

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษา หนังสือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัย
2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการและการเข้าถึงบริการ
3. แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ (Health Services Utilization)

Anderson, Kravits and Andersen (1975)⁽¹³⁾ ได้เสนอรูปแบบการศึกษาถึงการให้บริการอนามัยทั้งระบบโดยเริ่มต้นจากระบบการให้บริการอนามัยว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง โดยมองตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตรากำลัง การจัดองค์กรสาธารณสุขว่าจะมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการอนามัย และลักษณะของผู้ใช้หรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร ดังนี้คือ

1. ลักษณะของระบบการให้บริการอนามัย (Characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรร ทั้งในด้านปริมาณและการกระจาย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุข ในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ว่าจะมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร

2. ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง (Characteristic of population at risk) เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งได้ 3 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลที่นำไปสู่การใช้บริการสุขภาพคุณสมบัติเหล่านี้มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ขนาดครอบครัว ปัจจัยทางสังคม เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการสุขภาพ ได้ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพและแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อมีความต้องการ

3. ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องให้ความสำคัญต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และการได้รับการประเมินจากระบบบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องรับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นต้น ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวแล้ว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในด้าน ต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวก (Convenience) ที่ได้รับจากบริการ ได้แก่
 - ก. การใช้เวลารอคอยต่อบริการต่าง ๆ ในสถานบริการ
 - ข. การได้รับการรักษาดูแล เมื่อมีความต้องการ
 - ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (Availability) ได้แก่
 - ก. การได้รับบริการครบทุกประเภทในสถานบริการแห่งหนึ่ง ตามความต้องการของผู้ป่วย
 - ข. การที่เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย และจิตใจ
 - ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางอันดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information) สามารถแยกข้อมูลได้เป็น 2 ประเภท คือ
 - ก. ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย
 - ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตน และการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการและการเข้าถึงการบริการ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ⁽¹⁵⁾ ได้รวบรวมพฤติกรรมการใช้บริการโดยกล่าวว่านักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ ได้สรุปถึง แนวทางการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งมุ่งหวังให้บุคคลพึงพอใจ จะมี 7 ประการ ดังนี้

1. แนวทางด้านประชากร หรือคุณลักษณะของประชากร ผู้ใช้บริการ (Demographic Factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชนนี้รวมถึง อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะสะท้อนให้เห็นลักษณะวงจรชีวิตของครอบครัว ซึ่งมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และการเจ็บป่วยในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของสมาชิกภายในครอบครัว แต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน

2. แนวทางด้านโครงสร้างทางสังคมของผู้ใช้บริการ (Social Structure Factors) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

3. แนวทางด้านจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพส่วนใหญ่ จะพิจารณา และให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ (Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) เกี่ยวกับสุขภาพ ทัศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลและแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล เป็นต้น

4. แนวทางด้านเศรษฐกิจฐานะ ของครอบครัวของผู้ใช้บริการ (Family Resources) ปัจจัยทางเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวรวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม หรือหัวหน้าครอบครัว ในต่างประเทศพิจารณารวมเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย

5. แนวทางด้านแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้มุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวกหรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการและสภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการและที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลมากน้อยเพียงใดตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. แนวทางด้านบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ (Organization Factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการ การให้บริการสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคล และสิ่งแวดล้อมนอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงราคาค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ คุณภาพของบริการและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกด้วย

7. แนวทางด้านระบบการสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่งซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่ นโยบายการสาธารณสุข ด้านการเมือง และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นต้น กระบวนการ (Process) ในการจัดบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ เป็นรูปแบบและกลวิธีในการจัดบริการสุดท้ายคือผลผลิต (Outcome) และผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุขนั้น ๆ

เฟรดเดอริค เอ. เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการพบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เวลาที่มี การเดินทาง จำนวนเงิน และลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม เป็นต้น

2. ปัจจัยเรื่องลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพของการให้บริการ ชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย เป็นต้น

3. ปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ระยะทางใกล้ไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทางสภาพของถนน ความคิดเห็นของเพื่อน/ญาติ

สุธีรา ฮุนตระกูล⁽¹⁷⁾ ได้วิเคราะห์ถึงปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในไทยว่า ปัญหาการใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนเกี่ยวข้องกับปัญหาต่อไปนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ได้แก่

1.1 การตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคภัยไข้เจ็บของแต่ละบุคคลซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทัศนคติของตนเองต่อภาวะการเจ็บป่วยของตน จะส่งผลถึงการเลือกแหล่งรักษา และทัศนคติต่อผู้ให้บริการด้วย

1.2 ความรู้สึกทางด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องยอมอดทนต่อการลำบากใจในการมารับการรักษาจากแพทย์ จากสถานบริการนั้น ๆ ทั้งนี้เพราะว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความห่างเหินกันทางสังคมมาก สื่อสารกันไม่ได้ดี พุดกันไม่เข้าใจ มีความสนใจและความต้องการคนละอย่าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลดคุณค่าของความเป็นคนลงในบางครั้งจากแหล่งรักษานั้น ๆ

1.3 ลักษณะอาการเจ็บป่วย ถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นแบบทันทีทันใดและรุนแรงผู้ป่วยก็มักจะไปใช้บริการของรัฐหรือการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ถ้าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการการรักษาของแผนโบราณมากกว่าของรัฐ และหากเป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทำการรักษาตัวเอง ไม่ไปใช้บริการของรัฐ

1.4 ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับของความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยแต่ละคน คิดว่ามีผลต่อสุขภาพ และเป็นอันตรายต่อชีวิตของเขา

1.5 ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยและสถานบริการการรักษา ถ้าอยู่ใกล้กับชุมชนอาจ เป็นตลาดหรือย่านการค้า จำนวนการมาใช้บริการจะสูงมากกว่าสถานบริการที่อยู่ไกลชุมชน

1.6 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา

1.7 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค

1.8 โอกาสที่จะไปใช้บริการ ซึ่งจะเป็นไปตามลักษณะอาชีพ

1.9 เขตที่อยู่อาศัย หากอาศัยอยู่ในเขตเมืองก็มีโอกาสที่จะไปใช้บริการรักษาจากสถาน บริการการรักษามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

1.10 ประสบการณ์ที่เคยมารับการรักษาในครั้งก่อน

1.11 การให้ความสำคัญต่อปัญหาทางสุขภาพอนามัย

2 ปัญหาของผู้ให้บริการ ได้แก่

2.5 การกระจายของสถานบริการการรักษา ซึ่งยังกระจายไปไม่ถึงถึงทุกพื้นที่ มีแต่ เฉพาะในเขตเมืองที่เจริญ ทำให้เมื่อคนชนบทมีการเจ็บป่วยก็รักษาไปตามบุญตามกรรม

2.6 การกระจายของแพทย์ในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันมาก

2.7 การให้คุณค่าทางสังคมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ซึ่งสามารถรักษาได้เพียง กลุ่มน้อยเท่านั้น แต่ปัญหาสาธารณสุขของประเทศนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพียงโรคที่สามารถป้องกัน หรือรักษาได้ง่ายโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้เราอยู่ห่างจากปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ไข มากขึ้น

2.8 ลักษณะของสถานบริการรักษาที่เป็นอุปสรรคไม่ให้ประชาชนมารับบริการ การรักษา เช่น กฎระเบียบของสถานบริการรักษาที่เป็นของราชการ มีขั้นตอนยุ่งยาก ต้องรอ ตรวจนาน การตรวจรักษาเน้นที่การรักษาโรค รักษาที่ร่างกาย ไม่ได้รักษาด้านจิตใจด้วยนอกจากนี้ ยังเกิดความห่างเหินทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ล้วนเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยไปใช้หรือไม่ใช้บริการการรักษาจาก สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะไปในเขตเมืองหรือชนบท

3. แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(1A)

3.1 แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มต้นมีมานานตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 แต่เดิมหลักประกันสุขภาพจัดตั้งเพื่อเป็นวิธีการทดแทนเงินเลี้ยงชีพขณะเจ็บป่วย ต่อมาได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นการสร้างหลักประกันของการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน หลักประกันสุขภาพเริ่มดำเนินการในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีฝีมือและชาวนาที่ฐานะปานกลาง กลุ่มคนเหล่านี้มีรายได้ต่ำกว่าเงินที่จะสามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพแก่ภาคเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีการเก็บเงินเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือน เพื่อจัดตั้งกองทุนขณะที่ไม่เจ็บป่วย

การมีหลักประกันสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย โดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคขัดขวาง นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ และได้รับการยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งแต่เดิมจะเกิดขึ้นเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) และประเทศที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับสูงเท่านั้น แต่ในปัจจุบันประเทศที่กำลังพัฒนาได้มองเห็นถึงความสำคัญและพยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว และสามารถดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนาต่างให้ความสำคัญ เพราะการประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกกำหนดเป็นเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน ในรายงานประจำปีขององค์อนามัยโลก ปี 2542 เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาบอกว่า ระบบสาธารณสุขที่ปราศจากการบริหารจัดการจะไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (equity) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

ในระบบของสังคมนั้นประกอบด้วยประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ปานกลาง และยากจน โดยทั่ว ๆ ไปแล้วคนในสังคมจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลครอบครัวหรือตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีฐานะยากจน การให้ความดูแลของรัฐบาลแก่คนเหล่านี้จะต้องมีความเป็นธรรมและสามารถทำให้คนเหล่านี้เข้าถึงบริการที่จัดได้ การให้บริการด้านสุขภาพของทุกประเทศมีความเป็นไปได้ที่จะให้ประชาชนจ่ายจากกระเป๋าของตนเอง หรือของครัวเรือนในการไปใช้บริการบางอย่าง แต่ก็มีปัญหาในประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ทำให้อาจเข้าไม่ถึงบริการและมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ระบบการผลิตและความมั่นคงของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น จะมีรูปแบบการคลังสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับบริการสุขภาพโดยทั่วหน้านั้น มุ่งหวังในการกระจายความเป็นธรรมในสังคมสองประการ คือการกระจายความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยงของบุคคลใน

การที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (การกระจายภาระค่าใช้จ่าย) และทำหน้าที่ในการกระจายความมั่งคั่งและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในสังคม กล่าวคือประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น โดยที่ฐานะด้านเศรษฐกิจไม่เป็นตัวกีดกันการเข้าถึงบริการ

การประกันสุขภาพ เป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk sharing) ที่บุคคลในสังคมจะมาร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยที่ผู้มีสุขภาพดีก็จะถือว่าได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีฐานะดีก็จะมาร่วมดูแลผู้ที่ยากจนกว่า อย่างไรก็ตามก็ดีสักวันหนึ่งเมื่อสมาชิกในสังคมที่ร่วมประกันสุขภาพเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะได้หลักประกันว่าสังคมจะให้การดูแลรักษาตนเองบ้าง ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความทุกข์และความทุกข์ (Law of Average or Social Solidarity) ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยมีรัฐเป็นเสมือนผู้เสริมแรง (Enforcer) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคมซึ่งเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองทุกประเภท (Comprehensive Coverage) ได้แก่การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (access to personal health care) เมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้การประกันสุขภาพยังเป็นกลไกในการบริหารทางการเงิน เพื่อที่จะกระจายภาระต้นทุนในการให้บริการ การรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยไปสู่กลุ่มบุคคลที่มาประกันร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะขจัดหรือลดอุปสรรคทางการเงินในการให้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย โดยมีเหตุผลที่สำคัญของการจัดประกันสุขภาพ คือ⁽²⁰⁾

1. ลักษณะของการเจ็บป่วย ไม่ได้มีขั้นตอนอย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการผันผวนของการใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาล ณ เวลาหนึ่ง ๆ
2. เพื่อเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้ที่เจ็บป่วยกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในแง่ที่ว่า บุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่าย
3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสวัสดิการของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัย และสนับสนุนให้บุคคลได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ

การประกันสุขภาพ มีรูปแบบการดำเนินการหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของแต่ละประเทศ Abel Smith ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้เสนอเอาไว้ว่า การประกันสุขภาพแบบใด ๆ ก็ควรมีเกณฑ์การพิจารณาโดยยึดหลักการดังต่อไปนี้⁽²⁰⁾

1. ประหยัดและคุ้มค่า กล่าวคือให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป นอกจากนี้ควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย

2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น

3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐ เพื่อที่จะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภทสามารถที่จะผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว

4. เงื่อนไขต่าง ๆ ของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสม สะดวกต่อผู้ประกันและเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างที่จะยินดีจ่ายเงินสมทบ (Contribution) เป็นค่าของการประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากเกณฑ์เหล่านี้แล้วสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาด้วยคือ

1. Affordability กล่าวคือมีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรร และระบบการบริหารดีพอที่จะดำเนินการได้ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวรวมถึงทรัพยากรทุกประเภทที่ต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพ เช่น แหล่งที่มาของเงินที่จะนำมาใช้จ่ายดำเนินงาน บุคลากรต่าง ๆ สถานบริการสาธารณสุข วัสดุ และอุปกรณ์ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการ เวลา ฯลฯ

2. Accessibility กล่าวคือเปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอหรือผลประโยชน์ทางการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ

3. Acceptability วิธีการ เงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ

4. Accountability มีกลไกที่สามารถใช้ตรวจสอบควบคุม มิให้เกิดความประพฤติมิชอบของผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

5. Adaptability การดำเนินงาน เงื่อนไขต่าง ๆ ควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสภาวะการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สิ่งที่สำคัญคือต้องครอบคลุมทั้งประชากรภาคอุตสาหกรรม และเกษตรกรรม การขยายความครอบคลุมแก่ภาคนอกเกษตรกรรม จะประสบความสำเร็จต้องสร้างระบบต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นได้แก่

- ระบบการเงินการคลัง
- องค์กรและขบวนการในการให้บริการ
- การจัดหารายได้อื่นเสริมจากงบประมาณรัฐ
- บทบาทการซื้อบริการที่เข้มแข็ง (WHO 1997)

องค์การอนามัยโลก ⁽²¹⁾ ได้เสนอแนะไว้ว่าหลักประกันสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีลักษณะสำคัญ 5 ประการคือ

- มุ่งให้เกิดการกระจายความเสี่ยง (pooling of risk) เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการมีผู้สุขภาพไม่ดีมากเกินไป (adverse selection) สำหรับผู้ประกันตน

- มีการกำหนดระยะเวลาการประกันสุขภาพที่ชัดเจนเหมาะสม
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการคัดกรองผู้ป่วยจากแพทย์ปฏิบัติทั่วไป (gatekeeping)
- ครอบคลุมถึงการให้บริการด้านการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
- มีการบริการจัดการกองทุนอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเงินเฟ้อ

ระบบการคลังสุขภาพ การเฉลี่ยความเสี่ยง และกลไกการจ่ายเงินเพื่อสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเกือบทั้งหมดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะ 50 ปีที่ผ่านมาประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่สามารถทำให้ประชาชนเกือบทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพด้วยนโยบายของรัฐ จัดบริการด้วยภาษีจากรัฐ (general tax) การล่มสลายของกลุ่มประเทศสังคมนิยมในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศสังคมนิยมลดลง ประชาชนต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองหรือครัวเรือนมากขึ้น ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนหนึ่งกำลังก้าวเข้าสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

ระบบการคลังสาธารณสุขที่ให้หลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้าของประชาชนทุกคนของประเทศต่าง ๆ นั้นสามารถจำแนกได้เป็นหลักใหญ่ ๆ สองระบบด้วยกัน คือ (1) ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Services System) และ (2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ในระยะหลังนั้นได้มีวิวัฒนาการของระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่เกิดขึ้นสำหรับการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้า คือระบบการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) ซึ่งประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศหลักที่ใช้ระบบนี้ อย่างไรก็ดีการที่จะให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยทั่วหน้า ไม่ว่าจะเป็ระบบใดก็ตามสิ่งทีเหมือนกันประการหนึ่งคือรัฐต้องเข้าไปจัดการให้เกิดขึ้น โดยอาจเป็นการเข้าไปจัดให้มีขึ้นเอง เช่น ในกรณีของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติหรือการออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพ ในกรณีของรูปแบบประกันสังคมและการออมเพื่อสุขภาพ

1. ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service)

ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างที่ดีของการคลังในรูปแบบระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า Beveridge Model ตามชื่อของ Sir William Beveridge ผู้เสนอแนะให้รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งประเทศอย่างเต็มที่ กล่าวคือรัฐบาลเป็นผู้จัดทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขเอง ระบบสาธารณสุขจะด้รับงบประมาณจากรัฐบาล จากภาษีอากร และให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเอง หรือสถานบริการที่รัฐให้การสนับสนุนเงินทุนหรือคลินิก ในรูปแบบนี้จะทำให้สามารถคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพได้ และทำให้สามารถ

เข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน และได้รับการยอมรับว่าเป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคมและมีความเป็นธรรม (Solidarity and equity) ระบบนี้จะแพงหรือถูกขึ้นกับความยินดีของรัฐบาลว่าจะจัดสรรเงินให้กับบริการสาธารณสุขมากน้อยเท่าใด

ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินี้จะทำให้รัฐบาลต้องรับภาระที่หนักมาก และมีบทบาทมากทั้งในด้านการคลังและการจัดบริการ ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลโดยตรงต่อคุณภาพและปริมาณของบริการที่ต้องจัดให้เพียงพอ ระบบนี้จะมีการเมืองเข้ามาแทรกได้มาก เมื่อเทียบกับระบบอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากต้องอาศัยเงินงบประมาณมาสนับสนุนการจัดบริการ นอกจากนี้การที่ได้รับงบประมาณที่จำกัดและแน่นอนทำให้การนำเอาเทคโนโลยีใหม่เข้ามานั้นสามารถทำได้ช้า และแน่นอนว่าทางเลือกสำหรับประชาชนก็ต้องจำกัดไปด้วย

2. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม ต้นแบบคือประเทศเยอรมันนี้ เรียกรูปแบบนี้ว่า Bismarck Model ตามชื่อของ Richard Bismarck ผู้เป็นต้นคิดของระบบนี้ ปรัชญาสำคัญของระบบนี้คือแนวคิดด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (Social Solidarity) กล่าวคือคนรวยช่วยคนจน คนมีสุขภาพดีช่วยคนมีสุขภาพด้อยกว่า คนหนุ่มสาวช่วยเด็กและคนชรา ลักษณะสำคัญของระบบนี้คือประชาชนทุกคนที่มีรายได้ต้องมีการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งของรายได้ของตนเพื่อการประกันสุขภาพสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว รวมถึงกลุ่มคนที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือได้น้อย เพื่อครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เช่นบริการด้านสุขภาพและอื่น ๆ โดยอัตราการจ่ายจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน เช่น การจ่ายเบี้ยประกันเป็นสัดส่วนของเงินเดือนซึ่งอาจเป็นอัตราตายตัวหรือเป็นในอัตราที่ก้าวหน้า แต่ส่วนใหญ่จะมีเพดานของเบี้ยประกัน ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบร่วมจ่ายด้วยนั้นปกติ คือนายจ้าง หรือในบางประเทศรัฐบาลก็เข้าไปร่วมจ่ายด้วย และลูกจ้างก็จะได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กำหนดและรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย (กรณีของไทยที่ปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมไปถึงครอบครัว) ระบบนี้ต่างจากระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเพียงวิธีการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งเงินทุนเท่านั้น สำหรับการบริหารจัดการนั้นอาจดำเนินการโดยรัฐเอง หรืออาจเป็นองค์กรเอกชนก็ได้ รัฐเพียงควบคุมกำกับและปกติผู้ให้บริการก็อาจเป็นได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

รูปแบบนี้ถูกแทรกแซงจากระบบการเมืองน้อยกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากการบริหารจัดการภายใต้กฎหมายของตนเอง มีความแน่นอนในด้านรายรับมากกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากไม่ต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่น ๆ ในด้านงบประมาณ และประชาชนก็ยินดีที่จะจ่ายมากกว่าการเพิ่มภาษี ทั้งนี้เนื่องจากมองเห็นชัดเจนถึงวัตถุประสงค์ของการจ่าย แต่ข้อจำกัดของระบบนี้จะมีค่าบริหารจัดการที่สูงกว่าระบบแรก เนื่องจากต้องมีการเก็บเบี้ยประกันแยกต่างหาก นอกจากนั้นในประเทศที่มีประชาชนทำงานอยู่นอกระบบมาก ไม่มีรายได้ประจำจะทำให้การเก็บเบี้ยประกันมีความยาก

ลำบากมากขึ้น ขณะเดียวกันปัญหาด้านเศรษฐกิจก็อาจมีผลกระทบต่ออำนาจการจ่ายเบี้ยประกันของประชาชน อย่างไรก็ตามระบบนี้ก็ยังมีความมั่นคงกว่าระบบแรก เนื่องจากประกันสังคมมีเงินสำรองที่เก็บจากผู้ประกันตนอยู่มากเมื่อเทียบกับการที่ต้องของงบประมาณจากรัฐบาล

3. ระบบบัญชีการออมเพื่อบริการสุขภาพ (Medical Saving Account)

รูปแบบนี้จะต้องมีบัญชีการออมของประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือน เพื่อการใช้จ่ายสำหรับบริการด้านสุขภาพ แนวคิดหลักคือถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน แต่ความจำเป็นด้านสุขภาพก็เชื่อว่าไม่สามารถคาดการณ์ได้ทั้งหมด ปกติความจำเป็นด้านสุขภาพของคนจะมีสูงขึ้นเมื่อวัยมากขึ้น ดังนั้นการออมเพื่อบริการด้านสุขภาพจึงเป็นการวางแผนตั้งแต่วันที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ เป็นการให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองตลอดช่วงอายุขัยของตนเอง ระบบนี้มีข้อดีอยู่ที่ว่าการที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพจากบัญชีการออมของตนเองนั้น จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการใช้บริการที่เกินจำเป็นได้ อย่างไรก็ตามการออมอย่างเดียวก็อาจไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่าบริการได้ หากประสบกับการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก ดังนั้นในระบบนี้สิ่งที่จะต้องมีความคู่ไปด้วยคือการประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่อาจทำให้ถึงกับล้มละลาย (Catastrophic insurance) ระบบนี้ถือว่าเป็นการประกันสุขภาพสำหรับตนเองในอนาคต และคาดว่าระบบนี้จะแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประกันสังคมเมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนทุกคนรับผิดชอบอนาคตของตนเอง สำหรับในกรณีของประชาชนที่มีฐานะยากจน อาจไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการออก ก็จำเป็นต้องมีระบบรองรับซึ่งก็ไม่พ้นรัฐต้องเข้าไปจัดการโดยอาศัยระบบภาษีเข้ามาช่วย ในกรณีของสิงคโปร์ก็จะมี Medifund สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้หรือบัญชีเงินออมมีไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกในการสะสมทุนสำหรับการใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพที่กำหนดเท่านั้น ระบบคล้ายกับการกองทุนบำเหน็จบำนาญ กล่าวคือมีการออมในขณะที่ยังมีรายได้อยู่และสามารถถอนออกมาใช้ได้สำหรับบริการสุขภาพตามข้อกำหนด การที่ต้องออมเพื่อใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพเท่านั้น อาจทำให้คนไม่มีแรงจูงใจในการออมพอ ดังนั้นจึงมีมาตรการเสริมเช่น ให้ใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพของบุคคลในครอบครัวด้วย หรือการจ่ายชดเชยเมื่อเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดีไม่ว่าจะเป็นระบบการคลังแบบใด การคลังภาครัฐก็ยังไม่สามารถช่วยตัวเองได้ รัฐก็ต้องเข้าไปให้การช่วยเหลืออยู่ดี เช่น การจ่ายเบี้ยประกันให้แทนหรือการจ่ายค่าบริการให้แทน ในกรณีของระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ ในกรณีบัญชีเงินออมผู้ป่วยไม่พอจ่ายค่าบริการ เป็นต้น

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของการคลังแต่ละประเภท จะเห็นว่าต่างก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินั้นมีข้อเด่นด้านค่าบริหารจัดการต่ำ และมีความเป็นธรรมเนื่องจากระบบภาษีรายได้ส่วนใหญ่เป็นในอัตราก้าวหน้า แต่ก็มีข้อด้อยคือภาระ ทั้งหมดจะอยู่ที่ภาครัฐแต่ฝ่ายเดียวหรือเป็นส่วนใหญ่ หากรัฐบาลประสบปัญหาการจัดเก็บรายได้ก็จะมีผลกระทบมาก ส่วนระบบประกันสังคมนั้นจะมีความแน่นอนด้านการเงินมากกว่า ถึงแม้จะประสบกับปัญหาเศรษฐกิจก็ยังมีกองทุนสำรองอยู่ ต่างจากระบบงบประมาณและประชาชนยินดีจ่ายมากกว่าการจ่ายภาษี นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินงานและกำหนดนโยบายได้อิสระกว่าระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ เนื่องจากการเมืองแทรกแซงได้น้อยกว่ามีกฎหมายรองรับ แต่ก็มีค่าบริหารจัดการสูงและหากมีประชาชนทำงานนอกระบบมากก็จะมีปัญหาด้านการจัดเก็บเบี้ยประกัน สำหรับระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพนั้น มีข้อเด่นตรงสามารถป้องกันการให้บริการเกินจำเป็นของประชาชนได้ เนื่องจากการจ่ายจากบัญชีตนเอง สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วหน้าได้โดยบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีการออมเพื่อสุขภาพ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและสุขภาพของตนเอง แต่ก็มีข้อด้อยตรงที่ไม่ได้มีการกระจายความเสี่ยงและทรัพยากรระหว่างกลุ่มคนในสังคม คนที่มีฐานะยากจนจะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ทำให้อาจมีปัญหาด้านการขาดความเป็นธรรมได้

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของระบบการคลังสาธารณสุขสำหรับการเข้าถึง
บริการถ้วนหน้า⁽²⁴⁾

ระบบการคลัง	ข้อเด่น	ข้อด้อย
ระบบบริการสาธารณสุข แห่งชาติ (National Health Service)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องมีการจัดเก็บเบี้ยประกัน 2. มีความเป็นธรรม ถ้าระบบภาษีโดยรวมมีลักษณะก้าวหน้า ซึ่งระบบภาษีที่เป็นธรรม จะประกอบด้วยภาษีรายได้ที่มีอัตราก้าวหน้าตามรายได้เป็นส่วนประกอบหลัก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความไม่แน่นอนต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่นในการของบประมาณ 2. ถูกการเมืองแทรกแซงได้ง่าย และมาก 3. มีปัญหาเรื่องการขาดประสิทธิภาพของระบบราชการและการไม่ค่อยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความแน่นอนของเงิน สำหรับบริการสุขภาพ 2. ประชาชนมักยินดีจ่ายมากกว่าภาษี เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ และได้ผลกลับคืนมาชัดเจน 3. ค่อนข้างตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนดี 4. ผู้ให้บริการมีรายได้ที่แน่นอน และดีขึ้นเมื่อเทียบกับระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริหารจัดการสูง 2. ถ้าประชาชนส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบไม่ได้มีเงินเดือนประจำ จะมีปัญหาในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก 3. ในสังคมที่สัดส่วนผู้สูงอายุมาก จะทำให้ภาระการจ่ายเงินของคนทำงานเพิ่มขึ้น
ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ไม่ใช้บริการเกินจำเป็น 2. ลดภาระของรัฐและสังคมโดยรวม เนื่องจากทุกคนรับผิดชอบเฉพาะครอบครัวตนเอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคล (หากไม่มีระบบเสริม) ซึ่งจะมีปัญหาด้านความเป็นธรรม 2. มีปัญหาด้านการบริหารจัดการเหมือนประกันสังคม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ ประกอบด้วยประเทศแคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมันนี ญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ ต่างก็มีวิวัฒนาการในการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ (Coverage) ระบบการคลัง สาธารณสุข (Finance) การจัดผลิตบริการ (Supply) ที่แตกต่างกัน

3.2 วิวัฒนาการของการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(24,26)

ประเทศแคนาดา มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีวิวัฒนาการมาจากระบบประกันโรงพยาบาล (Hospital Insurance) และในปี 1956 ได้ออกเป็นกฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service (HIDS) เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่รับบริการจากโรงพยาบาล และในปี 1966 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมาย Medical Care Act

ประเทศอังกฤษ ประชากรทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเจ็บป่วย มีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการตั้งแต่ปีค.ศ.1948 มีการออกพระราชบัญญัติ National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานด้านสุขภาพ

ประเทศออสเตรเลีย ในการดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นได้มีการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำหนดของกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายสาธารณสุขชื่อ National Health Act และดำเนินงานภายใต้ระบบบริการชื่อ Medicare Program

ประเทศเยอรมันนี มีการประกันสังคมเกิดขึ้นเป็นประเทศแรก คือตั้งแต่ปี 1881 ภายใต้การปกครองของ Bismarck ซึ่งต้องการให้ประชาชนในความปกครองที่เป็นลูกจ้างได้รับบำนาญ โดยให้นายจ้างและรัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของการประกันสังคม และในปี 1883 ได้ตรากฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้นบังคับใช้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้าง ในเรื่องการรักษาพยาบาล ยารักษาโรค และให้ประโยชน์ทดแทน กรณีเจ็บป่วย หากผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้ และในปี 2432 ได้มีการบัญญัติกฎหมายให้ความคุ้มครองแก่ผู้ทุพพลภาพและคนชราขึ้น

ประเทศญี่ปุ่น ริเริ่มจากการออกกฎหมายประกันสุขภาพในปี 1928 โดยใช้ระบบประกันสุขภาพแบบเยอรมันนี และได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้นในปี 1938 เพื่อดูแลด้านสุขภาพประชาชนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และอิทธิพลจากประเทศอเมริกาได้ทำให้ญี่ปุ่นประกาศกฎหมายรัฐธรรมนูญ ซึ่งบัญญัติให้รัฐบาลรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข

ประเทศไต้หวัน ระบบประกันสุขภาพแรงงานเป็นระบบแรกที่มีในไต้หวัน หลังจากนั้นก็มีระบบประกันสังคมและประกันข้าราชการ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้ทั้งหมด ด้วยปัจจัยการเติบโตของเศรษฐกิจ และการขัดแย้งทางการเมืองของระบบ กับฝ่ายค้านผลักดันให้รัฐบาลสร้างความมั่นคงทางการเมืองโดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2000 (Health Insurance For All by the Year 2000) และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ขึ้น

ประเทศเกาหลีใต้ เริ่มมีระบบประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานมาจากรูปแบบ Bismarck's Model หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 1977 ได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพโดยการบังคับให้โรงงานที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คนเข้าร่วมระบบประกันสังคม และในปี 1983 ได้มีกฎหมายประกันความเจ็บป่วยจากการทำงานในโรงงาน

ประเทศสิงคโปร์ ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้ประกาศให้ความสำคัญกับเรื่องสาธารณสุขว่ามีความสำคัญเป็นอันดับห้า ถัดจากเรื่องความมั่นคงของประเทศ การจัดหางานทำ ที่พักอาศัยและการศึกษา

สำหรับประเทศไทยนั้น จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพ ดังนี้

1.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐบาลจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล รัฐบาลได้เริ่มให้หลักประกันประชาชนผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้ โดยไม่คิดมูลค่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศ ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งความยากจน เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2524 และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นไป

1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล โครงการนี้ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาล พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี แต่เริ่มมีงบประมาณดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลรวมเป็นงบประมาณโครงการเดียวกับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน

1.3 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ ได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาทกันไว้ที่โรงเรียน สำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนในสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ที่เหลือ 27 บาทนั้น ให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย จำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณ ได้จากการสำรวจนักเรียนที่มีได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบใด ๆ แต่ในทางปฏิบัติโรงเรียนต้องออกบัตรให้กับนักเรียนทุกคน เพราะจะเกิดปัญหาการแบ่งแยกเกิดขึ้น ในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท และ 125 ล้านบาท ในปี 2535 โดยครอบคลุมนักเรียน 6.7 และ 4.17 ล้านคนตามลำดับ

1.4 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยเฉพาะนักเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ อายุ 6-12 ปีเท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานบริการของรัฐ ในขณะที่นักเรียนที่สังกัดอื่น ๆ หรือไม่ได้อยู่ในโรงเรียน จะไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จนถึงสมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย ได้ขยายหลักประกันทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปีทั้งหมดงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งให้ผ่านกระทรวงศึกษาธิการ และส่วนอื่นรวมอยู่ในงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้งสี่โครงการรวมเรียกว่า สวัสดิการการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมประชากรรวมทั้งสิ้น 29.3 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 48.1^(21,22)

1.5 สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการ จะได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด ซึ่งคุ้มครองถึงบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร แต่ก็เป็นที่สวัสดิการที่ชดเชยเงินเดือนที่ได้รับในอัตราที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับลูกจ้างในภาคเอกชน ขณะนี้มีประชาชนที่ครอบคลุมรวมทั้งสิ้น 6.7 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13⁽²¹⁾

1.6 สวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้โดยเฉพาะ แต่อาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชน ข้อ 1 ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุสามเณร เป็นต้น เริ่มปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัยครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.0 ล้านคน กำหนดผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนและครอบครัว ซึ่งเริ่มได้รับประกันเช่นกันในรัฐบาลชุดนี้ ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.5 ล้านคน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับหลักประกันทางด้านนี้ 0.61 ล้านคน

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

2.1 กองทุนเงินทดแทนแรงงาน ได้ดำเนินงานภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนด อัตราร้อยละ 0.2-0.3 ของค่าจ้าง เข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (Employer Liability Scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลักประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้าง ซึ่งปฏิบัติงานให้กับนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน

2.2 กองทุนประกันสังคม โครงการนี้ปรากฏเป็นจริงในรัฐบาล สมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ในปีแรกจะบังคับใช้กฎหมายโดยคุ้มครองแรงงานไทยในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคน ให้มีหลักประกันในด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ และต่อมาในเดือนกันยายน 2536 ได้ขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้แรงงานไทยได้รับการคุ้มครองเพิ่มมากขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน โครงการนี้ให้การดูแลผู้ประกันตน โดยการทำสัญญาจ้าง (Subcontract) สถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชน ในราคา 700 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 800 บาทต่อคนต่อปีในปี 2539-2540 และในปี 2541-2542 เพิ่มเป็น 900 บาทและ 1,000 บาทต่อคนต่อปี

2.3 กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 โดยเจ้าของหรือผู้คุ้มครองรถยนต์หรือรถอื่นที่กฎหมายกำหนด ต้องจ่ายเบี้ยประกันตามกฎหมาย และจะคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์เมื่อบาดเจ็บหรือตาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ประสบภัยมีโอกาสดำเนินการรักษายาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน ที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประกอบด้วย

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของบริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมต่อทำยกรมธรรม์ประกันชีวิต และการธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพอย่างเดียว รวมทั้งระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ ซึ่งสามารถทำได้เป็นหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1.1 การซื้อกรรมธรรม์เพื่อคุ้มครอง และให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากกรรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทต่าง ๆ ในระบบประกันบุคคลหรือประกันหมู่

3.1.2 การซื้อกรรมธรรม์ประกันวินาศภัย โดยเฉพาะประกันอุบัติเหตุโดยรวม การคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.3 การซื้อกรรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากบริษัทที่จดทะเบียนทำธุรกิจประกันภัย

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัด คือให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้าง หรือผู้มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ ศักยภาพในการขยายการคุ้มครองมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ fee-for-service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก การประกันสุขภาพกับเอกชน ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 แสนคน ในปี 2535 และ 1.2 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 2⁽²²⁾

3.2 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานโดยอาศัยการพัฒนา รูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพ โครงการนี้มีความมุ่งหวังที่จะให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ที่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเอง หรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้ ขณะนี้ครอบคลุมประชาชนประมาณ 8.5 ล้านคนหรือร้อยละ 13.9

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่บัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นบัตรให้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรี จากสถานพยาบาลที่กำหนด หากเจ็บป่วยเกินความสามารถ สถานพยาบาลนั้นจะส่งไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า บัตรประกันสุขภาพออกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ปัจจุบันมีชนิดเดียวคือบัตรครอบครัว

บัตรครอบครัว ได้แก่บัตรประกันสุขภาพที่ออกให้แก่ ผู้มีประกันหลายคนใช้ร่วมกัน ผู้ที่มีชื่ออยู่ในบัตรเรียกว่า ผู้มีประกัน แต่มีบัตรเสริมที่เรียกว่า “บัตรข้ามเขต” ที่ออกให้แก่ผู้มีประกันคนหนึ่งที่มีชื่ออยู่ในบัตรครอบครัวอยู่แล้ว เพราะมีเหตุจำเป็นที่จะต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราวไปอยู่ต่างถิ่นเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนไม่อาจกลับไปรับบริการจากสถานบริการประจำครอบครัวได้โดยสะดวก เช่น ไปศึกษา ไปทำงาน เป็นต้น

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁹⁾ หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอน้ำ ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ในปัจจุบัน“บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า”⁽¹⁰⁾หรือเรียกอีกอย่างว่า “บัตรทอง”ได้รวมเอาผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆและผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) และบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ (บัตร 500 บาท)เข้าด้วยกัน รายละเอียดดังนี้

“บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือเรียกอีกอย่างว่า “บัตรทอง”จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มี ท นำหน้าเลขที่บัตร
2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณียกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านวันแต่

1. บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
2. บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3. บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽²⁵⁾

โครงสร้าง“30บาท รักษาทุกคน” ที่รัฐบาลคิดและเร่งผลักดันอยู่ในขณะนี้ มีจุดที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

1.การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชาชน เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ผู้คนยากไร้ ด้อยโอกาส ผู้อยู่ห่างไกลที่เคยเสียเปรียบมาตลอด จะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการคิดรายละเอียดหลายวิธีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดความรับผิดชอบในการจัดบริการแก่ประชาชนมากที่สุด

2.การรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว

3.การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐ

และเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนเป็นกลุ่มก้อนที่ชัดเจน

4. การพยาบาลสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการทุกระดับ ตลอดจนการสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ดี และสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวมเช่นกัน

3.3 การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ (Coverage) ^(24,26)

ประเทศแคนาดา มีระบบบริการครอบคลุมบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการในโรงพยาบาล การบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของแคนาดาไม่มีการกำหนดไว้ชัดเจนว่าอะไรคือขั้นพื้นฐานที่จำเป็น รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ การดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ประเทศอังกฤษ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคนใช้ระบบประกันที่เป็นภาคบังคับลักษณะหลักของระบบ Population-based สิทธิประโยชน์ครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในยา ป้องกันฟันฟู สามารถเลือกแพทย์เวชปฏิบัติได้ แพทย์ปฏิบัติเป็นผู้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาล

ประเทศออสเตรเลีย จะมีโครงการ Medicare Program ซึ่งเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีสิทธิประโยชน์ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การบริการการตรวจรักษา การชันสูตร เอ็กซเรย์ และการผ่าตัดที่จำเป็นบางประเภท เช่น ผ่าตัดช่องปากบางรายการ การบริการในโรงพยาบาล รวมถึงค่าอาหารและค่าผ่าตัด สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้จะไม่ครอบคลุมรายจ่ายแว่นตา คอนแทคเลนส์ ทันตกรรมทั่วไป กายภาพบำบัด ตรวจร่างกายประจำปี ผ่าตัดตกแต่ง จ่ายทดแทนเงินเดือนหรือค่าบริการสำหรับคนในครอบครัวแพทย์และผู้ร่วมงานแพทย์

ประเทศเยอรมันนี ในการจัดบริการจะครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน จัดหาน้ำสะอาด กำจัดของเสีย อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเยอรมันนีนั้นจะมีการจัดบริการขั้นพื้นฐานครบถ้วนครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และค่าเดินทางเพื่อรับบริการ ส่วนบ้านพักผู้ป่วยเรื้อรังและบ้านพักคนชราจะอยู่นอกความรับผิดชอบของระบบประกันสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่นหรือองค์กรการกุศล

ญี่ปุ่น มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ employee-based, community-based, health program for elderly และ private managed insurance ซึ่งทั้ง 4 ประเภทนี้จะครอบคลุมผู้ประกันตนและครอบครัวโดยคุ้มครองการบริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วยฉุกเฉินและเรื้อรัง บริการทางทันตกรรมและยารักษาโรค ส่วนการตรวจร่างกายประจำปี และการคลอดบุตรนั้นไม่ได้รับการคุ้มครอง ยกเว้นในการผ่าตัดคลอดบุตร นอกจากนี้ยังมีสิทธิประโยชน์อื่น ๆ อีก ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์ เงินตอบแทนเงินเดือน การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเงินชดเชยมารดา เงินตอบแทนแม่และเด็ก ค่าทำศพ และค่าเดินทางเพื่อรักษาบาดแผล

ไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบที่สำคัญ ได้แก่ (1) ระบบประกันสุขภาพแรงงานสำหรับลูกจ้างโรงงานเอกชน (2) ระบบประกันสุขภาพข้าราชการ สำหรับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว (3) ระบบประกันสุขภาพชวามา สำหรับชวามาทุกคน ใน 3 ระบบนี้จะครอบคลุมประชาชน 58 % ผู้ที่มีหลักประกันได้แก่เด็ก นักเรียน สตรีทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุประมาณ 43 % ที่เหลือเป็นทหารและครอบครัว ที่มีระบบประกันสุขภาพทหารแยกต่างหาก สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบจะครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ทั้งการเจ็บป่วย ฉุกเฉิน และเรื้อรัง การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาการเจ็บป่วยทางจิตประสาท ทันตกรรม การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่บ้าน

เกาหลีใต้ สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้นั้นค่อนข้างจำกัดกว่าของญี่ปุ่นมาก เนื่องจากมีเบี้ยประกันต่ำ ระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมด้านการบริการทางการแพทย์ สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อนามัยมารดา การผ่าตัด ยา บริการพยาบาล และค่าพาหนะในการนำส่งผู้ป่วย นอกจากนี้ก็มีสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงินสำหรับการดูแลรักษาตัว และกรณีเสียชีวิตเป็นค่าทำศพ สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมประกอบด้วย การผ่าตัดเสริมสวย ค่าห้องที่เกินกว่าสิทธิประโยชน์ที่ให้ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำร้ายตัวเอง การไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยตรงไม่ผ่านการส่งต่อ นอกจากนี้ก็มีการบริการหลายอย่างไม่ครอบคลุม ซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายเองเต็มราคา เช่น ค่าอาหาร Sonogram MRI (Magnetic Resonance Image)

สิงคโปร์ สิทธิประโยชน์ของระบบบัญชีการออมของสิงคโปร์นั้นค่อนข้างจำกัด เนื่องจากจะจ่ายเงินในบัญชีนั้นได้ ต้องเป็นการจ่ายสำหรับบริการที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และบริการที่มีราคาแพง ในผู้ป่วยนอกบางประเภทเท่านั้น เดิมครอบคลุมเฉพาะเตียงสามัญเท่านั้น ต่อมาได้ครอบคลุมเตียงทุกประเภท รวมถึงการใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ของบุคคลในครอบครัว ในบริการผู้ป่วยนอกนั้น ครัวเรือนต้องรับผิดชอบเอง ประชาชนมีสิทธิและทางเลือกในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ทั้งของรัฐและเอกชน ในภาครัฐนั้นจะมีการเก็บค่าบริการในอัตราตายตัว คือ ครั้งละ 7 เหรียญสำหรับผู้ใหญ่ และ 3.5 เหรียญสำหรับผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

สำหรับประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ 4 ประเภทหลัก ๆ นั้น แต่ละประเภทจะครอบคลุมกลุ่มประชาชนเป้าหมายต่างกันไป คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

สิทธิของการรับบริการทางการแพทย์

1. บริการทางการแพทย์ ที่ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

1.1 การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

1.2 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้

ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

1.4 การวางแผนครอบครัว

1.5 ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

1.8 การให้คำปรึกษา

1.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

2. บริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

2.1 การตรวจ วินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสุดท้าย การรักษา

2.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีที่บุตรมีชีวิตรอดอยู่)

2.3 ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

2.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่

2.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

2.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

3. บริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิต้องเสียค่าบริการและค่าใช้จ่ายเอง

3.1 โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

3.2 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด

3.3 อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการ

คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3.4 การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม

3.5 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.6 การตรวจวินิจฉัยและรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.7 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาดัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า

180 วันยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.8 การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.9 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.10 ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

3.11 การเปลี่ยนอวัยวะ

การตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์

- กลุ่มอายุ 21 – 40 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ 1 – 2 ครั้ง/ปี
- กลุ่มอายุ 41 – 60 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทุกปี

การตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มอายุ 21–40 ปี และ กลุ่มอายุ 41–60 ปีขึ้นไป

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ปีละครั้ง
2. ตรวจวัดสายตา ควรตรวจทุก 3 ปี สำหรับผู้ที่มีอายุ 41 – 60 ปี ควรตรวจทุก 2 ปี และสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรตรวจทุกปี
3. ตรวจความเข้มข้นของเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจอุจจาระควรตรวจทุก 3 ปี
4. เริ่มตรวจหาไขมันในเส้นเลือด เมื่ออายุ 35 ปี และควรตรวจทุก 3 ปี
5. เริ่มตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออายุ 50 ปี และควรตรวจทุก 3 ปี
6. การตรวจ HIV ควรตรวจตามความสมัครใจ ก่อนสมรส
7. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี เริ่มตรวจเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ หรืออายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจปีละครั้ง
8. การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรี แนะนำให้ตรวจโดยตนเอง เดือนละครั้ง และสตรีที่มีอายุ 41 – 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมโดยแพทย์ ปีละครั้ง
9. ควรได้รับการกระตุ้นวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักทุก 10 ปี และสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน

10. การตรวจทางทวารหนัก (Rectal Exam) ตรวจเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ควรตรวจปีละครั้ง การรับบริการทางการแพทย์

การไปรับบริการทางการแพทย์ ให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัว หรือเครือข่ายหน่วยบริการ เว้นแต่ กรณี เจ็บป่วยฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อปี และต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบทันที ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก เพื่อให้หน่วยบริการประจำครอบครัวพิจารณาปรับย้าย และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีที่ไม่มีการแจ้งให้หน่วยบริการทราบ ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณียกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ที่มิบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล(บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

โดยรวมโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเดิม (สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ 500 บาทไว้ด้วยกัน ซึ่งผู้มีบัตรจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล สิทธิของบัตรจะครอบคลุมในเรื่องของ (1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด และสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้บำบัดรักษาโรค (2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าแว่นตา (3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าทำเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่น ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ (4) ค่าอุดฟันธรรมดา ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน (5) ค่าห้องและอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ยกเว้น ค่าห้องพิเศษ

ส่วนบัตรประกันสังคม สิทธิที่ได้รับจะครอบคลุม (1) การเจ็บป่วยเป็นค่ารักษาเหมาจ่าย ได้แก่ (1.1) ค่ารักษาโดยแพทย์เชี่ยวชาญพิเศษ เช่น การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ (1.2) ค่าทำหมัน (1.3) ค่ารักษากรณีฉุกเฉินคุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรกโรงพยาบาลใดก็ได้ (1.4) กรณีอุบัติเหตุคุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรก (1.5) การผ่าตัดใส่เลนส์เทียมของลูกตา (1.6) ทันตกรรม (1.7) การปลูกถ่ายไขกระดูก (1.8) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือด สัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง (1.9) เงินทดแทนการขาดรายได้ (% ของค่าจ้าง) (2) การคลอดบุตร เช่น

ค่าคลอด เงินทดแทนการขาดรายได้ 50 % ของค่าจ้าง (3) ทูพพลภาพ เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินทดแทนการขาดรายได้ 50 % ของค่าจ้าง ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ทายาท (4) ตาย เช่นค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ทายาท (5) สงเคราะห์บุตร (6) ชราภาพ เช่น บำเหน็จชราภาพ บำนาญชราภาพ และสุดท้ายสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะครอบคลุมสำหรับตัวข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเอง บุตรตามกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน คู่สมรสและบิดามารดา โดยจะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและใน จะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวนที่จ่ายจริง เว้นแต่ (1) ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม จะเบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด (2) ค่าห้อง ค่าอาหารจะเบิกรวมกันได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด คือไม่เกิน 600 บาทต่อวัน

3.4 ระบบการคลังสาธารณสุขของระบบประกันสุขภาพ (Financing) ^(24,26)

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ มีรูปแบบการจัดตั้งกองทุนและระบบบริการจ่ายค่าตอบแทนแตกต่างกัน ได้แก่

ประเทศแคนาดา มีระบบกองทุนรวมกองทุนเดียว (Single Fund) และมีผู้จ่ายรายเดียว (Single Payer) โดยเงินอุดหนุนการบริการได้จากการเก็บภาษีประชาชนผู้ด้อยโอกาสในสังคม รัฐบาลกลางและท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้การอุดหนุน และรับเป็นภาระ โดยไม่มีการจัดเกณฑ์การวัดรายได้ (mean-test) มาคัดกรอง ซึ่งต่างจากของไทยที่ใช้เส้นแบ่งเขตรายได้ขั้นต่ำมาคัดกรองในการให้บัตร สปร.

ประเทศอังกฤษ มีกองทุนเดียว (National Health Service ,NHS) มาจากภาษีทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี ส่วนของบริการเอกชนมาจากการประกันเอกชน การซื้อประกันเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง

ประเทศเยอรมันนี้ ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุน (Multiple Fund) โดยจัดตั้งในรูปกองทุนเพื่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแหล่งเงินที่สำคัญ ส่วนใหญ่ของเงินกองทุนจ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ เงินสนับสนุนบริการสุขภาพของเยอรมันนี้ มาจากภาษีของรัฐบาลกลาง และท้องถิ่น ประมาณ 21 % อีก 60 % มาจากภาษีรายได้ ที่เหลือ 11 % มาจากผู้ป่วยจ่ายร่วม และ 7 % มาจากประกันสุขภาพเอกชน

ประเทศออสเตรเลีย มีโครงการ Medicare Program เป็นโครงการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าโดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย (co payment) และหากผู้ใดไม่ปฏิบัติ จะมีข้อลงโทษ โครงการนี้จะคุ้มครองการใช้บริการแก่ประชาชนออสเตรเลียทุกคน และชาวต่างประเทศที่ได้มีการทำสัญญา กับออสเตรเลีย แหล่งเงินของโครงการมาจากทั้งภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐได้รับการอุดหนุน

จากงบประมาณ ภาคเอกชนมาจากการจ่ายภาษีสุขภาพ ประชาชนออสเตรเลียต้องจ่าย ภาษีสุขภาพ 1.5-2.5 % ของเงินได้ตามระดับรายได้

ประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุนและผู้จ่ายหลายราย (Multiple Fund and Multiple Payers) ระบบบริการสุขภาพ ญี่ปุ่นได้รับเงินอุดหนุนจากงบประมาณรัฐ ประชาชนจ่ายเอง และจากเงินกองทุนประกันสุขภาพ ที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมจ่าย

ประเทศไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพที่เป็นระบบกองทุนเดียว (Single Fund) ต่างจากของญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ ทั้งนี้เพื่อต้องการให้มีประสิทธิภาพ และใช้อำนาจการจ่ายอย่างเต็มที่ โดยกำหนดอัตราค่าจ่ายที่เป็นมาตรฐานภายใต้งบประมาณยอดรวม (Uniform fee schedule with a global budget) ในปัจจุบันประชาชนร้อยละ 96 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการของโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าเดิมในเชิงมหภาค ได้แก่ มีระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายคนเดียว มีตารางราคาที่เหมาะสม และจัดสรรงบประมาณแบบก้อน ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลเองพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ลดลง โดยการใช้มาตรการ 4 อย่าง เพื่อให้มีประสิทธิภาพเชิงจุลภาค คือ ให้ผู้ป่วยจ่ายร่วม มีการจัดทำสัญญาการบริการ ใช้ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า มีการวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ

ประเทศเกาหลีใต้ มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน และแยกการบริหารจัดการ เกาหลีใต้มีการแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็นเขต ตามเขตการปกครองของรัฐบาลหรือเขตตามสภาพภูมิประเทศ เกาหลีใต้มีปัญหาเรื่องกองทุนที่แยกออกจากกันมาก แม้ว่าจะมีอิสระแยกจากรัฐบาล แต่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมยังคงอำนาจแต่งตั้งประธานบอร์ด จึงทำให้กองทุนต่าง ๆ ไม่สามารถดำรงความเป็นทางการได้ดี

ประเทศสิงคโปร์ นั้นมีระบบหลักการประกันสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ไม่มีกองทุนประกันสุขภาพ แต่จะใช้ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) แทน โดยระบบนี้ขยายมาจากกองทุนบำเหน็จบำนาญกลาง (Central Provident fund) ซึ่งจะหักจากบัญชีเงินเดือนของประชาชนอยู่แล้ว ทั้งนี้ลูกจ้างและนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน และจากกองทุนจะโอนเข้าบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพของแต่ละบุคคลในอัตราร้อยละ 6-8 % ตามกลุ่มอายุ บัญชีนี้จะเป็นเงินของแต่ละบุคคล แต่จะสามารถนำออกมาใช้เพื่อจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น

สำหรับประเทศไทย มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน (Multiple funds) และแยกการบริหารจัดการ เช่นระบบประกันสังคม ประกอบด้วย 2 กองทุนคือ กองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม หน่วยงานที่บริหารจัดการ คือสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ยังมีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสุขภาพ

3.5 การจัดผลิตบริการ (Supply) ^(24,26)

ประเทศแคนาดา ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลของจังหวัดต่าง ๆ รับผิดชอบในการดูแลจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ข้อเสนอแนะของรัฐบาลกลาง ระบบบริการสุขภาพจะบริหารจัดการด้วยองค์กรรัฐอิสระ เพื่อให้มีการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น เอกชนมีส่วนร่วมจัดบริการในส่วนที่นอกเหนือจากภาครัฐจัดขึ้น

ประเทศอังกฤษ รัฐบาลเป็นผู้จ่ายและจัดบริการ โดยเป้าหมายของการปฏิรูปไม่ใช่การเพิ่มงบประมาณแต่ต้องการให้เพิ่มผลิตภาพ (productivity) ใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุนแยกองค์กรและบทบาทระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ ผู้ซึ่งพันกันโดยสัญญา (Contract) เป็นการสร้างระบบตลาดภายใน มีการกระจายอำนาจให้อิสระแก่หน่วยงานผู้ให้บริการและ Health Authority ในการบริหารงานแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ ประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ขึ้นทะเบียนกับ National Health Service (NHS) แต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ตนเองต้องการหรือเปลี่ยน(GP)ก็ได้

ประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลจัดตั้งโรงพยาบาลและคลินิกที่แยกตัวเป็นองค์กรอิสระ โดยให้มีการกระจายอำนาจทั่วทั้งประเทศ

ประเทศญี่ปุ่น ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้น ทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนสามารถเป็นผู้ให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ในกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ เทศบาลแต่ละท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันและให้หลักประกันแก่ประชาชนในพื้นที่ของตน ซึ่งผู้ให้ประกันไม่ได้ทำสัญญาการซื้อขายบริการกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นผู้ให้บริการกับผู้ประกันตน ซึ่งมีทั้งของรัฐและเอกชน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว สถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน โดยผ่านองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบในการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ (Medical Fee Payment Fund) ผู้ประกันตนนั้นจ่ายเพียงส่วนร่วมจ่าย ที่กำหนดเท่านั้นให้กับสถานพยาบาลที่ตนไปรับบริการ

ประเทศไต้หวัน จะมีสำนักงานประกันสำนักงานแห่งชาติเป็นผู้ทำสัญญา (Contract) กับผู้ให้บริการกับภาครัฐและเอกชน และมีการจ่ายเงินเป็นระบบล่วงหน้า (Prospective payment)

ประเทศเกาหลีใต้ กองทุนประกันสุขภาพใช้ในลักษณะการทำสัญญา (Contract) กับสถานพยาบาลเช่นเดียวกับประเทศไทย

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของต่างประเทศ⁽²⁴⁾

หัวข้อ	แคนาดา	ออสเตรเลีย	เยอรมันนี
รูปแบบ	National Health Service (Medicare)	National Health Insurance (Medicare)	Bismarck's Model
ประเภทการบริการ	การแพทย์พื้นฐานและบริการโรงพยาบาล	สาธารณสุขชุมชน การแพทย์พื้นฐานและบริการโรงพยาบาล	บริการแพทย์พื้นฐานและเฉพาะทาง
ผู้ให้บริการ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว และแพทย์เฉพาะทาง	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเฉพาะทาง	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเฉพาะทาง
ระบบการส่งต่อ	เข้มแข็งจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	เข้มแข็งจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	เข้มแข็งจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง
องค์กรบริหารจัดการ	องค์กรรัฐอิสระ	รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น	กองทุนเพื่อการเจ็บป่วย
ความครอบคลุม	ประชาชนทุกคน	ประชาชนทุกคนและชาวต่างชาติที่มีสัญญา	ประชาชนทุกคน (0.1 % ไม่มีหลักประกัน)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (% ต่อ GDP)	10.3 (1994)	8.5 (1994)	8.7 (1994)
แหล่งเงิน	ภาษีบุคคล ภาษีสินค้า ภาษีเหล้า บุหรี่ น้ำมัน ลีดเตอเร่ เบี้ยประกัน	งบประมาณรัฐ และภาษีสุขภาพ (1.5 % - 2.5 % ของรายได้) ยกเว้นผู้ยากจน	ภาษีรัฐบาลกลางและท้องถิ่น ภาษีรายได้ ประชาชนจ่ายเอง ประกันสุขภาพเอกชน เงินกองทุนประกันสุขภาพ

หัวข้อ	แคนาดา	ออสเตรเลีย	เยอรมันนี
การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ	ตามรายการรักษาพยาบาล	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลจ่ายเป็นเงินเดือน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลจ่ายเป็นเงินเดือน
อุปสรรคในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	การประท้วงของแพทย์	ต่อต้านจากภาครัฐและเอกชน	วิกฤตเศรษฐกิจ
การจัดสรรทรัพยากร	เป็นก้อนตามจำนวนประชากรผ่าน Canada Health and Social Transfer (CHST)	รัฐบาล Common Health สนับสนุนการแพทย์พื้นฐาน การจัดหาและการพยาบาลดูแลทั่วไป รัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนการบริการโรงพยาบาล	เบิกจ่ายย้อนหลังโดยใช้วันนอนและจำนวนผู้ป่วยนอก
ความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มีนโยบายที่ส่งเสริมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับชาติ	ความประนีประนอมของทุกฝ่าย	ค่านิยมและวัฒนธรรมที่สังคมต้องช่วยเหลือผู้อ่อนแอและหลักการค่านิยมที่เรียกว่า solidarity, subsidiary corporatism

ตารางที่ 2.3 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสี่ประเทศในเอเชีย⁽²⁴⁾

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
ภาวะเศรษฐกิจช่วงที่มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง
ปัจจัยด้านการเมือง	มีการผลักดันสูงจากกลุ่มแรงงานและนายจ้าง	การแข่งขันระหว่างเกาหลีเหนือและใต้และการต้องการความชอบธรรมของรัฐบาลทหาร	ช่วงชิงโอกาสและอำนาจระหว่างพรรครัฐบาลและพรรคฝ่ายค้าน	ผู้นำมีอิทธิพลและวิสัยทัศน์สูง
กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	มี	มี	มี	มี
ระบบการคลังสาธารณสุข	ประกันสังคม	ประกันสังคม	ประกันสังคม	บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ
การกระจายความเสี่ยง	มี	มี	มี	มี
จำนวนกองทุน	หลายกองทุนเป็นอิสระ	หลายกองทุนเป็นอิสระ	กองทุนระดับชาติและมีสาขา	ไม่มี
ผู้บริหารกองทุน	องค์กรอิสระและรัฐ	องค์กรอิสระแต่ถูกควบคุมโดยรัฐมากกว่า	องค์กรรัฐ	องค์กรรัฐ
ผู้ดำเนินการให้หลักประกันกับคนไม่มีรายได้	เทศบาล	องค์กรประกันส่วนภูมิภาค	กองทุนเดียว	Na
การให้การช่วยเหลือคนจน	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกค่าใช้จ่ายให้

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
อัตราเบี้ยประกัน	แปรตามระดับรายได้	อัตราเดียว	อัตราเดียว	หักจาก CPF 6-8 % ตามกลุ่มอายุ
การกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน	ไม่มีรัฐจัดสรรขาดตนเอง	มีและรัฐช่วยด้วย	ไม่มี เนื่องจากมีกองทุนเดียว	ไม่มี
องค์กรกลางในการจ่ายเงิน	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
สิทธิประโยชน์	ครอบคลุมกว้างขวาง	ครอบคลุมจำกัด มีบริการยกเว้นมาก	ครอบคลุมกว้างขวาง	เฉพาะบริการผู้ป่วยใน
ส่วนร่วมจ่ายของประชาชน	ประมาณร้อยละ 20	ค่อนข้างสูง	อัตราตายตัว	จ่ายจากบัญชีตัวเอง
ระบบบริการ	ระบบบริการปฐมภูมิอ่อนแอ สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน	มีความซับซ้อนระหว่างบริการของสถานพยาบาลปฐมภูมิกับโรงพยาบาลและแข่งขันกันเอง เครื่องมือราคาแพง สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน	Na	ระบบบริการปฐมภูมิแข็ง รัฐมีบทบาทสูงในบริการของโรงพยาบาล

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
การเข้าถึงบริการ	มีการใช้บริการที่เกินจำเป็น	ดีขึ้นหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ดีขึ้นหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	Na
การสนับสนุนข้ามระหว่างคนรวย คนจน	มีแต่จำกัดเฉพาะกลุ่ม	มี	มี	ไม่มี
การควบคุมค่าใช้จ่าย	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมได้

สรุป

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ การดำเนินงานอาจใช้รูปแบบสวัสดิการสังคม เป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ เช่นแคนาดา หรือใช้รูปแบบการประกัน เช่น ประเทศเยอรมันนี้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ปัจจัยที่ส่งผลให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปได้รวดเร็วและบรรลุ มาจากปัจจัยทางการเมืองและเศรษฐกิจมากกว่าความต้องการด้านสุขภาพเอง ระยะเวลาในการพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพใช้เวลาไม่น้อย เพราะมีการต่อต้านจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการ นอกจากนี้การขยายความครอบคลุมไปสู่กลุ่มอาชีพอิสระ เช่น เกษตรกร นับว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพ มาจากการใช้กฎหมายเป็นข้อบังคับมากกว่าการสมัครใจ ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญทั้งในสวนผู้ใช้บริการ ผู้จ่ายค่าตอบแทน ผู้ให้บริการและผู้รับประกัน ภาครัฐมีบทบาทไม่น้อยในการให้การสนับสนุนเงินอุดหนุน การเป็นผู้ให้บริการหลัก และเป็นผู้ดำเนินการในระบบประกันเสียเอง ประเทศไทยเองเริ่มมีการพิจารณาถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน จึงมีคำถามน่าสนใจว่า หากประเทศไทยมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และระบบบริการสุขภาพจะสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน รัฐบาลท้องถิ่นเองควรมีบทบาทอย่างไรภายในระบบหลักประกันถ้วนหน้าดังกล่าวนี้

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนทดแทนแรงงาน	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	ประกันเอกชน
บริการผู้ป่วยนอก	สถานพยาบาลของรัฐ	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
บริการผู้ป่วยใน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
เงินชดเชย	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี
ครอบคลุม	ทุกอย่าง	การเจ็บป่วยที่ไม่เกิดจากการทำงาน	การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ทุกอย่าง	ทุกอย่าง	ตามกรมธรรม์
ยกเว้น	Na	15 กลุ่มโรค	Na	17 กลุ่มโรค	Na	Na
การคลอดบุตร	รวม	รวม	ไม่รวม	รวม	รวม	ไม่รวม
การตรวจสุขภาพประจำปี	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	เป็นไปได้	ตามกรมธรรม์
บริการส่งเสริมป้องกัน	ได้บางอย่าง	ได้บางอย่าง	ไม่ได้	ได้	เป็นไปได้	ตามกรมธรรม์
บริการที่ไม่ครอบคลุม	พยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	พยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	ตามกรมธรรม์

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนทดแทนแรงงาน	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	ประกันเอกชน
บริการผู้ป่วยนอก	สถานพยาบาลของรัฐ	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
บริการผู้ป่วยใน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น	สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน
เงินชดเชย	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี
ครอบคลุม	ทุกอย่าง	การเจ็บป่วยที่ไม่เกิดจากการทำงาน	การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ทุกอย่าง	ทุกอย่าง	ตามกรมธรรม์
ยกเว้น	Na	15 กลุ่มโรค	Na	17 กลุ่มโรค	Na	Na
การคลอดบุตร	รวม	รวม	ไม่รวม	รวม	รวม	ไม่รวม
การตรวจสุขภาพประจำปี	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	เป็นไปได้	ตามกรมธรรม์
บริการส่งเสริมป้องกัน	ได้บางอย่าง	ได้บางอย่าง	ไม่ได้	ได้	เป็นไปได้	ตามกรมธรรม์
บริการที่ไม่ครอบคลุม	พยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	พยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	ห้องและพยาบาลพิเศษ	ตามกรมธรรม์

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

เฟลล์ (27) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ประกันสุขภาพได้ไม่ใช้บริการในโรงพยาบาลแต่ละปีเพิ่มมากกว่าผู้ไม่ประกันสุขภาพ และพบว่าการขยายประกันให้ครอบคลุมมากขึ้น และความต้องการบริการทางการแพทย์จะสูงขึ้นมากเป็นสองเท่าตัว ถ้าโครงการประกันสุขภาพครอบคลุมหมดทุกอย่าง (Full Average) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า อายุและสภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์ และศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า เพศชายใช้จ่ายในการผ่าตัดมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยทางด้านอายุ การศึกษารายได้ สภาวะสุขภาพไม่ได้กำหนดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแต่ละครั้ง

อิวาซึกะ (28) และคนอื่น ๆ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพประเทศต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยให้รูปแบบการศึกษาของ อดเคย์ และแอนเดอร์เซน มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัยและใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน จำนวน 1,317 บาท ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สถานภาพ และลักษณะการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพ จากคลินิกแพทย์โรงพยาบาลหน่วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพ จากคลินิกแพทย์โรงพยาบาล สำหรับปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ จากแหล่งบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ดังกล่าว

งานวิจัยในประเทศ

จิรภา รัตนเพ็ญตระกูล (18) ได้ศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลสุขภาพ พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อปี สถานะการเงินของครอบครัวและจำนวนสมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีของผู้ป่วยต่างจังหวัด โดยพวงทอง เครือมังกร (29) และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยต่างจังหวัดให้มารับบริการที่โรงพยาบาล รามาธิบดี เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง เพื่อน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความเชื่อและศรัทธาในการรักษาของโรงพยาบาลรามาธิบดี มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่พร้อมและทันสมัย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความปรารถนาให้สถานบริการ

ทางการแพทย์ในท้องถิ่นของตนเองมีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์และยาที่ทันสมัยเพิ่มจำนวน แพทย์ พยาบาล ปรับปรุงการให้บริการและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ขอรับบริการ

นาริรัตน์ บุญเวทย์⁽³⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมารับบริการและไม่มารับบริการ จากศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยด้านอาชีพ การศึกษา สถานภาพการสมรส การรับผิดชอบครอบครัวและด้านที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการและไม่มารับบริการจากศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา และนอกจากนี้ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการจะมีทัศนคติที่ดีต่อศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา เหตุผลการมารับบริการ ที่ตั้งของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยาใกล้บ้าน สามารถเข้าถึงได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย ให้บริการได้ตลอดเวลา สะดวกรวดเร็ว เจ้าหน้าที่อภัยาศัยดีเป็นกันเอง

เหตุผลการเลือกใช้บริการอนามัย

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริวิศรี⁽³¹⁾ ศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัย และการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบทพบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนไปขอรับบริการมากเป็นอันดับหนึ่งคือ สถานีอนามัย รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ โดยให้เหตุผลในการไปใช้บริการจากสถานบริการต่าง ๆ นั้น เนื่องจากการเดินทางสะดวก เชื้อถือในตัวบุคคล เชื้อถือในสถานบริการและมีบัตรสงเคราะห์/บัตรสุขภาพตามลำดับ สำหรับเหตุผลที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการการรักษาพยาบาลจากสถานบริการต่าง ๆ ก็คือ เพราะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จึงนั่งเฉยละเลยต่ออาการเจ็บป่วย หรือมีเงินนั้นก็ตัดสินใจซื้อยามารักษาตนเอง โดยไม่มีการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย

ลำลี เปลียนบางช้าง และคณะ⁽³²⁾ ศึกษาที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมพบว่าเหตุผลของผู้ที่ใช้บริการเป็นประจำที่สำคัญ คือ ความสะดวกในการเดินทาง รองลงมาคือลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คือ เป็นผู้ที่มีความสามารถรักษาโรคให้หายได้ เอาใจใส่และอภัยาศัยดี

สุนทร ศุภพงษ์และคณะ⁽³³⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานขนาดเล็กของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าลูกจ้างกลุ่มดังกล่าวนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐด้วยเหตุผลมีความสะดวกสบายในการเดินทางและมีความเชื่อถือการให้บริการตามลำดับ

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการเข้ารับการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน พบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการที่คลินิกและโพลีคลินิกคือ สะดวกในการเดินทางมารับบริการและมีความเชื่อถือในตัวแพทย์ ส่วนผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือคุณภาพของบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสถานบริการ รวมทั้งลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า บิดามารดา และญาติของผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือในการที่จะเลือกสถานบริการรักษาพยาบาล และอำนาจการตัดสินใจดังกล่าวจะมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

สุพินดา ชาติศิริติเวช⁽³⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ 2.88 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ผู้ป่วยใน 0.67 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี อัตราการไม่ไปใช้บริการผู้ป่วยนอก 1.2 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปีและผู้ป่วยใน 0.4 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี เหตุผลที่สำคัญที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนคือการเดินทางที่ไม่สะดวก

รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ⁽³⁷⁾ ศึกษาแบบแผนการใช้บริการอนามัยในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ส่วนใหญ่นิยมมาใช้สถานบริการแผนปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นการใช้สถานบริการอนามัยของรัฐได้แก่โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นต้น (60.5%) การใช้สถานบริการอนามัยของเอกชน ได้แก่โรงพยาบาล เอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น (14.0%) และใช้บริการร้านขายยา (11.4%) ที่เหลือ (13.6%) ได้แก่ พวกที่นิยมใช้สถานบริการแบบแผนโบราณ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละครั้งมีผลต่อการเลือกใช้บริการอนามัย โดยถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา (58%) แต่ถ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนักส่วนใหญ่มักจะไปสถานบริการอนามัยของรัฐ (60.6%) สภาพการอ่านออกเขียนได้และการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับกาใช้บริการอนามัยจากโรงพยาบาลจังหวัดและคลินิกเอกชน

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวงสีพระยาและมหาพุดผารามพบว่า ร้อยละ 36.79 รักษาที่คลินิกแพทย์ ร้อยละ 34.55 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 28.37 รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 0.09 รักษาด้วยเวทมนต์ไสยศาสตร์

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกาใช้บริการอนามัยในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่าในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะนิยมรักษาพยาบาลขั้นแรกแบบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ การปล่อยให้หายเอง การไปศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย การไปคลินิก การไปโรงพยาบาลและการไปหาหมอแผนโบราณเป็นที่นิยมรองลงมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น ถ้าเป็นไข้หวัด ท้องร่วงหรือผื่นคันพุพอง ก็นิยมไปศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ถ้าเป็นลม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ก็นิยมปล่อยให้หายเอง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ⁽⁴⁰⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมกาใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ประกันตนแม้ว่าจะสามารถเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาได้แต่มีโอกาสที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลคู่สัญญาเพียง 0.22 ของการเจ็บ

ป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลและโอกาส 0.64 ของการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล สำหรับการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไปนั้น ผู้ประกันตนชื้อยากินเองและใช้บริการห้องแพทย์ของสถานประกอบการมากที่สุด

สงวน นิตยารัมภพงศ์ และคนอื่น ๆ ⁽⁴¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องการจัดบริการทางการแพทย์ ภายใต้พระราชบัญญัติประกาศสงคม พ.ศ.2533 โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน โดยการสำรวจโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทั่วประเทศ 134 แห่ง ถึงสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติ ประกันสงคม พ.ศ.2533 ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้พยายามจัดระบบบริการแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ ผู้ป่วยดีพอสมควร แต่ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยประกันสงคม คือ

1. ผู้ป่วยประกันสงคมและนายจ้างไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ของการได้รับการคุ้มครอง
2. ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์
3. ความไม่พร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ
4. โรงพยาบาลไม่สามารถนำเงินเหมาจ่ายมาใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการได้
5. ผู้ป่วยประกันสงคมมีความเข้าใจว่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ดี ไม่มีคลินิกพิเศษแก่ผู้ป่วยประกันสงคม ทำให้บริการได้ไม่ดีพอ

เพศ กกับการเลือกแหล่งบริการอนามัย

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ ⁽³⁷⁾ พบว่าหญิงนิยมไปใช้สถานบริการของรัฐมากกว่าเพศชาย Nathanson's review ⁽⁴²⁾ พบว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนา เพศหญิงมีอัตราการตายต่ำกว่าเพศชาย แต่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมากกว่าชาย ดังนั้นจึงพบว่าเพศหญิงใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ไม่ว่าจะในด้านผ่าตัด การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคนอื่น ⁽⁴³⁾ ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนขนาดจํานวนเพียงมากกว่า 10 เตียง ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการเป็น เพศหญิง สูงกว่า เพศชาย ในอัตราส่วน ประมาณ 3 ต่อ 1 ส่วน

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ ⁽⁴⁴⁾ ได้ทำการศึกษาผู้มารับบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว (15-34 ปี) ทั้งเพศชาย และเพศหญิงเป็นกลุ่มที่มีมาใช้บริการสูงสุด คือ ร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงร้อยละ 51.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคนอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่า ผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-29 ปี ถึงร้อยละ 45.0 ของจํานวนผู้ใช้บริการทั้งหมด

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคนอื่น ๆ⁽⁴⁵⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงไปใช้บริการมากกว่า เพศชาย มีถึงร้อยละ 56.10 ต่อปี ขณะที่เพศชายไปใช้บริการเพียงร้อยละ 23.90

ศิริพร ปรางประสิทธิ์⁽⁴⁶⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ผลจากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มากกว่า เพศชาย

อายุ กับการเลือกใช้บริการอนามัย

ชนินทร์ เจริญกุล และคนอื่น ๆ⁽⁴⁷⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้ และไม่ใช้บริการ คือ โดยเฉลี่ย อายุของกลุ่มที่ใช้บริการจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการของราชการเล็กน้อย คือ 39.26 ต่อปี และ 33.58 ปี ตามลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดในช่วงอายุ 30-39 ปี และกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 15-20 ปี

การศึกษา กับการเลือกใช้บริการอนามัย

การศึกษามีผลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพอนามัย เช่นการป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอและมีความระมัดระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย⁽⁴⁸⁾

รายได้ และ การเลือกใช้บริการอนามัย

สันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย พบว่าสภาพเศรษฐกิจมีความสำคัญในการเลือกรับการบริการรักษาพยาบาล

ระบบบริการ กับการเลือกใช้บริการอนามัย

ปิยะชาติ เจริญวัฒนาพานิช⁽⁵⁰⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง โดยศึกษาจากตัวอย่าง 993 คน จากผู้ประกันตนจำนวน 8,557.00 คน ตามโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเท่ากับ 1.5 ครั้ง / คน / ปี ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.037 ครั้ง/คนปี (ร้อยละ 33.30) เลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะห้องพยาบาลของโรงงานที่มีพยาบาลและแพทย์ เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการ

ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ คิดว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยและไม่พอใจโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ การที่จัดให้มีการบริการด้านการรักษาพยาบาลของโรงงาน ความพึงพอใจของผู้ประกันตนหลังจากการให้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

สินีนางู ปรีชาจารย์⁽⁵¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลการใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ในสถานประกอบการขนาดกลาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถานประกอบการ จำนวน 29 แห่ง ตัวอย่าง คือ ลูกจ้างในสถานประกอบการ จำนวน 296 คน โดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า ลูกจ้างร้อยละ 41.50 คน ไม่เคยใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก และร้อยละ 29.20 เคยใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก สาเหตุของการไม่ไปใช้บริการเพราะ ความไม่สะดวกในเรื่องสถานที่ ความล่าช้าในการให้บริการ คุณภาพของการให้บริการที่ไม่ดีนัก เรื่องของเวลาที่มาใช้บริการไม่สะดวก เนื่องจากตรงกับเวลา ทำงานของลูกจ้าง ลูกจ้างคิดว่ายาที่ได้รับมีคุณภาพไม่ดีพอ และความไม่มั่นใจ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

วันดี เจียมจิตศิริพงศ์⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อบริการในด้านความสะดวกสบาย อธิษาคัยของแพทย์และพยาบาล คุณภาพของผลการรักษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และด้านข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนเหตุผลหลักที่เลือกไปใช้บริการ เนื่องจากความสามารถของแพทย์ ความสะดวกรวดเร็ว และใกล้กับที่อยู่อาศัย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นเสมือนผลที่แสดงถึงประสบการณ์การใช้บริการ Linn. Et. al⁽⁵³⁾ พบว่า จำนวนครั้งของการใช้บริการเป็นตัวบอที่ดีถึงระดับความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับระดับพึงพอใจต่ำมักจะใช้บริการน้อยครั้ง แต่ Ware, Et al.⁽⁵⁴⁾ ได้ตั้งข้อสังเกตในแง่ของระดับความพึงพอใจที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยว่า ยังไม่ชัดเจนนักโดยกล่าวว่า ระดับความพึงพอใจในแง่ของเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการและการเข้าถึงการบริการ ดูเหมือนจะไม่ใช่ตัวบ่งบอกที่เกี่ยวกับการบ่งชี้การใช้บริการอนามัยที่ดี

การศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัธ⁽⁵⁵⁾ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง มีแนวโน้มที่จะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการได้แก่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของแหล่งบริการ ต่อข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษา ต่อระยะเวลา

ที่รอคอย ต่ออัยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ของแพทย์เจ้าหน้าที่ ต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและต่อความสะดวกในการเดินทางและสถานที่ตั้ง ก็มีแนวโน้มมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอเช่นกัน

ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพ และการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

Kohn and White⁽⁵⁶⁾ ได้ศึกษาถึงการใช้บริการการแพทย์และรับรู้ความเจ็บป่วยในโครงการร่วมของ WHO international collaborative Study of Medical Care Utilization โดยวัดออกมาในค่าของ relative risk ในการที่จะไปพบแพทย์ภายใน 2 อาทิตย์หลังรับรู้ความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการรู้สึกไม่สบายอย่างมากหรือแค่โดยจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งพบว่า ค่าสูงถึง 4.50 ในอังกฤษ 4.13 ในเวอรัมอนด์ 15.00 ในประเทศยูโกสลาเวีย จึงพอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย⁽⁵⁷⁾ ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด ลักษณะการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการเลือกใช้แหล่งบริการ สุขภาพอนามัย คือ ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยและรุนแรง จะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนใหม่ แต่สำหรับการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยแผนโบราณและพบว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัย

ชื่นชม เจริญยุทธ⁽⁵⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท พบว่าถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนจะรักษาตัวเองร้อยละ 55 แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง หรือรุนแรง จะรักษาตัวเองเพียงร้อยละ 27 และ 26 ตามลำดับ แต่ถ้าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะใช้บริการร้อยละ 18 เท่านั้น

นอกจากนี้ ชื่นชม เจริญยุทธ ยังพบว่านอกจากลักษณะของโรคแล้ว การเลือกใช้บริการยังมีตัวแปรอื่น ๆ เขามาเกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา รายได้ เพศ ทำให้การเลือกใช้บริการแตกต่าง

ประสบการณ์การใช้บริการ กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

ดวงสมร บุญผดุง⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ : ศึกษาเฉพาะ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่าอัตราการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและประสบการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ

ที่อยู่อาศัย กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁰⁾ ศึกษาใน 20 จังหวัด พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีการใช้บริการสุขภาพที่มีสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือ ร้านขายยา ร้อยละ 29.3 สถานบริการของรัฐ ร้อยละ 24.25 สุดท้ายคือ หมอเถื่อน วัด และ แพทย์ประจำตำบล ส่วนผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีลักษณะการใช้บริการสุขภาพอนามัย ดังนี้ สถานพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 39.6