

บทความพิเศษ

SPECIAL ARTICLE

การรักษาพยาบาลฟรีในประเทศไทย: ทางเลือกเชิงนโยบาย

Free Medical Care in Thailand: The Policy Options

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พ.บ. M.P.H.
วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร พ.บ. Ph.D.
กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Sanguan Nittayaramong, M.D., M.P.H.
Viroj Tangcharoensathien, M.D., Ph.D.
Health Planning Division,
Ministry of Public Health

1. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ขณะนี้ ประชากรไทยจำนวน 57.2 ล้านคน 32.4 ล้านคน (ร้อยละ 57) ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพ หรือสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล อีก 24.8 ล้านคน (ร้อยละ 43) ไม่ได้รับการคุ้มครอง รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี 2531 พบว่า คนไทยโดยเฉลี่ยไม่ว่าจะมีประกันสุขภาพหรือสิทธิรักษาพยาบาลหรือไม่ จ่ายเงินเพื่อการรักษาพยาบาล 143 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน (เป็นการซื้อยากินเอง 31 บาท และจ่ายเป็นบริการรักษาพยาบาล 112 บาท)

ระบบประกันสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลมีอยู่ด้วยกัน 3 ประเภทคือ

1.1สวัสดิการของรัฐ (social welfare) ได้แก่โครงการต่อไปนี้

1.1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย

ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19 ของประชากรทั่วประเทศ) ในปี 2533 ได้รับงบประมาณ 1,500 ล้านบาทสำหรับโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) แต่จากการรายงานของ กสธ.ปรากฏว่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 2,480 ล้านบาท โครงการนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขภูมิภาค

1.1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล

ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย 3.5 ล้านคน

6.2% ของประชากรทั่วประเทศ) ในปี 2534 ได้รับงบประมาณ 48.5 ล้านบาท (ในปีงบประมาณ 2535 ได้รับงบประมาณ 267.5 ล้านบาท) เนื่องจากเป็นโครงการใหม่ จึงยังไม่มีรายงานค่าใช้จ่ายของโครงการ โครงการนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขภูมิภาค

1.1.3 โครงการประกันสุขภาพนักเรียน ประถมศึกษา

ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย คือ นักเรียนประถมหนึ่งถึงหก สังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช.) จำนวน 6.7 ล้านคน (ร้อยละ 12.2 ของประชากรทั่วประเทศ) ในปีงบประมาณ 2534 สปช.ได้ตั้งงบประมาณให้ กสธ. เป็นเงิน 180.9 ล้านบาท หรือเท่ากับ 27 บาทต่อนักเรียนหนึ่งคนต่อปี ยังไม่มีรายงานค่าใช้จ่ายของโครงการ โครงการนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย

1.1.4 สวัสดิการข้าราชการพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ในปีงบประมาณ 2533 มีข้าราชการและลูกจ้างประจำจำนวน 1.83 ล้านคนและข้าราชการบำนาญ 0.17 ล้านคน สามารถครอบคลุมประชากร 5.7 ล้านคน $[(1.83 \times 3) + 0.17 = 5.7$ ล้านคน โดยให้ข้าราชการหนึ่งคนมีสิทธิพ่วงเข้ามาอีก 2 คน] หรือ ร้อยละ 9.8 ของประชากรทั่วประเทศ ข้อมูลจากกรมบัญชีกลางพบว่า ในปีงบประมาณ 2533 ใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล

ทั้งสิ้น 4,315.6 ล้านบาท

1.1.5 สวัสดิการเฉพาะตัวอื่นๆ

สวัสดิการเฉพาะตัวอื่นๆ ได้แก่ ทหารผ่านศึก ศึกษุ นักบวช กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ เนื่องจากไม่มีการสำรวจตัวเลขของประชากรเป้าหมายในกลุ่มนี้ จึงไม่มีตัวเลขระบุแน่ชัดว่ามีจำนวนเท่าไร จากรายงานของกองสาธารณสุขภูมิภาคปรากฏว่า กสธ. ได้ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายนี้เป็นเงินทั้งสิ้น 231.6 ล้านบาท

1.2 การประกันสุขภาพโดยการบังคับ (compulsory health insurance) มีดังนี้ คือ

1.2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน

คุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปสำหรับการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน กองทุนนี้ นายจ้างจ่ายเงินสมทบแต่เพียงฝ่ายเดียว ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทนแรงงานในปี 2533 พบว่ากองทุนนี้ คุ้มครองลูกจ้างจำนวน 1.83 ล้านคน หรือร้อยละ 3.2 ของประชากรทั่วประเทศ และได้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 442.7 ล้านบาท

1.2.2 กองทุนประกันสังคม

คุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปสำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน การคลอดบุตร ทูพพลภาพ และการตาย รวมทั้งเงินทดแทนรายได้ที่ขาดไป กองทุนนี้ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล

จ่ายเงินสมทบฝ่ายละเท่ากันคือร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง ในปี 2534 กองทุนประกันสังคมคุ้มครองลูกจ้างจำนวน 2.2 ล้านคน หรือร้อยละ 3.8 ของประชากรทั่วประเทศ และจ่ายเงินเฉพาะค่ารักษาพยาบาลประมาณ 1,500 ล้านบาท

จะเห็นได้ว่า โครงการทั้งสองคุ้มครองประชากรเป้าหมาย คือ กลุ่มลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป

1.3 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

(voluntary health insurance)

1.3.1 การประกันสุขภาพโดยธุรกิจเอกชน ได้แก่ การประกันสุขภาพของผู้ที่มีรายได้สูงกับบริษัทประกันชีวิตต่างๆ หรือการที่นายจ้างในภาคธุรกิจเอกชนซื้อประกันหมู่ให้แก่ลูกจ้างเป็นต้น การประกันสุขภาพชนิดนี้ สามารถครอบคลุมประชากรได้น้อย เพียง 236,000 คนหรือร้อยละ

0.4 ของประชากรทั่วประเทศ

1.3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในโครงการบัตรสุขภาพ

โครงการนี้คุ้มครองกลุ่มเป้าหมาย คือ สมัครใจซื้อบัตรสุขภาพจำนวน 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 3.3 ของประชากรทั่วประเทศ ในปี 2533 ได้ใช้เงินเพื่อการรักษาพยาบาลไปทั้งสิ้น 210 ล้านบาท

ผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลหรือประกันสุขภาพนั้น จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีสิทธิรักษาพยาบาลหรือมีประกันอาจจะไม่ได้ใช้บริการตามสิทธินั้นก็ได้ เช่น อาจจะซื้อยากินเอง หรือใช้บริการของคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอยู่นอกความคุ้มครองของสิทธินั้นๆ

ตารางที่ 1 ภาระงบประมาณของรัฐและค่ารักษาพยาบาลจริงสำหรับโครงการต่างๆ ปี 2533

	งบประมาณ(ล้านบาท)	รายจ่ายจริง(ล้านบาท)
1. โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย	1,500	2,480
2. โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ	48.5	300*
3. ประกันสุขภาพนักเรียน สปช.	180.9	360*
4. สวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้างประจำ	**	4,316
5. สวัสดิการเฉพาะตัวอื่นๆ	**	231.6
6. กองทุนประกันสังคม	1,500	1,500
รวม	3,229.4***	9,187.6

หมายเหตุ * ข้อมูลประมาณการ
** เบิกจ่ายจากงบกลาง
*** ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ในปี 2533 โรงพยาบาลของรัฐได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลฟรีสำหรับ 6 โครงการเป็นเงินไม่ต่ำกว่า 9,187.6 ล้านบาทเพื่อดูแลประชากรเป้าหมาย 28.8 ล้านคน หรือร้อยละ 50 ของประชากรทั่วประเทศ ในกรณีที่งบประมาณจัดสรรให้ไม่เพียงพอั้น โรงพยาบาลของรัฐก็จ่ายจากเงินรายได้หรือเงินบำรุงของสถานพยาบาลเพื่อชดเชย

2. คนไทยทุกคนรักษาพยาบาลฟรี จะต้องใช้เงินเท่าไร

จากการคำนวณโดยกองแผนงานสาธารณสุข อาศัยฐานข้อมูลของกองบัญชีประชาชาติปี 2533 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนปี 2531 ปรากฏว่า ในปี 2533 มีรายจ่ายสุขภาพ (health and medical services) ทั่วประเทศ ทั้งที่จ่ายโดยภาครัฐและจ่ายจากครัวเรือน ทั้งที่เป็นรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค (consumption expenditure) และการลงทุน (capital formation) รวมทั้งสิ้น 82,426 ล้านบาท โดยที่ร้อยละ 76 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วประเทศนั้นจ่ายจากครัวเรือนรัฐจ่ายเพียงร้อยละ 24 เท่านั้น รายจ่ายเพื่อสุขภาพจำนวน 82,426 ล้านบาทนั้นเมื่อหารด้วยประชากร 57.2 ล้านคน จะได้รายจ่ายเพื่อสุขภาพ 1,441 บาทต่อหัวต่อปี หรือร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)

นั่นหมายความว่า รัฐบาลจะต้องเตรียมงบประมาณไว้ประมาณ 82,426 ล้านบาทสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งเท่ากับร้อยละ 24.6 ของงบประมาณรายจ่ายรัฐบาล 335,000 ล้านบาทในปี 2533 หรือร้อยละ 3.9 ของ GDP รายได้ของรัฐบาลเป็นเพียงร้อยละ 18.33 ของ GDP ในปี 2532 และรายจ่ายภาครัฐทั้งหมดเป็นเพียงร้อยละ 14.68 ของ GDP ในปีเดียวกัน

จำนวนเงินค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 24.6 ของงบประมาณทั่วประเทศนั้น มีความเป็นไปได้ค่อนข้างน้อยที่จะจัดสรรเงินส่วนนี้มาใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเปิดบริการฟรีทั้งหมด อาจจะก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมได้ กล่าวคือประชาชนในเขตเมืองสามารถใช้บริการโรงพยาบาลได้มากกว่าชาวนบต ภาคที่มีทรัพยากรสาธารณสุข (เช่น เชียง โรงพยาบาลแพทย์) ต่ำ จะเสียเปรียบกว่าภาคที่มีทรัพยากรสูง ครัวเรือนที่มีฐานะดีจะสามารถเข้าถึงบริการได้สูงกว่าครัวเรือนที่มีฐานะต่ำเป็นต้น

โดยทฤษฎีและข้อค้นพบเชิงประจักษ์พบว่า การที่ผู้ป่วยมีประกันสุขภาพจะเกิดการใช้บริการอย่างไม่สมเหตุสมผลเกินความจำเป็นอยู่ไม่น้อย (over consumption) ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ

3. อนาคต: ทางเลือกเชิงนโยบาย

วัตถุประสงค์เชิงสังคมในประเทศไทยที่ควรจะเป็นคือการเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency)

ของการใช้ทรัพยากร และการลดช่องว่างของความไม่เสมอภาค (inequity) ในการเข้าถึงและใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพต่างๆ กัน

สถานการณ์ปัจจุบันนี้ คนไทยร้อยละ 57 ได้รับการคุ้มครองด้วยสวัสดิการรักษายาบาลหรือประกันสุขภาพระบบหนึ่งอยู่แล้วดังกล่าวข้างต้น การจะพัฒนาให้อีกร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมดให้มีหลักประกันเมื่อเจ็บป่วยนั้น มีทางเลือกเชิงนโยบาย 5 ประการคือ

ทางเลือกที่หนึ่ง: รักษาฟรีทุกคน

หากรัฐจัดบริการรักษายาบาลฟรีแก่คนไทยทุกคนจะต้องอาศัยเงินงบประมาณสูงถึง 82,426 ล้านบาท ในปี 2533 หรือ ประมาณ 99,735 ล้านบาท ในปี 2533 (คำนวณด้วยอัตราเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี)

นอกจากงบประมาณในการจัดบริการแล้ว จะต้องเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรระดับต่างๆ ในสถานพยาบาลให้สอดคล้องกับปริมาณงานที่จะเพิ่มขึ้นอย่างมากด้วย นอกจากนั้นยังจะต้องเพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ให้ได้สัดส่วนกับบริการด้วย

ความเป็นไปได้ของทางเลือกนี้คือ จะต้องมีการดำเนินงานทางการเมืองที่ชัดเจน รัฐจะต้องมีเงินงบประมาณสูงมากเพื่อการนี้ถึงประมาณร้อยละ 24.6 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล

ข้อดีของทางเลือกที่หนึ่ง

1. ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย บริการรักษายาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับ ค่ารักษายาบาลไม่เสียอุปสรรคขวางกั้น

2. รัฐให้ความสำคัญแก่ภาคสาธารณสุขมากขึ้น มีงบประมาณเข้าสู่ภาคสาธารณสุขมากขึ้น

ข้อเสียของทางเลือกที่หนึ่ง

1. เมื่อประชาชนมีประกันแล้ว อาจจะไม่บริการที่เกินความจำเป็น เกิดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่มีจำกัดอย่างขาดประสิทธิภาพ

2. สร้างความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและการใช้บริการ เพราะคนเขตเมืองใช้บริการฟรีได้มากกว่าคนเขตชนบท

3. คนรวยก็ฟรี คนจนก็ฟรี ทั้งๆ ที่คนรวยควรจะช่วยแบ่งเบาภาระค่ารักษายาบาล

4. จะต้องใช้งบประมาณสูงมาก ซึ่งจะต้องเก็บภาษีมากขึ้นให้เพียงพอกับความต้องการงบประมาณ

5. ผู้ป่วยจะมุ่งเน้นการรักษายาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพจะถูกทำลายไป เนื่องจากผู้ป่วยย่อมต้องการใช้บริการรักษายาบาลฟรีที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในจังหวัด ทั้งๆ ที่ปัญหาเหล่านั้นอาจแก้ไขได้โดยสถานือนามัยและโรงพยาบาลชุมชน

6. ระบบการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นให้

ประชาชนพึ่งตนเองได้ การดูแลรักษาพยาบาล
ด้วยตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาในท้องถิ่นจะถูกกละ
ละและสูญหายไป เนื่องจากผู้ป่วยพึ่งพาบริการ
ฟรีได้

7. ภารกิจของสถานพยาบาลภาคเอกชนจะ
ประสบภาวะชะงักงันเพราะลูกค้าไปใช้บริการฟรี
โรงพยาบาลของรัฐ ยกเว้นแต่ว่ารัฐจะจ่ายเงิน
อุดหนุนให้เอกชนจัดบริการฟรีแก่ผู้ป่วยทุกคน

8. มีความเป็นไปได้สูงที่รัฐจะมีนโยบายรัก
รักษาพยาบาลฟรีแต่จัดสรรเงินงบประมาณไม่เพียงพอ
ทำให้คุณภาพบริการของรัฐบาลตกต่ำลงเนื่อง
จากขาดแคลนงบประมาณ โรงพยาบาลก็จะไม่มี
เงินบำรุงไว้ใช้จ่ายเพื่อพัฒนาบริการ ในปัจจุบันนี้
เงินบำรุงหรือเงินรายได้มีบทบาทสูงมากถึงร้อยละ
40 ในการบริหารโรงพยาบาลในแต่ละปี

ทางเลือกที่สอง: ขยายการประกันสังคมโดยเร็ว

พระราชบัญญัติประกันสังคม 2533 กล่าวไว้
ภายใน 3 ปี จะขยายการบังคับไปยังสถาน
ประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป และภายใน
5 ปี จะขยายการประกันสุขภาพไปยังลูกจ้างที่อยู่
ในภาคเกษตรกรรม ผู้ที่มีธุรกิจของตนเองโดย
ความสมัครใจ โดยที่ผู้ประกันตนโดยความสมัคร
ใจเหล่านี้จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกัน
สังคมสองส่วน และรัฐบาลสมทบอีกหนึ่งส่วน

ประชากรทั่วประเทศที่ยังไม่ประกันสุขภาพมี
จำนวนประมาณ 22.4 ล้านคน หากคำนวณจาก
ประสบการณ์ของการดำเนินการโครงการประกัน

สังคม รัฐบาลได้จ่ายเงินสมทบอยู่แล้ว 1,500
ล้านบาทสำหรับลูกจ้าง 2.2 ล้านคน หากมีลูก
จ้างอีก 22.4 ล้านคนรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินอีก
ประมาณ 15,300 ล้านบาท ดังนั้นทางเลือกนี้
รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบอีกประมาณ 15,300
ล้านบาท

หากต้องการให้คนไทยทุกคนมีประกันสุขภาพ
โดยเร็ว จะต้องเร่งรัดการขยายการคุ้มครอง
โดยกองทุนประกันสังคมโดยเร็วที่สุดที่จะเร็วได้

ข้อดีของทางเลือกที่สอง

1. ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็ก
ซึ่งมักจะมีมาตรฐานและความปลอดภัยในการทำ
งานที่ค่อนข้างต่ำ ได้มีหลักประกันของชีวิตที่มั่นคง
มากขึ้นโดยเฉพาะยามเจ็บป่วยทุพพลภาพและตาย
2. ลูกจ้างในภาคเกษตรกรรมมีหลักประกัน
ที่มั่นคงมากขึ้นในชีวิต

ข้อเสียและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการ
ของทางเลือกที่สอง

1. การจ่ายเงินสมทบของลูกจ้างในภาค
เกษตรกรรม ผู้ประกอบการธุรกิจของตนเอง ฯลฯ
เหล่านี้มีปัญหาอยู่ไม่น้อย เนื่องจากไม่มีนายจ้าง
คอยหักค่าจ้าง ณ ที่จ่ายเหมือนลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม และบริการที่มีนายจ้าง
2. ปัญหาในการกำหนดฐานค่าจ้างสำหรับการ
การคำนวณอัตราเงินสมทบ เนื่องจากรายได้ไม่
แน่นอน มีอิทธิพลของฤดูกาลต่อรายได้โดยเฉพาะ
ในภาคเกษตรกรรม
3. ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูงมาก

โดยเฉพาะการเก็บเงินสมทบ เนื่องจากลูกจ้างในภาคเกษตรกรรมและผู้ประกอบธุรกิจของตนเองอยู่กระจัดกระจายทั่วไปทั้งในเมืองและชนบท ควบปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น จึงไม่สามารถดำเนินการคุ้มครองลูกจ้างภาคเกษตรกรรมในลักษณะการบังคับได้ คงจะสามารถดำเนินการได้เฉพาะการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ทางเลือกที่สาม: ขยายการครอบคลุมของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบตั้งแต่พ.ศ. 2521 โดยอาศัยเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจน คือ รายได้ของครัวเรือน 2,000 บาทต่อเดือนและ 1,500 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด การออกบัตรสงเคราะห์ได้อาศัยเกณฑ์ความยากจนนี้ตั้งแต่บัตรสงเคราะห์รุ่น พ.ศ. 2521 - 24 จนถึงบัตรสงเคราะห์รุ่นปี 2533 - 36 โดยในปัจจุบันนี้ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยคุ้มครองครัวเรือนที่ยากจนตามเกณฑ์ดังกล่าว 10.7 ล้านคน

สภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ใช้หลักเกณฑ์การวัดความยากจนสำหรับการประมาณจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นแบ่งแห่งความยากจนปรากฏว่า มีคนจนที่อยู่ต่ำกว่าเส้นแบ่งแห่งความยากจนในปี 2531 ถึง ร้อยละ 23.7 ของประชากรทั่วประเทศหรือ 13.3 ล้านคน ผู้มีสิทธิได้รับบัตรสงเคราะห์จึงควรเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ล้าน

คนเป็น 13.3 ล้านคนหรือเพิ่มขึ้น 2.6 ล้านคน หากเป็นเช่นนั้น รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินงบประมาณอุดหนุนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเพิ่มขึ้นจาก 2,500 ล้านบาท เป็น 3,100 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2535

ดังนั้น ทางเลือกที่สามนี้ รัฐบาลจะต้องเตรียมจ่ายเงินอุดหนุนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อยประมาณ 600 ล้านบาท

นอกจากนั้น จะต้องค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคมเพื่อให้ได้รับบัตรสงเคราะห์ ได้แก่คนจนที่อาศัยในชุมชนแออัดในเมือง ชนกลุ่มน้อยชนที่ไร้สัญชาติสูง กรรมกรผู้อพยพจากชนบทที่ไม่มีหลักแหล่งแน่นอนเป็นต้น ทั้งนี้จะต้องปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเกี่ยวกับการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยให้ทั่วถึง การออกบัตรทุกสามเดือนโดยเทศบาลหรืออำเภอ ระเบียบได้เปิดช่องสำหรับการปฏิบัติ โดยเฉพาะกรณีผู้อพยพแต่ทะเบียนบ้านยังอยู่ในภูมิลำเนาเดิมนั้น ให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้รับรองว่าครัวเรือนนั้นยากจนจริง

ข้อดีของทางเลือกที่สาม

1. คนจนได้รับการคุ้มครองมากขึ้นโดยอาศัยเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจนที่เป็นปัจจุบันของสภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7

ข้อเสียของทางเลือกที่สาม

1. ผู้ถือบัตรสงเคราะห์ โดยเฉพาะในชนบทอาจจะไม่สามารถเข้าถึงบริการฟรีได้เท่ากับผู้ถือบัตรสงเคราะห์ในเมือง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางในการเข้าถึงบริการ

การบริการรักษาฟรีแก่ผู้ถือบัตรสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยจะได้ผลต่อเมื่อรัฐบาลขยายบริการ โดยเฉพาะในชนบทให้ทั่วถึง พร้อมทั้ง มาตรการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล เตี้ยง เป็นต้น ทำให้เกิดความเสมอภาคระหว่างภาคทางภูมิศาสตร์ต่างๆ ด้วย

ทางเลือกที่สี่: ปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ปรับปรุงระบบสวัสดิการการรักษายาบาล หรือการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรมากขึ้น ลดช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการและให้สามารถครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

(ก) ครัวเรือนที่ยากจนจริงควรจะได้รับสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

(ข) ขยายการครอบคลุมของกองทุนประกันสังคมให้คุ้มครองสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างเกินกว่า 10 คนตามกำหนดเวลา และควรจะต้องขยายการครอบคลุมไปสู่โรงงานที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เช่น โรงงานห้องแถว สถานประกอบการใช้แรงงานเด็กและสตรี

(ค) พัฒนารูปแบบของการแบ่งเบาภาระระหว่างครัวเรือนกับรัฐในรูปแบบของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (voluntary health insurance) โดยที่กลุ่มเป้าหมายของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจนี้คือ ผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบใดๆ และมีความสามารถพอที่

จะจ่ายเบี้ยประกันได้ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายของ พ.ร.บ. ประกันสังคม 2533 ที่จะเปิดให้มีการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจสำหรับประชาชนในภาคเกษตรกรรม ผู้ประกอบธุรกิจของตนเอง เป็นต้น

ความเป็นไปได้ของทางเลือกที่สี่นี้ มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงเพราะเป็นการปรับปรุงพัฒนารูปแบบที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ไม่ได้ใช้ทรัพยากรที่มากมาย ระบบย่อยๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทยในขณะนี้ มีข้อดีอยู่ระดับหนึ่ง กล่าวคือ คนจนก็ได้รับการคุ้มครองโดยใคร่ การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้ไม่มีบัตรสงเคราะห์ก็ได้รับการคุ้มครอง เช่น ในกรณีที่ไม่สามารถจ่ายได้ก็ได้รับบริการฟรีหรือมีส่วนลดให้อยู่แล้ว

ทางเลือกที่ห้า: ขยายการครอบคลุมของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากทางเลือกที่สามและทางเลือกที่สี่ หากสามารถกระทำไปพร้อมกันได้ จะทำให้เกิดผลดีทั้งนี้เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูงในการดำเนินการ จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและระบบประกันสุขภาพ ซึ่งทั้งสองทางเลือกนั้นได้ยืนอยู่บนพื้นฐานของการพัฒนารูปแบบและการดำเนินงานมาโดยตลอด ในทางเลือกที่ห้านี้ ควรมีการดำเนินการโดย

(ก) ขยายการครอบคลุมของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โดยปรับปรุงระบบการดำเนินงานให้ครัวเรือนที่ยากจนจริงได้รับบัตรสงเคราะห์

(ข) ขยายการครอบคลุมของกองทุนประกันสังคมให้คุ้มครองสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างเกิน 10 คนตามกำหนดเวลา และควรจะต้องขยายการคุ้มครองไปสู่โรงงานที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และพัฒนารูปแบบของการแบ่งเบาภาระระหว่างครัวเรือนกับรัฐ ในรูปแบบของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

ข้อดีของทางเลือกที่ห้า

คนจนได้รับการคุ้มครองและบริการทางสังคมขั้นพื้นฐานมากขึ้น เป็นการกระจายรายได้ที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแผนการกระจายรายได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนเงินทดแทน. รายงานการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน ปี พ.ศ. 2532, 2533. กรุงเทพฯ: กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย, 2533.
2. กองบัญชาการประชาชาติ. รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ปี 2533. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2533.
3. กรมบัญชีกลาง. ค่าใช้จ่ายหมวดงบกลางค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง, 2534.
4. ปราบกรม วุฒิพงศ์ และคณะ, (บรรณาธิการ). ระบบประกันสุขภาพของไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2531 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2531.
6. Mills A. Economics aspects of health insurance. In: Lee and Mills, Editors. The economics of health in developing countries. Oxford: Oxford University Press, 1984.
7. Tangcharoensathien V. Community financing: the urban health card in Chiangmai, Thailand. Unpublished PhD thesis, University of London, 1990.
8. The Thailand Development Research Institute Foundation. Thailand Economics Information Kit. Bangkok: Thailand Development Research Institute, 1990.

ได้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ผู้ที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ก็ได้รับการคุ้มครองจากระบบการประกันสุขภาพ

ข้อเสียของทางเลือกที่ห้า

ผู้ที่มีบัตรสงเคราะห์ โดยเฉพาะในชนบท อาจจะไม่สามารถเข้าถึงบริการฟรีได้เทียบเท่ากับผู้ที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ในเมือง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการแต่สามารถแก้ไขได้โดยกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไปพร้อมกับการขยายบริการในชนบท.