

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ
2. ระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ
3. รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย
4. กลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ
5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ (health insurance) เป็นลักษณะอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพ และอาจพิจารณาได้จากหลายมุมมอง เช่น อาจมองว่าการประกันสุขภาพเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง หรือเป็นเครื่องมือสำหรับลดภาระในการชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ รวมทั้งเป็นกลไกในการกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของแต่ละคนไปยังคนหมู่มาก หรืออาจมองว่าเป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งของรัฐที่พึงจัดให้มีเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชน ซึ่งโดยหลักการแล้วการประกันสุขภาพเป็นการนำเอาความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกันไป ซึ่งจะช่วยลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และไม่แน่นอนของแต่ละคนไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่ ดังนั้นการที่จะทำให้ระบบประกันสุขภาพดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นคงทางการเงิน ควรคำนึงถึงประเด็นสำคัญ ได้แก่

1.1 ความเสี่ยงทางจริยธรรม (Moral hazard) ทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยในส่วนของผู้รับบริการ ผู้ที่มีประกันสุขภาพมักจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าในกรณีที่ไม่ได้มีประกันทั้งๆที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

สาเหตุมาจากการมีประกันสุขภาพ ทำให้การค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการของผู้เอาประกันมีน้อยหรือไม่มีเลยดูเหมือนว่าบริการมีราคาถูก จึงมีการบริโภคบริการในปริมาณที่มาก นอกจากนี้เมื่อผู้เอาประกันทราบว่าตนเองมีประกัน ก็อาจลดความระมัดระวังในการดูแลสุขภาพตนเองลง ทำให้โอกาสเจ็บป่วยมีมากขึ้น ในขณะที่ผู้ให้บริการเองจะลดความถี่ถ้วนในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจรักษาลงเช่นกัน เนื่องจากไม่ต้องเป็นกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ซึ่งปัญหาความเสี่ยงทางจริยธรรมนี้สามารถพบได้ในทุกระบบของการประกันสุขภาพ (จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, 2543, หน้า 39)

1.2 การรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection) หมายถึง การที่กองทุนประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ซื้อประกันจ่ายเงินในอัตราค่าที่โดยการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายของประชากรทั้งกลุ่ม (community rating) ไม่ได้ปรับตามความเสี่ยงของผู้ซื้อ (experience rating) จึงปรากฏว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยอยู่แล้วจะซื้อประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจะไม่ซื้อประกันสุขภาพ เนื่องจากเบี้ยประกันแพงเกินไปเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของตน (จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, 2543, หน้า 39)

1.3 กลไกการเบิกจ่ายเงิน การเบิกจ่ายเงินที่ขาดความรัดกุม และมีการตรวจสอบน้อยทำให้เกิดการทุจริตขึ้น ระบบประกันที่ใช้วิธีการเบิกจ่ายตามบริการที่ให้จริง (fee for service) เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ที่พบว่ามีสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งเปลี่ยนสถานะผู้ป่วยจากผู้ป่วยนอกที่เบิกไม่ได้ให้เป็นผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถนำไปเบิกได้ หรือระบบประกันสังคมมักจะพบว่าถูกจ้างที่ออกจากงานและยังคงมีสิทธิประกันสังคมอยู่มักย้ายกลับภูมิลำเนาเดิม แต่สำนักงานประกันสังคมก็ยังจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักต่อไปโดยไม่มีผลประโยชน์กับคนงานที่ออกจากงานไป อีกทั้งสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพอาจพยายามวินิจฉัยโรคให้เป็นกลุ่มที่มีการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษโดยจัดให้อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRGs) เพื่อให้ได้รับเงินมากขึ้น (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์, 2542, หน้า 12)

1.4 คุณภาพของการให้บริการ ในประเทศไทยปัญหาเรื่องคุณภาพการบริการเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันกันเพื่อให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิภายใต้ระบบประกันสังคม การแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพของการให้บริการ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องร่างความต้องการพื้นฐานสำหรับผู้ลงทะเบียนกับสถานบริการภายใต้โครงการประกันสังคม เพื่อให้เกิดโครงการประเมินและรับประกันคุณภาพ และโรงพยาบาลต่าง ๆ ก็พยายามปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการรับรองมาตรฐานในระบบ ISO 9000 (เดล โดแนลสัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์, 2542, หน้า 15)

1.5 แรงจูงใจสำหรับสถานบริการและผู้รับบริการ จากความแตกต่างในระบบการเงิน การคลังทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งการจ่ายเงินตาม บริการที่ให้อจริง (fee for service) ในกรณีของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จะทำให้สถาน บริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมากขึ้นโดยเฉพาะบริการที่ได้ผลกำไร การจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัว (capitation) ในระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพจะกระตุ้นให้สถานพยาบาลให้บริการอย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีการแข่งขันจะพบว่า การเหมาจ่ายต่อหัวอาจนำไปสู่ระบบ บริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือให้บริการน้อยลงได้ เช่นเดียวกับกับระบบเหมาจ่ายรวมสำหรับ ผู้ป่วยโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือ ก่อเกิด (สปร.) ซึ่งมีเงินไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการน้อยลงและลดคุณภาพ ของการให้บริการ นอกจากนี้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหัวภายใต้ระบบประกันสังคม ยังเป็นการ ส่งเสริมให้มีการรักษาในโรงพยาบาลแทนที่จะทำให้โรงพยาบาลมีความตระหนักถึงศักยภาพที่จะ ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (เคล โดแนลสัน, สุทธิพิศ พรพรรณารุโณทัย และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2542, หน้า 14)

2. ระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ

ระบบสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศต่าง ๆ มีความแตกต่างกันหลายแบบ ดังนั้นการศึกษา ระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศจะทำให้ทราบถึงจุดอ่อนจุดแข็งของระบบประกันสุขภาพ ในรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ซึ่งจะเป็ประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยให้เกิดมุมมองในการกำหนด แนวทาง กลไก และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม

2.1 ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ ปี ค.ศ.1948 ซึ่งรัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการ โดยมีการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) เป็นองค์กรหลักในการจัดการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงฐานะ สภาวะทางเศรษฐกิจ และสังคมของประชาชน ส่วนการบริการโดยภาคเอกชนมีส่วนเพียงเล็กน้อย และเป็นส่วนที่เสริมระบบซึ่งจัดโดยรัฐ โดยรายได้สำหรับการบริการทางด้านสุขภาพที่จัดให้โดย NHS มาจากภาษีทั่วไป ส่วนบริการภาคเอกชนมาจากประกันเอกชน ซึ่งในการใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แต่จะต้อง ร่วมจ่ายค่าตามใบสั่ง ยกเว้น เด็ก คนชรา และผู้ป่วยบางกลุ่ม แต่จะไม่ครอบคลุมในส่วนของการ ที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยา

ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner, GP) มีรายได้จากการบริการ 3 ส่วน คือ การจ่ายต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับ GP นั้น ๆ จากค่าบริการ

ตรวจรักษาจากบริการพิเศษบางอย่าง เช่น การเยี่ยมไปนอกเวลาหรือบริการจิตเวช และจากค่าบริการเวชปฏิบัติจากการจัดบริการเฉพาะบางอย่าง เช่นบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งรายได้จากการบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเพิ่มหรือลดตามจำนวนผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณตามข้อตกลงกับ District Health Authority ส่วนแพทย์ในโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในรูปเงินเดือน

ทางเลือกในการใช้บริการของผู้บริโภค เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยอาจไปพบแพทย์เพื่อตรวจ หรือพบเภสัชกรเพื่อซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา หรือไปยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนกับ NHS ได้ตามที่ต้องการ หรือเปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาล หลังจากการรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลหรือส่งกลับไปให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ หรืออาจส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่น ๆ ซึ่งการบริการในระดับปฐมภูมิในคลินิกและร้านยาจัดโดยภาคเอกชน โดยที่ผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องขึ้นทะเบียนกับ NHS แต่ในขณะที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2544, หน้า 23-25)

ประเทศอังกฤษไม่มีปัญหาในเรื่องความเท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพ แต่มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการ อย่างที่เป็นที่ทราบกันดีว่า ระยะเวลาในการรอเพื่อเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน (elective surgery) ใช้เวลานานมาก นอกจากนี้ในปัจจุบันผู้รับบริการมีความต้องการที่จะรับบริการที่ดีมากขึ้น ในขณะที่รัฐบาลมีทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการค่อนข้างน้อย และผู้ให้บริการขาดแรงจูงใจในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผลตอบแทนไม่มากภายใต้กลไกการทำงานที่ยึดติดอยู่กับระเบียบข้อบังคับ (มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์, 2540, หน้า 24)

2.2 ประเทศเยอรมัน

ประเทศเยอรมันมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบบังคับ โดยกฎหมายกำหนดให้คนงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (sickness funds) และจ่ายเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือน ส่วนประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนดสามารถเลือกทำประกันกับเอกชนได้ สำหรับข้าราชการไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิกสามารถเลือกได้ว่าจะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนหรือซื้อประกันเอกชน ผู้ที่ตัดสินใจซื้อประกันเอกชนแล้วจะไม่สามารถย้ายเข้าเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยในภายหลัง ซึ่งข้อกำหนดนี้เป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เพิ่มความเสี่ยงกับกองทุนการเจ็บป่วยในการต้องรับคนที่ถูกปฏิเสธจากประกันเอกชน

ซึ่งกองทุนการเจ็บป่วยจัดตั้งขึ้น โดยภาคเอกชนในลักษณะองค์กรอิสระที่ไม่แสวงกำไรภายใต้การกำกับของรัฐ อาจรวมตัวกันในลักษณะกลุ่มวิชาชีพ ลักษณะของอาชีพ หรือตามภูมิสำเนา โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ คือ กองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนช่างฝีมือ กองทุนทดแทน และกองทุนอื่นๆ เนื่องจากหลักการของระบบประกันสุขภาพเยอรมันเป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก ดังนั้นรายได้กองทุนมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายโดยนายจ้างและลูกจ้างเท่านั้น ไม่ได้มีการอุดหนุนจากรัฐ ซึ่งกองทุนเหล่านี้จะกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิกและกำหนดเบี้ยประกันเอง ซึ่งอัตราการจ่ายเข้ากองทุนสำหรับสมาชิกภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละกองทุน แต่ต้องไม่ต่ำหรือเกินกว่าอัตราที่กฎหมายกำหนด คือ ร้อยละ 8.5 – 16.5 สำหรับลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัท เบี้ยประกันจะออกโดยนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละครึ่ง ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระต้องจ่ายเองทั้งหมด ผู้ที่ว่างงานจะได้รับความคุ้มครองโดย Federal Labor Administration เป็นผู้จ่าย 2 ใน 3 ของเบี้ยประกัน และอีก 1 ใน 3 จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น ส่วนผู้ที่เกษียณแล้วจ่ายโดยกองทุนเกษียณ (pension funds)

มาตรการในการจ่ายค่าบริการในระดับปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยนอก สมาคมกองทุนการเจ็บป่วยจะเจรจาต่อรองกับสมาคมแพทย์ที่เป็นสมาชิกกองทุนทุกปีเพื่อกำหนดวงเงินสำหรับจ่ายให้บริการผู้ป่วยนอก และสมาคมแพทย์จะทำหน้าที่จ่ายเงินให้แก่แพทย์สมาชิกที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนแบบตามปริมาณ โดยอัตราค่าบริการกำหนดภายใต้งบประมาณยอดรวมที่ได้รับคำจ่ายตามรายการในราคาที่กำหนดโดยผู้ป่วยต้องจ่ายไปก่อนแล้วมาเบิกคืนทีหลัง การฟื้นฟูสภาพจ่ายให้คลินิกเป็นอัตรารายวัน การพยาบาลโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมด้วย ส่วนมาตรการในการจ่ายค่าบริการในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ กองทุนการเจ็บป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลใน 3 ลักษณะ คือ อัตราคงที่ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (flat fees per diagnosis-related group) อัตรายอดรวม (global fees) สำหรับบริการที่มีการกำหนดราคา และการจ่ายแบบรายวัน (per diem rate) สำหรับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในส่วนของแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนจากโรงพยาบาล

ประชาชนที่เป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์ที่จะใช้บริการ โดยแต่ละไตรมาสจะได้รับใบรับรองสิทธิและต้องไปยื่นต่อแพทย์ที่ตนเลือกที่จะขึ้นทะเบียน และต้องใช้บริการกับคนที่ตนเลือก แต่ในบางกองทุนก็อาจให้มีการเปลี่ยนแปลงได้ในระหว่างไตรมาส แพทย์ที่รับดูแลสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการกับแพทย์ท่านอื่นหรือแพทย์เฉพาะทางได้ ส่วนนอกเวลาราชการผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้โดยตรงต้องผ่านระบบการส่งต่อจากแพทย์ที่ตนขึ้นทะเบียน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544, หน้า 13-16)

2.3 ประเทศออสเตรเลีย

มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare โดยประชาชนได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุใน Medical Benefits Scheme (MBS) และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) โครงสร้างของระบบมีการแยกกันระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการ แต่มีสัญญาเป็นข้อผูกพัน การบริหารจัดการเป็นระบบกองทุนเดียว คือ Medicare ซึ่งบริหารโดย Health Insurance Commission โดยที่ Medicare จะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ และจ่ายค่าบริการพื้นฐานให้แก่ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชน และในทำนองเดียวกันผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนสำหรับบริการอื่น ๆ นอกราชการก็สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพที่ให้โดยรัฐหรือเอกชนได้เช่นกัน และเนื่องจากประเทศออสเตรเลียมีระบบการเมืองแบบสหพันธรัฐจึงได้มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครอง (State/Territory) ต่าง ๆ โดยที่รัฐบาลกลางดูแลทางด้านนโยบายรวม สิทธิประโยชน์ของประชาชนทางด้านยาและบริการทางการแพทย์นอกโรงพยาบาล รวมทั้งดูแลโรงพยาบาลรัฐและโครงการส่งเสริมสุขภาพบางส่วน ในขณะที่รัฐบาลของมลรัฐรับผิดชอบบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลรัฐและโครงการต่าง ๆ

งบประมาณทางด้านสุขภาพมาจากภาษีทั่วไปที่จัดเก็บโดยรัฐบาลกลาง โดยเงินที่จัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 รัฐบาลกลางจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ เป็น financial assistant grants (FAG) ซึ่งขนาดของ FAG คำนวณจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น โครงสร้างประชากรและอัตราการมีประกันสุขภาพเอกชน แล้วจัดทำเป็นข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกลางกับมลรัฐ คือ Health Care Agreement ซึ่งมีระยะเวลา 5 ปี ส่วนที่ 2 คือ รัฐบาลกลางจัดสรรให้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เป็นค่าตอบแทนการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ในโครงการ Medicare สำหรับสัดส่วนภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนใหญ่มาจากรัฐบาลกลาง คือ ร้อยละ 45.5 และร้อยละ 23.2 จากรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครอง และอีกร้อยละ 31.3 มาจากประกันเอกชนและผู้ป่วยจ่ายเอง ซึ่งการให้บริการตามสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมร้อยละ 15 ของอัตราค่าบริการที่กำหนดสำหรับบริการที่คลินิก และร้อยละ 25 สำหรับผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล แต่ในกรณีที่ได้รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) คู่สัญญากับ Medicare ซึ่งได้รับเงินจาก Medicare แบบเป็นก้อนและยอมรับอัตราการจ่ายร้อยละ 85 จาก Medicare ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม แต่ในกรณีที่ได้รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่เรียกเก็บอัตราเกินค่าบริการที่กำหนด ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เกินนั่นเอง โดยมีระเบียบกำหนดเพดานต่อครั้ง ส่วนบริการที่นอกเหนือไปจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ระบุใน Medical Benefits Scheme (MBS) ผู้ป่วยต้องรับภาระเองทั้งหมด หรืออาจซื้อประกันเอกชนคุ้มครอง ภาระค่ายาเป็นแบบที่มีการจ่ายร่วมและการรองรับด้วย safety net คือ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ยาตามใบสั่งต้องจ่ายร่วมในอัตราคงที่ต่อรายการ โดยอัตรานี้จะลดลงเมื่อมูลค่าจ่ายร่วมรวมถึงระดับ AUS 612 ต่อปี

สำหรับผู้มีบัตรสงเคราะห์จ่ายร่วมในอัตราที่ต่ำกว่า และไม่ต้องจ่ายเมื่อถึงเพดาน AU\$ 166.4 ส่วนยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยาหาซื้อได้จากร้านยาและต้องจ่ายเอง สำหรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ Medical Benefits Scheme (MBS) ไม่ต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ รวมทั้งค่ายา ซึ่งโรงพยาบาลได้รับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตาม MBS จาก Medicare ตามอัตราค่าบริการที่กำหนด ยกเว้นในบางรัฐซึ่งใช้ระบบการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG-based funding) จะได้รับการจ่ายตามอัตรา DRG ส่วนโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยในสิทธิประโยชน์พื้นฐานจะได้รับการจ่ายค่าบริการจาก Medicare ด้วย

ผู้ป่วยต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ก่อน หากต้องการใช้บริการที่โรงพยาบาลต้องได้รับการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จึงจะได้รับการครอบคลุมโดย Medicare โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน บริการในคลินิก โดยขึ้นทะเบียนกับ Medicare และสามารถเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนได้ ส่วนแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลและเป็นลูกจ้างรัฐ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544, หน้า 32-34)

2.4 ประเทศสหรัฐอเมริกา

เป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดในโลก ทั้งในแง่ค่าใช้จ่ายรวมต่อหัว และคิดเป็นร้อยละของ GDP โดยระบบสุขภาพตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยมีระบบการประกันที่มีรูปแบบหลากหลายมาก ประชากรส่วนใหญ่ใช้ประกันเอกชน ผู้มีรายได้จากเงินเดือนมักใช้ประกันแบบกลุ่มที่ผูกอยู่กับการจ้างงาน รัฐให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคม โดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการ คือ

1. Medicare เป็นแผนงานของรัฐบาลกลางในการให้การสงเคราะห์ด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ มีการจัดสวัสดิการรักษายาพยาบาลแก่บุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการของโครงการประกันสังคม และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย โครงการ Medicare ได้รับงบดำเนินการจากภาษีที่เรียกเก็บจากเงินเดือนหรือค่าจ้างของผู้มีรายได้ในอัตราร้อยละ 1.45 โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ทั้งนี้ นายจ้างต้องจ่ายสมทบในจำนวนที่เท่ากันด้วย โดยโครงการมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องให้ประกันสุขภาพแก่ทุกคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนที่สองเป็นการให้ประกันส่วนเพิ่มเติม ซึ่งให้เป็นไปโดยความสมัครใจสำหรับผู้สูงอายุว่าจะซื้อประกันนี้หรือไม่ แต่ก็พบว่า มีผู้ซื้อประกันในส่วนนี้สูงถึงร้อยละ 97 ซึ่งการประกันในส่วนนี้จะได้รับเงินอุดหนุนประมาณ 3 ใน 4 จากรัฐบาลกลาง บริการสุขภาพที่จัดให้ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นการให้บริการแบบให้เปล่า เพราะนอกเหนือจากภาษีที่เรียกเก็บจากเงินเดือนหรือค่าจ้างในเบื้องต้นแล้วผู้ป่วยที่ขอรับบริการยังคงต้องจ่ายเงินในส่วนของตนเอง ประเดิมจำนวนเท่ากับต้นทุนเฉลี่ยของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลหนึ่งวันก่อนด้วยจึงจะมีสิทธิ

รับประโยชน์จาก Medicare และนอกจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดในส่วนที่นอกเหนือจากผลประโยชน์ที่ระบุไว้ ดังนั้นผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 ยังต้องซื้อประกันที่เรียกว่า Medigap เพื่อให้ความคุ้มครองในส่วนที่ได้รับนอกเหนือจาก Medicare ในการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบการจ่ายเงินล่วงหน้า (Prospective payment system, PPS) โดยจ่ายตามระบบราคามาตรฐานของประเทศ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

2. Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย เด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเดียวซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้สูงอายุ ผู้พิการซึ่งเป็นแผนงานดำเนินการร่วมระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลมลรัฐ ส่วนงบดำเนินการมาจากภาษีรายได้ของรัฐและรัฐบาลกลาง ซึ่งในการดำเนินการและข้อกำหนดของโครงการ Medicaid ในแต่ละรัฐมีความแตกต่างกัน เช่นผู้มีสิทธิของรัฐหนึ่งอาจจะไม่เข้าข่ายการได้รับสิทธิของรัฐหนึ่ง และแม้แต่การกำหนดสิทธิของรัฐต่าง ๆ จะแตกต่างกันออกไป แต่แนวทางในการพิจารณาจะอาศัยตัวชี้วัดที่คล้าย ๆ กัน โดยโครงการ Medicaid บริหารโครงการโดยองค์กรชื่อ Health Care Financing Administration (HCFA) ซึ่งรัฐบาลของอเมริการับผิดชอบค่าใช้จ่ายประมาณ 58 % ส่วนที่เหลืออีก 48 % รัฐบาลของแต่ละรัฐรับผิดชอบจ่ายร่วมด้วย ระบบการจ่ายค่าตอบแทนของ Medicaid เป็นแบบจ่ายค่าตอบแทนล่วงหน้าโดยการพิจารณาข้อมูลย้อนหลังแล้วพยากรณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า โดยปรับค่าด้วยอัตราเงินเฟ้อ ได้มีการจัดกลุ่มโรงพยาบาลเพื่อจ่ายต่อการคิดค่าตอบแทน โดยการพิจารณาถึงขนาดประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนเตียง ขนาดและชนิดโรงพยาบาล กิจกรรมการเรียนการสอน การบริการพิเศษ ประเภทของเจ้าของว่าภาครัฐหรือเอกชน จากนั้นจึงจัดทำสัญญาการให้บริการโดยการเจรจาต่อรอง โครงการ Medicaid มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือคนยากจนทั่วไป แต่ในความจริงแล้วมีผู้ได้รับประโยชน์จากแผนงานนี้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งและไม่มีรัฐใดเลยที่ให้ประกันสุขภาพแก่ทุกคนที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับความยากจนที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง เนื่องจากแต่ละรัฐเป็นผู้ดำเนินการเอง ดังนั้นโครงการ Medicaid จึงมีความแตกต่างกันมากทั่วประเทศในแง่ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์และบริการที่ให้

กองทุน Medicare ได้งบประมาณมาจากการหักเงินรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงาน กองทุน Medicaid มาจากเงินภาษี โดยส่วนหนึ่งมาจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งมาจากภาษีที่เก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ ผู้ที่ซื้อประกันเอกชนต้องรับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันเอง ผู้ป่วยอาจต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้ขึ้นกับสัญญาที่ทำกับบริษัทประกันแต่ละราย ส่วนคนในวัยทำงานจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุน Medicare จากรายได้ของตน มาตรการในการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิ มีรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งการประกันโดยทั่วไปแบบ indemnity insurance มักเป็นแบบผู้ป่วยจ่ายก่อนตามบริการที่ได้รับ (fee-for-service) แล้วจึงเบิกคืนจากประกันภายหลัง (retrospective reimbursement) แต่ในกรณี managed care การจ่ายค่าบริการจะเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หรือจ่ายตามบริการที่ให้ (fee-for-service) ที่มีการตกลงอัตรากันล่วงหน้า และ

แพทย์ซึ่งเป็นลูกจ้างของ Health Maintenance Organization (HMO) ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบเงินเดือน ส่วนผู้ให้บริการในระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ โครงการ Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วนใหญ่จ่ายโรงพยาบาลโดยใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ส่วนมาตรการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการของ Medicaid แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เนื่องจากรัฐบาลระดับมลรัฐเป็นผู้บริหารโครงการเอง

สำหรับการประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพจากผู้ให้บริการได้โดยอิสระ แต่ส่วนใหญ่จะมีแพทย์ประจำครอบครัว ส่วนผู้ที่ซื้อประกันกับ HMO ต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ก่อน สำหรับผู้ที่ซื้อประกันกับ managed care แบบอื่น ๆ จะมีทางเลือกมากขึ้น เช่น ในระบบ Preferred-Provider Organization (PPO) สามารถเลือกผู้ให้บริการตามรายชื่อที่บริษัทประกันให้มา (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544, หน้า 81-83)

2.5 ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาแบ่งระดับบริการสุขภาพเป็น 2 ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และในระดับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งบริการโดยแพทย์เฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ และเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังกำไร แพทย์ที่ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นข้าราชการแต่รับเงินผ่านรัฐ ประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินโดยตรงให้แก่ผู้บริการแต่จ่ายเงินผ่านระบบภาษี ซึ่งจ่ายให้อัตราที่แตกต่างกันตามระดับรายได้ โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนมีบ้างแต่เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังกำไร บริการระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมดเป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชนแต่รับเงินจากรัฐบาล ประชาชนต้องไปใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิก่อนที่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน การใช้ยาต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ยกเว้นยาพื้นฐาน และต้องรับยาจากร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นผู้ดูแล โดยค่ายาประชาชนต้องจ่ายเงินเองก่อนแล้วจึงไปเบิกคืนจากรัฐบาลตามรายการที่รัฐกำหนด และการบริการด้านทันตกรรมไม่รวมอยู่ในบริการประกันพื้นฐาน (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2540, หน้า 35-37)

จากการศึกษาเปรียบเทียบระบบสุขภาพจาก 10 ประเทศของเสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ ซึ่งประกอบด้วย เยอรมัน อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา พบว่าประเทศส่วนใหญ่ ยกเว้นมาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด และเป็นการประกันแบบบังคับ ส่วนประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา มีระบบประกันสุขภาพเอกชน ประเทศเยอรมัน ผู้มีรายได้และข้าราชการสามารถเลือกประกันกองทุนหรือประกันเอกชนได้ ส่วนประเทศเกาหลีใต้และญี่ปุ่นมีส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้การจัดการของกองทุนชุมชน ในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบบังคับประชาชนไม่มีสิทธิเลือก

ระบบประกัน ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันสุขภาพและควบคุมค่าใช้จ่าย แต่การมีกฎหมายที่ให้สิทธิแก่ประชาชนในเรื่องหลักประกันสุขภาพไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ หากไม่สามารถนำกฎหมายไปปฏิบัติให้เป็นจริงได้ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544, หน้า 89-98)

3. รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพเป็นกลไกที่ทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผลเมื่อจำเป็น และป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสียหายทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น ในที่นี้ระบบประกันสุขภาพมิได้จำกัดเพียงระบบที่แต่ละคนได้จ่ายเงินเพื่อเอาประกัน (Contributory scheme) เท่านั้นแต่รวมถึงระบบสวัสดิการที่พึ่งพาแหล่งเงินทุนในระบบภาษีอากรด้วย ซึ่ง อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (อ้างใน วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539, หน้า 38) ได้แบ่งประเภทของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 3.1 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 3.2 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)
- 3.3 ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ
 - 3.3.1 การประกันสังคม
 - 3.3.2 กองทุนเงินทดแทน
 - 3.3.3 การประกันอุบัติเหตุ
- 3.4 ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ
 - 3.4.1 การประกันสุขภาพเอกชน
 - 3.4.2 บัตรสุขภาพ

และภายหลังจากที่ประเทศไทยได้มีการเลือกตั้งทั่วไป และรัฐบาลใหม่เริ่มบริหารราชการในเดือนมกราคม 2544 ได้มีแรงผลักดันที่จะทำให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากการให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนเป้าหมายที่คาดว่าจะไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพใด ๆ มาก่อน และมีการปฏิบัติในลักษณะที่ทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มจาก 6 จังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 และขยายไป 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544 และครอบคลุมจังหวัดที่เหลือทั้งหมดภายในเดือนเมษายน 2545 (อัมมาร สยามวาลา, 2544, หน้า 283) ดังนั้นในปัจจุบันนี้จึงได้มีระบบประกันสุขภาพเพิ่มมาอีกประเภทหนึ่ง คือ

- 3.5 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) เป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดขึ้นก่อนระบบอื่นทั้งหมดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลแก่ข้าราชการที่เป็นลูกจ้างของทางราชการ โดยมีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลรองรับ ซึ่งการได้รับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าสิทธิประโยชน์นี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้างที่ทำให้ข้าราชการยอมรับเงินเดือนค่าจ้างในอัตราที่ต่ำกว่าภาคเอกชน ดังนั้นสิทธิทางสวัสดิการจึงเป็นสิ่งที่ข้าราชการพึงมีพึงได้ (ปณิธาน หล่อเสริมวิทย์, 2541, หน้า 5) และเป็นการอุดหนุนด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดสวัสดิการด้านรักษายาบาลสำหรับข้าราชการเป็นสวัสดิการที่ให้ประโยชน์คุ้มครองที่ดีที่สุดที่บุตรหลานประกันสุขภาพทั้งหมด โดยผู้รับประโยชน์ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบแต่อย่างใด ซึ่งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ให้ความคุ้มครองทางสุขภาพให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ รวมทั้งบิดามารดา คู่สมรส และบุตร 3 คนที่มีอายุ ต่ำกว่า 18 ปี อย่างไรก็ตามตัวเลขที่แน่ชัดของผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นยังไม่ชัดเจนเนื่องจากยังไม่มีการทำทะเบียนผู้มีสิทธิไว้

โดยเงินทั้งหมดของโครงการ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้มาจากภาษีรายได้ของรัฐบาล โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นผู้ถือเงิน และใช้รูปแบบกลไกการจ่ายเงินแบบจ่ายตามบริการ (fee-for-service) และเบิกจ่ายเงินตามที่สถานพยาบาลมีการเรียกเก็บมา (charge-based reimbursement) ซึ่งทำให้เกิดการใช้บริการและทรัพยากรทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น และโรงพยาบาลของรัฐมีแรงจูงใจที่จะคิดค่าบริการในอัตราสูงสุดเท่าที่ระเบียบกำหนดให้เบิกได้ ทั้งนี้เพราะรายได้จากโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะเป็นรายรับเงินบำรุงที่สามารถนำมาใช้ทดแทนเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาไม่พอเพียงต่อปริมาณการให้บริการในโครงการผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เป็นต้น อีกทั้งข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนวันนอนที่ยาวนานกว่าคนไข้ทั่วไป ยังแสดงให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิภาพของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ นอกจากนี้ยังมีความไม่เสมอภาคของการสนับสนุนงบประมาณ โดยโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการได้รับงบประมาณสนับสนุนต่อหัวผู้มีสิทธิ 2,200 บาทต่อคนซึ่งสูงเป็น 8 เท่าของโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อยที่ได้รับงบประมาณเท่ากับ 273 บาทต่อคนโดยผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐได้ทุกรายการ โดยผู้มีสิทธิต้องชำระค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาผู้ป่วยนอกไปก่อน แล้วส่งใบเสร็จไปเบิกย้อนหลังจากกรมบัญชีกลางผ่านทางหน่วยงานต้นสังกัด สำหรับกรณีผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลโดยตรงตามจำนวนที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งโดยทั่วไปจะไม่มีการกำหนดอัตราหรือเพดานค่าใช้จ่าย

สำหรับการดูแลรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้ามีผลทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งที่ไม่มี การเพิ่มจำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ อีกทั้งโรงพยาบาลเองไม่จำเป็นต้องมีการทำสัญญากับกรมบัญชีกลางทำให้ไม่มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อลดการทุจริตได้อย่างเป็นระบบ ทั้งยังไม่มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทำให้มีการแอบอ้างสิทธิของผู้ที่ไม่มีสิทธิ ดังนั้นรัฐบาลจึงได้หันมาควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยมีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2541 ดังต่อไปนี้ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2544, หน้า 49-58)

1. ให้สิทธิเบิกค่ายาได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา กำหนดไว้ เว้นแต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้ง เป็นผู้วินิจฉัย และออกหนังสือรับรองให้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย
2. ยกเว้นการเบิกค่าบริการซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยให้ผู้มีสิทธิรับผิดชอบจ่ายค่าบริการดังกล่าวเอง
3. จำกัดสิทธิในการเบิกค่าห้องพิเศษ และค่าอาหาร โดยให้เบิกได้ตามจำนวนวันนอน แต่ให้เบิกได้ไม่เกิน 13 วันในอัตรา 600 บาทต่อวันในทุกกลุ่มอายุทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นในกรณีที่ได้รับการรับรองว่ามีความจำเป็นโดยคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาล 3 ท่าน
4. กรณีที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชน ให้เบิกจ่ายได้ในกรณีฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตเท่านั้น

ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้มีมาตรการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างเข้มงวดขึ้น แต่วิธีการจ่ายเงินของระบบยังคงเป็นแบบจ่ายตามบริการ (fee-for-service) ดังนั้นมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายดังกล่าวจึงสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 6 เดือนก่อนหน้าที่จะมีการกำหนดใช้มาตรการและ 6 เดือนหลังจากใช้มาตรการ พบว่า ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนที่ลดลง แต่ในขณะที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลรักษา ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และสิริยาพร อนิวรรณ, 2543, หน้า 38-39)

3.2 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

โครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2518 โดยรัฐบาลต้องการให้ประชาชนที่ยากจนได้เข้าถึงการรักษายาบาลที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่ารักษายาบาล ซึ่งในการดำเนินการได้มีการกำหนดให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ของทางราชการให้การสงเคราะห์แก่ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล โดยให้หัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้พิจารณาว่าบุคคลใดเป็นผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ ในระยะต่อมาในปี พ.ศ. 2519-2523 ได้มีการคัดกรองและออกบัตรรับรองสิทธิในการรักษายาบาลในสถานบริการรัฐโดยไม่คิดมูลค่าในกลุ่มผู้ที่ยากจนเป็นกลุ่มแรก โดยใช้รายได้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดความยากจนโดยผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือนมีสิทธิที่จะได้รับบัตรรักษายาบาลฟรี ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2527-2530 ได้มีการดำเนินการออกบัตรรับรองสิทธิในการรักษายาบาลฟรีโดยใช้เกณฑ์การวัดรายได้มากำหนดให้ผู้มีสิทธิรับการออกบัตร คือต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว และในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษายาบาลโดยได้มีการเปลี่ยนชื่อบัตรเป็นบัตรสวัสดิการรักษายาบาลฟรีโดยกำหนดเกณฑ์รายได้ไว้ที่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว ซึ่งเกณฑ์การวัดรายได้ที่กำหนดในการออกบัตรรับรองสิทธิการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่านี้ เป็นเกณฑ์รายได้ที่สูงกว่าระดับรายได้ที่เส้นยากจน (poverty line) ถึง 4 เท่า (ชุดิมา สุวรรณ์เดชา, 2542, หน้า 3) ส่วนในกลุ่มอื่นยังไม่มีมีการออกบัตรรับรองสิทธิที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามแม้จะมีการประกาศเป็นนโยบาย แต่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการและการรับรองสิทธิที่แท้จริง การดำเนินงานไม่ได้รับความสนใจจากสถานพยาบาลมากนัก เนื่องจากการเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาลมากขึ้นในขณะที่งบประมาณมีจำนวนจำกัดและไม่เพียงพอ

นอกจากกลุ่มผู้มีรายได้น้อยแล้ว ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล พ.ศ. 2537 ยังมีนโยบายให้สวัสดิการด้านการรักษายาบาลให้กับกลุ่มที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งได้แก่ (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2544, หน้า 13)

1. เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี
2. เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งมีการประกันสุขภาพนักเรียนตาม โครงการประกันสุขภาพนักเรียนของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

4. ผู้พิการ ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534
5. ทหารผ่านศึกและครอบครัว ได้แก่ ผู้ที่เป็นทหารผ่านศึกนอกประจำการทุกชั้นบัตร รวมทั้งครอบครัว และครอบครัวของผู้เสียชีวิตจากการปฏิบัติการรบที่มีบัตรทหารผ่านศึก
6. ภิกษุ/ผู้นำศาสนา ได้แก่ นักบวชในศาสนาพุทธหรือศาสนาอื่นๆ ที่มีอยู่ในประเทศทุกศาสนา และบุคคลดังกล่าวต้องมีหลักฐานแสดงตน แต่ภายหลังจากที่ได้เริ่มดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ได้ถูกรวมเข้ากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ที่มีสิทธิในสวัสดิ สปร. เดิมนี้อาจได้รับสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะได้รับบัตรของฟรี คือไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อมารับบริการ

3.3 การประกันสุขภาพภาคบังคับ

3.3.1 การประกันสังคม

ระบบการให้บริการภายใต้ระบบการประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นระบบที่ให้บริการเฉพาะผู้ประกันตน โดยสิทธิประโยชน์จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบจนครบระยะเวลาที่เกิดสิทธิ สำนักงานประกันสังคมได้จัดเก็บเงินสมทบเพื่อประโยชน์ทดแทน 6 ประเภท ได้แก่ เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย ทูพพลภาพ สงเคราะห์บุตร และชราภาพ โดยนายจ้างและผู้ประกันตนเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่า ๆ กัน โดยรัฐบาลร่วมให้เงินสนับสนุนด้วย โดยประโยชน์ทดแทน 4 ประเภทแรก คือ เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย และทูพพลภาพ กำหนดให้เก็บอัตราเงินสมทบฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างรายเดือนของผู้ประกันตน ส่วนประโยชน์ทดแทน 2 ประเภทหลัง คือ สงเคราะห์บุตร และชราภาพ กำหนดเก็บอัตราเงินสมทบไม่เกินร้อยละ 3 ของค่าจ้างรายเดือนของผู้ประกันตน แต่เนื่องจากเศรษฐกิจถดถอย สำนักงานประกันสังคมจึงได้ลดอัตราเงินสมทบของประโยชน์ทดแทน 4 ประเภทแรก เป็นฝ่ายละร้อยละ 1 ของค่าจ้างตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2543 และกำหนดอัตราเงินสมทบของประโยชน์ทดแทน 2 ประเภทหลังในปี พ.ศ. 2542 เป็นฝ่ายละร้อยละ 1 ของค่าจ้าง ปี 2543 ฝ่ายละร้อยละ 2 ของค่าจ้าง และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป ฝ่ายละร้อยละ 3 ของค่าจ้างเพื่อช่วยลดภาระของนายจ้างและผู้ประกันตน (สุรเดช วลีอิทธิกุล, 2544, หน้า 61-62)

รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนด้านบริการทางการแพทย์ ใช้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งผู้ประกันตนต้องเลือกสถานพยาบาลที่จะไปรับบริการทางการแพทย์เพียงแห่งเดียว ในปี 2534 การเหมาจ่ายเริ่มต้นที่อัตรา 700 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปี ต่อมาในปี 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปีตามจำนวนผู้ประกันตนไม่เกิน 50,000 คน และในอัตรา 900 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปีตามจำนวนผู้ประกันตนส่วนที่เกินกว่า 50,000 คนขึ้นไป ในกรณีที่ต้องให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือต้องใช้กายอุปกรณ์เทียมทางสถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้เพิ่มเติมได้อีก การจ่ายค่าตอบแทนทางด้านการแพทย์กรณีคลอดบุตรจะเป็นการเหมาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตน โดยในระยะแรกเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการคลอดหนึ่งครั้ง ต่อมาได้ปรับปรุงอัตราเป็น 3,000 บาทต่อการคลอด 1 ครั้งโดยผู้ประกันตนเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายสำรองไปก่อนเมื่อคลอดบุตรแล้วขอเบิกคืนได้จากสำนักงานประกันสังคม ส่วนประโยชน์ทดแทนกรณีเสียชีวิตผู้ประกันตนจะได้รับค่าทำศพรายละ 20,000 บาท พร้อมเงินสงเคราะห์ให้แก่ทายาทอีกจำนวนหนึ่ง ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 15 ปี ไม่ว่าจะระยะเวลา 15 ปีนั้นจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม และผู้ประกันตนจะได้รับเงินสงเคราะห์บุตรสำหรับบุตรที่อายุไม่เกิน 6 ปี คราวละไม่เกิน 2 คนโดยเหมาจ่ายเดือนละ 150 บาทต่อบุตร 1 คน ในกรณีถูกเงินหรืออุบัติเหตุทางสำนักงานประกันสังคมได้กำหนดให้ผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการจากสถานพยาบาลได้ทุกแห่งและทุกประเภท โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วเบิกคืน ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราดังนี้ ผู้ป่วยนอก 200 บาทต่อครั้ง แต่ไม่เกิน 400 บาทต่อครั้ง ส่วนผู้ป่วยใน 1,600 บาทต่อครั้งแต่ไม่เกิน 3,200 บาทต่อครั้ง กรณีผ่าตัดใหญ่ 10,000 บาทต่อครั้ง สำหรับการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของรัฐ 72 ชั่วโมงแรก ไม่นับรวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ เบิกได้เต็มจำนวนเท่าที่จ่ายจริง ส่วนการเข้ารักษาในโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะกรณีผ่าตัดใหญ่ 72 ชั่วโมงแรก เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 10,000 บาท โดยไม่นับรวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ(จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544, หน้า 19-20)

3.3.2 กองทุนเงินทดแทน

เงินสมทบสำหรับกองทุนเงินทดแทน คือ เงินที่นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน เพื่อใช้เป็นเงินทดแทนแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงาน อัตราเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายให้จะอยู่ระหว่าง 0.2-1.0 ของค่าจ้างซึ่งขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยในการประกอบกิจการของแต่ละประเภทกิจการ การจ่ายค่าตอบแทนกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเป็นการจ่ายตามบริการที่จ่ายจริง และควบคุมการจ่ายด้วยเพดานที่กำหนดไว้ การดำเนินการของกองทุนเงินทดแทนยังมีปัญหาในเรื่องของรายจ่ายที่สูงเนื่องจากใช้กลไกการจ่ายเงินตามรายกิจกรรม และถึงแม้ว่าอัตราการจ่ายเงินสมทบของนายจ้างเข้ากองทุนเงินทดแทนจะ

ให้เพิ่มตามอัตราการพบอุบัติเหตุที่เกิดจากงาน แต่ก็ไม่มุ่งใจพอที่จะให้เกิดกระบวนการลดอุบัติเหตุในงาน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544, หน้า 21-22)

3.3.3 การประกันอุบัติเหตุ

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถปี. 2535 มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งได้รับความเสียหายแก่ชีวิตและร่างกายให้ได้รับการชดเชยค่าเสียหายอย่างทั่วถึงและเป็นหลักประกันให้สถานพยาบาลทุกแห่งว่าจะได้เงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอน เพื่อให้สถานพยาบาลให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถอย่างรวดเร็ว ซึ่งบริษัทจะชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิดภายใน 7 วันทันทีที่บริษัทได้รับการร้องขอ แต่ทางบริษัทจะชดเชยเฉพาะค่าเสียหายที่เกิดขึ้นกับชีวิตและร่างกายเท่านั้น ไม่รวมถึงค่าเสียหายที่เกิดขึ้นกับทรัพย์สิน โดยจะชดเชยไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. บาดเจ็บ จะได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นตามความเสียหายที่แท้จริงหรือตามจำนวนที่ได้จ่ายไปจริงแต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท
2. เสียชีวิตทันที ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจำนวน 15,000 บาท
3. บาดเจ็บและเสียชีวิต ในเวลาต่อมาหลังเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าปลงศพตาม รวมแล้วไม่เกิน 30,000 บาท

ในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคือ สถานพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้เต็มจำนวน อีกทั้งประชาชนยังไม่ทราบรายละเอียดและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจาก พ.ร.บ. นี้ มีความล่าช้าในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบภัย (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544, หน้า 23-25)

3.4 ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

3.4.1 การประกันสุขภาพเอกชน

บริษัทประกันชีวิตเกี่ยวกับการประกันสุขภาพได้เริ่มก่อตั้งในประเทศไทยเมื่อปี 2521 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ บริษัทประกันชีวิต และไม่เกี่ยวข้องกับการประกันชีวิต ตลาดส่วนใหญ่เป็นของบริษัทประกันชีวิตที่ขายประกันสุขภาพเป็นสัญญาแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิต ส่วนสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันจะได้จากประกันสุขภาพเอกชนมีความแตกต่างกันไปตามกรมธรรม์และทุนประกันที่ซื้อ ซึ่งผู้เอาประกันอาจใช้สิทธิได้ทั้งจากการไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในบางบริษัทจะให้สิทธิประโยชน์สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและการประกันการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคที่มีราคาแพง หรืออาจขยายเป็นสัญญาต่างหากซึ่งผู้เอาประกันสามารถซื้อเพิ่มเติมได้ ซึ่งรายจ่ายในแต่ละรายที่จะเบิกจ่ายได้ มักจะมีวงเงินเป็นเพดาน

กำหนดอยู่ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยทั่วไปยังเป็นแบบจ่ายตามบริการ (fee-for-service) อาจมีการกำหนดอัตราคงที่ (fee schedule) สำหรับบางรายการ ซึ่งโรงพยาบาลมักจะทำเรื่องแจ้งเพื่อขออนุมัติไปยังบริษัทประกันโดยตรงและส่งใบแจ้งหนี้เพื่อเรียกเก็บเงินตามภายหลัง (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และประพันธ์ สหพัฒนา, 2544, หน้า 110-113)

ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนในปัจจุบันยังมีปัญหาที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ คุณภาพและจรรยาวิชาชีพของตัวแทนประกันที่มุ่งการขายมากกว่าการบริการและการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค การขาดความรู้ความเข้าใจและการปกปิดข้อมูลสุขภาพของผู้เอาประกัน ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงเกินความจริงเนื่องจากการใช้สิทธิประโยชน์อย่างไม่สมเหตุสมผล การรักษาเกินความจำเป็น การตกแต่งใบเสร็จของสถานพยาบาลและการถือโกง ความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพ ความยุ่งยากในการบริหารจัดการ การตรวจสอบและการใช้สิทธิ และการถ่วงเวลาการจ่ายค่าสินไหม การปฏิเสธการประกันและสัญญาประกันภัยที่ไม่เป็นธรรมของบริษัทประกันในสายตาของผู้บริโภค (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544, หน้า 35-37)

3.4.2 บัตรสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการที่จะขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งความยากจน (Poverty line) และยังไม่ีหลักประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มเกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองที่ยังไม่เข้าข่าย พรบ.ประกันสังคม ผู้ใช้แรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายตามฤดูกาลและผู้ประกอบอาชีพอิสระได้เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2536 และมีหลักในการดำเนินการ คือให้ประชาชนออกเงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพครอบครัวละ 500 บาทต่อปี (5 คนต่อบัตร) รัฐบาลออกเงินงบประมาณอุดหนุนในจำนวนเท่ากันเพื่อจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาล แต่ในปี 2541 ได้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสมทบจากรัฐเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทต่อบัตร และประชาชนที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2544, หน้า 90-93)

ปัญหาในการดำเนินงานประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ การขายบัตรประกันสุขภาพมีความครอบคลุมต่ำและไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการประกันสุขภาพแบบสมัครใจและเปิดขายตลอดเวลา ทำให้ได้สมาชิกที่มีความเสี่ยงสูงในสัดส่วนมากกว่าประชาชนทั่วไปจึงไม่มีการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการให้บริการระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ อีกทั้งกองทุนยังมีปัญหาเรื่องความมั่นคง เนื่องจากราคาบัตรที่จำหน่าย กับราคาที่ซดเชยจากรัฐบาลเป็นราคาที่ไม่ซดเชยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เรียกเก็บได้ การได้รับงบประมาณในอัตราที่

ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สถานพยาบาลขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544, หน้า 31-33)

โครงการบัตรสุขภาพได้ยุติการดำเนินการ ภายหลังจากที่ได้เริ่มดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ที่ซื้อบัตรสุขภาพเดิมมีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยจะได้รับบัตรทองจ่าย 30 บาท คือต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาทต่อการมารับบริการ 1 ครั้ง

3.5 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด จะมีความรุนแรงเพียงใด และไม่สามารถคาดการณ์ถึงค่าใช้จ่ายที่จะต้องเข้าไปในการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้นจึงพบอยู่เสมอว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนมักจะประสบกับความเดือดร้อนในด้านค่าใช้จ่าย โดยพบว่า ครอบครัวไทยร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก และในบางกรณีค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้ นอกจากนี้ยังมีประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงต้องกู้ยืมเงินมาใช้ในการรักษาพยาบาล (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 1-2) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเป้าหมาย หรือนโยบายด้านสุขภาพในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกเพื่อบรรลุถึงความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเทศไทยเองก็มีนโยบายเพื่อดำเนินการให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน และได้ถูกบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (อนุพงศ์ สุจริยากุล และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542, หน้า 31) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1. เพื่อให้เกิดความเสมอภาค (Equity) ในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการกระจายภาระค่าใช้จ่าย ด้านการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน 2. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ (Efficiency) ในการให้บริการ คือใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และคุ้มค่าที่สุด 3. เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ 4. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพ มากกว่าการให้บริการรักษาพยาบาล (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 2)

ผู้ที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ประชาชนทุกคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือสิทธิในการรักษาพยาบาลอื่นใดที่มีกฎหมายหรือระเบียบอื่น ๆ กำหนดไว้ รวมถึงผู้ที่มีสิทธิในโครงการ สปร. เดิมจะถูกรวมเข้ามาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อไปใช้บริการ ส่วนผู้ที่มีบัตรสุขภาพเดิมสามารถเข้าร่วมใน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เช่นเดียวกัน แต่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทเมื่อไปใช้บริการแต่ละครั้ง โดยในระยะแรกของการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิจะใช้ข้อมูลจากการสำรวจร่วมกับข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ เพื่อออก “บัตรทอง” ให้แก่ประชาชน ในระยะยาวจะมีการปรับระบบการขึ้นทะเบียนใหม่โดยอ้างอิงข้อมูลจากระบบสารสนเทศกลางที่พัฒนาขึ้น ส่วนการเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับต้น กำหนดโดยอาศัยเขตพื้นที่ปกครอง สภาพภูมิศาสตร์ และการกระจายของสถานพยาบาลโดยให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรตัดสินใจไปก่อน ระยะต่อไปจึงจะเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับต้นได้ด้วยตนเอง(คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 4)

ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารัฐบาลได้กำหนดต้นทุนต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อคนต่อปี โดยจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริงเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยจะกันเงินอีก 150.40 บาทไว้เป็นกองทุนส่วนกลาง สำหรับเป็นค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2544, หน้า 5) สำหรับเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์มี 2 ลักษณะคือ ภายในเครือข่ายจังหวัด และนอกเครือข่ายจังหวัด โดยการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ภายในเครือข่ายจังหวัดมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การจ่ายแบบ เหมจ่ายรายหัว (Inclusive capitation) ที่รวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่งเสริมป้องกัน ให้กับหน่วยบริการภายในเครือข่ายจังหวัด โดยอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่งเสริมป้องกันให้เป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกัน ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวมซึ่งไม่ว่าจะใช้รูปแบบที่ 1 หรือ 2 ถ้ามีการรักษานอกเครือข่ายจังหวัดทั้งกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ฉุกเฉินหรือกรณีส่งต่อนอกจังหวัด ให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียนเป็นผู้ตามจ่าย หรือกรณีที่กันเงินไว้ที่ระดับจังหวัดแล้วให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ตามจ่าย เนื่องจากได้รับเหมจ่ายรายหัวทั้งหมดไปแล้ว (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2544, หน้า 6-7)

ส่วนการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ นอกเครือข่ายจังหวัด สำนักงานประกันสุขภาพ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2544, หน้า 11) ได้กำหนด เกณฑ์ไว้คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยบริการที่รับขึ้นทะเบียนจะตามจ่ายเงินแก่หน่วยบริการที่ให้การรักษาเอง โดยกำหนดอัตราไว้ ดังนี้ คือ ประเภทผู้ป่วยนอก

- ค่ารักษาพยาบาล จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 300 บาท/ครั้ง
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง

- ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการทางการแพทย์ จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง
- ในกรณีที่ผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเกินเพดานที่กำหนด ให้หน่วยบริการที่รักษาแจ้ง อุตสาหกรรมยังสำนักงานประกันสุขภาพ

ส่วนประเภทผู้ป่วยใน จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมงแรก ในประเภทผู้ป่วยนอก ใช้อัตราเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเหมือนกับกรณีค่าบริการทางการแพทย์นอกเครือข่ายจังหวัด ส่วนประเภทผู้ป่วยใน จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน กรณีค่าใช้จ่ายสูง เช่นในการรักษาบางโรคที่จำเป็นต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลรักษา หน่วยบริการที่รักษาสามารถเบิกเงินเพิ่มเติมได้ และทางสำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะ (นอกจากเงินค่าบริการทางการแพทย์) ให้แก่ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาล ในกรณีที่มีการส่งต่อ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2544, หน้า 11)

แต่การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ภายใต้ชื่อ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยมีการบริหารจัดการแบบกระจายอำนาจให้จังหวัดตัดสินใจเอง ก็อาจจะประสบปัญหา เช่น การที่จังหวัดส่วนใหญ่เลือกที่จะถืองบประมาณเหมาจ่ายทั้งหมด เพราะเห็นว่างบ 1202.40 บาทต่อคนต่อปีที่คู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิจะได้ เป็นงบที่รวมถึงเงินเดือนบุคลากรทั้งหมด ซึ่งสถานบริการปฐมภูมิสามารถบริหารจัดการงบประมาณนี้ได้ด้วย การลดความเข้มข้นของการบริการลง (service intensity) และลดการส่งต่อให้เหลือต่ำที่สุด (สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2545, หน้า 126) อีกทั้งอาจมีผลกระทบต่อจริยธรรมของแพทย์ เนื่องจาก ผู้บริหาร แพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ บางคนเปลี่ยนแนวความคิดจากการที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยโดยยึดหลักจริยธรรมมาค่านึงถึงค่าใช้จ่ายเป็นที่ตั้งเพื่อให้โรงพยาบาลอยู่รอด เช่น กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องให้เคมีบำบัด แต่โครงการ 30 บาทจะให้เบิกได้ไม่เกินปี ละ 30,000 บาท ซึ่งแต่เดิมโรงพยาบาลจังหวัดอาจจะสามารถให้บริการผู้ป่วยในกรณี ดังกล่าวได้ แต่เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายของการรักษาของผู้ป่วยที่ต้องการให้เคมีบำบัดโดยรวมจะอยู่ที่ 150,000-200,000 บาทต่อปีเป็นอย่างต่ำ ทำให้แนวโน้มที่โรงพยาบาลจังหวัดจะส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยไม่สนใจว่าภาระส่วนเกินจะตกอยู่กับโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เหล่านั้นหรือไม่

4. กลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้จัดหมวดหมู่ของกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการในระบบสาธารณสุขออกเป็น 7 วิธี (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544ง, หน้า 40) ซึ่งแต่ละรูปแบบของการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลและผู้ให้บริการแต่ละวิธีมีข้อดี และข้อด้อยดังนี้

วิธีที่ 1 การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ตามรายกิจกรรม (fee-for-service) เป็นวิธีที่ใช้มากสำหรับการจ่ายจากครัวเรือนเมื่อใช้บริการ เพราะตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าใครใช้บริการมากควรจ่ายเงินมาก โดยบริการที่เข้าข่ายเป็นรายกิจกรรม ได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ค่าผ่าตัด ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าทำแผล ฯลฯ ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการนัดผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น บ่อยครั้งขึ้น และยังเลือกที่จะให้บริการเฉพาะอย่างที่มีราคาแพง เนื่องจากสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ จะได้รับเงินมากขึ้น โดยระบบสวัสดิการในประเทศไทยที่ใช้รูปแบบการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายกิจกรรมคือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และกองทุนเงินทดแทน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ ค่าใช้จ่ายของโครงการสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทำให้ต้องเกิดการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินตามรายกิจกรรม

วิธีที่ 2 การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการตามจำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้การดูแล ที่เรียกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) โดยสถานพยาบาลใดมีผู้ที่อยู่ในทะเบียนความรับผิดชอบสูงก็จะได้รับเงินมาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีโรคเรื้อรังต้องรับบริการบ่อย หรือเจ็บป่วยที่ต้องเสียค่ารักษาสูง ทางสถานพยาบาลก็จะไม่ได้รับเงินเพิ่มเพราะเงินที่ได้รับเป็นไปตามจำนวนคนที่ขึ้นทะเบียนไม่ได้เป็นไปตามการรักษาที่ให้ ดังนั้นวิธีการนี้จึงทำให้ผู้ให้บริการลดการนัดผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไป ลดการให้บริการที่มีราคาแพง แต่จะพยายามที่จะให้มีผู้มาขึ้นทะเบียนมากขึ้น ซึ่งต้นแบบของวิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว คือการจ่ายเงินให้กับแพทย์ประจำครอบครัว (general practitioner) ในประเทศอังกฤษเพื่อให้แพทย์มีความผูกพันที่จะดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีตลอดปี สำหรับประเทศไทยเริ่มใช้ครั้งแรกในระบบประกันสังคม โดยการทำสัญญาล่วงหน้ากับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก และมีแนวโน้มว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในอนาคตจะมุ่งใช้วิธีการจ่ายเงินในรูปแบบนี้เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสามารถควบคุมรายจ่ายได้ดี

วิธีที่ 3 เป็นวิธีที่พยายามหาจุดกึ่งกลางระหว่างสองวิธีแรก คือ การจ่ายเหมาตามรายป่วย เช่น การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน หรือการใช้ตารางราคาความรุนแรงของโรค ซึ่งวิธีการนี้จะคำนึงถึงความหนักเบาของแต่ละโรคที่แตกต่างกัน จึงเหมาจ่ายตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาแต่ละครั้ง แต่จะไม่จ่ายอย่างเต็มที่เหมือนรายกิจกรรมเพื่อควบคุมไม่ให้บริการมากเกินไป โดยวิธีการนี้อาจจะทำให้มีการนัดมาใช้บริการครั้งต่อ ๆ ไป มากขึ้นได้ แต่ในขณะเดียวกันก็ได้

มีการพยายามลดบริการที่มีราคาแพงที่ไม่คุ้มกับการเหมาจ่ายตามตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยในนั้นประสบกับปัญหา คือ ปัญหาในด้านโครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศที่ขาดทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้เพียงพอ ข้อมูลที่ได้ทางคลินิกมีคุณภาพต่ำ ปัญหาในด้านความไม่สมบูรณ์ของโปรแกรมการจัดกลุ่ม (DRG grouper) ทำให้โรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยพยายามปรับการวินิจฉัยจนโปรแกรมจัดกลุ่มสามารถให้ DRG ที่มีความหมายได้ แต่ที่เป็นปัญหายิ่งกว่า คือการพยายามให้รหัสที่สามารถจัดกลุ่ม DRG จนน้ำหนักสัมพัทธ์สูงกว่าความเป็นจริง รวมถึงปัญหาของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ไม่สะท้อนต้นทุนเนื่องจากข้อมูลของโรงพยาบาลไม่สมบูรณ์ เพราะว่ามีโรงพยาบาลของรัฐเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่มีข้อมูลการใช้ทรัพยากร โรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วนทำให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบของการจ่ายเงินคืน

วิธีที่ 4 และวิธีที่ 5 การจ่ายตามงบประมาณรวม (global budget) และจ่ายบุคลากรตามเงินเดือน เป็นวิธีที่นิยม ใช้ในการจัดสรรเงินงบประมาณ ซึ่งข้อดี ของการจัดตามงบประมาณคือ งบประมาณมีจำกัด เมื่อใช้หมดแล้วไม่มีการให้เพิ่มเติมยกเว้นในงวดปีงบประมาณใหม่ ดังนั้นสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณแบบนี้ จึงพยายามบริหารงานให้รายจ่ายอยู่ในระดับเดียวกับงบประมาณที่ได้รับ ปริมาณบริการ รวมทั้งคุณภาพจะลดลงมาก ถ้างบประมาณที่จัดให้ต่ำกว่า ต้นทุนการบริหารจัดการ สถานพยาบาลต้องพยายามอยู่รอดโดยการลดคุณภาพลง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มากในสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และโครงการบัตรสุขภาพ เนื่องจากงบประมาณที่จัดสรรน้อยกว่าต้นทุนอย่างมาก และเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งของความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ ส่วนการจ่ายเงินบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเงินเดือน เป็นวิธีที่ง่ายและสามารถคาดการณ์รายจ่ายในแต่ละปีได้อย่างแม่นยำ แต่วิธีนี้มีข้อด้อย คือ ไม่กระตุ้นการทำงานของบุคลากรเท่าที่ควร เพราะการทำมากหรือน้อยก็ได้รับค่าตอบแทนเท่ากันทุกเดือน

วิธีที่ 6 การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลตามอัตรารายวัน เป็นวิธีที่องค์กรประกันบางแห่งใช้สำหรับจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามหากใช้วิธีการจ่ายเงินรูปแบบนี้เพียงอย่างเดียวจะทำให้สถานพยาบาลพยายามที่จะกักตัวผู้ป่วยให้นอนนานขึ้น ดังนั้นองค์กรประกันบางแห่งจึงใช้วิธีนี้ร่วมกับการหาค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ควรนอนในแต่ละโรค เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลรักษาตัวผู้ป่วยนานเกิน

วิธีที่ 7 การจ่ายตามอัตราคงที่ เช่น การสมนาคุณ (bonus) สำหรับกิจกรรมที่ให้ผลตามเป้าหมาย ซึ่งวิธีการนี้ใช้ในประเทศอังกฤษ ได้แก่ การฉีดวัคซีนได้ครอบคลุม หรือการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ครบถ้วน ส่วนในประเทศไทยได้มีนำระบบการจ่ายเงินตามอัตราคงที่มาใช้ในการทดลองการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น แต่เห็นผลไม่ชัดเจนนัก

5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ

การที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ซึ่งถึงแม้ว่าจะได้ช่วยให้ประชาชนได้มีทางเลือกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายระบบนี้มีลักษณะที่แยกเป็นส่วน ๆ ซ้ำซ้อน และไม่สามารถให้ความครอบคลุมแก่ประชากรทั้งหมดได้ ทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายของระบบสุขภาพที่ต้องการให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาค โดยมีนักวิชาการด้านสุขภาพจำนวนมากได้ทำการวิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ ดังนี้

1. ปัญหาค่าใช้จ่ายสูง โดยจากตัวเลขของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ประมาณการว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในปี 2533 มีประมาณร้อยละ 6 ของรายได้ประชาชาติ แต่จะเพิ่มเป็นร้อยละ 8.1 ในปี 2543 (อ้างใน วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ชีระสุด, ประวิ อัมพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และสุริยพันธ์ สุวรรณราช, 2543, หน้า1) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก แม้ว่ารัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น แต่ก็พบว่าอัตราส่วนการใช้จ่ายของประชาชนที่จ่ายไปเพื่อสุขภาพกลับเพิ่มมากกว่า โดยจะเห็นได้จากสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับ GDP สูงขึ้นจากร้อยละ 3.82 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 6.21 ในปี 2541 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544, หน้า18) โดยที่ครัวเรือนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเองมีถึง ร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 84.80 ของรายจ่ายภาคประชาชน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, หน้า 14) ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเบิกได้ตามที่จ่ายจริง (fee for service) ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาการขาดระบบสุขภาพมูลฐานที่มีประสิทธิภาพทำให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ต้องอาศัยโรงพยาบาลซึ่งมักมีราคาแพง และบริการมักไม่เป็นที่น่าพอใจ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544, หน้า 40)

2. ความไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มคนที่จนที่สุดกลับได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐน้อยกว่ากลุ่มคนที่มีความเป็นอยู่ดีที่สุดในสังคม โดยเงินจากผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการเป็นรายได้หลักของโรงพยาบาลรัฐ แต่ในขณะที่โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโครงการ สปร. และบัตรสุขภาพ (ณรงค์ศักดิ์ อังคสุพลา, 2541, หน้า 21) การขาดความทัดเทียมกันจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันประเภทต่าง ๆ คือ สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในโครงการ สปร. และโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้รับเงินชดเชยที่ต่ำกว่าโครงการประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ การถูกเลือกปฏิบัติ เช่น การใช้ยา การให้บริการ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐมักทำการเบิกจ่ายข้ามสิทธิเพื่อชดเชยทำให้มอง

ไม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่เสมอภาคดังกล่าว (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544, หน้า 40) นอกจากนี้การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบงบประมาณยอดรวม เช่น โครงการประกันสังคม ทำให้ผู้ให้บริการพยายามควบคุมการใช้จ่าย และอาจให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในบริการ(วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ชีระสุด, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุรยา และสุริยันต์ สุวรรณราช, 2543, หน้า 2) ที่เห็นชัดเจนอีกอย่างหนึ่งในเรื่องของความไม่เท่าเทียมในสิทธิประโยชน์ คือ การที่สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ประกันสังคม และการประกันเอกชนให้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และการมีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ สวัสดิการรักษายาของข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลได้อย่างอิสระ จะเข้ารับรักษาที่ใดก็ได้โดยไม่ต้องเป็นไปตามระบบส่งต่อ แต่ในขณะที่สวัสดิการ สปร. และบัตรสุขภาพให้สิทธิประโยชน์และทางเลือกน้อยกว่า (สุกสิทธิ์ พรรณารุ โนทัย, 2544ง, หน้า 61)

3. ความซ้ำซ้อนของหลักประกันประเภทต่าง ๆ เนื่องมาจากเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการปฏิเสธหรือเกิดการจ่ายระหว่างประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543, หน้า 36) นอกจากนี้ยังขาดความตรงกันของกลุ่มเป้าหมาย คือ คนที่ควรได้รับการช่วยเหลือจริง ๆ ได้รับความช่วยเหลือในขณะที่ไม่ควรได้รับการช่วยเหลือเข้ามาใช้ประโยชน์จากโครงการ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญอาจใช้สิทธิรักษาพยาบาลทั้งจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือเด็กในครอบครัวฐานะดีใช้สิทธิสวัสดิการเด็กอายุ 0-12 ปี ทั้ง ๆ ที่ครอบครัวสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ เป็นต้น (วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ชีระสุด, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุรยา และสุริยันต์ สุวรรณราช, 2543, หน้า 2)

4. ความไม่ครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ จากความตื่นตัวเรื่องอัตราการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ในประเทศไทยมีเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้หลักประกันสุขภาพขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยหลักประกันที่ขยายความครอบคลุมอย่างรวดเร็ว คือ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้การครอบคลุมของหลักประกันต่าง ๆ มีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีประชากรอีกร้อยละ 30 ที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ (สุกสิทธิ์ พรรณารุ โนทัย, 2544ง, หน้า 60)

5. ปัญหาคุณภาพของบริการ ผู้ประกันตนถูกปฏิเสธในการรักษาพยาบาลบางประเภท ผู้ไปรับบริการโดยใช้สิทธิตามบัตร สปร. หรือบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจมักรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติที่ต่ำกว่าผู้รับบริการภายใต้โครงการประกันสังคม หรือสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ชีระสุด, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุรยา และสุริยันต์ สุวรรณราช, 2543, หน้า 3)

ส่วนวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้แยกกล่าวถึงปัญหาในแต่ละระบบประกันสุขภาพไว้ดังนี้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544, หน้า 41)

1. ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย ปัญหาหลักของการใช้ระบบประกันสุขภาพภายใต้สวัสดิการผู้มีรายได้น้อยที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ การกำหนดตัวผู้ที่เข้าข่ายฐานะยากจนเนื่องจากมีความผันแปรของรายได้จากอาชีพตามฤดูกาล และความยากจนในการประเมินระดับรายได้ที่แท้จริง การใช้กลไกสังคมเคราะห์ของโรงพยาบาลในการคัดกรองผู้สมควรได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการอาจไม่ประสบความสำเร็จ และอาจมีปัญหาเรื่องการถูกสังคมตราหน้าสำหรับผู้เข้ารับสวัสดิการดังกล่าว จึงได้เกิดความพยายามให้ชุมชนเป็นคนกำหนดและค้นหาผู้ยากจนซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามรถในการพบคนยากจนที่แท้จริง และคัดกรองคนที่ไม่ยากจนจริงออก อีกทั้งยังประสบกับปัญหาในการได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่จำกัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและความตั้งใจของผู้ให้บริการในการให้บริการที่รวดเร็วและเหมาะสม
2. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบนี้มีปัญหาในเชิงประสิทธิภาพ 3 ประการ ได้แก่ การนอนรักษาตัวอย่างไม่จำเป็น การนอนรักษาตัวที่นานเกินและค่าใช้จ่ายที่สูง รวมถึงความไม่เสมอภาคเนื่องจากได้รับงบสนับสนุนที่สูงกว่าระบบอื่น ผู้เกี่ยวข้องในระบบดังกล่าวมักไม่ตระหนักถึงปัญหาค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลรัฐมักมีแรงจูงใจที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินจริงเพื่อชดเชยสำหรับผู้มีรายได้น้อย อีกทั้งผู้ป่วยที่รับสิทธิประโยชน์ไม่รู้สึกเดือดร้อนเพราะไม่ได้เป็นผู้รับภาระโดยตรง และปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อกรมบัญชีกลางไม่มีความสามารถในการตรวจสอบความถี่ของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกินจริงได้ และไม่เคยมีการนำนโยบายที่สมเหตุสมผลมาใช้
3. ระบบประกันสังคม จุดเด่นของระบบประกันสังคมซึ่งมีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัว แต่อย่างไรก็ตามการต้องเลือกระหว่างการประหยัดค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพมักเป็นปัญหาสำคัญที่ตามมา นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลยังผูกติดกับการมีงานทำ ดังนั้นหากมีการเลิกจ้างเกิดขึ้นสิทธิประโยชน์ดังกล่าวก็จะหมดไปภายใน 6 เดือน
4. ระบบบัตรสุขภาพ เนื่องจากระบบนี้เป็นการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ดังนั้นปัญหาเรื่องกลุ่มที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพมักจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่า (adverse selection) และผลที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายต่อรายเพิ่มขึ้นจนอาจมีผลต่อการอยู่รอดของกองทุน โดยจะเห็นว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อบัตร 2,700 บาทต่อปีมากกว่าค่าบัตร 500 บาทและเงินอุดหนุน 1,000 บาทจากรัฐซึ่งมากกว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายดังกล่าวเกิดขึ้นนอกเขตรับผิดชอบของสถานบริการที่ตนเป็นสมาชิก

และอัมมาร สยามวาลา (อัมมาร สยามวาลา, 2544, หน้า 287-288) ได้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า จากการศึกษาที่มีแรงผลักดันจากรัฐบาลที่จะทำให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วแทนที่จะเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นทางการเป็นขั้นเป็นตอน แต่กลับทำในลักษณะทดลองที่ละเล็กละน้อย โดยเริ่มจากให้หลักประกันกับประชาชนเป้าหมายที่คาดว่ามีสุขภาพดีที่ไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาลนั้น ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการเองทั้งหมด โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายจะเป็นกลุ่มที่อยู่นอกระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่เคยมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดๆ มาก่อน จึงคาดว่าจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในระบบต่างๆ จะซ้ำซ้อนกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งการที่ผู้มีสิทธิไม่สามารถเลือกใช้บริการตามที่ต้องการ ได้จึงเป็นที่คาดว่าอัตราการใช้บริการจะต่ำ ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลรัฐอาจมีกำไรแม้ว่าในความเป็นจริงจะได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อหัวต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ อย่างไรก็ตามคาดการณ์ว่าโรงพยาบาลรัฐระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจะเดือดร้อนเพราะรายได้ลดลง อีกทั้งกลไกการตามจ่ายเงินยังไม่ชัดเจน

ศุกสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย (ศุกสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย, 2544ง, หน้า 58-58) ได้กล่าวถึงปัญหาของระบบประกันสุขภาพในอีกมุมมองหนึ่ง คือ ในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กรประกัน และองค์กรวิชาชีพ ดังนี้

1. ปัญหาของผู้ทำประกัน คือ เมื่อผู้ประกันตนต้องการทำประกัน จะมีการคัดเลือกรับประกันเองว่าสมควรทำประกันหรือไม่ โดยธรรมชาติแต่ละบุคคลจะมีลักษณะของผู้มีความเสี่ยงออกจากตน ซึ่งถ้าตนเองมีความเสี่ยงสูงก็จะปิดความเสี่ยงไปสู่องค์กรประกัน ดังนั้นปัญหาการละเมิดจริยธรรม (moral hazard) ที่เกิดขึ้นในหมู่ผู้ทำประกันจึงเกิดขึ้น และปัญหาอีกอย่างของผู้ทำประกัน คือ การใช้บริการที่มากเกินไป (over-utilization) ซึ่งมีทั้งการใช้บริการบ่อยครั้ง และการใช้บริการที่มีราคาสูงโดยไม่ต้องใคร่ตรงมากนัก เพราะความเสี่ยงของการจ่ายค่าบริการได้ถ่ายทอดไปให้องค์กรประกันแล้ว

2. ปัญหาของผู้ให้บริการ ซึ่งปัญหาการละเมิดจริยธรรมของผู้ให้บริการมีลักษณะเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นการประกันแบบสมัครใจหรือภาคบังคับ คือ การให้บริการที่มากเกินไป (over-service) หรือน้อยเกินไป (under-service) ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การจ่ายเงิน คือ ถ้าองค์กรประกันจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการตามรายกิจกรรม (fee-for-service) ผู้ให้บริการก็จะเพิ่มปริมาณการให้บริการต่อรายมากขึ้น แต่ถ้าองค์กรประกันจ่ายเงินตามการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ผู้ให้บริการจะพยายามควบคุมการจ่ายโดยการให้บริการที่น้อยลง หรือให้บริการเฉพาะส่วนที่มีราคาถูก แต่ถ้าองค์กร

ประกันจ่ายเงินตามการเหมาจ่ายรายป่วย ผู้ให้บริการก็จะละเมียดจรรยาธรรมโดยการเปลี่ยนแปลงข้อมูลให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น

3. ปัญหาขององค์กรประกัน คือ ถ้าเป็นระบบประกันแบบสมัครใจ และองค์กรประกันเป็นบริษัทเอกชน แรงจูงใจสำคัญขององค์กรคือการแสวงหากำไร หรือการทำให้ผลประกอบการเป็นบวก คือมีรายได้จากเบี้ยประกันสูงกว่ารายจ่าย ซึ่งวิธีการที่องค์กรประกันมักทำคือ พยายามกดดันผู้ที่มีความเสี่ยงสูงออกไป โดยการตั้งเบี้ยประกันให้สูงตามอัตราความเสี่ยงรายบุคคล และอีกวิธีหนึ่งคือ พยายามเข้มงวดตรวจตราเรื่องการจ่ายค่าสินไหม ด้วยการขอหลักฐานเอกสารอย่างละเอียดเพื่อการตรวจสอบ แต่ถ้าเป็นการประกันภาคบังคับและให้บริษัทเอกชนเป็นองค์กรประกัน เช่นที่ปฏิบัติในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ก็เกิดปัญหาเช่นเดียวกับประกันเอกชนแบบสมัครใจ โดยพบว่า บริษัทประกันพยายามบ่ายเบี่ยงไม่ทำประกันรถมอเตอร์ไซด์ หรือบ่ายเบี่ยงการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล แต่ถ้าการประกันสุขภาพเปลี่ยนเป็นภาคบังคับทั้งหมด ปัญหาขององค์กรประกันก็จะเป็นอีกอย่างหนึ่ง คือ ไม่มีการแข่งขันกันระหว่างองค์กรประกัน ไม่มีการแข่งขันในด้านความพึงพอใจของลูกค้า ไม่มีการแข่งขันลดต้นทุนการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราเบี้ยประกัน

4. ปัญหาของรัฐและองค์กรวิชาชีพ ในการควบคุมระบบประกันสุขภาพต้องทำการควบคุมทั้งองค์กรประกันและฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งถ้าเป็นการประกันแบบสมัครใจ องค์กรประกันจะควบคุมพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการอย่างเข้มงวดอยู่แล้วเพราะเกี่ยวข้องกับผลกำไรขององค์กรประกันโดยตรง ดังนั้นรัฐหรือองค์กรวิชาชีพต้องเน้นการควบคุมที่องค์กรประกันแต่ปัญหาของรัฐคือ ไม่ออกกฎระเบียบควบคุมกำไรขององค์กรประกันไม่ให้เกินขีดกำหนด ส่วนในการประกันภาคบังคับ องค์กรประกันไม่มีแรงจูงใจในการแสวงหากำไร การควบคุมผู้ให้บริการจึงไม่เข้มงวดเหมือนในการประกันภาคสมัครใจ รัฐหรือองค์กรวิชาชีพมักค่อยๆ ประสานการณ์ในการควบคุมผู้ให้บริการและองค์กรประกัน การควบคุมยังไม่ค่อยเป็นระบบคืบค

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายของรัฐบาลที่กำลังอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นการศึกษาในเรื่องของการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในแต่ละหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงยังมีการศึกษาไม่มากนัก อย่างไรก็ตามมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการสุขภาพ และอัตราการใช้บริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพรวมทั้งข้อดี ข้อเสียของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบไว้ดังนี้

เคล โคนแลตัน, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2542) ได้เปรียบเทียบวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของระบบประกันแต่ละประเภท การกำหนดให้มีการจ่ายร่วม (copayment) และอัตราการใช้บริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพ พบว่า ระบบการจ่ายแบบเบิกได้ตามที่จ่ายจริง (fee for service) ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทำให้ผู้ป่วยใช้บริการในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมากกว่าประกันระบบอื่นๆ ส่วนผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีใกล้เคียงกัน โดยผู้มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการรักษายาบาลผู้ป่วยในต่ำกว่าแม้จะมีวันนอนมากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่มีสุขภาพแข็งแรงในขณะที่ผู้ที่สมัครใจซื้อบัตรประกันสุขภาพมักจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่า (adverse Selection) ผู้ที่มีบัตร สปร. จะมีอัตราการใช้บริการที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ และเมื่อดูจากรายจ่ายโดยเฉลี่ยในแต่ละระบบ พบว่า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้สิทธิเฉลี่ยคนละ 2,200 บาท/คน/ปี ในขณะที่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพใช้เงินสนับสนุนเพียง 250 บาท/คน/ปี และผู้ถือบัตรสปร. ใช้เพียง 273 บาท/คน/ปี นอกจากนี้ ความแตกต่างในระบบการเงินและการคลังทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่แตกต่างกันในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนทดแทนและกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ จะทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะบริการที่ให้ผลกำไร ในขณะที่การจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคนในระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพจะกระตุ้นให้สถานบริการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามสถานบริการยังพยายามที่จะเลือกผู้มีสิทธิที่มีสุขภาพดีเนื่องจากจะลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลง แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีการแข่งขัน จะพบว่าระบบเหมาจ่ายจะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือให้บริการน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการจ่ายเงินเหมารวมสำหรับผู้ป่วยใน โครงการ สปร. ซึ่งมีเงินไม่เพียงพอ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการน้อยลงและลดคุณภาพ อีกทั้งการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ระบบประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานบริการเป็นการส่งเสริมให้มีการรักษายาบาลในโรงพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐาน

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (1995, อ้างในวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539, หน้า 56) ได้สรุปข้อดีและข้อเสียในประเด็นความเสมอภาคของการประกันสุขภาพในแต่ละระบบโดยพบว่า สวัสดิการของรัฐจัดให้คนจนสามารถเข้าถึงบริการได้และยังให้บริการฟรีแก่ผู้ที่ไม่มียบัตรสงเคราะห์ด้วย แต่มีปัญหาคือการจัดสรรงบประมาณต่อหัวคนจนต่ำมากเมื่อเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้งบประมาณต่อหัวเป็น 8 เท่าของผู้มีรายได้น้อย ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคกันระหว่างข้าราชการกับผู้มีรายได้น้อย ส่วนระบบประกันสังคมมีข้อดีคือ เงินสมทบแปรผันตามรายได้ ผู้มีรายได้มากจ่ายสมทบมากซึ่งเฉลี่ยให้กับผู้มีรายได้น้อยแต่สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลเท่าเทียมกัน ยกเว้นเงินทดแทนรายได้ที่ขาด

เนื่องจากการป่วยหรือคลอดบุตรซึ่งจะแปรผันตามรายได้ อย่างไรก็ตามยังเกิดความไม่เสมอภาคกับผู้มีรายได้น้อย เนื่องจากรัฐบาลให้เงินอุดหนุนต่อระบบประกันสังคมมากกว่าระบบสวัสดิการที่รัฐจัดให้คนจน ส่วนการประกันสุขภาพเอกชนนั้นผู้มีความเสี่ยงสูงจะถูกเก็บเบี้ยประกันสูงด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักจะไม่สามารถเข้าเป็นสมาชิกได้ นอกจากจะต้องเสียเบี้ยประกันสูงมาก และบัตรสุขภาพมีข้อดีคือเบี้ยประกันเท่ากันหมดไม่ได้เลือกผู้มีความเสี่ยงสูงความเสี่ยงต่ำ แต่มีข้อเสียที่สำคัญคือผู้ที่มีฐานะดีสามารถเข้ามาเป็นสมาชิกได้

จารุรัตน์ แหงกระโทก (2001, อ้างใน สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544ค, หน้า 44) พบว่าการที่รัฐจัดงบประมาณสนับสนุนหลักประกันสุขภาพในระบบต่าง ๆ ไม่เท่าเทียมกัน โรงพยาบาลจึงมีวิธีการคิดค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อปริมาณการให้บริการที่ต่างกัน และผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยจากการศึกษาถึงนโยบายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง แสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลมากที่สุด คือ เรื่องของการมีหลักประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีหลักประกันสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ การคิดค่ารักษาพยาบาลจะต่ำที่สุดซึ่งอาจรวมไปถึงการให้บริการน้อยกว่าที่ควรได้รับ โดยค่ารักษาพยาบาลในที่นี้รวมมูลค่าของการบริการทุกชนิดที่ให้กับผู้ป่วย โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินหรือไม่ต้องจ่ายเงิน

สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2544ค) ได้ทำการศึกษาถึงความเป็นธรรมของการให้บริการสุขภาพจากการคลอดในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นบริการในระยะสั้นและผู้ให้บริการเหล่านี้อยู่ในช่วงชั้นอายุที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 312,214 ราย แยกตามแบบแผนวิธีการคลอดและผลลัพธ์ของการให้บริการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรที่ผ่าตัดทำคลอดมากที่สุดคือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนกลุ่มประชากรที่มีอัตราการผ่าตัดทำคลอดต่ำที่สุดคือ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โดยต่ำกว่าเกือบ 3 เท่า และอัตราการผ่าตัดทำคลอดในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 40 เป็นการผ่าตัดทำคลอดในกลุ่มสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการ และเมื่อทำการเปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับมารดา คืออัตราการตายของมารดา พบว่าอัตราการตายของมารดาที่ผ่าตัดทำคลอดโดยเฉลี่ย 0.22 ต่อ 1,000 การคลอด แต่อัตราการตายของมารดาจากการคลอดปกติ 0.14 ต่อ 1,000 การคลอด เมื่อเปรียบเทียบตามหลักประกันของมารดาที่คลอดพบว่าอัตราการตายของมารดาในกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมี 0.11 ต่อ 1,000 การคลอด แต่ในกลุ่มสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลมีถึง 0.15 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งจากผลลัพธ์ของแบบวิธีการคลอดที่แตกต่างกันนี้จึงทำให้เกิดคำถามว่า กลุ่มมารดาที่มีหลักประกันสุขภาพที่สูงกว่าจะได้รับบริการสุขภาพที่ดีกว่าและมีแบบแผนการคลอดที่สั้นเปลืองกว่าใช่หรือไม่

ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย (2544ก) พบว่าจากการสำรวจข้อมูลสถานะอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ถึงอัตราป่วยและอัตราการใช้บริการของประชาชนในหลักประกันกลุ่มต่างๆ พบว่าผู้ที่อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพมีอัตราการเจ็บป่วยสูงและใช้บริการน้อยกว่าหลักประกันอื่นๆ โดยเฉพาะสถานบริการภาครัฐ ส่วนกลุ่มที่เจ็บป่วยและใช้บริการน้อยที่สุดคือกลุ่มประกันสังคม ซึ่งอาจเป็นจากโครงสร้างอายุประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน ส่วนผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันใด ๆ พบว่า เจ็บป่วยและมาใช้บริการมากกว่ากลุ่มประกันสังคมเล็กน้อย อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจะให้ภาพที่แตกต่างไปจากการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยพบว่ากลุ่มประกันสุขภาพเอกชนมีการนอนโรงพยาบาลสูงสุด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการละเมิดจริยธรรม เพราะประกันเอกชนจะให้ความสำคัญคุ้มครองเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น และผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพมีอัตราการนอนโรงพยาบาลต่ำที่สุด ส่วนอัตราการนอนโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรโดยทั่วไปประมาณ 2 เท่า