วารสารธรรมศาสตร์ ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 พ.ศ.2563 (133-154)

ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ธิรดา แสงสมบูรณ์ *

คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 9 พฤษภาคม พ.ศ.2563
วันที่แก้ไขบทความ 25 มิถุนายน พ.ศ.2563
วันที่ตอบรับบทความ 27 มิถุนายน พ.ศ.2563

บทคัดย่อ

บทความเรื่อง ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเป็นมาและวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำภายในระบบประกันสุขภาพประเทศไทย และ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศกับประเทศไทย ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพไทยในช่วงแรกก่อนปีพ.ศ. 2545 ประชาชนไทยที่ได้รับความคุ้มครองมีเพียงกลุ่มข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ และครอบครัว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และผู้ได้รับการสงเคราะห์อีกจำนวนหนึ่ง เมื่อเกิดการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในปีพ.ศ. 2545 ได้กำหนดระบบประกันสุขภาพเป็น 3 ระบบย่อย ได้แก่ 1) ระบบสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทั้ง 3 ระบบนี้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานและองค์กรที่ต่างกัน จึงทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบดังต่อไปนี้ 1) ความเหลื่อมล้ำด้านการร่วมจ่าย 2) ความเหลื่อมล้ำด้านอัตราค่ารักษาพยาบาลต่อหัว 3) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 4) ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศกับประเทศไทยพบว่ามีความแตกต่างดังนี้ 1) กลไกการอภิบาล 2) การจัดการด้านการคลังและการร่วมจ่าย 3) การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษามีดังนี้ 1) แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพให้มีรูปแบบที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2) ให้ทั้ง 3 ระบบอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรเดียวกัน และ 3) ให้ทั้ง 3 ระบบมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเหมือนกัน

คำสำคัญ: ประเทศไทย, ความเหลื่อมล้ำ, ระบบประกันสุขภาพ, สวัสดิการสังคม, สาธารณสุข

* **ผู้รับผิดชอบบทความ: bas.thirada2014@gmail.com** **DOI: 10.14456/tujournal.2020.24**

Thammasat Journal, Volume 39. No 3, 2020 (133-154)

The Disparity of the Health Insurance System in Thailand

Thirada Saengsomboon *

Faculty of Sociology and Anthropology, Thammasat University

Received 9 May 2020

Received in revised 25 June 2020

Accepted 27 June 2020

Abstract

"The disparity of the health insurance system in Thailand" aim to: 1) examine background and analyze the cause of problems of the disparity of the health insurance system in Thailand, 2) study the overview and analyze the differences between the health insurance system in Thailand and the foreign countries. Results were that the health insurance system at a preliminary period before 2002 benefited only for groups of Thai government officials and officers in government agencies and their families, those insured by the social security scheme, and social welfare recipients. With the reform of the health insurance system in 2002, the health insurance system was refashioned into three principal divisions: 1) civil servant medical benefit scheme; 2) social security scheme; and 3) universal health coverage. Problems of the disparity of the health insurance system in Thailand were from the following factors: 1) disparity of co-payment 2) disparity of capitation 3) disparity of benefits 4) disparity of quality. Differences between foreign health insurance systems compared to the Thai health insurance system includes 1) governance mechanism; 2) fiscal management; and 3) private sector participation.

Suggestions: 1) amend the law about Health Insurance systems to be the same 2) all 3 systems are under the supervision of the same organization and 3) all 3 systems to have co-payments.

Keywords: Thailand, Disparity, Health insurance system, Rights, Public health

* **Corresponding author: bas.thirada2014@gmail.com** **DOI: 10.14456/tujournal.2020.24**

บทนำ

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และด้านระบบการบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพต้องเป็นระบบที่รัฐบาลของแต่ละประเทศต้องมีการจัดการให้กับประชาชนซึ่งไม่ใช่ในลักษณะการสงเคราะห์ แต่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะต้องได้รับอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ และได้รับมาตรฐาน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ฉบับปัจจุบัน หมวดที่ 3 มาตรา 47 มีความว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับได้รับบริการสาธารณสุข และการป้องกันจากโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการสะท้อนแนวคิดและปรัชญาที่ว่าด้วยความเสมอภาคในสังคม ที่เน้นถึงการมีหลักประกันสุขภาพโดยไม่มีการแบ่งแยกเศรษฐานะในการเข้าถึงการบริการ นอกจากนั้นการมีหลักประกันสุขภาพก็ยังเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วอีกด้วย

เพราะนอกเหนือจากความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในสังคมแล้ว สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตอีกอย่างหนึ่งคือการมีสุขภาพที่ดี แต่ในสังคมหนึ่ง ๆ นั้นประชาชนมีปัจจัยพื้นฐานทางสังคมที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น เพศ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพ ทำให้แต่ละบุคคลมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เท่ากัน ประเทศที่พัฒนาแล้วรวมถึงประเทศที่กำลังพัฒนาต้องจัดระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนในประเทศ ซึ่งทำให้สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและอีกทั้งยังลดความเสี่ยงในค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบสวัสดิการประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพและความมั่นคงในชีวิตให้กับของประชาชน เห็นได้จากความพยายามในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเริ่มจากความครอบคลุมเฉพาะผู้มีรายได้น้อยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 และจนครอบคลุมคนไทยทุกคนในปี พ.ศ.2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐหลายระบบจนนำมาซึ่งระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบย่อย ในปัจจุบัน คือ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme) 2) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme) 3) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (Universal Health Coverage) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ, 2556) ซึ่งแต่ละระบบมีความแตกต่างกันทั้งด้านกฎหมาย กลุ่มเป้าหมาย วิธีการไปรับบริการ วิธีและอัตราการร่วมจ่าย

ระบบประกันสุขภาพที่ได้รับงบประมาณจากภาษีประชาชนทั้งหมดคือระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จำนวนและคุณภาพในส่วนที่ประชาชนได้รับกลับมีสัดส่วนที่น้อยกว่าของข้าราชการ กล่าวคืองบประมาณที่จ่ายให้กับของ

เงินเดือนข้าราชการมาจากเงินภาษีประชาชน และยังคงได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลที่มีอัตราเงินสูงกว่าประชาชนอีก 3-4 เท่า เห็นได้จากงบประมาณรายหัวของข้าราชการที่มีอัตราต่อหัวประมาณ 12,000 บาทต่อปี ในขณะที่อัตราค่ารักษาพยาบาลรายหัวของประชาชนแค่ประมาณ 3,600 บาทต่อปี อีกทั้งสองระบบนี้มีความแตกต่างกับระบบประกันสังคมที่มีอัตราต่อหัวประมาณ 3,500 บาท แต่ระบบประกันสังคมต้องมีอัตราร่วมกับนายจ้างและรัฐ แตกต่างจากสองระบบข้างต้นที่ไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายแต่อย่างใด

จำนวนประชากรที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการประมาณ 10 ของจำนวนประชากร ทว่าค่าใช้จ่ายของระบบดังกล่าวนั้นมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีค่าใช้จ่ายจริงสูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ในทุก ๆ ปี ความแตกต่างที่มีการกล่าวถึงกันมากที่สุดและเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงคือ ค่าใช้จ่ายด้านยา เนื่องจากระบบข้าราชาการได้รับยาจากยานอกบัญชีหลัก ยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งเป็นยาที่มีราคาสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยในระบบสิทธิประกันสังคม รวมถึงได้รับหัตถการที่สูงกว่า เช่น การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, 2545 น. 4) อีกทั้งระบบนี้ยังครอบคลุมข้าราชการผู้สูงที่เกษียณอายุราชการซึ่งมีจำนวนร้อยละประมาณ 27 ของผู้ที่อยู่ในระบบทั้งหมด ซึ่งการมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นทำให้ต้นทุนที่สำคัญจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ปริมาณการใช้บริการ ที่ทำให้ราคาในการจัดบริการแพงขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่าทั้งการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณ อัตราค่าพยาบาลต่อหัวของประชาชนแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการควบคุมดูแลภายใต้องค์กรและหน่วยงานที่แตกต่างกันคือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข การดูแลควบคุมภายใต้องค์กรที่ต่างกันนำมาซึ่งแนวคิดและการออกแบบระบบที่ต่างกัน จนนำไปสู่ปัญหาความไม่เท่าเทียมในการได้รับสิทธิของผู้ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบได้

งานศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับที่มาของปัญหาในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมาปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นระหว่างระบบ และมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศด้วยประเด็นในการศึกษาจะมีลักษณะเดียวกันกับการศึกษาระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย เพื่อที่จะทำให้มองเห็นถึงความแตกต่างได้ชัดเจน

แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

ปรากรมวุฒิพงศ์ และคณะ อ้างถึงในปรารถนา นิตยสมบูรณ์ (2545) ภายใต้ชื่องานวิจัย การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ได้ให้ความหมายของการประกันสุขภาพ (Health Insurance) ว่าเป็นการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงได้แก่ การรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา และค่ารักษาพยาบาล ส่วนทางอ้อมได้แก่ การชดเชยส่วนของรายได้ที่ต้องสูญเสียไปอันเนื่องจากการเจ็บป่วย รวมไปถึงการได้รับการคุ้มครองโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกัน อาทิ การตรวจร่างกายประจำปี การให้ภูมิคุ้มกันโรค ความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่คาดเดาได้ยาก ไม่สามารถทราบหรือกำหนดเวลาที่จะเกิดขึ้นได้ ภาระการเงินในการรักษาพยาบาลเป็นความเสี่ยง (risk) ประเภทหนึ่ง ความแตกต่างของการมีและไม่มีระบบประกันสุขภาพคือ ถ้าหากไม่มีระบบประกันสุขภาพการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้งค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ ณ จุดบริการ แต่หากมีระบบประกันสุขภาพจะมีการทำหน้าที่ในการเก็บรวมเงินจำนวนหนึ่งไว้ในกองเดียวกัน แล้วจะเป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าก่อนจะบุคคลจะเข้ารับบริการ หรือก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย

งานศึกษาของณัฐธยาน์ ว่องวงศารักษ์ (2555) เรื่อง การจัดเก็บภาษีเฉพาะสำหรับกองทุนประกันสุขภาพ ได้ให้ความหมายของ ระบบประกันสุขภาพ (Health Care Insurance) ว่าเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนหรือสาธารณะ ทั้งนี้การประกันสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วย ประกันสุขภาพจึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ (Health Insurance) ที่ถือว่าเป็นเครื่องมือทางการคลังเพื่อจัดการความแตกต่างของราคาบริการสุขภาพและความเสี่ยง โดยการประกันสุขภาพจะกระจายความเสี่ยงเหนือตัวบุคคลและเวลา ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 2 ประการ ดังนี้ 1) หลักเกณฑ์การจ่ายล่วงหน้า เป็นการรวบรวมและจัดการรายได้เพื่อแบ่งสรรสำหรับบริการสุขภาพ ถูกจัดเก็บแต่ละบุคคลไปยังสิทธิประโยชน์การบริการสุขภาพของบุคคลนั้น 2) หลักเกณฑ์กองทุนรวม การรวบรวมและจัดการรายได้ในทางที่ทำให้มั่นใจว่าความเสี่ยงของการจ่ายค่าบริการสุขภาพจะรับภาระโดยสมาชิกกองทุนและไม่ถูกแจกจ่ายไปยังบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

งานของณัฐธยาน์ จึงสรุปได้ว่าการประกันสุขภาพ เป็นมาตรการที่เน้นการใช้กลไกทางการเงินเป็นหลัก ซึ่งการประกันสุขภาพถูกสร้างขึ้นบนหลักการที่ว่าความเจ็บป่วยที่รุนแรงของแต่ละ

คนเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากว่าจะเกิดหรือไม่หรือเกิดขึ้นเมื่อใด เมื่อความเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่หนักพร้อมกับการสูญเสียความสามารถในการหารายได้

นพ. อำพล จินดาวัฒนะ และนางสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2547) ได้กำหนดหลักการและแนวคิดในการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยผู้ศึกษาได้สรุปใจความสำคัญไว้ดังนี้ การสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นทำให้ประชาชนเกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงสวัสดิการและทรัพยากรอย่างเป็นธรรม อีกทั้งทำให้ประชาชนในสังคมยอมรับ รู้สึกเป็นเจ้าของทรัพยากรร่วมกัน จึงจะนำไปสู่ความยินยอมพร้อมใจในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่นอกเหนือจากภาษีทั่ว นั่นคือภาษีสุขภาพ และในด้านของหน่วยงานที่กำกับดูแลต้องมีบทบาทในการจัดการที่ไม่ซ้ำซ้อน และมีการอภิบาลระบบอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน

จากงานศึกษาของ ศิโรฒ น้อยวัน (2556) ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หมายถึง การให้หลักประกันที่มั่นใจว่าประชาชนในประเทศจะได้การบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการเข้ารับบริการสุขภาพต้องไม่ก่อปัญหาด้านค่าใช้จ่ายกับผู้รับบริการ ทั้งนี้ยังหมายรวมถึงความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในการเข้ารับบริการโดยไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถด้านการจ่ายเงินของผู้รับบริการ อีกทั้งยังรวมถึงคุณภาพในการให้บริการต้องดีและเพียงพอต่อประชาชนผู้รับบริการ และการมีระบบประสุขภาพนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินหรือภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการด้วย

ในส่วนของงานศึกษา “ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ของ จเด็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัชรนฤมล (2555) ได้ให้หลักการและแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่าเป็นระบบที่มีการเฉลี่ยทุกข์และสุข ครอบคลุมผู้ที่ยังไม่ระบบประกันสุขภาพในระบบอื่นใดโดยผ่านการใช้จ่ายบริการในระบบภาษี รวมทั้งระบบนั้นต้องมีความยั่งยืน คือ นโยบายยั่งยืน การเงินยั่งยืน สถาบันยั่งยืน เนื่องจากความยั่งยืนมีความสำคัญต่อระบบการจัดการ โดยการจัดการต้องมีการร่วมมือกันของทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน โดยเป้าหมายสูงสุดคือ การมีหลักการสุขภาพที่มั่นคง และมีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะของการกระจายอำนาจไปสู่ระดับเขตพื้นที่ คือเขตจังหวัดได้มีบทบาทในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้กฎเกณฑ์ที่มาตรฐานกำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสุขภาพนั้นต้องสามารถควบคุมระบบการจัดการคลังให้ได้โดยใช้วิธีการจ่ายเงินแบบระบบปิด และมีการติดตามประเมินผลการทำงานด้วย

งานศึกษาของ ดารุณีย์ แก้วสว่าง (2551) ได้สรุปว่านโยบายหลักประกันสุขภาพ คือ นโยบายที่ให้ความมั่นคงแก่ประชาชน ซึ่งประชาชนจะได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน อีกทั้งระบบนั้นต้องมีประสิทธิภาพและประชาชนจะต้องมีทางเลือกในหลักประกันสุขภาพไม่จำเป็นระบบของรัฐเพียงอย่างเดียว รวมไปถึงเมื่อได้รับการประกันสุขภาพแล้วนั้นประชาชนต้องมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนและสามารถดูแลตัวเองได้

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับความหมายของระบบประกันสุขภาพของนักคิด นักเขียน นักวิชาการ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบประกันสุขภาพเป็นระบบป้องกันความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน เนื่องจากเราไม่สามารถที่จะคาดเดาได้ว่าจะได้รับการเจ็บป่วยเมื่อไร และเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับชีวิตประชาชนในสังคมนั้น รัฐบาลจะต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ทั่วถึง เสมอภาคตามเจตนารมย์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 และสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับปัจจุบันที่มุ่งเสริมสร้าง โดยการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญที่สุดคือประชาชนในประเทศมีสุขภาวะที่ดี มีการเจ็บป่วยลดน้อยลง

ประเภทของระบบประกันสุขภาพ

สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ ระบบประกันสุขภาพโดยภาครัฐ (Public Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน (Private Health Insurance) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ณัฐธยาน์ ว่องวงศารักษ์, 2555)

1. ระบบประกันสุขภาพโดยภาครัฐ (Public Health Insurance)

สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) คือ ระบบที่ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศ บริหารจัดการโดยรัฐเป็นหลัก งบประมาณหลักมาจากภาษีของประชาชนทั้งประเทศ 2) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme) คือระบบประกันภาคบังคับ จะครอบคลุมเฉพาะกลุ่มคนที่มีการบังคับไว้ตามกฎหมาย ดั่งเช่นในประเทสไทยจะบังคับในกลุ่มลูกจ้างเอกชน ซึ่งในระบบนี้จะมีการร่วมจ่ายของภาครัฐ นายจ้าง และลูกจ้างในอัตราที่เท่า ๆ กัน ซึ่งจะแบ่งย่อยออกเป็น 2) กองทุน ได้แก่ กองทุนทดแทนและกองทุนประกันสังคม และ 3) สวัสดิการที่เกิดจากการจ้างงาน (Employment Medical Benefits) เป็นสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลซึ่งมักถูกใช้เป็นแรงจูงใจในการประกอบอาชีพนั้น ๆ นายจ้างอาจจะเป็นรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจก็ได้ โดยจะให้สิทธิในรูปแบบของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เช่น ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

2. ระบบประกันสุขภาพโดยเอกชน (Private Health Insurance)

ถือเป็นระบบประกันสุขภาพในภาคธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนมี 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การประกันสุขภาพเอกชนภาคบังคับ คือ การประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งบังคับตามเงื่อนไขของกฎหมาย 2) การประกันสุขภาพตามกลุ่มการจ้างงานเอกชน คือ การประกันสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการจ้างงาน เช่น นายจ้างซื้อประกันให้กับลูกจ้าง โดยนายจ้างจ่ายค่าเบี้ยประกันสมทบบางส่วนให้ 3) การประกันสุขภาพเอกชนตามอัตราชุมชน คือ การประกันโดยสมัครใจของบุคคลหรือกลุ่ม 4) การประกันเอกชนตามอัตราความเสี่ยง คือ การประกันโดยสมัครใจของบุคคลหรือกลุ่ม โดยผู้เอาประกันจะเรียกร้องเบี้ยประกันตามอัตราความเสี่ยง การเก็บเบี้ยประกันในภาคเอกชนจะทำการเก็บตามการคาดการณ์ความเสี่ยงของสุขภาพตนเอง กล่าวคือผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าจะจ่ายสูงกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย รัฐบาลจะมีการกำหนดกฎหมายเพื่อควบคุมอัตราการจ่ายเบี้ยประกัน แต่งบประมาณในการบริหารจัดการมาจากภาคเอกชนทั้งหมดมิได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงบประมาณจากรัฐบาล

และยังสามารถแบ่งระบบประกันสุขภาพออกตามรูปแบบของการเข้าร่วม คือ ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ดังนี้

1. ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (mandatory health insurance) เป็นรูปแบบที่ภาครัฐกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพชัดเจน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวอาจครอบคลุมแค่เพียงคนบางกลุ่ม อาทิ ลูกจ้าง ครู หรืออาจจะครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ เช่น ระบบประกันสังคมในประเทศไทย ครอบคลุมบริษัทเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่วนประเทศอังกฤษ แคนาดา ไต้หวัน ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ การจัดให้มีระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าต้องใช้ระบบแบบบังคับคือการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน มีหน้าที่ สิทธิในการใช้บริการอย่างไรบ้าง

2. การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (voluntary health insurance) เป็นระบบประกันสุขภาพที่กฎหมายไม่ได้มีกฎหมายบังคับว่าต้องเข้าร่วม ประชากรในประเทศสามารถเลือกที่จะเข้าหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ หากจะเข้าร่วมก็ต้องการจ่ายค่าเบี้ยประกัน เช่น ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน ในประเทศหนึ่งสามารถมีระบบประกันภาคบังคับและสมัครใจร่วมกันได้ กล่าวคือผู้ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับแล้วอาจจะซื้อระบบประกันภาคเอกชนแบบสมัครใจเพิ่มเติมเพื่อรับสิทธิประโยชน์ในส่วนที่ระบบใดระบบหนึ่งไม่ครอบคลุมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุจารี ตั้งเสงี่ยมวิสัย และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบบริการสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กับบริการสุขภาพตามกฎหมายอื่น ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการเปรียบเทียบบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 กับการคุ้มครองสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พระราชกฤษฎีกาสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิอื่น ๆ อีกทั้งยังมีการวิเคราะห์ระบบสุขภาพและกฎหมายด้านสุขภาพของต่างประเทศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย ผลการศึกษาของสุจารี ตั้งเสงี่ยมวิสัย และคณะ พบว่า กฎหมายประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบ มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันของการจัดการระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน รัฐควรบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพให้คนไทยเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน โดยการปรับปรุงระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อมิให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นเกินความจำเป็น และจากการศึกษาการบริการสุขภาพของต่างประเทศ ได้แก่ อังกฤษ ญี่ปุ่น และไต้หวัน พบว่า ไต้หวันมีการบริหารจัดการที่ดีและไทยสามารถนำมาปรับใช้ได้ คือ มีการรวบรวมกฎหมายประกันสุขภาพต่าง ๆ เข้ามาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการจัดการในเรื่องของเงินทุนที่ส่วนใหญ่ได้มาจากการเก็บภาษีสุขภาพจากเงินเดือน (ไม่เกินร้อยละ 6 ของเงินเดือน) จากเงินที่นำไปลงทุน เงินพิเศษจากภาษีสวัสดิการสังคม การจำหน่ายสลากกินแบ่ง จากภาษีบุหรี่และสุรา และมีการเก็บการร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้พิการไม่ต้องชำระเบี้ยประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะของสุจารี ตั้งเสงี่ยมวิสัย และคณะ ผู้ศึกษาได้เลือกเอาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานของผู้ศึกษาเองโดยตรง ซึ่งได้เสนอการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยว่า

1. ให้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายแม่บทในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคน โดยไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขกฎหมายอื่น ๆ ควรจัดระบบประกันสุขภาพเป็นระบบเดียว มีบริการขั้นพื้นฐานที่เท่าเทียม หรือครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม การทำให้ระบบบริหารจัดการมีความเป็นเอกภาพจะทำให้ง่ายต่อการจัดการ แต่หากยุบรวมไม่ได้ก็มีการระบุมาตรฐานอัตรารักษาขั้นต่ำ หรือพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน หรืออาจจะทำให้ทั้ง 3 ระบบมีการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน เพื่อไม่ให้ผู้ให้บริการเลือกปฏิบัติกับผู้มีสิทธิในบางกลุ่มได้

2. แหล่งที่มาของเงินทุน ควรมีการเก็บภาษีสุขภาพจากเงินเดือน โดยให้ประชาชนที่มีรายได้ทุกคนจ่ายภาษีสุขภาพ มีการเก็บอัตราเบี้ยประกันที่เหมาะสมและไม่ควรเกิน 5% ของเงินเดือน และควรมีสัดส่วนที่แตกต่างกันขึ้นกับอาชีพและฐานะทางการเงิน ใครมีรายได้มากกว่าก็จ่ายมากกว่า

3. การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลเป็นผู้จัดการโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ เพื่อให้มีความร่วมมือของชุมชนกับรัฐ การส่งเสริมให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ๆ และได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

งานศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2556) ได้มีการศึกษา ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ระบบหลักประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบของไทยได้รับการบริการที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีการออกแบบระบบ การกำหนดสิทธิประโยชน์ และการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน อีกทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยไม่เคยมีการกำหนดเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำของการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเลย และได้มีการเสนอแนะเชิงนโยบายในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยไว้ดังนี้

1. ต้องมีการปฏิรูปกลไกการอภิบาลให้มีกลไกระดับชาติด้านสุขภาพ (National Health Authority) เพื่อที่จะกำหนดทิศทางการพัฒนา รวมถึงกำหนดมาตรฐาน กฎเกณฑ์ เช่น สิทธิประโยชน์ อัตราการจ่าย ตลอดจนติดตามการพัฒนา ซึ่งในต่างประเทศพบว่าหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่นี้คือ กระทรวงสาธารณสุข แต่ในประเทศไทยประทรวงสาธารณสุขได้มีบทบาทในการจัดการดูแลให้บริการเสียเอง ถ้าหากมีการปรับบทบาทด้านกลไกอภิบาลก็ต้องแยกบทบาทนี้ออกเพื่อป้องกันการทับซ้อนของหน้าที่

2. ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้รับผิดชอบในการบูรณาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพให้เป็นเอกภาพ และดำเนินการแยกภารกิจการจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ โดยสปสช. มีบทบาทในการซื้อและจ่ายค่าบริการและคุ้มครองสิทธิประชาชน

3. กระจายบทบาทการซื้อและจัดบริการสุขภาพไปสู่ระดับเขตพื้นที่ เพื่อความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร และเพิ่มประสิทธิภาพเชิงขนาด ลดปัญหาการปฏิเสธผู้ป่วยที่ส่งต่อ และตอบสนองประชาชนในพื้นที่อย่างเหมาะสม

ดร. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ (2556) ได้มีการศึกษาการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย มีวัตถุเพื่อสร้างความเป็นธรรมแก่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ แบะสร้างความยั่งยืนทางการเงินของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การที่ประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพ 3 กองทุนนั้นทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาลระหว่างกองทุนในหลายด้าน เช่น

1. ด้านภาระเบี้ยค่าประกัน เนื่องจากระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยร่วมจ่ายกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่อีก 2 กองทุน ไม่ได้มีภาระค่าใช้จ่าย

2. สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลก็แตกต่างกัน เช่น การเข้าถึง กองทุนข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากใช้ระบบการจ่ายตามจริงหรือการเรียกเก็บ ในขณะที่อีก 2 รบบ ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้ทำการลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น

3. คุณภาพในการรักษาพยาบาลต่างกัน เพราะแต่ละกองทุนมีอัตราเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน และอีกทั้งยังทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการที่แตกต่างกันด้านสิทธิประกันสุขภาพด้วย

อีกทั้งงานศึกษาของ ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) ที่ได้ทำการศึกษา ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย โดยมีการใช้วิธีการวิเคราะห์และเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ จากหน่วยงานต้นสังกัดของสิทธิรักษาพยาบาลสำหรับการวิเคราะห์ความเหลื่อมเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ ส่วนการวิเคราะห์ความเหลื่อมเชิงคุณภาพของการให้บริการนั้นได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้สิทธิฯที่ผู้รับบริการพบเจอ โดยวิเคราะห์ผ่านสถิติทดสอบสมมติฐานความแตกต่างระหว่างสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลทั้ง 3 สิทธิในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่า สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับอีก 2 สิทธิ ได้แก่ ความครอบคลุมเรื่องโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสได้รับยาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่ว ๆ ไป ในขณะที่สิทธิหลักปะกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ต้องมีการร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกัน และผลการศึกษาความเหลื่อมล้ำเชิงคุณภาพในการให้บริการ พบว่า ผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมีความพึงพอใจในการบริการสูงที่สุด ส่วนผู้ใช้บริการในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความพึงพอใจในการบริการเท่ากัน

ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ ได้เสนอแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำว่า ควรกำหนดให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยทุกคนควรจะได้รับ และในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีการจ่ายร่วมจ่าย ควรจัดสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในอนาคตหากค่าจ้างของข้าราชการยังไม่สูงขึ้นเท่ากับลูกจ้างในภาคเอกชน จึงสมควรให้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการยังเป็นสิทธิที่ดีที่สุด แต่ก็จะทำให้ภาระทางการคลังสูงขึ้นตามไปด้วยจึงจำเป็นต้องมีการลดสิทธิประโยชน์บางอย่างลง และสรุปว่าทั้ง 3 สิทธิรักษาพยาบาลนั้นจะต้องมีการร่วมจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเพื่อภาระทางการคลังของรัฐบาลในอนาคตด้วย

จากการที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ได้ทำการศึกษาไว้ก่อนหน้านี้ ทั้งงานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทความวิชาการ วารสารวิชาการ ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ผลการศึกษานี้จะนำไปสู่การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นและปัญหาความเหลื่อมล้ำภายในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย และจะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพไทยและต่างประเทศต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาความเหลื่อมล้ำของประกันสุขภาพในประเทศไทย ทั้ง 3 ระบบ และเพื่อศึกษาวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลในระดับทุติยภูมิ จากเอกสาร บทความ อินเตอร์เน็ต เอกสารวิชาการ รายงานประจำปี งานวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการประกันสุขภาพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของข้อมูลอย่างครอบคลุมความหมายของระบบสุขภาพ สิทธิประโยชน์ ระบบการจัดการด้านการคลัง รวมถึงศึกษาระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ เพื่อทำการเปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

ความเป็นมาและปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในอดีตก่อนที่จะมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศไทยในปีพ.ศ. 2545 นั้น ประชาชนที่ได้รับความคุ้มครองมีเพียงกลุ่มข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ และครอบครัว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และผู้ได้รับการสงเคราะห์อีกจำนวนหนึ่ง (ศิโรฒ น้อยวัน, 2556) นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2485 ได้มีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น มีการพัฒนาและแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) 2) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ 3) สวัสดิการรักษาพยายาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว และดำเนินมาจนถึงปัจจุบัน 4) โครงการสวัสดิการภาคบังคับ หรือโครงการสวัสดิการประกันสังคมในปัจจุบัน 5) โครงการ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 6) ประกันสุขภาพแบบสมัครใจภาคเอกชน เพื่อคุ้มครองความเสี่ยงด้านค่ารักษาทางการแพทย์ที่เป็นส่วนเกินจากภาครัฐ

จนกระทั่งเกิดการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 ขับเคลื่อนการปฏิรูปโดยปัจจัยทางการเมืองจนในปัจจุบันมีระบบประกันสุขภาพโดยภาครัฐแบ่งออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมบัญชีกลาง

และกระทรวงการคลัง 2) ระบบประกันสังคมอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม และกระทรวงแรงงาน และ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1 สรุปความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยทั้ง 3 ระบบ

รายการ	**สิทธิพยาบาลข้าราชการ**	**ประกันสังคม**	**หลักประกันสุขภาพฯ**
ความครอบคลุม	ประมาณ 5 ล้านคน	ประมาณ 12 ล้านคน	ประมาณ 48 ล้านคน
แนวคิด	สวัสดิการสำหรับผู้ทำงานภาครัฐ (Fringe Benefit)	ความมั่นคงด้านสังคม (Social Security) การประกันภาคบังคับ (Social Insurance)	สิทธิขั้นพื้นฐาน (Entitlement) สวัสดิการของรัฐ (Welfare)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การคลัง	งบประมาณของรัฐบาลทั้งหมด	ร่วมสมทบทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน	งบประมาณของรัฐบาลทั้งหมด
สิทธิประโยชน์	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอก และในเจ็บป่วยทั่วไป ค่ายา ทันตกรรม คลอดบุตร ฯลฯ	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอก และในเจ็บป่วยทั่วไป ค่ายา ทันตกรรม คลอดบุตร ฯลฯ ชดเชยกรณีคลอดบุตร พิการ ตาย	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอก และในเจ็บป่วยทั่วไป ค่ายา ทันตกรรม คลอดบุตร ฯลฯ

รายการ	สิทธิพยาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพฯ
สถานพยาบาล	สถานพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ และสถานพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉิน	สถานพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	• ผู้ป่วยนอก จ่ายตามปริมาณบริการและราคาตามที่สถานพยาบาเก็บ • ผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	• เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน • จ่ายเพิ่มเป็นรายกรณีตามวินิจฉัยโรคร่วม ในโรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง	• เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและผู้ป่วยนอก • ผู้ป่วยใน จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและจ่ายตามปริมาณบริการรายป่วย

ดังนั้น การที่ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีการออกแบบระบบ ซึ่งได้แก่ กฎเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการ รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ อัตราค่ารักษาพยาบาลต่อหัว ความแตกต่างในการบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบเหล่านี้ทำให้นำไปสู่ “ ปัญหาความเหลื่อมล้ำ” โดยจะแบ่งออกเป็นประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ความเลื่อมล้ำด้านการร่วมจ่าย พบว่าระบบประกันสุขภาพของไทยทั้ง 3 ระบบนั้น มีเพียงระบบประกันสังคมระบบเดียวที่ลูกจ้างต้องมีการร่วมจ่ายกับนายจ้างและภาครัฐ นั่นคือ ระบบประกันสังคม แต่อีก 2 สิทธิคือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้งบประมาณของประเทศโดยไม่มีการร่วมจ่ายทางการคลังใด ๆ ทำให้เห็นได้ว่าเงื่อนไขด้านการร่วมจ่ายที่แตกต่างกันจะทำให้ประชาชนในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบนั้นได้รับสิทธิที่ไม่เท่าเทียมกัน

1. ความเหลื่อมล้ำในอัตราค่าพยาบาลต่อหัว จากการศึกษาทำให้เห็นได้ว่างบประมาณค่ารักษาพยาบาลต่อหัวของผู้ประกันตนใน 3 ระบบนั้น มีอัตราที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีอัตราต่อหัวสูงที่สุด ระบบประกันสังคมรองลงมา และสุดท้ายคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ซึ่งได้รับอัตราค่ารักษาพยาบาลต่อหัวต่ำที่สุด อัตราต่อหัวที่แตกต่างกันเหล่านี้ทำให้เห็นได้ชัดว่า ประชาชนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่าเทียมกัน เนื่องจากมีการแบ่งกลุ่มประชากรจากเศรษฐานะ สถานภาพทางสังคม คือประชาชนที่ไม่มีบทบาทหรือมีการประกอบอาชีพนอกระบบจะไม่สามารถได้รับอัตราค่ารักษาพยาบาลได้เท่าเทียมกับประชาชนที่มีอาชีพในระบบประกันสังคมและระบบข้าราชการ

2. ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของสิทธิสวัสดิการข้าราชการนั้นสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง และสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินได้ แตกต่างกับสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ได้ลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น ยกเว้นกรณีประสบอุบัติเหตุอันก่อให้เกิดการเสียชีวิตจึงจะสามารถเข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉินของสถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ และสิทธิประโยชน์ด้านเงื่อนไขในการคุ้มครอง พบว่ามีเพียงสิทธิข้าราชการเท่านั้นที่ครอบคลุมไปถึงคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรอีก 3 คน แต่อีก 2 สิทธิคุ้มครองเพียงแค่ตัวของผู้ประกันตนเพียงคนเดียวเท่านั้น

3. ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ การที่ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีรูปแบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างกัน นั่นคือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการได้มีการเบิกจ่ายผู้ป่วยนอกแบบการจ่ายตามจริงหรือจ่ายตามรายบริการ แต่สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเบิกจ่ายในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัว และในรูปแบบของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สิทธิสวัสดิการข้าราชการได้รับยานอกบัญชีหลักแห่งชาติและหัตถการบางประเภทเช่น การผ่าคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง ซึ่งมีคุณภาพและราคาที่สูงกว่าค่ายาและบริการต่าง ๆ ของสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากประเด็นของปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำภายในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยนั้น เกิดจากการที่ทั้ง 3 ระบบ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานและองค์กรที่แตกต่างกัน จึงทำให้การออกแบบระบบต่างกันนำมาซึ่งปัญหาความไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการของประชาชนแต่ละระบบ อีกทั้งยังทำให้เห็นได้ว่ารัฐไม่มีความเป็นธรรมในการจัดสรรสวัสดิการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน เนื่องจากได้มีการแบ่งสิทธิในการรักษาพยาบาลออกตามอาชีพหรือความสามารถในสังคม คือประชาชนที่เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐได้รับสิทธิและสวัสดิการที่มีประสิทธิภาพที่สูงกว่าประชาชนที่มีอาชีพในการจ้างงานภาคเอกชนและสูงกว่าประชาชนที่ไม่ไม่มีอาชีพ ทั้งในด้านของ งบประมาณ คุณภาพ และสิทธิ

ประโยชน์ในการรักษา แม้ว่าระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบนี้จะมีการจัดตั้งขึ้นภายใต้วัตถุประสงค์ที่คล้ายกัน คือ เพื่อให้ประชาชนในประเทศมีหลักประกันสุขภาพในยามเจ็บป่วยโดยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ แต่ในทางปฏิบัติกลับมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 ระบบในหลากหลายด้านดังกล่าวข้างต้น

ซึ่งสอดคล้องกับงานของสุจารี ตั้งเสงี่ยมวิสัย และคณะ (2556) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กับบริการสุขภาพตามกฎหมายอื่น ๆ และพบว่ากฎหมายการประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบ มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันในด้านการจัดการสิทธิขั้นพื้นฐานที่เหมือนกัน และเสนอแนะว่ารัฐควรบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพให้คนไทยเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน โดยปรับปรุงระบบบริหารจัดการ เพื่อไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงจนเกินความจำเป็น และยังสอดคล้องกับงานศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2556) ที่ได้มีการศึกษาเรื่อง ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบของไทยมีการออกแบบระบบที่แตกต่างกันจึงทำให้การบริการ การกำหนดสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการที่แตกต่างกันตามไปด้วย

<u>ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศกับประเทศไทย</u>

การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศไม่เพียงแต่จะทำให้สุขภาพของคนในสังคมนั้นดีขึ้น แต่ยังส่งผลถึงโครงสร้างทางสังคมอื่น ๆ อาทิ สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมืองการปกครอง ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์อีกด้วย ในส่วนนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ ซึ่งผู้ศึกษาคัดเลือกประเทศที่ได้รับการยอมรับจากองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ว่าเป็นประเทศที่มีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้แก่ประเทศดังต่อไปนี้ 1) แคนาดา 2) เดนมาร์ก 3) อังกฤษ 4) ไต้หวัน และ 5) ญี่ปุ่น โดยได้ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย บทความวิชาการ ของระบบประกันสุขภาพประเทศดังกล่าวจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวสร.) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศจะทำการศึกษาโดยจำแนกประเด็นในการศึกษาให้มีลักษณะสอดคล้องกับการศึกษาระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย เพื่อที่จะทำให้เปรียบเทียบความแตกต่างการบริหารจัดการภายในระบบประกันสุขภาพได้อย่างชัดเจน ดังนี้ 1) โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ (organization) 2) การจัดการด้านการคลัง (Finance) 3) สิทธิประโยชน์ (benefits) 4) บทบาทของภาคเอกชน (private) และ

5) อัตราค่ารักษาพยาบาลรายหัว (capitation) ผู้ศึกษาจึงได้ทำการสรุประบบประกันสุขภาพทั้ง 5 ประเทศออกเป็นประเด็นหลัก ๆ ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตาราง 2 สรุประบบประกันสุขภาพทั้ง 5 ประเทศ

ประเทศ	การกำกับดูแล	ระบบ	การคลัง	บทบาทเอกชน	อัตราค่าหัว (2559)
แคนาดา	กระทรวงสาธารณสุข และ อีก 2 รัฐ	กองทุนเดียว	ภาษีทั่วไปและ การร่วมจ่ายค่ายา	เอกชนเป็นส่วนเสริม	4,728
เดนมาร์ก	กระทรวงสาธารณสุข และ ภูมิภาค10 จังหวัด และ เทศบาล 2 รัฐ	กองทุนเดียว	ภาษีทั่วไป และ การร่วมจ่ายของ ผู้รับบริการบาง กลุ่ม	เอกชนเป็นส่วนเสริม (สำหรับคนที่ไม่ต้องการ ร่วมจ่ายค่ายา)	5,012
อังกฤษ	กระทรวงสาธารณสุข แบ่งอำนาจให้ระดับ ภูมิภาค 5 เขตปกครอง	กองทุนเดียว	ภาษีทั่วไป , ภาษี เฉพาะ	บทบาทเอกชนน้อย	4,094
ญี่ปุ่น	กระทรวงสาธารณสุข	หลาย กองทุน	จ่ายผ่านระบบ ประกันสังคม	บริหารระบบโดยเอกชน (ที่ไม่แสวงผลกำไร)	4,152
ไต้หวัน	กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ	กองทุนเดียว	การร่วมจ่ายของ ประชาชน นายจ้าง และรัฐ	รัฐจ่ายให้เอกชนบริการ ทางการแพทย์	n/a

ที่มา: จากการรวบรมของผู้วิจัย

จากการศึกษาทำให้สรุปได้ว่า การบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ แม้จะมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นกองทุนเดียวหรือหลายกองทุนก็มิได้เป็นปัญหาในการจัดการระบบที่มีคุณภาพ หากแต่ว่าทุกกองทุนนั้นต้องอยู่ภายใต้การบริการดูแลของหน่วยงานหรือองค์เดียว เพราะจะทำให้การบริหารจัดการไม่มีความซ้ำซ้อน อีกทั้งยังมีการกำหนดกฎเกณฑ์ สิทธิประโยชน์ หลักในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และคุณภาพในการบริการ ฯลฯ ที่เป็นมาตรฐาน

เดียวกัน จากการรวบรวมและวิเคราะห์ของผู้ศึกษาจะอธิบายรายละเอียดความแตกต่างระหว่างต่างประเทศกับไทย ดังต่อไปนี้

1. กลไกการอภิบาล จากการศึกษาพบว่าระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศมีทั้งระบบกองทุนเดียวและหลายกองทุน แต่กลับพบว่าการบริหารจัดการหรืออยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานเดียวเท่านั้น โดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่นที่แม้จะมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายแต่ก็พบว่าอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเพียงหน่วยงานเดียว เช่นเดียวกับประเทศไต้หวันและอังกฤษที่มีการบริหารจัดการอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการไต้หวันและกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอย่างในประเทศแคนาดามีการบริหารจัดการโดยรัฐบาลจังหวัดแต่ระบบ Medicare ก็อยู่ภายใต้การควบคุมขององค์กรเดียวเช่นกัน

ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่มีกองทุนสุขภาพถึง 3 กองทุน อีกทั้งยังมีการจัดการบริหารภายใต้หน่วยงานที่แตกต่างกัน นั่นคือระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลางและกระทรวงการคลัง ส่วนสิทธิประกันสังคมอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานประกันสังคมสังกัดกระทรวงแรงงาน และในส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ สิทธิประโยชน์ และงบประมาณ ฯลฯ มีความแตกต่างกันและส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมกับสิทธิที่ได้รับสิทธิประโยชน์น้อยและมีคุณภาพต่ำกว่า เนื่องจากงบประมาณของทั้ง 3 ระบบนั้นมาจากงบประมาณก้อนเดียวกัน

2. การจัดการด้านการคลังและการร่วมจ่าย จากการศึกษาพบว่า มีการจัดการด้านการคลังโดยเก็บภาษีสุขภาพเพิ่มเติมจากภาษีทั่วไป หรือมีการร่วมจ่ายของประชาชนในประเทศ เช่น ในญี่ปุ่นและไต้หวันมีการร่วมจ่ายของประชาชน นายจ้าง และรัฐบาล ซึ่งมีการกำหนดอัตราร่วมจ่ายที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละประเทศและแต่ละกลุ่มอาชีพ ซึ่งการร่วมจ่ายจะสามารถช่วยลดภาระของรัฐบาลได้ อีกทั้งยังทำให้ประชาชนรู้จักคุณค่าของทรัพยากรทางการแพทย์ ยกตัวอย่างในแคนาดาแม้ประชาชนไม่ต้องร่วมจ่ายอัตราค่ารักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ต้องมีการร่วมจ่ายในอัตราค่ายาส่วนเกิน ซึ่งจังหวัดหรือท้องถิ่นนั้น ๆจะเป็นผู้ออกนโยบายหรือการจัดการเรื่องนี้ด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพของไทยทั้ง 3 ระบบ มีเพียงแค่สิทธิประกันสังคมที่มีการร่วมจ่ายของลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐ แต่สิทธิข้าราชการและสิทธิบัตรทองไม่ได้มีการร่วมจ่าย

3. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน จากการศึกษาระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศพบว่ามีบางประเทศนั่นคือคือ ญี่ปุ่นกับไต้หวัน ได้มีการเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงาน แต่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของหน่วยงานรัฐ การบริหารโดยเอกชนจะทำให้เกิดการแข่งขันภายในระบบสาธารณสุข ระบบมีประสิทธิภาพ และเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า หากมีการบริหารจัดการโดยภาครัฐเพียงส่วนเดียวอาจไม่ทำให้เกิดการแข่งขันภายในระบบ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ระบบไม่มีการพัฒนามากเท่าที่ควร และทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของเอกชนด้วยนั้นจะทำให้ประชาชนได้รับการประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1) ประเทศไทยควรมีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ โดยให้กฎหมายของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบนั้นมีกฎเกณฑ์ กฎระเบียบ รูปแบบการร่วมจ่าย สิทธิประโยชน์ ฯลฯ ที่เป็นไปในรูปแบบเดียวกันเพราะจะทำให้ลดความแตกต่างของสิทธิที่ได้รับระหว่างระบบได้

2) ประเทศไทยควรพิจารณาการโอนหน่วยงานที่กำกับดูแลของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบให้อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเพียงกระทรวงเดียว ซึ่งจะทำให้สวัสดิการรักษาพยาบาลแต่ละระบบที่ประชาชนได้รับนั้นมีความเป็นธรรมและเท่าเทียม ซึ่งจะลดปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นได้

3) ควรมีการพิจารณาระบบการร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกัน ที่ในปัจจุบันมีการร่วมจ่ายแค่ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมหรือที่เรียกว่าลูกจ้างเอกชนเท่านั้น แต่ผู้ที่อยู่ในระบบอีก 2 ระบบไม่ได้มีการร่วมจ่ายแต่อย่างใด เพราะผู้ศึกษาเชื่อว่าการร่วมจ่ายนั้นจะสามารถช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐได้ อีกทั้งการร่วมจ่ายนั้นจะทำให้ผู้ใช้บริการได้ตระหนักถึงการใช้บริการการรักษาพยาบาลอย่างคุ้มค่าและรับรู้ เข้าใจถึงภาระค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่า

เอกสารอ้างอิง

The common wealth fund. (2020). *International Health Care System Profiles.* สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563, จาก https://international.commonwealthfund.org/stats/spending_per_capita/

กฤษฎา บุญชัย และคณะ. *(2556). แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ.* สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3896/hs2074.pdf?sequence=3&isAllowed=y

คมชัดลึก. (2561). ระบบบริการสาธารณสุข คนไทยเข้าถึงแต่ยังเหลื่อมล้ำ. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2563, จาก https://www.komchadluek.net/news/edu-health/338987

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และวิชช์ เกษมทรัพย์. (2542). *การประกันสุขภาพภาคเอกชน : ประสบการณ์ของต่างประเทศ.* สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2002/hs0496.pdf?sequence=2&isAllowed=

จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมธัชอารี, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, พัชนี ธรรมวันนา, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2554). ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ. *วารสารสถาบันวิจัยสาธารณสุข*, *5*(2). สืบค้นเมื่อ 24 เมษายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th

ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์. (2557). *ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ดารุณีย์ แก้วสว่าง. (2551). *การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะสังคมสังเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, พรชัย พิลหาเวศ. (2556). *โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2563 จาก https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2014/08/final-report-thailand-health-insurance.pdf

ธนาชัย สุนทรอนันตชัย. (2560). ความเท่าเทียม ความเสมอภาค และความยุติธรรมทางสังคม. *วารสารวิชาการคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 7(3). สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563, จาก https://www.tci-thaijo.org/

พงศธร พอกเพิ่มดี. (2555). *สู่ระบบประกันสุขภาพมาตรฐานเดียว : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*

มติชนออนไลน์. (2561). *ความเหลื่อมล้ำข้าราชการ-ประชาชน.* สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2563, จาก https://www.matichon.co.th/newsroom-analysis/news_1128952

โรจน์ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัชรนฤมล และแอนน์ มิลส์. (2561). *การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย : รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2563, จาก https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf

วัจนา ลีละพัฒนะ. *(ม.ป.ป.). ประสบการณ์การดูงานที่ Kameda Medical Center ประเทศญี่ปุ่น.* สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2563, จาก https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/article4th

ศิโรฒ น้อยวัน. (2556). *การศึกษาคุณภาพบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (ปริญญามหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศูนย์ข่าว สปสปช. (2561). *รู้จักระบบหลักประกันสุขภาพอังกฤษ 'NHS' ใน 8 กราฟ*. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก http://nhsonews.com/index.php/world/content/ 353

ศูนย์สารสนเทศและวิจัยยา. (2550). *การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ*.สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2563 จาก http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachfinancing/148/Full-text.pdf

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม "3 กองทุนสุขภาพรับความท้าทายในอนาคต". วารสารสถาบันวิจัยสาธารณสุข, 1(6). สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุณยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ์. (2556). *ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพประเทศไทย : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น.* สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1381/hs0739.pdf?sequence=2&isAllowed=y

สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. *(2560). รายงานฉบับสมบูรณ์ ภาระงบประมาณรายจ่ายสำหรับระบบประกันสุขภาพ.*

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2556). สรุปการประชุมเรื่อง*กลไกและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพไทย.* 25 เมษายน 2556.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2556). สรุปการประชุมเรื่อง*บทสรุปและข้อเสนอนโยบายสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำด้านระบบสุขภาพ. 26 เมษายน 2556.*

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2556). สรุปการประชุมเรื่อง*มุมมองและทิศทางของรัฐบาลในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ. 26 เมษายน 2556.*

สุจารี ตั้งเสงี่ยมวิสัย, ลาวัณย์ ถนัดศิลปะกุล และ ประกาย วิบูลย์วิภา. (2553). การศึกษาเปรียบเทียบบริการสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กับบริการสุขภาพตามกฎหมายอื่น ๆ . วารสารพยาบาล. *62*(3), 52-58.

สุพล ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ติษยาธิคม, วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, ชาฮีดา วิริยาทร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์ และ วราภรณ์ ปวงกันทา. (ม.ป.ป.). *โครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และความเป็นธรรมทางด้านการคลังสุขภาพ.* สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2563, จาก http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/424/chapter1.pdf

สุรจิต สุนทรธรรม. (2555). *ระบบประกันสุขภาพไทย.* สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2563, จาก https://www.hsri.or.th/researcher/media/printed-matter/detail/4531

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2544). *ระบบประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.* กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสาธารณสุข.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2545). *ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก.* สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2563, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1500/hs0934.pdf?sequence=2&isAllowed=y .

อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์. (2560). *สิบกราฟที่สะท้อนว่า NHS ของอังกฤษซึ่งเป็นต้นแบบ สปสช. กำลังวิกฤตหนักแล้ว "บัตรทอง" ของไทยจะไปรอดหรือ?.* สืบค้นเมื่อ 4 มีนาคม2563, จาก https://mgronline.com/daily/detail/9600000035951