

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นสามารถพิจารณาได้ว่าเป็นทั้งสินค้าสาธารณะและสินค้าส่วนบุคคลในขณะเดียวกัน ส่วนที่เป็นสินค้าสาธารณะนั้นพิจารณาได้จากผลกระทบภายนอกที่ผู้อื่นได้รับจากการใช้บริการของบุคคลหนึ่ง เช่น นาย ก. ใช้บริการบำบัดรักษาโรคหัวใจจะมีผลให้นาย ข. ซึ่งอยู่ใกล้เคียงไม่ติดโรคหัวใจจากนาย ก. เป็นต้น ส่วนที่เป็นสินค้าส่วนบุคคลนั้นพิจารณาได้จาก การที่บุคคลหนึ่ง ๆ ชื้อหาบริการทางการแพทย์บางอย่างเป็นการทรงสิทธิ์เฉพาะตัวได้ เช่น การรับ บริการในห้องผู้ป่วยพิเศษเฉพาะตัว เป็นต้น นอกจากนี้บริการการแพทย์ยังมีลักษณะที่มีองค์ประกอบ ของสินค้าที่มีคุณ (Merit goods) อีกด้วย จนทำให้ไม่อาจเปิดให้กลไกตลาดหรือกลไกราคาในระบบ เศรษฐกิจเสรีจัดหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้โดยตรงอย่างง่ายขายได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ฐานะทางเศรษฐกิจหรือการไม่มีความสามารถในการใช้จ่ายทางเศรษฐกิจในบางกลุ่มประชากรจะมีผล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงหรือขาดโอกาสในการได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้อย่างเท่าเทียมกัน หรือได้รับบริการที่ดีของคุณภาพเท่ากันได้ การสร้างหลักประกันหรือให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยโดยรัฐจึงยังมีความสำคัญและจำเป็นอยู่มากสำหรับประชากรกลุ่มนั้น ๆ ขณะเดียวกันการเจ็บป่วยของประชกรนั้นโดยลักษณะธรรมชาติแล้วก็มีความเสี่ยงในระดับหนึ่ง กล่าวคือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสี่ยงต่อภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในขณะเดียวกัน ทั้งนี้ยังไม่ นับรวมถึงความเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเจตนาที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย เช่น พฤติ กรรมดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นต้น การสร้างหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยโดยอาศัยหลักการของการประกันภัย (Insurance) คือการเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk sharing) และการเฉลี่ยแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าจะมีความเหมาะสมต่อความเสี่ยงในหลาย กรณี

ในปัจจุบันระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งที่จัดโดยภาครัฐและเอกชนมีความ แตกต่างกันมากทั้งในด้านแนวคิด วัตถุประสงค์ สิทธิประโยชน์ และการครอบคลุมประชากรตลอดจน ที่มาของการเงินการคลังสาธารณสุขและ หน่วยงานที่รับผิดชอบ ด้วยเหตุนี้คณะกรรมการอำนวยการ

จัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข(2540) จึงได้จัดระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ คือ

1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-5 ปี นักเรียนประถมและมัธยมต้น ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ผู้พิการ รวมทั้งภิกษุและสามเณร
- 2.สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ การประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและการประกันสุขภาพเอกชน

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยได้มีการขยายเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับโดยเฉพาะในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (ตั้งแต่พ.ศ.2536เป็นต้นมา) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่จะเห็นว่า ในปี พ.ศ.2542 (จากตารางที่ 1.1) มีประชาชนเป็นจำนวนถึง 488,908 คนหรือร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆเลย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้บัตรผู้มีรายได้น้อยเพียงเล็กน้อย (มากกว่า 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และมากกว่า 2,800 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว) เช่น กลุ่มเกษตรกร ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และผู้ใช้แรงงาน เป็นต้น (ปิยะวรรณ สุทธาพานิช, 2538) ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงหรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เช่น เป็นมะเร็ง การเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ถึงแม้ในระบบปัจจุบันจะมีการสงเคราะห์ให้แก่ผู้ไม่มีบัตรด้วยก็ตามแต่ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระดับหนึ่งก่อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระหนี้สินแก่ครอบครัวผู้ป่วยได้ ดังนั้นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นรายจ่ายที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ จึงจัดได้ว่าเป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและประชาชนบางกลุ่มได้ดีขึ้น

แนวทางหนึ่งที่เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับบุคคลตามที่กล่าวแล้วข้างต้น คือ การเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินโครงการบัตรสุขภาพ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ภายใต้ชื่อ “โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็ก” โดยจำหน่ายบัตรอนามัยแม่และเด็ก (สีฟ้า) ราคา 100 บาท สำหรับใช้บริการอนามัยแม่และเด็กโดยไม่คิดมูลค่า วัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าวเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว ตลอด

จนเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการ ซึ่งขณะนั้นดำเนินงานเพียง 7 จังหวัดทั่วประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2527 ได้มีการขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็นทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล และเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” โดยให้ประชาชนในชนบทสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งได้จำหน่ายบัตรสุขภาพประเภทครอบครัว (สีเขียว) เพื่อการรักษาพยาบาลราคา 300 บาท คู่ครอบครัวสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน และให้การรักษาพยาบาลฟรีได้ไม่เกิน 6 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการจำหน่ายบัตรประเภทบุคคล (สีแดง) เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท คู่ครอบครัวเฉพาะบุคคลและให้การรักษาฟรีได้ไม่เกิน 4 ครั้งของโรค โดยบัตรทุกประเภทมีอายุใช้ได้ 1 ปี การบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพในขณะนั้นขึ้นอยู่กับคณะกรรมการกองทุนบัตรสุขภาพที่ได้ตั้งขึ้นในหมู่บ้านสำหรับทำหน้าที่ในการเก็บเงินค่าบัตร จัดทำบัญชีควบคุมเงินกองทุนและรวบรวมเงินส่งให้แก่สถานบริการสาธารณสุขมูลฐานตามความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนโดยไม่คำนึงถึงต้นทุนของสถานบริการ ทำให้สถานบริการส่วนใหญ่ประสบภาวะขาดทุนโดยเฉพาะสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน จึงต้องนำเงินรายได้จากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโครงการบัตรสุขภาพเข้ามาจุนเจือเพื่อให้โครงการอยู่ได้ (ปรากฏ วุฒิพงษ์ และคณะ, 2532) จากการประสบภาวะขาดทุนของสถานบริการดังกล่าวในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทดลองรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นหลักการประกันสุขภาพมากกว่าการพัฒนาองค์กรชุมชนและในปี พ.ศ. 2536 ได้ประกาศใช้แนวทางใหม่โดยเรียกว่า “บัตรประกันสุขภาพ” ดำเนินการภายใต้โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งกำหนดราคาบัตรประกันสุขภาพ 1,000 บาท โดยให้ประชาชนจ่าย 500 บาท และรัฐจ่ายสมทบอีก 500 บาท ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลฟรีแก่สมาชิกในครัวเรือน 5 คน ตลอดระยะเวลา 1 ปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งและไม่จำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาล แต่การเข้ารับการรักษาให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอนของระบบส่งต่อผู้ป่วย และกำหนดให้ไปใช้บริการกับสถานบริการที่ระบุชื่อไว้ในบัตรประกันสุขภาพเป็นจุดแรกของการใช้บริการ

ดังนั้นประเด็นที่เป็นภาระสำคัญยิ่งใหญ่มากของโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจนี้จึงอยู่ที่การปรับเปลี่ยนรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพให้สอดคล้องกับความเป็นจริงทางด้านการเงินและให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งหมายให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายเฉพาะ คือ เกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็กในเขตเมือง ผู้ใช้แรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบอาชีพอิสระขนาดเล็ก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ มุ่งหมายให้ครอบคลุมผู้ที่ไม่อยู่

ในข่ายการครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพพระบอบอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้วนั่นเอง (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539)

อย่างไรก็ตามผลสำเร็จของโครงการการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนี้จะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการเช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้ดำเนินการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ รวมไปถึงจำนวนของผู้ที่ถือบัตรประกันสุขภาพด้วย ซึ่งในส่วนของจำนวนผู้ถือบัตรนั้นควรมีจำนวนที่มากพอเพื่อให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงมากเพียงพอ และให้โครงการอยู่รอดทางการเงินได้ เพื่อลดการอุดหนุนจากกระทรวงสาธารณสุขให้น้อยลง

ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการต่ออายุบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในจังหวัดเชียงใหม่ จึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้วางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบของโครงการประกันสุขภาพให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และทำการรณรงค์จูงใจให้ประชาชนตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการต่ออายุบัตรประกันสุขภาพของครัวเรือนในจังหวัดเชียงใหม่

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปปรับปรุงและ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานประกันสุขภาพ โดยสมัครใจเพื่อให้สอดคล้อง และมีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและครัวเรือน
2. เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย มีการปรับปรุงการบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยให้เป็นที่ยอมรับของครัวเรือนและชุมชน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ตลอดจนมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ทำให้ มีการให้ความรู้ ความเข้าใจถึงหลักการของโครงการรวมถึงสิทธิประโยชน์ที่ผู้ถือบัตรจะได้รับแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยกลุ่มคนที่เข้าถึงประชาชนเป้าหมายได้ง่าย
4. เพื่อให้ครัวเรือนและประชาชนใช้บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการขยายหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการต่ออายุบัตรประกันสุขภาพของครัวเรือนในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลทำให้ครัวเรือนในจังหวัดเชียงใหม่ที่เคยใช้บัตรประกันสุขภาพมาแล้วเท่ากับหรือมากกว่า 1 ครั้ง ตัดสินใจที่จะต่ออายุบัตรประกันสุขภาพและไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลโดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วย รายได้ของครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคคลในครัวเรือน การได้รับการประกันสุขภาพโดยวิธีอื่นของครัวเรือน สถานพยาบาลที่ครัวเรือนเข้ารับการรักษา ความรู้ที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการรักษาพยาบาลในปีที่ผ่านมา

1.5 คำจำกัดความ

การเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ หมายถึง การต่ออายุบัตรประกันสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่จำหน่ายโดยสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบัตรชนิดครอบครัว ราคา 500 บาท คุ่มครองรักษาพยาบาลฟรี ให้กับสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน มีอายุใช้งานได้ 1 ปี นับจากวันที่ซื้อ ซึ่งในการศึกษานี้จะนับเฉพาะ ครัวเรือนที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพมาแล้วตั้งแต่ 1 ครั้ง ขึ้นไป

บัตรประกันสุขภาพ หมายถึง บัตรประกันสุขภาพโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

ครัวเรือน หมายถึง ครอบครัวส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปรวมกันอยู่และปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน

รายได้ของครัวเรือน หมายถึง ผลรวมของรายได้ของทุกคนในครัวเรือนซึ่งคิดในหน่วยบาทต่อเดือน

สถานบริการรักษาพยาบาล หมายถึง สถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาล อำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การประกันสุขภาพโดยวิธีอื่น หมายถึง การที่ครัวเรือนได้รับการลดหย่อนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในฐานะต่างๆ นอกเหนือจากการมีบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เช่น บัตรผู้มีรายได้น้อย บัตรผู้สูงอายุ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการประกันสุขภาพเอกชน

1.6 ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

1.6.1 ความเป็นมาและแนวคิดพื้นฐาน โครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

แนวความคิดเรื่องของการสาธารณสุขของประเทศไทยช่วงระยะที่ผ่านมา ถือว่ารัฐเป็นผู้บริหารและเป็นผู้ให้บริการโดยประชาชนเป็นผู้รับบริการตลอดมา ซึ่งวิธีการปฏิบัติตามแนวความคิดนี้ยังไม่ก่อให้เกิดการกระจายโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กว้างขวางขึ้น แต่กลับทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความแตกต่างในโอกาสที่จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น การสาธารณสุขของประเทศจึงได้พยายามเน้นการพัฒนาโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการช่วยเหลือบริการตนเอง โดยรัฐจะเป็นฝ่ายที่ให้การสนับสนุน แนะนำและประสานงานทางด้านวิชาการ ตลอดจนจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ประชาชนไม่สามารถจัดหาได้เอง จากแนวคิดดังกล่าวได้พัฒนามาจนเป็นแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีทั่วหน้า” กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจึงได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2526 โดยกรมอนามัยภายใต้ชื่อโครงการว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” โดยโครงการนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อให้รองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุขศึกษา ทั้งนี้ได้ทำการทดลองในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา รวมทั้งสิ้น 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ด้านการบริหารการเงินและโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ด้วยการจัดตั้งกองทุนขึ้นโดยประชาชนและองค์กรชุมชน วัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้เมื่อเริ่มโครงการสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประการสำคัญ ดังนี้ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ, 2528)

1. การพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวตลอดจนงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล

2. การปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้เป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการ
3. การพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการโดยเฉพาะในด้านการจัดสรรเงินและพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่และหน่วยให้บริการ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
4. การลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ป่วยด้วยอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ให้น้อยลง เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรส่วนนั้นไปใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

ด้วยวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการซึ่งเป็นหลักการและเหตุผลแรกของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในปี พ.ศ. 2526 ได้สะท้อนแนวคิดพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ (สาธารณสุขุปฏิบัติ (2), 2530) คือ

1. แนวคิดเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน มีพื้นฐานความคิดที่สำคัญประการหนึ่งคือ การที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ใน 2 ส่วนคือ

- ก. งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน เช่น งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานสุขาภิบาลและน้ำสะอาด การจัดหาจำเป็น และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- ข. งานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัยการสนับสนุนสถานบริการ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข โดยมุ่งให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่จะเป็นฝ่ายสนับสนุนด้านการให้บริการและด้านวิชาการ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานได้แก่ กรรมการ กำลังคน และกองทุนซึ่งสร้างขึ้นจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเอง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนลักษณะดังกล่าว เช่น กองทุนยา กองทุนโภชนาการ รวมทั้งกองทุนบัตรสุขภาพ โครงการบัตรสุขภาพจึงเป็นวิธีหนึ่งในการระดมทรัพยากรของชุมชนในรูปของกองทุนบัตรสุขภาพ

3. แนวคิดเรื่องการรักษาพยาบาลซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้น กล่าวคือ การรักษาต้องเริ่มจากหมู่บ้านและมีการส่งต่อ ไปถึงระดับจังหวัด และด้วยแนวคิดนี้

โครงการบัตรสุขภาพจึงได้จัดให้มีระบบการส่งต่อและกลั่นกรองผู้ป่วยกับระบบช่องทางด่วนขึ้นโดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องเริ่มรับบริการที่กองทุนยาในระดับหมู่บ้าน เมื่อเกินขีดความสามารถของกองทุนยาแล้วจึงส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ แล้วจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด ในการส่งต่อผู้ป่วยนี้สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป ซึ่งเท่ากับเป็นการผนวกหลักการของการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพดังกล่าวข้างต้นยังคงดำเนินการต่อมา โดยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพให้หลากหลายมากขึ้นเป็นลำดับจนถึงจุดเริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขระยะที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) ที่ได้เริ่มผนวกหลักการของการประกันภัยโดยการปรับแนวความคิดตามหลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพเดิม ให้รวมหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาพยาบาลการให้มีหลักประกันยามเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร จึงนับได้ว่าบัตรสุขภาพเริ่มแปรสภาพเข้าเป็นบัตรประกันสุขภาพตามหลักการของการประกันสุขภาพ ราคาบัตรสุขภาพเริ่มมีฐานะคล้ายเบี้ยประกันสุขภาพ โดยที่การคำนวณราคาบัตรสุขภาพเริ่มคำนึงถึงผลสะท้อนทางด้านต้นทุนและค่าใช้จ่ายตามค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน ขนาดของกองทุนคือจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพในกองทุนหนึ่ง ๆ เริ่มมีบทบาทมากขึ้นเพราะมีผลกระทบต่อการกระจายความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตามแนวคิดของการประกันภัย จนถึงกับมีความพยายามศึกษาและประมาณการขนาดของกองทุนที่เหมาะสม รวมไปถึงการพิจารณาให้ละเอียดรอบคอบมากขึ้นเกี่ยวกับการจัดหาผลประโยชน์และการลงทุนของกองทุนให้ได้รับประโยชน์มากขึ้น จนในที่สุดจึงได้เปลี่ยนชื่อบัตรสุขภาพไปเป็นบัตรประกันสุขภาพ

1.6.2. โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุข

1. วัตถุประสงค์ของโครงการ

(1) เพื่อขยายหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หรือไม่มีหลักประกันสุขภาพจากระบบอื่นใดของรัฐ หรือของภาคเอกชน ให้ได้มีการประกันสุขภาพทุกคนโดยสมัครใจ

(2) เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงตลอดจนให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

2. องค์กรดำเนินงาน

ระดับส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดนโยบาย กลวิธีหลัก หลักเกณฑ์ และแนวทางการปฏิบัติประสานงาน สนับสนุนวิชาการและทรัพยากร

ระดับจังหวัด มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติภายในจังหวัด รวมถึงการบริหารจัดการเงินงบประมาณอุดหนุน ให้เป็นไปตามระเบียบ

ระดับอำเภอ เป็นระดับปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการมากที่สุด และไม่ซ้ำซ้อนกับระบบอื่น

3. วิธีหลัก

ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสมัครใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ ลงทะเบียนเป็นผู้ประกันตนโดยออกเงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพ บัตรละ 500 บาท รัฐบาลให้งบประมาณอุดหนุน บัตรละ 500 บาท เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการและเป็นค่าบริหารทางการแพทย์สำหรับ สถานบริการทุกระดับ

4. บัตรและผู้มีสิทธิลงทะเบียน

4.1 บัตรประกันสุขภาพทั่วไปหรือบัตรครอบครัว ราคาบัตรละ 1,000 บาท ประชาชนจ่าย 500 บาท ผู้ประกันตนในบัตรประกันสุขภาพ คือ

4.1.1 บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตร ที่ชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

4.1.2 ผู้อาศัยที่อยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน และอยู่ในอุปการะของสามีภรรยา ตามข้อ (4.1.1) ได้แก่ บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้วและยังไม่ได้สมรส บิดา-มารดา ของ สามี หรือของภรรยา หรือบุคคลอื่นทั้งนี้บุคคลตามข้อ (4.1.2) จะมีได้ในจำนวน เมื่อรวมกับ (4.1.1) แล้วไม่เกิน 5 คน

4.2 การขอมีบัตร

-เขตชนบท หลักฐานใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือกำนันผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้รับรองว่าเป็น บุคคลในครอบครัว

-เขตเทศบาล หลักฐานใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือหัวหน้าครอบครัวหรือผู้นำชุมชนรับรอง ทั้งนี้เมื่อออกบัตรแล้วจะขอเพิ่มชื่อผู้มีประกันอีกไม่ได้ ยกเว้นบุตรที่คลอดจากผู้ประกัน ตน แต่ต้องไม่เกิน 5 คน

4.3 บัตรข้ามเขต เป็นบัตรที่ออกให้แก่ผู้ประกันเพื่อใช้ไปรับบริการนอกเขตจังหวัดในกรณีย้าย ที่ทำกิน ชั่วคราวการขอมีบัตรข้ามเขต ขอจาก

(1)หน่วยปฏิบัติการในเขตภูมิภาคและ

(2)หน่วยปฏิบัติการในท้องที่ที่จะไปอยู่ชั่วคราว โดยปฏิบัติดังนี้

ผู้ขอจะต้องแสดงเหตุผลที่จะต้องไปอยู่ชั่วคราว(ไม่น้อยกว่า 6 เดือน)พร้อมด้วยบัตรครอบครัวที่ยังไม่หมดอายุ หรือหลักฐานอื่นของทางราชการ แสดงว่าผู้นั้นเป็นผู้ที่มีชื่อในบัตร ครอบครัว ทั้งนี้การมีบัตรข้ามเขตจะไม่ตัดสิทธิที่มี ประกันจะใช้บัตรครอบครัวเดิม

4.4 บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบัตรประกันสุขภาพ สำหรับผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ทั้งหมด

5. หน้าที่และสิทธิประโยชน์ของผู้มีประกัน

5.1 ผู้ประกันมีสิทธิเลือกกระบวนหน่วยบริการได้ไม่เกิน 2 แห่ง คือ หน่วยบริการระดับ ตำบลหนึ่งแห่ง และหน่วยบริการระดับอำเภอที่มีแพทย์ประจำอีกหนึ่งแห่ง

5.2 ความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ โดยใช้ในสถานบริการของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

6. การจำหน่ายบัตรและการออกบัตร

- จำหน่ายทุกวัน
- ออกบัตรหลังจากวันที่ รับ - จ่าย เงินสมทบครบแล้ว 15 วัน (นับรวมวันหยุดราชการ) เริ่มใช้สิทธิตามวันที่ออกบัตรจริง
- การรับรองบัตรให้ผู้มีอำนาจในเขตปฏิบัติการ(อำเภอ)ลงนามมูมซ้ายล่างของบัตร การจำหน่ายบัตรให้แก่ประชาชนที่อยู่ในเขตรอยต่อของอำเภอหรือจังหวัดให้ตัดพื้นที่ของตำบลหรือหมู่บ้านให้ไปอยู่กับเขตปฏิบัติการที่ซึ่งประชาชนระบุสถานบริการทาง การแพทย์

ในปี พ.ศ. 2536 เมื่อมีการปรับเปลี่ยนมาเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ จังหวัดเชียงใหม่ก็ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเช่นกัน โดยใช้รูปแบบดำเนินการตามระเบียบของโครงการ คือ ผู้เป็นสมาชิกสามารถระบุสถานพยาบาลได้ 2 แห่ง คือ ระดับสถานเอนามัย 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลเฉพาะทางอื่น ๆ จะต้องมีการทำใบส่งตัวผู้ป่วยก่อนจึงจะเข้ารับการรักษาตามสิทธิในบัตรประกันสุขภาพนั้น และผลการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2542 พบว่ามีจำนวนสมาชิกบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจเพียงประมาณ 101,416 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 6.40 เท่านั้น ในขณะที่เดียวกันยังมีผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ เลย เป็นจำนวน 488,908หรือคิดเป็นร้อยละ 30.85 ดังรายละเอียดตามตาราง 1.1 และตาราง 1.2 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพนั้นยังมีอัตราความครอบคลุมไม่มากเท่าที่ควร

ดังนั้นหากมีการรณรงค์ให้มีการสำรวจประชากรอย่างจริงจังและมีการตั้งกลุ่มเป้าหมายของกลุ่มประชากรผู้มีประกันแต่ละกลุ่มให้ชัดเจน มีการประชาสัมพันธ์และออกบัตรตามสิทธิที่พึงได้รับของประชาชน ดำเนินการตามแนวทางในแต่ละรูปแบบของการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

ตาราง 1.1 อัตราความครอบคลุมผู้มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาล
ปีงบประมาณ 2542 ของจังหวัดเชียงใหม่

ประเภทกลุ่มผู้มีหลักประกัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มผู้ด้อยโอกาส		
1.1 ผู้มีรายได้น้อย	295,647	18.65
1.2 ผู้สูงอายุ	145,138	9.15
1.3 ผู้พิการ	4,715	0.30
1.4 เด็ก 0 – 12 ปี	196,343	12.39
1.5 นักเรียน สปจ.	50,849	3.21
2. กลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล		
2.1 ทหารผ่านศึกและครอบครัว	4,865	0.31
2.2 พระภิกษุ	8,395	0.53
2.3 อสม. และครอบครัว	62,263	3.93
2.4 ผู้นำชุมชนและครอบครัว	17,651	1.11
3. กลุ่มสวัสดิการอื่น ๆ ที่ได้รับสิทธิอยู่		
3.1 ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	89,545	5.65
4. กลุ่มประกันสุขภาพภาคบังคับและความสมัครใจ		
4.1 การประกันสังคม	67,461	4.25
4.2 การประกันภาคเอกชน	51,808	3.27
4.3 บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	101,416	6.40
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ	1,096,096	69.15
รวมผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ	488,908	30.85

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2542

ตาราง 1.2 จำนวนผู้ที่เข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2542

อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนผู้มีบัตรประกันสุขภาพ		จำนวนผู้ได้รับสิทธิบริการรักษาชนิดอื่น		จำนวนร้อยละของประชากรที่มีประกัน	จำนวนร้อยละของประชากรที่ไม่มีประกัน
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ		
เมือง	84,726	3,973	4.69	51,997	61.37	66.06	33.94
จอมทอง	65,439	5,971	9.12	45,959	70.24	79.36	20.64
แม่แจ่ม	63,941	1,829	2.86	46,678	73.00	75.86	24.14
เชียงดาว	74,741	24,982	33.42	44,443	59.47	92.89	7.11
ดอยสะเก็ด	62,824	2,729	4.34	38,095	60.64	64.98	35.02
แม่แตง	76,617	7,225	9.43	56,853	74.20	83.63	16.37
แม่ริม	77,206	5,123	6.64	53,939	69.86	76.50	23.50
สะเมิง	22,875	331	1.45	15,435	67.47	68.92	31.08
ฝาง	103,139	6,536	6.34	52,549	50.99	57.29	42.71
พร้าว	54,884	5,362	9.77	31,560	57.50	67.27	32.73
สันป่าตอง	79,558	3,468	4.36	59,630	74.95	79.31	20.69
สารภี	75,523	2,679	3.55	52,434	69.43	72.98	27.02
สันกำแพง	73,427	2,653	3.61	51,860	70.63	75.24	25.76
สันทราย	90,997	8,482	9.32	55,035	60.48	69.80	30.20
หางดง	66,813	758	1.13	53,387	79.91	81.04	18.96
ฮอด	42,802	2,786	6.51	36,958	86.35	92.86	7.14
อมก๋อย	46,427	350	0.75	25,786	55.54	56.29	43.71
แม่อาว	73,374	7,341	10.00	37,890	51.64	61.64	38.36
ดอยเต่า	27,416	1,614	5.89	14,239	51.93	57.82	42.18
เวียงแหง	22,529	610	2.71	10,735	47.65	50.36	49.64
ไชยปราการ	45,427	1,871	4.12	28,718	63.22	67.34	32.66
แม่वास	31,086	1,235	3.97	21,090	67.85	71.82	28.18
กิ่งอ.แม่ฮอน	21,900	1,489	6.80	13,186	60.21	67.01	32.99
กิ่งอ.ดอยหล่อ	28,385	2,019	7.11	19,190	67.61	74.72	25.28
รวม	1,585,004	101,416	6.40	994,680	62.75	69.15	30.85

หมายเหตุ: ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2542

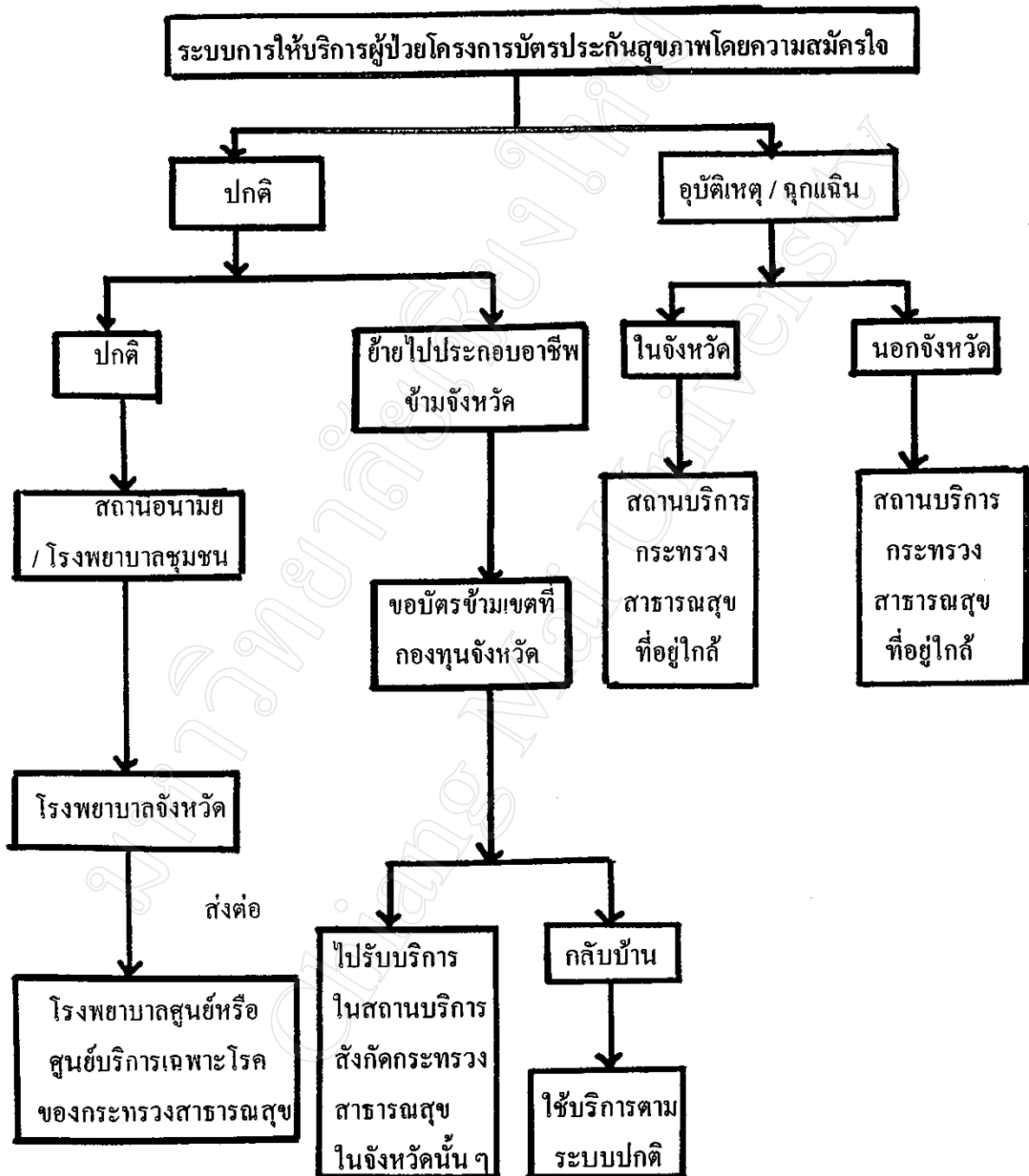
ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

7. ระบบการให้บริการผู้ป่วยโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

- ระดับตำบลหรืออำเภอ สามารถเลือกรับบริการที่สถานีนอนำยหรือโรงพยาบาลชุมชนก่อนก็ได้
- ระดับจังหวัดหรือสถานบริการเฉพาะทางต้องเป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลเทศบาลเทียบเท่าโรงพยาบาลชุมชน) และต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งนอกเหนือขีดความสามารถของหน่วยงานนั้น ๆ และต้องทำใบส่งตัวผู้ป่วย (บ.ส.08) มาด้วย
- ในกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน อาจเข้ารับบริการในสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้ (รวมทั้งผู้ป่วยประกันสุขภาพต่างจังหวัด)
 1. ในกรณีมีประกันภัยบุคคลที่ 3 ให้เรียกเก็บเงินจากประกันภัยบุคคลที่ 3
 2. ในกรณีไม่มีประกันภัยบุคคลที่ 3 ให้เรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลในราคาต้นทุน ให้จดหมายเลขบัตรประกันสุขภาพ อำเภอ จังหวัด และบัตรบันทึกการตรวจโรค
 - 3 ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกสังกัด เช่น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ให้จังหวัดทำความตกลงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ระบบการให้บริการผู้ป่วยโครงการประกันสุขภาพมีขั้นตอนตามแผนผัง ดังแสดงในรูป 1.1 ดังนี้

รูป 1.1 ระบบการให้บริการผู้ป่วยโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจกระทรวงสาธารณสุข



หมายเหตุ : จากแผนผังการจัดบริการ

- กรณีข้ามขั้นตอนนี้ไม่เป็นไปตามระบบส่งต่อ อาจถูกเรียกเก็บเงิน
- กรณีข้ามเขตไปยังโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอื่นได้ทุกแห่ง (มีบัตรเฉพาะตัว)