

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพของเกษตรกร ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอตามลำดับได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
2. พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุข
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
4. ความหมาย หลักการและแนวคิดการประกันสุขภาพ
5. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย
6. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (มัลลิกา มติโก, 2534, หน้า 64-67)

เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger, 1983 อ้างใน มัลลิกา มติโก, 2534, หน้า 64) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในประเทศกำลังพัฒนาโดยชี้ให้เห็นถึงการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัจจัยภายในความคิดของคนไข้ที่จะใช้หรือไม่ใช้บริการทั้งการแพทย์แผนใหม่ และการแพทย์แผนโบราณจากการใช้วิธีทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา Kroeger เน้นปัจจัยการใช้บริการโดยได้แยกตัวแปรในการอธิบายออกเป็น 3 ปัจจัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางเลือกแหล่งบริการคือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Predisposing Factors) ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะครัวเรือน องค์ประกอบของครอบครัว ทัศนคติ การศึกษาและการตัดสินใจต่อสถานบริการด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยส่งเสริม (Enabling Factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การประกันสุขภาพ ความมั่นคงของรายได้

3. ปัจจัยระบบการบริการสุขภาพ (Health Service System Factors) ได้แก่ โครงสร้างของระบบการบริการ ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการเมืองและสังคมของประเทศ

ในเรื่องการใช้หรือไม่ใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศที่กำลังพัฒนาดูเหมือนจะมีเครือข่ายโยงใยและซับซ้อนมากกว่าในประเทศตะวันตก สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งแนวความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากระบบพื้นบ้านไปสู่ระบบการแพทย์ที่ทันสมัยขึ้น

เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางศึกษาปัญหาการเลือกใช้หรือไม่ใช้บริการ Kroeger ได้แจกแจงรายละเอียดของปัจจัย 3 ประการข้างต้น ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานได้แก่

- 1.1 อายุและเพศ
- 1.2 ขนาดของครัวเรือน และสภาพภายในครัวเรือน
- 1.3 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม
- 1.4 กลุ่มชาติพันธุ์ และศาสนา
- 1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
- 1.6 การศึกษา
- 1.7 สถานภาพทางเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ
- 1.8 นวัตกรรม

2. ปัจจัยส่งเสริมได้แก่

- 2.1 โรคเรื้อรังหรือเฉียบพลัน
- 2.2 ความรุนแรงของโรค
- 2.3 สาเหตุของการเกิดโรคและชนิดของโรค
- 2.4 การคาดหวังผลและความพึงพอใจของผู้ป่วย

3. ปัจจัยด้านการให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ

- 3.1 ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์
- 3.2 การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่
- 3.3 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษา
- 3.4 ค่าใช้จ่าย

พฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลอันเป็นผลของการที่ได้เรียนรู้มาจากสังคมและวัฒนธรรม แต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างเดียวกัน ความแตกต่างของพฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพ จะผันแปรไป

ตามตัวแปรทางสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อในประสิทธิภาพของแหล่งบริการ ตลอดจนอุปกรณ
องค์ประกอบอื่น ๆ ในด้านการแพทย์ เช่น ยา ความทันสมัยทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ

ในแง่สังคมศาสตร์การวิเคราะห์พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อความเชื่อมโยงระบบความคิด ความเชื่อและการรับรู้ของมนุษย์กับแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในระหว่างสองขั้วของความสัมพันธ์อันนี้ไม่เพียงแต่จะได้เข้าใจถึงตัวกำหนดที่มีประสิทธิภาพ หากยังสามารถที่จะวิเคราะห์ถึงความเสื่อมสลาย ความเพียงพอและผลของระบบบริการรูปแบบต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน

2. พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุข (สมคิด แก้วสนธิ, 2533, หน้า 113)

พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุขนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านผู้บริโภคบริการยังแบ่งเป็น ปัจจัยที่วัดได้เป็นตัวเงิน กับปัจจัยที่วัดไม่ได้เป็นตัวเงินและวัดได้ยาก ตัวอย่างปัจจัยด้านผู้บริโภคได้แก่

- ระดับรายได้ของผู้บริโภค
- อัตราค่าบริการที่ผู้บริโภคนั้นจะจ่าย
- ระดับความรู้ (ซึ่งอาจสัมพันธ์กับรายได้)
- ความรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคบริการ
- ประเภทและความรุนแรงของโรค
- ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ
- ระยะเวลาจากบ้านไปยังสถานบริการ
- บริการที่ทดแทนได้ซึ่งอยู่ใกล้ เช่น คลินิกเอกชน ร้านขายยา
- ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคและเกี่ยวกับสถานบริการ

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับฝ่ายผู้จัดบริการ มีทั้งปัจจัยที่วัดได้เป็นตัวเงิน กับปัจจัยที่วัดไม่ได้เป็นตัวเงินและวัดได้ยากเช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น

- ความสามารถทางวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์และผู้จัดบริการ
- การกำหนดค่ารักษาพยาบาล
- การกระจายบริการและการเข้าถึงประชาชน
- การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยและระบบผู้ป่วย
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วย
- ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข

8. ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (นิภา มนูญปิจุ, 2530, หน้า 59-61)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมด้านความรู้ในทัศนะของ Bloom วัด 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ความรู้ความจำ หมายถึง การวัดความสามารถในการจำหรือระลึกได้แต่ไม่ใช่การใช้ความเข้าใจไปที่ความหมายในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งแบ่งเป็นลักษณะย่อย ๆ

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง ซึ่งเป็นข้อเท็จจริง

1.1.2 การตีความ หมายถึง การเก็บใจความมาเรียบเรียงเสียใหม่ แต่ความหมายยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

1.1.3 การขยายความ หมายถึง การนำเอาข้อเท็จจริงในปัจจุบันไปทำนายเหตุการณ์ในอนาคต หรือนำไปขยายให้กว้าง หรือลึกลงไป

1.2 ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่าง ๆ ได้ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรมนามธรรมพฤติกรรมด้านนี้แยกออกได้

1.2.1 การแปลความ หมายถึง สิ่งที่อยู่ความหมายได้ถูกต้องหรือเรียกว่าจับใจความได้ถูกต้อง

1.2.2 การตีความ หมายถึง การเก็บใจความมาเรียบเรียงใหม่ แต่ความหมายยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

1.2.3 การขยายความ หมายถึง การนำเอาข้อเท็จจริงในปัจจุบันไปทำนายเหตุการณ์ในอนาคตหรือนำไปขยายให้กว้างหรือลึกลงไป

1.3 การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมาเช่น แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

1.4 การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็นส่วนประกอบย่อยเพื่อความสัมพันธ์และหลักการ หรือทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ แบ่งออกเป็น

1.4.1 การวิเคราะห์ความสำคัญ หมายถึง การใช้ความคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ส่วนประกอบของสิ่งต่าง ๆ เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุด สมเหตุสมผลที่สุด

1.4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หมายถึง การใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของส่วนประกอบของสิ่งต่างตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เพื่อใช้เป็นหลักในการแก้ปัญหา

1.4.3 การวิเคราะห์หลักการ เป็นความสามารถในการมองเห็นวิธีรวมองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

1.5 การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือ ส่วนประกอบย่อยมารวมเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้นมีคุณค่าขึ้น การออกข้อสอบแบบเลือกตอบ เพื่อวัดพฤติกรรมด้านนี้ทำได้ยากการสังเคราะห์ยังแบ่งเป็น

1.5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการพูด หรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึกไปยังบุคคลอื่น

1.5.2 การสังเคราะห์แผนงานเป็นการเสนอแผนการทำงานของงานที่รับผิดชอบหรือที่คิดจะทำขึ้น

1.5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการสร้างชุดความสัมพันธ์ขึ้นเพื่ออธิบายข้อมูลหรือสิ่งต่าง ๆ

1.6 การประเมินค่า หมายถึง การวินิจฉัย หรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์เป็นการตัดสินว่าอะไรดี ไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ แบ่งเป็น 2 อย่างเช่น

1.6.1 การประเมินค่าโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน

1.6.2 การประเมินค่าโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอก

2. วิธีวัดความรู้โดยทั่วไปใช้หลายวิธีเช่น

2.1 แบบทดสอบ

2.2 การสัมภาษณ์ สทนา ชักถามโดยมีแบบสัมภาษณ์หรือไม่ก็ได้

2.3 การให้ฝึกปฏิบัติ

2.4 การตรวจผลงาน

2.5 การสังเกต

4. ความหมาย หลักการและแนวคิดการประกันสุขภาพ

1. ความหมายของการประกันสุขภาพ หมายถึง การให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยแยกเป็น 3 นัย ดังนี้

1.1 การประกันทางตรง ด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาและค่าบริการพยาบาล

1.2 การประกันทางอ้อม ด้วยการชดเชยส่วนของรายได้ที่ต่องสูญหายไปอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพราะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น

1.3 การคุ้มครองโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกัน (Preventive Medicine) ซึ่งได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การให้ภูมิคุ้มกันโรค และอาจรวมถึงค่าใช้จ่ายในการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการตั้งครรภ์และคลอดบุตรด้วย และในอีกบางกรณีการประกันสุขภาพอาจมีความหมายครอบคลุมเป็นระดับครอบครัวด้วย (ปรากฏม วุฒิมงคลและคณะ, 2532, หน้า 9) นอกจากนั้นการประกันสุขภาพยังเป็นกลไกทางเศรษฐกิจที่กระจายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน ดังนั้นจึงไม่อาจคาดคะเนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้รวมทั้งไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าจะใช้จ่ายเงินส่วนนี้เมื่อไร (อรรถ ศาสตราวาทะ, 2528, หน้า 46)

2. หลักการของการประกันสุขภาพ มีหลักการตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ ความสุข (law of average หรือ social solidarity) โดยการคุ้มครองและผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (access to personal care) เมื่อมีความจำเป็น หรือเจ็บป่วยขึ้นโดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาที่สามารถระดมทุนเช่นนี้ จึงจะมีเงินไปใช้ในการจัดบริการให้แก่ผู้เจ็บป่วยซึ่งเป็นลักษณะ cross - subsidization และหากสามารถมีเงินและกำลังงานเหลือไปพัฒนางานด้านการป้องกันโรค จึงจะถือว่าโครงการประกันสุขภาพนั้นสำเร็จ ณ จุดรับบริการนั้น (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร อังโน ผจกญ ศิริกาญจนพงศ์, 2536, หน้า 9)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ (Basic Concepts of Health Insurance) เริ่มจากการประกันความปลอดภัยให้แก่ผู้ที่ทำงานอาชีพที่มีความเสี่ยงบางอาชีพในสมัยก่อน เช่น คนงานเหมืองแร่ โดยผู้ที่ประกอบอาชีพดังกล่าวมีการจัดองค์กรกันอยู่ในรูปของสมาคม ต่อมาได้มีการใช้การประกันสุขภาพกันอย่างแพร่หลายในประเทศเยอรมันนี (พ.ศ. 2426) ออสเตรเลีย (พ.ศ. 2430) อังกฤษ (พ.ศ. 2452) ฝรั่งเศส (พ.ศ. 2466) และประเทศอื่นๆ การประกันสุขภาพนับเป็นส่วนหนึ่งของประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่ง

4. แนวทางการดำเนินงานประกันสุขภาพคือ การที่ผู้บริโภครู้ได้ชำระเงินเป็นงวดในระยะเวลาที่กำหนดโดยผู้รับประกันทำสัญญากับผู้บริโภคว่าในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น ถ้าผู้บริโภคเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาฟรีหรือตามแต่ที่ตกลงกัน แต่ถ้าในช่วงเวลานั้นไม่เกิดการเจ็บป่วยเลยจำนวนเงินที่ชำระไว้แล้วนั้นจะเสียให้แก่ผู้รับประกัน ซึ่งเป็นลักษณะเช่นเดียวกับการประกันรถยนต์ ส่วนการประกันชีวิต (life insurance) เป็นการชำระเบี้ยประกันเป็นงวด ๆ ในระยะเวลาที่แน่นอนเช่น ทุกเดือน ทุกปีจนครบช่วงเวลาที่กำหนดเอาประกัน ระหว่างนั้นถ้าเสียชีวิตก็จะได้เงินตอบแทนชดเชยเท่าที่เคยประกันไว้แม้ว่าจะเสียชีวิตก่อนครบก็ตาม เมื่อครบกำหนด

ประกันแล้วไม่เสียชีวิตก็จะได้เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยในอัตราที่กำหนดไว้คืน ตลอดจนอาจได้เงินปันผลคืนเป็นช่วง ๆ ระหว่างเอาประกัน แต่ในประเทศไทยบริษัทประกันชีวิตหลายบริษัทได้นำวิธีการทั้ง 2 มาประกอบกันกล่าวคือ ผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันเป็นงวดครบเวลาที่เอาประกันระหว่างนั้นถ้าเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรือโรคบางโรคที่ตกลงกันไว้หรือ พิกار หรือตาย ก็จะได้รับค่าตอบแทนตามอัตราที่กำหนด

5. ประเภทของการประกันสุขภาพ

5.1 การประกันสุขภาพโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

5.1.1 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เริ่มครั้งแรกในอังกฤษในคริสต์ศตวรรษที่ 18 หลังจากที่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรมมีคนงานเพิ่มจำนวนมากขึ้นสุขภาพและสวัสดิภาพของคนงานเหล่านั้นอยู่ในสภาพที่ไม่ดีนัก คนงานเหล่านี้จึงตั้งเป็นองค์กรต่าง ๆ เช่น Mutual Benefit, Friendly Society แล้วเรียกเก็บเงินจากสมาชิกโดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกในระยะแรกเป็นรูปช่วยเหลือด้วยตัวเงิน ต่อมาได้เป็นการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลโดยตรง

5.1.2 การประกันสุขภาพโดยบังคับ (Compulsory Health Insurance) เริ่มครั้งแรกในเยอรมันในราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 โดยออกเป็นกฎหมายว่า ข้าราชการทุกคนต้องประกันสุขภาพ ต่อมา ค.ศ. 1883 รัฐบาลได้บังคับให้ประชาชนทุกคนประกันสุขภาพทั่วประเทศภายหลังจากที่ประเทศอังกฤษได้พยายามนำการประกันสุขภาพโดยบังคับมาใช้บ้างเพื่อต้องการเอาใจชนชั้นแรงงานและจากความไม่พอใจการประกันสุขภาพแบบสมัครใจของแพทย์สมาคมของประเทศอังกฤษเนื่องจากทำให้แพทย์มีฐานะเป็นเหมือนลูกจ้างของผู้ใช้แรงงานทั้งหลาย จึงสนับสนุนการประกันสุขภาพแบบบังคับเพื่อหวังให้ฐานะและรายได้มากขึ้นซึ่งในที่สุดระบบสาธารณสุขของอังกฤษ ก็ได้เปลี่ยนแปลงเป็นระบบรัฐสวัสดิการมีการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ในปี ค.ศ. 1946 กล่าวคือรัฐบาลรับผิดชอบบริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ประชาชนทั้งนี้ประชาชนได้จ่ายค่าตอบแทนแก่รัฐบาลในรูปภาษี (สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2529)

โดยสรุปแล้วรากฐานการประกันสุขภาพมีอยู่ 2 แนวทาง คือ แนวหนึ่งเป็นแนวที่พิจารณาจากรากฐานเสรีนิยมที่มุ่งให้เสรีภาพในการตัดสินใจเป็นของแต่ละบุคคลปล่อยให้เสรีภาพที่แต่ละบุคคลจะพึงเลือกหลักประกันด้านสุขภาพภายใต้โอกาสทางเศรษฐกิจที่ตนมีอยู่ อีกแนวหนึ่งที่มีรากฐานจากสังคมนิยมที่ถือว่า รัฐพึงจัดให้มีการประกันสุขภาพในรูปรัฐสวัสดิการโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งต้องจัดสวัสดิการเช่นว่านี้ให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกัน แนวคิดอีกนัยหนึ่งนอกจาก 2 แนวดังกล่าวคือการคำนึงถึงทางสายกลางที่จะผสมผสานระหว่างแนวคิดทั้งสอง

แนวนั้น กล่าวคือผสมผสานให้มีทั้งรัฐสวัสดิการและโอกาสที่ประชาชนจะเลือกประกันสุขภาพด้วยตนเอง (ปรากฏม วุฒิพงศ.,2532,หน้า 31-32)

6. องค์ประกอบของการประกันสุขภาพโดยทั่วไปประกอบด้วย 5 ส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่

6.1 ผู้เอาประกัน (The Insured) เช่น คนงาน ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ (self-employed) สำหรับผู้ที่เอาประกันเช่นคนงานนั้นอาจจะมีนายจ้างและรัฐบาลช่วยออกเบี้ยประกันให้ด้วยก็ได้ (contributor)

6.2 ผู้รับประกัน (The Insurer) เช่น กองทุนประกันสังคมหรือบริษัทประกันต่างๆ

6.3 ผู้ที่จัดให้บริการ (Health Care Provider) ซึ่งอาจจะเป็นของภาครัฐหรือภาคเอกชนอาจจะเป็นรูปโรงพยาบาลหรือไม่ใช่ก็ได้

6.4 รัฐบาล (The Government) นอกจากจะเกี่ยวข้องกับข้อ 1 แล้วยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อ 2 และ ข้อ 3 ด้วย

6.5 องค์การที่ให้การสนับสนุน (Sponsoring Body) บทบาทของรัฐบาลนอกจากบังคับให้เกิดการประกันสุขภาพแล้ว ยังอาจจะต้องมีส่วนสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้

6.5.1 จัดโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการ

6.5.2 รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริหารโครงการ

6.5.3 ให้การช่วยเหลือบุคคลบางกลุ่มที่ไม่สามารถเอาประกันด้วยตนเองได้

7. รูปแบบของการประกันสุขภาพ

7.1 ผู้รับประกันให้การสนับสนุน (Subsidy) สำหรับต้นทุนของการจัดบริการสาธารณสุขโดยไม่พยายามควบคุมราคาบริการ แต่ผู้ที่จะเรียกองค์การรักษายาบาลอาจจะเรียกได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งพบว่าเมื่อราคาสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ แล้ว จะเรียกได้ในสัดส่วนที่น้อยลง

7.2 ผู้รับประกันพยายามควบคุมราคาการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะทำได้โดย

7.2.1 การจัดให้มีสถานบริการของตนเอง (Direct Service) โดยประเมินทรัพยากรที่มีอยู่และความต้องการของประชาชนที่อยู่ในข่ายคุ้มครองเอง ซึ่งถ้าจำเป็นต้องมีการสร้างโครงสร้างพื้นฐานขึ้นใหม่จำนวนมากอาจเป็นผลทำให้อัตราเบี้ยประกันสูงขึ้น ซึ่งตามสภาพเงื่อนไขของประเทศไทยคงจะเป็นไปได้ยากแต่ถ้าทำได้จะช่วยให้สามารถจัดให้มีการให้บริการงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าผู้รับประกันมีแนวคิดทางด้านนี้ สามารถควบคุมคุณภาพและต้นทุนได้

7.2.2 ใช้สถานบริการภาครัฐหรือเอกชนที่มีอยู่แล้ว(Indirect Service) ซึ่งต้องพิจารณาสถานบริการทั้งสองส่วนหรืออาจจะให้ใช้ได้ทั้งสองส่วน แต่ถ้าจะใช้ของเอกชนก็ต้อง

เสียเงินเพิ่ม การรับผู้ให้บริการที่เหมาะสมทุกคนภายใต้บรรยากาศของความร่วมมือกันก่อให้เกิดการยอมรับโครงการในระดับกว้างได้

8. ประโยชน์ของการประกันสุขภาพ (นิตยา แสงเล็กอ้างในผจญ ศิริกาญจนพงศ์ และคณะ, 2536, หน้า 10)

8.1 ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาคในการให้บริการรักษาพยาบาลและเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการบริการที่ให้ นอกเหนือจากที่มีบริการอยู่แล้ว

8.2 ช่วยแบ่งเบาภาระรัฐในการบริการสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้รับบริการประกัน ทำให้รัฐจะได้มีโอกาสช่วยเหลือกลุ่มคนที่ขาดแคลนหรือยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั่วถึงมากขึ้น

8.3 กระตุ้นให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น เนื่องจากได้จัดให้มีบริการอยู่แล้ว

8.4 ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ชัดเจนในกรณีเจ็บป่วยหรือในระหว่างปฏิบัติ งานไม่ได้ ทำให้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคมมากเกินไป

9. ผลของการประกันสุขภาพ

9.1 ผู้บริโภคใช้บริการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น เมื่อผู้บริโภคชำระเงินไปแล้วส่วนหนึ่งก็ย่อมหวังผลตอบแทน เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็จะเรียกร้องบริการเช่น การขอรับยา การขอตรวจพิเศษต่าง ๆ

9.2 ถ้าเป็นการดำเนินงานโดยบริษัทประกันสุขภาพ ก็จะทำให้เกิดปัญหาแพทย์ให้บริการส่วนเกินแก่ผู้ป่วย เพื่อหวังค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันให้มากขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น จนมีคนกล่าวล้อเลียนคนไขอเมริกัน จะไม่มีไส้ติ่ง ไม่มีต่อมทอนซิล ผลที่ตามมาอีกก็คือบริษัทต้องเรียกค่าประกันจากผู้บริโภคสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2529)

10. แนวทางแก้ไข ต่อมาจึงมีผู้พยายามหาวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้โดยการกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้คือ

10.1 ผู้บริโภคจ่ายค่าบริการส่วนแรกตามที่กำหนด (Deductible) ถ้าค่าใช้จ่ายมากกว่าส่วนนี้บริษัทจะเป็นผู้จ่าย

10.2 การแบ่งความรับผิดชอบเป็นอัตราส่วนต่อกันตามที่ตกลง (Co Insurance) เช่น คนละครึ่ง หรือร้อยละ 70 ต่อ 30

10.3 ผู้รับประกันรับผิดชอบจ่ายในวงเงินที่จำกัดตามที่ตกลง (Co -Payment) แต่ ถ้าค่าใช้จ่ายมากกว่านี้ผู้บริโภคต้องจ่ายเอง

10.4 มาตรการต่อแพทย์คือการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) แพทย์จะได้รับค่าตอบแทนในอัตราหนึ่งเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ประกันตลอดปี (Aviva Ron et.al อ้างใน ผจกญ ศิริกาญจนพงศ์และคณะ,2536,หน้า 20)

นอกจากนี้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพอาจจะทำการประกันเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น ประกันใบหน้า ประกันสุขภาพฟัน ประกันโรคมะเร็ง ฯลฯ ซึ่งค่าใช้จ่ายจะต่างกันตามลักษณะความยากง่ายในการเกิดโรคและการรักษา ซึ่งอาจมีรูปแบบเช่นเดียวกับการประกันสุขภาพหรือรูปแบบการประกันชีวิตแล้วแต่ข้อตกลงของบริษัท

11. ข้อดีและข้อเสียของการประกันสุขภาพ (สุจิต ศรีประพันธ์ และคณะอ้างใน ผจกญ ศิริกาญจนพงศ์และคณะ,2536, หน้า 22-23)

11.1 ข้อดี

- 11.1.1 ทำให้ทรัพยากรสุขภาพการสาธารณสุขมากขึ้น
- 11.1.2 เป็นช่องทางในการพัฒนาการเงินการคลังทางด้านสาธารณสุข
- 11.1.3 เป็นการพัฒนาคุณภาพมนุษย์โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในข่ายคุ้มครอง
- 11.1.4 เป็นการสร้างงาน
- 11.1.5 ช่วยลดภาระในการจัดสวัสดิการของรัฐและเอกชนและช่วยให้ประชาชนที่อยู่ในข่ายคุ้มครองสามารถทราบถึงสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ

11.2 ข้อเสีย

11.2.1 เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้นทุนด้านสาธารณสุขสูงขึ้น จากการที่มีการใช้บริการอย่างเกินความจำเป็น (abuse) ซึ่งเป็นปัญหาที่เรียกว่า จริยธรรมการให้บริการ (moral hazard) หรือ ความสูญเสียของสวัสดิการ (welfare loss)

11.2.2 โดยทั่วไปไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้ทั้งหมดก่อให้เกิดอภิสิทธิ์ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการคุ้มครอง (privilege) เป็นรูปแบบหนึ่งของความไม่ยุติธรรมในสังคม (social inequity)

11.2.3 ถึงแม้ว่าทิศทางของการดำเนินงานสาธารณสุข จะมุ่งไปในทางงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีชุมชนเป็นฐานและมีราคาถูก แต่ประสบการณ์ของต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การประกันสุขภาพจะมุ่งเน้นไปทางด้านการรักษาที่มีโรงพยาบาลเป็นฐานและมีราคาแพงซึ่งทำให้ประชาชนสูญเสียการพึ่งตนเองตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

5. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยจำแนกออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 3 กลุ่มดังนี้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2534)

1 สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

- 1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล
- 1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล
- 1.3 โครงการสงเคราะห์เด็กอายุ 0-12 ปี ด้านการรักษายาบาล
- 1.4 สวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐ

วิสาหกิจ

- 1.5 สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการได้แก่

- 2.1 การคุ้มครองการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน(กองทุนทดแทนแรงงาน)
- 2.2 โครงการประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม(กองทุนประกัน

สังคม)

- 2.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

3) การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการเหล่านี้ ได้แก่

- 3.1 การประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน

- 3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ)

รายละเอียดในการดำเนินการของระบบประกันสุขภาพแต่ละประเภทตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาสรุปลงข้อสังเกตได้ดังนี้

1 สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare)

- 1.1.โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล

เกณฑ์การขอรับบริการของผู้ถือบัตรสงเคราะห์ได้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยในรอบปี พ.ศ.2524 - 2527 ไม่ได้กำหนดสถานบริการใช้ในบัตร ผู้ถือบัตรจึงใช้บริการไม่เป็นไปตามระบบการส่งต่อ ต่อมาในรอบปี พ.ศ.2527 - 2530 จึงได้กำหนดสถานบริการเหลือเพียง 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลในท้องที่ภูมิลำเนา นอกเหนือจากสถานบริการที่กำหนดไว้ในบัตรแล้วจะ

ให้บริการได้ต่อเมื่อเป็นกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุเท่านั้น จนในที่สุดปีงบประมาณ พ.ศ.2530 - 2533 และ พ.ศ.2533 - 2536 ได้กำหนดลดจำนวนสถานบริการลงเหลือเพียงแห่งเดียว คือ สถานีอนามัย ในภูมิลำเนา การให้บริการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในบัตรจะต้องอาศัยระบบการส่งต่อเท่านั้น การรักษาพยาบาลฟรีในโครงการนี้รวมถึง ค่าตรวจโรคธรรมดา ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่าเลือด ค่าน้ำเกลือ ค่าออกซิเจน ค่าอาหาร ค่าผ้าตัด ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการในการวางแผนครอบครัว ค่าอุดฟัน ค่าถอนฟัน ค่าใช้เครื่องมือพิเศษ ค่าชันสูตรโรค ค่ายา ค่าทำฟันปลอมและ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน ในปีพ.ศ. 2533 บัตรสงเคราะห์ได้ครอบคลุมประชาชนถึง 10.7 ล้าน คน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ 2534 รัฐบาลได้จัดสรรเงินหมวด เงินอุดหนุนโครงการนี้ถึง 2,000 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 2,500 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2535 การเพิ่มขึ้นของงบประมาณมากเช่นนี้ แสดงถึงเจตจำนงทางการเมืองอย่างสูงที่จะสนับสนุนดูแลผู้มีรายได้น้อยเมื่อเจ็บป่วยงบประมาณนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรให้โรงพยาบาลนอก กระทรวงสาธารณสุขประมาณร้อยละ 20 ในส่วนที่เหลือได้จัดสรรให้จังหวัดโดยอาศัยตัวแปรหลัก 2 ชุด คือ ปริมาณคนจนในจังหวัดและปริมาณผลงานในรอบปีที่ผ่านมา การใช้จำนวนคนจนใน จังหวัดมาพิจารณาร่วมกับปริมาณผลงานของโรงพยาบาลนั้น เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการ กระจายงบประมาณไปยังภาคที่ยากจน และทรัพยากรสาธารณสุขน้อย เมื่อจังหวัดได้รับงบประมาณแล้วจะจัดสรรต่อให้โรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยตาม ลำดับ ในกรณีที่งบประมาณไม่พอจ่ายโรงพยาบาลจะใช้เงินบำรุงมาชดเชยให้กับผู้ป่วยเหล่านี้

สรุปแล้วโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลนี้ จัดได้ว่าเป็นรัฐสวัสดิการแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ โดยรัฐจัดงบประมาณให้เพื่อการนี้ทั้งหมดซึ่งนับว่าเป็นจุดเด่นสำคัญของโครงการ เพราะสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถช่วยตัวเอง ในทางเศรษฐกิจได้นั้นจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ แต่ภาวะการมีรายได้น้อยนั้น ตามนิยามของโครงการแล้วน่าจะเป็นภาวะระยะสั้นหรือชั่วคราวเท่านั้น โดยรัฐต้องดำเนินมาตรการ ในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ควบคู่กันไปเพื่อแก้ไขภาวะการมีรายได้น้อยนั้นและให้ประชาชนส่วน นั้นสามารถช่วยตัวเองได้ในเชิงเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วด้วย ปัจจุบันในปีพ.ศ.2538 รัฐบาลโดย กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคน โสดต่ำกว่า 1,500 บาท ซึ่งเป็นเส้นแบ่งระดับความยากจนเกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ พ.ศ.2524 เป็นเกณฑ์ รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาท ตั้งแต่ปีพ.ศ.2537 เป็นต้นไป งบประมาณของโครงการนี้ได้รับเพิ่มขึ้นมาตามลำดับจากปีพ.ศ.2524 จำนวน 459 ล้านบาทจนถึง 4,000 ล้านบาทในปีนี้ สำหรับปีพ.ศ.2538 งบประมาณนี้จะรวมถึงโครงการสงเคราะห์

กลุ่มอื่น ๆ ของรัฐบาลอันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ปัจจุบันนี้ครอบคลุมประชากร (แยกกลุ่มเข้าซ่อนออกแล้ว) ประมาณ 9.0 ล้านคน งบประมาณนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรให้โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วย

ปัญหาในขณะนี้คือ ยังมีคนจนอยู่อีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ดังนั้นนโยบายจึงควรเพิ่มการครอบคลุมการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โดยให้ครอบคลุมคนยากจนทั้งในเมืองและชนบทได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ล้านคน เป็น 13.2 ล้านคน ตามตัวเลขคนจนซึ่งสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ทำการศึกษาไว้สำหรับการวางแผนการกระจายรายได้ให้กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย โดยการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้เพียงพอแก่การบริการ

1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล

โครงการนี้ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีแต่เริ่มมีงบประมาณดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ.2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลรวมเป็นโครงการเดียวกันกับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน ในทางปฏิบัติได้มีการออกบัตรสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้แก่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปทุกราย ผู้สูงอายุจะไปใช้บริการตามที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้น คือ สถานพยาบาลของรัฐ (ที่ใดก็ได้แห่งหนึ่ง) นอกเหนือจากนี้จะต้องอาศัยระบบการส่งต่อผู้ป่วย ในช่วง 8 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2535 สถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบใดๆเป็นมูลค่า 284.64 ล้านบาท มากกว่าเงินงบประมาณสำหรับโครงการนี้ทั้งหมด เมื่อคิดสัดส่วนการสนับสนุนด้วยเงินงบประมาณของโครงการแล้วพบว่า เท่ากับ 62.65% เท่านั้น และเป็นการที่คาดกันว่าผู้สูงอายุในชนบทจะเสียเปรียบกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง เนื่องจากสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้น้อยกว่าเพราะว่ามีค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการอยู่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีอายุมาก ๆ เช่น สูงกว่า 70 ปีหากไม่มีลูกหลานพาไปก็จะไม่สามารถใช้บริการฟรีได้ จุดอ่อนของบริการสังคมที่มีลักษณะตั้งรับเช่นนี้ก็คือ จะก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โครงการนี้ต้องการการประเมินผลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตราการใช้บริการโดยกลุ่มผู้สูงอายุต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยฐานข้อมูลรายงานปกติและการสำรวจเป็นครั้งคราว นอกจากนั้นการปรับแนวคิดเรื่องการให้บริการแก่ผู้สูงอายุไปในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการมุ่งสร้างพลังให้สามารถกำหนดระดับสุขภาพได้ด้วยตนเองยังเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

1.3 โครงการประกันสุขภาพแก่เด็ก อายุ 0-12 ปี

การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2534 โดยให้เฉพาะเด็กนักเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ อายุ 6-12 ปี เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานพยาบาลของรัฐ ในขณะที่เด็กนักเรียนในสังกัดอื่น ๆ หรือเด็กซึ่งไม่อยู่ในโรงเรียนจะไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพดังกล่าวในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีนายชวน หลีกภัย ได้ขยายหลักประกันทางสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปี ทั้งหมด 14.6 ล้านคน งบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งให้ผ่านกระทรวงศึกษาธิการและส่วนอื่นรวมอยู่ในงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล การประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาตินั้น กระทรวงศึกษาธิการได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหัก 3 บาท กันไว้ที่โรงเรียนสำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนไปสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเหลือ 27 บาทนั้น ให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขโดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย ในปีพ.ศ.2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท โดยครอบคลุมนักเรียนประถมปีที่ 1-6 ถึง 6.7 ล้านคนส่วนในปีงบประมาณ2535 จำนวนนักเรียนลดลงเหลือ 4.17 ล้านคน และจะมีเงินเข้าสู่สถานพยาบาลถึง 125 ล้านบาท จำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณได้จากการสำรวจนักเรียนที่มีได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบใดๆ อย่างไรก็ตามจำนวนนักเรียนที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลในปีงบประมาณ 2535 กลับมีมากกว่าที่ประมาณไว้ในการตั้งงบประมาณเกือบ 1 ล้านคน เนื่องจากโรงเรียนต้องออกบัตรให้กับนักเรียนทุกคนโดยไม่สามารถเลือกออกบัตรให้กับนักเรียนที่อยู่ในเป้าหมายได้เพราะจะเกิดปัญหาการแบ่งแยกเกิดขึ้น

โครงการที่มีลักษณะดังรับเช่นนี้ก็ยังมีข้อเสียคือ นักเรียนในโรงเรียนที่ไกลจากโรงพยาบาลชุมชนแม้ว่าจะมีเงินค่าเดินทางถึง 3 บาทก็ตาม นักเรียนในโรงเรียนที่อยู่ในรัศมี 5 กิโลเมตรรอบ ๆ โรงพยาบาลชุมชนจะใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าโรงเรียนที่อยู่ไกลในรัศมี 5 กิโลเมตรหากจะให้โครงการเกิดความเสมอภาคมากยิ่งขึ้น การจัดเวชภัณฑ์ไว้ที่โรงเรียนโดยใช้เงินส่วนนี้ การออกอนามัยโรงเรียนเคลื่อนที่เช่น หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่จะทำให้โรงเรียนที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์กลางได้รับความเสมอภาคมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในขณะนี้โรงพยาบาลก็ยังไม่มีความตั้งใจให้ดำเนินการอื่นใดนอกเหนือจากการตั้งรับในสถานพยาบาลเท่านั้น

1.4 โครงการให้สวัสดิการแก่ข้าราชการและครอบครัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการจะได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ซึ่งคุ้มครองรวมไปถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งถือเป็นสวัสดิการที่ชดเชยเงินเดือนที่ข้าราชการและลูกจ้างได้รับต่ำมากในภาคราชการ ขณะนี้มีความครอบคลุมรวมทั้งสิ้นประมาณ 6.7 ล้านคน เมื่อเจ็บป่วยในกรณีผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิจะต้องจ่ายเงินด้วยตนเองและนำไปเสิร์ฟเงินไปเบิกจากคลังต้นสังกัดของตนในภายหลัง สำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยในให้นำใบรับรองสิทธิจากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดมาแสดงกับโรงพยาบาลนั้นๆ โรงพยาบาลจะทำการเบิกโดยตรงจากกระทรวงการคลังหรือคลังจังหวัด แล้วแต่กรณีผู้มีสิทธิจะประสงค์ไปรับการรักษาพยาบาลชนิดผู้ป่วยในในโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือของเอกชนก็ได้ แต่สิทธิที่พึงได้จากการนอนโรงพยาบาลเอกชนนั้นเมื่ออยู่อย่างจำกัดตามระเบียบ ข้อกำหนดของกระทรวงการคลังเช่น จำกัดจำนวนวันป่วย อัตราค่ารักษาพยาบาล อัตราค่าห้องต่อวัน เป็นต้น การจำกัดสิทธินี้ก็เพราะกระทรวงการคลังมีนโยบายจะให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการผู้มีสิทธิเหล่านี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาลเอกชนจะต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และค่อยเบิกเงินคืนภายหลังเมื่อโรงพยาบาลของรัฐเบิกเงินจากคลังแล้ว จะนำเข้าเป็นเงินบำรุงหรือเงินรายได้คณะ

(สำหรับโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย) โดยที่ไม่ต้องนำเงินนี้เข้าเป็นรายได้แผ่นดิน เงินบำรุงก็สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนางานบริการผู้ป่วยหรือชดเชยส่วนขาดของงบประมาณหมวดต่างๆ เมื่อเงินบำรุงได้รับอนุมัติให้เก็บไว้ที่โรงพยาบาลผู้บริหารโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเบิกเงินสูงสุดตามที่ระเบียบเปิดให้ ค่าบริการที่เบิกแบ่งออกเป็น 2 ชุด ชุดหนึ่งสำหรับผู้ป่วยสามัญทั่วไปที่จ่ายเงินจากกระเป๋าตนเอง อีกชุดหนึ่งซึ่งสูงกว่าสำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้ การที่กระทรวงการคลังทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายบุคคลที่สาม (third party payer) ประกอบกับค่ารักษาพยาบาลโดยทั่วไปไม่มีลักษณะปลายเปิด (open end) เช่น การไม่กำหนดจำนวนวันป่วยสูงสุดที่เบิกได้ ยกเว้นค่าวัสดุทางการแพทย์บางรายการเท่านั้น จึงทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การจ่ายโรงพยาบาลวิธีนี้เรียกว่า จ่ายตามรายการค่ารักษาพยาบาล (fee-for -service)

สุชาติ กิระนันท์ (2532) ได้รายงานการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำระหว่างปีพ.ศ.2524-2530 ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีอัตราเพิ่มถึงร้อยละ 10 ต่อปี หากเป็นเช่นนี้จะเป็นภาระของรัฐบาลอย่างมากในอนาคต ซึ่งน.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และน.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ได้วิเคราะห์ต่อเนื่องจากงานของสุชาติโดยวิเคราะห์ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลในปีพ.ศ.2531-33 ปรากฏว่าค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นเป็น 3,156 ล้านบาท

ในปีงบประมาณ 2531 เพิ่มขึ้นเป็น 3.521 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2532 และ 4.316 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2533 ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำไม่เปลี่ยนแปลงมากนักคือ 1.78 ล้านคน 1.79 ล้านคน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการที่โรงพยาบาลของรัฐเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกระทรวงการคลังในลักษณะเช่นนี้ ก็ยังเป็นประโยชน์คือช่วยจุนเจือฐานะเงินบำรุงโรงพยาบาลในภาวะการขาดแคลนงบประมาณเรื้อรัง เงินบำรุงได้สร้างความเสมอภาคมากขึ้นคือ ฝั้เงินงบประมาณมาอุดหนุนบริการโรงพยาบาลของรัฐซึ่งลูกค้าส่วนใหญ่คือคนยากจนนั่นเอง ในทางตรงกันข้ามจะไม่เกิดลักษณะเช่นนี้ในโรงพยาบาลเอกชนและในขณะนี้กำลังมีความพยายามที่จะปรับปรุงพระราชกฤษฎีกาสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเพื่อให้สามารถครอบคลุมการให้บริการจากภาคเอกชนได้มากยิ่งขึ้นสาระสำคัญของการปฏิรูปได้แก่

1. ให้ข้าราชการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลเอกชนได้และนำมาเบิกได้ในอัตราไม่เกิน 500 บาทต่อคนต่อเดือน (สิทธิเฉพาะตัว)
2. ปรับอัตราค่าเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยที่ให้เบิกค่ารักษาที่นอกเหนือจากค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์บำบัดรักษาได้ไม่เกิน 3,000 บาทเป็น 9,000 บาท
3. ให้ข้าราชการใช้บริการตรวจร่างกายประจำปีได้ที่สถานพยาบาลเอกชน พร้อมทั้งปรับอัตราค่าจ่ายเงินให้สูงขึ้นด้วย (สิทธิเฉพาะตัว)
4. กรณีที่โรงพยาบาลเอกชนไม่มีเครื่องมือตรวจและบำบัดรักษาพิเศษ แต่จำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาและตรวจวินิจฉัยโดยเครื่องมือพิเศษที่อื่นให้นำค่าใช้จ่ายนั้นมาเบิกด้วย

ผลกระทบที่สำคัญของการปฏิรูปนี้ คือ

1. ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากงบกลางจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นภาระอย่างหนักต่องบประมาณ ประมาณว่าน่าจะเพิ่มกว่าเดิม 150%
2. ไม่สามารถป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็นโดยผู้ป่วยและโรงพยาบาล(ทั้งภาครัฐและเอกชน)
3. เงินงบกลางค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัฐบาลตั้งเบิกจากกรมบัญชีกลางหรือคลังจังหวัด/คลังอำเภอจะลดลงอย่างรวดเร็ว เงินเหล่านี้จะผันไปสู่สถานพยาบาลเอกชนและเป็นการพลิกโฉมการคลังที่ไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้
4. บริการโรงพยาบาลรัฐบาลยิ่งจะมีคุณภาพและปริมาณลดลง เพราะเงินบำรุงเป็นสายเลือดที่สำคัญในการหล่อเลี้ยงโรงพยาบาลรัฐบาลขณะที่เงินงบประมาณไม่พอเพียงในการสงเคราะห์ประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้

5. เงินที่ผันไปสู่โรงพยาบาลเอกชนอย่างน้อย 5-6 พันล้านบาทต่อปี จะเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญให้ค่าใช้จ่าย "รพ.เอกชน" พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและมีผลด้านลบต่อระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหา "สมองไหล" จะเพิ่มความรุนแรงขึ้น

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลของรัฐจะต้องปรับตัวให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการกลุ่มนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความสะดวกสบาย ความรวดเร็ว ความประทับใจ และการเข้าถึงบริการในช่วงนอกเวลาราชการ

1.5 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ

ผู้ที่มีบัตรทหารผ่านศึก เหยื่อราชการชายแดน นักบวช ฯลฯ นั้นจะได้รับสิทธิรักษายาบาลฟรีเฉพาะตัว โดยมีระเบียบของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกำกับสิทธิอันพึงมีพึงได้และขั้นตอนในการปฏิบัติด้วย ประชากรในกลุ่มเป้าหมายนี้มีประมาณ 3.17 ล้านคนและส่วนใหญ่จะมีสิทธิเฉพาะตัวเท่านั้น อย่างไรก็ตามสิทธิที่มีอยู่นี้ไม่ได้บังคับให้ใช้บริการที่ได้ที่หนึ่งเหมือนเช่นผู้ถือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยผู้มีสิทธิเหล่านี้จึงใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐได้โดยตรง รัฐบาลไม่ได้จัดงบประมาณเพื่อการนี้โดยเฉพาะแต่อาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล การรายงานการใช้บริการนั้นในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขให้รายงานอยู่ในกลุ่มสงเคราะห์ข้าราชการพยาบาลประเภท ค

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance)

2.1. กองทุนทดแทนแรงงาน

กองทุนทดแทนแรงงานได้ดำเนินการภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงานเพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้างในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนดอัตราร้อยละของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (employer liability scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลักประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้างของเอกชนซึ่งปฏิบัติงานให้นายจ้างตามกฎหมายแรงงานให้กว้างขวางขึ้นด้วย

ประโยชน์ทดแทนที่ลูกจ้างได้รับ ได้แก่

- 1) ค่ารักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะจ่ายให้โรงพยาบาลตามที่จ่ายจริงและจำเป็นทั้งนี้ไม่เกินวงเงิน 30,000 บาท
- 2) ค่าทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนแต่ต้องไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,000 บาทและไม่เกินเดือนละ 6,000 บาท
- 3) ได้รับค่าทดแทนระหว่างที่ไม่สามารถทำงานได้ติดต่อกัน 3 วันขึ้นไปแต่ต้องไม่เกิน 1 ปี

4) ถ้าลูกจ้างสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะจะได้รับการทดแทนตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดไว้ไม่เกิน 10 ปี

5) ถ้าลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยถึงแก่ความตาย ผู้มีสิทธิจะได้รับค่าทดแทนเป็นระยะเวลา 5 ปีและค่าทำศพเป็นจำนวนเงิน 3 เท่าของค่าจ้างรายเดือนแต่ต้องไม่ต่ำกว่า 5,000 บาทและไม่เกิน 10,000 บาท

กองทุนเงินทดแทนดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2517 โดยเริ่มต้นจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเกินกว่า 20 คน ในกรุงเทพฯและปริมณฑลก่อนโดยมีจำนวนนายจ้างลงทะเบียนจ่ายเงินสมทบจำนวน 2,492 ราย และลูกจ้างในความคุ้มครอง 272,848 รายในปี พ.ศ.2517 ต่อมาค่อย ๆ ขยายไปยังต่างจังหวัดจนในปีพ.ศ.2532 ครอบคลุมสถานประกอบการจำนวน 13,261 รายคุ้มครองลูกจ้างทั้งสิ้น 1,661,651 คน (กองทุนทดแทนแรงงาน 2532) การจ่ายเงินสมทบนี้คำนวณจากอัตราสมทบพื้นฐานซึ่งกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องอัตราและวิธีเรียกเก็บเงินสมทบการจ่ายเงินทดแทนของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนและการอุทธรณ์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2533 เมื่อนายจ้างจ่ายเงินสมทบได้สามปีแล้ว ก็จะคำนวณหาอัตราประสบการณ์ (experience rate) ของสถานประกอบการนั้นโดยใช้หลักการคือ หากเงินทดแทนที่จ่ายแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นต่ำเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานน้อย (เพราะการมีมาตรการความปลอดภัยสูง) นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราสมทบในปีถัดๆไป กลไกอันนี้เชื่อว่าจะทำให้นายจ้างเกิดแรงจูงใจให้เพิ่มมาตรการความปลอดภัยในการทำงานแก่ลูกจ้างมากขึ้นเพื่อจะได้รับการลดอัตราสมทบ แต่ปรากฏว่าจากรายงานประจำปีพ.ศ.2532 ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนพบว่า จำนวนนายจ้างได้รับการเพิ่มอัตราเงินสมทบใน 3 ปี ระหว่างพ.ศ.2530-2532 คงที่ไม่เปลี่ยนแปลงกล่าวคือประมาณร้อยละ 21 ได้รับการเพิ่มอัตราเงินสมทบซึ่งได้แก่ กิจการการผลิตภัณฑ์จากโลหะเครื่องจักรและอุปกรณ์มากที่สุด และร้อยละ 76ของนายจ้างได้รับการลดอัตราสมทบก็คงที่เช่นกันในระหว่างพ.ศ.2530-2532 ซึ่งได้แก่ กิจการการค้า ภัตตาคาร และโรงงาน ด้วยเหตุนี้จึงเกิดคำถามว่ามาตรการการเพิ่มลดอัตราสมทบนั้นจะได้ผลในทางปฏิบัติหรือไม่ ในสถานประกอบการชนิดใดและถ้าไม่ได้รับการลดอัตราสมทบจะเป็นอย่างไร การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานดังกล่าวเกิดเนื่องจากฝ่ายนายจ้างเพราะมาตรการป้องกันอุบัติเหตุไม่ได้ หรือเกิดจากฝ่ายลูกจ้างเอง เช่น ประสบการณ์ในการทำงานมีน้อยเป็นต้น คำถามเหล่านี้ต้องการคำตอบเพื่อนำไปสู่ทิศทางนโยบายและการปฏิบัติที่เหมาะสมในการลดอัตราการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ

ทางการเงินของกองทุนนั้น ปรากฏว่าเงินสมทบสูงกว่าเงินทดแทนมาโดยตลอด ตั้งแต่ปีพ.ศ.2522 - 2530 ทั้งเงินสมทบและเงินทดแทนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี จนกระทั่งปีพ.ศ.2531 และ พ.ศ.2532 เป็นต้นมาเงินทดแทนที่จ่ายไปไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลเงินทดแทนต่าง ๆ นั้น สูงกว่าเงินสมทบที่ได้รับ ในปีพ.ศ.2532 กองทุนมีรายได้ทั้งสิ้น 654 ล้านบาท เป็นรายได้จากเงินสมทบประจำงวด 123.2 ล้านบาท เงินสมทบประจำปี 219.3 ล้านบาท เงินสมทบจากการตรวจบัญชี 51.3 ล้านบาท เงินเพิ่มตามกฎหมาย 12.8 ล้านบาท ส่วนลดรับ 0.4 ล้านบาท ดอกเบี้ย 242.9 ล้านบาท รายจ่ายทั้งสิ้น 396.9 ล้านบาท จ่ายเป็นเงินทดแทนแล้วเป็นจำนวน 229.3 ล้านบาท และต้องสำรองไว้เป็นรายจ่ายผูกพันสำหรับลูกจ้างที่ต้องรับเงินทดแทนเป็นรายเดือนตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดจำนวน 167.6 ล้านบาท เงินทดแทนที่จ่ายแล้ว 229.3 ล้านบาท จ่ายเป็นเงินค่าทดแทน 11.4 ล้านบาทหรือร้อยละ 52.5 ค่ารักษาพยาบาล 113.7 ล้านบาทหรือร้อยละ 46 ค่าทำศพและค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน 4.2 ล้านบาทหรือร้อยละ 1.5 ในด้านการให้บริการนั้นเมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุที่สืบเนื่องจากการทำงานก็ให้ผู้ป่วยนำไปรับรองการมีสิทธิคุ้มครองภายใต้กองทุนนี้ไปยังโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลแต่อย่างใด โรงพยาบาลหรือคลินิกนั้นจะส่งใบแจ้งหนี้ไปยังสำนักงานกองทุนเงินทดแทนกรมแรงงานโดยที่ฝ่ายวินิจฉัยของกองทุนจะวินิจฉัยการมีสิทธิและพิจารณาจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งนี้จะจ่ายให้ตามที่โรงพยาบาลให้บริการจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 30,000 บาท ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน เมื่อดูแนวโน้มแล้วจะพบว่าค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจะมีอัตราเพิ่มขึ้นเร็วมาก อย่างไรก็ตามเนื่องจากการนำอัตราประสบการณ์มาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับความอยู่รอดทางการเงินของกองทุน ก็มีข้ออ่อนของมาตรการนี้คือ ก) การเพิ่มอัตราสมทบนั้นเพิ่มได้สูงสุดเพียงร้อยละหนึ่งของอัตราพื้นฐานเท่านั้น ข) นายจ้างมีแนวโน้มรายงานจำนวนลูกจ้างและอัตราค่าจ้างต่ำกว่าความเป็นจริง ค) กลไกของสำนักงานกองทุนทดแทนแรงงานในการตรวจสอบความถูกต้องนี้ยังไม่มากเพียงพอผู้ศึกษาจึงคาดการณ์ล่วงหน้าไว้ในอนาคตกองทุนทดแทนแรงงานจะประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินพอสมควร เนื่องจากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเป็นแบบปลายเปิด (open end) แม้จะกำหนดเพดานค่ารักษาพยาบาลไว้สูงสุดไม่เกิน 30,000 บาท ต่อครั้งก็ตาม

เมื่อวิเคราะห์วิธีการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแล้วจะเห็นได้ว่าเป็นแบบการจ่ายตามรายการค่ารักษาพยาบาลหรือเรียกว่า fee for service แต่จำกัดเพดานไว้สูงสุด 30,000 บาทต่อครั้ง โดยทฤษฎีและข้อค้นพบเชิงประจักษ์ในต่างประเทศพบว่าภายใต้การจ่ายแบบ fee for service นั้นโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการไม่มีแรงจูงใจให้ประหยัดการสั่งใช้ยาและการสั่งตรวจรักษา

เนื่องจากสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มที่จากบุคคลที่สาม(third party payer) นั่นคือ กองทุนทดแทนแรงงานนั่นเอง เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้วจึงเกิดคำถามว่าภายใต้การจ่ายเช่นนี้ของกองทุนทดแทนแรงงานจะมีพฤติกรรมที่เรียกว่า จริยธรรมของการให้บริการ(moral hazard)หรือไม่หากพบว่ามีกองทุนน่าจะมีมาตรการอย่างไรในการควบคุมค่ารักษาพยาบาล การจ่ายค่ารักษาตามกลุ่มโรค (DRG:Diagnostic Related Group)จะเป็นทางออกที่ดีในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพอย่างไรหรือไม่ คำถามเหล่านี้ต้องการศึกษาทำความเข้าใจให้ปรากฏ สำหรับการพัฒนานโยบายในด้านนี้เพื่อใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 กองทุนประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ใช้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลสมทบเงินฝ่ายละเท่าๆ กันในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างเข้ากองทุนเงินประกันสังคม โดยในเบื้องต้นนั้นลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนจะมีสิทธิประโยชน์ 4 ประการคือ ก) การเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน ข) ทูพพลภาพ ค) คลอดบุตรและ ง) การตาย ทั้งนี้ยังมีเงินทดแทนการสูญเสียรายได้ระหว่างการเจ็บป่วยและหรือทูพพลภาพด้วย ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2534 คุ้มครองลูกจ้างทั่วประเทศทั้งสิ้น 20.2 ล้านคน (คาดว่าภายในหนึ่งปีมีลูกจ้างในความคุ้มครองสูงถึง 20.7 ล้านคน) และสามารถเก็บเงินเข้ากองทุนประมาณ 4,500 ล้านบาทต่อปี คณะกรรมการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม(ซึ่งมีตัวแทนนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาลอยู่ในคณะกรรมการนี้)มีมติให้กองทุนประกันสังคม จ่ายเหมาให้โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนมาลงทะเบียนไว้ในอัตรา 700 บาทต่อคนต่อปีโดยให้โรงพยาบาลดูแลผู้ประกันตนเหล่านี้ไม่ว่าจะป่วยมากหรือน้อยไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน อัตรานี้คำนวณจากตัวแปรสำคัญ 2 ชุด คือ อัตราการเจ็บป่วยและต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ (ของโรงพยาบาลระดับจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ) ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่เริ่มโครงการประกันสังคมโดยการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลด้วยวิธีการ เหม่าจ่าย (capitation payment) เหตุผลที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลแบบเหม่าจ่าย ได้แก่ เงินสมทบของกองทุนประกันสังคมในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างจาก 3 ฝ่ายไม่สามารถจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ 4 ประการดังกล่าวได้ ค่าใช้จ่ายในการบริการต่ำมากเนื่องจากไม่ต้องพิจารณาใบแจ้งหนี้ที่มีถึง 6 ล้านใบในแต่ละปี กองทุนประกันสังคมสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายได้ล่วงหน้า ทำให้กองทุนมีความมั่นคงสูงและมีความสามารถขยายไปสู่ประชากรเป้าหมายในอนาคตคือ ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปและประชาชนในภาคเกษตรกรรมในลักษณะการประกันสุขภาพอย่างสมัครใจ เมื่อกองทุนมั่นคงก็ไม่ต้องใช้เงินอุดหนุนจากภาษีอากรของประเทศซึ่งมาจากคนส่วนใหญ่ที่เป็นคน

ยากจน โรงพยาบาลจะมีพฤติกรรมในการให้บริการอย่างสมเหตุสมผลเพราะจะเกิดการประหยัด อยู่ในตัวอย่างไรก็ตามมีข้อเสียของการเหมาจ่ายเช่นเดียวกัน คือโรงพยาบาลอาจจะคำนึงถึงการลดค่าใช้จ่ายแต่เพียงฝ่ายเดียว ทำให้คุณภาพบริการลดต่ำลงและยังความไม่พอใจแก่ผู้ประกันตน เงินเหมาจ่ายนี้จะคุ้มครองโรคหรืออาการเจ็บป่วยเกือบทั้งหมด ยกเว้นการเจ็บป่วยที่ผู้ประกันตน ใช้บริการที่อื่นที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ การคลอดบุตร โรคหรือภาวะที่ต้องการรักษาที่ใช้เงินสูงมาก เช่นการผ่าตัดหัวใจ การใช้เคมีบำบัด เป็นต้น จะเบี่ยงจากเงินสำรองของกองทุนประกันสังคมโดยตรง (แต่มีอัตราเพดานที่กำหนดโดยมติคณะกรรมการแพทย์อีก) นอกจากนี้ยังมีบางโรค บางภาวะที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกองทุนประกันสังคมเช่น โรคจิต โรคที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด โรคเดียวกันที่ต้องนอนโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วันต่อปี บริการทันตกรรม ฯลฯ

เงินเหมาจ่าย 700 บาทนี้ไม่คิดค่าให้เอกชนมาจัดบริการ จะเห็นได้ว่ามีโรงพยาบาลเอกชนเพียง 16 แห่ง จากจำนวนทั้งสิ้นทั่วประเทศ 134 แห่งที่ทำธุรกิจกับกองทุนประกันสังคมนี้เท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐจึงเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ระบบราชการมีความไม่คล่องตัวอยู่มากเกิดปัญหาในการอำนวยความสะดวกและจัดบริการให้แก่ผู้ประกันตนพอใจได้ จึงเกิดปรากฏการณ์คือ ผู้ประกันตนเห็นว่าบริการที่จัดให้เป็นบริการชั้นสอง ขาดคุณภาพ ภายหลังพบว่าอยู่ได้ โรงพยาบาลเอกชนจึงเข้าร่วมมากขึ้น ปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างผู้ประกันตนและโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ทั้งนี้เพราะผู้ประกันตนมีความคาดหวังสูง (เพราะจ่ายเงินล่วงหน้าประมาณ 540-2,700 บาทต่อปีและต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า90วันจึงจะเกิดสิทธิ) กระทั่งคาดหวังว่าจะได้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแต่การณปรากฏว่าโรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการ ในขณะที่โรงพยาบาลเองพยายามบริหารให้ได้ภายใน 700 บาทต่อหัวต่อปีเพื่อให้ได้กำไร จากการประเมินผลเบื้องต้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2534 ปรากฏว่าอัตราการให้บริการในเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม พ.ศ.2534 ยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำเพราะข้อขัดแย้งดังกล่าวข้างต้น นอกจากนั้นโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักไม่เอื้อเพื่อจัดให้มีระบบเครือข่ายเช่นให้มีโรงพยาบาลระดับรองที่ผู้ประกันตนสามารถไปใช้บริการอย่างสะดวก ทั้งนี้เพราะในปีแรกนั้นนายจ้างเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลของตน จึงทำให้เกิดปัญหาการเดินทางที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการไม่สะดวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่ประชาชนสามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการเหล่านี้ได้แก่

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นธุรกิจประกันสุขภาพผู้มีรายได้สูงกับบริษัทประกันชีวิตต่างๆ หรือการที่นายจ้างภาคธุรกิจเอกชนซื้อประกันหมู่ให้แก่ลูกจ้างเป็นต้น การประกันสุขภาพชนิดนี้สามารถครอบคลุมประชากรได้เพียง 236,000 คนหรือร้อยละ 0.4 ของประชากรทั้งประเทศ

3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) โครงการนี้คุ้มครองกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่สมัครใจซื้อบัตรสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นชาวชนบท โครงการนี้ครอบคลุมประชากร 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 3.3 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2533

6. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

6.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของบริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมต่อท้ายกรรมธรรม์ประกันชีวิตและการทำธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพอย่างเดียว รวมทั้งระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มได้ ซึ่งสามารถทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่

6.1.1 การซื้อกรรมธรรม์เพื่อคุ้มครองและให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากประกันชีวิตประเภทต่าง ๆ ในระบบประกันบุคคลและประกันหมู่

6.1.2 การซื้อกรรมธรรม์ประกันวินาศภัยโดยเฉพาะประกันอุบัติเหตุโดยรวมการคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพด้วย

6.1.3 การซื้อกรรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากบริษัทที่จดทะเบียนทำธุรกิจประกันวินาศภัย

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัด คือ ให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้างหรือผู้มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ คักยภาพในการขยายการครอบคลุมมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมากการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ itemised bill และ fee - for - service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก การประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมประชากร 0.84 ล้านคน

6.2 โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข (โครงการบัตรสุขภาพ)

เป็นโครงการประกันสุขภาพซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2526 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2538) เนื่องจากมีการดำเนินการเป็นเวลานาน ดังนั้นจะแบ่งรายละเอียดการดำเนินการเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1. แนวคิด ประวัติความเป็นมา และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2. โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ปี พ.ศ.2538

ส่วนที่ 1 : แนวคิด ประวัติความเป็นมาและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. แนวคิด วิวัฒนาการของแนวคิดในการดำเนินการของโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เริ่มต้นในช่วงต้นของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดหลักของแผน ฯ 5 ที่เน้นความสำคัญของกลวิธีหลักคือ ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นจุดเริ่มต้นของโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จึงวิวัฒนาการมาจากแนวคิดด้านการบริหารจัดการกองทุน (community financing) โดยมีความมุ่งหวังที่จะใช้เงินจากกองทุนไปพัฒนางานอนามัยและเด็ก และงานวางแผนครอบครัว โครงการในระยะที่ 1 จึงได้เริ่มต้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2526 ใช้ชื่อว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ต่อมาในช่วงปลายแผน ฯ 5 ภายหลังจากโครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็กดำเนินการไปได้ครบ 1 ปีและมีแผนการใช้บัตรโดยสมาชิกของกองทุนอนามัยและเด็กในระยะสั้นเพียงประมาณ 3 เดือน โดยเฉลี่ยแต่มีแนวโน้มแสดงให้เห็นถึงผลดีของโครงการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของระบบการคัดกรองผู้ป่วยและระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายผลไปทั่วประเทศในปีพ.ศ.2527 เป็นต้นไปโดยมิได้เปลี่ยนแนวคิดหลักในเรื่องของการสาธารณสุขมูลฐานและ Community Financing แต่อย่างใด สิ่งที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมขึ้นมาก็คือ การเปลี่ยนจุดขายจากเดิมที่นำเงินจากกองทุนไปพัฒนาด้านการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวเป็นหลัก มาเป็นเน้นจุดขายอยู่ที่การรักษาพยาบาลโดยทั่วไปเป็นหลัก และได้เปลี่ยนชื่อโครงการมาเป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ.2527 เป็นต้นมา โครงการบัตรสุขภาพในแผน ฯ 5 ได้เริ่มต้นอย่างรวดเร็วจนสามารถขยายผลไปได้ครบทุกจังหวัดอันเป็นรากฐานของการดำเนินงานในช่วงแผน ฯ 6 ต่อมา ในช่วงแผน 6 ฯ นี้เองที่ได้เริ่มต้นพูดถึงหลักการการประกันสุขภาพควบคู่ไปกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานไปพร้อม ๆ กันโดยหลักการสำคัญของการประกันสุขภาพในช่วงนี้ถือเป็นมาตรการทางการเงินการคลังด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นและได้ให้มีโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจปรากฏในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6(2530-34) ซึ่งจัดไว้ในแผนงานการบริหารงานสาธารณสุข แต่ด้วยความเข้าใจทั่วไปและความนิยมแล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนยังคงนิยมที่จะเรียกขานชื่อโครงการเดิมคือ “โครงการบัตรสุขภาพ” ใน

ช่วงของการปรับเปลี่ยนสำคัญ เห็นจะเป็นในช่วงแผนฯ 7 ที่ได้กำหนดให้ การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เป็นส่วนหนึ่งของงานประกันสุขภาพ แผนงานรองสวัสดิการสาธารณสุข ภายใต้แผนงานบริการสาธารณสุขแทนที่จะเป็นแผนงานบริหารการสาธารณสุข และแนวคิดหลักในช่วงแผนฯ 7 นี้เอง ที่ได้กำหนดให้การประกันสุขภาพเป็นแนวคิดหลักของโครงการอย่างแท้จริง โดยมี การคำนึงถึงการขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และความคุ้มครองของราคาบัตร และความอยู่รอดทางการเงินของโครงการเป็นประการสำคัญ

2. วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ของโครงการได้มีวิวัฒนาการเช่นเดียวกับวิวัฒนาการของแนวคิดที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น กล่าวคือ ในช่วงปีพ.ศ.2526 ที่เริ่มต้นโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการจะเน้นอยู่ที่ 2 ส่วน คือ 1) เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก 2) เพื่อส่งเสริมระบบการส่งต่อและคัดกรองผู้ป่วย ต่อมาในช่วงปลายแผนฯ 5 ได้ขยายโครงการและปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์ของโครงการให้ครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น กล่าวคือ ได้กำหนดไว้ว่า

1) เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ตลอดงานทางด้านส่งเสริมป้องกันโรคและรักษาพยาบาล

2) เพื่อปรับบทบาทให้ชาวบ้านเป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ส่วนเจ้าหน้าที่ให้มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการ

3) พัฒนาคุณภาพในส่วนของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะด้านการจัดสรรเงิน ในส่วนของเจ้าหน้าที่และสถานบริการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) เพื่อลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงให้อยู่ลงในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีโอกาสดำเนินงานอื่นที่มีคุณภาพและวิชาการต่อไป

ในช่วงของแผนฯ 6 ได้ระบุวัตถุประสงค์ของโครงการที่เน้นหลักการของการประกันสุขภาพควบคู่กันไปกับหลักการของสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างชัดเจน ดังนี้

1) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ได้มีหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัย และมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเท่าเทียมกันตามขั้นตอน ตามความจำเป็นอย่างมีระบบและมีศักดิ์ศรี โดยความสมัครใจ

2) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองครอบครัวและชุมชน ให้สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

สำหรับในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก็ได้ระบุวัตถุประสงค์เฉพาะของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจไว้อย่างชัดเจน ซึ่งได้กล่าวถึงระบบการ

ประกันสุขภาพแบบบังคับตามพ.ร.บ.ประกันสังคมไว้ด้วย โดยได้แยกระบบทั้งสองออกจากกัน อย่างชัดเจน วัตถุประสงค์ของโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จึงได้ระบุไว้เป็นดังนี้

1) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่พระราชบัญญัติประกันสังคมยังครอบคลุมไปไม่ถึงได้มีหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัย

2) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้สอดคล้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการพึ่งตนเองได้ทางการเงินและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในสังคม ตลอดจนหลักการเฉลี่ยความเสีย

3 กิจกรรม

3.1 พื้นที่ดำเนินการ ในช่วงเริ่มต้นโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก เมื่อปีพ.ศ. 2526 ได้เริ่มต้นในพื้นที่ทดลองดำเนินการใน 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา รวมทั้งสิ้น 18 หมู่บ้าน และได้ขยายผลไปทุกจังหวัดในปีพ.ศ.2527 โดยกำหนดให้มีความครอบคลุมจังหวัดละ 1 ตำบล ตำบลละ 2 หมู่บ้าน แต่ปรากฏว่ามีการสนองนโยบายขยายโครงการได้เร็วมาก กล่าวคือในปีพ.ศ.2527 สามารถดำเนินการได้ถึง 952 หมู่บ้าน ใน 448 ตำบล ของ 152 อำเภอทั่วประเทศ สำหรับในช่วงของแผนฯ 6 ได้ขยายโครงการให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ทุกอำเภอ โดยได้เปิดโครงการ 8 ตำบลใน 1 อำเภอ และกำหนดให้เปิดดำเนินการตำบลละ 3 หมู่บ้าน และเมื่อวิวัฒนาการมาจนถึงปัจจุบันปรากฏว่า ในปีพ.ศ.2536 มีจังหวัดที่ยังคงเปิดดำเนินการโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจอยู่เพียง 68 จังหวัด

3.2 ความครอบคลุม ในช่วงปลายแผนฯ 5 ความครอบคลุมของโครงการขยายตัวสูงสุดถึง 34% ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของโครงการหรือคิดเป็น 55% ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่ ความรับผิดชอบของโครงการต่อมาแนวโน้มของความครอบคลุมของโครงการลดลงเป็นลำดับจาก 36% ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบโครงการในช่วงปลายแผนฯ 6 ลดลงมาเป็น 20% ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบและ 21% ของครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบในปีพ.ศ.2535

3.3 ประเภทและราคาบัตร ประเภทและราคาบัตรได้มีการปรับเปลี่ยนในส่วนนี้หลายครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิด วัตถุประสงค์ของโครงการที่เปลี่ยนไป กล่าวคือในปีพ.ศ.2526 กองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กได้กำหนดให้มีบัตร 3 ประเภทคือ 1) บัตรรักษาพยาบาลและการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก การให้ผู้มีค้ำกันโรคราคา 200 บาท 2) บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลราคา 100 บาท 3) บัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและการให้ผู้มีค้ำกันโรคราคา 100 บาทเช่นเดียวกัน การปรับเปลี่ยนครั้งแรกได้ปรับให้มีบัตรเป็น 2 ประเภทคือ บัตรครอบครัวเดิมราคา 200บาทเพิ่มเป็น

300 บาท สำหรับบัตรแม่และเด็กไม่ได้ปรับราคาและได้เพิ่มประเภทของบัตรมาเป็นบัตรบุคคลอีกประเภทหนึ่ง ราคา 200 บาทและการปรับราคาบัตรครั้งล่าสุดในช่วงต้นแผนฯ 7 ได้กำหนดให้บัตรรักษาพยาบาลราคา 1,000 บาท โดยคำนึงถึงความอยู่รอดของกองทุนเป็นประการสำคัญและได้คำนึงถึงสัดส่วนของการอุดหนุนราคาบัตรจากภาครัฐอีกด้วย จึงได้กำหนดให้รัฐอุดหนุนราคาบัตรไว้บัตรละ 500 บาท ประชาชนจ่ายเพียง 500 บาทต่อบัตรเท่านั้น โดยให้รวมสิทธิประโยชน์ด้านอนามัยแม่และเด็กเข้าไว้ในบัตรรักษาพยาบาลด้วย สำหรับบัตรบุคคลยังถือเป็นทางเลือกที่จังหวัดอาจจัดให้มีได้ตามสภาพความต้องการของท้องถิ่น

3.4 เงื่อนไขการใช้บัตร ในช่วงเริ่มต้นโครงการระหว่างปีพ.ศ.2527-2529 ได้กำหนดการควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการมิให้สูงเกินจำเป็น โดยเป็นการควบคุมด้านอุปสงค์ต่อการมารับบริการ มิให้เกิดการรับบริการที่เกินจำเป็น โดยกำหนดให้สามารถใช้บริการรักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 8 ครั้ง ใน 1 ปี และกำหนดวงเงินสูงสุดไว้ในการมารักษาพยาบาลแต่ละครั้งเป็น 2,000 บาท ส่วนที่เกินให้คิดลด 10 % เป็นต้น ต่อมาในช่วงของแผนฯ 6 เงื่อนไขดังกล่าวได้ปรับเปลี่ยนมาเป็น 6 ครั้ง สำหรับวงเงินสูงสุด และเงื่อนไขอื่น ๆ ยังคงเป็นเช่นเดิม เป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงแรกได้กำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ที่ไม่เคยใช้สิทธิเลยเช่น การตรวจสุขภาพฟรี การให้เงินปันผล 3 % และต่ออายุบัตรให้ปีละ 1 ครั้ง เมื่อสิทธิประโยชน์ดังกล่าวนี้ได้ยกเลิกไปแล้ว ปรากฏว่ามีผู้มาใช้บริการจำนวนมากในช่วงระยะเวลาบัตรใกล้หมดอายุ

3.5 ระดับของกองทุน ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ระดับของกองทุนอยู่ที่ระดับหมู่บ้านเท่านั้น ในช่วงต้นแผนฯ 7 ได้กำหนดให้กองทุนขยับขึ้นมาอยู่ในระดับอำเภอ เพื่อเพิ่มฐานของการกระจายความเสี่ยงตามหลักการของการประกันสุขภาพอย่างแท้จริงโดยระบุให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นผู้รับผิดชอบกองทุนและรับผิดชอบการจัดบริการรักษาพยาบาลด้วยเพื่อขจัดปัญหา thirdparty payment ด้วย และมีบางจังหวัดได้ขยับกองทุนมาอยู่ที่ในระดับจังหวัด เพื่อขยายฐานของการประกันให้เพิ่มขึ้นอีก

3.6 ภาระเงินอุดหนุน ในช่วงแรกไม่ได้มีการคำนวณตัวเลขภาระเงินอุดหนุนโดยโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบแต่ผู้บริหารโรงพยาบาลแทบทุกแห่งทราบดีว่าเงินที่ได้รับจากการแบ่งสรรในสัดส่วน 30% ไม่เพียงพอโดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไปมีต้นทุนการรักษาพยาบาลที่สูงมากในปีพ.ศ.2534 พบว่า สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องรับภาระอุดหนุนให้แก่สมาชิกบัตรสุขภาพ 337 บาทต่อบัตร ในปัจจุบันรัฐจะจ่ายเงินอุดหนุนให้ 500 บาทต่อบัตร

3.7 สัดส่วนของการแบ่งเงินที่ผ่านมา การแบ่งเงินระหว่างการอุดหนุนและผู้ให้บริการ เงินกองทุนอาจจะแบ่งออกเป็นสัดส่วนดังนี้

1.) จ่ายให้แก่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ 75% (สถานีอนามัย 15% โรงพยาบาลชุมชน 30% โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 30)

2.) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ 15%

3.) ค่าบริหารจัดการกองทุน 10%

แต่ในรูปปัจจุบันได้กำหนดให้มีการจ่ายให้แก่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ 80% ของราคามัตร์ที่ขายและจ่ายเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ รวมกับค่าบริหารจัดการเป็น 20% ของราคามัตร์ที่ขาย

ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ

1. รูปแบบโครงการประกันสุขภาพที่เน้นแนวคิดการพัฒนาชุมชนและการสาธารณสุข

มูลฐาน

ข้อดี

1. ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น สมาชิกบัตรสุขภาพในแต่ละหมู่บ้านควรมีไม่น้อยกว่า 35% ของครัวเรือนและคณะกรรมการกองทุนระดับหมู่บ้านควรได้รับการยอมรับและมีความสามารถในการบริหารจัดการเงินกองทุนระดับหมู่บ้าน
2. การส่งเสริมให้มีการนำเงินกองทุนบัตรสุขภาพมาหมุนเวียนใช้ในกิจกรรมพัฒนาชุมชนหรือกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อเสีย

1. ขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลในส่วนของอุดหนุนเงินในส่วนของบัตรสุขภาพ เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถซื้อบัตรสุขภาพ
2. ความยั่งยืนของโครงการขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสามารถของประชาชน แต่ละหมู่บ้านในการบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพ
3. การขาดการความยอมรับจากประชาชน หากในกรณีที่กองทุนประสบภาวะการขาดทุนและล้มละลาย
4. ข้อจำกัดของขีดความสามารถของผู้ให้บริการทางการแพทย์ในแต่ละระดับ เช่น ในระดับสถานีอนามัยที่ยังขาดความพร้อมในเรื่องกำลังคนและความสามารถในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2. รูปแบบของการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพที่เน้นแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพ

ข้อดี

1. เน้นการกระจายอำนาจและความยืดหยุ่นในการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่น

1.1 มีความแตกต่างเกี่ยวกับเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ดังจะเห็นได้จากความแตกต่างของการใช้บัตรครอบครัวและบัตรบุคคล ที่สำคัญคือการส่งเสริมการมารับบริการทางการแพทย์ที่ใกล้บ้านโดยเน้นการปรับปรุงคุณภาพการบริการมากกว่าการกำหนดเงื่อนไขบังคับ

1.2 การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น เช่น การปรับระดับราคาที่แตกต่างกัน โดยราคาขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และความสามารถในการขายและอัตราการคืนทุนจากสถานบริการทางการแพทย์ พร้อมทั้งยกเลิกข้อจำกัดของจำนวนครั้งของการมารับบริการและเพดานเงินของการใช้จ่าย

2. ความมีประสิทธิภาพ

2.1 มีการระดมทรัพยากร ความรู้ และบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อช่วยในการบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพ

2.2 การเปิดโอกาสให้สมาชิกบัตรสุขภาพ สามารถเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ที่ใกล้บ้าน

2.3 การประสานงานและการบริหารงานระหว่างผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) และผู้รับประกัน (กองทุนบัตรสุขภาพในระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด)

3. พัฒนาระบบการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้กระบวนการวางแผนเพื่อร่วมกันวิเคราะห์และแก้ปัญหา อันเป็นการสนับสนุนการวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระบบและเป็นปัจจัยหนึ่งในการประสบความสำเร็จของโครงการ เช่น การร่วมกันวางแผนระหว่างหมู่บ้านและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

4. มีฐานกระจายความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น โดยการลดเงื่อนไขจำนวนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้านที่จะเปิดโครงการบัตรสุขภาพ ตลอดจนลดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับบริการทางการแพทย์อันมีผลทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

5. การเพิ่มแรงจูงใจแก่ประชาชนในการเข้าร่วมโครงการ เช่นการมีส่วนร่วมในการกำหนดราคาบัตรและการเพิ่มเงินโบนัสให้แก่ผู้ดำเนินการขายบัตรสุขภาพ

6. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เนื่องจากการลดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ในการไปรับบริการทางการแพทย์

7. การลดข้อขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชน โดยการยกเลิกข้อจำกัดของจำนวนครั้งของการมารับบริการทางการแพทย์และเพดานเงินการใช้จ่ายของบัตรแต่ละประเภท

ข้อเสีย

1. โครงการบัตรสุขภาพในอดีตมีการประสานแนวคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างหลักประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน หลังจากดำเนินการได้ประสบปัญหาการบริหารจัดการเงินกองทุน ขณะเดียวกันแนวคิดใหม่ก็ละเลยในเรื่องความสำเร็จของหมู่บ้านและคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวคิดด้านงานสาธารณสุขมูลฐาน

2. ขาดการสร้างความสมดุลในการสร้างแรงจูงใจมีการส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ขายบัตรแต่หาไม่มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการ อาทิเช่น โรงพยาบาลยังคงต้องรับภาระของอัตราการค้าคืนทุนถึง 50% เนื่องจากการขาดงบประมาณจากรัฐบาลอุดหนุน

3. ยังละเลยการประเมินผลด้านกลยุทธ์การส่งเสริมการขายเพื่อขยายความครอบคลุม

4. ยังไม่มีหลักประกันว่าจะสามารถขยายความครอบคลุมไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบริหารจัดการเลือกปฏิบัติได้ (selection bias)

5. ความอยู่รอดทางการเงินของโครงการขึ้นอยู่กับการบริหารงานของคณะกรรมการกองทุนที่เปิดดำเนินการในแต่ละแห่ง

ส่วนที่ 2 โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2538

1. หลักการ/เหตุผลของโครงการ

มีประชาชนประมาณ 46% (25 ล้านคน) ยังไม่ได้รับความคุ้มครองของระบบสวัสดิการหรือการประกันสุขภาพจากระบบอื่นและสมควรจะมีหลักประกันทางสุขภาพโดยสมัครใจด้วยการให้บัตรประกันสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ให้สอดคล้องความเป็นจริงทางการเงินและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นให้ครอบคลุมไปถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายอันได้แก่ เกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง ในสถานประกอบการขนาดเล็ก ผู้ใช้แรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายตามฤดูกาลและผู้ประกอบอาชีพอิสระขนาดเล็ก

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และอนามัยโดยประชาชนมีส่วนร่วมกับรัฐออกเงินสมทบฝ่ายละ 500 บาทต่อครอบครัวต่อปี

3. เป้าหมาย

3.1 ประชาชนผู้ไม่อยู่ในความคุ้มครองของระบบสวัสดิการหรือประกันสุขภาพระบบอื่น

3.2 ระยะแรกเน้นประชาชนในชนบท กลุ่มมีรายได้ปานกลาง หรือมีรายได้ไม่แน่นอน

3.3 จำนวนเพิ่มปีละ 1,000,000 ครอบครัว = 5,000,000 คน

4. กลวิธีหลัก

- จัดให้มี "กองทุนบัตรประกันสุขภาพ" เป็นหน่วยดำเนินการออกบัตรและตกลงกับสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการใช้บริการและค่าบริการที่สถานบริการภายใต้กรอบและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

5. วิธีดำเนินการ

5.1 บัตรประกันสุขภาพ มี 3 ประเภท

1. บัตรประกันสุขภาพทั่วไป บัตรล ะ 1,000 บาท ประชาชนจ่าย 500 บาท
2. บัตรประกันสุขภาพผู้นำชุมชน รัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด
3. บัตรประกันสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขรัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

1. บัตรสำหรับบุคคลทั่วไป

บัตรประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปให้มีได้เฉพาะบุคคลที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้นและเป็น

1. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

2. ผู้อาศัยที่อยู่ในหลังคาเรือนเดียวกันและอยู่ในอุปการะของสามี ภรรยา ตามข้อ (1) ได้แก่ บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้วและยังไม่สมรส บิดามารดาของสามี หรือของภรรยา หรือบุคคลอื่น

ทั้งนี้ บุคคลตาม (2) จะมีได้ในจำนวนเมื่อรวมกับ (1) แล้วไม่เกิน 5 คน

- เมื่อได้ออกบัตรประกันสุขภาพแล้ว จะขอเพิ่มชื่อผู้มีประกันอีกไม่ได้

เมื่อมีการออกบัตรข้ามเขตแล้ว ให้หน่วยงานที่ออกบัตรข้ามเขตแจ้งการออกบัตรข้ามเขตไปยังสำนักงานประกันสุขภาพโดยด่วน การมีบัตรข้ามเขตไม่ตัดสิทธิที่ผู้มีประกันจะใช้บัตรครอบครัวเดิม

2. บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล

(บัตรสำหรับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข)

ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจะได้รับบัตรประกันสุขภาพ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบโดยรัฐเป็นผู้จ่ายเงินสมทบค่าบัตรแทน ส่วนราชการใดประสงค์ที่จะให้อาสาสมัครหรือผู้ช่วยราชการหรือผู้อยู่ในความดูแลของส่วนราชการได้รับบัตรประกันสุขภาพเป็นสวัสดิการ ให้ส่วนราชการนั้นเสนอขอความเห็นชอบและรับการสนับสนุนเงินงบประมาณสมทบ

คำบัตรต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้วให้แจ้งกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการต่อไป

ผู้มีประกันที่รัฐออกเงินสมทบคำบัตรประกันสุขภาพให้มีได้เฉพาะผู้มีสิทธิตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนั้นเท่านั้น เว้นแต่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพจะกำหนดเป็นอย่างอื่น ในกรณีที่ระเบียบตามวรรคแรกกำหนดให้ผู้ที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวได้รับสิทธิเป็นผู้มีประกันได้ด้วย การออกบัตรประกันสุขภาพสำหรับบุคคลให้ส่วนราชการต้นสังกัดหรือส่วนราชการที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลบุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลที่มีสิทธินั้นทำคำขอรับบัตรประกันสุขภาพตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นรายคนหรือรายครอบครัว แล้วแต่กรณี พร้อมทั้งหลักฐานแสดงการมีสิทธิของบุคคลนั้น และสำเนาทะเบียนบ้านหรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิพร้อมทั้งคำรับรองของหัวหน้าส่วนราชการนั้นไม่ต่ำกว่าหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ และให้ส่วนราชการนั้นรวบรวมจัดทำเป็นบัญชีแยกเป็นรายหมู่บ้านและตำบลยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบหลักฐานเมื่อถูกต้องแล้วให้ส่งคำขอและบัญชีตามวรรคแรกนั้นไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อออกบัตรประกันสุขภาพและจัดส่งบัตรประกันสุขภาพที่ออกนั้นกลับมาเพื่อจ่ายให้ผู้มีสิทธิก่อนสิ้นเดือนกันยายนและให้บัตรนั้นมีอายุใช้ได้ในปีงบประมาณต่อไป การขอมีบัตรข้ามเขตในส่วนนี้ให้ออกให้เหมือนบัตรสุขภาพครอบครัว แต่จะออกบัตรข้ามเขตให้ไม่ได้ ถ้าระเบียบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลนั้นกำหนดให้บุคคลนั้นต้องอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่ที่รับผิดชอบนั้นตลอดเวลาหรือทุกเดือน เว้นแต่ส่วนราชการต้นสังกัดจะเห็นชอบด้วย

5.2 หน้าที่และสิทธิประโยชน์ของผู้มีประกัน

ในการไปรับบริการทางการแพทย์ทุกครั้ง ผู้มีประกันต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1) นำบัตรต่อไปนี้แสดงต่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทันที เมื่อขอรับบริการ
 - (ก) บัตรประกันสุขภาพ และ
 - (ข) บัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่น เช่น หนังสือรับรองของเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เชื่อถือได้ แสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกัน
- 2) ไปรับบริการในเวลาทำงานปกติของหน่วยบริการ เว้นแต่กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือกรณีส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

เวลาทำงานปกติให้หมายรวมถึงเวลาทำงานที่หน่วยบริการนั้นได้ประกาศขยายออกไปนอกเวลาราชการหรือในวันหยุดราชการเป็นการประจำด้วย

3) ต้องปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยบริการและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดผลดีในการให้บริการแก่ตน

ผู้มีประกันตามระเบียบนี้ได้รับความคุ้มครอง เฉพาะเมื่อได้ปฏิบัติตามระเบียบแล้ว และไปรับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(1) หน่วยบริการที่ระบุชื่อในบัตร

(2) หน่วยบริการที่อยู่ใกล้เคียงที่เกิดอุบัติเหตุหรือที่เกิดความเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือที่เกิดความจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์

(3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อจากหน่วยบริการ ตาม (1) หรือ (2)

ผู้ประกันมีสิทธิเลือกกระบวนหน่วยบริการตาม (1) ได้ไม่เกิน 2 แห่ง คือ หน่วยบริการระดับตำบลหนึ่งแห่งและระดับอำเภอที่มีแพทย์ประจำอีกหนึ่งแห่งที่ผู้ประกันจะได้รับบริการได้ตามปกติ ทั้งนี้ไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้ประกันที่มีอยู่ตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนั้นๆ ให้ถือว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานระดับตำบลของตำบลที่ตั้งอยู่และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอของอำเภอที่ตั้งอยู่และหน่วยบริการระดับตำบลของตำบลที่ตั้งอยู่ด้วย

ผู้มีประกันตามระเบียบนี้ได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ไม่ต้องเสียค่าบริการดังต่อไปนี้

(1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีน และเซรุ่ม ในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อจัดเป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัย

(2) ค่าบริการทางแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัยที่ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่ใช่บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือจัดตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย

(3) ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงกำหนด

(4) ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันธรรมชาติ และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน

(5) ค่าห้องสามัญ และค่าอาหารสามัญ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา เว้นแต่ผู้มีประกันที่มีสิทธิได้ใช้ห้องพิเศษและอาหารพิเศษอยู่ก่อน ให้ได้สิทธิตามระเบียบที่เข้ารับการรักษา เว้นแต่ประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนั้นด้วย

5.3 โรคหรือภาวะหรือบริการต่อไปนี้ 'ไม่อยู่ในความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบนี้' ได้แก่

- (1) การผ่าตัดเสริมสวย
- (2) การตกแต่งฟันหรือทันตกรรมประดิษฐ์
- (3) แวนตาหรือเลนส์เทียม
- (4) อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ
- (5) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- (6) การผสมเทียม
- (7) การเปลี่ยนเพศ
- (8) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- (9) การรักษาที่อยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (10) การป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อยังไม่จัดให้เป็นบริการพื้นฐานสำหรับ

ประชาชนทั่วไป

(11) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่ในกรณีเพื่อการรักษาอาการโรคเฉียบพลันภายในหกสิบวันนับแต่วันเกิดโรค

(12) การบำบัดโรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นเพราะความตั้งใจของผู้มีประกันหรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำ เช่น การทำแท้ง หรือการฆ่าตัวตาย

(13) การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่โรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นนัดให้มารับการรักษาต่อภายหลังการส่งต่อครั้งแรกแล้ว

(14) อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

(15) การบริการพิเศษที่หน่วยบริการจัดขึ้น หรือถูกขอให้จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบายหรือเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าห้องและอาหารพิเศษ ค่าแต่งศพ ค่าขนส่ง ค่าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์

(16) การบริการทางการแพทย์อื่น ๆ นอกจาก (1) - (15) ตามที่ปลัดกระทรวงจะได้อำหนด ทั้งนี้ผู้มีประกันประสงค์จะรับบริการหรือใช้บริการทางการแพทย์ตามวรรคหนึ่งก็ได้แต่ต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์และอาจได้รับส่วนลดตามระเบียบของหน่วยบริการ เช่น ผู้รับบริการทั่วไป

6. การให้บริการ

6.1 จุดแรกรับภายในอำเภอ สถานบริการที่มีแพทย์ประจำ (รพช.) หรือสถานีอนามัย ถ้าประชาชนต้องการไปรับบริการนอกเขตอำเภอกรณีปกติ ตามข้อบ่งชี้ตามระบบส่งต่อ(สถานบริการออกไปส่งต่อหรือนำส่งเองถ้าจำเป็น)

กรณี - ไข้บัตรเฉพาะตัว

- ไม่มีบัตรเฉพาะตัว เจ็บป่วยกะทันหัน หรือ มีความจำเป็น
- โรค ไม่จำกัดโรค
- ครั้ง ไม่จำกัดครั้ง
- ผู้ป่วยใน ประเภทสามัญ
- ค่าบริการ ไม่ต่ำกว่าบัตรสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล (สปร)
- ค่าบริการทางการแพทย์และอนามัยที่ไม่ต้องเรียกเงินตามระเบียบสปน. ที่ปรับปรุงใหม่
- การใช้บริการพิเศษ ตามคำขอ (เช่น ห้องพัก รถพยาบาล รถขนส่ง ฯลฯ) ต้องชำระพิเศษ ตามอัตราหรือส่วนลดตามที่สถานบริการกำหนด ซึ่งจะต้องแจ้งให้ผู้ขอทราบล่วงหน้าก่อนให้บริการ

6.2 หน้าที่ของสถานบริการ

- ให้ความสะดวก
- ให้การรักษา(ห้ามปฏิเสธ)แม่หลักฐานการรับรองสิทธิไม่มีหรือไม่ครบ(ให้บริการไปก่อนพร้อมกับแนะนำสำหรับคราวต่อไป)
- ต้องบันทึกเลข และวันหมดอายุของบัตรประกันสุขภาพไว้บนบัตรประจำตัวผู้ป่วยและบัตรบริการรักษาผู้ป่วยนอก

6.3 ระบบส่งต่อ จะส่งต่อตามระบบเครือข่าย พบส. ของแต่ละเขต

7. การบริหารเงิน บริหารระบบกองทุน มีกองทุน 3 ระดับ

7.1 กองทุนบัตรประกันสุขภาพกลาง (กองทุนกลาง) ตั้งอยู่ในส่วนกลางมีหน้าที่กำหนดนโยบาย อำนาจการ และสนับสนุน รวมทั้งแสวงหางบประมาณและแหล่งทุนอื่น ๆ เพื่อสมทบเงินอุดหนุนค่าบัตร รับผิดชอบขอตั้งและเบิกจ่ายเงินงบประมาณเพื่อจัดสรรส่งให้กองทุนระดับล่างตามจำนวนบัตรและกำหนดหลักเกณฑ์การใช้เงินกองทุนในลักษณะเป็นกรอบกว้าง ๆ มีสำนักงานประกันสุขภาพเป็นหน่วยปฏิบัติ

7.2 กองทุนบัตรประกันสุขภาพจังหวัด ตั้งในจังหวัด มีหน้าที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนในส่วนจังหวัดในด้านการกำหนดแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนเป็นหน่วยเบิกจ่ายเงินเพื่อจัดสรรให้กองทุนอำเภอตามจำนวนบัตร มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยปฏิบัติการ

7.3 กองทุนบัตรประกันสุขภาพอำเภอ เป็นหน่วยปฏิบัติการในการหาผู้ประกันตน และการดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในการใช้บริการจากสถานพยาบาลให้เป็นไปตามข้อตกลง

- แต่ละกองทุนให้แยกเงินกองทุนเป็น 3 บัญชี ไม่ให้ปะปนกันเพื่อสะดวกในการจัดทำบัญชี ควบคุมการใช้ และการตรวจสอบ (โดยผู้ตรวจเงินแผ่นดิน) ดังนี้

- บัญชีที่ 1 สำหรับเงินสมทบค่าบัตรเพื่อจ่ายให้สถานพยาบาล ซึ่งจะได้รับจัดสรรตามจำนวนบัตรและจะจ่ายได้ตามงวด หรือกำหนดเวลา

- บัญชีที่ 2 สำหรับเงินค่าบริการจัดการ ซึ่งจะจ่ายได้เมื่อจำเป็น

- บัญชีที่ 3 สำหรับเงินค่าบริการข้ามเขต เป็นเงินสำรองจ่ายหรือได้รับผ่านจากกองทุนอำเภอเพื่อจ่ายให้สถานพยาบาลนอกเขต (ลดงานธุรการของหน่วยปฏิบัติและเป็นหลักประกันในการชำระหนี้ให้แก่สถานพยาบาลนอกเขต) ในระดับอำเภอไม่มีบัญชีที่ 3

กองทุนมีคณะกรรมการเป็นผู้บริหารมีอำนาจในการตัดสินใจในการดำเนินงานภายใต้กรอบที่ระดับสูงกว่ากำหนดและมีหน่วยงานรับผิดชอบการปฏิบัติ ในคณะกรรมการมีทั้งกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการที่แต่งตั้งโดยหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งให้มีผู้แทนจากภาคเอกชนและผู้ประกันตนด้วย สัดส่วนการแบ่งเงินเป็นค่าบริการจัดการ มีหลักการ ดังนี้

1.เงินสมทบค่าบัตรที่ได้รับจากการจ่ายเป็นค่าบริการให้สถานพยาบาลนั้นแต่เงินค่าบริการจัดการจะแบ่งได้จากเงินสมทบค่าบัตรจากประชาชนและสำหรับกองทุนอำเภอเท่านั้น ตามสัดส่วนที่กำหนดโดยความเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง ขณะนี้ให้จ่ายได้ ในสัดส่วน 20:80 หรือ 100 ของจำนวน 500 บาทที่ประชาชนจ่ายเงิน ค่าบริการจัดการนี้กองทุนจะจัดให้เป็นค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่ของสถานบริการหรือบุคคลอื่นที่ปฏิบัติงานเป็นประโยชน์แก่กองทุนได้ หรือจะมอบให้เป็นรายรับพิเศษของหน่วยบริการโดยไม่ต้องเป็นเงินบำรุงทั้งนี้ต้องระบุวัตถุประสงค์ในการให้อย่างชัดเจน กองทุนต่างๆ อาจได้รับเงินงบประมาณ เป็นค่าบริการจัดการอีกส่วนหนึ่งก็ได้

2.เงินงบประมาณสมทบค่าบัตรให้กองทุนอำเภอ ให้จ่ายตามจำนวนบัตรโดยอาศัยหลักฐานการจำหน่ายและหลักฐานการแบ่งเงินนำฝากในบัญชีที่ 1 ซึ่งอาจจะถูกตรวจสอบโดยผู้มีหน้าที่ การเก็บรักษาเงิน มีหลักการสำคัญดังนี้

2.1 เงินที่ได้จากประชาชนให้จัดสรรแบ่งเป็นค่าบริหารจัดการและค่าบริการทันที และแยกฝากในแต่ละบัญชีระงอยำให้นำไปใช้นอกวัตถุประสงค์ของงานประกันสุขภาพให้ฝากใน ธนาคารรัฐวิสาหกิจและควรฝากไว้กับธกส. เพราะมีสวัสดิการให้ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ประกันเหมือนกับลูกค้า ธกส. รวมทั้งการช่วยส่งเสริมให้มีผู้ประกันตนมากขึ้นด้วย ขณะนี้ระเบียบว่าด้วยกองทุนอยู่ในระหว่างขอความเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง หากมีความจำเป็นต้องจ่าย ให้จ่ายได้ตามความจำเป็นไปก่อนโดยอนุโลมตามระเบียบราชการหรือตามมติคณะกรรมการกองทุน การรับจ่ายให้มีหลักฐานเก็บไว้เพื่อผู้มีหน้าที่อาจเรียกตรวจสอบได้

2.2 อำนาจในการสั่งจ่ายในหลักการคณะกรรมการกองทุนมีอิสระภายใต้กรอบที่ระดับเหนือกว่ากำหนดและคณะกรรมการอาจมอบให้ประธานกรรมการหรือกรรมการคนหนึ่งคนใดทำการแทนก็ได้ แม้งกองทุนจะเป็นหน่วยงานอิสระแยกจากหน่วยราชการ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐในงานของกองทุนให้ถือเป็นการปฏิบัติราชการด้วย

8. การรายงานผลการปฏิบัติงาน

ในส่วนของกองทุนจะให้มีรายงานน้อยที่สุด เพียงให้ได้ข้อมูลที่จะใช้ในการขอตั้งและเบิกจ่ายงบประมาณและรายงานสถานะการเงินที่ควรจะต้องมีตามหลักการของการดำเนินงานกองทุนเท่านั้น แต่ในส่วนของราชการก็เช่นเดียวกันเพียงให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความครอบคลุมของผู้อยู่ในความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในการวัดระดับคุณภาพชีวิตของชุมชน ข้อมูลความคุ้มทุนของหน่วยบริการ (เพื่อปรับราคาหรือเงินสมทบค่าบัตร) และประสิทธิภาพของบริการเท่านั้น หมายเหตุ ให้ถือเป้าหมายสูงสุดของงานอยู่ที่การบริการและประโยชน์อันพึงได้รับของประชาชน และความคุ้มครองเหนือกว่าประโยชน์ของหน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. เนื่องจากประชาชนยังไม่เข้าใจหลักประกันและสับสนในสิทธิที่ควรได้ และอาจเกิดผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ เนื่องจากหลักประกันสุขภาพได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอต่อรายจ่ายจริงของสถานพยาบาลทำให้สถานพยาบาลหลายๆแห่งยังเรียกเก็บค่าบริการจากผู้มีฐานะที่พอจะจ่ายได้หรือผู้มีสิทธิเบิกจากสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อให้ได้เงินบำรุงมาสนับสนุนบริการที่ให้แก่กลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายได้ (cross subsidization) ดังนั้นผู้รับบริการจึงสับสนว่าตนมีสิทธิรับบริการแบบให้เปล่าหรือไม่ จึงมิได้ไปรับการรักษาพยาบาลเสียตั้งแต่โรคยังไม่รุนแรงจึงมีผลกระทบต่อการรักษาและการหายของโรค

2. สถานบริการของรัฐบาลประชาชนไม่พึงพอใจในบริการ สถานบริการของรัฐต้องรับภาระกระจายความเป็นธรรมด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มคนที่ควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลทรัพยากร

ที่สถานบริการจัดหาได้เอง จึงหมดไปกับการดำเนินงานบริการผู้ป่วยให้เพียงพอตามปริมาณผู้ป่วยที่มีมาก ขาดเงินที่จะนำไปพัฒนาบริการให้มีคุณภาพ ไม่มีการบำรุงรักษาสถานที่และอุปกรณ์ ทั้งในส่วนทดแทนและส่วนขยายและบริการเกิดการเปรียบเทียบกับบริการของภาคเอกชนที่เป็นความพึงพอใจของรับบริการ

3. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติยังไม่เข้าใจ แนวทางปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้เกิดภาวะการให้บริการและการปฏิบัติแตกต่างกันไปทำให้ความสับสนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการและจะมีผลกระทบไปถึงประสิทธิภาพและภาพลักษณ์ของการบริการของสถานบริการนั้น ๆ

4. การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณไม่เพียงพอต่อการให้บริการจะทำให้เกิดผลกระทบต่อกรบริการ ทั้งด้าน คุณภาพ ประสิทธิภาพและมาตรฐานของการรักษาพยาบาลโดยการที่ใช้งบประมาณต่ำทำให้สถานบริการคำนึงถึงต้นทุน (cost-conscious) มากเกินไป จนเกิดมาตรฐานการรักษาหลายระดับตามเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยแทนความต้องการทางการแพทย์อย่างแท้จริง

5. ปัญหาด้านความต่อเนื่องของนโยบายเนื่องจากปัญหาด้านนโยบาย บัตรประกันสุขภาพในด้านการสนับสนุนงบประมาณไม่แน่นอนและต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบโดยรวมต่อโครงการบัตรสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาทำให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ

6. ความหลากหลายของบัตรประกันสุขภาพ หลังจากที่มึนโยบายการให้บัตรสุขภาพกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวทำให้เกิดความสับสนด้านการปฏิบัติของผู้ให้บริการทั้งด้านการให้บริการ และทะเบียนรายงานรวมทั้งสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ

7. ขาดการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในงานประกันสุขภาพ และการวางแผนงานประกันสุขภาพอย่างมีระบบจากส่วนกลาง

จะเห็นว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทำอย่างเร่งรัดตามนโยบายของผู้บริหารโดยไม่คำนึงถึงความพร้อมของส่วนภูมิภาคและทรัพยากรด้านต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อโครงการเช่น ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ รวมถึงแผนงานที่มีระบบจึงทำให้โครงการประกันสุขภาพที่มีหลักการที่ดี ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรจะเป็น

สรุปปัญหาที่เกิดในระบบประกันสุขภาพประเทศไทย

1. การที่ยังมีบุคคลหลายกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ
2. การที่ผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับหลักประกันอย่างแท้จริง การที่จะได้รับการสงเคราะห์จากโครงการต่าง ๆ ของรัฐบาลไม่ว่าจะโดยโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย โครงการผู้สูงอายุ

เด็กอายุ 0-12 ปี ฯลฯ ผู้ที่จะได้รับความช่วยเหลือจะต้องผ่านขั้นตอนทางราชการเพื่อให้ได้รับบัตรสงเคราะห์ต่างๆ ดังนั้นผู้ที่ยากจนจริงๆ ซึ่งด้อยโอกาสที่ต้องการดูแลอันได้แก่ คนที่จนที่สุดในหมู่บ้านที่เข้าไม่ถึงผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใช้แรงงานยากจนในเขตเมืองที่ไม่มีหลักแหล่งที่แน่นอน เด็กเร่รอน ฯลฯ มักจะไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์ต่างๆ เหล่านี้ การไปรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐจะได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่าหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความเมตตาของผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งเป็นปัญหาที่หนักอกของหลายฝ่าย

3. ความไม่เท่าเทียมกันในหลักประกันของกลุ่มต่าง ๆ แม้รัฐบาลจะมีความพยายามที่จะเพิ่มงบประมาณในการดูแลผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุและผู้พิการแล้วก็ตาม โดยเพิ่มจาก 3,400 ล้านบาทในปีพ.ศ.2536 เป็น 4,100 ล้านบาทในปีพ.ศ.2537 และ ในปีพ.ศ.2538 เป็น 4,273 ล้านบาท แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการสนับสนุนจากราชการ ภายใต้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการหรือผู้ใช้แรงงาน ภายใต้โครงการประกันสังคมแล้วจะพบว่า ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ จะได้งบประมาณโดยเฉลี่ย 200 บาทต่อคน ในขณะที่ราชการได้รับ 900 บาทต่อคน และผู้ใช้แรงงาน 700 บาทต่อคนตามลำดับ ทำให้ความเป็นจริงที่ปรากฏออกมากลายเป็นว่า ผู้ที่มีฐานะดีกว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนดูแลดีกว่าคนที่ยากจนหรือผู้ที่มีความจำเป็นมากกว่า ความไม่เท่าเทียมกันเช่นนี้ทำให้กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ซึ่งรัฐบาลให้ความสนใจ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นจริงเท่าที่ควร ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการและในสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ

4. ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการและความพึงพอใจจากผู้รับบริการ แม้พบว่าประชาชนมากกว่า 50 ล้านคน มีหลักประกันทางด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย แต่คุณภาพในด้านบริการที่ได้รับก็ยังเป็นปัญหาในข่าวหน้าหนึ่ง หรือในการอภิปรายในสภาฯ อยู่เนื่อง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเป็นต้น บริการที่ไม่มีคุณภาพนี้จะทำให้โครงการต่าง ๆ ที่รัฐให้การสนับสนุนมีภาพพจน์เป็นการบริการชั้นสอง เมื่อเปรียบเทียบกับบริการอื่นๆ ในปัจจุบัน การจัดระบบต่างๆ มีการแข่งขันระหว่างสถานบริการของรัฐและเอกชน ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอนามัยของประเทศเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้สัดส่วนกับคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ เนื่องจากไม่มีหน่วยงานใดเข้ามาควบคุมกำกับดูแลด้านคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

เคยมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนจะพบว่า สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ 69.1% ของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจและเพียง 50.0% ของผู้ใช้บริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจ สำหรับโรงพยาบาลของเอกชน 73.1% ของ

ผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจและ 87.9% ของผู้ป่วยในมีความพึงพอใจ ความสะดวกสบายและ บริการที่รวดเร็วเป็นจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาลรัฐ

5. การขาดประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการ

โครงการบางโครงการมีการใช้จ่ายเงินที่เพิ่มขึ้นทุกปี และอยู่ในอัตราที่เพิ่มค่อนข้างเร็ว เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการซึ่งมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่าย จากงบประมาณทุกปี การเพิ่มอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่าย มีสาเหตุมาจากการจ่ายเงินที่ขาดประสิทธิภาพเพราะเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด ซึ่งควบคุมค่าใช้จ่ายที่แน่นอนในแต่ละปีไม่ได้ตาม อัตราเพิ่มที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาวะของรัฐบาลในการสนับสนุนคงมีมากในอนาคต ตรงข้ามกับ งบประมาณกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลับไม่ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอทำให้กลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับ โอกาสอย่างแท้จริงและการดำเนินงานในด้านงบประมาณบางส่วนมีการดำเนินงานในลักษณะที่ ข้ำซ้อนกัน เช่น กระทรวงการคลังรับผิดชอบการจัดจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่บุคคล ในครอบครัวของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 0-12 ปี หรือผู้สูงอายุ ที่อยู่ใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา ยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ

6. การดำเนินงานขาดความเป็นเอกภาพ

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบ อยู่ ภายใต้หน่วยงานดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละระบบต่างมีวัตถุประสงค์ ประชากรเป้าหมาย การครอบคลุม สิทธิประโยชน์ เงื่อนไขในการใช้บริการ และแหล่งที่มาของการเงินการคลัง ของระบบที่มีความแตกต่างกัน การดำเนินงานที่เป็นอยู่กระจัดกระจายอยู่ในหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชน เป็นไปในลักษณะที่ไม่เป็นเอกภาพ ไม่สามารถจะดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันได้ ก่อให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพและความไม่เสมอภาคระหว่างระบบต่าง ๆ อย่างชัดเจน แต่ละ หลักประกันมีความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์ ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ ไม่เป็น ไปตามวัตถุประสงค์เชิงสังคมของประเทศ และประชาชนไม่ได้รับรับความเป็นธรรมเนื่องจากไม่มี หน่วยงานใดที่จะมาทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ประกันตนภายใต้การประกันในระบบต่างๆในลักษณะ ที่เป็นภาพรวมซึ่งจะเห็นได้ว่าการประกันแต่ละระบบมีแนวโน้มจะเกิดการพิทักษ์ผลประโยชน์ เฉพาะกลุ่มที่ตนรับผิดชอบ

7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการประกันสุขภาพที่ได้มีการปรับเปลี่ยนมาจากโครงการบัตรสุขภาพเดิมยังคงค้นไม่พบว่าเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพของเกษตรกรมาก่อน แต่มีงานวิจัยเกี่ยวกับโครงการบัตรสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา และเรื่องที่คุณศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวพอสรุปได้ดังนี้

บุญยพันธ์ คลังทรัพย์ (2526) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้นำชุมชนต่อการประกันการเจ็บป่วยในประเทศไทยโดยศึกษาผู้นำชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน 176 คน พบว่า ขนาดครอบครัว ลักษณะการเจ็บป่วยและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการประกันการเจ็บป่วยและจากการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เกี่ยวกับการซื้อบัตรสุขภาพพบว่า ประชาชนที่จะซื้อบัตรสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ยากจนและผู้ที่มีความเจ็บป่วยอยู่ก่อนแล้ว (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร อ้างในนาถฤดี เด่นดวง, 2538, หน้า 3) ส่วนการศึกษาของ ผจกญ ศิริกาญจนพงศ์และคณะ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการตลาดเชิงสังคมในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนในจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่า เหตุผลของผู้ที่ซื้อบัตรสุขภาพคือ การได้รับการสนใจและพอใจในสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ ปิยะวรรณ สุทธาพานิช (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามขั้นตอนของการใช้บริการของผู้ป่วยโครงการบัตรสุขภาพของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์พบว่า ประชาชนที่ซื้อบัตรสุขภาพและมาใช้บริการให้เหตุผลของการซื้อบัตรว่า เมื่อเจ็บป่วยจะได้ไม่เสียเงินมาก รองลงมาซื้อเพราะมีโรคประจำตัว ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของอรรช ศาสตราวาทะ (2528) ที่ได้ศึกษาโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ดีกว่าบัตรสุขภาพช่วยประหยัดรายจ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยอีกทั้งการศึกษาของ Tin-Tun (1992) ได้ศึกษาเรื่อง Factors Affecting Health Card Programme Acceptance in Ratchaburi Province of Thailand พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เรื่องบัตรสุขภาพ ความสะดวกในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการยอมรับของประชาชนต่อโครงการบัตรสุขภาพ ในส่วนของการใช้บริการสาธารณสุข ชาร์ล อี เฟลป์ส (Chales E.Phelps, 1975) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์พบว่า อายุ และสถานะสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์และความพึงพอใจต่อการไปใช้บริการต่างๆที่สถานบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินการโครงการประกันสุขภาพซึ่ง ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ "ปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท" พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการคือ ลักษณะของโรคและระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับ

สถานบริการของรัฐในท้องถิ่น ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ การศึกษารวมทั้งรายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อรทัย รวยอาจีนและคณะ (2528) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและการวางแผนครอบครัวในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานครพบว่า เหตุผลในการใช้บริการสาธารณสุขที่สำคัญที่สุด คือ ความสะดวกในการเดินทางไปศูนย์บริการสาธารณสุข เหตุผลรองลงมาได้แก่ค่ารักษาหรือค่าบริการที่ไม่แพงเกินไปตลอดจนเจ้าหน้าที่ของศูนย์มีอัธยาศัยดีในส่วนของพฤติกรรมการใช้บริการทางแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพนั้น ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2529) ได้ทำการศึกษา " พฤติกรรมใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ " ในจังหวัดนครศรีธรรมราช อุบลราชธานีและราชบุรีในการศึกษาโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของทั้งจังหวัดราชบุรีและอุบลราชธานีเป็นอย่างเดียวกันคือ การที่ตนและครอบครัวจะได้มีโอกาสรับการรักษาฟรี เหตุผลที่สำคัญอีกประการของการตัดสินใจซื้อบัตรของทั้ง 2 จังหวัด ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมาชักชวนขอรับให้ซื้อบัตร ส่วนในจังหวัดนครศรีธรรมราช เหตุผลที่สำคัญที่สุดของการตัดสินใจซื้อบัตรกลับเป็นความคาดหวังในบริการที่จะได้รับสำหรับกลุ่มผู้ไม่ซื้อบัตรนั้นพบว่า เหตุผลสำคัญของการตัดสินใจไม่ซื้อบัตรคล้าย ๆ กันได้แก่ เหตุผลเรื่องการขาดแคลนเงิน ความไม่เชื่อว่าการรักษาในโครงการบัตรสุขภาพว่าจะดีจริง การประเมินว่าสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยป่วย รวมทั้งความยุ่งยากในการรับบริการที่ต้องผ่านขั้นตอนการส่งต่อที่กำหนด และจากการศึกษาของสมมาตร พรหมภักดีและประสิทธิ์ ธีระพันธ์ (2529) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่าปัจจัยหนึ่งที่อยู่ช่วยใช้ในการพิจารณาเลือกใช้บริการคือ ระดับความรุนแรงของโรค หากโรคอยู่ในระดับรุนแรงหรือปานกลางต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นแห่งแรก กรณีของโรคมีระดับความรุนแรงเล็กน้อยรวมทั้งความสะดวกในการเดินทางไปรักษาผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกใช้บริการที่สถานีนอนามัย ปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกสถานบริการของผู้ป่วยนอกจากความรุนแรงของโรคแล้ว การคำนึงถึงประสิทธิผลที่จะได้รับจากการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสำหรับมงคล ถังไชยและคณะ (2537) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดจันทบุรีพบว่า ประชาชนที่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเมื่อเจ็บป่วยทั่วไปเห็นด้วยกับโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน ส่วนประชาชนที่นิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกไม่เห็นด้วยกับโครงการบัตรสุขภาพและไม่ซื้อบัตรสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้อันเนื่องมาจากบัตรสุขภาพของประชาชนคณะอนุกรรมการการ

ศึกษาวิจัยและฝึกอบรมโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2528) ได้ศึกษาวิจัยและประเมินโครงการบัตรสุขภาพเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานขยายโครงการบัตรสุขภาพในปี.ศ. 2528 โดยสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวที่เป็นและไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 2,033 รายในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการรุ่นแรก 7 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าประชาชนที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพมีความรู้ต่อการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพดีกว่ากลุ่มประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกและจากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2529) ในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ในบัตรสุขภาพของประชาชนพบว่า ประชาชนรับรู้รายละเอียดอย่างไม่แน่ใจและไม่ชัดเจนทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารของเจ้าหน้าที่สู่ประชาชนหรือผู้นำชุมชนขาดความเป็นเอกภาพ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการประกันสุขภาพของประชาชน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพของเกษตรกร ซึ่งเป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งของสังคมไทยที่ยังไม่มีสวัสดิการใดๆ ให้ความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลโดยตรง นอกจากโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ภายใต้ชื่อว่า "โครงการบัตรประกันสุขภาพ" เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานการประกันสุขภาพในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการอย่างอื่นคุ้มครองในโอกาสต่อไป