

บทที่ 3

ความเป็นมาของโครงการบัตรประกันสุขภาพ และสภาพของโครงการบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบัน

ความเป็นมาของการประกันสุขภาพ

1. กำเนิดการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นกลไกสำหรับเฉลี่ยความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ที่ไม่มีความแน่นอนในอนาคตสำหรับคนจำนวนหนึ่ง โดยผู้เป็นสมาชิกต้องจ่ายเบี้ยประกัน (Premium) ให้แก่องค์กรที่ทำหน้าที่รับประกัน ซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกที่ประสบความเสี่ยงนั้น

กำเนิดของระบบประกันสุขภาพนั้น²⁴ เริ่มจากคนงานในยุโรปได้รวมตัวกันเป็นสมาคม และจัดตั้งกองทุนขึ้น เพื่อช่วยเหลือเพื่อนคนงานยามเจ็บป่วย เพราะการเจ็บป่วยส่งผลให้คนงานไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ และต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ต่อมาในปลายศตวรรษที่ 18 ได้มีการรวมตัวกันของคนงานและชาวนา จัดตั้งเป็นกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness Fund) โดยสมาชิกจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อเกิดเจ็บป่วยกองทุนจะจ่ายเงินเป็นค่ารักษาต่อมาได้พัฒนาให้มีการทำสัญญากับแพทย์เพื่อให้ดูแลสมาชิก ต่อมานายจ้างของกิจการที่มีความเสี่ยงสูงเห็นประโยชน์ จึงเกิดการบังคับให้ลูกจ้างทำประกัน และต่อมามีความนิยมมาก จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1883 รัฐบาลเยอรมัน ได้ออกกฎหมายบังคับ ให้ลูกจ้างที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่กำหนดในโรงงานบางประเภททำประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพแบบบังคับ (Compulsory Health Insurance) ซึ่งในที่สุดได้พัฒนาจนเกิดมีระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) ปัจจุบันมีการดำเนินการประกันสุขภาพทั้ง 2 แบบ และโครงการบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทยเป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

²⁴เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ หน้า 76.

จากการศึกษา ก่อนเริ่มดำเนินการโครงการบัตรประกันสุขภาพทั่วประเทศประเภท บัตร และราคาที่เป็นธรรม คือ บัตรประเภทครอบครัวราคาบัตรละ 1,000 บาท โดยประชาชน และรัฐออกเงินสมทบฝ่ายละ 500 บาท ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของ ระบบสวัสดิการ หรือประกันสุขภาพระบบอื่น อันได้แก่ เกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในสถาน ประกอบการขนาดเล็ก ที่ไม่เข้าข่ายพระราชบัญญัติประกันสังคม และผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ ซึ่ง ในระยะแรกเห็นประชากรในชนบทกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางหรือมีรายได้ไม่แน่นอน

2. ประเภทของประกันสุขภาพ 2 แบบ²⁵ คือ

2.1 การประกันสุขภาพโดยบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นการ ประกันสุขภาพโดยรัฐมีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนประกันสุขภาพ ตนเอง

2.2 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) ซึ่งมี 2 ประเภท คือ

- การประกันสุขภาพฟรีเริ่มโดยกลุ่มผู้บริโภครวมตัวแล้ว ไปจ้างแพทย์มาให้บริการองค์การของตน
- การประกันสุขภาพฟรีเริ่มโดยแพทย์ ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ให้บริการ ผู้บริโภคต้องเสียค่าประกันอย่างสม่ำเสมอให้แก่องค์การ ในรูปแบบนี้ แพทย์จะได้เปรียบเพราะเป็นผู้ผูกขาดการให้บริการ ต่อมาได้เปลี่ยนรูปแบบเป็นการประกันสุขภาพโดยบริษัทประกันสุขภาพเป็นบุคคลที่สาม เป็นผู้ดำเนินการ

สำหรับประเทศไทยโครงการบัตรประกันสุขภาพเป็นการประกันสุขภาพ โดยความ สมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดของโครงการบัตรสุขภาพต่อไป

²⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 77-78.

วิวัฒนาการของการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ²⁶

วิวัฒนาการของโครงการบัตรประกันสุขภาพแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ของการดำเนินงานในโครงการบัตรสุขภาพ ตามหลักการเหตุผลและวัตถุประสงค์ที่ปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในระยะตั้งแต่ปี 2526 เป็นต้นมา โดยย่อแล้วอาจจัดช่วงระยะที่แสดงวิวัฒนาการได้เป็น 4 ระยะ²⁷ คือ

ระยะที่ 1 : พ.ศ. 2526

ระยะที่ 2 : พ.ศ. 2527-2529

ระยะที่ 3 : พ.ศ. 2530-2534

ระยะที่ 4 : พ.ศ. 2535 ถึงปัจจุบัน

ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2526)

เริ่มแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุข ได้ทดลองโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยใช้ชื่อว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ทดลองใน 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี สงขลา รวมทั้งสิ้น 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน วัตถุประสงค์ คือ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการบริหารด้านการเงิน และรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชน ด้วยการจัดตั้งกองทุนโดยชุมชนดำเนินการในกิจกรรม 4 ประการ ในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อและสุขภาพศึกษา

เหตุผลและหลักการจากแนวคิดพื้นฐานของการสาธารณสุขของประเทศในอดีตที่ผ่านมา ถือว่ารัฐบาลเป็นผู้บริการและผู้ให้บริการ โดยประชาชนเป็นผู้รับบริการตลอดมา แต่วิถีการปฏิบัติตามแนวคิดดังกล่าวนั้นยังไม่อาจกระจายโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขแก่ประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะความก้าวหน้าและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กว้างขวางมากขึ้น ยิ่งทำให้ความแตกต่างและเหลื่อมล้ำในโอกาสที่จะเข้าถึงบริการในระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ มีมากขึ้นการสาธารณสุขของประเทศจึงพยายาม เน้นการพัฒนาโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการช่วยเหลือตนเอง โดยรัฐ

²⁶เทียนฉาย กิระนันท์, เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย (กรุงเทพฯ : คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537), หน้า 83-85.

²⁷ดูตารางประกอบ ผนวก ข

เป็นฝ่ายให้การสนับสนุน แนะนำและประสานงานด้านวิชาการ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ที่ประชาชนไม่สามารถจัดหาได้เอง ความพยายามดังกล่าวจึงเท่ากับเป็นวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาด้วยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคน 2 กลุ่มคือ ประชาชนหรือชุมชนกับเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้โดยให้ประชาชนหรือชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ซึ่งเป็นวิธีการตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

กองทุนที่ดำเนินการเป็นกองทุนในระดับหมู่บ้าน บัตรสุขภาพราคา 200 บาท สำหรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และบริการอนามัยแม่และเด็ก ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และมีบัตรเฉพาะการรักษาพยาบาล ราคา 100 บาท กับบัตรอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาท

ระยะที่ 2 (ปี 2527-2529)

หลังจากที่การดำเนินงานปีแรกประสบความสำเร็จด้วยดี ในระยะที่ 2 นี้ จึงได้ผนวกหลักการและวัตถุประสงค์อื่น ๆ เข้าไว้ในการทำงานโครงการบัตรสุขภาพด้วยอีกหลายประการพร้อมกับคำสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขให้เร่งรัดการขยายพื้นที่ดำเนินการของโครงการบัตรสุขภาพอย่างเร็วมาก

ในปี 2527 โครงการบัตรประกันสุขภาพระยะที่ 2 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการและใช้ชื่อว่า "โครงการบัตรประกันสุขภาพ" โดยกำหนดเป้าหมายให้มีกองทุนบัตรประกันสุขภาพครบทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน กับมีโครงการทดลองเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสนับสนุนของ GTZ ซึ่งครอบคลุม 4 อำเภอ 6 ตำบล รวม 33 หมู่บ้าน และตั้งเป้าหมายว่าในปี 2528 ให้มีกองทุนบัตรประกันสุขภาพครอบคลุมประมาณ ร้อยละ 55 ของครัวเรือน ทั้งประเทศ และประมาณร้อยละ 34 ของประชากรทั้งหมด

กองทุนดำเนินการบัตรสุขภาพยังคงเป็นระดับหมู่บ้าน ประชาชนเข้ามาเป็นสมาชิกกองทุนบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ด้วยการซื้อบัตรประกันสุขภาพมี 2 ชนิด 2 ราคา คือ บัตรสีแดง เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท และเริ่มกำหนดเงื่อนไขในการใช้บัตรสุขภาพว่า ผู้ถือบัตรจะใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีได้ไม่เกิน 8 ครั้งต่อปี และกำหนดวงเงินค่ารักษาพยาบาลสูงสุดต่อครั้ง จำนวน 2,000 บาท โดยผู้ถือบัตรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินเอง โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 แต่จะต้องเข้ารับบริการยังสถานบริการที่กำหนดเท่านั้น

หลักการเรื่องของการแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายสะท้อนได้จากการเริ่มต้นพิจารณา สัดส่วนของเงินกองทุน ซึ่งสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเรียกเก็บจากกองทุนบัตร สุขภาพแต่ละกองทุน ส่วนแบ่งนี้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง โดยให้แบ่งสรรให้ สถานบริการร้อยละ 75 (คือ สถานีอนามัยร้อยละ 15 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 30 โรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 30 ซึ่งสัดส่วนนี้สะท้อนปริมาณการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย และ ความรุนแรงของอาการป่วยกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล) แบ่งสรรให้เจ้าหน้าที่ของสถาน บริการร้อยละ 10 และจัดเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุน เดิมนั้นได้มีการจำกัดโรคที่ จะรับบริการรักษาพยาบาลไว้ แต่ได้ปรับเปลี่ยนเป็นไม่จำกัดโรคในเวลาต่อมา

สำหรับบัตรอนามัยแม่และเด็ก ผู้ถือบัตรได้รับสิทธิในการดูแลรักษาก่อนคลอด บริการทำคลอดและดูแลหลังคลอด บริการให้ภูมิคุ้มกันโรค และบริการดูแลรักษาเด็กเกิดใหม่ จนครบอายุ 1 ปีบริบูรณ์

การบริหารงานในระดับหมู่บ้าน หรือตำบลได้จัดตั้งกองทุนบัตรประกันสุขภาพ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการกองทุน ซึ่งมีผู้ใหญ่บ้านหรือกำนันเป็นประธานแล้วแต่กรณี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อื่นที่รัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ในระดับกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพค่อนข้างมาก โดยกำหนดเป็นนโยบาย ปฏิบัติให้แก่จังหวัดในการขยายพื้นที่ดำเนินการกองทุนบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก และการให้งานบัตรประกันสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งของการนิเทศงานสาธารณสุข

อย่างไรก็ดีในช่วงปลายของระยะที่ 2 นี้ ได้เริ่มมีการพิจารณามากขึ้นถึงประเด็น ของความคุ้มทุนที่สถานบริการได้รับจากกองทุนบัตรสุขภาพเมื่อเทียบกับรายจ่ายค่ารักษา พยาบาล โดยเฉพาะเมื่อบัตรสุขภาพได้เปลี่ยนจุดเน้นจากการอนามัยแม่และเด็กไปเป็นจุดเน้นที่ การรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยโดยทั่วไป จึงมีการเปลี่ยนแปลงราคาบัตรเป็น 300 บาทในที่สุด และมีการให้แรงจูงใจแก่สมาชิกที่ไม่เคยเจ็บป่วยและไม่ได้ใช้บริการเลยในรอบปีให้สามารถต่อ อายุบัตรได้อีก 1 ปี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้ต่ออายุบัตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง หรือ 2 ปี

อนึ่ง ในช่วงระยะที่มีการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพในเขตชนบทเข้าสู่ระยะที่ 3 นั้นเอง ก็ได้เริ่มทดลองโครงการบัตรประกันสุขภาพในเขตเมืองด้วย ทั้งนี้โดยอาศัยหลักการ และวิธีการโดยทั่วไป ที่ใช้ในโครงการบัตรประกันสุขภาพในเขตชนบทเป็นหลัก แต่ได้พิจารณาแบ่งชุมชนเขตเมืองเป็น 3 ประเภทคือ (ก) ชุมชนหนาแน่น (ย่านการค้าและตลาด มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดี) (ข) ชุมชนแออัด (สลัม และประชากรมีฐานะยากจน) และ (ค) ชุมชนชานเมือง (มีลักษณะคล้ายชนบทตั้งอยู่รอบนอกตัวเมือง) ส่วนการบริหารงานและบริการเป็นความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และเทศบาลในพื้นที่ในขั้นแรกได้ตั้งเป้าหมายดำเนินการทดลองใน 6 จังหวัด คือ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครศรีธรรมราช และสงขลา (2 แห่ง คือเทศบาลเมืองสงขลาและเทศบาลเมืองหาดใหญ่) แต่ในการดำเนินการจริงนั้นในชุมชนหนาแน่นสามารถเปิดดำเนินการทดลองได้ เพียง 3 แห่ง คือ นครราชสีมา ราชบุรี และนครสวรรค์ ในชุมชนแออัดและชานเมืองเปิดดำเนินการทดลองได้ทุกพื้นที่รวมกันแห่งละ 2-7 ชุมชนยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งไม่อาจเปิดดำเนินการได้เลย ในระยะกลางปี 2529 ต่อจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการประเมินผลโครงการบัตรประกันสุขภาพในระดับประเทศ โดยวิธีการประชุมสัมมนาเป็นหลัก ผลจากการประชุมประเมินผล จึงเน้นให้จังหวัดขยายพื้นที่และปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพได้ตามความเหมาะสมของแต่ละจังหวัด รายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพจึงเริ่มมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ทั้งในแง่การบริหารกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ชนิดของบัตรประกันสุขภาพ ราคาบัตรสิทธิประโยชน์ของบัตร และวิธีการแบ่งสรรเงินกองทุน ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปรับนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพในระยะ ต่อมา โดยเน้นการขยายตัวตามสภาพความพร้อมและเน้นคุณภาพของการดำเนินงานโครงการมากกว่าการเร่งรัดขยายพื้นที่ดำเนินการดังที่ปรากฏในระยะก่อนหน้านั้น

ระยะที่ 3 (ปี 2530-2534)

หลังจากที่ได้เริ่มนำแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเข้ามา ใช้ในโครงการบัตรสุขภาพแล้ว ขอบข่ายครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพได้ขยายไปครอบคลุมทุกจังหวัดและอำเภอ อำเภอละ 8 ตำบล ตำบลละ 3 หมู่บ้าน แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงในแนวนโยบายของการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะของผู้บริหารที่มีต่อหลักการและการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพว่าน่าจะปรับให้ค่อยเป็นค่อยไปตามระดับความพร้อมและความต้องการของแต่ละพื้นที่ ทำให้ขอบข่ายครอบคลุมของโครงการบัตรสุขภาพลดลงเหลือเพียงประมาณร้อยละ 36ของครัวเรือนทั้งหมดเท่านั้น

ในการดำเนินงานโครงการระยะที่ 3 ได้กำหนดให้มีบัตร 3 ประเภท คือ บัตรสีเขียว เป็นบัตรครอบครัวเพื่อรักษาพยาบาล ราคา 300 บาท สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 6 ครั้ง บัตรสีแดง เป็นบัตรบุคคลเพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท (สำหรับบุคคลเดียว) สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 4 ครั้ง และบัตรสีฟ้า เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีตามเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนดไว้ด้านหลังบัตร ขณะเดียวกันได้ปรับเปลี่ยนขอบข่ายของสิทธิประโยชน์ โดยขยายการให้บริการเป็นไม่จำกัดชนิดและประเภทของโรค (ยังคงยกเว้นศัลยกรรมตกแต่งทันตกรรม ประดิษฐ์และแว่นตา) และกำหนดเพดานค่ารักษาพยาบาลไว้สูงสุด 2,000 บาทต่อ episode ส่วนสิทธิและประโยชน์หลักอื่น ๆ ยังคงเป็นเช่นเดิม

ระยะที่ 4 (ปี 2535 – ปัจจุบัน)

ในการสำรวจความครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพ สำหรับประชากรทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2541 พบว่า อยู่ในอัตราร้อยละ 24 ของครัวเรือนทั้งหมด²⁸ ในขณะที่หากมองย้อนกลับไปในปีงบประมาณ 2534, 2535 และ 2538 จะพบว่า ความครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพ สำหรับประชากรทั่วประเทศ อยู่ในระดับที่ต่ำมาก คือเท่ากับ 7.7, 2.3 และ 7.8 ตามลำดับ²⁹

โดยที่กองทุนได้ปรับขยายขึ้นเป็นกองทุนระดับอำเภอ และเป็นกองทุนระดับจังหวัด 1 กองทุน ทั้งนี้สะท้อนมาจากแนวความคิดเรื่องกำไร-ขาดทุนของกองทุนเป็นสำคัญ

บัตรประกันสุขภาพปรับเพิ่มขึ้นเป็นราคา 500 บาท สำหรับบัตรครอบครัว โดยที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งวงเงินอุดหนุนให้อีกบัตรละ 500 บาท เพื่อให้สถานบริการเข้าสู่จุดคุ้มทุน แต่ในราคาบัตรละ 500 บาท นี้ รวมถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้วย และไม่จำกัดเงื่อนไขของการรับบริการ

²⁸ รูปภาพประกอบ ผนก ก

²⁹ ตารางประกอบ ผนก ข

การจัดสรรเงินกองทุนโครงการบัตรประกันสุขภาพ

สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1-2: ได้กำหนดการจัดสรรเงินกองทุนบัตรประกันสุขภาพ (จากการขายบัตรประกันสุขภาพ) เป็นสัดส่วนชัดเจน ดังนี้

- ร้อยละ 40 สำหรับจ่ายทดแทนสถานบริการระดับต่าง ๆ
- ร้อยละ 30 เป็นเงินพัฒนางานสาธารณสุข
- ร้อยละ 30 เป็นส่วนสำหรับสมาชิกบริหารจัดการกองทุนบัตรประกันสุขภาพในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3: ได้ปรับการจัดสรรเงินกองทุนเสียใหม่เป็นดังนี้

- ร้อยละ 75 สำหรับจ่ายทดแทนสถานบริการระดับต่าง ๆ
- ร้อยละ 10 เป็นค่าสมนาคุณเจ้าหน้าที่
- ร้อยละ 15 เป็นค่าบริหารจัดการกองทุน

ทั้งนี้ได้กำหนดเงื่อนไขให้กองทุนสามารถนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายหมุนเวียนในลักษณะกองทุนเอนกประสงค์ได้ก่อนในระยะเวลา 1 ปี แล้วจึงทำการจัดสรรภายหลัง

ระยะที่ 4 : ส่วนแบ่งของเงินกองทุนก็ได้เปลี่ยนไปเป็นว่า

- ร้อยละ 80 ของราคาบัตรที่ขายได้ สถานบริการได้รับส่วนแบ่ง
- ร้อยละ 15 ของราคาบัตรที่ขายได้ เป็นส่วนแบ่งสำหรับแรงจูงใจในการขายหรืออีกประการหนึ่ง คือ ค่าการตลาดของการขายบัตรประกันสุขภาพ

ปัจจุบัน : ได้มีการเปลี่ยนแปลงส่วนแบ่งของเงินกองทุนเป็น

- ร้อยละ 85 สถานบริการได้รับส่วนแบ่ง
- ร้อยละ 10 สำหรับค่าบริหารจัดการและการประชาสัมพันธ์
- ร้อยละ 5 สำหรับค่าอนามัยพื้นฐาน เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรค

สรุปจุดอ่อนของโครงการบัตรประกันสุขภาพที่ผ่านมา³⁰

1. การอิงโครงการกับความสามารถของชุมชนในการจัดตั้งกองทุนระดับหมู่บ้าน
2. การยอมรับของประชาชนและแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ
3. ข้อจำกัดให้ใช้บริการได้เฉพาะจากหน่วยบริการ
4. การกำหนดหลักเกณฑ์ที่จุกจิกและเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ประชาชนสับสน
5. คุณภาพของสถานื่อนามัยซึ่งเป็นจุดแรกของการเข้ารับบริการไม่เป็นที่ยอมรับของประชาชน

สถานการณ์ปัจจุบันของโครงการบัตรประกันสุขภาพ

โครงการบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบันเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538³¹ โดยมีการปรับปรุงวัตถุประสงค์การบริหารดำเนินงาน และรูปแบบของโครงการให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบัน³²

1. เพื่อขยายหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หรือไม่มีหลักประกันสุขภาพจากระบบอื่นใดของรัฐหรือภาคเอกชน ได้มีการประกันสุขภาพทุกคนโดยสมัครใจ
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ตลอดจนให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

³⁰ เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, การประเมินผลโครงการบัตรประกันสุขภาพ หน้า 117.

³¹ คู่มือมูลประกอบ ผนวก ก

³² เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, การประเมินผลโครงการบัตรประกันสุขภาพ หน้า 119.

องค์กรดำเนินงาน

- | | |
|------------------|--|
| 1. ระดับส่วนกลาง | กระทรวงสาธารณสุข |
| หน้าที่ | กำหนดนโยบาย กลวิธีหลัก หลักเกณฑ์ และแนวทางปฏิบัติประสานงาน สนับสนุนวิชาการ และทรัพยากร |

โครงการบัตรประกันสุขภาพอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล และมีคณะกรรมการเป็นผู้กำหนดนโยบาย กลวิธีหลัก หลักเกณฑ์ และแนวทางปฏิบัติของโครงการบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้ในแต่ละจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ต่อไป³³

- | | |
|-----------------|--|
| 2. ระดับจังหวัด | สาธารณสุขจังหวัด |
| หน้าที่ | ถ่ายทอดนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติภายในจังหวัด รวมถึงการบริหารเงินงบประมาณอุดหนุนให้เป็นไปตามระเบียบ |

ในระดับจังหวัดมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแล และบริหารงาน เพื่อให้แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เป็นรูปร่างและเป็นไปตามที่กำหนด โดยจะดูแลภายในพื้นที่ความรับผิดชอบของแต่ละจังหวัด

การดำเนินโครงการบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ ในปัจจุบันนี้อยู่ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ซึ่งกำหนดแนวทางปฏิบัติงานให้หน่วยงานในระดับจังหวัดดำเนินการ³⁴ ดังต่อไปนี้ กล่าวคือ ให้มีคณะกรรมการบริหารบัตรประกันสุขภาพจังหวัด ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานอนุกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ เกษตรจังหวัด สหกรณ์จังหวัด ผู้แทนกระทรวงมหาดไทยที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตร และ

³³ดูแผนภูมิประกอบ ผนวก ค

³⁴ดูแผนภูมิประกอบ ผนวก ค

สหกรณ์การเกษตร (ชกส.) สาขาจังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิที่ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง จากสมาชิกสภาจังหวัดหนึ่งคนจากสมาชิกสภาเทศบาลหนึ่งคน จากผู้มีประกันสอง คนเป็นอนุกรรมการ ผู้อำนวยการพิเศษหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดมอบหมาย เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบงาน ประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมโรง พยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

3. ระดับอำเภอ

สาธารณสุขอำเภอ

หน้าที่

เป็นระดับปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ โครงการ

ระดับอำเภอมีสมาชิกสาธารณสุขอำเภอเป็นศูนย์กลาง โดยหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ จะบริหารงานในสาธารณสุขอำเภอและแจกจ่ายงานให้แก่สถานื่อนามัยในความ รับผิดชอบอีกทีหนึ่ง³⁵

ประเภทของบัตรประกันสุขภาพ

ในปัจจุบันมีบัตรประกันสุขภาพเพียงประเภทเดียว คือ บัตรครอบครัว มูลค่า 1,500 บาท ประชาชนซื้อในราคา 500 บาทเช่นเดิม แต่รัฐสมทบเงิน เพิ่มเติมจากเดิม บัตรละ 500 บาท เป็นบัตรละ 1,000 บาท (มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2542 เนื่องจากที่ผ่านมามาสถานพยาบาลในโครงการล้วนแล้วแต่ ประสบผลขาดทุน อันมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ประการด้วยกัน โดยมีสาเหตุที่สำคัญมาจาก ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่เป็นคนป่วยที่มีโรค ประจำตัวหรือเป็นโรคเรื้อรัง รัฐบาลจึงจำเป็นต้องสมทบเงินเพิ่มขึ้น เพื่อให้ โครงการบัตรประกันสุขภาพมีกองทุนเพียงพอในการบริหารโครงการให้อยู่รอดไป ได้ อีกทั้งเพื่อเป็นการคืนเงินอุดหนุนให้แก่สถานพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการไม่ ให้ประสบผลขาดทุนจนเกินไป

³⁵ ดูแผนภูมิประกอบ ผนวก ค

คุณสมบัติผู้มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพ

เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย มีรายได้ปานกลางหรือไม่แน่นอน เช่น เกษตรกร กลุ่มแรงงานรับจ้าง (ที่ไม่อยู่ในข่ายประกันสังคม) และนักศึกษา เป็นต้น ยกเว้น ผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ตามสิทธิข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ, ผู้ที่อยู่ในข่ายประกันสังคม และ ผู้ได้รับสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยบัตรประกันสุขภาพ 1 บัตร จะระบุผู้มีสิทธิไม่เกิน 5 คน³⁶ บุคคลเหล่านั้นจะต้องมีชื่อในทะเบียนบ้านเดียวกัน

หลักฐานที่ใช้ประกอบในการขอทำบัตร

1. สำเนาทะเบียนบ้าน
2. เงิน 500 บาท

สถานที่ติดต่อขอทำบัตร

สามารถติดต่อขอทำบัตรในเวลาราชการได้ที่

1. สถานีอนามัยในตำบล อำเภอ ตามภูมิสำเนา
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

สถานพยาบาลร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ

ได้แก่ สถานีอนามัยท้องถิ่นและโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัด

โครงการบัตรประกันสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 22 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอ ได้แก่ อำเภอ เมือง แม่ริม สันทราย ดอยสะเก็ด แม่แตง พร้าว เชียงดาว ไชยปราการ เวียงแหง ฝาง แม่สาย สะเมิง หางดง สารภี สันกำแพง สันป่าตอง กิ่งอำเภอดอยหล่อ กิ่งแม่ ออน แม่วาง แม่แจ่ม จอมทอง ฮอด ดอยเต่า และอมก๋อย มีประชากร 1,575,597 คน แยกเป็น ชาย 787,228 คน และ หญิง 788,369 คน มีจำนวนครัวเรือน โดย

³⁶ รูปภาพประกอบ ผนวก ง

ประมาณ 501,000 ครั้งเรือน ผู้มีงานทำอยู่ในภาคเกษตรร้อยละ 72.4 ด้านพาณิชยกรรมและบริการร้อยละ 15.2 และด้านอุตสาหกรรมร้อยละ 12.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร 28,100 บาทต่อคนต่อปี³⁷

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐประกอบด้วย โรงพยาบาล 23 แห่ง สถานีอนามัยประจำตำบล 260 แห่ง แต่สำหรับในที่นี่ได้ทำการศึกษาโครงการบัตรประกันสุขภาพเฉพาะภายในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นสถานพยาบาลร่วมโครงการ ได้แก่ สถานีอนามัยทั้ง 9 แห่ง ดังต่อไปนี้ สถานีอนามัยช้างเผือก, สถานีอนามัยสุเทพ, สถานีอนามัยแม่เหียะ, สถานีอนามัยป่าแดด, สถานีอนามัยหนองหอย, สถานีอนามัยท่าศาลา, สถานีอนามัยหนองป่าครั่ง, สถานีอนามัยฟ้าฮ่าม และ สถานีอนามัยสันผีเสื้อ สำหรับโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่คือ โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ นั่นเอง ดังนั้น ผู้มีสิทธิในบัตรสามารถไปรับการรักษาได้ทั้ง 10 แห่งข้างต้น

ผลการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่
จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2540³⁸ พอจะสรุปได้ดังนี้

1. การครอบคลุมประชากร

ปีงบประมาณ 2539 มีความครอบคลุมสมาชิกบัตร จำนวน 76,564 คน หรือร้อยละ 5.21³⁹ ในขณะที่ปีงบประมาณ 2540 จังหวัดเชียงใหม่ตั้งเป้าการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพไว้ 62,023 บัตร แต่จำหน่ายได้ 35,218 บัตร หรือ ร้อยละ 56.78 ของเป้าหมาย ครอบคลุมสมาชิกบัตร 139,950 คนหรือร้อยละ 8.88 ของประชากรทั้งหมด คิดเป็นจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4 คนต่อหนึ่งบัตร

2. การใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ

ผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการ 8.23 ครั้งต่อบัตร หรือ 2.08 ครั้งต่อคน

ผู้ป่วยใน มีอัตราการใช้บริการ 28.95 ครั้งต่อ100 บัตรหรือ 7.33 ครั้งต่อ100 คน

³⁷ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, "รายงานประจำปี", กระทรวงสาธารณสุข (2540): 1.

³⁸ เรื่องเดียวกัน : 62, 63, 69, 72.

³⁹ ดูตารางประกอบ ผนวก ข

3. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง

ผู้ป่วยนอก เท่ากับ 112 บาทต่อครั้ง

ผู้ป่วยใน เท่ากับ 615 บาทต่อวัน

ตามปรัชญาของโครงการบัตรสุขภาพ ต้องให้มีลักษณะเป็นการประกัน (Insurance Based) หรือเป็นการใช้หลักเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk Sharing) ซึ่งกลวิธีที่จะนำมาใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ต้องใช้การขยายฐานประชากรร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงให้กว้างขึ้น ทำให้กองทุนมีรายได้มากขึ้น อัตราการคืนทุน (Cost Recovery) ของกองทุนก็จะมากขึ้น และจะทำให้กองทุนสามารถดำรงสถานภาพอยู่ได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์การเงินของกองทุนระดับจังหวัด พบว่า การจัดสรรงบประมาณไปให้สถานบริการของรัฐที่ให้บริการแก่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพยังไม่เพียงพอกับรายจ่ายจริงที่สถานบริการได้ใช้จ่ายออกไป เป็นที่น่าสังเกตว่าการจัดสรรงบประมาณเพื่อมาชดเชยให้กับสถานบริการใช้ฐานของรายจ่ายที่สถานบริการแจ้งมายังกองทุน ไม่ใช่ฐานของต้นทุน (Cost) ซึ่งยังเป็นประเด็นที่น่าจะทำการศึกษาต่อไปว่า อัตราการคืนทุน (Cost Recovery) ของสถานบริการควรจะคำนวณจากฐานของรายจ่ายหรือต้นทุน เพราะความแตกต่างจากฐานการคิดนี้ จะทำให้เกิดความแตกต่างของระบบบัญชี ซึ่งจะสะท้อนสถานภาพทางการเงินของกองทุนได้

การได้รับงบประมาณชดเชยที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ย่อมทำให้สถานบริการขาดแรงจูงใจในการให้บริการที่ดี และไม่ให้ความสำคัญกับผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า สถานบริการของรัฐที่เป็นแหล่งขายบัตรประกันสุขภาพบางแห่งได้งดการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน ซึ่งจะมีผลต่ออัตราการขยายฐานการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงบริการตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในบัตร รวมถึงการปฏิเสธจะไม่เข้าร่วมให้บริการ ซึ่งก็คือ การไม่ร่วมในโครงการบัตรประกันสุขภาพ ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นข้างต้นย่อมแสดงถึงปัญหาการดำเนินโครงการบัตรประกันสุขภาพที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการในที่สุด