุรักษนิยม คือให้โรงพยาบาลรัฐจัดคลินิกนอกเวลาราชการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกที่เป็นข้าราชการและบุคคลในครอบครัว โรงพยาบาลรัฐยังคงผูกขาดบริการผู้ป่วยนอกอยู่ ซึ่งจะมีข้อเสียคือโรงพยาบาลรัฐผูกขาดบริการผู้ป่วยนอกอาจจะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่ควร ค่าบริการจัดการของระบบสวัสดิการก็ยังคงเหมือนเดิม โดยทั้งนี้ต้องมุ่งเน้นประสิทธิภาพการกำกับ การตรวจสอบ โดยกรมบัญชีกลางและสำนักงานคลังจังหวัด เป็นผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังส่วนราชการผู้เบิกที่มีอัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในสูงผิดปกติ เพราะถือเป็นจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดเนื่องจากมีขั้นตอนในการเบิกจ่ายมากมาย โดยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในส่วนภูมิภาค เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ของการนอนโรงพยาบาล

2.7 การประกันสุขภาพเอกชน

การประกันสุขภาพเอกชนถือเป็นการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่ายคือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (insurer) หรือบริษัทประกันภัย กับฝ่ายผู้เอาประกัน (Insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ศัลยกรรมและอื่น ๆ ให้กับผู้เอาประกันภัยเมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุเป็นเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย

โดยนัยตามกฎหมายไทยแล้ว การดำเนินธุรกิจประกันของเอกชนในประเทศไทยมี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือการประกันชีวิต กับประกันวินาศภัย การประกันชีวิตจำแนกออกเป็นประเภทสามัญ ประเภทอุตสาหกรรม และประเภทหมู่หรือกลุ่ม ซึ่งในแต่ละประเภทย่อยของการประกันชีวิตนั้นสามารถจัดเป็นแบบต่าง ๆ ได้ 3 แบบ คือ แบบกำหนดระยะเวลา (โดยกำหนดช่วง

ระยะเวลาของการเอาประกัน) แบบตลอดชีวิต และแบบลงทุน ซึ่งทั้ง 3 แบบนี้มีการเสนอขาย กรมธรรม์ให้ผู้เอาประกันเลือกได้หลายลักษณะ เช่น กรมธรรม์ประกันชีวิตทั่ว ๆ ไป กรมธรรม์ประกันรายปี กรมธรรม์ประกันเกษียณอายุ หรือกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ สำหรับการประกันวินาศภัย จำแนกเป็น 5 ประเภทย่อย คือ อัคคีภัย ขนส่ง ภัยทางทะเล ยานยนต์ และอื่น ๆ การประกันสุขภาพนั้นได้ถกนิยามและจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันประเภทอื่น ๆ ในการประกันวินาศภัย

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัตินั้น การขายประกันชีวิตไม่ว่าจะเป็นแบบหรือลักษณะใดก็ตาม ก็ได้รวมผนวกไว้ในกรมธรรม์ให้ครอบคลุมการคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมถึงการรักษาพยาบาล และหรือการชดเชยความสูญเสียรายได้ที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุแต่ละครั้งเข้าไว้ด้วย ดังนั้น เมื่อจะวิเคราะห์ถึงการประกันสุขภาพให้สื่อความหมายในทางปฏิบัติแท้จริงแล้วก็ต้องรวมพิจารณาทั้งในประเภทการประกันชีวิต และการประกันวินาศภัยไปพร้อม ๆ กัน ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าข้อมูลทุติยภูมิโดยเฉพาะการรายงานต่าง ๆ ที่เป็นไปตามเงื่อนไขของกฎหมาย โดยเฉพาะส่วนที่เป็นรายงานของธุรกิจประกันชีวิตนั้น ไม่ได้แสดงและไม่สามารถจะจำแนก กรมธรรม์ชนิดต่าง ๆ ที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุมส่วนที่เป็นบทผนวกแนบท้ายที่มีผลในทางประกันสุขภาพออกจากกันได้ จึงมักเป็นข้อจำกัดสำคัญของการวิเคราะห์ธุรกิจประกันสุขภาพ เอกชนโดยทั่วไป

ส่วนการศึกษาทางด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อประกันนั้น มีผลงานการศึกษาของ Liu, Tsai-Ching, 1993(Liu, Tsai-Ching, 1993 อ้างถึงใน โสภากงธนาคมรัชญกิจ ,2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมผู้ที่ได้รับการพยาบาลยกเว้นกลุ่มผู้ที่ทำประกันภัยแล้ว ที่ต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่จะซื้อหรือไม่ซื้อประกัน ซึ่งสิ่งที่จะมีบทบาทต่อการซื้อหรือไม่ซื้อประกันคือการรักษาพยาบาล โดยศึกษาในลักษณะของแบบจำลองจุลภาค (The Micro Model) ให้ Health Status เป็นตัวแทนในการวัดค่าการประกันในฟังก์ชันอรรถประโยชน์ โดยตั้งสมมติฐานว่า กลุ่มผู้ที่ทำการศึกษาเป็นบุคคลที่คาดหวังอรรถประโยชน์สูงสุด

โดยกำหนดให้ขึ้นกับฟังก์ชันการผลิตของครัวเรือน (household production functions) 3 ชนิด ดังนี้

1. ฟังก์ชันของ Health Status (HS)
2. ฟังก์ชันของ Health Care (HC)

3. ฟังก์ชันของ Insurance Status (IS)

ได้จัดทำเป็น 3 model ของ HS , HC , IS แล้วนำไปวิเคราะห์ในลักษณะของ The Simultaneous Model

The Simultaneous Model ถูกทำการประมาณค่าความน่าจะเป็นของการซื้อประกัน และ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อประกัน โดยใช้ข้อมูลจาก The National Medical Care Expenditure Survey (NMES), 1997 การประมาณค่าพารามิเตอร์ The Probit Technique โดยหลีกเลี่ยงความมีอคติ และความไม่สอดคล้องในการประมาณค่า ผลการศึกษา พบว่า HS และ HC มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับ IS จะมีทิศทางลบและบวก ตามลำดับ นั่นคือ ความน่าจะเป็นในการประกันสุขภาพจะเพิ่มถ้า HS ลดลง และ/หรือ HC เพิ่มขึ้น ราคาของการประกันสุขภาพ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะกระทบการตัดสินใจในการซื้อประกัน ขณะที่ ราคาของ HC มีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวก คือมีผลกระทบต่อความน่าจะเป็นในการซื้อประกัน ซึ่งปรากฏว่า เมื่อต้นทุน HC เพิ่มขึ้นก็จะแสดงถึงการประกันสุขภาพที่สูงขึ้นด้วย

แตกต่างจากการศึกษาของ โสภา คงธนาคมธัญกิจ (2538) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง อุปสงค์การประกันชีวิตของครัวเรือนในประเทศไทย ศึกษาปัจจัยในการตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันชีวิต และปัจจัยที่กำหนดอุปสงค์ต่อเบี้ยกรมธรรม์ประกันชีวิตโดยตรง เพื่อทำการวางแผนสนับสนุนการทำกรมธรรม์ประกันชีวิต ทำการศึกษาพื้นที่ครอบคลุมทั้งประเทศไทย แบ่งเป็น ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และนอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยกำหนดโอกาสของการทำกรมธรรม์ประกันชีวิตเป็นฟังก์ชัน (Function) ขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการกระจายสาขาของบริษัทประกันชีวิต ใช้ข้อมูลทั้งคนที่ทำประกันชีวิตและไม่ทำประกันชีวิต ประเภทของข้อมูลที่น่ามาทำการวิเคราะห์ คือ ข้อมูลทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ขนาดของครัวเรือน ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพหลักของครัวเรือน รายได้ของครัวเรือน ทรัพย์สินของครัวเรือน ข้อมูลทางด้านสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ข้อมูลการกระจายสาขาของบริษัทประกันชีวิต และข้อมูลการส่งเบี้ยกรมธรรม์ประกันชีวิต ผลการศึกษาจากการเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ กันที่กำหนดการตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันชีวิตของครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ กัน คือ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กับนอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กล่าวได้ว่าพื้นที่ที่ครัวเรือนอาศัยอยู่มีผลต่อ

พฤติกรรมโดยรวม ที่ทำให้ปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันชีวิตของครัวเรือนมีความเหมือนและแตกต่างกัน คือ

ครัวเรือนที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันชีวิต คือ รายได้ของครัวเรือน และทรัพย์สินของครัวเรือนประเภทสังหาริมทรัพย์ (รถจักรยานยนต์ รถยนต์) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลักของครัวเรือน ทรัพย์สินของครัวเรือนประเภทสังหาริมทรัพย์ ขนาดของครัวเรือน ถิ่นที่อยู่อาศัย(ในหรือนอกเขตเทศบาล)และการกระจายสาขาของบริษัทประกันชีวิต พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันชีวิต

สำหรับครัวเรือนที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันชีวิต คือ รายได้ของครัวเรือน ทรัพย์สินของครัวเรือนประเภทสังหาริมทรัพย์ (บ้าน ดิแกว/อาคารชุด และที่ดิน) อาชีพหลักของครัวเรือน (เกษตรกรรม รับราชการรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ทำงานเอกชน) และการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนในระดับอาชีวศึกษากับระดับอุดมศึกษา ส่วนตัวแปรอื่น ๆ คือ เพศ อายุของหัวหน้าครัวเรือน ทรัพย์สินของหัวหน้าครัวเรือน ทรัพย์สินของครัวเรือนประเภทสังหาริมทรัพย์ ขนาดของครัวเรือน ถิ่นที่อยู่อาศัย (ในหรือนอกเขตเทศบาล) และการกระจายสาขาของบริษัทประกันชีวิต พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันชีวิต

ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวกับอัตราเบี้ยประกันสุขภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยหลักสำคัญอีกประการหนึ่งในการทำประกันสุขภาพ เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมา ยังไม่มีการนำข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงมาคำนวณหาอัตราเบี้ยประกันสุขภาพและอัตราเบี้ยประกันสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบัน เป็นอัตราเบี้ยประกันสุขภาพของต่างประเทศและใช้มานาน ซึ่งอาจไม่เหมาะสมนัก ประกอบกับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ภาวะเศรษฐกิจและปัจจัยอื่น ๆ ดังนั้น พรณอร ธีระบุญชัยกุล (2539) จึงได้มีการนำสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง ในบริษัทตัวอย่างมาศึกษาเพื่อหาขนาดของอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการประกันสุขภาพ และนำมาใช้ในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันสุขภาพ ทำให้อัตราเบี้ยประกันสุขภาพมีความเหมาะสมเป็นธรรมแก่ทั้งบริษัทประกันภัยและผู้เอาประกันภัย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดอัตราเบี้ยประกันสุขภาพและพิจารณาถึงความสำคัญของแต่ละปัจจัย โดยที่จะทำการเก็บรวบรวม

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทั้งหมด จำแนกตามแผนประกันสุขภาพ จำนวนครั้งของการรักษาพยาบาล และจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ ที่บริษัทประกันชีวิตโดยทั่วไปใช้ในการคำนวณเบี้ยประกันสุขภาพ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยเพศ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ปัจจัยเพศชายจะมีขนาดของอิทธิพลต่ำกว่าเพศหญิง ส่งผลให้เพศชายมีเบี้ยประกันสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง

2. ปัจจัยอาชีพ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยอาชีพชั้น 1 ได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพเสี่ยงภัยน้อย เช่น พนักงานที่ทำงานในสำนักงาน ครู-อาจารย์ แม่บ้าน เจ้าของกิจการ เป็นต้น จะมีขนาดของอิทธิพลสูงกว่าอาชีพชั้น 2 ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพเสี่ยงภัยปานกลาง เช่น ผู้สื่อข่าว ผู้รับเหมาก่อสร้าง นักเรียน นักศึกษา แพทย์ เป็นต้น และอาชีพชั้น 3 ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพเสี่ยงภัยมาก เช่น คนงานก่อสร้าง พนักงานขับรถ ช่างไฟฟ้า นักบิน เป็นต้น โดยอาชีพชั้น 2 และชั้น 3 มีขนาดของอิทธิพลที่ใกล้เคียงกัน สาเหตุเนื่องจาก การแบ่งกลุ่มชั้นอาชีพเป็นการแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อการกำหนดอัตราเบี้ยประกันสุขภาพน้อย และในปัจจุบันอาชีพต่าง ๆ ได้มีระบบปลอดภัยที่ดีขึ้น ส่งผลให้โอกาสที่จะได้รับบาดเจ็บและการเจ็บป่วยของแต่ละอาชีพไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยอายุ พบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นขนาดของอิทธิพลของปัจจัยมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้เบี้ยประกันสุขภาพสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ซึ่งในความเป็นจริงแล้วปัจจัยที่นำมาศึกษา นอกจากจะมีปัจจัยเพศ อาชีพ และอายุแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น ภูมิลำเนาหรือที่อยู่อาศัย เพราะอัตราการเจ็บป่วยของแต่ละภาคหรือแต่ละจังหวัดนั้นไม่เท่ากัน