

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการประชุมผู้บริหารระดับสูงเรื่องแนวทางการพัฒนาระบบการประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย ระหว่างวันที่ 22-23 ธันวาคม พ.ศ. 2531 ณ โรงแรมเวลคัมพลาซ่า พัทยา จังหวัดชลบุรี (แนวทางการพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย, 2531 อ้างถึงใน ปราบกรม วุฒิพงศ์ และคณะ, 2532) เพื่อแสวงหาความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงโครงการบัตรสุขภาพ ได้ข้อสรุปว่า วัตถุประสงค์หลักของโครงการบัตรสุขภาพ คือการประกันสุขภาพ และมีแนวคิดของการพัฒนาชุมชนเป็นองค์ประกอบ ในขณะที่ พี่ระ ตันติเศรณี และสมมาตร พรหมภักดี (2532) ได้กล่าวว่า แนวคิดหลักของการพัฒนาสาธารณสุขในปัจจุบันที่สัมพันธ์กับโครงการบัตรสุขภาพ คือ แนวคิดการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2543 (Health for all by the year 2000, HFA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care, PHC) ซึ่งประกอบด้วยบริการสาธารณสุขเบื้องต้น (Basic Health Service, BHS) เป็นฐานและแนวคิดในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและความคาดหวังของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ดต่อโครงการบัตรสุขภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและอาศัยกรอบแนวคิด ทฤษฎีในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (Conception of Primary Health Care) ในเรื่อง
 - 1.1 ราคาของบัตรสุขภาพ
 - 1.2 เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ
 - 1.3 การบริการพยาบาลตามโครงการบัตรสุขภาพ
 - 1.4 ระบบการกลั่นกรองและการส่งต่อผู้ป่วย
2. การประกันสุขภาพ (Health Insurance)
3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจหรือโครงการบัตรสุขภาพ (Health Card Programme)

1. แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพเป็นการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเรื่องสาธารณสุขมูลฐานนี้ กระทรวงสาธารณสุข (2529) กล่าวว่าเกิดจากแนวคิดใหญ่ ๆ 2 แนวคิด คือ

1. การครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุข
2. การผสมผสานงานบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนความร่วมมือกับการพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ ด้วย

เป้าหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน คือการที่ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ส่วนแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทเจ้าหน้าที่ของรัฐใหม่ จากเดิมเป็นผู้ให้บริการประชาชน เป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ และเป็นผู้ให้การสนับสนุนและบริการบางอย่างให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มดูแลสุขภาพบริการประชาชนด้วยตนเอง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยดี ซึ่ง สมทรง รัักษ์เผ่า (มบป.) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และจากคำประกาศ ณ เมือง อัลมา อตา (Alma-Ata, 1978) เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2521 มีใจความโดยสรุปว่า สุขภาพและอนามัยที่ดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน การส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน จะต้องได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็น และเป็นสิทธิและเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนที่จะต้องมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะ เป็นในลักษณะปฏิบัติเฉพาะคนหรือร่วมกันทำในการวางแผนและดำเนินการจัดบริการเพื่อสุขภาพของตนเอง และรัฐมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยการจัดและกำหนดมาตรการที่เพียงพอในด้านสุขภาพอนามัยและสังคม จัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็น คือบริการสาธารณสุขเบื้องต้นให้ ซึ่งบริการสาธารณสุขเบื้องต้นจะมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชน ด้วยการจัดให้มีบริการทางด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ และการสาธารณสุขเบื้องต้นควรได้รับการสนับสนุนจากระบบการส่งต่อผู้ป่วย

จึงน่าจะสรุปได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการเพื่อนำไปสู่การให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยที่ดี (Health For All) และมีหลักการ แนวคิดที่สำคัญคือ

1. ให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มและดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่น โดยรัฐให้การสนับสนุน
2. ประชาชนจะต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองในเรื่องสุขภาพอนามัย
3. รัฐจัดให้หรือกำหนดให้มีมาตรการที่เพียงพอในเรื่องการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งการกำหนดมาตรการในการรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ การจัดให้มีการประกันสุขภาพ และการจัดให้มีมาตรการในการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งก็คือ การจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้น ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากระบบส่งต่อ

การประกันสุขภาพที่จัดให้มีสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเกษตรกรในชนบทที่ห่างไกลและมีฐานะยากจน คือ ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจหรือโครงการบัตรสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า แนวทางการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพ ในเรื่อง ราคา เงื่อนไข และการบริการจึงเป็นแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อที่จะนำประชาชนไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า การศึกษาในเรื่อง ราคา เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ และการบริการ จึงใช้แนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวทาง ดังนี้

1.1 ราคาของบัตรสุขภาพ

ในทางเศรษฐศาสตร์ (ประยูร เกลิงศรี, 2530) ราคาเกิดจากการที่สินค้าหรือบริการที่มีอยู่กับความต้องการของมนุษย์มีจำนวนไม่พอดีกัน จึงต้องมีการแบ่งปันสินค้าหรือบริการโดยผ่านกลไกราคา ซึ่งการที่บุคคลจะได้รับการแบ่งปันสินค้าและบริการเป็นจำนวนเท่าใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการซื้อของบุคคลนั้น ในระบบเศรษฐกิจเสรี สินค้าและบริการจะมีราคาสูงถ้ามีผู้ต้องการมาก และถ้าสินค้าและบริการนั้นมีจำนวนมากว่าความต้องการราคาก็จะลดลง ในขณะเดียวกันถ้าสินค้าหรือบริการราคาแพงคนจะไม่ซื้อหรือซื้อน้อย และถ้าสินค้าหรือบริการราคาถูกคนจะซื้อมาก ดังนั้นราคาจึงถูกกำหนดโดยความต้องการสินค้าหรือบริการกับจำนวนสินค้าหรือบริการที่มีอยู่ ในขณะเดียวกันความต้องการและจำนวนสินค้าหรือบริการก็จะเป็นตัวกำหนดราคาด้วยเช่นกัน การกำหนดราคาสินค้าชนิดใดผู้ขายจึงต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภคบริโภคและคำนึงถึงผลกำไรที่จะได้รับด้วย

สุดาตวง เรื่องรุจิระ และ ปราณี พรณวิเชียร (2529) กล่าวว่า ในการกำหนดราคาของสินค้า จะต้องพิจารณาปัจจัยประกอบหลาย ๆ ด้าน เช่น พฤติกรรมของผู้ซื้อ ต้นทุนค่าใช้จ่ายของสินค้าและบริการนั้น สภาพเศรษฐกิจ ส่วนจะตั้งราคาสินค้าเท่าใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์

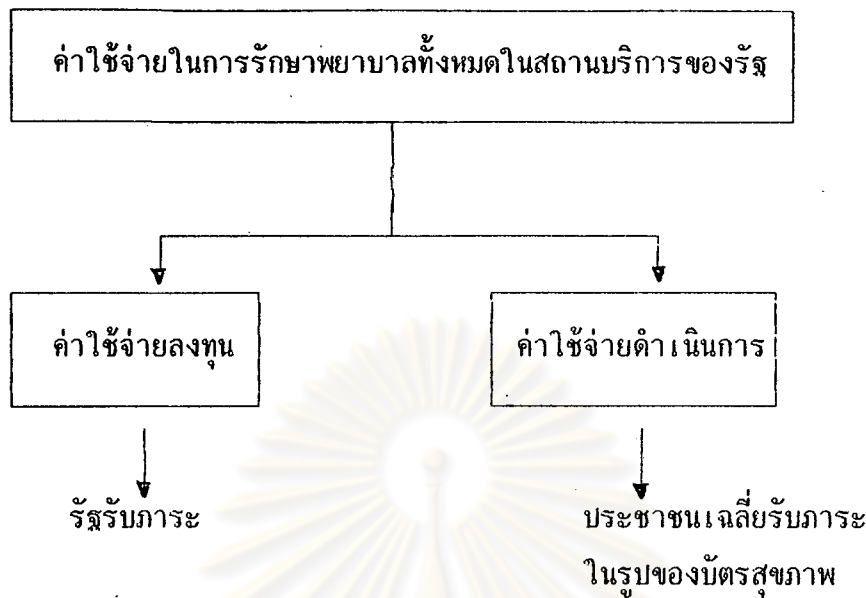
ในการกำหนดราคา ซึ่งวัตถุประสงค์ในการกำหนดราคาแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

1. วัตถุประสงค์มุ่งผลตอบแทนหรือกำไร (A Specific Return Objectives) เป็นสำคัญ
2. วัตถุประสงค์ที่มุ่งรักษาเสถียรภาพของราคาหรือกำไร (To Stabilize Price or Profit Objectives) เป็นการกำหนดราคาที่ทำให้ราคาคงที่ กำไรจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับราคาต้นทุน หรือ เป็นการกำหนดระดับกำไรให้คงที่ ราคาขายสินค้าจะขึ้นกับราคาต้นทุน
3. วัตถุประสงค์ที่ไม่มุ่งกำไร (Non-Profit Oriented Objectives) เป็นการกำหนดราคาที่ไม่มุ่งผลกำไร แต่อาจมีวัตถุประสงค์อื่น เช่น ต้องการให้ได้ลูกค้ามากที่สุด หรือ ต้องการขายสินค้าให้ลูกค้ากลุ่มเป้าหมายที่มีรายได้ต่ำ เป็นต้น

เกี่ยวกับระบบของราคานี้ ธงชัย สันติวงษ์ (2531) กล่าวว่า ระบบราคามีบทบาทสำคัญในการกำหนดและชี้ชะตาของธุรกิจว่าจะอยู่รอดหรือไม่ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อราคา ได้แก่

1. ความต้องการ (Demand) ราคาของสินค้าจะเป็นเท่าใดขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้บริโภคเป็นตัวกำหนด กล่าวคือ ถ้าความต้องการสินค้ามีมากราคาจะสูงขึ้น ถ้าความต้องการสินค้าลดลงจะทำให้ต้องปรับราคาลดลง
2. ต้นทุน (Cost) ต้นทุนจะเป็นฐานในการคำนวณราคา เพื่อกำหนดกำไรหรือเพื่อหาจุดคุ้มทุน
3. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การแข่งขัน กลยุทธ์ในการจำหน่าย กลยุทธ์เกี่ยวกับการจำแนกแจกจ่าย เป็นต้น

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการรับผิดชอบในการบริการสาธารณสุข และรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายของสถานบริการของรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข, 2529) ซึ่งค่าใช้จ่ายของสถานบริการสาธารณสุขจะประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายลงทุน ซึ่งหมายถึงที่ดิน สิ่งก่อสร้าง อาคารสถานพยาบาล ค่าวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในการตรวจรักษา และค่าใช้จ่ายดำเนินการ ซึ่ง หมายถึง ค่ายา ค่าตรวจรักษา ค่าเลือด ค่าอุปกรณ์และวัสดุเทียมในการรักษาพยาบาล ในการคิดราคาของบัตรสุขภาพนั้น จะคิดจากราคาต้นทุนของค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเท่านั้น โดยถือว่าค่าใช้จ่ายในการลงทุนเป็นภาระส่วนที่รัฐจะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนในรัฐสวัสดิการ ซึ่งสามารถแสดงเป็นแนวทางได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดในสถานพยาบาลของรัฐ

การกำหนดราคาบัตรสุขภาพจะใช้หลักการของระบบเศรษฐกิจเสรีเป็นแนวทาง แต่ วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพคือต้องการให้ประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ยากจน มีหลักประกันทางสุขภาพ และตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะจัดให้ประชาชน มีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย ดังนั้นการกำหนดราคาจึงควรเป็นการกำหนดราคาแบบไม่มุ่งผลกำไร โดยจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการซื้อของประชาชนกลุ่มนี้ด้วย และจะต้องไม่เป็นภาระทางการเงินแก่สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (อ้างถึงในกองแผนงาน, ม.ป.ป.) ได้คำนวณว่าราคาบัตรสุขภาพที่คุ้มทุนที่คิดรวมทั้งค่าใช้จ่ายลงทุนและค่าใช้จ่ายดำเนินการ ควรจะเป็น 1,000-2,000 บาท ต่อ 1 บัตร แต่ถ้าคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายดำเนินการอย่างเดียวควรจะมีราคา 500-1,000 บาท ต่อ 1 บัตร ในขณะที่ปัจจุบันบัตรสุขภาพชนิดบัตรครอบครัว ราคา 300 บาท ต่อ 1 บัตร ซึ่งหมายถึงปัจจุบันรัฐต้องรับภาระค่าบัตรสุขภาพอยู่ 700-1,700 บาท ต่อ 1 บัตร



1.2 เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ

เงื่อนไข ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Condition ซึ่งพจนานุกรมฉบับเว็บสเตอร์ (Webster, 1982 : 295) ให้ความหมายว่า หมายถึงบางสิ่งบางอย่างที่เรียกหาตามที่ต้องการก่อนที่จะลงมือกระทำ หรือก่อนจะทำให้สำเร็จ หรือหมายถึงบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นสำหรับการมีอยู่หรือเกิดขึ้นของบางสิ่งบางอย่าง มีความหมายในทางกฎหมายว่า หมายถึงมาตราของสัญญาที่จะต้องกระทำ, สบถ้าง, งด หรือขยาย ของกำหนดสัญญาเงื่อนไขหนึ่งหรือมากกว่า ซึ่งตั้งอยู่บนการเกิดขึ้นของเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่แน่นอน และคาดสิน (Kazdin, 1984 อ้างถึงใน อาริรัตน์ บากาสะแต, 2533) บอกว่า การทำสัญญาเงื่อนไข หมายถึง การทำสัญญาหรือการตกลงกันระหว่างบุคคล 2 ฝ่าย ส่วน ฮอลล์ (Hall and Hall 1982 อ้างถึงใน อาริรัตน์ บากาสะแต, 2531) บอกว่า ในการทำสัญญาเงื่อนไขสัญญานั้นจะต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดรายละเอียดอย่างชัดเจน และระบุอย่างเฉพาะเจาะจงถึงพฤติกรรมและผลที่จะได้รับ ทั้งสองฝ่ายจะต้องได้รับความยุติธรรม และพอใจจากสัญญานั้น และต้องมีการกำหนดวันเริ่มต้นและสิ้นสุดสัญญา และมีเลอส์สัน และเลสลาย (Millerson and Leslie อ้างถึงใน วันทนา กิ่งจุงเจริญสุข, 2526) ได้กล่าวว่าการทำสัญญาเงื่อนไขสามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ วางเงื่อนไขเป็นกลุ่มและวางเงื่อนไขเป็นรายบุคคล

ในการกำหนดเงื่อนไขของบัตรสุขภาพ เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2529) ได้กล่าวในการประชุมเรื่องประกันสุขภาพของประเทศไทยว่า หลักการในการพิจารณาเงื่อนไขของระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นควรมีแนวทางดังนี้

1. ขอบข่ายความคุ้มครอง น่าจะคุ้มครองในเรื่องการรักษาพยาบาล การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและอุบัติเหตุต่าง ๆ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี ทันตสาธารณสุข สุขภาพจิต หรืออาจขยายขอบข่ายการคุ้มครองไปครอบคลุมการเจ็บป่วยบางชนิด ที่ต้องรักษาพยาบาลด้วยเทคนิคขั้นสูง แต่คิดราคาบัตรสุขภาพเพิ่มออกไปอีก

2. การชดเชยรายได้ส่วนที่ขาดเนื่องจากการเจ็บป่วย พิจารณาว่าควรมีหรือไม่

3. จำนวนบุคคลหรือสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครอง การกำหนดจำนวนสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครอง ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและรู้สึกว่าเป็นเหยียบเนื่องจากในครอบครัวที่มีสมาชิกมาก จำนวนสมาชิกที่เกินจำนวนที่กำหนดจะไม่ได้รับการคุ้มครอง ในขณะที่ครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยจะได้รับการคุ้มครองหมดทุกคน ซึ่งถ้ายึดหลักที่ว่าต้องการให้ประชาชน

ทุกคนได้รับการคุ้มครองและมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแล้ว ก็อาจพิจารณาให้สมาชิกในครอบครัวส่วนที่เกินกำหนดมีบัตรประกันสุขภาพเพิ่มอีก 1 บัตร ต่อ 1 คน โดยคิดราคาบัตรเพียงส่วนหนึ่งของบัตรประกันสุขภาพครอบครัว

4. การกำหนดวงเงินขั้นสูงสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการแพทย์ภายใต้การคุ้มครอง ซึ่งวงเงินที่จะกำหนดนี้จะต้องมีความเหมาะสมและเป็นธรรมแก่ประชาชน บัตรสุขภาพเป็นโครงการที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ดังนั้นการกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ จึงควรใช้แนวทางของสาธารณสุขมูลฐาน กำหนดโดยให้ประชาชนมีสิทธิและเห็นชอบในการกำหนดเงื่อนไข สะดวกต่อการปฏิบัติตามเงื่อนไข และสามารถให้ความคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชนได้อย่างครอบคลุม การทำสัญญาเงื่อนไขของ โครงการบัตรสุขภาพเป็นการวางเงื่อนไขแบบเป็นกลุ่ม ซึ่งรายละเอียดของเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ กล่าวละเอียดในเรื่อง ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจหรือโครงการบัตรสุขภาพ โดยที่รัฐเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขเพียงฝ่ายเดียว และประชาชนจำเป็นต้องยอมรับและปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดขึ้น เงื่อนไขของโครงการบัตรสุขภาพจะครอบคลุมในเรื่องชนิด ราคา ของบัตร จำนวนและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิใช้บัตร ขอบข่ายของการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ และวงเงินสูงสุดในการคุ้มครอง จึงทำให้เกิดปัญหาในการใช้และรับบริการ ตามสิทธิของบัตรสุขภาพอยู่บ่อย ๆ เช่น ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) พบว่า ประชาชนในจังหวัดราชบุรี อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ เพราะมีความยุ่งยากในการรับบริการที่ต้องผ่านขั้นตอนส่งต่อที่กำหนด และ นิตร อารีเอื้อ (2531) พบว่า ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการไม่เข้าใจในเงื่อนไข วิธีการ และขั้นตอนในการรับบริการตามโครงการบัตรสุขภาพ

1.3 การบริการพยาบาลตามโครงการบัตรสุขภาพ

การบริการพยาบาลในที่นี้หมายถึง การบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำเพื่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ใน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ในเรื่องของการบริหาร วิเชียร ทวีลาภ (2527) กล่าวว่า งานบริหารต้องเกี่ยวข้องกับ 2 องค์ประกอบ คือ คน และผลิตภัณฑ์ ซึ่งในทางการพยาบาล ผลิตภัณฑ์ของการบริหารก็คือ ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วย

การบริหารจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การวางแผนงาน, การดำเนินการบริหารหรือนำแผนงานไปปฏิบัติ และการควบคุม และในการบริหารงานจะต้องใช้กระบวนการ

การบริหาร 7 ชั้น ดังนี้

1. การวางแผน โดยการกำหนด นโยบาย วัตถุประสงค์ แผนงาน เวลาและการใช้ทรัพยากร เพื่อที่จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้
 2. การจัดโครงสร้างขององค์การ โดยการแบ่งส่วนและขอบเขตของงานในองค์การ แล้วนำมาทำเป็นโครงสร้าง แสดงสายการบังคับบัญชา สายการสั่งการ เพื่อเป็นแนวทางในการมอบหมายงาน บังคับบัญชาและควบคุมงาน
 3. การบริหารงานบุคคล โดยการจัดหาเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับตำแหน่งและความรับผิดชอบ
 4. การสั่งการ ซึ่งหมายถึง การสั่งการ การแนะนำ การควบคุม และการนิเทศงาน เพื่อให้สามารถทำงานสำเร็จด้วยดี
 5. การประสานงาน รวมทั้งการติดต่อสื่อสารเพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและราบรื่น
 6. การรายงานผลการปฏิบัติงานตลอดถึงการประชาสัมพันธ์ในเรื่องที่จะต้องแจ้งให้ผู้อื่นทราบ
 7. การจัดเตรียมงบประมาณ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน
- และ พวงทิพย์ เส็งเมือง (2533) กล่าวว่า การบริหารงานบริการพยาบาล เป็นการจัดการให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลกับตัวผู้ป่วย ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือของสถาบัน หรือปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

ในเรื่องของการปฏิบัติการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (กองการเจ้าหน้าที่, 2534) กล่าวว่า ในการปฏิบัติงานการพยาบาล พยาบาลจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำการบำบัด รักษา ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงาน คือ

1. งานเตรียมการในเรื่องข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
2. งานตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาภายใต้การดูแลของแพทย์
3. งานวางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผลและบันทึกผลทางการพยาบาล
4. งานศึกษา วิเคราะห์ คิดค้น เพื่อพัฒนาเทคนิคทางการพยาบาล และควบคุมการพยาบาลให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
5. งานส่งเสริม พัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้กับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มาฝึกปฏิบัติงาน

6. งานจัดสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
7. งานจัดเตรียมและส่งเครื่องมือในการผ่าตัด
8. งานช่วยแพทย์ในการใช้ยาระงับความรู้สึก
9. งานใช้เครื่องมือพิเศษบางประเภท เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษา
10. งานวางแผนครอบครัวและการผดุงครรภ์
11. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
12. งานฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย
13. งานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

และมีการจัดระบบการให้บริการทางการแพทย์เป็น 9 งาน คือ

1. งานหอผู้ป่วย (ผู้ป่วยใน)

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลซึ่งอาจจำแนกเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หรือหอผู้ป่วยอื่น ๆ ได้ตามความจำเป็น

การให้บริการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วย คือการดูแลผู้ป่วยตามหลักการและกลวิธีในการให้บริการ เพื่อแก้ไขปัญหาทางร่างกาย จิตใจ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ตามอาการ ประเภท และความรุนแรงของโรค การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามสภาพความรุนแรงของโรคในทุกระยะการเจ็บป่วย เพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้เจ็บป่วย การช่วยฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การแนะนำและสอนผู้ป่วยขณะได้รับการรักษา เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองและครอบครัวที่บ้านได้

2. งานผู้ป่วยนอก

เป็นการให้บริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอก ในทุกสาขาโรคเช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ตา หู คอ จมูก จิตเวช และโรคทั่วไปอื่น ๆ ซึ่งพยาบาลจะมีหน้าที่เตรียมการในเรื่องข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยให้กับแพทย์ผู้ตรวจตามหลักการและกลวิธีในการให้บริการในแต่ละสาขาโรค การแก้ไขปัญหาทางร่างกาย จิตใจอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย การคัดกรองผู้ป่วยตามอาการ ประเภทความรุนแรงของโรค การตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามสภาพความรุนแรงของโรค ตลอดจนการแนะนำ แนะนำ และสอนผู้ป่วยขณะได้รับการรักษา

3. งานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป็นการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน และวิกฤตทั้งระบบร่างกายและ

จิตประสาท เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหยุดหายใจ ผู้ป่วยตกเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการช็อค ผู้ป่วยที่สมองได้รับ การกระทบกระเทือน เป็นต้น หน่วยนี้เป็นหน่วยสังเกตอาการ ก่อนการตัดสินใจที่จะรับไว้เป็น ผู้ป่วยใน หรือให้กลับบ้านได้

การให้บริการการพยาบาลที่หน่วยงานนี้เป็นการให้บริการพยาบาล ที่ใช้ความรู้ ความสามารถพิเศษ ตามหลักการและกลวิธีการให้บริการ ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่เตรียมการใน เรื่องข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยให้แพทย์ การคัดกรองและวินิจฉัยปัญหาความรุนแรงของการเจ็บป่วย การตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ ของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ได้ทันที่

4. งานห้องผ่าตัด

การให้บริการการพยาบาลของพยาบาลในห้องผ่าตัด เป็นการปฏิบัติงานในทีม ผ่าตัดร่วมกับแพทย์ โดยมีหน้าที่ในการจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ในการดำเนินการผ่าตัด ประเมิน และแจ้งภาวะการณที่เสี่ยงต่ออันตรายที่สังเกตได้ขณะทำการผ่าตัด ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยใน ภาวะวิกฤต

5. งานวิสัญญีพยาบาล

การปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล จะปฏิบัติงานเช่นเดียวกับวิสัญญีแพทย์ โดยมีหน้าที่ วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเลือกวิธีการและดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกได้ทุกภาวะของผู้ป่วย แต่ละราย ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ให้การอภิบาลผู้ป่วย ภาวะวิกฤตภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัด

6. งานห้องคลอด

การให้บริการการพยาบาลของพยาบาลในห้องคลอด จะเป็นการวินิจฉัยปัญหาของ ผู้ตั้งครรภ์ ผู้คลอด ในทุกระยะ คือทั้งในระยะก่อนคลอด ขณะทำคลอด และหลังคลอด ทั้งในราย ปกติและรายผิดปกติ เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอดแต่ละราย ปฏิบัติการ ช่วยชีวิตผู้คลอดและทารกแรกเกิดรวมทั้งทารกที่มีน้ำหนักน้อยแรกคลอด ตรวจสอบความก้าวหน้าของ การคลอดและแยกภาวะผิดปกติในลักษณะที่เป็นอันตรายต่อผู้คลอดและทารก เพื่อช่วยในการรักษา ของแพทย์ ช่วยแพทย์ทำคลอดและทำคลอดเองในรายปกติ

7. งานห้องผู้ป่วยหนัก

การให้บริการการพยาบาลของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก คือ การวินิจฉัยปัญหา และอาการของผู้ป่วยหนัก การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตและแก้ไข

สถานการณ์ได้ทันเวลาที่ การช่วยชีวิตผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ การหายใจ อากาศรีด การติดเชื้อมาอย่างรุนแรง และการติดขัดของระบบขับถ่าย เป็นต้น ตลอดจนสามารถใช้เครื่องมือช่วยชีวิตได้ทุกชนิดเช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

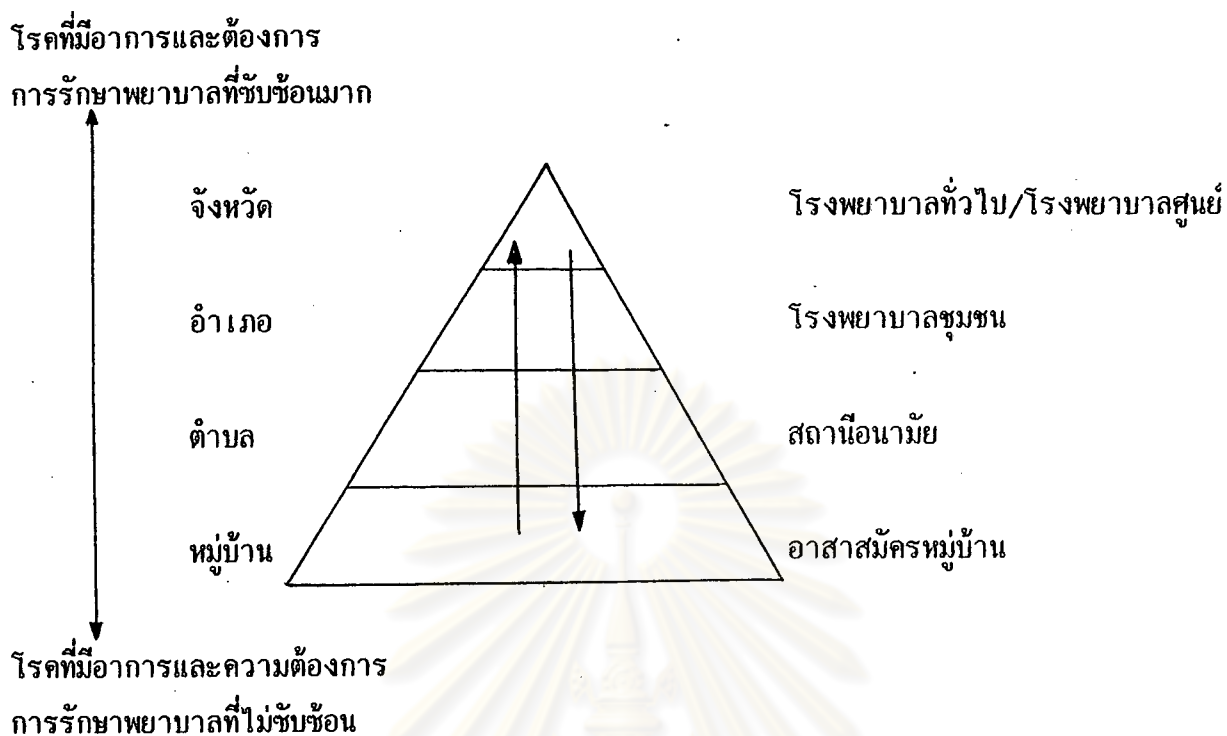
8. งานใช้เครื่องมือพิเศษ (ห้องตรวจพิเศษ)

การปฏิบัติงานการพยาบาลที่ใช้เครื่องมือพิเศษ คือ การจัดเตรียม และใช้เครื่องมือพิเศษในการวินิจฉัย รักษาโรค ภายใต้อการควบคุมของแพทย์ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วย ขณะดำเนินการใช้ และควบคุมเครื่องมือพิเศษเฉพาะ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

9. งานหน่วยจ่ายกลาง

การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยจ่ายกลางเป็นการจัดเตรียม จัดหา บำรุงรักษาและทำให้ปราศจากเชื้อซึ่งเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการปฏิบัติการรักษาพยาบาล รวมทั้งการจ่ายเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลให้กับหน่วยต่าง ๆ

ในการบรรยายเรื่อง แนวคิดและแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน อมร นนทสุต (2528) กล่าวว่า ในระบบสาธารณสุขมูลฐาน ถ้าเจ็บป่วยน้อยให้ประชาชนดูแลกันเอง ถ้าเจ็บป่วยมากต้องอาศัยแพทย์ตามขนาดความรุนแรงของโรค โครงการสร้างการมารับบริการของคนไข้ต้องเป็นรูปสามเหลี่ยม และสร้างระบบทางด่วนในโรงพยาบาลโครงการบัตรสุขภาพมีแนวคิดว่าเป็นการดำเนินการโดยชาวบ้าน ประกันโดยชาวบ้าน การให้ชาวบ้านได้รับผิดชอบสังคมตนเองเป็นการสอนให้คนไทยมีวิวัฒนาการในการดูแลสุขภาพขึ้นมา ซึ่งก็คือการสาธารณสุขมูลฐาน และกระทรวงสาธารณสุข (2528) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องการบริการ รักษาพยาบาลของโครงการบัตรสุขภาพ การรักษาพยาบาลจะเริ่มจากระดับหมู่บ้าน และมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัดดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงการส่งต่อของบริการรักษาพยาบาล

กล่าวคือ ให้ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลตามความยากง่ายของโรคตามความเหมาะสมของระดับสถานบริการ และมีการส่งต่อขึ้นไปตามลำดับขั้น เมื่อสถานบริการระดับต้นไม่สามารถรักษาพยาบาลได้ โดยใช้ระบบการกลั่นกรองผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ และระบบทางด่วน ซึ่งระบบการกลั่นกรองผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลน้อยกว่าและเหมาะสมกว่า เป็นการลดผู้ป่วยนอกไม่ให้อาการที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และระบบทางด่วนจะทำให้ระบบการให้บริการสะดวกและรวดเร็ว

การรักษาพยาบาลในระดับหมู่บ้าน เป็นการรักษาพยาบาลโดย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในโรคง่าย ๆ ด้วยยาในกองทุนยาโดยผู้ป่วยไม่ต้องพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถ้าไม่จำเป็น แต่ถ้ามีความจำเป็นหรือเจ็บป่วยรุนแรง อสม. จะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันถ้าผู้ป่วยมีอาการทุเลาแต่ยังต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง ก็จะส่งผู้ป่วยกลับมาเพื่อรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยหรือในหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัยคอยติดตามดูแลตามลำดับ

บัตรสุขภาพจะคุ้มครองการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ ด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ตามชนิดและเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ในบัตร เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การติดตามดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และสิทธิในการรักษาซึ่งกล่าวรายละเอียดในเรื่องชนิดของบัตรสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

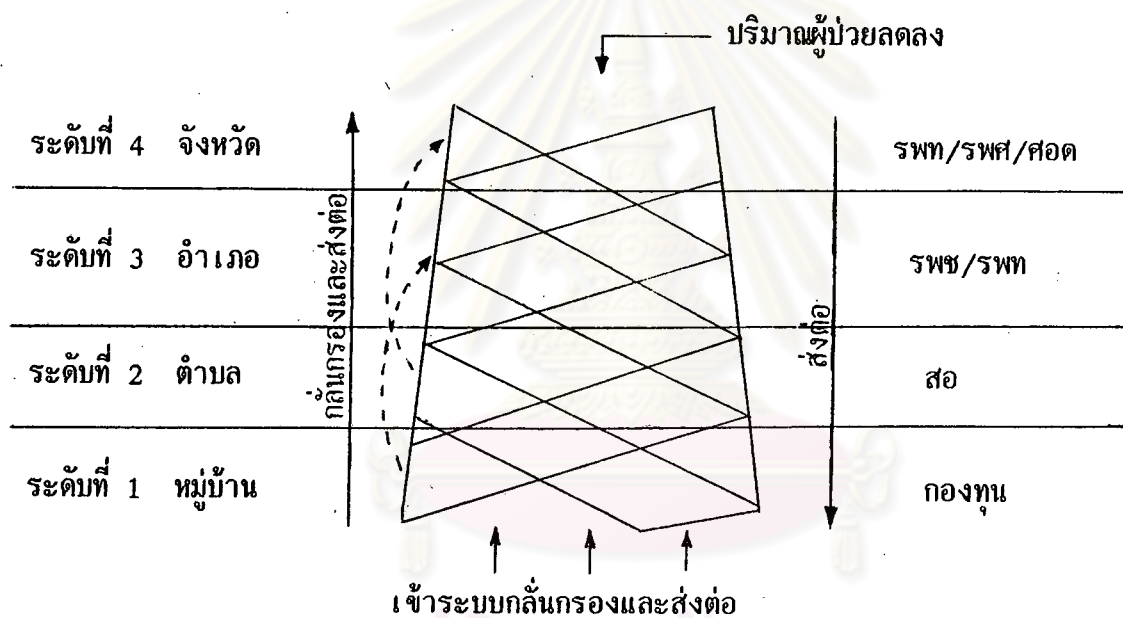
และในการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ให้สามารถสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข (2529) ได้กำหนดกลวิธีในการดำเนินงานดังนี้

1. สนับสนุนส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและดำเนินการแก้ไข ตลอดจนพัฒนาบริการของตนเองให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในเบื้องต้นโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้ทรัพยากรเท่าที่มีและเป็นไปได้
 2. ดำเนินการรวมกลุ่มเพื่อให้เกิดการพัฒนาโดยสถานบริการที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันจะต้องรับผิดชอบดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาและแก้ปัญหาในกลุ่มของตนเอง โดยในแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์เป็นแกนกลาง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และสถานบริการอื่น ๆ ซึ่งจะร่วมพัฒนาและสนับสนุนซึ่งกันและกันในด้านทรัพยากรและวิชาการ
 3. จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังและมีระบบการแก้ปัญหาฉุกเฉิน เพื่อที่จะสามารถรับรู้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในระบบบริการและมีทีมที่จะแก้ปัญหาได้ทันเวลาที่
 4. ปรับปรุงและพัฒนาระเบียบ วิธีปฏิบัติ และคู่มือในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมอยู่เสมอ
 5. กำหนดชนิดของงานที่จะดำเนินการพัฒนาตามลำดับและความสำคัญ แล้วทำแผนปฏิบัติการประจำปี ได้แก่ งานคลินิกบริการ งานการพยาบาล งานชั้นสูตรสาธารณสุข งานทันตกรรม งานเวชกรรมสังคม งานบริหารที่สนับสนุนบริการ งานสนับสนุนบริการ คือ ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล บัตรสุขภาพ การผสมผสานบริการเฉพาะโรคเข้าในบริการสาธารณสุข งานวิชาการ การหาทรัพยากร
 6. แสวงหาความร่วมมือช่วยเหลือสนับสนุนทั้งในด้านทรัพยากร และวิชาการจากองค์การหรือหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข
 7. มีระบบขั้นตอนและวิธีการพัฒนาที่สมบูรณ์และครบวงจร
- งานบริการพยาบาลเป็นบริการหนึ่งในงานบริการสาธารณสุขที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับประชาชนอย่างใกล้ชิดมากกว่าและใช้เวลานานกว่าบริการสาธารณสุขอื่น ในการจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพและไปรับบริการทางสุขภาพตามความยากง่ายของ

โรค ตามความเหมาะสมของระดับสถานบริการ ดังแนวคิดของโครงการบัตรสุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานการบริการพยาบาลจึงมีความสำคัญและจะต้องใช้เทคนิคทั้งในด้านการบริหารและด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้งานบริการพยาบาลมีคุณภาพ และเป็นที่ต้องการของประชาชนเพื่อจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ และใช้บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิของบัตรสุขภาพ

1.4 แนวคิดการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วย (Patient Screening and Referral)

การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการจากสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมตามความรุนแรงมากน้อยของโรคเพื่อลดปริมาณผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงแนวคิดเรื่องการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วย

แผนภาพเส้นทึบเป็นการคัดกรองและส่งต่อตามขั้นตอน เส้นประ เมีนและส่งต่อกรณีพิเศษ เช่น เจาะโรค หมู่บ้านไม่มีหรืออยู่ห่างไกลจากสถานีอนามัย เป็นต้น ซึ่งสามารถอธิบายการคัดกรองและส่งต่อดังนี้

ระดับที่ 1 อยู่ที่หมู่บ้าน รักษาพยาบาลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ที่กองทุน ถ้าเกินความสามารถส่งไประดับที่ 2

ระดับที่ 2 อยู่ที่ตำบล รักษาพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานเอนามัย (สอ)
ถ้าเกินความสามารถส่งไประดับที่ 3

ระดับที่ 3 อยู่ที่อำเภอ รักษาพยาบาลโดยแพทย์ พยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช)
หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท) ถ้าเกินความสามารถจะส่งไประดับที่ 4

ระดับที่ 4 อยู่ที่จังหวัด รักษาพยาบาลโดยแพทย์ พยาบาลที่โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ) หรือศูนย์อนามัยแม่และเด็ก (ศอค)

และกระทรวงสาธารณสุข (2528) ได้กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของระบบการนำส่งผู้ป่วย
เพื่อการรักษาต่อเนื่องมีดังนี้

1. ให้ประชาชนได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องจาก อสม. ก่อน แล้ว
จึงส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน ทำให้สะดวกและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เป็น
การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน

2. สนับสนุนให้มีการรักษาต่อเนื่องอย่างมีขั้นตอน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย โดยส่งผู้ป่วย
ที่มีอาการรุนแรงเกินขอบเขตที่จะให้การรักษาจากสหกรรยามารักษาต่อในสถานเอนามัย

โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลแม่และเด็ก ตามลำดับ

3. ให้มีการกลั่นกรองสภาวะของโรค ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทัน
เวลา และแก้ไขปัญหาล่วงหน้า เพื่อลดอันตรายของโรคจากสถานบริการในชุมชน และลด load
ของโรงพยาบาลในการรักษาโรคง่าย ๆ ให้น้อยลง

4. ให้สมาชิกผู้ใช้บัตรสุขภาพได้รับการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ

5. ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกฝ่าย เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระบบการส่งต่อใน
โครงการบัตรสุขภาพ

6. เป็นการกระตุ้นให้สถานบริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้มีการปรับปรุงประสานงาน
ในการรักษาพยาบาลดีขึ้น

7. เป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ปรับปรุงด้านมนุษยสัมพันธ์ และการเข้าถึงประชาชน
โดยเน้นบริการที่มีคุณภาพ บริการด้วยความรวดเร็ว ประทับใจ

ระบบทางด่วน (Green Channel)

ระบบทางด่วนในโครงการบัตรสุขภาพ เป็นการจัดระบบการให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการ
ที่มีบัตรสุขภาพได้รับความสะดวกรวดเร็ว ได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดช่องทางในการรับ
บริการรักษาพยาบาลให้เป็นพิเศษ ไม่ต้องเข้าคิวรอกับผู้รับบริการอื่น ซึ่งผู้รับบริการที่จะเข้าระบบ

ช่องทางด่วนจะต้องได้รับการกลั่นกรองและมีใบส่งต่อมา ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุ คลอดบุตรฯ แต่ต้องนำใบส่งต่อไปแสดงภายหลัง ถ้าผู้รับบริการทำผิดขั้นตอนไม่มีใบส่งต่อ จะปฏิบัติ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแต่ลดค่ารักษาพยาบาลให้ 10 % จากจำนวนเงินที่จ่าย และเข้าระบบทางด่วน

ครั้งที่ 2 ให้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล แต่ลดค่ารักษาพยาบาลให้ 10 % จากจำนวนเงินที่จ่าย แต่ไม่เข้าระบบทางด่วน

ครั้งที่ 3 ให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย



2. ระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ คือ การให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย หลักการของการประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย การจัดการประกันสุขภาพสามารถทำได้ 3 ระบบ (ธนาวรรณ กิจประไพอำพล, 2529) คือ

1. บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน โดยที่บริษัทผู้รับประกันจะเป็นผู้จัดหาสถานบริการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้เอาประกันเวลาเจ็บป่วย โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทผู้รับประกันเป็นจำนวนตามที่ตกลงกันไว้

2. รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ซึ่งถือเป็นโครงการประกันสุขภาพระดับชาติ (National Health Insurance) เช่น ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่จะทำให้ทุกคนต้อง ประกันสุขภาพโดยรัฐบาลจะเป็นผู้จัดดำเนินการ รัฐบาลเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนมาจัดสรรใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจ่ายค่าเลี้ยงชีพให้ผู้ป่วยขณะป่วย และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่วนในสหรัฐอเมริกา โครงการ Medicaid มุ่งช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย โดยที่ประชาชนไม่ต้องจ่าย เบี้ยประกันให้แก่รัฐเลย

3. องค์การกึ่งรัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ซึ่งการเอาประกันนี้ไม่ได้บังคับให้ทุกคนเอาประกันขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกัน (Voluntary Insurance) แหล่งที่มาของเงินจะมาจากรัฐและจากผู้เอาประกัน โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายเบี้ยประกันแก่องค์การ

ซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างต่ำ และเมื่อเจ็บป่วยองค์การผู้รับประกันจะช่วยออกค่ารักษาพยาบาล
 มากน้อยแล้วแต่จะตกลงกัน

สำหรับหลักการและแนวคิดพื้นฐานของการประกันสุขภาพ มีผู้กล่าวไว้หลายประการ
 ด้วยกันโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2533) ได้พูดถึงการประกันสุขภาพว่าการประกัน
 สุขภาพเป็นประเภทหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงทาง สังคม
 ซึ่งระบบความมั่นคงทางสังคมอาศัยหลักการสร้างหลักประกันด้วย 3 วิธี คือ

1. หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ (Social Assistance) ซึ่งมีกิจกรรมที่
 ดำเนินการอยู่ คือ การสังคมสงเคราะห์ (Social Welfare) และการประชาสงเคราะห์
 (Public Welfare)

2. หลักการบริการสังคม (Social Service) เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานและ
 บริการ เช่น โรงเรียนและการศึกษา โรงพยาบาลและการรักษาให้แก่ประชาชน

3. หลักการประกันสังคม (Social Insurance) เป็นโครงการบริการทางสังคมที่
 รัฐเป็นผู้จัดดำเนินการ เพื่อที่จะให้คุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อนใจในความ
 เป็นอยู่ของชีวิต โดยมีหลักการสำคัญที่จะช่วยตนเอง ช่วยครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 โดยจัดให้มีกองทุนกลางโดยมีนายจ้างและรัฐช่วยออกเงินสมทบ

และในการนำเอาการประกันสุขภาพไปใช้ สมิท (Smith, 2529) ผู้เชี่ยวชาญ
 ทางด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้เสนอเอาไว้ว่าการประกันสุขภาพแบบใด ๆ ก็ตามควรมี
 เกณฑ์พิจารณาโดยยึดหลักการดังต่อไปนี้

1. ประหยัดและคุ้มค่า ให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่
 จ่ายไปและควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย

2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น

3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการโดยผู้ให้ประกันและการให้บริการ
 โดยรัฐ เพื่อที่จะทำให้การบริการทั้ง 2 ประเภทสามารถที่จะผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันใน
 ระยะยาว

4. เงื่อนไขต่าง ๆ ของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสมสอดคล้องต่อผู้เอาประกัน
 และ ธนาวรรณ กิจประไพอาพล (2529) กล่าวว่า การทำการประกันสุขภาพควร
 ดำเนินถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย คือ

1. มีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรรและระบบบริการที่ดีพอที่จะดำเนินการได้

(Affordability)

2. เปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอหรือผลประโยชน์ทางด้านการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ (Accessibility)

3. วิธีการเงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ (Acceptability)

4. มีกลไกที่สามารถใช้ตรวจสอบควบคุมมิให้เกิดความประพฤตินิยมของผู้ให้บริการผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Accountability)

5. การดำเนินงาน เงื่อนไขต่าง ๆ ควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสภาวะการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม (Adaptability)

ปรากฏ วุฒิพงษ์ และคณะ (2532) ได้พูดถึงกรอบของแนวคิดในการจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยว่า หลักการและแนวคิดในการจัดให้มีการประกันสุขภาพจะมี 2 แนว คือ แนวคิดหนึ่ง พิจารณาจากรากฐานเสรีนิยมที่มุ่งให้เสรีภาพในการตัดสินใจและดำเนินการเป็นของแต่ละบุคคลโดยสมบูรณ์ ภายใต้นโยบายที่รัฐพึงดำเนินกิจกรรมใด ๆ ให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ และอีกแนวคิดหนึ่งคือว่ารัฐจัดให้มีการประกันสุขภาพในรูปแบบสวัสดิการโดยไม่คิดมูลค่า และจัดสวัสดิการนี้ให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดอย่างเท่าเทียม และมีอีกแนวคิดหนึ่งที่นอกไปจาก 2 แนวคิดข้างต้น คือ การผสมผสาน 2 แนวคิดนี้เข้าด้วยกัน และในการจัดให้มีการประกันสุขภาพรูปแบบของโครงการควรจะมีกรอบแนวคิด ดังนี้

1. ความมุ่งหมายของระบบการให้หลักประกันด้านสุขภาพอนามัย ระบบการให้หลักประกันด้านสุขภาพอนามัยที่จะจัดขึ้น จะมีความมุ่งหมายที่จะให้ประชากรทั้งประเทศได้รับการทางด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพและอย่างเพียงพอ จุดมุ่งหมายจึงอยู่ที่การกระจายความคุ้มครองและกระจายหลักประกันด้านสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวางทั่วถึงและเพียงพอ

2. เสรีภาพของประชาชน แนวคิดของเรื่องนี้ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เลือกรับบริการประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ตามสมควรด้วยตนเอง และให้ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพ ส่วนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจต้องจัดเป็นกลุ่มพิเศษต่างหาก ที่จะต้องพิจารณาถึงปัญหาของความเป็นธรรมในการกระจายการบริการ

3. ความเป็นธรรมในระหว่างกลุ่มผู้รับบริการ คือ การให้หลักประกันและความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกกลุ่มต้องเสมอภาค คุณภาพการบริการไม่ควรจะมีความแตกต่างกัน และการคำนวณเบี้ยประกันต้องยุติธรรมสำหรับประชากรทุกกลุ่ม

4. ประสิทธิภาพของการจัดให้มีการประกันสุขภาพในระดับชาติอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการครอบคลุมของโครงการด้านเศรษฐกิจ และการบริหารโครงการ

5. ความเป็นไปได้ของระบบประกันสุขภาพนั้น ๆ ทั้งในด้านนโยบาย การบริหารโครงการ และในด้านเศรษฐกิจ

ในการจัดให้มีการประกันสุขภาพ ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ (2529) กล่าวว่า การประกันสุขภาพเริ่มขึ้นครั้งแรกในทวีปยุโรป ในประเทศอังกฤษ โดยมีแรงผลักดันจากภาวะการปฏิวัติอุตสาหกรรม และการขยายตัวของประชากรเป็นสิ่งสำคัญ หลังจากนั้นก็แพร่ขยายไปสู่ทวีปอื่น ๆ ซึ่งมีรูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพหลักเหมือนกัน คือ การประกันสุขภาพโดยรัฐจัดให้ แผนประกันสุขภาพโดยเอกชน และแผนประกันสุขภาพอนาคต แต่รายละเอียด ในการดำเนินงานในแต่ละประเทศแตกต่างกัน ในประเทศไทยได้ริเริ่มประกันสุขภาพ ซึ่งอยู่ในรูปประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2495 ได้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้น และได้ตั้งหน่วยงานระดับกรม คือ กรมประกันสังคม กระทรวงการคลัง แต่พระราชบัญญัตินี้ถูกคัดค้านจากประชาชนกลุ่มที่มีสวัสดิการอยู่แล้วรัฐบาลจึงระงับไป ต่อมาในปี พ.ศ. 2501 ได้มีการรื้อฟื้นและปรับปรุง พรบ.ประกันสังคมขึ้นมาอีกและได้เสนอรัฐบาลคณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมขึ้น และได้นำโครงการประกันสังคมเข้าใส่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 แต่วางกรอบและแนวทางไว้อย่างกว้างๆ ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 รัฐบาลจึงได้กำหนดเป็นนโยบายและมีแนวทางการดำเนินงานชัดเจนยิ่งขึ้น และกระทรวงสาธารณสุข (2534) กล่าวว่าโครงการประกันสังคมเริ่มบังคับใช้จริงจึงเมื่อมี พรบ.ประกันสังคม ปี พ.ศ. 2533 ออกมาบังคับให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป โดยที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลสมทบเงินฝ่ายละเท่า ๆ กัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างเข้ากองทุนเงินประกันโดยลูกจ้างได้สิทธิประโยชน์ดังนี้

1. การเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน
2. การคลอดบุตร
3. ทูพลาภาพ
4. การตาย

และมีเงินทดแทนการสูญเสียรายได้ระหว่างการเจ็บป่วยและหรือทุพพลภาพด้วย

สำหรับรูปแบบการประกันสุขภาพภายในประเทศไทยในปัจจุบันนี้เมื่ออยู่หลายระบบด้วยกัน แต่สามารถแยกได้ 3 กลุ่ม (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2534) คือ

1. สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่างๆ

เหล่านี้ ได้แก่

- 1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล
- 1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล
- 1.3 โครงการประกันสุขภาพแก่เรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ
- 1.4 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 1.5 สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ
2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่
 - 2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน
 - 2.2 กองทุนประกันสังคม
3. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการนี้ ได้แก่
 - 3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
 - 3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ หรือโครงการบัตรสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ สามารถสรุปได้ว่า การประกันสุขภาพเป็นการประกันทางสังคมประเภทหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยอาศัยหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครอง และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยได้ โดยที่ไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย ในการจัดทำมีการประกันสุขภาพสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ ความครอบคลุมประชาชน ราคาที่เหมาะสม การบริการที่มีคุณภาพ เงื่อนไข สิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมและสะดวกในการใช้สิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขนั้น และเป็นที่ยอมรับของทั้งผู้ให้ประกัน ผู้เอาประกัน และผู้ให้บริการทางสุขภาพ ระบบการประกันสุขภาพจะต้องดี มีความเป็นไปได้และเหมาะสม และในปัจจุบันประเทศไทยมีรูปแบบการประกันสุขภาพ 3 รูปแบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ การประกันสุขภาพเชิงบังคับ และการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ในปัจจุบันแยก

ได้เป็น 2 รูปแบบย่อย คือ การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ

3. โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ หรือโครงการบัตรสุขภาพ

บัตรสุขภาพเป็นบัตรที่แสดงถึงความผูกพันหรือมีพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตรกองทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการสนับสนุนทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แก่สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์

กลุ่มประชาชนผู้ถือบัตร มีส่วนร่วมด้วยการสมัครเป็นสมาชิกของกองทุน มีหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขของการเป็นสมาชิก มีสิทธิและผลประโยชน์ที่จะได้รับตามที่ระบุไว้ในบัตร

กลุ่มกองทุนผู้ออกบัตร มีสิทธิและหน้าที่ตามระเบียบที่กำหนดไว้ เช่น การบริหารจัดการประสานงานให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย อำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกผู้ถือบัตรสุขภาพ

กลุ่มหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัย มีหน้าที่ให้การสนับสนุนแนะนำชี้แจง อำนวยความสะดวกและให้บริการตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือให้บริการอนามัยแม่และเด็ก การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการรักษาพยาบาล โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลใด ๆ และมีความสามารถระดับหนึ่งในการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

กระทรวงสาธารณสุข (2529) กล่าวว่า งานโครงการบัตรสุขภาพกำเนิดและพัฒนามาจากหลักการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นให้ประชาชนและองค์กรชุมชนรับผิดชอบดำเนินงานบริหารจัดการ ใช้จ่ายทุนทรัพย์ที่รวบรวมจากสมาชิกทุกคนในชุมชน เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย โครงการบัตรสุขภาพเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างงานสาธารณสุขมูลฐานกับงานสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ โครงการบัตรสุขภาพจึงนับว่าเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในการพัฒนาการประกันสุขภาพแก่ประชาชนในชนบท ด้วยการระดมทรัพยากรด้านเงินทุนจากชุมชนเพื่อใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลและเพื่อการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

วัตถุประสงค์ทั่วไปของโครงการบัตรสุขภาพ มี 2 ประการ คือ

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้มีหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัย และมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเท่าเทียมกัน ตามขั้นตอน และระดับความจำเป็นอย่างมีระบบและมีศักดิ์ศรีโดยความสมัครใจ
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหาร จัดการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้สอดคล้องกับหลักการของสาธารณสุขมูลฐาน

และมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อพัฒนาอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว
2. เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทให้ประชาชนริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอนามัย และการพัฒนาชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐคอยช่วยเหลือ
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพของชุมชนในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ของรัฐให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ
4. ลดปริมาณผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

หลักการและแนวคิดของโครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขคือ เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันเมื่อเจ็บป่วย และรัฐบาลไม่ต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนทุนทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงได้ดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โดยอาศัยรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2528) กล่าวไว้ว่า หลักการและแนวคิดพื้นฐานของโครงการบัตรสุขภาพมีดังนี้

1. สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน หลักการสาธารณสุขในอดีต เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการและประชาชนเป็นผู้รับบริการมาตลอด ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าเป็นอันมากในเรื่องของเทคโนโลยี รวมทั้งการสร้างสถานบริการ แต่ผลประโยชน์ที่ได้ไม่ได้อำนวยประโยชน์ให้กับคนกลุ่มใหญ่ ทั้งยังทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องโอกาสที่จะเข้าถึงบริการเหล่านั้น จึงมีการพัฒนาวิธีการขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้เข้าไปทำให้ แต่ขอให้ชาวบ้านมาช่วยทำด้วย จนมาถึงขั้นให้ชาวบ้านจัดทำกันเอง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการและวัสดุอุปกรณ์ที่ชาวบ้านไม่สามารถจัดทำได้เอง ทำให้เขาเริ่มเห็นความสำคัญเพราะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การที่ชาวบ้านสามารถริเริ่มดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ส่วนหนึ่งนั้น เป็นลักษณะของการทำงานสาธารณสุขมูลฐานอันเป็นแนวทางบรรลุถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งหลักการของสาธารณสุขมูลฐานคือการให้ประชาชน

สามารถพึ่งตนเองได้ มีความสามารถและส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัว

2. การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งการที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าจะต้องมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน และถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

3. แนวความคิดเรื่องการรักษาพยาบาล แนวความคิดของโครงการบัตรสุขภาพ การรักษาจะต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้าน และมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด โดยการจัดตั้งให้มีกองทุนของหมู่บ้านและระบบทางด่วนขึ้น และให้ประชาชนไปรับบริการตามจำนวนและประเภทความยากง่ายของโรคที่เหมาะสมกับสถานบริการในแต่ละระดับ

4. แนวคิดเรื่องระบบส่งต่อกับระบบทางด่วน ระบบส่งต่อเป็นระบบกลั่นกรองซึ่งจะทำให้คนไข้เข้าโรงพยาบาลน้อยกว่าและเหมาะสมกว่า และระบบทางด่วนเป็นระบบการให้บริการที่ต้องให้ได้รับความสะดวกรวดเร็ว และเป็นที่น่าประทับใจ โดยพยายามที่จะให้เขาได้รับการอย่างมีเกียรติ และตัดขั้นตอนบางอย่างของระบบราชการที่ยืดเยื้อและไม่อำนวยความสะดวกไป

5. แนวความคิดในการสนับสนุนการพัฒนาชนบทแนวใหม่ เป็นความคิดที่จะพัฒนาองค์ประกอบสำคัญอันได้แก่

- องค์กรชุมชน โดยมีการจัดตั้งกรรมการ มีการนำเอาสถาบันของชุมชนมามีบทบาทในงานสาธารณสุข

- การให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการฝึกพัฒนา โดยคัดเลือกฝึกอบรมสมาชิกให้มีความรู้ความเข้าใจการสาธารณสุขพอควร ออกมาในรูปของ อสม/พสส

- ทูท ซึ่งจะต้องเกิดมาจากทรัพยากรของชุมชนเอง และต้องมีความร่วมมือของชุมชนส่วนใหญ่ในการสร้างทุน จึงกลายมาเป็นรูปแบบของกองทุน ซึ่งโครงการบัตรสุขภาพจะเป็นการระดมทุนจากชุมชน โดยการขายบัตรให้สมาชิกโครงการและนำเงิน 40 % ของราคาบัตร ไปใช้หมุนเวียนในการพัฒนาหมู่บ้าน มีการคัดเลือกประชาชนในหมู่บ้านมา และจัดตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อบริหารเงินทุนนี้

6. แนวความคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข อันได้แก่ บทบาทของผู้บริการ และบทบาทของผู้รับบริการ โดยจะปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้รับบริการซึ่งก็คือประชาชนให้มีลักษณะที่มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองสูงขึ้น พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณบางส่วน กล่าวคือให้มีการเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่จากเดิมที่ เป็นผู้ให้และประชาชนเป็นผู้รับอย่างเดียวมาเป็น การร่วมมือกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน ในการดูแลสุขภาพ

อนามัย และประชาชนมีสิทธิแสดงความคิดเห็นต่อบริการทางสาธารณสุขที่เขาได้รับว่าดีหรือเหมาะสมหรือไม่

การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในประเทศไทย จากคู่มือปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528-2530 (2528) พอสรุปได้ว่า มีการทดลองดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพปี พ.ศ. 2526 ในชื่อโครงการอนามัยแม่และเด็ก เรียกได้ว่าเป็นระยะที่ 1 ของโครงการบัตรสุขภาพ เป็นการทดลองศึกษาหารูปแบบความเป็นไปได้ ด้านการบริหารจัดการกองทุนโดยชาวบ้านและองค์กรชุมชน กลวิธีดำเนินงาน ค่าใช้จ่าย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวกับการรักษาพยาบาล โดยได้ทดลองดำเนินการใน 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา มีบัตร 3 ชนิดแต่ละชนิดจะมีอายุ 1 ปี คือ บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ราคา 200 บาท บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลราคา 100 บาท และบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท หลังจากดำเนินการไปได้ 3 เดือน จังหวัดที่ทดลองดำเนินการได้ประเมินผลการดำเนินงานของโครงการและสรุปผลการประเมินว่า โครงการอนามัยแม่และเด็กมีประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนาสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงขึ้น จึงมีการขยายพื้นที่ดำเนินการและใช้ชื่อว่า โครงการบัตรสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล และตั้งเป้าหมายว่าในปี พ.ศ. 2528 ให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล โดยบัตรสุขภาพมี 2 ชนิด คือ บัตรสีแดงเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท และบัตรสีฟ้าเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท และคณะกรรมการศึกษาวิจัยและฝึกอบรมได้วิจัยประเมินผลโครงการ และวิจัยแนวทางในการดำเนินงานขยายโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจ มีความรู้และยอมรับประโยชน์ของบัตรสุขภาพและมีความต้องการซื้อบัตรใหม่เมื่อบัตรหมดอายุ คณะกรรมการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข จึงมีมติขยายพื้นที่ดำเนินการในโครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2528-2530 โดยได้ตั้งเป้าหมายให้ขยายครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอ และให้มีการปรับปรุงกลวิธีดำเนินงาน ตลอดจนรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับ ขอบเขต ครอบคลุมการให้บริการ เงื่อนไข และราคาบัตรสุขภาพ

ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (2530-2534) ได้มีนโยบายเน้นการขยายตัวโครงการตามสภาพความพร้อมและเน้นคุณภาพของโครงการให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการโดยไม่มีกำบังคับ เรียกชื่อว่าโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ มีแนวทางและกลวิธีดำเนินการดำเนินงาน โดยใช้แนวทางของโครงการบัตรสุขภาพเป็นหลัก

สถานะภาพของโครงการบัตรสุขภาพในปัจจุบัน

โครงการบัตรสุขภาพในปัจจุบันเป็นนโยบายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) ในนโยบายข้อที่ 3 เรื่องการสนับสนุนให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุขและได้มีการกำหนดปรัชญาการดำเนินการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยอาศัยโครงการบัตรสุขภาพว่ามีวัตถุประสงค์หลักคือการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Prepaid Health Insurance) โดยไม่มุ่งเน้นจัดตั้งกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน แต่ยังคงหลักการของการส่งเสริมการให้บริการครั้งแรกที่สถานีนอนามัยและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยโดยวิธีบริการและเงื่อนไขตามโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 ซึ่งแบ่งชนิดของบัตรออกเป็น 3 ชนิด (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2531) ดังนี้

ชนิดที่ 1 บัตรครอบครัวเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 300 บาท ได้รับการรักษาพยาบาล 6 ครั้งต่อปีต่อบัตร ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับพ่อแม่และลูกอายุต่ำกว่า 15 ปี รวมทั้งหมด 4 คน อายุบัตร 1 ปี ไม่มีต่ออายุ รักษาพยาบาลฟรีโดยไม่จำกัดโรค ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา แต่ค่ารักษาพยาบาลกำหนดอัตราสูงสุดดังนี้

1. 2,000 บาท ต่อ 1 โรค จำนวนครั้งเท่ากับการมีสิทธิตามบัตร
2. จำนวนส่วนเกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 10 %

ชนิดที่ 2 บัตรบุคคลเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท ได้รับการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล 4 ครั้งต่อปีต่อบัตร อายุบัตร 1 ปี ไม่มีต่ออายุ การคุ้มครองและสิทธิประโยชน์อื่นเหมือนชนิดที่ 1

ชนิดที่ 3 บัตรสุขภาพเพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท ใช้สำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก ได้รับสิทธิประโยชน์ดังนี้

1. ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ได้รับการทำคลอดฟรีที่บ้านหรือสถานบริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว หรือจำเป็นต้องส่งไปรับบริการที่สถานบริการที่สูงกว่าโดยมีใบนำส่งตัว
3. ได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ได้รับการทำให้ภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. ได้รับการดูแลรักษาเด็กเกิดใหม่จนอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์



เงื่อนไขของบัตรสุขภาพ

เงื่อนไขของบัตรสุขภาพจะประกอบด้วย เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้บัตรสุขภาพ เงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) ยึดตามวิธีการและเงื่อนไขของโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 ซึ่งใช้เป็นที่แนวทางในการปฏิบัติงานตามโครงการบัตรสุขภาพเท่านั้น แต่ในการนำไปปฏิบัติ พื้นที่ที่ดำเนินการสามารถนำแนวทางนี้ไปปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ได้ ซึ่งโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 ได้กำหนดเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2528) ไว้ดังนี้

โรคที่ได้รับสิทธิคุ้มครอง รักษาพยาบาลฟรี

1. ไม่จำกัดโรค (ยกเว้น ตัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา) แต่กำหนดค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาท ต่อ 1 โรค สำหรับส่วนเกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 10 % จากจำนวนเงินที่จ่าย จำนวนครั้งในการรักษาพยาบาลเท่ากับสิทธิที่กำหนดในบัตร
2. ถ้ามีปัญหามารักษาพยาบาล ให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานพยาบาลนั้น ๆ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณา

มาตรฐานการรักษาพยาบาล

ไม่จำเป็นต้องมีมาตรฐานการเข้ารับการรักษาโรค แต่ให้ใช้ยานุเคราะห์หลักแห่งชาติเพื่อการรักษา

สิทธิอื่น ๆ

บริการพิเศษ เช่น ค่าห้องพิเศษ ค่าอาหาร ให้คิดลด 10 % จากจำนวนเงินที่จ่าย

การจัดสรรเงิน

เงินจากการขายบัตรหักค่าธรรมเนียมการกองทุนนำไปหมุนเวียนเป็นกองทุนเอนกประสงค์ภายใน 1 ปีก่อน จึงจัดสรรจ่ายเงินดังนี้

1. จ่ายสนับสนุนสถานบริการต่าง ๆ จำนวนร้อยละ 75 โดยจัดสรรเป็น 3 ระดับ คือ
 - 1.1 ระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก จำนวนร้อยละ 30
 - 1.2 ระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ที่ตั้งอยู่ในอำเภอ จำนวนร้อยละ 30
 - 1.3 ระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัยจำนวนร้อยละ 15

2. จ่ายตอบแทนผู้ให้บริการและอำนวยความสะดวก จำนวนร้อยละ 10

2.1 ระดับจังหวัด จ่ายตอบแทนให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก จำนวนร้อยละ 2

2.2 ระดับอำเภอ จ่ายตอบแทนให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ จำนวนร้อยละ 3

2.3 ระดับตำบล จ่ายตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ผดุงครรภ์ในเขตที่อบรมแล้ว เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการทำคลอด ดูแลก่อนและหลังคลอด และจ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่อื่นเพื่อเป็นค่าติดตามประชาชนให้มารับภูมิคุ้มกันโรค จำนวนร้อยละ 5 ซึ่งถ้าจำนวนร้อยละ 5 นี้ไม่พอจ่าย คณะกรรมการดำเนินงานบัตรสุขภาพอาจพิจารณาเฉลี่ยเงินจากส่วนอื่นมาเพิ่มได้

3. จ่ายค่าบริหารจัดการกองทุน จำนวนร้อยละ 15 โดยจ่ายเป็นค่าเบี้ยเลี้ยง กรรมการ ค่าพิมพ์บัตร ค่าวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

ในเรื่องการครอบคลุมประชาชนของโครงการบัตรสุขภาพกองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (ม.บ.บ.) กล่าวไว้ว่า การครอบคลุมประชาชนของบัตรสุขภาพลดลงเรื่อย ๆ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530-2534) มีเพียงร้อยละ 50 ของจังหวัดที่ยังคงดำเนินการอยู่ และที่ดำเนินการอยู่ก็ไม่มีแนวโน้มของการขยายตัวเท่าที่ควร เพราะนโยบายของโครงการไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ค่อนข้างมาก ซึ่งจากการศึกษาของนิตร อารีเอื้อ (2531) พบว่า ในกลุ่มผู้ให้บริการบางคนยังไม่เข้าใจเงื่อนไข วิธีการ และขั้นตอนในการดำเนินงานตามโครงการบัตรสุขภาพที่แท้จริง และในกลุ่มผู้รับบริการยังมีผู้รับบริการจำนวนมากที่ไม่เข้าใจเงื่อนไข วิธีปฏิบัติ ตลอดจนถึงขั้นตอนการขอรับบริการ และจากการประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2531) ได้รายงานถึงจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพเฉลี่ยต่อกองทุนทั่วประเทศ พบว่า ในปี พ.ศ. 2527-2528 มีสมาชิก 432.07 คน ต่อ 1 กองทุน และในปี พ.ศ. 2531 ลดลงเหลือเพียง 153.69 คน ต่อ 1 กองทุน ซึ่งลดลงถึง ร้อยละ 64.42 และในเรื่องภาวะการเงินของโครงการบัตรสุขภาพได้รายงานไว้ว่า เมื่อเทียบรายจ่ายรายรับในระดับสถานีอนามัยมีอัตราการคืนทุนร้อยละ 280 ในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการคืนทุนเพียงร้อยละ 58 และในระดับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ มีอัตราการคืนทุนร้อยละ 54.25 ซึ่งหมายถึงว่าในระดับสถานีอนามัยมีกำไรจากการให้บริการตามโครงการบัตรสุขภาพ ส่วนโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ขาดทุน

ในปัจจุบันการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพจะแบ่งเป็น 2 แผนงาน คือ การดำเนินโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบทและการดำเนินโครงการบัตรสุขภาพในเขตเมือง การดำเนิน

โครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบท จะใช้รูปแบบโครงการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ส่วนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด และเทศบาล พิจารณารูปแบบดำเนินการตามสภาพพื้นที่ ระบบเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละจังหวัดเองแบ่งพื้นที่เขตเมืองหรือเขตเทศบาลออกตามลักษณะการอยู่อาศัย 3 ประเภท คือ

1. ชุมชนหนาแน่น คือ เขตย่านการค้า ตลาดเป็นที่อยู่ของพ่อค้าวานิชย์
2. ชุมชนแออัด คือ แหล่งสลัมที่อยู่กันอย่างยัดเยียด ประกอบด้วย ผู้มีรายได้น้อยและ

ยากจน

3. ชุมชนชานเมือง คือ แหล่งที่อยู่อาศัยเหมือนเขตชนบท แต่อยู่ในเขตเทศบาล ดำเนินงานโดยเน้นวัตถุประสงค์ คือ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยนอกที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาลจังหวัด และเพื่อเพิ่มส่วนขาดของรายจ่ายของโรงพยาบาลจังหวัดที่สนับสนุนโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบท

จึงพอสรุปได้ว่า บัตรสุขภาพ เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือ ประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบท โดยเริ่มทดลองดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 ในปัจจุบันโครงการบัตรสุขภาพเป็นนโยบายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) โดยเน้นให้เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ดำเนินงานโดยอาศัยแนวทาง วิธีการ และเงื่อนไขของโครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 (2528-2530) แต่สามารถปรับเปลี่ยน แนวทาง วิธีการ และเงื่อนไขนั้น เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ได้ โครงการบัตรสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ขณะนี้ 2 แผนงาน คือ โครงการบัตรสุขภาพในเขตเมืองและโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบท จากการประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2531 พบว่า จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมีจำนวนลดลงมาก และสถานบริการที่ให้บริการก็ประสบกับภาวะขาดทุน

โครงการบัตรสุขภาพของจังหวัดร้อยเอ็ด

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็น 1 ใน 7 จังหวัดที่ถูกคัดเลือกให้ทดลองดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการทดลองโครงการครั้งแรกในวันที่ 1 มีนาคม 2527 การดำเนินการโครงการระยะต่าง ๆ มีดังนี้

ระยะที่ 1 เริ่มดำเนินการครั้งแรกที่บ้านคำ หมู่ที่ 7, 8 ตำบลหนองผือ อำเภอเมืองสรวง เป็นโครงการทดลองเพื่อหารูปแบบในการดำเนินงานเรียกว่ากองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก เป็นบัตรครอบครัว ราคาบัตรละ 200 บาท กำหนดรักษาพยาบาลฟรี 8 ครั้ง ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัวโดยไม่บังคับ ไม่จำกัดจำนวนสมาชิก อายุบัตรใช้ได้ 1 ปี

ระยะที่ 2 ภายหลังจากการดำเนินงานโครงการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กที่บ้านคำ ตำบลหนองผือ 1 ปี พบว่ามีความเป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาก จึงได้ขยายไปยังอำเภอต่าง ๆ เรียกว่า "กองทุนบัตรสุขภาพ" เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2528 เป็นบัตรครอบครัว ราคาบัตรละ 200 บาท กำหนดการรักษาพยาบาลฟรี 8 ครั้ง ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวฟรีโดยไม่บังคับ ไม่จำกัดจำนวนสมาชิกมีอายุบัตรใช้ได้ 1 ปี

ระยะที่ 3 เริ่มจากวันที่ 1 มีนาคม 2529 เป็นบัตรครอบครัว ราคาบัตรละ 200 บาท กำหนดการรักษาพยาบาลฟรี 6 ครั้ง ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว โดยไม่บังคับ ไม่จำกัดจำนวนสมาชิก อายุบัตรใช้ได้ 1 ปี

การปันผล ทั้งระยะ 1, 2, 3 ปันผลคิดตามเงินทุนที่ขายบัตรได้โดยปันผลให้สถานบริการของรัฐ 35 % เจ้าหน้าที่ 10 % กรรมการดำเนินงาน 15 % เหลือ 40 % แบ่งคืนสมาชิก และพัฒนาหมู่บ้าน

การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2535

โดยทั่วไปยึดหลักตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีบางอย่างที่ปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น คือ

จังหวัดร้อยเอ็ดเปิดจำหน่ายบัตรประเภทเดียวคือ บัตรครอบครัว และปัจจุบันเป็นบัตรสีชมพู ราคา 300 บาท ไม่จำกัดจำนวนสมาชิก ยึดหลักาเงื่อนไขเป็นเกณฑ์ นอกจากจะให้การรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่บังคับแก่สมาชิกแล้ว ยังให้บริการฟรีโดยไม่บังคับ ดังนี้

1. ตรวจสุขภาพประจำปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน คนละ 1 ครั้งฟรี
2. ให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กและหญิงมีครรภ์ครบชุดตามหลักเกณฑ์ฟรี
3. การวางแผนครอบครัวทุกชนิดฟรี
4. การอนามัยแม่และเด็ก (ฝากครรภ์ ทำคลอด และดูแลหลังคลอด ฟรี)
5. สวัสดิการต่าง ๆ ตามที่กองทุนกำหนด

สำหรับรายละเอียดเงื่อนไขของบัตรสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดปี พ.ศ. 2535 (สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2535) มีดังนี้

1. ชนิดของบัตรเป็นบัตรรักษาพยาบาลสำหรับครอบครัว ราคาบัตรละ 300 บาท
2. อายุบัตรกำหนด 1 ปี นับตั้งแต่หมู่บ้านเปิดใช้บัตรครั้งแรกในปีนั้น ส่วนสมาชิกที่ซื้อบัตรหลังจากนั้นภายในปีเดียวกันก็ให้หมดอายุพร้อมกัน
3. ไม่จำกัดจำนวนสมาชิก
4. สิทธิในการใช้บัตร 6 ครั้งต่อปี
5. แต่ละครั้งกำหนดค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาท
6. ถ้าเกิน 2,000 บาท ในส่วนที่เกินให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยร้องขอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่าจะให้นับครั้งต่อไป หรือจะจ่ายเงินส่วนที่เกินและได้รับส่วนลดไม่น้อยกว่า 10 %
7. บริการรักษาโรคต่าง ๆ ทุกชนิดฟรี ยกเว้น ศัลยกรรมต่างๆ และโรคมยาธิใบไม้ดับครั้งที่ 2 ในรอบปี
8. โรคบางโรคที่รักษาไม่หาย เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน คนไข้มาขอรับบริการรักษา 2 เดือน นับเป็น 1 ครั้ง
9. กรณีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาแต่ละครั้ง ถ้าอาการยังไม่ทุเลาและกลับมารักษาต่อภายใน 5 วัน ด้วยโรคหรือสาเหตุอันเดียวกัน ก็ให้นับว่าเป็นครั้งเดียว
10. ระยะเวลาในการออกบัตร ออกบัตรสุขภาพเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ออกเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ หมดสิทธิ์ในวันที่สุดท้ายของเดือนกุมภาพันธ์ปีถัดไป และระยะที่ 2 ออกเดือนกรกฎาคม หมดสิทธิ์ในวันที่ 31 กรกฎาคมปีถัดไป
11. การเพิ่มชื่อสมาชิกในบัตร การออกบัตรครั้งแรกให้ขีดเส้นใต้ชื่อสุดท้าย เพื่อป้องกันการเพิ่มชื่อโดยพลการ การเพิ่มชื่อทำได้โดย ผู้ถือบัตรสุขภาพแจ้งแก่คณะกรรมการกองทุนในหมู่บ้านเห็นชอบและให้หัวหน้าสถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบเป็นผู้เพิ่มชื่อและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน และแจ้งรายชื่อที่เพิ่มให้สถานที่ออกบัตรทราบ

ในเรื่องการครอบคลุมประชาชนของโครงการบัตรสุขภาพ จากสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2534, อัดสำเนา) พบว่า ในปี พ.ศ. 2529 ประชาชนเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพจำนวน 206,158 คน จำนวนบัตรสุขภาพ 32,212 บัตร และในปี พ.ศ. 2534 ประชาชนเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ จำนวน 142,849 คน จำนวนบัตรสุขภาพ 21,555 บัตร ซึ่งมีการลดลงของประชาชนที่เป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพถึงร้อยละ 30.7

และ จำนวนบัตรสุขภาพลดลงถึงร้อยละ 33.08 และในปี พ.ศ. 2534 มีหมู่บ้านที่ยังดำเนินงานโครงการ บัตรสุขภาพอยู่เพียงร้อยละ 20.86 ของหมู่บ้านทั้งหมด

บทบาทของพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพ

พยาบาลเป็นผู้ให้บริการโดยตรง ให้การบริการพยาบาลกับผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด และเกือบตลอดเวลา จากสถิติจำนวนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขปี พ.ศ. 2532 (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2536) พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในจำนวนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข คือมีจำนวน 57,607 คน และมีอัตราส่วนพยาบาลต่อประชาชนเป็น 1 : 962 ในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขทุกประเภทรวมทั้งการปฏิบัติงานตามโครงการบัตรสุขภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในเกือบทุกระดับและขั้นตอนของงาน จึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทมากที่สุดที่จะทำให้โครงการบัตรสุขภาพบรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการกำหนดบทบาทของพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจง มีเพียงแนวทางการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทั่วไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2533)ซึ่งพอสรุปเป็นกลุ่มเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ดังนี้

1. ด้านการบริหาร ได้แก่

1.1 การศึกษารายละเอียดและร่วมวางแผนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพเกี่ยวกับ การเปิดดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ, แนวทางการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ, วัตถุประสงค์, หลักเกณฑ์ เงื่อนไขของบัตรสุขภาพ

1.2 การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูล ระเบียบรายงาน แบบฟอร์มการรายงานผลการปฏิบัติงานของบัตรสุขภาพ

1.3 การประชาสัมพันธ์โครงการบัตรสุขภาพแก่ ประชาชนและเจ้าหน้าที่

1.4 การนิเทศงานโครงการบัตรสุขภาพทั้งในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน

1.5 การประสานงานกับบุคลากรทุกระดับในการปฏิบัติงาน

2. ด้านการบริการ ได้แก่

2.1 การอำนวยความสะดวกในการเปิดดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ, การอำนวยความสะดวกในการจัดหา และจำหน่ายบัตรสุขภาพ

2.2 การหาสื่อและอุปกรณ์ในการประชาสัมพันธ์โครงการบัตรสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ

3. ด้านวิชาการ ได้แก่

3.1 การผลิตสื่อการประชาสัมพันธ์โครงการบัตรสุขภาพ

3.2 การชี้แจงรายละเอียดของโครงการบัตรสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน

3.3 การชี้แจงและแนะนำวิธีการบริหารจัดการในด้านการเงิน วัสดุ ระบบ ข้อมูล แก่กรรมการกองทุนบัตรสุขภาพ

และในงานสาธารณสุขมูลฐานมีการระบุบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ โครงการบัตรสุขภาพเป็นโครงการที่มีแนวคิดในการดำเนินงานสัมพันธ์กับแนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (พีระ ตันติเศรณี และสมมาตร พรหมภักดี, 2532) เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกันคือสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพจึงน่าจะคล้ายคลึงกับบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่ง กุหลาบ รัตนสังขธรรม(2533) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ด้านการวางแผน ได้แก่ การร่วมวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนกำกับงาน

2. ด้านการฝึกอบรม นิเทศ และติดตามให้การสนับสนุน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) เช่น การจัดให้มี ผสส, อสม, การจัดตั้งกองทุนในหมู่บ้านและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเทคโนโลยีกับหมู่บ้านอื่น

3. ด้านการวิจัย

4. ด้านการให้บริการพื้นฐาน ได้แก่ การให้สุขศึกษา, การสนับสนุน จัดหาอาหาร และโภชนาการ, การจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอและการสุขภาพขั้นพื้นฐาน, การดูแลอนามัยแม่และเด็ก เช่น การตรวจก่อนคลอด การทำคลอด ในและนอกสถานบริการ การเยี่ยมหญิงมีครรภ์ หลังคลอดและเด็กที่บ้าน การตรวจสุขภาพเด็กดี และการวางแผนครอบครัว การให้บริการพื้นฐานอื่นอีกได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, การป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่มีอยู่ในท้องถิ่น, การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน งานสุขภาพจิต, งานทันตสาธารณสุขชุมชน และการให้บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคและการบาดเจ็บ ซึ่งประกอบด้วย การรักษาพยาบาลผู้ป่วย รายใหม่และรายเก่า, การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพ, การประสานงานเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วตามระบบส่งต่อ การกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนรับบริการรักษาพยาบาลตามความยากง่ายเหมาะสมกับระดับสถานบริการ, การรักษาพยาบาลขั้นต้นในแผนกอุบัติเหตุ เช่น การทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี และการ

เลาะก่อนที่คิดปกติที่บริเวณผิวหนัง การให้การรักษายาบาลขั้นต้นที่แผนกผู้ป่วยนอกกรณีแพทย์ไม่
อยู่ การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อที่จะให้ใช้ได้ทันที การบอกชื่อยา วิธีชื่อยา และวิธีสังเกต
ตนเองเพื่อระวังผลข้างเคียงของยา

5. ด้านการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร

6. ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพจึงควรมีดังนี้

1. ด้านการบริหาร บทบาทของพยาบาลด้านการบริหาร ได้แก่

1.1 การร่วมวางแผนการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหา
และวางแผนการกำกับงาน

1.2 การบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสารของโครงการบัตรสุขภาพ

1.3 การนิเทศและประเมินการปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพ

1.4 การวางแผนประชาสัมพันธ์และขยายโครงการบัตรสุขภาพ และการ
ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกันในโครงการบัตรสุขภาพ

2. ด้านการบริการ บทบาทของพยาบาลด้านการบริการ ได้แก่

2.1 การอำนวยความสะดวกในการเปิดดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ การ
จัดหาและจำหน่ายบัตรสุขภาพ

2.2 การให้บริการทางการแพทย์ เป็นการให้บริการพยาบาลใน 4 ด้าน คือ

2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลอนามัยแม่และเด็ก เช่น
การตรวจก่อนคลอด การทำคลอดในและนอกสถานบริการ การเยี่ยมหญิงมีครรภ์หลังคลอดและเด็ก
ที่บ้านและการตรวจสุขภาพเด็กดี, การจัดหาอาหารและโภชนาการ การวางแผนครอบครัว งาน
สุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุขชุมชน การส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพ

2.2.2 การป้องกันโรค ได้แก่ การให้สุขศึกษา การจัดหาผ้าสะอาดให้
เพียงพอและการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, การป้องกันและควบคุมโรค
ระบาดที่มีอยู่ในท้องถิ่น

2.2.3 การรักษายาบาล ได้แก่ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
การให้บริการรักษายาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคและการบาดเจ็บทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และราย
เก่า การประสานงานเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามความยากง่ายของโรค ตามความเหมาะสม
กับ สถานบริการ และได้รับบริการที่รวดเร็วตามระบบส่งต่อ การรักษายาบาลขั้นต้นในแผนก
อุบัติเหตุเช่น การทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี และการเลาะก่อนที่คิดปกติที่บริเวณผิวหนัง การให้การ

รักษาพยาบาลขั้นต้นที่แผนกผู้ป่วยนอกกรณีแพทย์ไม่อยู่ การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ใช้ได้ทันทีและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

2.2.4 การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง

3. ด้านวิชาการ บทบาทของพยาบาลด้านวิชาการ ได้แก่ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ, การให้ความรู้แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ในการบริหารกองทุนบัตรสุขภาพ และการผลิตสื่อต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์โครงการบัตรสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการบัตรสุขภาพถึงแม้จะดำเนินการมานานแต่ยังขาดความชัดเจนของนโยบาย กลวิธีการดำเนินงาน และขาดการประเมินผลอย่างจริงจัง ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอน โครงการจึงไม่ประสบความสำเร็จอย่างที่ควรจะเป็น พบว่า การดำเนินงานยังมีปัญหาและอุปสรรคอยู่หลายประการ ซึ่งได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

อรพรรณ หันจางสิทธิ (2522) ศึกษาถึงทัศนคติของประชาชนต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคม ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการ ความสนใจ และความพร้อมของประชาชนที่จะเข้าใช้บริการโครงการประกันสุขภาพ เพราะประชาชนส่วนใหญ่ฐานะไม่ดี ยากจน ต้องการหาหลักประกันอันมั่นคงของชีวิต แต่กลัวว่าเมื่อมีการประกันสุขภาพจะมีประชาชนไปใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น กลัวว่าจะมีบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ขาดสถานที่ทำให้การบริการไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ซึ่งศึกษาโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 ของจังหวัด นครศรีธรรมราช อุบลราชธานี และราชบุรี พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของทั้งจังหวัดราชบุรี และอุบลราชธานี เป็นอย่างเดียวกัน คือ การที่ตนและครอบครัวจะได้มีโอกาสรับการรักษาฟรี ส่วนในจังหวัดนครศรีธรรมราช เหตุผลที่สำคัญที่สุดของการตัดสินใจซื้อบัตรเป็นประเด็นความคาดหวังในบริการที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ซื้อบัตร พบว่า เหตุผลที่สำคัญของการตัดสินใจไม่ซื้อบัตรคล้ายกัน ได้แก่ การขาดแคลนเงิน ความไม่เชื่อและศรัทธาในโครงการบัตรสุขภาพว่าจะดีจริง การประเมินว่าสมาชิกในบ้านไม่ค่อยได้ป่วย และความยุ่งยากในการรับบริการที่ต้องผ่านขั้นตอนส่งต่อที่กำหนด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตร อารีเอื้อ (2531) ซึ่งศึกษาถึงปัญหาการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ในกลุ่มผู้ให้บริการบางคนยังไม่เข้าใจในเงื่อนไข วิธีการ และขั้นตอนในการดำเนินงานตาม

โครงการบัตรสุขภาพที่แท้จริง ในกลุ่มผู้รับบริการยังมีผู้รับบริการจำนวนมากที่ไม่เข้าใจเงื่อนไขวิธีปฏิบัติ ตลอดจนขั้นตอนการขอรับบริการ และมีผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งที่มีแนวคิดที่ว่า ไม่ควรขยายพื้นที่ดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพออกไปอีก เพราะกลัวว่า ถ้า ขยายออกไปทุกพื้นที่แล้ว จะทำให้การบริการไม่สะดวก รวดเร็ว หรือเข้าระบบทางด่วนได้ทัน กลัวว่าจำนวนคนไข้จะมีมากเกินไป อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จะไม่เพียงพอที่จะให้บริการได้

ในการศึกษาความคิดเห็นของผู้ซื้อบัตรสุขภาพ ที่มีต่อบริการสาธารณสุขจังหวัดลำพูน อนันต์ ลาภสมทบ และพัฒน สัจจางค์ (2527) พบว่า ผู้ซื้อบัตรสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการ สาธารณสุขที่รวดเร็ว ส่วน อรรถ ศาสตร์าวาหะ (2528) พบว่า การใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนก่อนและหลังมีโครงการบัตรสุขภาพ มีความแตกต่างกันโดยชุมชนมีแนวโน้มที่จะใช้บริการทางการแพทย์จากแหล่งบริการที่กำหนดในบัตรสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังมีโครงการ อัตราการคลอดที่สถานบริการของรัฐการดูแลหลังคลอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น หัวหน้าครอบครัวส่วนมากค่อนข้างพอใจในการใช้บัตรสุขภาพ และพบว่าประชาชนเปลี่ยนจากบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมาซื้อบัตรสุขภาพเนื่องจากต้องการความสะดวกรวดเร็ว ส่วนสาเหตุที่ไม่ซื้อเนื่องจากไม่มีเงิน

สุภารัตน์ สุธราพันธ์ (2529) ได้วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า ประชาชนกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ คือ กลุ่มที่ไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาล มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมาก มีความรู้ความเข้าใจในโครงการ ขนาดของครอบครัวใหญ่ รายได้สูง มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมาก การศึกษาดี และปัจจัยที่ทำให้เข้าร่วมโครงการคือ สถานบริการเป็นที่นิยม ไม่มีปัญหาด้านการรักษาพยาบาล การรับรู้ต่อสุขภาพ และความคิดเห็นต่อโครงการ และจะไม่ซื้อเมื่อปัจจัยต่อไปนี้เป็นค่านิยมสมัยใหม่ และมีศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่สูง และต่อมาในปี ค.ศ. 1989 เดนดัพ (Dhendup, 1989) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ประชาชนยอมรับโครงการบัตรสุขภาพในจังหวัดราชบุรี พบว่า สาเหตุที่ทำให้โครงการบัตรสุขภาพประสบผลสำเร็จและปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ คือ สมาชิกบัตรสุขภาพเข้าใจถึงความคุ้มค่าของบัตรสุขภาพ เช่น ความคุ้มค่าในการรักษาพยาบาล ความรวดเร็ว และคุณภาพของการบริการที่ดีกว่าและเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของการประกันสุขภาพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐชี้แจงให้ฟัง และปัจจัยที่ทำให้ประชาชนไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ คือ ปัญหาทางการเงิน ความไม่เข้าใจในโครงการบัตรสุขภาพ และอายุ

ในการศึกษาถึงปัจจัยและการใช้บริการด้านอนามัยของแม่ผู้เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ สมหญิง มะหะสิทธิ์ (2529) พบว่า มารดาซื้อบัตรสุขภาพเพราะมีคนชวนมากกว่า



1 ครั้ง มารดาที่มีบัตรสุขภาพพามาฝากครรภ์และมาคลอดในสถานบริการมากกว่าผู้ที่ไม่มีบัตร แต่ความรู้ และทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การคลอด และการตรวจหลังคลอดไม่ต่างกัน การมารับบริการหลังคลอดอื่น ผู้มีบัตรสุขภาพจะมาใช้บริการมากกว่า และสาเหตุที่ไม่พอใจมาใช้บริการเนื่องจาก ไม่ชอบเจ้าหน้าที่ การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยไม่ดี

สายสัมพันธ์ รัชชัญญ (2529) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนในการใช้บริการที่สถานอนามัย อันดับแรกคือ การรับรู้ถึงความสามารถในการรักษาของเจ้าหน้าที่ที่สถานอนามัย อันดับรองลงไปได้แก่ อายุของผู้ใช้บริการ รายได้ของครอบครัวผู้ให้บริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานอนามัย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และอันดับสุดท้ายคือความคิดเห็นต่อการกำหนดขั้นตอนการใช้สถานบริการในระบบส่งต่อ ส่วนแบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการพบว่าผู้ถือบัตรสุขภาพส่วนใหญ่มิใช่แบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการแบบขั้นตอนเดียว พฤติกรรมการใช้บริการขั้นแรกหรือแหล่งแรก ส่วนใหญ่ไปใช้บริการตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อ ในแบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการที่มีมากกว่า 1 ขั้นตอน พบว่า ส่วนมากมีการข้ามขั้นตอนที่สถานอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับ การสัมภาษณ์เรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ณ กรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน-3 กรกฎาคม 1987 (1987) ซึ่งที่ประชุมได้มีความคิดเห็นเห็นว่า ปัจจุบันส่วนมากผู้ป่วยจะผ่านสถานอนามัยไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปเลย ควรทำให้มีการเพิ่มจำนวนครั้งในการไปรับบริการที่สถานอนามัยมากขึ้น ลดการคับคั่งหรือเวลาที่ต้องรอรับบริการสำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ และควรสนับสนุนให้มีการใช้บัตรสุขภาพรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จากการศึกษาโครงการบัตรสุขภาพของ โครงการร่วมไทย-เยอรมัน ในจังหวัดเชียงใหม่ (Merkle, Fred and Schwefel, Detlef and Kiranandana, Thienchay, 1988) รายงานว่า เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพทุกระดับในจังหวัดเชียงใหม่ เข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการบัตรสุขภาพ แต่เป็นการเข้าใจองค์ประกอบของโครงการโดยไม่เข้าใจแนวคิดของการประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในการได้บริหารจัดการเงินกองทุน แต่ไม่พอใจในเรื่องการให้บริการ และตัวอย่างหนึ่งของความไม่พึงพอใจในการบริการคือ ความไม่สมบูรณ์ของระบบการส่งต่อ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้น มีน้อยรายที่จะได้รับการส่งต่อไปถึงโรงพยาบาลสวนดอกของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งในเรื่องของการให้บริการในโครงการบัตรสุขภาพนี้ ตั้งเจริญเสถียร (Tangjaroensathien, 1990) ได้ศึกษา การจัดการเกี่ยวกับการเงินในชุมชนของโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบทที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การประกันสุขภาพบัตรสุขภาพคุ้มครองประชาชนร้อยละ 57 แต่ไม่ได้ลดภาระ

รายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ เพราะส่วนมากประชาชนชอบไปรักษากับเอกชนซึ่งการประกันสุขภาพไม่ได้คุ้มครองถึงร้อยละ 57 ของประชาชนที่มีบัตรสุขภาพจะซื้อบัตรสุขภาพมาแล้วไม่เกิน 3 ปี และมีอัตราการเข้ารับบัตรสุขภาพค่อนข้างต่ำ โดยประชาชนส่วนใหญ่จะไปรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลเอกชนมากกว่า โดยให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลของรัฐมีคุณภาพการบริการต่ำ รอนาน และจำกัดเวลาในการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่สถานพยาบาลวางอำนาจและมีความไม่เป็นมิตร และจากการศึกษาโดยการสังเกตของผุ้วิจัยที่ โรงพยาบาล Municipal และโรงพยาบาล Patu พบว่ามีคุณภาพการให้บริการต่ำ และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนได้แก่การมีความรู้สึกที่ดีต่อสถานพยาบาล ความสามารถของเจ้าหน้าที่ และความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่

ในการศึกษาถึงความเต็มใจซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ จริยาเลิศศักดิ์ (Chariyalertsak ,1990) พบว่า สาเหตุหลักการของการซื้อบัตรสุขภาพคือ ต้องการลดค่าใช้จ่าย คนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูง จะซื้อบัตรสุขภาพส่วนคนที่มีความเสี่ยงน้อยจะไม่อยากซื้อในกลุ่มคนรายได้ต่ำและปานกลางค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีผลตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพ ส่วนสาเหตุที่ประชาชนไม่ซื้อ เพราะขาดความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับบัตรสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญยานุพงศ์ และคณะ (Boonyanupong and friends ,1990) ซึ่งศึกษาถึงทัศนคติและความคิดเห็นของผู้ซื้อบัตรสุขภาพที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความคาดหวังของผู้ซื้อบัตรสุขภาพ คือ ต้องการให้ค่ารักษาพยาบาลหลักลดลง และการบริการที่มีคุณภาพ ในผู้ที่ยังไม่ซื้อบัตรสุขภาพ ต้องการให้ใช้บัตรสุขภาพรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนได้ และพบว่า คนที่มีบัตรสุขภาพค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนไม่มีบัตรสุขภาพ และในปีเดียวกัน บุญยานุพงศ์ และคณะ (Boonyanupong and friends ,1990) ได้ศึกษาถึงการรับรู้และการใช้บัตรสุขภาพรับบริการอนามัยแม่และเด็ก ที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีการไปฝากครรภ์โดยการใช้บัตรสุขภาพที่สถานอนามัยสูง มีการไปคลอดในโรงพยาบาลที่ให้บริการบัตรสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และประชาชนไม่ทราบว่าสามารถใช้บัตรสุขภาพรับบริการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดใดก็ได้

หงษ์วิวัฒน์ และมนโณมุข (hongvivatana and Manopimoke ,1991) ได้ศึกษาถึงข้อมูลพื้นฐานของความเข้าใจในการประกันสุขภาพในชนบทพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 57 และจำนวนครอบครัวร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ถูกรับประกันสุขภาพใดๆ ส่วนใหญ่ของผู้ประกันสุขภาพมีรายได้เฉลี่ย 6,000 บาทต่อปี และอยู่ในวัยแรงงานประชาชนคุ้นเคยกับการฝากเงินเพื่อออมทรัพย์ และกองทุนฌาปนกิจมากกว่าการประกันสุขภาพ ประชาชน

ต้องการประกันสุขภาพที่ไม่ต้องเฉลี่ยค่าใช้จ่ายกับผู้อื่น ไม่กำหนดวงเงินในการรักษาพยาบาล ใช้บัตรสุขภาพรับบริการได้ที่ทั้งผู้ป่วยภายใน ผู้ป่วยภายนอก ใช้รับบริการได้ที่ทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนและประชาชนเต็มใจจ่ายเงินซื้อบัตรสุขภาพก่อน โดยที่บุคคลในครอบครัวยังไม่เจ็บป่วย

และในปี ค.ศ. 1993 โรงพยาบาลนครพิงค์ (Nakornping Hospital, 1993) ได้ศึกษาวิเคราะห์สถานภาพของราคาที่ยื่นแปลงของโครงการบัตรสุขภาพที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บัตรสุขภาพรับบริการรักษาพยาบาล คือความสะดวกในการรับบริการ การเลือกสถานที่รับบริการได้ และการได้รับบริการอย่างรวดเร็วและพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ต้องการตรงไปรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนเลย

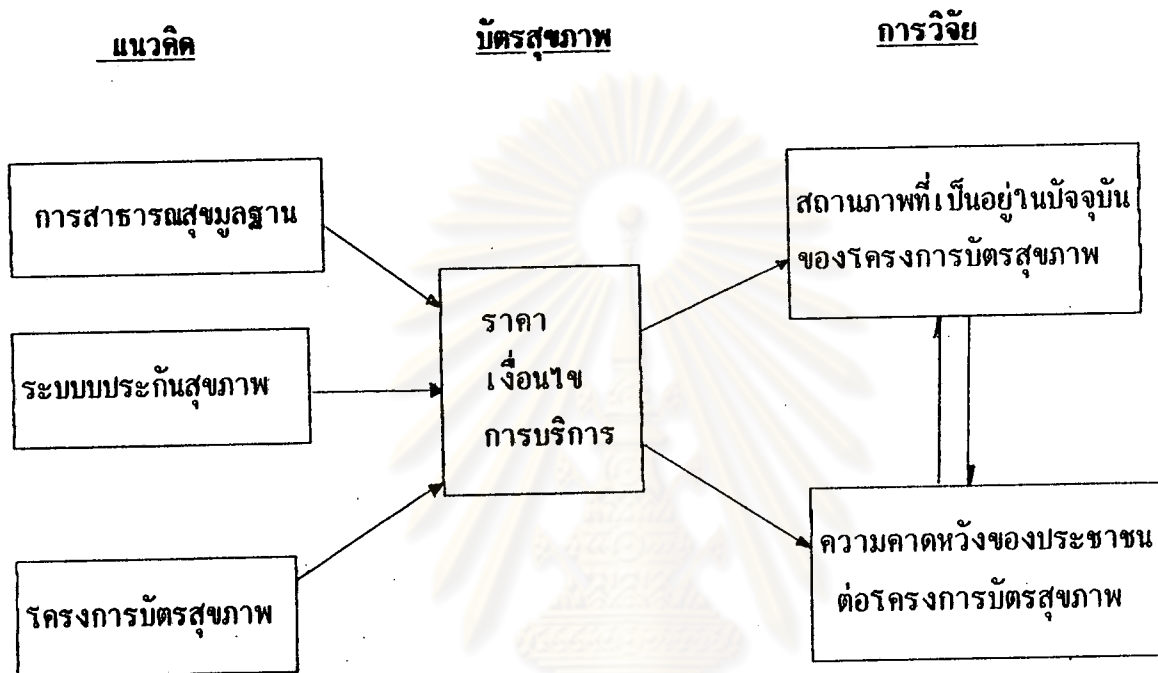
จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยที่จูงใจให้ประชาชนซื้อบัตรสุขภาพ ได้แก่ การได้รับสิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพจากบัตรสุขภาพ คุณภาพของการได้รับบริการที่ดี ครอบครัวมีขนาดใหญ่ มีการรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ในกลุ่มคนที่มีการศึกษาดี มีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพมาก รายได้สูง มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน บุคคลเหล่านี้จะซื้อบัตรสุขภาพ ส่วนปัญหาที่ทำให้ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากไม่มีเงิน มีค่านิยมสมัยใหม่ ไม่ศรัทธาในโครงการบัตรสุขภาพ และในกลุ่มที่ซื้อบัตรสุขภาพแล้วมีความไม่พึงพอใจในบัตรสุขภาพ จากปัญหาเหล่านี้คือ เงื่อนไขในการรับบริการที่ยุ่งยากไม่สะดวก ไม่ศรัทธาเจ้าหน้าที่ให้บริการ

จากการวิจัยที่อ้างอิงถึงพบว่า ปัญหาของโครงการบัตรสุขภาพในส่วนการจัดการของรัฐเกี่ยวกับตัวโครงการบัตรสุขภาพ เพื่อจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพได้ คือ การจัดการในเรื่อง ราคา การบริการ และเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อสภาพปัจจุบันและความคาดหวังในเรื่อง ราคาและความคุ้มค่าของบัตรสุขภาพ เงื่อนไขของบัตรสุขภาพ และการบริการพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพ และศึกษาเฉพาะในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิดในการท้าวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาจากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยจึงขอเสนอความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิดและการวิจัยในการวิจัยเป็นแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

สามารถอธิบายได้ว่า แนวคิดของระบบประกันสุขภาพ โครงการบัตรสุขภาพและการสาธารณสุขมูลฐาน มีผลต่อการกำหนด ราคา เงินไขสิทธิประโยชน์ และการบริการของบัตรสุขภาพ ซึ่งจะไปมีผลต่อสภาพของโครงการบัตรสุขภาพในปัจจุบัน และความคาดหวังของประชาชนในเรื่อง ราคา เงินไขสิทธิประโยชน์ และการบริการ และในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบสภาพที่เป็นอยู๋ในปัจจุบัน และความคาดหวังของประชาชนต่อโครงการบัตรสุขภาพในเรื่อง ราคา เงินไขสิทธิประโยชน์และการบริการ