

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นสามารถพิจารณาได้ว่าเป็นสินค้าสาธารณะ และสินค้าเอกชนในขณะเดียวกัน ส่วนที่เป็นสินค้าสาธารณะนั้นพิจารณาได้จากผลกระทบภายนอกที่ผู้อื่นได้รับจากการใช้บริการของบุคคลหนึ่ง ส่วนที่เป็นสินค้าส่วนบุคคลนั้นพิจารณาได้จากการที่บุคคลหนึ่ง ๆ ซื้อหาบริการทางการแพทย์บางอย่างเป็นการทรงสิทธิ์เฉพาะตัว เช่น การรับบริการในห้องผู้ป่วยพิเศษเฉพาะตัว เป็นต้น นอกจากนี้บริการทางการแพทย์ยังมีลักษณะที่มีองค์ประกอบที่เป็นสินค้านี้คุณ (Merit goods) ด้วยนั้นทำให้ไม่อาจเปิดให้กลไกตลาดหรือกลไกราคาในระบบเสรีนิยมทำงานเป็นอิสระได้ทั้งหมดเพราะจะส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจและสังคมได้โดยตรงและง่าย เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจหรือการไม่มีความสามารถในการใช้จ่ายทางเศรษฐกิจในบางกลุ่มประชากรจะมีผลทำให้ไม่สามารถเข้าถึงหรือขาดโอกาสในการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ การสร้างหลักประกันหรือให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยโดยรัฐจึงยังมีความสำคัญและจำเป็นอยู่มากสำหรับประชากรกลุ่มนั้น ๆ ขณะเดียวกันการเจ็บป่วยของประชากรนั้นโดยลักษณะธรรมชาติแล้วก็มีความเสี่ยงในระดับหนึ่ง กล่าวคือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสี่ยงต่อการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในขณะเดียวกัน ทั้งนี้ยังไม่นับรวมถึงความเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเจตนาที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย เช่น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นต้น การสร้างหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยโดยอาศัยหลักการของการประกันภัย (Insurance) คือการเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk sharing) และการเฉลี่ยแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าจะมีความเหมาะสมในหลายกรณี

ในปัจจุบันระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ ทั้งที่จัดโดยภาครัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันมากทั้งในด้านแนวคิด วัตถุประสงค์ สิทธิประโยชน์ ความครอบคลุมประชากร ตลอดจนที่มาของการเงินการคลังสาธารณสุขและหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยอาจจัดได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2540) คือ

1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก 0 – 5 ปี นักเรียนประถมและมัธยมต้น ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ผู้พิการ รวมทั้งภิกษุและสามเณร
2. สวัสดิการรักษายาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ การประกันสังคม และกองทุนทดแทนแรงงาน
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข และการประกันสุขภาพเอกชน

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (ตารางที่ 1.1) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าประชาชนอีกประมาณร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่จะได้บัตรผู้มีรายได้น้อยเพียงเล็กน้อย (มากกว่า 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และมากกว่า 2,800 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว) เช่น กลุ่มเกษตรกร อาชีพอิสระ ผู้ใช้แรงงาน เป็นต้น (ปิยะวรรณ สุทธาพานิช, 2538) ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง หรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เช่น เป็นมะเร็ง การเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ถึงแม้ในระบบปัจจุบันจะมีการสงเคราะห์ให้แก่ผู้ไม่มีบัตร แต่ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระดับหนึ่งก่อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระหนี้สินแก่ครอบครัวผู้ป่วยได้ ดังนั้นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นรายจ่ายที่ไม่สามารถคาดล่วงหน้าได้ จัดว่าเป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและประชาชนบางกลุ่มได้ดีขึ้น

แนวทางหนึ่งที่เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับบุคคลเหล่านี้คือการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ภายใต้ชื่อ “โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็ก” โดยจำหน่ายบัตรอนามัยแม่และเด็ก (สีฟ้า) ราคา 100 บาท สำหรับให้บริการอนามัยแม่และเด็กโดยไม่คิดมูลค่า วัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าวเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว ตลอดจนเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการ ซึ่งขณะนั้นดำเนินงานเพียง 7 จังหวัดทั่วประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2527 ได้มีการขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็นทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล และเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” โดยให้ประชาชนในชนบทสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพโดยสมัครใจซึ่งได้จำหน่ายบัตรสุขภาพประเภทครอบครัว(สีเขียว) เพื่อการรักษาพยาบาลราคา 300 บาท คู่ครอบครัวในครอบครัวไม่เกิน 5 คน และให้การรักษาพยาบาล

ฟรีได้ไม่เกิน 6 ครั้งของโรค ในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการจำหน่ายบัตรประเภทบุคคล(สีแดง) เพื่อการรักษาพยาบาลราคา 200 บาท คุ้มครองเฉพาะบุคคลและให้การรักษาฟรีได้ไม่เกิน 4 ครั้งของโรค โดยบัตรทุกประเภทมีอายุใช้ได้ 1 ปี การบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพในขณะนั้นขึ้นอยู่กับคณะกรรมการกองทุนบัตรสุขภาพที่ได้ตั้งขึ้นในหมู่บ้านสำหรับทำหน้าที่ในการเก็บเงินค่าบัตร จัดทำบัญชีควบคุมเงินกองทุนและรวบรวมเงินส่งให้แก่สถานบริการสาธารณสุขหลังจากขายบัตรไปแล้ว 1 ปี การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในช่วงแรกนั้นเน้นหลักการสาธารณสุขมูลฐานและความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนโดยไม่คำนึงถึงการคืนทุนให้กับสถานบริการทำให้สถานบริการส่วนใหญ่ประสบภาวะขาดทุนโดยเฉพาะสถานเอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน จึงต้องนำเงินรายได้จากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโครงการบัตรสุขภาพเข้ามาจุนเจือเพื่อให้โครงการอยู่ได้ (ปรากฏม วุฒิพงศ์ และคณะ, 2532) จากการประสบสถานะขาดทุนของสถานบริการดังกล่าวในปี 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

ดังนั้นประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจนี้ จึงอยู่ที่การปรับเปลี่ยนรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพให้สอดคล้องกับความเป็นจริงทางด้านการเงินและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมุ่งหมายให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายเฉพาะคือ เกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองในสถานประกอบการขนาดเล็ก ผู้ใช้แรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบการอาชีพอิสระขนาดเล็ก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือมุ่งหมายให้ครอบคลุมผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายครอบคลุมของระบบการประกันสุขภาพระบบอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539)

อย่างไรก็ตามผลสำเร็จของโครงการการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนี้จะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้ดำเนินการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ รวมไปถึงจำนวนของผู้ที่ถือบัตรประกันสุขภาพด้วย ซึ่งในส่วนของจำนวนผู้ถือบัตรนั้นควรมีจำนวนที่มากพอเพื่อให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงมากเพียงพอ และให้โครงการอยู่รอดทางการเงินได้ เพื่อลดการอุดหนุนจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้น้อยลง

ดังนั้นการศึกษาถึงการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขของครัวเรือนนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้วางนโยบายในแนวทางที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงสถานภาพต่าง ๆ ในส่วนของโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดความเหมาะสมและเป็นแรงจูงใจให้เกิดการซื้อบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น

1.2 ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

1.2.1. ความเป็นมาและแนวคิดพื้นฐานโครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

แนวความคิดเรื่องของการสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงระยะที่ผ่านมา ถือว่ารัฐเป็นผู้บริหารและผู้ให้บริการโดยประชาชนเป็นผู้รับบริการตลอดมา ซึ่งวิธีการปฏิบัติตามแนวความคิดนี้ยังไม่ก่อให้เกิดการกระจายโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะความก้าวหน้าและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กว้างขวางขึ้น ยิ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความแตกต่างในโอกาสที่จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น การสาธารณสุขของประเทศจึงได้พยายามเน้นการพัฒนาโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการช่วยเหลือบริการตนเองโดยรัฐจะเป็นฝ่ายที่ให้การสนับสนุน แนะนำและประสานงานทางด้านวิชาการ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ที่ประชาชนไม่สามารถจัดหาได้เอง จากแนวคิดดังกล่าวได้พัฒนามาเป็นแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” โดยทางกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2526 โดยกรมอนามัย ภายได้ชื่อโครงการว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” โดยโครงการนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อให้รองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุศึกษา ทั้งนี้ได้ทำการทดลองในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา รวมทั้งสิ้น 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ด้านการบริหารการเงินและโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเองด้วยการจัดตั้งกองทุนขึ้นโดยประชาชนและองค์กรชุมชน วัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้เมื่อเริ่มโครงการสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประการสำคัญดังนี้ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ, 2528)

1. การพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวตลอดจนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

2. การปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้เป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการ
3. การพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการโดยเฉพาะในด้านการจัดสรรเงินและพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่และหน่วยให้บริการ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
4. การลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ป่วยด้วยอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ให้น้อยลง เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรส่วนนั้นไปใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

ตัววัดดูประสงค์สำคัญ 4 ประการซึ่งเป็นหลักการและเหตุผลแรกของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในปี 2526 ได้สะท้อนแนวคิดพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ (สาธารณสุข-ปริทัศน์ (2), 2530) คือ

1. แนวคิดเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน มีพื้นฐานความคิดที่สำคัญประการหนึ่งคือการที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ใน 2 ส่วน คือ

- ก. งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน เช่น งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานสุขาภิบาลและน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็นและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- ข. งานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากสถานบริการ เช่น งานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข โดยมุ่งให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่จะเป็นฝ่ายสนับสนุนด้านการให้บริการและด้านวิชาการ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานได้แก่ กรรมการกำลัคนและกองทุนซึ่งสร้างขึ้นจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเอง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนลักษณะดังกล่าว เช่น กองทุนยา กองทุนโภชนาการ รวมทั้งกองทุนบัตรสุขภาพ โครงการบัตรสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการระดมทรัพยากรของชุมชนในรูปของกองทุนบัตรสุขภาพ

3. แนวคิดเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้น กล่าวคือ การรักษาต้องเริ่มจากหมู่บ้าน และมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด และด้วยแนวคิดนี้โครงการบัตรสุขภาพจึงได้จัดให้มีระบบการส่งต่อและกลั่นกรองผู้ป่วยกับระบบช่องทางด่วนขึ้นโดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องเริ่มรับบริการที่กองทุนยาในระดับหมู่บ้าน เมื่อเกินขีดความสามารถของกองทุนยาแล้วจึงส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ แล้วจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาล

ทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด ในการส่งต่อผู้ป่วยนี้ สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป ซึ่งเท่ากับเป็นการผนวกหลักการของการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพยังคงดำเนินการดังกล่าวนั้นต่อมาโดยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพให้หลากหลายมากขึ้นเป็นลำดับจนถึงจุดเริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขระยะที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) ที่ได้เริ่มผนวกหลักการของการประกันภัยโดยการปรับแนวความคิดตามหลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพเดิมให้รวมหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาพยาบาล การให้มีหลักประกันขามเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร จึงนับได้ว่าบัตรสุขภาพเริ่มแปรสภาพเข้าเป็นบัตรประกันสุขภาพตามหลักการของการประกันสุขภาพ ราคาบัตรสุขภาพเริ่มมีฐานะคล้ายเบี้ยประกันสุขภาพ โดยที่การคำนวณราคาบัตรสุขภาพเริ่มคำนึงถึงว่าให้สะท้อนต้นทุนและค่าใช้จ่ายตามค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน ขนาดของกองทุนคือจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพในกองทุนหนึ่ง ๆ เริ่มมีบทบาทมากขึ้น เพราะมีผลกระทบต่อการกระจายความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตามแนวคิดของการประกันภัย จนถึงกับมีความพยายามศึกษาและประมาณขนาดของกองทุนที่เหมาะสม รวมไปถึงการพิจารณาให้รอบคอบมากขึ้นเกี่ยวกับการจัดหาผลประโยชน์และการลงทุนจากเงินทุนของกองทุนให้ได้รับประโยชน์มากขึ้น จนที่สุดได้เปลี่ยนชื่อบัตรสุขภาพไปเป็นบัตรประกันสุขภาพ

1.2.2. วิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ของโครงการบัตรสุขภาพ

วิวัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ของการดำเนินงานในโครงการบัตรสุขภาพตามหลักการ เหตุผล และวัตถุประสงค์ที่ปรับขยายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในระยะตั้งแต่ปี 2526 เป็นต้นมา โดยสรุปแล้วอาจจัดระยะที่แสดงวิวัฒนาการได้เป็น 4 ระยะ คือ (1) ปี 2526 (2) ปี 2527 – 2529 (3) ปี 2530 – 2534 และ (4) ปี 2535 ถึงปัจจุบัน กล่าวคือ

(1) ในระยะปี 2526

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2526 ภายใต้อำนาจ “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” โดยมีพื้นที่ดำเนินการใน 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา โดยมีการจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ขึ้นโดยชาวบ้านและชุมชน เพื่อให้โครงการบัตรสุขภาพนี้สามารถรองรับงานสาธารณสุข 4 ประการ คือ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การ

ควบคุมโรคติดต่อ และการสุศึกษา ประชาชนจะเข้าเป็นสมาชิกกองทุนโดยสมัครใจด้วยการซื้อบัตรสุขภาพซึ่งมี 3 ประเภท คือ บัตรสีแดง เพื่อการรักษาพยาบาลและการอนามัยแม่และเด็ก ภูมิคุ้มกันโรค ราคา 200 บาท บัตรสีเหลืองเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 100 บาท และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท ซึ่งบัตรทั้ง 3 ชนิดนี้ สมาชิกในครอบครัวผู้ถือบัตรอาจใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า 8 ครั้งต่อปี โดยการรักษาพยาบาล 1 ครั้งของโรค ซึ่งจะหมายถึงการรักษาต่อเนื่องจนหายจากโรคนั้น ๆ หรืออาจเลือกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการรับบริการก็ได้ แต่จะต้องเข้ารับบริการจากสถานบริการที่กำหนดเท่านั้น ทั้งนี้กำหนดอัตรามูลค่ารักษาพยาบาลสูงสุดไว้ 2,000 บาทต่อครั้งของโรค ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่า 2,000 บาทต่อครั้งของโรค ผู้ถือบัตรต้องรับผิดชอบเอง โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 บัตรทุกประเภทจะมีอายุ 1 ปี (คณะกรรมการวิชาการ โครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ และกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย, 2531)

(2) ในระยะปี 2527 - 2529

ในระยะที่ 2 ได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็น “โครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข” และได้มีการเร่งรัดขยายพื้นที่ดำเนินการของ โครงการบัตรสุขภาพอย่างรวดเร็วเพื่อให้มีพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน กับมีโครงการทดลองเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสนับสนุนของ GTZ (Thai - German Technical Cooperation for Health) ซึ่งครอบคลุม 4 อำเภอ 6 ตำบล รวม 33 หมู่บ้าน ในปี 2527 และขยายไปครอบคลุมทั้งจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2528 การดำเนินงานโดยรวมได้ครอบคลุมประมาณร้อยละ 55 ของครัวเรือนทั้งประเทศ และประมาณร้อยละ 34 ของประชากรทั้งประเทศ

กองทุนดำเนินการบัตรสุขภาพยังคงเป็นระดับหมู่บ้าน บัตรสุขภาพปรับเปลี่ยนเป็น 2 ชนิด คือ บัตรครอบครัวราคา 200 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาท โดยเฉพาะบัตรครอบครัวนั้นเปิดให้ครอบคลุมสมาชิกทุกคนในครัวเรือน (บางกองทุนกำหนดจำนวนสมาชิกครัวเรือนขั้นสูงไว้ด้วย) และกำหนดเงื่อนไขในการใช้บัตรสุขภาพว่าใช้รับบริการได้ไม่เกิน 8 ครั้งต่อปี และกำหนดวงเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง โดยครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินและครั้งที่เกินกว่าที่กำหนดโดยได้รับส่วนลดบ้าง หลักการเรื่องการแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายสะท้อนได้จากการเริ่มต้นพิจารณาสัดส่วนของเงินกองทุน ซึ่งสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเรียกเก็บจากกองทุนบัตรสุขภาพแต่ละกองทุน ส่วนแบ่งนี้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง โดยแบ่งสรรให้สถานบริการร้อยละ 75 (คือสถานีอนามัยร้อยละ 15 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 30 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 30 ซึ่งสัดส่วนนี้สะท้อนปริมาณการใช้บริการระบบส่งต่อผู้ป่วยและความรุนแรงของอาการป่วยกับค่าใช้จ่ายในการรักษา

พยาบาล) แบ่งสรรให้เจ้าหน้าที่ของสถานบริการร้อยละ 10 และจัดเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนร้อยละ 15

อย่างไรก็ดีในช่วงปลายของระยะที่ 2 นี้ได้เริ่มมีการพิจารณามากขึ้นถึงประเด็นของ ความสัมพันธ์ที่สถานบริการได้รับจากกองทุนบัตรสุขภาพเมื่อเทียบกับรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อบัตรสุขภาพได้เปลี่ยนจุดเน้นจากการอนามัยแม่และเด็กไปเป็นเน้นที่การรักษา พยาบาลการเจ็บป่วยโดยทั่วไป จึงมีการเปลี่ยนแปลงราคาบัตรเป็น 300 บาทในที่สุด และมีการให้ แรงจูงใจแก่สมาชิกบัตรที่ไม่เคยเจ็บป่วยและไม่ได้ใช้บริการเลยในรอบปีให้สามารถต่ออายุบัตร ได้อีก 1 ปี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและให้ต่ออายุบัตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง หรือ 2 ปี

(3) ในระยะปี 2530 – 2534

หลังจากที่ได้เริ่มนำแนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเข้ามาใช้ในโครงการ บัตรสุขภาพด้วยแล้ว ขอบข่ายครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพได้ขยายไปครอบคลุมทุก จังหวัดและทุกอำเภอ อำเภอละ 8 ตำบลและตำบลละ 3 หมู่บ้าน แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงใน นโยบายการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะของผู้บริหารที่มีต่อหลักการและการ ดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพว่าน่าจะปรับให้ค่อยเป็นค่อยไปตามระดับความพร้อมและ ความต้องการของแต่ละพื้นที่ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และวรรณมา จารุสมบุญ, 2536) ทำให้ขอบข่าย ครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพลดลงเหลือเพียงประมาณร้อยละ 36 ของครัวเรือนทั้งหมด

โดยทั่วไปโครงการบัตรสุขภาพนี้ยังคงเป็นกองทุนบัตรสุขภาพในระดับหมู่บ้าน แต่ เริ่มมีการดำเนินงานกองทุนบัตรสุขภาพในระดับอำเภอและตำบลบ้างบางแห่ง บัตรสุขภาพมี 3 ชนิด นอกจากบัตรครอบครัวราคา 300 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาทแล้ว ยังเพิ่ม บัตรบุคคลราคา 200 บาท (สำหรับบุคคลคนเดียว) และได้ปรับลดจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการได้สูง สุดเหลือเพียง 6 ครั้ง

(4) ในระยะปี 2535 – ปัจจุบัน

ในระยะที่ 4 นี้กองทุนได้ปรับขยายขึ้นเป็นกองทุนระดับอำเภอ และเป็นกองทุนระดับ จังหวัด 1 กองทุน ทั้งนี้สะท้อนมาจากแนวความคิดเรื่องภาวะความสัมพันธ์ของกองทุนเป็นสำคัญ และกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอปรับโครงการบัตรสุขภาพเป็น “โครงการประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ”

นอกจากนี้บัตรประกันสุขภาพยังมีเพียงชนิดเดียวคือ บัตรครอบครัวราคา 500 บาท โดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งวงเงินอุดหนุนให้อีกบัตรละ 500 บาท เพื่อให้สถานบริการเข้าสู่จุดคุ้มทุน แต่ในราคาบัตร 500 บาทนี้รวมถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้วย และไม่จำกัดเงื่อนไขของการ รับบริการ

ส่วนแบ่งของเงินกองทุนก็ได้เปลี่ยนไปเป็นว่าสถานบริการได้รับส่วนแบ่งเป็นร้อยละ 80 ของราคาบัตรที่ขายได้ และร้อยละ 20 ของราคาบัตรที่ขายได้เป็นส่วนแบ่งสำหรับแรงจูงใจในการขายหรืออีกประการหนึ่งคือ ค่าการตลาดของการขายบัตรประกันสุขภาพ

1.2.3. โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุข

1. วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อขยายหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หรือ ไม่มีหลักประกันสุขภาพจากระบบอื่นใดของรัฐ หรือภาคเอกชน ได้มีการประกันสุขภาพทุกคนโดยสมัครใจ
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ตลอดจนให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

2. องค์กรดำเนินงาน

ระดับส่วนกลาง	มีหน้าที่กำหนดนโยบาย กลวิธีหลัก หลักเกณฑ์ และแนวทางปฏิบัติประสานงาน สนับสนุนวิชาการ และทรัพยากร
ระดับจังหวัด	มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติภายในจังหวัด รวมถึงการบริหารจัดการเงินงบประมาณอุดหนุนให้เป็นไปตามระเบียบ
ระดับอำเภอ	เป็นระดับปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการมากที่สุด และไม่ซ้ำซ้อนกับระบบอื่น

3. กลวิธีหลัก

ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสมัครใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ ลงทะเบียนเป็นผู้ประกันตน โดยออกเงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพ บัตรละ 500 บาท รัฐบาลให้งบประมาณอุดหนุนบัตรละ 500 บาท เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการและเป็นค่าบริหารทางการแพทย์ สำหรับสถานบริการทุกระดับ

4. ประเภทบัตรและผู้มีสิทธิลงทะเบียน

4.1 บัตรประกันสุขภาพทั่วไป หรือบัตรครอบครัว ราคาบัตรละ 1,000 บาท ประชาชนจ่าย 500 บาท ผู้ประกันตนในบัตร คือ

1.1 บุคคลในครอบครัวได้แก่ สามี ภรรยา และบุตร ที่ชอบด้วยกฎหมาย ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

1.2 ผู้อาศัยที่อยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน และอยู่ในอุปการะของสามี ภรรยา ตามข้อ (1.1) ได้แก่ บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้วและยังไม่ได้สมรส บิดา-มารดาของสามี หรือของภรรยา หรือบุคคลอื่น

ทั้งนี้บุคคลตามข้อ (1.2) จะมีได้ในจำนวนเมื่อรวมกับ (1.1) แล้ว ไม่เกิน 5 คน

การขอมีบัตร

- เขตชนบท หลักฐานใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือกำนันผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรองว่าเป็นบุคคลในครอบครัว

- เขตเทศบาล หลักฐานใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือหัวหน้าครอบครัว หรือผู้นำชุมชนรับรอง

ทั้งนี้เมื่อออกบัตรแล้วจะขอเพิ่มชื่อผู้มีประกันอีกไม่ได้ ยกเว้นบุตรที่คลอดจากผู้ประกัน

ตน แต่ต้องไม่เกิน 5 คน

4.2 บัตรข้ามเขต เป็นบัตรที่ออกให้แก่ผู้ประกัน เพื่อใช้ไปรับบริการนอกเขตจังหวัดในกรณีย้ายที่ทำงานชั่วคราว

การขอมีบัตรข้ามเขต ขอจาก

1. หน่วยปฏิบัติการในเขตภูมิภาค

2. หน่วยปฏิบัติการในท้องที่ที่จะไปอยู่ชั่วคราว

โดยปฏิบัติดังนี้

ผู้ขอจะต้องแสดงเหตุผลที่จะต้องไปอยู่ชั่วคราว (ไม่น้อยกว่า 6 เดือน) พร้อมด้วยบัตรครอบครัวที่ยังไม่หมดอายุ หรือหลักฐานอื่นของทางราชการที่แสดงว่าผู้นั้นเป็นผู้ที่มีชื่อในบัตรครอบครัว ทั้งนี้การมีบัตรข้ามเขต จะไม่ตัดสิทธิที่ผู้มีประกันจะใช้บัตรครอบครัวเดิม

4.3 บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล ซึ่งรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

5. หน้าที่และสิทธิประโยชน์ของผู้มีประกัน

5.1 ผู้ประกันมีสิทธิเลือกกระบวนหน่วยบริการได้ไม่เกิน 2 แห่ง คือ หน่วยบริการระดับตำบลหนึ่งแห่ง และหน่วยบริการระดับอำเภอที่มีแพทย์ประจำอีกหนึ่งแห่ง

5.2 ความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ โดยใช้ในสถานบริการของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น คือ

- ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีนและเซรุ่มในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อจัดเป็นค่าบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปและอื่น ๆ ทำนองเดียวกับที่ใช้ในการบริการทางการแพทย์และอนามัย
- ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัยที่ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่ใช่บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือติดตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย
- ค่าอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงกำหนด
- ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันธรรมดา และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน
- ค่าห้องสามัญและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษ เว้นแต่ผู้มีประกันที่มีสิทธิได้ใช้ห้องพิเศษ และอาหารพิเศษอยู่ก่อนให้ได้สิทธิตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนั้นด้วย
- การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลหลังคลอด และการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

โรคหรือภาวะหรือบริการต่อไปนี้ไม่อยู่ในความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่

- การผ่าตัดเสริมสวย
- การตกแต่งฟันหรือทันตประดิษฐ์
- แว่นตาหรือเลนส์เทียม
- อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ
- การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
- การผสมเทียม
- การเปลี่ยนเพศ
- การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- การรักษาที่อยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- การป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อยังไม่จัดให้ใช้เป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป
- การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่กรณีมีอากาการเฉียบพลันภายในหกสิบวันนับแต่วันเกิดโรค

- การบำบัดโรคหรือภาวะที่ผู้มีประกันจิตใจทำหรือยินยอมให้ผู้อื่นทำให้เกิดขึ้น เช่น การทำแท้ง หรือฆ่าตัวตาย
- การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ เว้นแต่กรณี ที่โรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นนัดให้มารับการรักษาต่อภายหลังการส่งต่อครั้งแรกแล้ว
- อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย
- การบริการพิเศษที่หน่วยบริการจัดขึ้นหรือถูกขอให้จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบายหรือ เป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น จ้างพยาบาลพิเศษ ค่าห้องและอาหารพิเศษ ค่าแต่งศพ ค่าขนส่ง ค่าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น
- ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดภายหลัง

6. การจำหน่ายบัตรและการออกบัตร

- จำหน่ายทุกวัน
- ออกบัตรหลังจากวันที่ รับ - จ่าย เงินสมทบครบแล้ว 15 วัน (นับรวมวันหยุดราชการ) เริ่มใช้สิทธิตามวันที่ออกบัตรจริง
- การรับรองบัตรให้ผู้มีอำนาจในเขตปฏิบัติการ (อำเภอ) ลงนามมุมซ้ายล่างของบัตร
- การจำหน่ายบัตรให้แก่ประชาชนที่อยู่ ในเขตรอบต่อของอำเภอหรือจังหวัด ให้ตัดพื้นที่ของตำบลหรือหมู่บ้านให้ไปขึ้นอยู่กับเขตปฏิบัติการที่ซึ่งประชาชนระบุนสถาน บริการทางการแพทย์

7. การใช้บริการ

- ระดับตำบลหรืออำเภอ สามารถเลือกรับบริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ก่อนก็ได้

- ระดับจังหวัดหรือสถานบริการเฉพาะทางต้องเป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลเทศบาลเทียบเท่าโรงพยาบาลชุมชน) และต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งนอกเหนือขีดความสามารถของหน่วยงานนั้น ๆ และต้องทำใบส่งตัวผู้ป่วย (บ.ส. 08) มาด้วย

- ในกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน อาจเข้ารับบริการในสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้ (รวมทั้งผู้ป่วยประกันสุขภาพต่างจังหวัด)

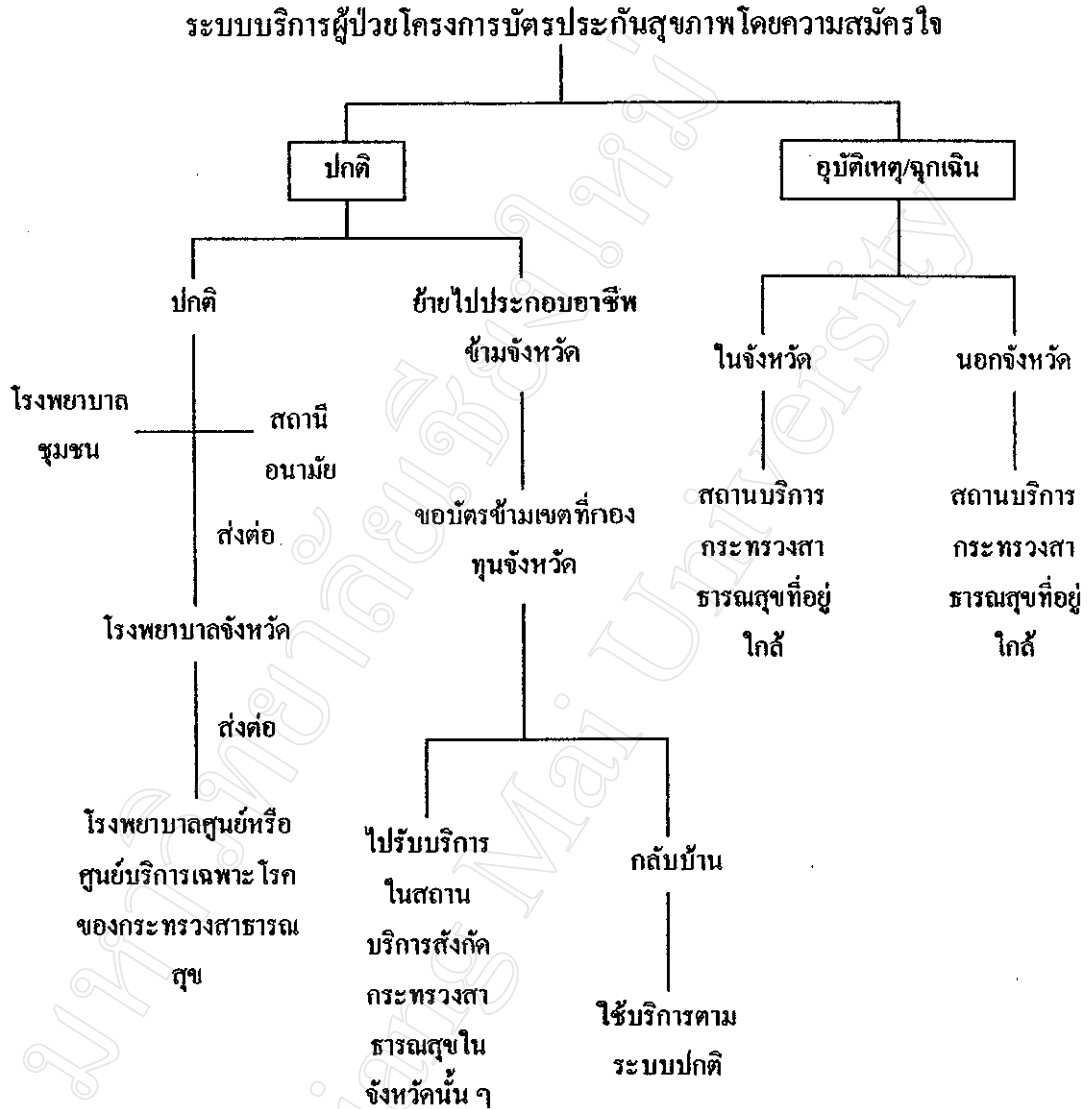
1. ในกรณีมีประกันกับบุคคลที่ 3 ให้เรียกเก็บเงินจากประกันกับบุคคลที่ 3
2. ในกรณีไม่มีประกันกับบุคคลที่ 3 ให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในราคาต้นทุน ให้จดหมายเลขบัตรประกันสุขภาพ อำเภอ จังหวัดและบัตรบันทึกการตรวจโรค

- ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกสังกัด เช่น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ให้จังหวัดทำความตกลงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่โครงการบัตรสุขภาพได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2527 และได้มีการขยายพื้นที่ปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงาน และสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ เช่นเดียวกับทั้งประเทศ อย่างไรก็ตามในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับรัฐบาลสหพันธรัฐเยอรมัน ผ่านหน่วยงานร่วมทางวิชาการ (Thai - German Technical Cooperation for Health: GTZ) ได้ทดลองโครงการบัตรสุขภาพไทย - เยอรมันที่จังหวัดเชียงใหม่ในพื้นที่ 3 อำเภอ คือ อำเภอแม่อาว อำเภอสะเมิง และอำเภอสันป่าตอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์โครงการบัตรสุขภาพ ระหว่างโครงการบัตรสุขภาพไทย - เยอรมัน กับโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเดิมมีข้อแตกต่างที่สำคัญคือ โครงการบัตรสุขภาพไทย - เยอรมันเป็นบัตรครอบครัวนัดเดียวราคา 500 บาท ไม่จำกัดจำนวนสมาชิกครัวเรือน ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการรักษาและสามารถไปใช้บริการในสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนก็ได้ตลอดจนเป็นการบริหารกองทุนระดับอำเภอ

แต่อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2536 เมื่อมีการปรับเปลี่ยนมาเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ จังหวัดเชียงใหม่ก็ได้ปรับมาเป็นโครงการนี้เช่นกัน โดยใช้รูปแบบดำเนินการตามระเบียบของโครงการ คือ ผู้เป็นสมาชิกสามารถระบุสถานพยาบาลได้ 2 แห่ง คือ ระดับสถานีนามัย 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน สำหรับอำเภอจอมทองสามารถเลือกสถานีนามัย 1 แห่ง และโรงพยาบาลจอมทอง ส่วนโรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางอื่น ๆ จะต้องมีการทำใบส่งตัวผู้ป่วยก่อนจึงจะเข้ารับการรักษาตามสิทธิในบัตรประกันสุขภาพนั้น และผลการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2539 พบว่ามีจำนวนสมาชิกบัตรคิดเป็นร้อยละ 5.21 หรือประมาณ 76,564 คน และพบว่ามีผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ เลยคิดเป็นร้อยละ 23.77 หรือประมาณ 348,976 คน ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1.2 และ 1.3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพนั้นยังมีอัตราความครอบคลุมไม่มากเท่าที่ควร

ดังนั้นหากมีการรณรงค์ให้มีการสำรวจประชากรอย่างจริงจังและมีการตั้งกลุ่มเป้าหมายของกลุ่มประชากรผู้มีประกันแต่ละกลุ่มให้ชัดเจน มีการประชาสัมพันธ์และออกบัตรตามสิทธิที่พึงได้รับของประชาชน ดำเนินการตามแนวทางในแต่ละรูปแบบของการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายมากยิ่งขึ้น



รูปที่ 1.1 ระบบบริการผู้ป่วยโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : จากแผนผังการจัดบริการ

- กรณีข้ามขั้นตอนไม่เป็นไปตามระบบส่งต่อ อาจถูกเรียกเก็บเงิน
- กรณีข้ามเขตไปยังโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอื่นได้ทุกแห่ง (มีบัตรเฉพาะตัว)

ตารางที่ 1.1 ร้อยละของความครอบคลุมการประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ ของประชากรทั่วประเทศ
ในปี พ.ศ. 2534 – 2538

ระบบประกันสุขภาพ	2534	2535	2538
1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	16.6	35.9	43.9
- ผู้มีรายได้น้อย	16.3	20.7	15.5
- ผู้สูงอายุ	-	6.2	4.6
- เด็ก 0 – 5 ปี	-	-	7.1
- นักเรียนประถมและมัธยมต้น	-	9.0	8.9
- ทหารผ่านศึก	-	-	0.4
- ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร	0.3	-	5.0
- ผู้พิการ	-	-	1.8
- ภิกษุและสามเณร	-	-	0.6
2. สวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10.2	11.3	11.0
- ข้าราชการและครอบครัว	8.7	9.9	9.6
- พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1.5	1.4	1.4
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	-	7.6	7.3
- ประกันสังคม	-	4.4	7.3
- กองทุนทดแทนแรงงาน	-	3.2	-
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	7.7	3.9	7.8
- การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	7.7	2.3	7.8
- การประกันสุขภาพเอกชน	-	1.6	-
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ (ร้อยละ)	31.8	55.5	70.0
ผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ)	68.2	44.5	30.0

หมายเหตุ : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2538 จำนวน 59,401 ล้านคน

แหล่งที่มา : การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2538

ตารางที่ 1.2 อัตราความครอบคลุมผู้มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2539 ของ
จังหวัดเชียงใหม่

ประเภทกลุ่มผู้มีหลักประกัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มผู้ด้อยโอกาส		
1.1 ผู้มีรายได้น้อย	353,964	24.11
1.2 ผู้สูงอายุ	134,535	9.16
1.3 ผู้พิการ	6,312	0.43
1.4 เด็ก 0 – 12 ปี	228,147	13.24
1.5 นักเรียน สปจ.	109,792	7.48
2. กลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล		
2.1 ทหารผ่านศึกและครอบครัว	13,952	0.95
2.2 พระภิกษุ	9,846	0.67
2.3 อสม.และครอบครัว	61,162	4.17
2.4 ผู้นำชุมชนและครอบครัว	17,112	1.17
3. กลุ่มสวัสดิการอื่น ๆ ที่ได้รับสิทธิอยู่		
3.1 ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	77,960	5.31
4. กลุ่มประกันสุขภาพภาคบังคับและความสมัครใจ		
4.1 การประกันสังคม	46,973	3.20
4.2 การประกันภาคเอกชน	16,419	1.12
4.3 บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	76,564	5.21
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ	1,119,200	76.23
รวมผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ	348,967	23.77

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540

ตารางที่ 1.3 จำนวนผู้ที่เข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขจำแนกราย
อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2539

อำเภอ	จำนวนประชากรรวม	จำนวนผู้มีบัตรประกันสุขภาพ		จำนวนผู้ได้รับสิทธิการรักษาชนิดอื่น		จำนวนประชากรรวม (ร้อยละ)	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	มีประกัน	ไม่มีประกัน
เทศบาล	177,037	1,449	0.82	76,033	42.95	43.77	56.23
เมือง	77,514	1,334	1.72	65,885	85.00	86.72	13.28
จอมทอง	64,379	8,622	13.39	53,281	82.76	96.15	3.85
แม่แจ่ม	59,818	733	1.23	52,442	87.66	88.89	11.11
เชียงดาว	61,928	3,629	5.86	36,854	59.51	65.37	34.63
คอกสเก็ด	56,904	561	0.99	41,886	73.60	74.59	25.41
แม่แตง	70,368	4,764	6.77	48,049	68.28	75.05	24.95
แม่ริม	72,044	6,285	8.72	54,115	75.12	83.84	16.16
สะเมิง	22,457	1,306	5.82	19,117	85.12	90.94	9.06
ฝาง	78,127	12,992	16.63	61,294	78.45	95.08	4.92
พร้าว	51,914	6,187	11.92	38,265	73.71	85.63	14.37
สันป่าตอง	79,978	5,077	6.35	67,727	84.68	91.03	8.97
สารภี	73,561	1,324	1.80	49,792	67.69	69.49	30.51
สันกำแพง	69,667	1,306	1.87	53,917	77.40	79.27	20.73
สันทราย	82,259	5,852	7.11	59,575	72.43	79.54	20.46
หางดง	64,124	628	0.98	47,955	74.78	75.76	24.24
ฮอด	39,060	3,393	8.69	35,478	90.83	99.52	0.48
อมก๋อย	40,603	317	1.27	27,243	67.10	68.37	31.63
แม่ฮ่าย	68,662	4,132	6.02	34,096	49.66	55.68	44.32
คอกเต่า	25,214	2,800	11.10	15,825	62.77	73.87	26.13
เวียงแหง	15,979	279	1.75	9,086	56.86	58.61	41.39
ไชยปราการ	39,636	1,504	3.79	28,689	72.39	76.18	23.82
แม่วาง	28,655	382	1.33	25,255	88.14	89.47	10.53
กิ่งอำเภอแม่ออน	20,575	411	2.00	18,911	91.91	93.91	6.00
กิ่งอำเภอกอยหล่อ	27,704	1,097	3.96	21,866	78.93	82.89	17.11
รวม	1,468,167	76,564	5.21	1,042,636	71.02	76.23	23.77

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2539

ที่มา : ดัดแปลงข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของครัวเรือนในการเข้าร่วม โครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของครัวเรือนในการเข้าร่วม โครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษา ไปปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชน

1.5 โครงสร้างรายงานการศึกษา

รายงานการศึกษาแบ่งออกเป็น 6 บท ได้แก่

- บทที่ 1 : ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโครงการบัตรประกันสุขภาพ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และโครงสร้างรายงานการศึกษา
- บทที่ 2 : ประกอบด้วย หลักการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- บทที่ 3 : ประกอบด้วย ระเบียบวิธีการศึกษา สมมติฐานในการศึกษา แบบจำลอง ขอบเขตการศึกษา การเลือกตัวอย่างและการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งคำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา
- บทที่ 4 : ประกอบด้วยสภาพทั่วไปของพื้นที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
- บทที่ 5 : ประกอบด้วย ผลการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ
- บทที่ 6 : ประกอบด้วยบทสรุป และข้อเสนอแนะ