



## แนวคิดพื้นฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 ปรัชญาและแนวคิดพื้นฐาน

หลักการสาธารณสุขตั้งแต่ในอดีตนั้น รัฐบาลเป็นผู้บริหารและประชาชนเป็นผู้รับบริการมาโดยตลอด แต่ผลประโยชน์ที่ได้ประกอบกับความก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ยังไม่ได้อำนวยให้กับประชาชนส่วนใหญ่ ทั้งยังทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องโอกาสที่จะเข้าถึงบริการเหล่านั้น ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขของประเทศไทย ในปัจจุบันจึงพยายาม เน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน และการช่วยเหลือตนเองของประชาชนมากขึ้น โดยรัฐจะเป็นฝ่ายให้การสนับสนุน แนะนำ และประสานงานทางด้านวิชาการ และวัสดุอุปกรณ์ที่ชาวบ้านไม่สามารถจัดหาได้เอง ซึ่งเท่ากับว่าเป็นการแก้ไขปัญหา โดยการเปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างคน 2 กลุ่มคือ ชุมชนพวกหนึ่งกับเจ้าหน้าที่อีกพวกหนึ่ง โดยการให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการในเรื่องที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะการทำงานตามแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน อันเป็นแนวทางบรรลุถึงสุขภาพดีด้วยที่ตนเอง

แนวคิดของ โครงการบัตรสุขภาพในระยะเริ่มแรกมีพื้นฐานมาจากงานสาธารณสุขมูลฐานเช่นกัน กล่าวคือ ในระยะเริ่มแรกของโครงการเมื่อปี พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการ "กองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้บัตรสุขภาพ" โดยจัดให้เป็นโครงการทดลองเพื่อหารูปแบบ และความเป็นไปได้ที่จะดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและงานให้ภูมิคุ้มกันโรค และเพื่อเป็นการบรรลุเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานจึงได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ, 2528 : 12)

1. พัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล

## 2. ปรับเปลี่ยนบทบาท

2.1 ชาวบ้าน ให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ

2.2 เจ้าหน้าที่ให้บทบาทเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการ

## 3. พัฒนาคุณภาพ

3.1 ของชุมชน ให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะด้านการจัดสรรเงิน

3.2 ของเจ้าหน้าที่และหน่วยให้บริการ ให้สามารถทำงานได้อย่างมี

### ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4. ลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยตัดผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงให้น้อยลงในโรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อจะได้มีโอกาสทำงานอื่นที่มีคุณภาพและวิชาการต่อไป

ดังนั้น จากวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่ามาจากแนวคิด  
พื้นฐาน 3 ประการ คือ (สาธารณสุขปริทัศน์, 2, 2, 2530 : 16)

#### 1. แนวความคิดเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีปรัชญาพื้นฐานสำคัญ

ประการหนึ่ง คือ การที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และหากพิจารณา  
องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในแง่ของชุมชนสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่  
งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน เช่น งานสุขศึกษา  
งานโภชนาการ งานสุขอนามัยและน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็นและการรักษาพยาบาล  
เบื้องต้น และงานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากสถานบริการ ได้แก่ งาน  
อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกัน  
โรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

#### 2. แนวความคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข ในลักษณะที่

ให้ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการบริหารจัดการ  
มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองสูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองบประมาณบางส่วน  
แก่สถานบริการ ส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐมีบทบาทในด้านวิชาการและการให้บริการ ซึ่ง  
องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินการดังกล่าวได้แก่ กรรมการ กำลังคน และกองทุนซึ่ง  
สร้างขึ้นจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนนั่นเอง กิจกรรมดังกล่าวได้แก่ กองทุนยา  
กองทุนโภชนาการ รวมทั้งกองทุนบัตรสุขภาพ



3. แนวความคิดเรื่องการรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้านและมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด โครงการบัตรสุขภาพจึงได้จัดให้มีระบบส่งต่อและกลั่นกรอง และระบบช่องทางด่วนขึ้น โดยผู้ถือบัตรสุขภาพจะต้องไปรับบริการที่กองทุนยา (ระดับหมู่บ้าน) เป็นลำดับแรก ถ้าเกินขีดความสามารถของกองทุนยาจึงส่งต่อไปที่สถานีอนามัย (ระดับตำบล) ถ้าเกินขีดความสามารถของสถานีอนามัยจึงจะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนหรือ รพช.) แล้วจึงจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัด (โรงพยาบาลทั่วไป หรือ รพท./โรงพยาบาลศูนย์ หรือ รพศ.) ซึ่งในระบบส่งต่อนี้สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อสถานบริการในระดับสูงขึ้นไป

ด้วยหลักการและวัตถุประสงค์ บัตรสุขภาพจึงเป็นบัตรที่แสดงความผูกพันร่วมกัน หรือ การมีพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร (สมาชิก) กองทุนผู้ออกบัตร (กรรมการ) และหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ สถานีอนามัยระดับตำบล โรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลระดับจังหวัด และศูนย์เฉพาะโรค (ถ้ามี) ผลของการดำเนินงานโครงการนี้จึงปรากฏว่า ชุมชนสามารถจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพให้มีความสัมพันธ์กับกองทุนอื่น ๆ อย่างมีเงื่อนไข จึงอาจจัดได้ว่าเป็นการเริ่มต้นระบบการประกันสุขภาพวิธีหนึ่ง (คณะกรรมการวิชาการโครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ และกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย, 2531 : 8)

สำหรับในปัจจุบันโครงการบัตรสุขภาพได้ถูกบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ด้วยภายใต้ชื่อว่า โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ 2 ประการ คือ (แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534)

ประการแรก เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้มีหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัย และมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้เท่าเทียมกันตามขั้นตอนและระดับความจำเป็นอย่างเป็นระบบและมีศักดิ์ศรี โดยความสมัครใจ

ประการที่สอง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

จากวัตถุประสงค์หลักของโครงการบัตรสุขภาพทั้ง 2 ประเภท พบว่าสอดคล้องกับกรอบความคิดในการจัดระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีรากฐานของแนวคิดที่คำนึงถึงทางสายกลางที่ผสมผสานกันระหว่างการให้ทั้งรัฐสวัสดิการ และโอกาสที่ประชาชนจะเลือกประกันสุขภาพด้วยตนเองตามแนวเสรีนิยมพร้อม ๆ กัน (เทียนฉาย กิระวัฒนย์, 2529 : 18)

## 2.2 การดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. 2526 ภายใต้ชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก" ซึ่งทดลองศึกษาในโครงการระยะแรกนั้นครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา (รวม 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน) โดยมีการจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ขึ้นโดยชาวบ้านและชุมชน เพื่อให้โครงการบัตรสุขภาพนี้สามารถรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประเภท คือ การอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุศึกษา ประชาชนจะเข้าเป็นสมาชิกกองทุนโดยสมัครใจด้วยการซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งมี 3 ประเภทคือ บัตรสีแดง เพื่อการรักษาพยาบาลและการอนามัยแม่และเด็ก ภูมิคุ้มกันโรค ราคา 200 บาท ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบุตรอายุไม่เกิน 12 ปี และมีมารดากำลังตั้งครรภ์ บัตรสีเหลืองเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 100 บาท ใช้สำหรับครอบครัวที่ไม่มีมารดากำลังตั้งครรภ์ และมีบุตรอายุน้อยกว่า 12 ปี และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท ใช้สำหรับครอบครัวที่รับบริการอยู่แล้ว โดยซื้อบัตรประเภทสีเหลือง และเกิดตั้งครรภ์ขึ้นในระหว่างที่สิทธิในการรับบริการตามประเภทสีเหลืองยังคงมีอยู่ ดังนั้นให้ซื้อบัตรประเภทสีฟ้าเพื่อรับบริการคลอดได้ ซึ่งบัตรทั้ง 3 สีสมาชิกในครอบครัวผู้ถือบัตรอาจใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 8 ครั้งต่อปี โดยการักษาพยาบาล 1 ครั้งของโรค จะหมายถึง การรักษาต่อเนื่องจนหายจากโรคนั้น ๆ หรืออาจเลือกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการรับบริการก็ได้ แต่จะต้องเข้ารับบริการจากสถานบริการที่กำหนดเท่านั้น ทั้งนี้ได้กำหนดอัตราราคาค่ารักษาสูงสุดไว้ 2,000 บาท ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่า 2,000 บาท ผู้ถือบัตรต้องรับผิดชอบเองโดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 บัตรทุกประเภทจะมี



อายุ 1 ปี และสำหรับบัตรบุคคลนั้นจะได้รับสิทธิในการดูแลรักษาตั้งแต่ก่อนคลอด บริการทำคลอด ดูแลหลังคลอด บริการให้นมคุ้มกัน และดูแลรักษาเด็กเกิดใหม่จนอายุครบ 1 ปี บริบูรณ์ (คณะกรรมการวิชาการโครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ และกลวิธีดำเนินการ สำหรับประเทศไทย, 2531 : 9)

ในปี พ.ศ. 2527 โครงการได้ขยายเข้าสู่ระยะที่ 2 เปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข" โดยกำหนดไว้ว่าเป็นโครงการต่อเนื่องระยะสามปี และยังคงกำหนดพื้นที่เป้าหมายดำเนินการสำหรับปี พ.ศ. 2527 ให้มีครบทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล และในปี พ.ศ. 2528 ให้ครบทุกอำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล โดยในการดำเนินงานระยะนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องประเภทและราคาบัตรใหม่พร้อมทั้งเงื่อนไขบางประเภท กล่าวคือ กำหนดให้มีบัตร 2 ประเภท คือ บัตรสีแดง เพื่อการรักษาพยาบาล มูลค่า 200 บาท (เป็นบัตรครอบครัว) และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค มูลค่า 100 บาท ซึ่งใช้สำหรับครอบครัวสมาชิกที่มีบัตรสีแดงแล้ว ภรรยาตั้งครรภ์หรือจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งครอบครัวที่ไม่มีบัตรสีแดง แต่ต้องการบริการด้านอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ในเรื่องของการกลั่นกรองผู้ป่วยและระบบส่งต่อผู้ป่วยได้มีการเน้นเป็นพิเศษ เพื่อก่อให้เกิดระบบทางด่วน (Green channel) ในการอำนวยความสะดวกของสถานบริการ ส่วนเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีของบัตรทั้ง 2 ประเภท ถูกปรับเป็น 6 ครั้งต่อปี นอกเหนือผู้ถือบัตรยังคงถือสิทธิประโยชน์ดั้งเดิม

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการพิจารณาบททวนและปรับปรุงประเภทและราคาบัตรตลอดจนเงื่อนไขการให้บริการและผลประโยชน์ที่ผู้ถือบัตรจะได้รับใหม่ ถือเป็นโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2528 โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2530 จะให้สามารถครอบคลุมทุกตำบลในทุกอำเภอ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขก็มีความระมัดระวังอย่างมาก เนื่องจากการขยายโครงการระยะที่ 2 ในปี พ.ศ. 2527 ที่ผ่านมาเป็นไปอย่างรวดเร็วมากจากความตื่นตัวของสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ และความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการนี้ (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2528 : 32)

ในการดำเนินงานโครงการระยะที่ 3 นี้ ได้กำหนดให้มีบัตร 3 ประเภท คือ บัตรสีเขียว (บัตรครอบครัว) เพื่อการรักษาพยาบาล มูลค่า 300 บาท สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 6 ครั้ง บัตรสีแดง (บัตรบุคคล) เพื่อการรักษาพยาบาล มูลค่า 200 บาท ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 4 ครั้ง และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก มูลค่า 100 บาท ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดหลังบัตร ซึ่งเดิมนั้น ได้มีการจำกัดโรคที่จะรับการรักษายาบาลฟรีไว้ แต่ได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นไม่จำกัดโรค (ยกเว้นศัลยกรรมตกแต่ง ทักษะกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา) ทั้งนี้ได้กำหนดค่ารักษาพยาบาลในอัตราสูงสุดไว้ 2,000 บาท ต่อ 1 episode<sup>1</sup> (ครั้งของโรค) สำหรับสิทธิประโยชน์หลักอื่น ๆ ผู้ถือบัตรสุขภาพยังคงได้รับเช่นเดิม

ส่วนการบริหารงานในระดับหมู่บ้านและตำบลใน เขตชนบทนั้น ได้มีการจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพขึ้น บริหารโดยคณะกรรมการกองทุนซึ่งมีการเลือกกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านขึ้นเป็นประธานกองทุนแล้วแต่กรณี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ของรัฐเป็นผู้ให้ข่าวสารข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ อนึ่ง รายได้ของกองทุนจากการขายบัตรสุขภาพ ได้มีการกำหนดการจัดสรรเงินตามสัดส่วนที่ตกลงกันได้ กล่าวคือ ร้อยละ 40 สำหรับจ่ายทดแทนสถานบริการระดับต่าง ๆ ร้อยละ 30 เป็นเงินพัฒนางานสาธารณสุข และร้อยละ 30 เป็นส่วนสำหรับสมาชิกผู้มีส่วนในการดำเนินงานกองทุนระยะแรก และได้มีการปรับเปลี่ยนการจัดสรรเงินจากกองทุนตลอดมาจนถึงในระยะที่ 3 เป็นดังนี้คือ ร้อยละ 75 สำหรับจ่ายทดแทนสถานบริการระดับต่าง ๆ ร้อยละ 10 เป็นค่าสมนาคุณ และร้อยละ 15 เป็นค่าบริหารจัดการกองทุน เงินไขภายใน 1 ปี โดยเอาไปหมุนเวียนเป็นกองทุนนอกประสงค์เสียก่อน จึงจ่ายตามการจัดสรรดังกล่าว

<sup>1</sup>การรักษาพยาบาล 1 episode หมายถึง การรักษาต่อเนื่องจนหายจากโรคนั้น ๆ ในครั้งนั้น ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องรับการรักษายาบาลมากกว่า 1 ครั้ง และ/หรือใช้เวลานานกว่า 1 ปีก็ได้



อนึ่ง ในช่วงระยะที่มีการปรับปรุงการดำเนินงาน โครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบท เข้าสู่ระยะที่ 3 นั้น ก็ได้มีการริเริ่มทดลองโครงการบัตรสุขภาพในเขตเมือง โดยมีเหตุผลของการดำเนินงาน 2 ประการ ได้แก่ ประการแรก โครงการบัตรสุขภาพเก่าที่ผ่านมามีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์พอสมควร โดยเฉพาะการช่วยให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของตนเองได้ และปรับปรุงระบบกลั่นกรอง และการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อกระจายผู้รับบริการตามระดับของสถานพยาบาลต่าง ๆ และ ประการที่สอง แนวคิดที่ว่าประชาชนในเขตเมืองที่ได้เปรียบในการได้ใช้บริการที่ดีกว่าและมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า ควรจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทด้วยการซื้อบัตรสุขภาพที่มีราคาสูงกว่า (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2528 : 38) อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปก็ยังยังคงอาศัยหลักการและวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้อยู่ในโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบทเป็นหลัก แต่ได้นิยามแบ่งพื้นที่เขตเมือง (เขตเทศบาล) ออกตามลักษณะการอยู่อาศัยเป็น 3 ประเภท คือ ชุมชนหนาแน่น (เขตย่านการค้า ตลาด เป็นที่อยู่ของพ่อค้าและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี) ชุมชนแออัด (แหล่งสลัมที่อยู่กันอย่างแออัด ประกอบด้วยผู้มีฐานะยากจน) และชุมชนชานเมือง (แหล่งที่อยู่อาศัยเหมือนเขตชนบท แต่อยู่ในเขตเทศบาล)

ส่วนการบริหารงานและการบริการของโครงการบัตรสุขภาพในเขตเมืองนั้นเป็นความร่วมมือกันระหว่าง 3 หน่วยงาน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลระดับจังหวัด (รพท./รพศ.) และเทศบาลในพื้นที่ โดยในเขตชุมชนแออัดและชุมชนชานเมืองให้เน้นการจัดตั้งชุมชนและการบริหารด้านสาธารณสุขแบบเดียวกับในเขตเมือง โดยในขั้นแรกเป็นการทดลองใน 6 จังหวัด 7 เขตเมือง คือ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี นครศรีธรรมราช และสงขลา (2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองหาดใหญ่ และเทศบาลเมืองสงขลา)

อย่างไรก็ดี ชี้นำสังเกตที่ควรพิจารณาก็คือ โครงการบัตรสุขภาพที่ใช้ในเขตเมืองไม่ได้ถูกจัดให้ระบบเดียวกันสำหรับคนทั้งหมดในเขตเมือง แต่ได้มีการแยกแยะให้เหมาะสมตามกลุ่มประชากรและตามพื้นที่ของแต่ละจังหวัดด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการด้านราคาบัตร และค่ารักษานายาของสถานบริการ อาจตกเป็นของผู้ถือบัตรสุขภาพทั้งหมดหรือมีผู้นั้น เช่น นายจ้าง รัฐบาล เข้าร่วมรับผิดชอบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ และพื้นที่ในเขต

เมืองของประชากรกลุ่มต่าง ๆ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2529 : 86)

กล่าวโดยสรุป นับตั้งแต่เริ่มต้นโครงการบัตรสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 จนถึงปี พ.ศ. 2530 อาจจำแนกโครงการออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ในปี พ.ศ. 2526 ระยะที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2527 จนถึงก่อน 1 เมษายน พ.ศ. 2528 และระยะที่ 3 ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2528 ถึงปี พ.ศ. 2530 ซึ่งพอสรุปประเด็นเกี่ยวกับ ชนิดและราคาของบัตร เงื่อนไขของบัตร สิทธิประโยชน์ของบัตร โรคที่ได้รับการคุ้มครอง และการจัดสรรเงินกองทุนบัตรสุขภาพได้ ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 สำระสำคัญของโครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3

	<u>ระยะที่ 1</u>	<u>ระยะที่ 2</u>	<u>ระยะที่ 3</u>
1. ชนิดของบัตรสุขภาพและราคา	มี 3 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรสีแดงเพื่อการรักษาพยาบาลและอนามัยแม่และเด็ก ราคา 200 บาท	มี 2 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรสีแดงเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท	มี 3 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัวยุคใหม่ (สีเขียว) เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 300 บาท
	<u>ชนิดที่ 2</u> บัตรสีเหลือง เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 100 บาท	<u>ชนิดที่ 2</u> บัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท	<u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล (สีแดง) เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท
	<u>ชนิดที่ 3</u> บัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท		<u>ชนิดที่ 3</u> (สีฟ้า) บัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท





## ตาราง 2.1 (ต่อ)

	<u>ระยะที่ 1</u>	<u>ระยะที่ 2</u>	<u>ระยะที่ 3</u>
2. <u>เงื่อนไขของ</u>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบุตรอายุไม่เกิน 12 ปี และมีมารดาตั้งครรภ์ อายุบุตร 1 ปี ถ้าไม่ใช่สิทธิต่ออายุบุตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> ใช้สำหรับครอบครัวที่ไม่มีมารดาตั้งครรภ์และไม่มีบุตรอายุน้อยกว่า 1 ปี อายุบุตร 1 ปี ถ้าไม่ใช่สิทธิต่ออายุบุตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบุตรชนิดที่ 2 อยู่แล้วและมารดาเกิดตั้งครรภ์ขึ้นในระหว่างที่ สิทธิในการรับบริการตามประเภทสี่เหลือง ยังคงมีอยู่ ดังนั้นให้ขอบุตรประเภทนี้เพื่อรับบริการอนามัยแม่และเด็กได้</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก อายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ ครอบครัวที่มีลูกอายุเกิน 15 ปี และโสดให้รวมกันได้ไม่เกิน 4 คน ขอบัตรใหม่อีก 1 บัตร ส่วนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเลขที่เดียวกันและเป็นญาติกัน ให้รวมกันได้ไม่เกิน 4 คน ขอบัตรใหม่อีก 1 บัตร อายุบุตร 1 ปี เมื่อครบกำหนด 1 ปี โดยไม่ใช่สิทธิรักษาฟรี ต่ออายุบุตรได้อีก 1 ปี</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบุตรประเภทที่ 1 หลังการรษาตั้งครรภ์ หรือจำเป็นต้องใช้ บริการอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกอายุต่ำกว่า 15 ปี รวมทั้งหมด 4 คน อายุบุตร 1 ปี ไม่มีต่ออายุ</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคลเพื่อการรักษาพยาบาล อายุบุตร 1 ปี ไม่มีต่ออายุ</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> บัตรอนามัยแม่และเด็ก ใช้สำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องใช้ บริการอนามัยแม่และเด็ก</p>

ตาราง 2.1 (ต่อ)

	<u>ระยะที่ 1</u>	<u>ระยะที่ 2</u>	<u>ระยะที่ 3</u>
3. <u>สิทธิการรับ</u> <u>บริการของ</u> <u>บัตรสุขภาพ</u> <u>แต่ละชนิด</u>	<p><u>ชนิดที่ 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับบริการฝากครรภ์ 4 ครั้งต่อปีต่อบัตร</li> <li>2. ได้รับบริการทำคลอด</li> <li>3. ได้รับบริการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ 1 ครั้ง</li> <li>4. ได้รับภูมิคุ้มกันโรค บัซวี, คีวี 3 ครั้ง โอปวี 3 ครั้ง แก่เด็กตามเกณฑ์อายุที่กำหนด</li> <li>5. ได้รับการรักษาพยาบาล 8 ครั้ง</li> <li>6. ได้รับส่วนลด 10 % เมื่อซื้อยาที่กองทุน, สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล</li> <li>7. มีสิทธิกู้ยืมเงินจากกองทุน</li> <li>8. ได้รับการตรวจสุขภาพฟรีครบ 1 ปี และได้รับเงินปันผล 3 %</li> </ol> <p><u>ชนิดที่ 2</u> สิทธิการรับบริการ เช่นเดียวกับชนิดที่ 1 ข้อ 5 ถึงข้อ 8</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> สิทธิการรับบริการ เช่นเดียวกับบัตรชนิดที่ 1 ข้อ 1 ถึงข้อ 4</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับบริการรักษาพยาบาล 8 ครั้งต่อปีต่อบัตร</li> <li>2. ได้รับส่วนลดไม่เกิน 10 % เมื่อถือบัตรไปซื้อบริการที่กองทุน, สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์</li> <li>3. ได้รับเบี้ยสุขภาพ 3 % หรือมีสิทธิได้รับประโยชน์อื่น ตามที่กองทุนกำหนด</li> <li>4. ได้รับสิทธิ กู้ยืมเงินจากกองทุน</li> <li>5. ได้รับการตรวจสุขภาพทั้งครอบครัวถ้าไม่ใช้บริการรักษาพยาบาลฟรีครบ 3 ปี</li> </ol> <p><u>ชนิดที่ 2</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> </ol>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัว ได้รับบริการรักษาพยาบาล 6 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล ได้รับบริการรักษาพยาบาล 4 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> บัตรอนามัยแม่และเด็ก ได้รับสิทธิเหมือนระยะที่ 2 ชนิดที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 5</p>



## ตาราง 2.1 (ต่อ)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	
4. <u>โรคที่ไม่ได้</u> <u>รับสิทธิคุ้มครอง</u> <u>รักษายาบาลฟรี</u> <u>และอุบัติเหตุ</u>	1. โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ 2. โรคมะเร็ง 3. โรคหาใส่ตัว เช่น กามโรค ตัดยาเส้นติดนิษสุราเรื้อรัง 4. อุบัติเหตุให้การรักษารักษาในวงเงินไม่เกิน 5 เท่าของราคาบัตร จำนวนเงินที่เกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 10 %	2. ได้รับการทำคลอดฟรีที่บ้านหรือที่สถานบริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว หรือจำเป็นต้องส่งไปรับบริการที่สูงกว่าโดยมีใบมาส่งตัว 3. ได้รับการดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด 4. ได้รับการให้ยืมคัมภีร์โรคตามเกณฑ์ที่กำหนด 5. ได้รับการดูแลรักษาเด็กเกิดใหม่จนอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์	ไม่จำกัดโรค (ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง กันดกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา) แต่ค่ารักษาพยาบาลกำหนดอัตราสูงสุด ดังนี้ 1. 2,000 บาทต่อ 1 โรค จำนวนครั้งเท่ากับค่าธรรมเนียมตามบัตร 2. สำหรับส่วนเกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 10 %

ตาราง 2.1 (ต่อ)

	<u>ระยะที่ 1</u>	<u>ระยะที่ 2</u>	<u>ระยะที่ 3</u>
5. <u>การจัดสรร</u> <u>เงินกองทุน</u> <u>บัตรสุขภาพ</u>	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การจัดสรรเงินกองทุน บัตรสุขภาพใช้เหมือนกัน	ให้แบ่งเงินกองทุน (รายได้ จากการขายบัตรเท่านั้น) เป็น 2 ส่วน ในปีที่ 1 <u>ส่วนที่ 1</u> เก็บเป็นทุน สำรองกองทุน และพัฒนา ให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้น 40% <u>ส่วนที่ 2</u> เป็นค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ของกองทุน 60 % ในส่วนที่ 2 นี้แบ่งออกเป็น 3 ตอนคือ <u>ตอนที่ 1</u> จ่ายสนับสนุนสถาน บริการระดับต่าง ๆ 3 ระดับ 35 % <u>ตอนที่ 2</u> จ่ายตอบแทนผู้ให้ บริการระดับต่าง ๆ 3 ระดับ 10 % <u>ตอนที่ 3</u> จ่ายค่าบริหารจัดการ กองทุน 15 %	10 % จ่ายตอบแทนผู้ให้ บริการและอำนวยความสะดวก สะดวก 15 % จ่ายค่าบริหาร จัดการกองทุน 75 % สนับสนุนสถาน บริการ

หมายเหตุ : ระยะที่ 1 เริ่มต้นปี 2526 ระยะที่ 2 เริ่มในปี 2527 จนถึงก่อน 1 เมษายน  
2528 และระยะที่ 3 เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2528 ถึงปี 2530

ที่มา : พืระ ตันติเศรณี (2531) หน้า 116-121.





### 2.3 ผลการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ

จากการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพเท่าที่ผ่านมา 3 ระยะ (พ.ศ. 2526-2530) นั้น อาจพิจารณาแยกบุคคลออกเป็น 3 ฝ่ายคือ ประชาชนผู้ถือบัตร (สมาชิกกองทุน) กองทุนบัตรสุขภาพ (กรมการ) และหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ สถานีอนามัยระดับตำบล โรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดและศูนย์เฉพาะโรค

สำหรับในส่วนของผู้ถือบัตรนั้น จากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2529 : 25) อำนง ศิริบุญมา (2529) และ นีระ ตันติเศรณี (2529 : 109) พบว่า เงื่อนไขทางฐานะเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเป็นเจ้าของบัตรสุขภาพ ประชาชนที่สามารถมีบัตรสุขภาพประเภทต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจตั้งแต่ ปานกลางขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2529 : 128) เญ็ญจันทร์ ประดับมุข (2529 : 296) และ สมมาตร พรหมภักดี (2529 : 378) ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับจังหวัด ได้แก่ ราชบุรี อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีจังหวัดอุบลราชธานีนั้นฐานะของผู้ที่ยากจนยิ่งแย่งไปอีก เนื่องจากการคุมกำเนิดจำนวนบัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (สปน.) โดยเจตนา ทำให้ผู้ที่ไม่มีเงินพอที่จะซื้อบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่ก็จะไม่มีบัตร สปน. ด้วย นอกจากนี้ การเพิ่มราคาบัตรครอบครัวจาก 200 บาท เป็น 300 บาท ในโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 แม้ว่าจะส่งผลให้การเพิ่มสัดส่วนเงินอุดหนุนค่าบริการสูงขึ้น แต่จำนวนผู้ถือบัตรก็ลดลงเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนการถือบัตรในกลุ่มผู้มีฐานะยากจน (นีระ ตันติเศรณี, 2529 : 114) ดังเช่นกรณีของโครงการบัตรสุขภาพ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในภายหลัง โดยขึ้นราคาบัตรเป็น 300 บาท ใช้บริการได้ 6 ครั้ง และมีอายุบัตรเพียง 1 ปี ทำให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่พอใจและจำนวนผู้ถือบัตรได้ลดลงในเวลาต่อมา (ประเสริฐ นันษชาติ, 2531 : 17) ในขณะที่เดียวกันจากการศึกษาของโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 7) ได้ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนที่เป็นสมาชิกได้รับการปกป้องจากความเสี่ยงต่อค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยพบว่า ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งของโรคที่น้อยกว่า 2,000 บาท ซึ่งเป็นเขตความคุ้ม

ครองของบัตรมีสูงถึงร้อยละ 97.7 และมีเพียงร้อยละ 2.3 เท่านั้น ที่ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วยรายที่ค่ารักษาต่อครั้งของโรคมักกว่า 2,000 บาท จะได้รับความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล โดยในกรณีที่ไม่ได้เงินจริง ๆ ก็อาจจะอนุโลมให้ใช้สิทธิได้เพิ่มอีกช่วงละ 2,000 บาท ซึ่งเป็นจุดที่ทำให้บัตรสุขภาพน่าสนใจมากขึ้น

อย่างไรก็ดี ในความเป็นจริงแล้วเงื่อนไขอื่น ๆ นอกเหนือจากราคาบัตรก็ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจเป็นเจ้าของบัตรสุขภาพเช่นกัน อาทิเช่น การที่ผู้ถือบัตรและครอบครัวจะมีโอกาสรับการบริการรักษาพยาบาลฟรีตามสิทธิที่กำหนดไว้ในบัตร และการได้รับสิทธิพิเศษต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบช่องทางด่วน คุณภาพการบริการ และการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น ดังเช่นงานวิจัยของ Thanawan Kitphapaiampoon (1988) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของครัวเรือนในเขตอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า ไม่ว่าจะเป็นรายได้ของครัวเรือน ราคาของบัตรสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประเภทของสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งสถานะทางสังคมของสมาชิกในครัวเรือน และสวัสดิการของรัฐในรูปของบัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ต่างก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของครัวเรือนทั้งสิ้นเหล่านี้เป็นต้น

หลังจากที่มีการนำโครงการบัตรสุขภาพมาใช้ในงานสาธารณสุขระดับหมู่บ้านและตำบลแล้ว ประชาชนได้หันมาสนใจในการรับการรักษาพยาบาลโดยสถานบริการของรัฐในระดับต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ดังเช่นงานวิจัยของ Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 74-75) ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบแผนการรับบริการสาธารณสุขในเขตตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี พบว่า การบริโภคยาของประชาชนในเขตพื้นที่ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงการซื้อยาจากร้านขายยาทั่ว ๆ ไปสู่กองทุนยาที่ตั้งอยู่ภายในหมู่บ้านนั้น ๆ มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากกองทุนยานั้น ๆ เริ่มมียาอย่างพร้อมเพียงพอที่จะจำหน่ายแก่ประชาชน และส่วนหนึ่งมาจากผลของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่บังคับให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการจากกองทุนยาเป็นลำดับแรก นอกจากนี้การเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ถือบัตรในสถานอนามัยหนองโพก็มีจำนวนมากขึ้นด้วย การศึกษาดังกล่าวให้ผลที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรถ ศาสตร์าวาหะ (2528 : 122, 126) ซึ่งทำการศึกษาแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังมีโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพ



ชุมชน ได้หัน ไป ใช้บริการทางการแพทย์จากสถานบริการระดับต่าง ๆ ในโครงการบัตรสุขภาพ  
เพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่า รวมไปถึงการใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก กล่าวคือ ทำให้มารดา  
เข้ารับการดูแลทั้งก่อนคลอด การคลอด และดูแลหลังคลอดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ดี ในบางพื้นที่ลักษณะประ โยชน์ต่าง ๆ ของบัตรสุขภาพ ก็อาจมีผลให้ผู้ถือ  
บัตรเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐไม่มากนัก ดังเช่นงาน  
ของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529 : 38) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบโครงการ  
บัตรสุขภาพในพื้นที่จังหวัดราชบุรี อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช รวมทั้งการศึกษาของ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด (2527 : 25-26) ซึ่งเป็นภาระรายงานภาคสนาม  
โครงการบัตรสุขภาพ ตำบลท่าโสม อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ก็พบในลักษณะคล้าย  
กันว่า สัดส่วนของการใช้บริการนอกระบบยังคงสูงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการซื้อยาตามร้านค้า  
ทั่วไปในหมู่บ้านหรือการรักษาตามคลินิกเอกชน ซึ่งให้เห็นว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังคงมีการ  
ตัดสินใจที่คำนึงถึงความสะดวกสบาย ความเคยชิน การประเมิณอาการของโรคด้วยตนเอง  
และคุณภาพของการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้บริการจากกองทุนและจากสถาน  
อนามัย

เมื่อนิยามถึงการบริหารงานของกองทุนบัตรสุขภาพในระดับหมู่บ้านและตำบล ใน  
ชนบทก็เห็นปรากฏว่า มีการขยายโครงการออกไปอย่างมากและเป็นไปอย่างรวดเร็ว  
กล่าวคือ ในปัจจุบันประมาณคร่าว ๆ ได้กว่า 17,000 กองทุนทั่วประเทศทั้งที่ยังคงดำเนิน  
งานอยู่และล้มเลิกไปแล้ว กองทุนบัตรสุขภาพนอกจากจะทำหน้าที่รวบรวมเงินที่ได้จากการขาย  
บัตรสุขภาพประเภทต่าง ๆ เพื่อทำการจ่ายชดเชยคืนให้แก่สถานบริการระดับต่าง ๆ ที่ได้ให้  
บริการแก่ผู้ป่วยที่ถือบัตรแล้ว ยังเป็นแหล่งเงินทุนให้ครัวเรือน ในชุมชนนั้น ๆ กู้ยืม ไปในอัตรา  
ดอกเบี้ยต่ำ รวมทั้งอาจมีการจัดตั้งร้านค้าหรือสหกรณ์ในชุมชนนั้น ๆ ด้วย ส่วนในเรื่องของ  
การจัดสรรเงินกองทุนไปเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ ดังที่กล่าวนั้น ในความเป็นจริงแล้ว สัดส่วนของ  
การจัดสรรเงินจากกองทุน อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมและตามมติของ  
คณะกรรมการกองทุนบัตรสุขภาพของแต่ละพื้นที่/ชุมชน ได้ ดังตัวอย่างการศึกษาของโครงการ  
บัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 34-36) ซึ่งพบว่าโครงการฯ ได้จัดให้มีการอบรม  
กรรมการกองทุนฯ ในเรื่องการบริหารจัดการกองทุนฯ และให้เพิ่มความระมัดระวังในการ  
ให้สมาชิกกู้ยืมมากขึ้น จึงทำให้กองทุนฯ สามารถจ่ายเงินจัดสรรให้แก่สถานบริการได้ถูกต้อง

และครบถ้วนมากขึ้น กล่าวคือ ร้อยละของเงินจัดสรรที่สถานบริการได้รับจริงจากกองทุนฯ สูงขึ้นจากร้อยละ 57.0 เป็นร้อยละ 88.7 ในปีงบประมาณ 2530-2531 ตามลำดับ นอกจากนี้ หมู่บ้านที่เปิดโครงการฯ ยังสามารถทำผลกำไร ได้สูงจากการลงทุนด้วยเงินที่ได้จากการขายบัตร กล่าวคือ ในปีงบประมาณ 2531 ผลกำไรเฉลี่ยต่อกองทุนฯ สูงถึงร้อยละ 15.4 ซึ่งกิจกรรมที่ลงทุนส่วนใหญ่ก็ได้แก่ การให้ชาวบ้านกู้ด้วยอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 2 ต่อเดือน

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีการขายบัตรสุขภาพให้แก่ชาวบ้านแล้ว หน้าที่ของการจัดเก็บเงินค่าบัตรซึ่งมักจะเป็นหน้าที่ของกลุ่มผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน อาจมีการให้สิทธิแก่ชาวบ้านในการชำระเงินเป็นเงินสดหรือผ่อนชำระได้ แต่ในสภาพที่เป็นจริงแล้วเงินที่เก็บได้จริงอาจจะไม่ครบตามจำนวนบัตรที่ขายได้ และ/หรืออาจมีผู้นำบัตรมาคืนเมื่อมีการเรียกชำระเงินครั้งสุดท้ายก็ได้ นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับบางพื้นที่หรือชุมชนที่มีประชากรอาศัยอยู่จำนวนน้อย และ/หรือกองทุนระดับหมู่บ้านที่ขายบัตรสุขภาพได้เพียงเล็กน้อย อาจมีการกำหนดให้รวมกองทุนหลาย ๆ หมู่บ้านเข้าเป็นกองทุนบัตรสุขภาพในระดับตำบล (หรือข้ามระหว่างตำบล) ได้ตามความเหมาะสม

เมื่อพิจารณาถึงภาระจำนวนผู้ป่วยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ปรากฏว่าปริมาณผู้ป่วยของสถานอนามัยมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงแล้วแต่พื้นที่ดำเนินการ โดยปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของผู้ป่วยที่สถานอนามัยมี 2 ประการ ประกอบด้วย ประการแรก ความเข้มงวดของเจ้าหน้าที่ต่อการรักษาพยาบาลตามขั้นตอนของผู้ป่วยบัตรสุขภาพ และประการที่สอง เจตนาและความสามารถในการกลั่นกรองของผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2529 : 54) จากการศึกษาของ นิเมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2529 : 230) และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2529 : 354) ถึงการเปลี่ยนแปลงในจำนวนผู้รับบริการในระดับสถานอนามัยของจังหวัด ราชบุรีและอุบลราชธานี ตามลำดับ พบว่าจำนวนครั้งของการรักษาในรอบ 1 ปีของระยะโครงการมากกว่าช่วงก่อนระยะโครงการเพียงเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพด้วยแล้ว ก็อาจสรุปได้ว่าเป็นผลจากบัตรสุขภาพเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 78-81) ในกรณีของตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี โดยพบว่า การที่ผลของบัตรสุขภาพมีต่อสถานอนามัยต่าง ๆ ภายใต้งานโครงการไม่สามารถชี้ชัด



ได้ เนื่องจากว่าในบางครั้งผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพอาจเข้าไปรับบริการจากสถานบริการโดยตรง โดยไม่ใช้สิทธิจากบัตรที่ตนถืออยู่ก็ได้

ในขณะเดียวกัน จากการศึกษาของ อรรถ ศาสตร์วาทะ (2528 : 117-118) พบว่า สถานือนามัยเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดสามารถลดภาระของผู้ป่วยที่มารับตรวจรักษาได้มากขึ้น ทำให้ภาระจำนวนผู้ป่วยของสถานือนามัยดังกล่าวมีเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน สถานือนามัยหนองหิน จังหวัดร้อยเอ็ด กลับมีการใช้บริการจากสถานือนามัยหนองหินลดน้อยลงหลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากสถานือนามัยดังกล่าวอยู่นอกโครงการบัตรสุขภาพ ดังนั้นภายหลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยที่ถือบัตรจึงหันไปใช้บริการที่สถานือนามัยเมืองสรวงซึ่งร่วมอยู่ในโครงการมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายใต้อำนาจของสถานือนามัยในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราชจากการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2529 : 490) กลับพบว่า การเปลี่ยนแปลงในปริมาณผู้ป่วยของสถานือนามัยต่าง ๆ ก่อนและหลังมีโครงการบัตรสุขภาพให้ผลไม่ชัดเจน เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันนั้นมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงนั่นเอง

สำหรับปริมาณผู้ป่วยที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) โดยทั่วไปแล้ว โครงการบัตรสุขภาพมีส่วนทำให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับอำเภอเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยในจำนวนครั้งก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งแรงจูงใจเหล่านี้จากการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2529 : 491) พบว่า นอกจากมาจากการได้รับบริการรักษาฟรีและการบริการทางด่วนที่โรงพยาบาลแล้ว การพัฒนาด้านคุณภาพของการบริการอื่น ๆ ยังมีส่วนช่วยเพิ่มศรัทธาให้ผู้ป่วยยอมรับอีกด้วย ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในกรณีโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้มีการกำหนดไว้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยบัตรสุขภาพจะสามารถมาใช้สิทธิรักษาฟรีที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปได้ ก็ต่อเมื่อได้รับการส่งมารักษาต่อจากสถานือนามัยเท่านั้น ทำให้ชาวบ้านที่จะรับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สถานือนามัยมีจำนวนมากขึ้น แม้ว่าในความเป็นจริงจะมีเพียงประมาณ 1 ใน 5 เท่านั้น ที่ถูกส่งต่อมาด้วยเหตุผลที่เหมาะสมทางการแพทย์ (โครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ , 2532 : 13) ส่วนในโรงพยาบาลระดับจังหวัดนั้นกลับพบว่า จะลดลงหรือเพิ่มขึ้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการดำเนินโครงการในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ ว่า สถานือนามัยในระดับตำบลจะสามารถลดภาระของผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด รวมทั้ง

ยึดหยุ่นให้สถานื่อนามัยส่งต่อผู้ป่วยบัตรสุขภาพไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัดโดยไม่ต้องผ่านการ  
 กลับมือจากโรงพยาบาลระดับอำเภอก่อนหรือไม่เพียงใด โดยถ้าหากพื้นที่ใดมีความยึดหยุ่น  
 ดังกล่าวสูง โครงการบัตรสุขภาพก็ย่อมจะไม่มีผลในการลดภาระปริมาณผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล  
 ระดับจังหวัด ดังกรณีศึกษาของ อรณัฐ โอภาสเสถียร (2530 : 116) ซึ่งได้ศึกษาถึง  
 ผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวใน  
 ระดับตำบล จังหวัดลำปาง พบว่า หลังจากที่มีการนำเอาโครงการบัตรสุขภาพมาใช้  
 โครงการมีส่วนช่วยให้สถานื่อนามัยลดภาระจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล  
 ศูนย์ และ/หรือโรงพยาบาลชุมชนลงได้มาก ในขณะที่กรณีของจังหวัดราชบุรี ซึ่งศึกษา  
 โดย นิพนวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2529 : 230-231) พบว่า ประเภทของผู้ป่วยด้วยโรค  
 หรืออาการที่ระดับสถานื่อนามัยสามารถรักษาได้ของโรงพยาบาลระดับจังหวัดนั้น โดยจำนวน  
 รวมไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลงเลย

อย่างไรก็ดี ปรากฏการณ์อย่างหนึ่งซึ่งพบได้เกือบทุกจังหวัดคือ ปริมาณผู้ป่วยมักจะ  
 ถูกกลับมือจากไว้ที่โรงพยาบาลระดับอำเภอค่อนข้างมาก แม้ว่าจะสามารถลดภาระจำนวนคนไข้  
 นอกที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดได้ แต่ภาระต้องตกอยู่กับโรงพยาบาลระดับอำเภอมากกว่าที่  
 ควรจะเป็น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ต่ำของสถานื่อนามัย รวมทั้งประชาชนที่ไม่  
 ศรัทธาในความสามารถของสถานื่อนามัย อาทิเช่น จากการศึกษาของโครงการบัตรสุขภาพ  
 จังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 10) พบว่าผู้ป่วยโดยทั่วไปมีแนวโน้มที่จะข้ามขั้นตอนในการรับ  
 บริการที่สถานื่อนามัย และตรงมายังโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษายัง  
 โรงพยาบาลชุมชนจะมาตรวจโดยเฉลี่ยเพียง 1.4 ครั้งเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วย  
 เหล่านี้ผู้ป่วยด้วยโรคเล็กน้อย แต่เนื่องด้วยการคัดกรองผู้ป่วยในระดับสถานื่อนามัยอาจจะไม่  
 ดีพอ และที่โรงพยาบาลก็มิได้มีการคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์เพียงพอ ผู้ป่วย  
 ทุกคนที่มายังโรงพยาบาลจะได้พบแพทย์ จึงเป็นที่ดึงดูดประชาชนให้มารับบริการที่โรงพยาบาล  
 มากกว่าที่สถานื่อนามัย

นอกจากนี้สภาพทางภูมิศาสตร์ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่ถือบัตรเห็นว่า ไม่สะดวกใน  
 การใช้บริการตามขั้นตอนจากระดับหมู่บ้านขึ้นไปจนถึงระดับจังหวัด ดังเช่นงานวิจัยของ อูไร  
 ผึ้งประเสริฐศิลป์ และคณะ (2530 : 14) ซึ่งได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพล  
 ต่อการใช้บริการกองทุนบัตรสุขภาพของสมาชิกกองทุนที่ปฏิบัติตามขั้นตอนและไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน



ของระบบส่งต่อกรณีของจังหวัดชุมพร พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนส่วนใหญ่ เพราะไม่เชื่อถือในการให้บริการของสถานอนามัย และการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการตามขั้นตอนไม่สะดวก

ประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นคือ การวิเคราะห์ถึงต้นทุนที่แท้จริงในเชิงเศรษฐศาสตร์นั้น จะต้องประกอบด้วยต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย 2 ส่วนด้วยกันคือ ค่าใช้จ่ายทุนทรัพย์สิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้อาคารสถานที่ รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความคงทนและมีอายุการใช้งานยาวนาน ไม่หมดสิ้นในระยะเวลาสั้น ต้นทุนในส่วนนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงค่าเสื่อมราคาและค่าเสียโอกาสรวมทั้งมูลค่าซาก (ถ้ามี) ของทรัพย์สินเหล่านี้ ซึ่งในกรณีของสถานบริการสาธารณสุขก็จะหมายถึง ตัวอาคารของสถานบริการ ที่ดิน เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย ส่วนค่าใช้จ่ายดำเนินการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการดำเนินงานเกิดขึ้น ซึ่งในกรณีของสถานบริการสาธารณสุขจะหมายถึง ค่าใช้จ่ายประเภท ค่าจ้างและเงินเดือนของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการ ค่าใช้บริการห้องปฏิบัติการ ค่า x-ray ค่าผ่าตัด ค่าทำคลอด ค่ายา และวัสดุต่าง ๆ ตลอดจนค่าอาหาร เป็นต้น

อย่างไรก็ดี จากการศึกษางานวิจัยเท่าที่ผ่านมาพบว่า การวิเคราะห์ต้นทุนของสถานบริการระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะต้นทุนต่อหน่วยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพรวมทั้งอัตราการคืนทุนของสถานบริการ มักจะคำนวณโดยใช้ต้นทุนเฉพาะในส่วน of ค่าใช้จ่ายดำเนินการเท่านั้น ดังเช่นงานวิจัยของ เนญจันทร์ ประดับมุข (2527 : 362, 359) ซึ่งศึกษากรณีของจังหวัดอุบลราชธานี งานวิจัยของ นิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2527 : 237) ซึ่งเป็นกรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี งานวิจัยของ Thai-German Technical Cooperation for Health (GTZ) (1987) ซึ่งเป็นกรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งงานวิจัยของ โครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 20) งานวิจัยที่กล่าวมานี้ต่างมีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของสถานบริการ โดยคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายดำเนินการเท่านั้น ยกเว้น งานวิจัยของ Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 83, 88) ซึ่งเป็นการศึกษากรณีของจังหวัดราชบุรี ได้มีการนำเอาต้นทุนในส่วน of ค่าใช้จ่ายทุนทรัพย์สินบางส่วนมาศึกษาควบคู่ไปกับค่าใช้จ่ายดำเนินการของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ นี้ก็เท่ากับเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนที่สอดคล้องกับทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์มากขึ้น

จากการศึกษาในเรื่องต้นทุนต่อหน่วยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพเท่าที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเพียงบางจังหวัด/พื้นที่ และบางลักษณะเท่านั้น กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นการหาต้นทุนต่อผู้ป่วย (นอกและใน) ต้นทุนต่อครั้งของการเข้ารับบริการ และต้นทุนต่อผู้ป่วย-วันนอน ซึ่งจากผลการศึกษากว่า 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี อุบลราชธานี และเชียงใหม่ ในตาราง 2.2 พบว่า ทั้งต้นทุนต่อผู้ป่วย ต้นทุนต่อครั้งของการเข้ารับบริการและต้นทุนต่อผู้ป่วย-วันนอนของสถานบริการระดับต่าง ๆ ในแต่ละจังหวัดดังกล่าวมีค่าที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน ดังเช่นต้นทุนต่อครั้งของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนของทั้ง 3 จังหวัด มีค่าอยู่ระหว่าง 60.01 - 77.35 บาท เป็นต้น

เมื่อมาพิจารณาถึงผลกระทบทางการเงินของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อสถานบริการสาธารณสุข ปรากฏว่าในระดับของสถานอนามัยนั้น ผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของสถานอนามัยมีค่อนข้างน้อย กล่าวคือ เมื่อคิดจากเงินชดเชยที่สถานอนามัยได้รับจากส่วนแบ่งรายได้จากการขายบัตรแล้วพบว่า ส่วนใหญ่สถานอนามัยต่าง ๆ จะได้รับเงินชดเชยมากกว่าค่ารักษาพยาบาลที่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ ดังกรณีศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2529 : 57) พบว่า สัดส่วนของเงินชดเชยต่อค่าใช้จ่ายการให้บริการของสถานอนามัยในเขตพื้นที่จังหวัดราชบุรี อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช อยู่ระหว่างร้อยละ 125.37 - 1258.90 อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่สถานอนามัยต่าง ๆ มักคิดค่าบริการในราคาต่ำหรือบางกรณีก็ไม่คิดค่าบริการเลยอยู่แล้ว รวมทั้งยังขึ้นอยู่กับความนิยมของผู้ป่วยบัตรสุขภาพที่ไปใช้สิทธิที่สถานอนามัยอีกด้วย

อนึ่ง ผลกระทบทางการเงินของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อสถานบริการสาธารณสุขกลับสูงขึ้นตามระดับของสถานบริการที่สูงขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป กล่าวคือ สัดส่วนเงินชดเชยจากการขายบัตรต่อค่าบริการผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปจะต่ำลงเรื่อย ๆ จากการศึกษากอง Thai-German Technical Cooperation for Health (1987) กรณีโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าในช่วงปี 2530-2531 อัตราต้นทุนของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป อยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 เท่านั้น ในขณะที่ Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 85-88) ศึกษากรณีจังหวัดราชบุรี ปรากฏว่าในปี 2527 อัตราดังกล่าวอยู่ระหว่างร้อยละ 32.62-47.76 นอกจากนี้กรณีของจังหวัดนครศรีธรรมราช



ซึ่งเป็นการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2529 : 493-494) พบว่า โรงพยาบาล ที่เข้าร่วมดำเนินงานตาม โครงการบัตรสุขภาพต่างต้องประสบปัญหาทางการเงินในการให้บริการ แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพทุกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด

จากการศึกษาของโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 21) ก็ให้ผลลัพธ์ ในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ อัตราการคืนทุนเฉพาะค่าวัสดุจากการขายบัตรสูงถึงร้อยละ 78 ในปี 2530 และร้อยละ 98 ในปี 2531 แต่เมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายหมวดวัสดุซึ่งเป็นสัดส่วน เพียงร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายในการให้บริการทั้งหมดแล้ว อัตราการคืนทุนค่าใช้จ่ายในการ บริการทั้งหมดจึงเป็นเพียงร้อยละ 31 และร้อยละ 39 เท่านั้นในปี 2530 และ 2531 ตาม ลำดับ ซึ่งพอจะชี้ให้เห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานเท่าที่ผ่านมาเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย ของระดับสถานอนามัย ยังไม่สามารถถ่วงดุลการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก ด้วย เหตุนี้เท่าที่ผ่านมาสถานบริการของรัฐยังคงต้องอาศัยงบประมาณของรัฐที่สูงสำหรับชดเชยค่า รักษาพยาบาลในส่วนนี้

กล่าวโดยสรุปแล้วในเรื่องของอัตราการคืนทุนของสถานบริการระดับต่าง ๆ จาก งานวิจัยเท่าที่ผ่านมา พบว่ายังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยมาก กล่าวคือ มีเพียงกรณีของ จังหวัด ราชบุรี อุบลราชธานี เชียงใหม่ อย่างไรก็ดี จากการศึกษาพบว่าอัตราการคืนทุน ของสถานบริการแต่ละระดับใน เขตพื้นที่ดังกล่าว มีเปอร์เซ็นต์ที่ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะใน สถานบริการระดับสถานอนามัยและ โรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในตาราง 2.3 ซึ่งพอจะชี้ให้เห็น ว่า ผลการดำเนินงานบัตรสุขภาพเท่าที่ผ่านมาเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่สามารถถ่วง ดุลการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุนี้สถานบริการของรัฐจึงยังคงต้องพึ่งพา งบประมาณแผ่นดินค่อนข้างมากสำหรับชดเชยค่าใช้จ่ายในการให้บริการส่วนนี้ อย่างไรก็ดี แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วสถานบริการของรัฐส่วนใหญ่จะอยู่ในฐานะที่ไม่คุ้มทุน แต่ทั้งนี้รัฐก็ยังคง ต้องถือว่าเป็นภาระหน้าที่ในการให้บริการแก่ประชาชนอยู่แล้ว โดยหวังผลในแง่ของการมี ส่วนร่วมของประชาชนและ เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นของประชาชนเองด้วย

ตาราง 2.2 สรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยในสถานบริการที่ให้บริการแก่สมาชิกบัตรสุขภาพ  
(หน่วยเป็นบาท)

การศึกษา	ดัชนี	สถานบริการ			
		สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.
ราชบุรี	cost/outpatient visit	23.61	77.35	86.11	-
	cost/inpatient day	-	283.85	466.25	-
อุบลราชธานี	cost/outpatient	10.11 <sup>1</sup>	69.31 <sup>4</sup>	-	137.34
		7.17 <sup>2</sup>	60.01 <sup>5</sup>	-	-
		15.09 <sup>3</sup>	63.10 <sup>6</sup>	-	-
	cost/inpatient	-	733.99 <sup>4</sup>	-	1431.34
		-	419.04 <sup>5</sup>	-	-
		-	556.09 <sup>6</sup>	-	-
เชียงใหม่ *	cost/visit	23.85	66.12	52.62	-
	cost/admission	-	364.15	724.99	-
	cost/green card/year				
	-outpatient	74.87	112.40	4.21	-
	-inpatient	-	29.13	28.96	-
เชียงใหม่ ** (2530)	cost/visit	26.11	67.27	50.39	-
	cost/green card/year				
	-outpatient	65.28	107.63	9.07	-
	-inpatient	-	27.30	77.84	-
	(2531) cost/visit	30.44	64.60	76.01	-
	cost/green card/year				
	-outpatient	32.27	38.76	28.88	-
-inpatient	-	39.28	91.21	-	



## ตาราง 2.2 (ต่อ)

การศึกษา	ดัชนี	สถานบริการ			
		สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.
9 จังหวัดตัวอย่าง	cost/person/year	9.98	34.27	17.84	17.84
	cost/card/year	36.71	144.84	79.09	79.09

หมายเหตุ	1. ข้อมูลของ	ต. สะตึก	จ. อุบลราชธานี
	2. ข้อมูลของ	ต. โนนรัง	จ. อุบลราชธานี
	3. ข้อมูลของ	ต. สมสะอาด	จ. อุบลราชธานี
	4. ข้อมูลของ	ต. ตระการพืชผล	จ. อุบลราชธานี
	5. ข้อมูลของ	อ. เขื่องใน	จ. อุบลราชธานี
	6. ข้อมูลของ	อ. เดชอุดม	จ. อุบลราชธานี

ที่มา : ราชบุรี: Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 83)

อุบลราชธานี: เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2527 : 362)

เชียงใหม่ \* : Thai- German Technical Cooperation for Health  
(1987)

เชียงใหม่\*\* : โครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 20)

9 จังหวัดตัวอย่าง: ตัวอย่าง 9 จังหวัด : Vachiraphan Chantamars  
(1989 : 23)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2.3 : สรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับอัตราการคืนทุนในสถานบริการที่ให้บริการแก่สมาชิก  
บัตรสุขภาพ

(หน่วยเป็นร้อยละ)

กรณีศึกษา	สถานบริการ			
	สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.
ราชบุรี*	11.59	32.62	47.76	-
ราชบุรี	-	36.64 <sup>1</sup>	33.50 <sup>1</sup>	-
	-	27.30 <sup>1</sup>	-	-
	-	8.43 <sup>1</sup>	-	-
	-	22.25 <sup>2</sup>	66.00 <sup>2</sup>	-
อุบลราชธานี	26.4 <sup>3</sup>	20.1 <sup>5</sup>	-	9.3
	19.8 <sup>4</sup>	5.8 <sup>6</sup>	-	-
เชียงใหม่ 2530 - บัตรครอบครัว				
- เฉพาะค่าวัสดุ	-	-	78	-
- ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	-	-	31	-
2531 - บัตรครอบครัว				
- เฉพาะค่าวัสดุ	-	-	98	-
- ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	-	-	39	-

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ตาราง 2.3 (ต่อ)

(หน่วย : ร้อยละ)

การศึกษ	สถานบริการ			
	สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.
9 จังหวัดตัวอย่าง				
- อัตราผลตอบแทน	82	39	93	93

- หมายเหตุ:
1. ข้อมูลในสังกัด ต. วัดแก้ว จ. ราชบุรี
  2. ข้อมูลในสังกัด ต. รางบัว จ. ราชบุรี
  3. ข้อมูล ต. สะพ้อ จ. อุบลราชธานี
  4. ข้อมูล ต. สมสะอาด จ. อุบลราชธานี
  5. ข้อมูล อ. ตระการพืชผล จ. อุบลราชธานี
  6. ข้อมูล อ. เดชอุดม จ. อุบลราชธานี

- ที่มา:
- ราชบุรี\* : Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 88)
- ราชบุรี\*\* : นิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2527 : 237)
- อุบลราชธานี : เน็ญจันทร์ ประดับมุข (2527 : 359)
- เชียงใหม่ : โครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 21)
- 9 จังหวัดตัวอย่าง : Vachiraphan Chantamars (1989 : 5)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย