



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอ เสนอสาระ
ในหัวข้อสำคัญดังนี้

1. การประกันสุขภาพ
2. โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
3. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการ เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ

การประกันสุขภาพ

1. ความหมายของการประกันสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของการประกันสุขภาพไว้ในแนวทางเดียวกัน พอสรุปได้ว่า การประกันสุขภาพหมายถึง การประกันความเจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ โดยผู้ประกันหรือผู้แทนของผู้ประกันจ่าย เบี้ยประกัน เป็นอัตราที่แน่นอนให้ผู้รับประกัน แล้วองค์กรของผู้รับประกัน จะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ตามเงื่อนไขข้อตกลง (สมคิด แก้วสนธิ 2524: 185) นั่นคือการประกันสุขภาพ เป็นกลไกทางการเงินอย่างหนึ่งที่จะกระจายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่างกัน ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถ เข้ารับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่คำนึงถึงปัญหา เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น หรืออาจกล่าวว่าการประกันสุขภาพหมายถึงการยอม เสียทรัพย์สินบางส่วนอย่าง เพื่อแลกเปลี่ยนกับความ เสี่ยงในเรื่องการรักษาพยาบาล (เมธี ครองแก้ว 2530: 29, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ 2529: 12-13) และอาจตีความให้กว้างถึงการ ชดเชยรายได้ที่สูญเสียไป เพราะความเจ็บป่วยไม่เฉพาะแต่ค่ารักษาพยาบาลและค่ายาเท่านั้น อาจรวมไปถึงการป้องกันและการอนามัยแม่และเด็กด้วย (เทียนฉาย กิรินันท์ 2529: 196) อย่างไรก็ตามการประกันสุขภาพที่จัดขึ้นมีจุดมุ่งหมายใหญ่ ๆ อยู่ 4 ประการคือ (Phelps 1975: 113-129, Somers 1961: 169)

ประการแรก เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเอาใจใส่ดูแลและรักษาป้องกันสุขภาพของตนเองมากขึ้น จากการศึกษาของเฟลปส์ (Phelps 1975: 113) พบว่าผู้ที่มีการประกันสุขภาพจะได้ไปรับบริการในโรงพยาบาลในแต่ละปีเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ และการขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบริการชนิดต่าง ๆ ของการแพทย์เพิ่มขึ้น จะทำให้ความต้องการบริการ เหล่านั้นมากขึ้นในผู้มีประกันสุขภาพเป็นสองเท่า ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้มีประกันสุขภาพจะไปพบแพทย์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกัน และจะทำให้สนใจที่จะป้องกันสุขภาพของตนมากขึ้น

ประการที่ 2 เพื่อเป็นการระดมเงินและกระจายต้นทุนในการรักษาพยาบาลจากผู้ที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยต่ำ ไปยังกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยสูง (Somers 1961: 169) นั่นคือผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่ำ เกิดการเจ็บป่วยน้อย จะแบ่งเบาภาระผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูง ซึ่งเกิดการเจ็บป่วยบ่อย ผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่ำสนใจในโครงการประกันสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่าความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตมนุษย์ทุกคน

ประการที่ 3 เพื่อเป็นการประกันว่าผู้เจ็บป่วยทุกคนจะสามารถไปตรวจสุขภาพหรือรับการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้ทันทีไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจเช่นใด (Somers 1961: 169) ซึ่งก่อนที่จะมีการประกันสุขภาพผู้ยากจนแม้จะเจ็บป่วยก็ไม่สามารถจะไปรักษาหรือไม่สนใจรักษาสุขภาพ เพราะไม่มีเงิน แต่ถ้ามีการประกันสุขภาพจะทำให้ผู้ยากจน เข้าถึงบริการมากขึ้น

ประการที่ 4 เพื่อลดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเฟลปส์ (Phelps 1975: 106) กล่าวถึงลักษณะสำคัญของการประกันสุขภาพไว้ว่า โครงการประกันสุขภาพสามารถจะทำให้ผู้ป่วยลดค่ารักษาพยาบาลได้ต่ำกว่าการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในโครงการบัตรสุขภาพ โดยเฟลปส์ให้เหตุผลว่า เวลาในการคอยหมอนานและการเดินทางไปหาหมอนั้น มีค่าเป็นตัวเงินได้ ทั้งนี้ เพราะในการรักษาพยาบาลไม่ได้เสียค่ารักษาพยาบาลอย่างเดียว อาจจะต้องเสียเวลาคอยนานแทนที่จะได้ไปทำงานหาเงิน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปหาหมอ แต่การประกันสุขภาพจะเป็นระบบที่กระจายคนไปสู่สถานบริการที่ใกล้ที่สุด ทำให้ประหยัดเวลา

และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงทำให้เห็นว่าค่ารักษาพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพ จะถูกกว่าการรักษาปกติ

2. ประเภทของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพอาจจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ การประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ และการประกันสุขภาพโดยการบังคับ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Burns 1961: 169)

2.1 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)

ซึ่งได้เริ่มขึ้นครั้งแรกในปลายศตวรรษที่ 18 ในประเทศอังกฤษ และได้ขยายไปสู่ประเทศ ออสเตรเลีย เยอรมัน สวิสเซอร์แลนด์ และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย จากการรวมตัว ของผู้ประกอบการอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งขณะนั้นสภาพโรงงานไม่ดีคนงานไม่ได้รับ การดูแลสุขภาพอนามัยจากนายจ้างเท่าที่ควร นายจ้างมุ่งเน้นที่จะเอากำไรจากการผลิต เพียงอย่างเดียว คนงานจึงรวมตัวกันก่อตั้งองค์การต่าง ๆ ขึ้น เช่น Mutual Benefit Society, Sick Fund, Friendly Society เพื่อเก็บเงินบริจาคเป็นกองทุน และให้ การช่วยเหลือสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสมาชิกจะได้รับการช่วยเหลือในรูปของเงินหรือการ ดูแลรักษาพยาบาลโดยตรง โดยที่องค์การได้จ้างแพทย์ในฐานะลูกจ้างของกองทุน เป็นผู้ให้ บริการแก่สมาชิก จึงทำให้แพทย์ไม่พอใจในสถานภาพของตนเอง ในระยะต่อมาจึงก่อตั้ง เป็นสมาคมแพทย์ขึ้น (Medical Association) เพื่อความเป็นอิสระในวิชาชีพและ ปรับปรุงสถานะภาพแห่งวิชาชีพของตน

ในการให้บริการรักษาพยาบาลนั้นพิจารณาในทางเศรษฐศาสตร์สามารถแบ่ง บุคคลเป็น 2 ฝ่ายคือ ผู้บริโภค กับผู้ผลิต ผู้บริโภคได้แก่ผู้รับบริการ ผู้เจ็บป่วย ส่วนผู้ ผลิตก็คือแพทย์ ดังนั้นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจจึงอาจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

2.1.1 การประกันสุขภาพโดยการริเริ่มของผู้บริโภค (Consumer Sponsored Health Insurance) หมายถึงการรวมตัวกันของผู้บริโภคเพื่อการประกัน สุขภาพ แล้วไปใช้บริการแพทย์ที่ตนจ้างมาอยู่ในสังกัดขององค์การของตน เช่น การรวมตัว ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมในยุโรปสมัยแรก เป็นต้น

2.1.2 การประกันสุขภาพโดยริเริ่มจากแพทย์ (Doctor Sponsored Health Insurance) หมายถึงการประกันสุขภาพโดยการรวมตัวของแพทย์ เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้บริโภคร ผู้บริโภคจะเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนหนึ่งสม่ำเสมอ และเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า การประกันประเภทนี้แพทย์เป็นผู้ผูกขาด และได้ประโยชน์อย่างมาก ผู้บริโภคเป็นฝ่ายเสียเปรียบ

ปัจจุบันรูปแบบของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้เปลี่ยนมาเป็นการประกันที่จัดกระทำโดยบริษัทประกันสุขภาพ ซึ่งถือเป็นผู้คนที่สาม ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้บริโภคและแพทย์เสียเปรียบหรือเกิดการผูกขาดหรือเกิดช่องว่างในการบริการมากเกินไป โดยที่ผู้บริโภคจะได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ส่วนแพทย์มีหลักประกันว่าจะได้รับค่ารักษาพยาบาล โดยมีบริษัทประกันสุขภาพเป็นตัวกลางดำเนินงานให้บริษัทจะได้รับเงินค่าดำเนินการจากการเก็บเงินเบี้ยประกัน (Premium) จากผู้บริโภคและแพทย์จะได้รับค่าบริการจากบริษัทประกัน

2.2 การประกันสุขภาพโดยการบังคับ (Compulsary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยที่รัฐมีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนประกันสุขภาพของตนเอง ในประเทศอังกฤษได้มีการผลักดันเรื่องนี้โดยสมาคมแพทย์อังกฤษ (British Medical Association) และด้วยเหตุผลทางการเมืองได้ทำให้รัฐนำการประกันสุขภาพแบบบังคับมาใช้แก่ประชาชน และต่อมาจึงเปลี่ยนรูปแบบเป็นบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) คือรัฐต้องรับผิดชอบการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชนทุกคน ในประเทศคอมมิวนิสต์ก็ได้มีการใช้ระบบการประกันสุขภาพโดยบังคับแก่ประชาชน เช่น รัสเซีย ซิลิ ที่นั่นแพทย์เป็นลูกจ้างที่ได้รับเงินเดือนจากรัฐโดยตรง ประชาชนจะได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐ ส่วนในประเทศญี่ปุ่นและเยอรมัน ได้มีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนมีการประกันสุขภาพ และถือว่าเป็นโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

นอกจากการจัดการประกันสุขภาพทั้ง 2 ลักษณะดังกล่าวแล้ว ปัจจุบันมีการประกันสุขภาพอีกลักษณะหนึ่งคือ เป็นลักษณะร่วมระหว่างการประกันสุขภาพแบบสมัครใจและการประกันสุขภาพโดยการบังคับ (Somers 1971: 129)

3. โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากการเจ็บป่วย เป็น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นควบคู่กับชีวิตมนุษย์ทุกคน การประกันสุขภาพ เป็นวิธีการที่ดีในการให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งรัฐควรจัดให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งถือเป็นการประกันความมั่นคงทางสังคมของชาติด้วยการจัดโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหลักเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ (Somers 1971: 136-138)

หลักเกณฑ์แรก โครงการประกันสุขภาพควร เปิดโอกาสให้ประชาชนได้ เข้าร่วมโครงการอย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะ เป็นประชาชนที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจ เป็นอย่างไร และทั้งบริการทางการแพทย์ก็ควรจัดให้แก่ประชาชนอย่างเพียงพอ ซึ่งคำว่ามีอย่างเพียงพอ ในระยะแรกนั้นควรให้ค่าจำกัดความไว้เพียงแคบ ๆ เช่น ให้บริการที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้เพียงพอก่อน แล้วค่อยขยาย เรื่อยไปตามความประสงค์ของประชาชน

หลักเกณฑ์ที่ 2 ระบบการให้บริการทางการแพทย์ควรจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการคือประชาชน และควรให้ประชาชนมีความ เข้าใจและยอมรับระบบ การให้บริการทางการแพทย์ที่จัดขึ้นตาม โครงการประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ด้วย เพราะนอกจาก โครงการประกันสุขภาพจะ เป็นการระดม เงินทุนที่จะใช้จ่ายในบริการทั้งหมด แต่ก็มีจุดประสงค์ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริการการป้องกัน และส่งเสริมให้มีการลดการใช้บริการบางอย่าง เช่น บริการผู้ป่วยใน ซึ่งการส่งเสริมบริการ การป้องกันจะช่วยลดบริการผู้ป่วยในไปในขณะเดียวกัน

หลักเกณฑ์ที่ 3 โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะจัดระบบการให้บริการ ที่สามารถใช้ทรัพยากรทั้งที่เป็น เงินและบุคคลที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเช่น การจ่ายค่า บริการแก่แพทย์และพยาบาล เป็นค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน เป็นต้น

หลักเกณฑ์ที่ 4 การบริหารทางการเงินทั้งการจัดหาและการจ่ายเงิน ตลอดจนการบริหารการให้บริการ ควรมีกฎเกณฑ์ของโครงการเอง โดยมีระเบียบกฎเกณฑ์ ทางราชการ เข้ามาเกี่ยวข้องน้อยที่สุด เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ และการ จัดการทางการเงิน

หลักเกณฑ์ที่ 5 ผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสุขภาพควรมีส่วนร่วมในการกระจายต้นทุนการให้บริการ โดยเฉพาะในบริการพื้นฐาน เพื่อมิให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น และเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในบริการลงด้วย การกระจายต้นทุนอาจออกมาในรูปของเงินประกัน ภาษี เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้เงินกองทุนมากขึ้นด้วย

หลักเกณฑ์ที่ 6 คุณภาพของบริการที่ผู้อยู่ในโครงการประกันสุขภาพจะได้รับนั้นควรมีการกำหนดไว้เป็นมาตรฐาน ซึ่งต้องเป็นมาตรฐานที่เป็นการควบคุมการรักษาและการบริการ เป็นไปตามความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ เช่น การกำหนดระยะเวลาในการรอดตรวจจากแพทย์ ระยะเวลาการเปิดให้บริการ เป็นต้น

4. โครงการประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการประกันสุขภาพในประเทศไทยได้ริเริ่มการประกันสุขภาพในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประกันสังคม กล่าวคือในปี พ.ศ. 2495 มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้น มีหน่วยงานระดับกรมรับผิดชอบคือ การประกันสุขภาพ กระทรวงการคลัง แต่พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวได้ถูกคัดค้านจนต้องระงับไปจากประชาชนกลุ่มที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว ต่อมาในปี พ.ศ. 2501 รัฐบาลได้อนุมัติการจัดตั้งคณะกรรมการการเตรียมงานประกันสังคมขึ้น เพื่อพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติ เดิมให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจในขณะนั้น จนถึงการนำโครงการประกันสังคมเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 แต่ก็ยังเป็นเพียงการวางแผนแนวทางไว้อย่างกว้าง ๆ เท่านั้น สำหรับในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2533) รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ในข้อที่ 15 ซึ่งกล่าวว่า "จะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ" จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2530 การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติยังอยู่ในระยะเริ่มต้น แต่ได้มีการประกันสุขภาพในลักษณะของรัฐสวัสดิการ การสงเคราะห์ประชาชนบางกลุ่ม และการประกันการเจ็บป่วยหลายโครงการ แต่ยังไม่อาจครอบคลุมทุกกลุ่มประชาชนในลักษณะโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติได้

4.1 โครงการหรือกิจกรรมการประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพ

ในประเทศไทยมีดังนี้คือ กองทุนเงินทดแทน โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การประกันสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน การประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปโดยภาคเอกชน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของธุรกิจเอกชน และโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กองทุนเงินทดแทน เป็นสวัสดิการขั้นต่ำที่กฎหมายกำหนดให้ธุรกิจเอกชนพึงมีตามความในข้อ 3 แห่งประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 โดยระบุให้ธุรกิจเอกชนจัดตั้งเป็นกองทุนภายใต้กรมแรงงานสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้าง ซึ่งประสบอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้างหรือการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน ด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือโรคซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงาน ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด และรวมถึงกรณีที่ลูกจ้างถึงแก่ความตายเนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตามที่ระบุไว้ในข้างต้น

นายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนให้ลูกจ้างโดยจะหักเงินค่าจ้างไม่ได้ ขอบข่ายของการคุ้มครองจากกองทุนนี้รวมกิจการทุกประเภท ยกเว้นการเพาะปลูกและประมง ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และลูกจ้างทำงานในเขตจังหวัดที่กำหนดไว้ 25 จังหวัด และนอกจากนายจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนแล้ว ยังอาจให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่นเพิ่มเติมขึ้นอีกได้

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โครงการนี้ เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยเริ่มจากการให้สถานบริการรักษาพยาบาลของทางราชการให้การสงเคราะห์ โดยให้หัวหน้าสถานบริการนั้น ๆ พิจารณาคัดเลือกผู้ควรอยู่ในข่ายรับการสงเคราะห์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลได้ออกบัตรเพื่อเป็นหลักฐานในการขอรับบริการ มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่อยู่ในข่ายได้รับการสงเคราะห์

ตามรายได้ กล่าวคือคนโสดรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน และผู้มีครอบครัว รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน หรือใช้เกณฑ์รายได้ต่อบุคคล 150 บาทต่อเดือน ในชนบทและ 200 บาทต่อเดือนในเขตเมือง บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมีกำหนด คราวละ 3 ปี ขณะนี้เป็นการออกบัตรสงเคราะห์ในระยะที่ 2 ซึ่งจะครบกำหนด การใช้บัตรในปี พ.ศ. 2530 ผู้รับการสงเคราะห์มีสิทธิ์ขอรับบริการการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่าจากสถานบริการของรัฐ ตามที่ระบุไว้ในบัตร ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน สำหรับในปี พ.ศ. 2529 มีจำนวนผู้ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ตามโครงการนี้ทั้งสิ้นจำนวน 10,768,498 คน เป็นจำนวนบัตร 2,421,752 บัตร (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2529)

การประกันสุขภาพตามโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้ ถือเป็นรัฐสวัสดิการแก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่จะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่าทุกชนิด เป็นการให้การสงเคราะห์แก่ผู้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รัฐจะจัดงบประมาณเพื่อการนี้ทั้งหมด ซึ่งสภาพนี้ควรเป็นเพียงระยะชั่วคราวหรือพัฒนาไป ในรูปแบบอื่น เพราะจากสภาพความเป็นจริงพบจากการศึกษาวิจัยพบว่า การให้การสงเคราะห์ ยังไม่ทั่วถึงและไม่เป็นธรรม โดยพิจารณาจากการกระจายการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน โครงการนี้กับรายได้ของประชากรพบว่าจังหวัดที่มีรายได้ประชากรต่อหัวต่ำกลับได้รับ งบประมาณน้อยกว่าบางจังหวัดที่มีรายได้ประชากรสูง (Ann Mill 2523: 138 และ วิชัย ไชควิวัฒน์ 2529: 619) และพบว่ามีประชาชนที่ยากจนอีกจำนวนมากที่ไม่มีบัตร สงเคราะห์ อีกประการหนึ่งในระยะที่ผ่านมาการสาธารณสุขมุ่งปรับปรุงขยายบริการให้ ครอบคลุม โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคที่ห่างไกล แต่งบประมาณการสาธารณสุขในแต่ละปี จำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับความต้องการบริการในระดับที่น่าพอใจ ดังนั้นปัจจัยด้าน งบประมาณจึง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะสนับสนุนในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลมีการพัฒนาไปในรูปแบบอื่น

การประกันสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน (กองทุนสุขภาพ) เป็นโครงการ ที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2525 โดยมีมติให้สำนักงานกองทุน เงินทดแทน กรมแรงงาน พิจารณาคำเนินการขยายขอบเขตการคุ้มครองให้รวมถึงกรณี



ประสบอันตราย เจ็บป่วยหรือถึงแก่กรรมโดยไม่ได้เนื่องมาจากการทำงานโดยตรงด้วย ขณะนี้ยังเป็นโครงการที่อยู่ระหว่างเตรียมการด้านกฎหมายยังมีได้ดำเนินงานจริง การประกันสุขภาพของผู้ใช้แรงงานนี้จะครอบคลุมถึงการเจ็บป่วย การคลอดบุตร ทูพลภาพ และ ฌาปนกิจ และจะขยายไปถึงการประกันการเจ็บป่วยประเภทผู้ป่วยนอกและการประกันชราภาพด้วย ภายใต้การประกันนี้จะได้รับประโยชน์ตอบแทน 2 ประการคือ การบริการทางการแพทย์และการทดแทนเงินรายได้ การบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมด รวมค่าห้อง ค่ายา ค่าอาหาร ค่าผ่าตัดและอื่น ๆ ทั้งนี้ไม่เกินครั้งละ 30,000 บาท ค่าคลอดบุตรไม่เกินครั้งละ 5,000 บาท ผู้ที่ประกันมา 5 ปีมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ต่อไปได้อีก 2 ปี นับแต่วันออกจากงาน ส่วนการทดแทนเงินรายได้ เป็นค่าทดแทนที่จ่ายในกรณีเจ็บป่วยได้ร้อยละ 50 ของรายได้ครั้งหนึ่งไม่เกิน 90 วัน ปีหนึ่งไม่เกิน 180 วัน ในกรณีเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้เงินทดแทน 1 ปี กรณีคลอดบุตรจะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50 ของรายได้แต่ไม่เกิน 30 วัน ทูพลภาพได้รับเป็นบำนาญร้อยละ 50 ของรายได้เป็นเวลา 15 ปี กรณีถึงแก่กรรมได้รับค่าทำศพ 90 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน

ผู้รับผิดชอบจ่ายเงินสมทบกองทุนคือ รัฐบาล นายจ้างและลูกจ้าง ในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 1.5 ของรายได้ของลูกจ้าง

การประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปโดยภาคเอกชน เป็นการประกันสุขภาพที่จัดดำเนินการในรูปบริษัทประกัน ทั้งบริษัทประกันชีวิต ประกันวินาศภัย และประกันสุขภาพโดยตรง วิธีการประกันคือบริษัทจะต้องจ่ายเงินชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้เอาประกันเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เป็นโรคหรืออุบัติเหตุ โดยปกติจะคุ้มครองรวมถึงค่าห้องพักและอาหาร ค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป ค่าผ่าตัด ค่าบริการโดยพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมแพทย์ ส่วนใหญ่จะไม่คุ้มครองโรคเกี่ยวกับฟัน การตรวจสายตาประกอบแว่น ศัลยกรรมตกแต่ง ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร โรคประสาท วิกฤจริต และพิษสุราเรื้อรัง โดยผู้เอาประกันจะต้องเสียเบี้ยประกันแก่บริษัท เป็นรายงวด ซึ่งอาจเป็นการทำประกันเป็นรายบุคคลหรือแบบกลุ่มก็ได้

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้ข้าราชการ โดยระบุนิติธิในการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการนี้ รวมถึงข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ข้าราชการบำนาญและครอบครัวมีหลักเกณฑ์และอัตราการ เบิกจ่าย ตลอดจนสถานพยาบาลที่จะนำมา เบิกจ่ายได้ เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการ เบิกจ่ายเงินเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และแก้ไข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นสวัสดิการที่จัด โดยรัฐวิสาหกิจ ให้แก่พนักงานในสังกัดของตนและครอบครัว หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ในการ เบิกจ่ายคล้ายกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการทุกประการ แต่อัตราการ เบิกจ่ายสูงกว่า นอกจากนี้รัฐวิสาหกิจบางแห่งได้จัดสถานพยาบาลแก่พนักงานและครอบครัวโดยเฉพาะ ทั้งสถานพยาบาลขนาดเล็กจนถึง โรงพยาบาลทันสมัย

สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของธุรกิจ เอกชน นอกจากเกณฑ์การบังคับตามกฎหมายว่าด้วยกองทุน เงินทดแทนแล้ว ธุรกิจ เอกชนอาจจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่พนักงาน เป็นกรณีพิเศษอีก ในหลายรูปแบบ เช่นการจัดตั้งคลินิกรักษาพยาบาลพนักงานของตน การทำความตกลงกับสถานพยาบาลบางแห่งให้พนักงานมารับการรักษาพยาบาลได้ โดยเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากธุรกิจ เอกชนนั้น เป็นหลัก และการจัดซื้อประกันสุขภาพกลุ่มจากบริษัทประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ โดยธุรกิจ เอกชนนั้น ๆ ออกเบี้ยประกันให้ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของธุรกิจ เอกชนนี้จะให้ความคุ้มครอง เฉพาะตัวของพนักงาน และให้เฉพาะ เมื่อยังทำงาน ในธุรกิจนั้นอยู่

โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

4.2 แนวทางการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมประชาสงเคราะห์ในปี 2521 (2522) สรุปว่าการประกันการเจ็บป่วย และการประกันการคลอดบุตร รวมเรียกว่าการประกันสุขภาพนั้น

เป็นการประกันสังคมที่สมควรจะนำมาดำเนินการในระยะแรกและระยะต่อไปในประเทศไทย ซึ่งจะเกิดประโยชน์ในแง่ที่ว่า จะสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะได้มีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์นอกเหนือไปจากบริการซึ่งมีอยู่เดิมแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะมีโอกาสได้รับบริการซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรืออย่างน้อยที่สุดก็เสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ต่ำ และในประเทศที่กำลังพัฒนา การประกันสุขภาพจะอำนวยความสะดวกต่อการพัฒนาคุณภาพของประชาชนในประเทศด้วย เช่น โครงการนี้จะช่วยทำให้กำลังแรงงานของชาติทางด้านสุขภาพอนามัย ช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลที่จะต้องให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้รัฐบาลสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นที่ยังขาดแคลนได้ครอบคลุมมากขึ้น

ประมวลข้อคิดเห็นของ เดวิด เอช ฟูลเชอร์ (2521) ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสังคมขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งมาปฏิบัติงานแก่รัฐบาลไทย กล่าวโดยสรุปถึง เรื่องโครงการประกันสุขภาพในประเทศไทยว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนา ควรมีการพัฒนาโครงการประกันสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควรกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินงาน 2 ประการคือ ประการแรกโครงการประกันสุขภาพควรต้องดำเนินการโดยสอดคล้องอย่างแท้จริง กับแผนพัฒนาสาธารณสุขโดยส่วนรวมของประเทศ และมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงสาธารณสุข และอีกประการหนึ่งคือ ควรมีนโยบายต่อเนื่องที่จะขยายขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมประชาชนเพิ่มขึ้นตามความจำเป็น ความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคมขึ้น

สมคิด แก้วสนธิ (2522) เสนอข้อคิดในการจัดการประกันสุขภาพในประเทศไทย ว่าต้องมีการพิจารณาเรื่องต่าง ๆ 5 ประการ สรุปได้ดังนี้

ประการที่ 1 การจ่ายเบี้ยประกันต้องยุติธรรม ความไม่ยุติธรรมอาจเกิดเนื่องมาจากการบริหารองค์กรรับประกันสุขภาพนั้นขาดประสิทธิภาพ ต้นทุนการบริหารสูง ทำให้ต้องจ่ายเบี้ยประกันสูง ค่าเบี้ยประกันที่จะให้เกิดความยุติธรรมนั้นต้องกำหนดให้สัมพันธ์กับความเสียหายของการเกิดความสูญเสีย การเกิดโรค มากกว่าจะกำหนดโดยสัมพันธ์กับการบริหารต้นทุน

ประการที่ 2 การจ่าย เบี้ยประกันแต่ละระดับจะกำหนดผลตอบแทนไว้ต่างกันทั้งผลต่อการบริโภคบริการและผลต่อสังคม ซึ่งในการประกันสุขภาพไม่ควรบริหารต้นทุนในลักษณะที่ทำให้ผู้ประกันมีการเอาประกันสูงเกินไป

ประการที่ 3 การประกันสุขภาพโดยการที่รัฐบาลหัก เบี้ยประกันจากรายได้ จะมีผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะต้องศึกษาถึงผลที่มีต่อสังคมโดยส่วนรวมด้วย

ประการที่ 4 การแบ่งค่า เบี้ยประกันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง และผลกระทบต่อข้อกำหนดต้นทุนการประกัน และต่อระบบ เศรษฐกิจ เช่น นายจ้างอาจเพิ่มราคาสินค้า ตลอดจนวิธีการทางการเงิน ค่า เบี้ยประกันสำหรับผู้ที่มีรายได้ต่ำ และไม่สามารถจ่ายค่า เบี้ยประกันได้

ประการที่ 5 ผลของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยกับความ เป็นธรรมของผู้บริโภค

จะเห็นว่าหากการประกันสุขภาพจัดการดำเนินงาน เป็นองค์กรธุรกิจ เพื่อหากำไรจากการประกันความเสี่ยงแล้ว จะไม่สามารถทำให้เกิดความยุติธรรมแก่ประชาชนทั่วไปได้ทั่วถึง ดังนั้นการจัดการประกันสุขภาพโดยรัฐจึงต้องมีการกำหนดนโยบายวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน จึงจะทำให้ประสิทธิภาพของการประกันสูงขึ้นแม้จะมีผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากรของรัฐก็ตาม แต่ถ้าพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติที่จะเกิดขึ้นจากการที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ได้รับบริการสาธารณสุขทั่วถึง และราคาไม่แพง การประกันสุขภาพจะมีส่วนช่วยและ เป็น เครื่องมือของรัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ 2528)

โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโครงการที่ดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้แนวทางของการจัดตั้งกองทุนโครงการนี้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ระยะแรกนี้เรียกว่า "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้บัตรสุขภาพ" เน้นการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กและการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งเป็น

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาได้รวม เองงานการรักษาพยาบาล เข้าไปในกิจกรรมของโครงการด้วย เพราะเห็นว่าการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องการและเห็นความสำคัญมากที่สุดและ เปลี่ยนชื่อเรียกว่า "โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข" จนถึงปัจจุบันซึ่งเป็นระยะที่ 3 ของโครงการ มีเป้าหมายที่จะขยายโครงการให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2530

1. แนวคิดพื้นฐาน

โครงการบัตรสุขภาพ ได้พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานการสาธารณสุขหลายประการ เพื่อกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของโครงการแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว พอสรุปได้ 3 ประการได้แก่ การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน การปรับ เปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข และการรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน งานสาธารณสุขมูลฐานมีปรัชญาพื้นฐานที่สำคัญคือ ต้องการให้ประชาชนพึ่งตนเองในเรื่องการสาธารณสุข ประชาชนสามารถริเริ่มดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ แต่งานสาธารณสุขมูลฐานบางองค์ประกอบ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น งานสุขภาพจิต และงานสุขภาพฟัน ประชาชนไม่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จด้วยชุมชนด้านเดียว ต้องอาศัยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และสถานบริการ เพื่อเชื่อมโยงงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงจัดตั้ง เป็นโครงการบัตรสุขภาพขึ้น

การปรับ เปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข การพัฒนางานสาธารณสุขจะดำเนินงานได้ผลจะต้องมีการปรับ เปลี่ยนบทบาททั้งเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชน โดยประชาชนมีบทบาท เป็นผู้ริ เริ่มรับผิดชอบตนเองและชุมชนด้านสุขภาพอนามัยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีอำนาจและพลังต่อรองในการจัดระบบบริการสาธารณสุขสูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนแก่สถานบริการ ส่วนเจ้าหน้าที่รัฐมีบทบาทสนับสนุนประชาชนในด้านวิชาการ การให้บริการ ดังนั้นการระดมทุนตามโครงการบัตรสุขภาพ จึง เป็นส่วนหนึ่งที่จะผลักดันให้มีการปรับ เปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุขดังกล่าว

การรักษาพยาบาลตามโครงการบัตรสุขภาพได้นำระบบการส่งต่อผู้ป่วย การกลั่นกรองผู้ป่วย เพื่อจัดระบบการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ กล่าวคือการรักษาพยาบาลเริ่มตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ส่งต่อในระดับอำเภอและจังหวัด ผู้ถือบัตรสุขภาพต้องไปรับบริการขั้นต้นจากกองทุนยาและเวชภัณฑ์ก่อน เมื่อเกินขีดความสามารถต้องส่งต่อไปยังสถานอนามัยให้การรักษา หากเกินขีดความสามารถของสถานอนามัยก็สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป สถานบริการระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอมีหน้าที่กลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป ขณะที่สถานบริการในระดับจังหวัดต้องจัดระบบช่องทางด่วน บริการรักษาพยาบาลที่จัดตามระบบดังกล่าว จะทำให้ระบบการรักษาพยาบาลมีคุณภาพและ เป็นการ ใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างคุ้มค่า

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว จึงนำมากำหนด เป็นวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพดังนี้

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยที่ดีถ้วนหน้า และเป็นประชาชนที่มีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและความมั่นคงในชีวิต ทรัพยากร ตามมาตรฐานความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการบัตรสุขภาพ

2.2.1 เพื่อพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

2.2.2 เพื่อปรับ เปลี่ยนบทบาทประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่รัฐให้การสนับสนุนและให้บริการ

2.2.3 เพื่อพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะการบริหารจัดการทางการเงิน ส่วนเจ้าหน้าที่และสถานบริการจะมีการพัฒนาให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



2.2.4 เพื่อลดปริมาณผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยจะลดลง ทำให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีโอกาสทำงานที่มีคุณภาพและวิชาการมากขึ้น

3. การดำเนินงานโครงการ

ในการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพนั้น มีกระบวนการที่เริ่มต้นด้วยการเตรียมชุมชน เช่นเดียวกับโครงการสาธารณสุขมูลฐานอื่น ๆ การเตรียมชุมชน เพื่อทำความเข้าใจกับประชาชนให้เกิดการยอมรับโครงการ การเตรียมชุมชนกระทำได้ 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมผู้นำชุมชนและการเตรียมประชาชน

การเตรียมผู้นำชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูงของจังหวัดและอำเภอ ร่วมประชุมกับผู้นำชุมชน เพื่อให้ผู้นำชุมชน เหล่านั้นมีความมั่นใจว่าสถานบริการแต่ละระดับ พร้อมทั้งจะให้บริการที่สะดวกรวดเร็วมีคุณภาพแก่ผู้ถือบัตรสุขภาพ ส่วนการเตรียมประชาชนนั้น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะรับผิดชอบ เป็นผู้อธิบายชักจูงให้ประชาชน เห็นถึงประโยชน์ต่าง ๆ ของบัตรสุขภาพ

เมื่อมีการเตรียมชุมชนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงทำการจำหน่ายบัตร โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้นำชุมชนในหมู่บ้านนั้น ๆ มีการจัดตั้งกองทุนจากการจำหน่ายบัตร

ภายหลังที่จำหน่ายบัตรและจัดตั้งกองทุนแล้ว ได้มีการนิเทศงาน และทำการศึกษาประเมินโครงการ เป็นระยะ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

4. หลักเกณฑ์การดำเนินงานและเงื่อนไขการรับสิทธิประโยชน์

หลักเกณฑ์การดำเนินงานและเงื่อนไขการรับสิทธิประโยชน์ของโครงการบัตรสุขภาพ ได้มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆระยะ โดยเฉพาะในระยะที่ 3 ที่ให้อำนาจแก่จังหวัดในการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขบางประการ เป็นการยืดหยุ่นเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแต่ละท้องถิ่น

โครงการบัตรสุขภาพของจังหวัดแพร่เริ่มดำเนินงานในระยะที่ 2 เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527 โดยเปิดดำเนินการใน 5 อำเภอ 7 ตำบล รวม 40 หมู่บ้าน คือ ตำบลหัวฝาย อำเภอสูงเม่น 7 หมู่บ้าน ตำบลห้วยหม้าย และตำบลแดนชุมพล อำเภอสอง รวม 9 หมู่บ้าน ตำบลปากกาง อำเภอลอง 6 หมู่บ้าน ตำบลแม่จิวะ อำเภอเด่นชัย 7 หมู่บ้าน และตำบลทุ่งไ้ย้ง ตำบลวังทอง อำเภอเมือง รวม 11 ตำบล ต่อมาได้ขยายพื้นที่การดำเนินงานออกไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2529 สามารถเปิดดำเนินการโครงการได้ครบทุกอำเภอ 42 ตำบล รวม 111 หมู่บ้าน ซึ่งคิดเป็น 65.63 ของตำบล และ 24.44 ของหมู่บ้านทั้งจังหวัด (ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ 2529: 4)

ระยะสุดท้ายของโครงการระยะที่ 3 ในปี 2530 ได้กำหนดหลักเกณฑ์พื้นที่เปิดดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพใหม่หลายประการ เช่น การกำหนดจำนวนสมาชิกในหมู่บ้าน และวงเงินขั้นต่ำในการดำเนินงานกองทุนหรือร้านค้า เนกประสงค์ เพื่อให้การดำเนินงานมั่นคงขึ้นและจะสามารถดำเนินงานในปีต่อไปได้

หลักเกณฑ์การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในระยะที่ 1-3 และหลักเกณฑ์ของโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทุกระยะ พอสรุปได้ดังนี้

เปรียบเทียบโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะที่ 3 และโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ปี 2530

	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 เริ่มปี พ.ศ.2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ.2527 ถึงก่อน 1 เมษายน 2528	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง 2530	โครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530 เริ่ม 1 ตุลาคม 2529
1. ประเภทของ บัตรสุขภาพ	มี 2 ประเภทคือ <u>ประเภทที่ 1</u> เพื่อการรักษา พยาบาลและการอนามัยแม่ และเด็ก ภูมิคุ้มกันโรค <u>ประเภทที่ 2</u> เพื่อการรักษา พยาบาล <u>ประเภทที่ 3</u> เพื่อการอนามัย แม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค	มี 2 ประเภทคือ <u>ประเภทที่ 1</u> เพื่อการรักษา พยาบาล <u>ประเภทที่ 2</u> เพื่อการอนามัย แม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค	มี 2 ประเภทคือ <u>ประเภทที่ 1</u> เพื่อการรักษา พยาบาล <u>ประเภทที่ 2</u> เพื่อการอนามัย แม่และเด็ก	มี 2 ประเภทคือ <u>ประเภทที่ 1</u> เพื่อการรักษา พยาบาล <u>ประเภทที่ 2</u> เพื่อการอนามัย แม่และเด็ก
2. ชนิดของบัตร สุขภาพและ ราคา	มี 3 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรสีแดงเพื่อการ รักษาพยาบาลและอนามัยแม่ และเด็ก ราคา 200 บาท <u>ชนิดที่ 2</u> บัตรสีเหลืองเพื่อ การรักษาพยาบาล ราคา 100 บาท <u>ชนิดที่ 3</u> บัตรสีฟ้า เพื่อ การอนามัยแม่และเด็กและ ภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท	มี 2 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรสีแดงเพื่อการ รักษาพยาบาล ราคา 200 บาท <u>ชนิดที่ 2</u> บัตรสีฟ้า เพื่อการ อนามัยแม่และเด็กและภูมิ คุ้มกันโรค ราคา 100 บาท	มี 3 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครว (สีเขียว) เพื่อการศึกษา พยาบาล ราคา 300 บาท <u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล (สีแดง) เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท <u>ชนิดที่ 3</u> (สีฟ้า) บัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท	มี 3 ชนิดคือ <u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครว (สีเขียว) เพื่อการรักษา พยาบาล ราคา 300 บาท <u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล (สีแดง) เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท <u>ชนิดที่ 3</u> (สีฟ้า) บัตร สุขภาพเพื่อการอนามัยแม่และ เด็ก ราคา 100 บาท

เปรียบเทียบโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะที่ 3
และโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ปี 2530 (ต่อ)

	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 เริ่มปี พ.ศ.2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ.2527 ถึงก่อน 1 เมษายน 2528	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง 2530	โครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530 เริ่ม 1 ตุลาคม 2529
3. เงื่อนไขของ บัตรสุขภาพ แต่ละชนิด	<p><u>ชนิดที่ 1</u> ใช้สำหรับครอบครัว ที่มีบุตรอายุไม่เกิน 12 ปี และมีมารดาตั้งครรภ์ อายุบัตร 1 ปี ถ้าไม่ใช้สิทธิคืออายุบัตร ได้ไม่เกิน 2 ครั้ง</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> ใช้สำหรับครอบครัว ที่ไม่มีมารดาตั้งครรภ์ และ ไม่มีบุตรอายุน้อยกว่า 1 ปี อายุบัตร 1 ปี ถ้าไม่ใช้สิทธิ คืออายุบัตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> ใช้สำหรับครอบครัว ที่มีบัตรชนิดที่ 2 อยู่แล้วและ มารดาเกิดตั้งครรภ์ขึ้นใน ระหว่างที่สิทธิในการรับ บริการตามประเภทสีเหลือง ยังคงมีอยู่ ดังนั้นให้ซื้อบัตร ประเภทนี้เพื่อรับบริการอนามัย แม่และเด็กได้</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก อายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ ครอบครัวที่มีลูกอายุเกิน 15 ปีและโสดให้รวมกันได้ไม่เกิน 4 คน ชื่อบัตรใหม่อีก 1 บัตร ส่วนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้าน เลขที่เดียวกันและเป็นญาติกัน ให้รวมกันได้ไม่เกิน 4 คน ชื่อ บัตรใหม่อีก 1 บัตร</p> <p>อายุบัตร 1 ปี เมื่อครบ กำหนด 1 ปีโดยไม่ใช้สิทธิ รักษาฟรี คืออายุบัตรได้อีก 1 ปี</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> ใช้สำหรับครอบครัว ที่มีบัตรประเภทที่ 1 หลัง ภรรยาตั้งครรภ์หรือจำเป็น ต้องใช้บริการอนามัยแม่และ เด็ก</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และ ลูกอายุต่ำกว่า 15 ปี รวม ทั้งหมด 4 คน อายุบัตร 1 ปี ไม่มีค่ออายุ</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล เพื่อ การรักษาพยาบาล อายุบัตร 1 ปี ไม่มีค่ออายุ</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> บัตรอนามัยแม่และ เด็ก ใช้สำหรับมารดาที่ ตั้งครรภ์และจำเป็นต้องใช้ บริการอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก ที่ยังไม่สมรสแยกครอบครัว ไม่จำกัดจำนวน หากเป็นบุคคล อื่นรวมกัน 4 คน อายุบัตร 1 ปี ไม่มีการค่ออายุ</p> <p><u>ชนิดข้อที่ 2</u> บัตรบุคคล เฉพาะ บุคคลเจ้าของบัตร อายุบัตร 1 ปี ไม่มีการค่ออายุ</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> บัตรอนามัยแม่และ เด็กใช้สำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์ และให้ใช้บริการอนามัยแม่ และเด็กตามความจำเป็น รวมถึงเด็กทารกหลังคลอดให้ ดูมีคู่กัน ไรคนครบ</p>

เปรียบเทียบโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะที่ 3
และโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ปี 2530 (ต่อ)

	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 เริ่มปี พ.ศ.2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ.2527 ถึงก่อน 1 เมษายน 2528	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง 2530	โครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530 เริ่ม 1 ตุลาคม 2529
4. สิทธิการรับ บริการของ บัตรสุขภาพ แต่ละชนิด	<p><u>ชนิดที่ 1</u></p> <p>1. ได้รับบริการฝากครรภ์ 4 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p>2. ได้รับบริการทำคลอด</p> <p>3. ได้รับบริการตรวจหลัง คลอด 6 สัปดาห์ 1 ครั้ง</p> <p>4. ได้รับภูมิคุ้มกันโรค มีซีจี, ดีพีที 3 ครั้ง ไอพีวี 3 ครั้ง แก่เด็กตาม เกณฑ์อายุที่กำหนด</p> <p>5. ได้รับการรักษาพยาบาล 8 ครั้ง</p> <p>6. ได้รับส่วนลด 10% เมื่อ ซื้อยาที่กองทุน, สถานี อนามัย หรือโรงพยาบาล</p> <p>7. มีสิทธิกู้ยืมเงินจากกองทุน</p> <p>8. ได้รับการตรวจสุขภาพฟรี ครบ 1 ปีและได้รับเงิน ปันผล 3%</p> <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> <p>1. ได้รับบริการรักษาพยาบาล 8 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p>2. ได้รับส่วนลดไม่เกิน 10% เมื่อถือบัตรไปซื้อบริการ ที่กองทุน, สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน, หรือโรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์</p> <p>3. ได้รับเบี้ยสุขภาพ 3% หรือ มีสิทธิได้รับประโยชน์ อื่นตามที่กองทุนกำหนด</p> <p>4. ได้รับสิทธิกู้ยืมเงินจาก กองทุน</p> <p>5. ได้รับการตรวจสุขภาพ ทั้งครอบครัวถ้าไม่ใช่ บริการรักษาพยาบาล ฟรีครบ 3 ปี</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u></p> <p>1. ได้รับการดูแลก่อนคลอด ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>2. ได้รับบริการทำคลอดฟรี ที่บ้านหรือที่สถานบริการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่าน</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัว ได้รับบริการรักษาพยาบาล 6 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล ได้รับ บริการรักษาพยาบาล 4 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> บัตรอนามัยแม่และ เด็กได้รับสิทธิเหมือนระยะ ที่ 2 ชนิดที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 5</p>	<p><u>ชนิดที่ 1</u> บัตรครอบครัว ได้รับบริการรักษาพยาบาล 6 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> บัตรบุคคล ได้รับ บริการรักษาพยาบาล 6 ครั้งต่อปีต่อบัตร</p> <p><u>ชนิดที่ 3</u> บัตรอนามัยแม่และ เด็กได้รับสิทธิเหมือนระยะ ที่ 2 ชนิดที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 5</p> <p><u>ชนิดที่ 2 และ 3</u> เมื่อ เมื่อครบกำหนด 1 ปีแล้ว ไม่ได้ใช้บัตรจะได้รับ การตรวจว่างกายตาม ความจำเป็น</p>

เปรียบเทียบโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะที่ 3
และโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ปี 2530 (ต่อ)

โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 เริ่มปี พ.ศ.2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ.2527 ถึงก่อน 1 เมษายน 2528	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง 2530	โครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530 เริ่ม 1 ตุลาคม 2529	
	การอบรมแล้ว หรือจำ เป็นต้องส่งไปรับบริการ ท่าคลอดในสถานบริการ ที่สูงกว่า โดยมีใบนำ ส่งตัว			
	3. ได้รับบริการดูแลหลัง คลอดตาม เกณฑ์ที่กำหนด			
	4. ได้รับบริการให้ภูมิคุ้มกัน โรคตาม เกณฑ์ที่กำหนด			
	5. ได้รับบริการดูแลรักษา เด็กเกิดใหม่จนอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์			
5. โรคที่ไม่ได้ รับสิทธิคุ้ม ครองรักษา พยาบาลฟรี และอุบัติเหตุ	1. โรคเรื้อรัง เช่น โรค เบาหวาน โรคความ ดันโลหิตสูง โรคหัวใจ 2. โรคมะเร็ง 3. โรคทาลัสซีเมีย เช่น กามโรค ติดเชื้อเสพติด พิษสุรา เรื้อรัง 4. อุบัติเหตุให้การรักษาใน วงเงินไม่เกิน 5 เท่า ของราคาดัชนี จำนวน เงินที่เกินให้จ่ายเอง แต่คิดลด 10%	1. โรคเรื้อรัง 2. โรคมะเร็ง 3. โรคทาลัสซีเมีย 4. โรคอื่น ๆ ที่แพทย์ระบุ 5. อุบัติเหตุให้การรักษา พยาบาลฟรีในมูลค่า ไม่เกิน 2,000 บาท หรือ 10 เท่าของราคา บัตรส่วนที่เกินให้จ่าย เองแต่คิดลด 10%	ไม่จำกัดโรค (ยกเว้น ศัลยกรรมตกแต่ง ทันต กรรม ประดิษฐ์และ แว่นตา) แต่ค่ารักษา พยาบาลกำหนดอัตรา สูงสุด ดังนี้ 1. 2,000 บาทต่อ 1 โรค จำนวนครั้ง เท่ากับการ มีสิทธิ์ตามบัตร 2. สำหรับส่วนเกินให้จ่ายเอง แต่คิดลด 10%	ไม่จำกัดโรค ไม่จำกัดค่ารักษาพยาบาล มีการกำหนดจำนวนครั้ง ของการรักษา 1. โรคเรื้อรัง เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 1 เดือน ถือเป็น 1 ครั้ง 2. โรควัยโรคปอดครั้นยาของ ศูนย์วัยโรค ไม่คิดจำนวน ครั้ง รักษาจนหาย

เปรียบเทียบโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะที่ 3
และโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ปี 2530 (ต่อ)

	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 เริ่มปี พ.ศ.2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ.2527 ถึงก่อน 1 เมษายน 2528	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง 2530	โครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530 เริ่ม 1 ตุลาคม 2529
6. การจัดสรร เงินกองทุน บัตรสุขภาพ	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การจัดสรรเงินกองทุน บัตรสุขภาพใช้เหมือนกัน	ให้แบ่งเงินกองทุน (รายได้ จากการขายบัตรเท่านั้น) เป็น 2 ส่วนในปีที่ 1 ส่วนที่ 1 เก็บเป็นทุนสำรอง กองทุน และพัฒนาให้เกิด รายได้เพิ่มขึ้น 40% ส่วนที่ 2 เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดำเนินงานของกองทุน 60% ในส่วนที่ 2 นี้ให้แบ่ง ออกเป็น 3 คอนคือ คอนที่ 1 จ่ายสนับสนุนสถาน บริการระดับต่าง ๆ 3 ระดับ 35% คอนที่ 2 จ่ายตอบแทนผู้ให้ บริการและอำนวยความสะดวก 10% คอนที่ 3 จ่ายค่าบริหาร จัดการกองทุน 15%	10% จ่ายตอบแทนผู้ให้บริการ และอำนวยความสะดวก 15% จ่ายค่าบริหารจัดการ การกองทุน 75% สนับสนุนสถานบริการ	จ่ายตอบแทนผู้ให้บริการและ อำนวยความสะดวกร้อยละ 10 จ่ายค่าบริหารจัดการกองทุน ร้อยละ 15 สนับสนุนสถานบริการ ร้อยละ 75 จำแนกเป็น โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 25 สถานีอนามัย ร้อยละ 25

เปรียบเทียบโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะที่ 3
และโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดแพร่ ปี 2530 (ต่อ)

โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 เริ่มปี พ.ศ.2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ.2527 ถึงก่อน 1 เมษายน 2528	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง 2530	โครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2530 เริ่ม 1 ตุลาคม 2529
7. หลักเกณฑ์ การเปิด โครงการ บัตรสุขภาพ			1. หมู่บ้านที่จะเปิดโครงการ จะต้องมีสมาชิกบัตร สุขภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของ หลังคาเรือน และมีเงิน ลงทุนครั้งแรกไม่ต่ำกว่า 5,000 บาท 2. จะต้องเปิดโครงการ บัตรสุขภาพ พร้อมกับ เปิดร้านค้าอเนกประสงค์ โดยมีสมาชิกบัตรสุขภาพ เป็นผู้ถือหุ้น และหากไม่ ตั้งกองทุนร้านค้าอเนก ประสงค์ ต้องตั้งกองทุน ลักษณะอื่น ซึ่งต้องมีสมาชิก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหลังคาเรือน

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ
พิจารณาใน 2 ประการคือ โครงการบัตรสุขภาพในลักษณะของการประกันสุขภาพ และ
โครงการบัตรสุขภาพในลักษณะของนวัตกรรม ซึ่งมีรายละเอียดของแนวคิดดังนี้

1. โครงการบัตรสุขภาพในลักษณะของการประกันสุขภาพ

ชาลส์ อี เฟลป์ส (Charls E. Phelps 1975: 105-129) ได้ศึกษา
ความต้องการบริการการแพทย์ว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ภายหลังที่มีการประกันสุขภาพ และปัจจัย
ใดบ้างที่เป็นตัวกำหนดความต้องการดังกล่าว ความต้องการบริการทางการแพทย์ที่นำมา
ศึกษาเป็นตัวแปรตามคือ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล
ในการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้ง ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด และความต้องการในการไป
พบแพทย์ ส่วนตัวแปรอิสระที่ใช้คือ เพศ อายุ การศึกษา รายได้และสภาวะสุขภาพ
การศึกษาครั้งนี้ใช้สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ที่ประกันสุขภาพได้ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ได้
ประกันสุขภาพ ผู้วิจัยได้ให้การวิเคราะห์ว่าผู้ที่ประกันสุขภาพแล้วถือว่าตนเองจ่ายเบี้ยประกัน
จึงมีสิทธิใช้บริการตรวจรักษาพยาบาลได้เต็มที่ มิฉะนั้นจะไม่คุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป และ
อาจด้วยเหตุผลที่ว่า เมื่อประกันสุขภาพแล้วสามารถเข้าไปตรวจรักษาพยาบาลได้ทันทีเมื่อ
เจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่าย

ส่วนการศึกษาความต้องการที่จะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าตัวแปร
อายุมีความสำคัญที่สุด ซึ่งหมายความว่าอายุมากจะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าคน
ที่อายุน้อยกว่า ส่วนตัวแปรรายได้ การศึกษา เพศ และสภาวะทางสุขภาพ พบว่า
ไม่ได้เป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานหรือไม่

ด้านค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลพบว่า หลังการประกันสุขภาพแล้ว อายุ
รายได้ การศึกษา เพศ และสภาวะสุขภาพ ไม่ได้เป็นตัวแปรกำหนดเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย
ในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง

ด้านค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดพบว่า เพศชายและหญิงมีค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ การศึกษา รายได้ สภาวะสุขภาพ ไม่ได้เป็นตัวกำหนด เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแต่ละครั้ง และผู้วิจัยยังพบอีกว่าการมีประกันสุขภาพหรือไม่ประกันสุขภาพจะไม่ทำให้ความจำเป็นในการผ่าตัดต่างกัน

สำหรับความต้องการไปพบแพทย์หลังประกันสุขภาพนั้น พบว่า สภาวะสุขภาพ และอายุ เป็นปัจจัยกำหนดความต้องการไปพบแพทย์ภายหลังการประกันสุขภาพ การที่ สภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการพบแพทย์เหมือนกัน ทั้งนี้ เพราะบุคคลที่มีสุขภาพดี พอใช้และไม่ดี เห็นความสำคัญของสุขภาพอนามัยของตนเอง เสมอ ต้องการให้มีสุขภาพดี ส่วนผู้ที่สุขภาพไม่ดี เมื่อประกันแล้วโอกาสที่จะไปพบแพทย์สะดวกขึ้น ส่วนอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความต้องการไปพบแพทย์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าบุคคลที่มีอายุมากนั้นมีสุขภาพทรุดโทรมมากกว่าคนที่อายุน้อยย่อมทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บง่ายกว่าคนที่อายุน้อย ดังนั้น ผู้มีอายุมากจะไปหาแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพร่างกาย และตรวจรักษาบ่อยครั้งกว่า ส่วนตัวแปรอื่นคือรายได้ เพศ การศึกษา ไม่ได้เป็นปัจจัยกำหนดความต้องการไปพบแพทย์หลังการประกันสุขภาพ

บทความที่วิเคราะห์การประกันสุขภาพในประเทศไทยที่สำคัญบทความหนึ่งของ สมคิด แก้วสนธิ (2522: 58-59) สรุปได้ว่า การประกันสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคอย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อตั้งวัตถุประสงค์ของการประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และการประกันสุขภาพไม่ใช่ธุรกิจเพื่อหากำไร แต่เป็นกิจกรรมที่จัดทำโดยรัฐบาล เพื่อการสวัสดิการและจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลให้เกิดความเป็นธรรมแก่ประชาชน โดยองค์กรผู้รับประกัน เป็นองค์กรกลางที่ช่วย เฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ ซึ่งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยกับกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมาก การประกันสุขภาพต้องมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทั้งผู้มีรายได้มากและรายได้น้อยมีโอกาสรับบริการการรักษาพยาบาลที่ดีเพียงพอ ไม่ประสบปัญหาการค่ารักษาพยาบาลหรืออีกนัยหนึ่งคือ การประกันสุขภาพจะต้อง เป็นการช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาคในทางให้บริการรักษาพยาบาล



เมธี ครองแก้ว (2529: 64-65) ได้ให้แนวคิดในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมประกันสุขภาพของประชาชน โดยสรุปได้ว่า ปัจจัยประการแรกที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของคนที่จะประกันสุขภาพคือ ความมากน้อยของความ เสี่ยง คนที่มีความประสงค์จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงความ เสี่ยงมาก เขาจะมีความประสงค์ที่จะประกันสุขภาพมาก ฉะนั้นในแต่ละสังคมจะไม่เหมือนกัน คนอเมริกัน เป็นผู้ที่ย้ายมาหลีกเลี่ยงความเสี่ยงมาก เรียกว่า เป็นนิสัยก็ได้ ทำให้เกิดระบบประกันหลายประเภทขึ้น นับเป็นประเทศที่มีการประกันมากที่สุดในโลก ปัจจัยประการแรกที่มีอิทธิพลต่อความต้องการประกันสุขภาพคือ ความมากน้อยของความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยง

ปัจจัยประการที่สองที่มีต่ออุปสงค์ของการประกันสุขภาพคือ ความน่าจะเป็นของโอกาสเจ็บป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โรคภัยไข้เจ็บเป็นสิ่งไม่แน่นอน แต่บุคคลจะรับทราบถึงโอกาสการเกิดโรคต่อตนเองมากน้อยไม่เหมือนกัน ผู้ที่คาดว่าจะมีโอกาสดังกล่าวจะเกิดความเจ็บป่วยจะเป็นอุปสงค์ (Demand) ของการเอาประกันสุขภาพของบุคคล อีกประการหนึ่งที่นักเศรษฐศาสตร์ได้เอามาว่า จะเป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการประกันสุขภาพหรือไม่ก็คือ ขนาดของความสูญเสีย ความเจ็บป่วยในทางเศรษฐศาสตร์ คำนึงถึงความสูญเสียที่เกิดจากการรักษาพยาบาล และความสูญเสียของเวลาที่จะเสียไปจากการเจ็บป่วย รายได้ที่เสียไปจากการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจัยอีกประการหนึ่งคือ ราคาของการประกันหรือ เบี้ยประกัน ถ้าแพงเกินไปหรือไม่สม เหตุสมควรต่อการตอบแทนผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการประกัน ดังนั้นราคาจึง เป็นตัวตัดสินที่จะกำหนดความต้องการการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ปัจจัยสุดท้ายที่มีอิทธิพลต่อการประกันสุขภาพของบุคคล มองจากทัศนะความต้องการของบุคคลคือ รายได้ของบุคคลนั่นเอง

สำหรับงานวิจัย เกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทย ในลักษณะของการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์หรือเป็นตัวกำหนดความต้องการการประกันสุขภาพโดยตรง ยังไม่มีการศึกษา แต่อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522) ได้ทำการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพแห่งประเทศไทย เฉพาะ เขตกรุงเทพมหานคร การศึกษามุ่งศึกษาตัวแปร 8 ตัวแปรคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

เงื่อนไขของสภาพการทำงาน รายได้ สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ
 ว่าจะเป็นตัวกำหนดทัศนคติต่อการประกันสุขภาพหรือไม่ ซึ่งพบว่า เงื่อนไขของสภาพ
 การทำงาน รายได้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีทัศนคติต่อโครงการ
 ประกันสุขภาพแตกต่างกันกล่าวคือ ผู้ที่มีเงื่อนไขสภาพการทำงานที่ไม่ได้รับสวัสดิการช่วย
 เหลือด้านการรักษาพยาบาล จะมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการประกันสุขภาพ มากกว่าผู้ที่ได้รับ
 สวัสดิการช่วย เหลือด้านการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว ในเรื่องรายได้และพฤติกรรมการป้องกัน
 สุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับทัศนคติต่อการประกันสุขภาพ นั่นคือผู้มี
 รายได้ต่ำ จะเห็นด้วยกับการประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่มียาได้สูง และผู้ที่มีพฤติกรรม
 การป้องกันสุขภาพน้อยจะ เห็นด้วยกับการประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกัน
 สุขภาพมาก

ส่วนตัวแปรอื่นคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และสภาวะสุขภาพ
 มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการประกันสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญ กล่าวคือ ประชาชนที่มี
 เพศ อายุ สถานภาพสมรสและสภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการประกันสุขภาพ
 ไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยเกี่ยวกับโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำโดยกระทรวง
 สาธารณสุข ในลักษณะของการประเมินโครงการ ซึ่งทำการศึกษาเฉพาะประชาชนที่เข้าร่วม
 โครงการบัตรสุขภาพเพียงด้านเดียว ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ
 การ เข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วม โครงการบัตรสุขภาพ หรือตัวแปรที่มีแตกต่างกันของกลุ่มประชาชน
 ทั้งสองกลุ่ม มีดังนี้

อนันต์ ลากสมทบ และพัลลภ สุจ้านงค์ (2527) ได้ศึกษาความคิดเห็น
 ของผู้ซื้อบัตรสุขภาพที่มีต่อบริการสาธารณสุขจังหวัดลำพูน พบว่า

ผู้ซื้อบัตรสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการสาธารณสุขที่รวดเร็ว

ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะยอมรับโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษา
 หรือมีการศึกษาน้อยกว่า

เหตุผลในการ เปลี่ยนจากบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมา เป็นบัตรสุขภาพ เนื่องจากมีความ เข้าใจในโครงการดี ต้องการมีส่วนร่วมพัฒนากองทุนสาธารณสุขที่ตั้งขึ้น ในชุมชน

ผลการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยสรุปว่า เหตุสนับสนุนการ เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพของประชาชนคือ ความต้องการบริการที่รวดเร็ว มีความรู้ความ เข้าใจในโครงการ ต้องการ เข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาชุมชน และการ เป็นผู้มีการศึกษาสูง

อรรถ ศาสตร์วาทะ (2528) ได้ศึกษารูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ ของชุมชนที่มีผลจากนโยบายการใช้บัตรสุขภาพ โดยทำการศึกษาในพื้นที่ดำเนินโครงการบัตรสุขภาพเป็นเวลา 1 ปี ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวจำนวน 337 คน เป็นผู้มีบัตรสุขภาพ 304 คน และไม่มีบัตรสุขภาพ 33 คน พบว่า ผู้ที่ เปลี่ยนจากบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมาซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากต้องการความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการการแพทย์จากหน่วยงานของรัฐ ส่วนสาเหตุของการที่ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ ส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีเงินซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า มีฐานะยากจนจริง และ เนื่องจากโครงการบัตรสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ดนี้ ได้กำหนดให้สมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพซึ่งเป็นกองทุน เอนกประสงค์ สมาชิกของกองทุนจะต้องทำกิจกรรม เช่น ผลิต เปลี่ยน กันไปจำหน่ายสินค้า ตรวจรับสินค้า จัดซื้อสินค้า จึง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ เพราะไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมกองทุนบัตรสุขภาพ ซึ่งพบว่าเป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีสมาชิก ในครอบครัวน้อย และบางส่วนคาดว่าจะไม่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วย มีบัตรอื่นลดค่ารักษา จึงไม่ได้ซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ประชาชนที่ไม่ได้ซื้อบัตรในพื้นที่เดียวกัน

ดังนั้นปัจจัยที่สนับสนุนการซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนคือ ความต้องการ บริการที่รวดเร็ว ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการซื้อบัตรสุขภาพคือ ฐานะยากจน ครอบครัว ขนาดเล็ก คาดว่าคนในครอบครัวไม่เจ็บป่วย และการมีบัตรอื่นลดค่ารักษา

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2526 ในจังหวัดราชบุรี

นครศรีธรรมราช และอุบลราชธานี ในส่วนของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพของประชาชน ผลการวิจัยพบลักษณะสำคัญหลายประการของผู้ซื้อบัตรสุขภาพคือ เป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ และมีเหตุผลในการตัดสินใจซื้อบัตรแตกต่างกัน มีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งวัดจากรายได้ของครอบครัว และการจัดอันดับฐานะ เศรษฐกิจ เปรียบเทียบในหมู่บ้าน พบว่าครอบครัวที่ยากจนมีส่วนน้อยที่มีอำนาจซื้อบัตร และยังพบว่าในอุบลราชธานี ผู้ไม่มีเงินพอเพียงจะซื้อบัตรสุขภาพส่วนใหญ่แล้วไม่มีบัตรรักษาฟรีด้วย

ขนาดครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีแนวโน้มจะซื้อบัตรสุขภาพมากกว่า ครอบครัวขนาดเล็ก โดยเฉพาะในจังหวัดอุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช ซึ่งไม่ได้กำหนดจำนวนผู้มีสิทธิตามบัตร ดังนั้นครอบครัวขนาดใหญ่ย่อมได้รับประโยชน์จากบัตรสุขภาพมากกว่าครอบครัวเล็ก จึงเป็นแรงจูงใจให้ซื้อบัตรสุขภาพมากกว่า

เหตุผลการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพ จากการสัมภาษณ์พบเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนคือ การที่จะได้รับการรักษาพยาบาลฟรีจำนวน 8 ครั้ง ได้รับสิทธิพิเศษโดยเฉพาะในเรื่องระบบทางด่วน และคุณภาพของบริการที่ได้รับ การที่มีเจ้าหน้าที่หรือผู้นำมาชักชวน ขอร้อง ให้ซื้อบัตร เป็นการซื้อบนพื้นฐานของความเกรงใจเจ้าหน้าที่และผู้นำหรือทำตามผู้อื่นมากกว่าการประเมินถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับอย่างแท้จริง และการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ครั้งในครอบครัว

ส่วนประเด็นของเหตุผลในการซื้อบัตรสุขภาพนั้น สัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ของบัตรสุขภาพ พบว่าประชาชนให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ในเรื่องการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าเป็นประการแรก รองลงไปคือ ผลประโยชน์ในเรื่องระบบช่องทางด่วน ส่วนผลประโยชน์ด้านอื่นคือ การได้ซื้อยาลดรอยละ 10 การได้ดอกเบี้ยจากการประกันสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนพัฒนาหมู่บ้านและคุณภาพของบริการ เป็นสิ่งที่ประชาชนทั้ง 3 จังหวัดให้ความสำคัญน้อย ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประชาชนมีการรับรู้ผล

ประโยชน์ของบัตรสุขภาพในเรื่องสิทธิการรักษาโดยไม่คิดมูลค่ามีแนวโน้มจะลดความสำคัญลงกว่าช่วงแรก แต่การรับรู้ผลประโยชน์ในเรื่องระบบช่องทางด่วน จะได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้น มากกว่าการรับรู้ในช่วงแรกของการตัดสินใจซื้อบัตร

เหตุผลการตัดสินใจไม่ซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากความไม่เชื่อถือศรัทธาในโครงการบัตรสุขภาพ ต้องการรอดูผลการดำเนินงาน การประเมินว่าจะไม่มีการเจ็บป่วยสมาชิกในครัวเรือน เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เห็นว่ามีความยุ่งยากในการรับบริการที่ต้องผ่านระบบส่งต่อ และความไม่ศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ที่ขายบัตร

สรุปปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพของประชาชนจากผลการวิจัยของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ ซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวประชาชน ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ขนาดของครอบครัว สภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว การรับรู้ถึงผลประโยชน์สิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของระบบช่องทางด่วน การรับรู้ผลประโยชน์จากเงินกองทุน เพื่อการพัฒนาหมู่บ้าน การถูกชักนำจากเจ้าหน้าที่หรือผู้นำ การกระทำตามผู้อื่น คุณภาพของบริการที่ต้องการ หลักประกันการรักษาพยาบาลอื่น ความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และความศรัทธาต่อโครงการบัตรสุขภาพ

2. โครงการบัตรสุขภาพในลักษณะของนวัตกรรม

นวัตกรรมหมายถึง ความคิด การปฏิบัติหรือสิ่งของที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นของใหม่ ไม่ว่าจะความคิดนั้นจะเป็นของใหม่จริงหรือไม่ก็ตาม ขึ้นอยู่กับการยอมรับโดยความเห็นของบุคคล (Rogers and Shoemaker 1971: 19) และบาร์เน็ตต์ (Barnett 1953: 7) ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมในแนวเดียวกันว่า หมายถึงแนวความคิดต่าง ๆ แบบแผนพฤติกรรมหรือสิ่งของใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากของที่มีอยู่เดิม ของใหม่ในที่นี้จะครอบคลุม เรื่องราวต่าง ๆ อย่างกว้างขวางได้แก่สิ่งที่มองเห็นสามารถสัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้า แบบแผนพฤติกรรมความประพฤติ ตามระบบสังคม ประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ ตลอดจนสิ่งประดิษฐ์ วิทยาการใหม่ ๆ และสิ่งที่ไม่เห็น เป็นวัตถุอันได้แก่ เรื่องราวเกี่ยวกับ

ความเชื่อ ความนึกคิด ความศรัทธา ซึ่งเป็นเรื่องราวใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากความคิด
ภายในจิตใจของบุคคล

จากความหมายของนวัตกรรมดังกล่าว เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับ
โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งมีผู้กล่าวว่าเป็นนวัตกรรมทางสาธารณสุข (Public health
Innovation) เช่นในการประชุมผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ประจำปี 2529
เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2529 ณ โรงแรมไพลิน จังหวัดพิษณุโลก ได้มีการอภิปราย
เรื่องนวัตกรรมทางสาธารณสุข โดยนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ได้กล่าวถึงนวัตกรรม
ทางสาธารณสุขหลายประการ รวมทั้งโครงการบัตรสุขภาพด้วย การที่กล่าวว่าโครงการ
บัตรสุขภาพ เป็นนวัตกรรมทางสาธารณสุขก็ เนื่องจากเป็นโครงการที่ทำให้มีการประกันสุขภาพ
แก่ประชาชน มีเงื่อนไขปฏิบัติและมีการปรับ เปลี่ยนบทบาททั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
โดยเฉพาะประชาชนผู้รับบริการนั้นแต่เดิมจะได้รับบริการสาธารณสุขที่ใดก็ได้ตามความต้องการ
และความสามารถของกำลังทรัพย์ อีกทั้งแต่เดิมประชาชนไม่ได้มีส่วนในการจัดระบบบริการ
สาธารณสุข มีส่วนร่วมในการเฉลี่ยความเสี่ยงจากการเสียค่าประกัน เช่น ในโครงการบัตร
สุขภาพ สิ่งเหล่านี้จึง เป็นสิ่งใหม่สำหรับประชาชน การที่ประชาชนจะยอมรับสิ่งใหม่หรือไม่
ย่อมขึ้นกับปัจจัยหลายประการ

ในการยอมรับนวัตกรรมนั้น โรเจอร์ส และชูเมคเกอร์ (Rogers and
Shoemaker 1971: 25) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมว่า เป็น
กระบวนการทางสมอง ซึ่งเริ่มตั้งแต่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมไปจนกระทั่งถึง
การตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ และฮอฟแลนด์ และเจนิส (Hovland and Janis
1959: 4) กล่าวถึงการยอมรับ (Acceptance) ว่าเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ความ
เชื่อในสิ่งที่ได้รับ ซึ่งจัดเป็นกระบวนการภายในจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับสารซึ่งไปกระตุ้น
ให้เกิดความสนใจ แล้วผู้รับสารจะตีความของสารนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจขึ้นจน เกิดมี
ทัศนคติที่ดีในสิ่งที่ได้รับ

เสาวคนธ์ สุดสวัสดิ์ (2524: 189-191) ได้กล่าวถึงปัจจัยเกี่ยวข้องกับการ
การยอมรับและต่อต้านนวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงไว้ 6 ประการคือ

ประการแรก ความต้องการในการเปลี่ยนแปลง หากบุคคลยังไม่ตระหนัก หรือเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงแล้วอัตราการยอมรับย่อมจะช้า ในกรณีที่บุคคลจะ ยอมรับสิ่งใหม่นั้นจะต้อง เป็นสิ่งที่บุคคลเห็นว่าเกิดประโยชน์ สามารถบรรลุเป้าหมายและ วัตถุประสงค์ของตนหรือสังคมได้

ประการที่ 2 การได้รับความพึงพอใจอย่างสูง ผลของการยอมรับการ เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ จะต้องทำให้เกิดความพึงพอใจต่อบุคคลอย่างสูงทั้งด้านสถานภาพสังคม เศรษฐกิจและอารมณ์ จะต้องชดเชยกับปัญหา ความลำบากที่ได้รับอยู่ขณะนั้น

ประการที่ 3 การสาธิตผลประโยชน์ การสาธิตให้เห็นประโยชน์อย่างมี คุณค่าจะทำให้การยอมรับการ เปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นสะดวก จึงสำคัญต่อการยอมรับการ เปลี่ยนแปลงทั้งรูปธรรมและนามธรรม

ประการที่ 4 การเข้ากันได้กับวัฒนธรรมที่มีอยู่ หากการเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่ขัดกับกระแสนวัฒนธรรม วิถีประชา กฎหมาย ศิลธรรม ของสังคมแล้ว การยอมรับ ย่อม เกิดขึ้นได้

ประการที่ 5 ต้นทุนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหมายถึงการคำนึงถึงผลประโยชน์ คอบแทนอย่างคุ้มค่ากับการลงทุน หากต้องเสียค่าใช้จ่ายมากก็จะยอมรับได้น้อย

ประการที่ 6 ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มียุทธวิธีที่ดี เข้าใจเสนอการ เปลี่ยนแปลงให้พอดี มีเทคนิควิธีการชักชวน รวมทั้งบุคลิกภาพ ภูมิหลัง ที่ดี ย่อมทำให้การ เปลี่ยนแปลง เป็นไปได้ง่าย

งานวิจัย เกี่ยวกับการยอมรับและการแพร่กระจายของนวัตกรรมในสังคมชนบท ไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษานวัตกรรมทางการเกษตร จากการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับ เรื่องการยอมรับนวัตกรรมทางการเกษตรโดย ดิเรก ฤกษ์ทราย (2528: 95-100) พบว่าตัวแปรเกี่ยวกับ อายุ รายได้ การ เป็นสมาชิกกลุ่ม การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ การติดต่อกับชุมชนอื่น มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการยอมรับนวัตกรรม เหล่านั้น ส่วนระยะ

เวลาของการยอมรับนวัตกรรม เกษตรกรที่เป็นสมาชิกกลุ่มจะยอมรับได้รวดเร็วและดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม ทั้งนี้ เป็นเพราะการเข้ากลุ่มจะสามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากกว่า และความถี่ของระยะเวลาในการรับข้อมูลมากกว่า ซึ่งการได้รับข้อมูลและความถี่ของข้อมูลที่ได้รับจะกระตุ้นให้มีการยอมรับนวัตกรรมเร็วขึ้น นอกจากนี้ โรเจอร์ (Rogers 1958: 140-142) ได้ทำการศึกษาถึงการยอมรับเทคโนโลยีมาปฏิบัติของชาวนชนบทในประเทศกำลังพัฒนา ด้วยวิธีวิเคราะห์ตัวแปรรวม (Conceptual Variable Analysis) ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง การเห็นความสำคัญของการยอมรับที่มีต่อเกียรติและรายได้ การสื่อสารที่ดีและสถานภาพทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงหรือยอมรับนวัตกรรม

ดังนั้นการยอมรับนวัตกรรมทางสาธารณสุขคือ โครงการบัตรสุขภาพของประชาชนจะเกิดขึ้นได้นั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในโครงการนั้น มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยกับโครงการ และการมีลักษณะที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ซึ่งเรียกว่าความทันสมัย จะทำให้ประชาชนผู้นั้นยอมรับโครงการบัตรสุขภาพได้เร็วขึ้น จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวทั้งหมด เป็นแนวทางให้ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรเพื่อทำการศึกษาค้างนี้ ดังนี้

การศึกษา

รายได้

ขนาดของครอบครัว

สิทธิด้านการรักษาพยาบาล

สถานบริการที่นิยม

พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ

ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล

การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน

ค่านิยมสมัยใหม่

ความรู้ความ เข้าใจในโครงการฯ

ความคิด เห็นต่อโครงการฯ

และความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่

ซึ่งกล่าวโดยละเอียดดังนี้

การศึกษา การศึกษาสามารถใช้เป็นตัวกำหนดมาตรฐานทาง เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนสภาวะสุขภาพ ความแตกต่างกันด้านการศึกษาจะทำให้บุคคลแตกต่างกันในเรื่องอาชีพ รายได้ ความสามารถในการสื่อสารและการยอมรับสิ่งใหม่ ความ เป็นอยู่และสุขภาพอนามัย ผู้มีการศึกษามักให้ความสนใจ เรื่องสุขภาพของตนเอง และการ ป้องกันโรครวม ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีการศึกษาดำซึ่งมักมีฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคม ไม่ได้ไปด้วย การขาดความรู้ เรื่องสุขภาพอนามัยจะทำให้สนใจ เรื่องสุขภาพอนามัยและ เห็น ความสำคัญของการป้องกันโรคน้อยกว่า เฟลปส์ (Phelps 1975: 110) ได้ศึกษา พบว่าคนจะมีสุขภาพดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การได้รับบริการสุขภาพอนามัยและ เวลาที่ได้ใช้ไปในการรักษาสุขภาพตนเอง คนที่มีการศึกษามากจะสนใจสุขภาพของตนเองมากกว่าคนที่มีการ ศึกษา น้อย โครงการบัตรสุขภาพ เป็นโครงการที่มีจุดประสงค์ เพื่อความมีสุขภาพที่ดีของ ประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจึงพอจะสรุปได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะ เข้าร่วม โครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้มีการศึกษาดำกว่า

รายได้ รายได้ เป็นตัวแปรหนึ่งที่จะทำให้แต่ละบุคคลสามารถหรือมีอำนาจ ในการซื้อของและบริการต่างกัน บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีอำนาจในการซื้อของหรือบริการ มากกว่าผู้มีรายได้น้อย บุคคลที่มีรายได้น้อยจะมีความลำบากในการดำรงชีวิต ไม่สามารถ ซื้อของหรือบริการตามความต้องการได้ ต้องขวนขวายที่จะทำสิ่งสำคัญในการดำรงชีพ การที่จะต้อง เสียเงินซื้อความเสี่ยง เช่น การซื้อบัตรสุขภาพนั้นจึงยังไม่อยู่ในความคิดและ ความสามารถที่จะกระทำได้ อีกประการหนึ่งผู้ที่มีรายได้สูงจะประเมินค่าของเงินที่จ่าย จำนวนเดียวกันต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยประเมิน ซึ่งเฟลปส์ (Phelps 1975: 107) ได้รายงานการศึกษาของ กรอสแมน (Grossman) พบว่ารายได้เป็นตัวแปรที่จะกำหนด ให้บุคคลรับบริการจากแพทย์เฉพาะ เจ็บป่วย ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะซื้อบริการและมีการประกัน

สุขภาพมากกว่า และผู้มีรายได้สูงจะสนใจต่อสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ดังนั้น รายได้จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะทำให้ประชาชน เข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ โดยที่

ผู้มีรายได้สูงจะ เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำกว่า

ขนาดของครอบครัว ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวหลายคนจะมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย กล่าวคือครอบครัวขนาดใหญ่มีการเลี้ยงดูเอาใจใส่บุตรไม่เต็มที่เท่าที่ควร โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย ทำให้สมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยง่าย ต้องกำรแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่าครอบครัวขนาดเล็ก และ เนื่องจากหลักเกณฑ์การรับบริการตามโครงการสุขภาพ ของจังหวัดแพร่ ไม่จำกัดจำนวนสมาชิกบัตรในครอบครัวเดียวกัน อีกทั้งไม่มีการจำกัดมูลค่าการให้บริการแต่ละครั้ง จึงทำให้ครอบครัวขนาดใหญ่ได้รับประโยชน์จากการซื้อบัตรมากกว่าครอบครัวขนาดเล็ก จากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ก็พบเช่นเดียวกันนี้ ในจังหวัดที่ไม่จำกัดสมาชิกบัตร เช่น ในอุบลราชธานี จึงเป็นแรงจูงใจให้ครอบครัวขนาดใหญ่ซื้อบัตรมากกว่าครอบครัวขนาดเล็ก ดังนั้นครอบครัวขนาดใหญ่จึง เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าครอบครัวขนาดเล็ก

สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการให้บริการสวัสดิการ และการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลหลายรูปแบบด้วยกัน ทำให้ประชาชนบางส่วนได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐอยู่แล้ว ประชาชนส่วนนี้จึงไม่สนใจโครงการบัตรสุขภาพหรือการประกันสุขภาพ เพราะการประกันสุขภาพต้องเสียเงินจำนวนหนึ่งทุกปีสม่ำเสมอ ถ้าไม่มีการเจ็บป่วยก็เป็นการเสียเงินโดยไม่ได้ผลตอบแทนใด ๆ ส่วนประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งไม่ได้รับสวัสดิการหรือการสงเคราะห์ใด ๆ เลย เมื่อเจ็บป่วยต้องออกเงินรักษาพยาบาลเอง ในโรงพยาบาลของรัฐแม้ราคาบริการจะไม่สูง แต่เกิดปัญหาความล่าช้า ต้องรอรับการรักษานานทำให้เสียเวลามาก จึงอาจเสี่ยงไปโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งก็ประสบกับปัญหาราคาแพง ดังนั้นผู้ที่ไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลใดเลย จึงสนใจการประกันสุขภาพ เพราะจะได้รับการเต็มที่เมื่อเจ็บป่วย เป็นหลักประกันเมื่อเจ็บป่วย แม้จะต้องเสี่ยงต่อการเสียเงินโดยอาจไม่ได้รับผลตอบแทนก็ตาม ดังนั้น

จึงอาจสรุปได้ว่า

ผู้ที่ไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาล จะเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว

พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า การมีสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นสิ่งปรารถนาของทุกคน ดังคำกล่าวที่ว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" ดังนั้นทุกคนจะต้องพยายามรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ การประพฤติปฏิบัติของบุคคลจะช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หากประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเรียกว่าพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจะเป็นทางหนึ่งที่จะรักษาสุขภาพให้ดีได้ การมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยจะทำให้บุคคลประกอบอาชีพหรือทำงานใด ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพให้ถูกต้อง ย่อมเป็นเหตุสำคัญนำมาซึ่งสุขภาพที่ดี สุขสบาย และคณะ (Tubesing et al 1977: 219) กล่าวถึงการป้องกันและรักษาสุขภาพร่างกายควรปฏิบัติตามหลักการดังนี้ 1) ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพตนเองเสมอ 2) เอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วยระยะต้นอย่างจริงจัง 3) ควรได้รับการตรวจหรือรักษาจากแพทย์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ตรงกับจุดประสงค์ของการประกันสุขภาพ

อีกประการหนึ่งผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ป้องกันสุขภาพ นับเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผู้ที่หลีกเลี่ยงการเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงต้องปฏิบัติทุกทางเพื่อรักษาสุขภาพ การหลีกเลี่ยงการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยทางหนึ่งคือการประกันสุขภาพ

ดังนั้น ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพสูงย่อม เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่ำ

การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ บุคคลจะมีการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน และสิ่งนี้จะเป็นตัวกำหนดการแสวงหาบริการทางการแพทย์ประการหนึ่ง แม้ว่า การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพเหล่านั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม แต่การที่ได้ประเมินตนเองนั้น เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะพิจารณาจากความสามารถในการทำงาน ความสามารถที่จะประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นการพิจารณาเฉพาะด้านร่างกาย



เป็นสิ่งสำคัญ ส่วนสุขภาพจิต อารมณ์ เป็นเรื่องยากที่จะรับรู้ได้ บุคคลที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อยจะต้องการบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาให้พ้นจากการเจ็บป่วย การประกันสุขภาพเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้ได้รับบริการรักษาพยาบาลได้ทันที โดยสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย ดังนั้นผู้ที่สุขภาพไม่ดีจึงน่าจะสนใจต่อการประกันสุขภาพ ผลการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) พบ เหตุผลประการหนึ่งของการซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากประเมินว่าจะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ดังนั้นการประเมินหรือรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวในทางไม่ดี จะทำให้บุคคลหรือครอบครัวนั้น เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพได้

สถานบริการที่นิยม บุคคลจะมีการแสวงหาแหล่งบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความคิดริเริ่มของสังคม (ประภา เพ็ญ สุวรรณ 2526 : 34) สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรับบริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการแพทย์แผนใหญ่ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ประชาชนจะต้องคิดคำนึงถึงผลของบริการที่จะได้รับ เป็นความเชื่อถือต่อแหล่งบริการ และความเหมาะสมของราคาบริการนั้นด้วย สถานบริการของรัฐแม้จะมีราคาของบริการต่ำกว่าสถานบริการเอกชน แต่การให้บริการที่ล่าช้าไม่มีความเป็นกันเอง ทำให้มีประชาชนบางส่วนต้องพึ่งบริการเอกชน แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าก็ตาม ตามโครงการบัตรสุขภาพนั้นได้กำหนดการให้บริการจากสถานบริการของรัฐตามลำดับขั้น หากประชาชนนิยมไปรับบริการจากสถานบริการของรัฐอยู่แล้ว ก็ไม่น่าจะเกิดปัญหาต่อการเข้าร่วมโครงการ ส่วนผู้ที่ไม่นิยมไปรับบริการ ณ สถานบริการของรัฐอื่น เนื่องจากความไม่เชื่อถือในบริการ ความล่าช้า หรือบริการที่ไม่ประทับใจ จะทำให้ไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ เพราะต้องไปรับบริการจากสถานบริการของรัฐ ดังนั้นการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ น่าจะเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้สถานบริการของประชาชนด้วย

ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล ประชาชนผู้รับบริการจะมองปัญหาโดยถือเกณฑ์ความจำเป็นส่วนตัวเป็นหลัก กล่าวคือ ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลของชาวชนบทที่สำคัญคือ

การคมนาคมไม่สะดวกจะไปรับบริการ สถานีอนามัยบางแห่งไม่เป็นที่เชื่อถือและการไปรับบริการตรวจไม่ได้รับความสะดวก ใช้เวลาและเงินมากในระดับจังหวัด และอำเภอ (สมคิด แก้วสนธิ 2524: 27-28) แนวทางหนึ่งที่จะลดปัญหาดังกล่าวคือ การใช้บัตรสุขภาพ โครงการบัตรสุขภาพมีวัตถุประสงค์สำคัญในการจัดระบบบริการอีกทั้งในรูปของการประกันสุขภาพ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยลง ดังนั้นผู้ที่เคยประสบปัญหาด้านการรักษาพยาบาลมากจะหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ

อีกประการหนึ่งการประกันสุขภาพของบุคคลจะแตกต่างกัน เมื่อมองการสูญเสียจากการเจ็บป่วยแตกต่างกัน (เมธี ครองแก้ว 2529: 65) ปัญหาเป็นสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังถือว่าการที่บุคคลมองว่าปัญหาการรักษาพยาบาลเป็นปัญหามากคือ เกิดการสูญเสียมากนั่นเอง ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาด้านการรักษาพยาบาลมากจะเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีปัญหาน้อยหรือไม่มีปัญหา

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน กิจกรรมชุมชนเป็นความจำเป็นประการหนึ่งของชาวชนบทที่ต้องอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความสามัคคีในชุมชน ตามหลักการพัฒนาชุมชนแนวใหม่นั้น มุ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน เพราะกิจกรรมชุมชนหลายประการจะก่อให้เกิดความสำนึกในการเข้าร่วมแก้ปัญหาชุมชนตามหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น กิจกรรมกลุ่ม การประชุม อบรม การรักษาสาธารณสุขสมัครใจ โครงการบัตรสุขภาพก่อตั้งในลักษณะกองทุนเพื่อการพัฒนาชุมชน และจัดดำเนินงานโดยประชาชน ประชาชนจะเข้าร่วมโครงการโดยถือว่าโครงการ เป็นกิจกรรมหนึ่งของชุมชน ซึ่งทุกคนควรที่จะมีส่วนร่วมเข้าร่วมในกิจกรรมนี้ ผู้ที่นิยมการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนอยู่แล้ว จึงน่าที่จะเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพด้วย ในเรื่องนี้ อนันต์ ลากสมทบ และพัฒน์ สุจ่านงค์ (2527) กล่าวถึงเหตุผลประการหนึ่ง ในการเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพของประชาชนจังหวัดลำพูนว่า เพราะต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนากองทุนสาธารณสุข และจากการศึกษาของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และพัตติ พิทักษ์นิตินันท์ (2527) พบว่าผลสำเร็จของสาธารณสุขมูลฐานมีผลจากปริมาณการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานนั้น ๆ ดังนั้นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมาก จะเข้าร่วม

โครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า

ค่านิยมสมัยใหม่ (Modernization) เนื่องจากผู้ที่มีความทันสมัย

จะมีแนวโน้มในการรับการเปลี่ยนแปลง ยอมรับเทคโนโลยีและวิทยาการใหม่ ๆ ซึ่งรัชนีกร เศรษฐโร (2528: 154) ได้กล่าวถึงความหมายของความทันสมัยโดยสรุปว่าเป็นการยอมรับวิถีชีวิตใหม่ ดังนั้น เมื่อโครงการบัตรสุขภาพ เป็นระบบบริการแนวใหม่ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ด้วยระบบการส่งต่อ การกลั่นกรอง ผู้ป่วย นอกจากนั้นยังมีการบริหารจัดการกองทุนที่กระทำโดยประชาชน ประชาชนที่ยอมรับ และ เข้าร่วมในโครงการจึงถือ เป็นผู้ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว นั่นคือ เป็นผู้มีค่านิยมสมัยใหม่นั้นเอง จากการศึกษาของ โลว์รี เมโย และ เฮย์ (Lowery, Mayo & Hay 1958: 198-202) ถึงสภาพทางสังคม เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการปฏิบัติตนตามระบบสาธารณสุขสมัยใหม่ พบว่าผู้มีอาชีพเกษตรกรรมและกรรมกรมีการยอมรับการสาธารณสุขสมัยใหม่น้อยกว่าอาชีพอื่น เกี่ยวกับรายได้ พบว่าผู้มีรายได้สูงจะยอมรับการสาธารณสุขสมัยใหม่มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำกว่าลักษณะฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับค่านิยมสมัยใหม่ ดังการศึกษาของ อินเกลส์ (Inkels 1974: 324-361) ได้กำหนดตัวชี้วัดที่มีผลต่อความเป็นผู้ทันสมัยในระดับบุคคลว่ามีลักษณะ เป็นบุคคลที่มีลักษณะ เปิดที่จะรับการเปลี่ยนแปลง และยอมรับประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นผู้ที่มีอง เหตุการณ์ใด ๆ อย่างกว้างขวาง และครอบคลุมมองการณ์ไกล เป็นผู้วางแผนการดำเนินชีวิตไว้ล่วงหน้า เห็นคุณค่าของเวลา เป็นบุคคลที่เชื่อในประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์ และการแพทย์สมัยใหม่ ยึดหลักเหตุผล และหลักวัตถุนิยม เป็นผู้ที่มีแนวคิด เสรีจากผู้นำตามประเพณี หันมาเคารพผู้นำสมัยใหม่ หรือผู้นำตามความสามารถ เป็นผู้ที่เคารพในความสามารถของบุคคลอื่น ความเท่าเทียมกัน ในความสามารถระหว่างเพศ มีมโนภาพเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดี เป็นผู้ทันต่อเหตุการณ์ คอยสดับรับฟังข่าวสารการเคลื่อนไหวของสิ่งแวดล้อมเสมอ เป็นผู้ที่มีความมุ่งหวังในชีวิตของตนเอง ลูกหลานประสบความสำเร็จในชีวิตและการศึกษา

จากความหมายและคุณลักษณะดังกล่าว ผู้มีค่านิยมสมัยใหม่น้อย เป็นผู้สามารถรับการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วกว่า เห็นความสำคัญของการพัฒนามากกว่าผู้ที่มีค่านิยมสมัยใหม่

ต่ำกว่า ดังนั้นผู้ที่มีค่านิยมสมัยใหม่มากจะเข้าร่วมโครงการับตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีค่านิยมสมัยใหม่น้อยกว่า

ความรู้ความเข้าใจในโครงการ การที่ประชาชนจะเข้าร่วมโครงการ ับตรสุขภาพนั้นจะต้อง เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เงื่อนไข วิธีการดำเนินงานและผลประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการเป็นอย่างดี จึงจะยอมรับและเข้าร่วมโครงการ ได้รวดเร็วกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจหรือมีในระดับน้อยกว่า ตามขั้นตอนของการยอมรับ นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger 1962: 76-93) ซึ่งได้กล่าวสรุปว่า การยอมรับนั้น มีลักษณะ เป็นกระบวนการที่เกิดในจิตใจของบุคคล จะเริ่มจากการรับรู้และสนใจจนถึง เกิด ความเข้าใจและรับไปปฏิบัติ และการศึกษาของ โบก (Bogue อ้างในสถาบันบัณฑิต - พัฒนบริหารศาสตร์ 2526: 1) ซึ่งศึกษาการยอมรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ การวางแผนครอบครัว พบว่าผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ นั้น เป็นผู้ที่มีความรู้ความ เข้าใจ ถูกต้องในเรื่องนั้นมากกว่าผู้ที่ไม่ยอมรับ สำหรับในโครงการับตรสุขภาพจากการศึกษาในระยะ แรกของโครงการ ของคณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและฝึกอบรมโครงการับตรสุขภาพ (2528: 2-7) พบว่ากลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมโครงการับตรสุขภาพมีความรู้ในเรื่องการ คำเนินงานโครงการ เข้าใจเงื่อนไข ซึ่งสิ่งเหล่านี้พบน้อยในผู้ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ เช่น เดียวกับการศึกษาของกองวิจัย กรมการพัฒนาชุมชน (2528: 11) พบว่าระดับความรู้ ความเข้าใจในงานพัฒนาชุมชนจะมีผลต่อความสำเร็จในงานพัฒนาชุมชนอย่างยิ่ง ดังนั้นจึง สรุปได้ว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในโครงการับตรสุขภาพมากจะ เข้าร่วมโครงการมากกว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจน้อยกว่า

ความคิดเห็นต่อโครงการ ความคิดเห็น เป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรม ด้านความรู้สึกที่มีต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็น ด้วยกับความรู้หรือข้อเท็จจริงนั้น ๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2527: 14) และหากความ คิดเห็นที่โน้มเอียงไปทางใดก็จะเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้น ซึ่งทัศนคตินี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมขึ้น กล่าวคือหากมีความคิดเห็นในทางบวกต่อสิ่งใด จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ก็จะยอมรับสิ่งนั้นได้ อย่างไรก็ตามทัศนคติเป็นเพียงสิ่งโน้มเอียงว่าจะก่อให้เกิดพฤติกรรม

เท่านั้น การเกิดพฤติกรรมปฏิบัติจริงย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นอีก เช่น สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความสามารถของบุคคล เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยกับโครงการบัตรสุขภาพจะมีแนวโน้ม เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยในระดับน้อยกว่า

ความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ ความศรัทธา เป็นบ่อเกิดของความ เชื่อถือและยอมรับ หากประชาชนมีศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินงานโครงการ ย่อมจะทำให้เกิดการยอมรับและร่วมมือเป็นอย่างดี ตามหลักการทำงานกับประชาชนในการพัฒนาชุมชนนั้น การสร้างศรัทธาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญ การได้รับความศรัทธาจากประชาชนจะทำให้ งานที่ข้าราชการนำไปสู่หมู่บ้านประสบความสำเร็จ สุรพล กาญจนะจิตรา (2527: 34-43) ได้กล่าวถึงการทำงานของนักพัฒนาที่จะให้เกิดผลสัมฤทธิ์ว่า ในงานพัฒนาชุมชนนั้นต้องอาศัยทัศนคติ ศรัทธาของประชาชนที่มีต่อข้าราชการและในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้น เสาวคนธ์ สุดสวัสดิ์ (2524: 189-191) กล่าวถึงผู้นำการเปลี่ยนแปลงว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลงนอกจากจะ เข้าใจวิธีการของการเปลี่ยนแปลงและมีเทคนิควิธีการชักชวนแล้ว ยังต้องมีบุคคลิกภาพ ภูมิหลังที่ดีอีกด้วย เพื่อให้บุคคลอื่นเกิดความศรัทธา

ในโครงการบัตรสุขภาพนั้นเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับนี้ยังเป็นปัญหาในการยอมรับความสามารถในการให้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลจากผู้รับบริการอยู่ และระบบบริการรักษาพยาบาลตามโครงการบัตรสุขภาพนั้น ใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการกลั่นกรองผู้ป่วย ผู้รับบริการต้องไปรับบริการในขั้นแรกที่สถานีอนามัยก่อน หากประชาชนมีความศรัทธา เชื่อถือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็มีส่วนในการตัดสินใจ เข้าร่วมโครงการได้ประการหนึ่ง ดังนั้นผู้ที่มีความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมากจะ เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความศรัทธาน้อย