

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บัตรประกันสุขภาพ เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขที่จัดขึ้นโดยรัฐมีรูปแบบการให้บริการประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาระบบงานบัตรประกันสุขภาพในระยะแรกเริ่มขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2526 และได้พัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งสภาพการใช้บัตรประกันสุขภาพที่ผ่านมาประชาชนใช้บัตรประกันสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลมีจำนวนมากว่ารูปแบบการให้บริการด้านอื่นที่รัฐจัดให้ ซึ่งทำให้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข ในระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีอัตราสูง และไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้เต็มที่ ซึ่งถ้ามีการส่งเสริมการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น เช่น การให้บริการด้านการอนามัยแม่และเด็ก ฝากครรภ์ การให้ภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน รวมทั้งการให้บริการการตรวจสุขภาพที่จำเป็น ก่อนระหว่างและหลังที่มีการเจ็บป่วย ก็จะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของรัฐลงได้เป็นอย่างมาก

งานบัตรประกันสุขภาพระยะที่ 1 ใช้ชื่อว่า โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก เริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2526 ซึ่งเป็นโครงการทดลอง มีประเภทบัตรอยู่ 3 ประเภทคือ บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค (บัตรครอบครัว) บัตรเพื่อการรักษาพยาบาล (บัตรบุคคล) และบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค(บัตรบุคคล) จากการประเมินผลในระยะสั้นปรากฏว่าโครงการสามารถสนองวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในลักษณะปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ ปรับปรุงระบบส่งต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้ สอดคล้องกับพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ จึงได้พัฒนาโครงการเข้าสู่ระยะที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2527 เปลี่ยนชื่อเป็นโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีบัตรอยู่ 2 ประเภทคือ บัตรเพื่อการรักษาพยาบาล และบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรคและปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะเน้นเรื่องการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกแก่สมาชิกผู้ถือบัตร และเป็นสิ่ง ูงใจให้ประชาชนมาร่วมโครงการ

มากขึ้น โครงการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในระยะที่ 3 สำหรับการขยายงาน ปี พ.ศ. 2528 - 2530 ได้แบ่งประเภทบัตรออกเป็น 3 ประเภท คือ บัตรเพื่อการรักษาพยาบาล (บัตรครอบครัว) บัตรเพื่อการรักษาพยาบาล(บัตรบุคคล) และบัตรเพื่อการอนามัย แม่และเด็ก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีความระมัดระวัง เป็นอย่างมาก เนื่องจากการขยายโครงการระยะที่ 2 ในปี พ.ศ. 2527 เป็นไปอย่างรวดเร็ว จากความตื่นตัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ และความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการนี้ คณะกรรมการอำนวยการ ได้ศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินในการดำเนินการกองทุนบัตรสุขภาพได้สรุปและเสนอแนะ ( ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ 2528 หน้า 32 - 33 ) ว่าในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ไม่สามารถจะแบกภาระทางการเงินในการดำเนินการกองทุนบัตรประกันสุขภาพได้ (สามารถจะแบกภาระค่าใช้จ่ายได้เต็มที่ไม่เกิน ร้อยละ 45 ในช่วง 3 ปีแรก) และความสามารถในการแบกภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการของรัฐ พบว่า “เงินบำรุง” เป็นตัวแปรสำคัญในความอยู่รอดของโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า เงินบำรุงในระดับ สถานีอนามัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ถือบัตรสุขภาพมารับบริการแต่ไม่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลและการบริการด้านอื่นๆที่รัฐจัดให้ ประมาณ ร้อยละ 50 ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเงินบำรุงมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เพราะผู้ถือบัตรสุขภาพใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลและการบริการด้านอื่นๆที่รัฐจัดให้ เป็นจำนวนมากคือ ประมาณร้อยละ 98 และขาดรายได้หลัก ซึ่งเป็นกลุ่มของข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจและห้องพิเศษ จนกระทั่งถึงในปัจจุบันการดำเนินโครงการบัตรประกันสุขภาพได้พัฒนาต่อมา โดยปรับเปลี่ยนประเภทบัตรมีเพียงประเภทเดียวคือ บัตรครอบครัว ซึ่งพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปี พ.ศ. 2538 ได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อเป็นเงินทุนโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยบุคคลทั่วไปที่ร่วมจ่ายเงินสมทบค่าบัตรฝ่ายหนึ่งกับรัฐอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะเสียเงินค่าบัตรจำนวน 500 บาท

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการและค่าใช้จ่าย การรักษาพยาบาลของสมาชิก บัตรประกันสุขภาพ ในโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ปี พ.ศ. 2537 จังหวัดสระบุรี ( ศักดิ์ชัย กาญจวัฒนา , 2538 , หน้า150 - 151 ) ได้พบว่าค่าใช้จ่ายต่อครั้งของผู้ป่วยนอก และค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วยใน ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อบัตร รวมถึงด้านความพึงพอใจของประชาชน จากการศึกษาข้อมูลจากผู้มีบัตรประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2537 ของจังหวัดสระบุรีจำนวน 12,942 บัตร และมีสมาชิก 45,166 คน พบว่า ค่าใช้จ่ายของสมาชิกที่แผนกผู้ป่วยนอก ระดับ

โรงพยาบาลศูนย์ มีค่าใช้จ่าย 161.10 บาท ต่อครั้ง ระดับโรงพยาบาลทั่วไป มีค่าใช้จ่าย 156.22 บาทต่อครั้ง ระดับโรงพยาบาลชุมชน มีค่าใช้จ่าย 79.92 บาทต่อครั้ง ระดับสถานีอนามัยมีค่าใช้จ่ายต่ำสุด 31.90 บาทต่อครั้ง ในส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต่อวัน ของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพที่ต้องพักรักษาตัวในสถานบริการ พบว่า ค่าใช้จ่ายจากการเรียกเก็บตามเงื่อนไขที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวน 522.10 บาทต่อวัน ที่ระดับโรงพยาบาลทั่วไป 357.10 บาทต่อวัน ระดับโรงพยาบาล ชุมชน 270.24 บาทต่อวัน และค่าใช้จ่ายเมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อบัตรแล้ว พบว่าสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทุกระดับเป็นค่าใช้จ่ายต่อบัตร 978.37 บาท ส่วนด้านความพึงพอใจของประชาชน พบว่า ร้อยละ 94.88 เห็นว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพเป็นโครงการที่ดี สามารถช่วยเหลือสมาชิกได้เมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 92.67 เห็นว่าการสมัครเป็นสมาชิกสามารถใช้สิทธิได้คุ้มค่า ร้อยละ 96.90 มีความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการด้านรักษาพยาบาลที่ระดับสถานีอนามัย ร้อยละ 91.81 มีความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการด้านรักษาพยาบาลที่ระดับ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 87.45 มีความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการด้านรักษาพยาบาลที่ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

จากการศึกษาโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ(โครงการบัตรสุขภาพ)ในบทวิเคราะห์เปรียบเทียบ การประกันสุขภาพแบบสมัครใจและแบบบังคับในบทความเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ( ทรงพรรณ สิงห์แก้ว , 2536 ) ได้กล่าวถึงไว้ว่า สาเหตุหนึ่งที่ผู้ถือบัตรสุขภาพมาใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยประกันสังคมนั้น เพราะผู้ป่วยบัตรสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีหลายกลุ่มอายุ และเป็นผู้มีแนวโน้มว่าจะมีโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าคนปกติ และยังเป็นกลุ่มที่ไม่มีเงื่อนไขของชั่วโมงการทำงานในลักษณะประจำ จึงมีความสะดวกที่จะไปพบแพทย์มากทำให้มีอัตราการใช้บริการสูง ในขณะที่เดียวกันนั้น การใช้บริการบัตรประกัน สุขภาพของประชาชนก็ยังมีผลที่ตามมาจากการประกันสุขภาพ ( วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และสุรเดช วลีอิทธิกุล , 2534 ) ซึ่งพบว่าเมื่อมีการประกันสุขภาพเกิดขึ้นอาจทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการ เกินระดับที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเรียกว่า moral hazard เนื่องจากผู้ใช้บัตรใช้บริการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น และจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่ให้บริการเกินความจำเป็นเพื่อจะได้ค่ารักษาพยาบาลในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นตามการให้บริการ และยังกล่าวถึงจุดอ่อนของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจไว้ว่าจะทำให้เกิดภาวะการเลือกปฏิบัติกล่าวคือผู้ที่แข็งแรงและมีโอกาสใช้บริการน้อยจะไม่เข้าร่วมโครงการ แต่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังผู้ที่อ่อนแอและมีโอกาสใช้บริการมากกว่าจะเข้าร่วมโครงการ

จากการที่มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 แจกตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ โครงการบัตรสุขภาพ ภายใต้โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ รัฐบาลมีนโยบายให้มีการประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง คณะรัฐมนตรีได้ลงมติให้ความเห็นชอบหลักการ โครงการจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอรับการสนับสนุน พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2538 ได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อเป็นเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดลำพูน เป็นจังหวัดหนึ่งซึ่งอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพ 100 % ในปี พ.ศ. 2538 ได้มีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ เป็นจำนวน 9,124 บัตร มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 31,973 คน คิดเป็นร้อยละ 16.17 ของประชากรทั้งหมด ( รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน , 2538 ) และในปี พ.ศ. 2539 ได้มีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ เป็นจำนวน 10,304 บัตร มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 29,290 คน คิดเป็นร้อยละ 14.80 ของประชากรทั้งหมด ( รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน , 2539 ) และในปี พ.ศ. 2540 ได้มีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 16,211 บัตร มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 57,343 คน คิดเป็นร้อยละ 14.14 ของประชากรทั้งหมด ( รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน , 2540 ) และต่อมาในปี 2541 ได้มีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 19,990 บัตร มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 89,402 คน คิดเป็นร้อยละ 21.95 ของประชากรทั้งหมด ( รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน , 2541 )

สภาพการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดลำพูนซึ่งครอบคลุมงานทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพ ของประชาชน มุ่งเน้นในด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณา ในด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนถึง 14,243,279 บาท และ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนถึง 16,197,394 บาท ( รายงานบัตรประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน , 2541 ) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น ก็จะสามารถลดงบประมาณค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้เป็นอย่างมาก เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย

จากข้อพิจารณาดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาถึงความต้องการและพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพของประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พื้นที่ของอำเภอเมืองลำพูน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการให้บริการในบัตรประกันสุขภาพของประชาชน รวมทั้งให้ตรงกับความต้องการทั้งทางด้านการให้บริการและการรับบริการของประชาชน ณ สถานบริการสาธารณสุข ต่อไป

#### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการของประชาชนในระบบบัตรประกันสุขภาพ
- 2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในระบบบัตรประกันสุขภาพ

#### ขอบเขตของการวิจัย

##### ขอบเขตประชากร

ประชากร คือ ประชาชนใน อำเภอเมืองลำพูน ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ และบัตรยังไม่หมดอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2542 จำนวน 5,272 ครอบครัว

##### ขอบเขตของเนื้อหา

1. ศึกษาความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพระบบบริการในบัตรประกันสุขภาพ ในด้าน
  - 1.1 การส่งเสริมสุขภาพ
  - 1.2 การป้องกันโรค
  - 1.3 การรักษาพยาบาล
  - 1.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการในระบบบัตรประกันสุขภาพ
  - 2.1 ก่อนการเจ็บป่วย
  - 2.2 ระหว่างการเจ็บป่วย
  - 2.3 หลังการเจ็บป่วย

### ประโยชน์ของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพของประชาชน อำเภอเมืองลำพูน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดให้บริการ โดยใช้บัตรประกันสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ
3. เป็นแนวทางในการนำเสนอให้เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายในโครงการบัตรประกันสุขภาพ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**บัตรประกันสุขภาพ** หมายถึง บัตรประกันที่มุ่งหมายจะให้ความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ฟรีที่ออกโดยรัฐมีจำนวนสมาชิกต่อ 1 บัตรได้ไม่เกิน 5 คน โดยต้องเป็นบุคคลในบ้านเลขที่เดียวกัน (ตามที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน) ชื้อในราคาบัตรละ 500 บาทและรัฐออกให้สบทบกองทุน 500 บาท

**ประชาชน** หมายถึง ประชาชนผู้ซื้อและเป็นสมาชิกผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองลำพูน

**ความต้องการ** หมายถึง ความต้องการของประชาชนที่เป็นอยู่ในขณะนั้นต่อการเลือกประเภทการรับบริการ คือ การบริการด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้บัตรประกันสุขภาพ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

**สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ** หมายถึง สถานบริการที่ผู้ใช้บริการบัตรประกันสุขภาพเข้าไปใช้บริการ เช่น สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาล

**ส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง สภาพที่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเข้าใช้บริการด้าน การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพ ฯลฯ

**ป้องกันโรค** หมายถึง สภาพที่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเข้าใช้บริการด้าน การป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพ ฯลฯ

**รักษาพยาบาล** หมายถึง สภาพที่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเข้าใช้บริการด้าน การรักษาพยาบาล เช่น การตรวจโรค การรักษาโรค ฯลฯ

**ฟื้นฟูสมรรถภาพ** หมายถึง สภาพที่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเข้าใช้บริการด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เข้าบริการนวดแพทย์แผนไทย บริการศูนย์กิจกรรมกายภาพบำบัด ฯลฯ

การใช้บริการบัตรประกันสุขภาพ หมายถึง การใช้บัตรประกันสุขภาพตามสิทธิการ  
ใช้บริการในการดูแลสุขภาพ ก่อน ระหว่าง และหลังการเกิดการเจ็บป่วย

การใช้บัตรก่อนการเจ็บป่วย หมายถึง สภาพการปฏิบัติตัวของประชาชนในการใช้  
บัตรประกันสุขภาพในขณะก่อนการเจ็บป่วย

การใช้บัตรระหว่างการเจ็บป่วย หมายถึง สภาพการปฏิบัติตัวของประชาชนในการใช้  
บัตรประกันสุขภาพในขณะระหว่างการเจ็บป่วย

การใช้บัตรหลังการเจ็บป่วย หมายถึง สภาพการปฏิบัติตัวของประชาชนในการใช้บัตร  
ประกันสุขภาพในขณะช่วงหลังการเจ็บป่วย

หัวหน้าครอบครัว หมายถึง บุคคลภายในครอบครัวที่สามารถในการตัดสินใจในกิจการ  
ทุกอย่างภายในครอบครัว