

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of Related literatures)

ผู้วิจัยได้ศึกษา หนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
3. หลักประกันทางด้านสุขภาพในประเทศไทย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันทางด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายและขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) มีความแตกต่างกันระหว่างนักพฤติกรรมศาสตร์ นักสุขภาพศึกษา และนักวิชาการด้านสาธารณสุขดังนี้

Gochman (1982:169) ได้ให้นิยามของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบอื่นๆ เช่น ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และพฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ (12)

คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่าการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการค้นหาว่ามีตัวกำหนดอะไรบ้างที่ทำให้บุคคล เชื่อ คิด และรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพ และสิ่งที่บุคคล เชื่อ คิด และรู้สึกนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลอย่างไรบ้าง (12)

Benjamin Bloom ได้อธิบายแนวคิดของพฤติกรรมของมนุษย์ว่าประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบคือ

1. ความรู้/ความคิด (Cognitive domain) ซึ่งได้แก่ ความรู้ ความคิดของบุคคล
2. ความรู้สึก (Affective domain) ซึ่งได้แก่ทัศนคติ ค่านิยม ฯลฯ
3. การปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมกระทำของมนุษย์ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถมองเห็นได้ (12)

มานิต มานิตเจริญ ให้ความหมายว่า "พฤติกรรม" คือ การปฏิบัติตัว กิริยาอาการ ความคิดและความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม "สุขภาพ" คือความเป็นสุข ปราศจากโรคอนามัยของร่างกาย ภาวะความเป็นอยู่ของร่างกาย เช่น สุขภาพดีก็หมายความว่า ร่างกายแข็งแรง สุขภาพไม่ดีก็หมายความว่าร่างกายไม่แข็งแรง (13)

สุชาติ โสภประยูร(2525:44) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ (13)

ธนวรรธ อิมสมบูรณ์ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึงการกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและที่ท่าที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสีย ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน (13)

Good(1959:44, 58-60) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ(Health behavior) ว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน(Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรม และนามธรรม ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆเพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกริยาต่างๆของบุคคลที่แสดงออกมา ทั้งทางวาจา

และการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า (13)

พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ

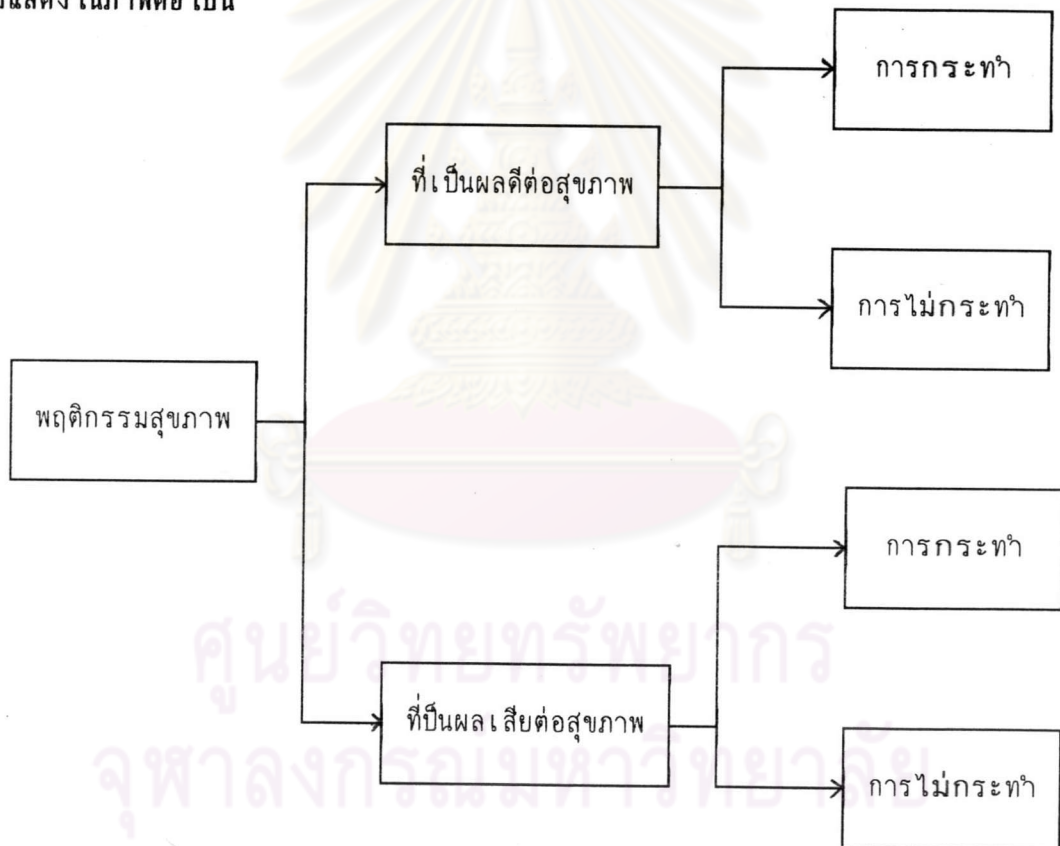
ลักษณะแรก เป็นการกระทำ (Action) และ

ลักษณะที่สอง เป็นการไม่กระทำ (non-Action)

พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพส่วนที่เป็นการไม่กระทำ ได้แก่ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ดังแสดงในภาพต่อไปนี้



จากความหมายที่นักพฤติกรรมศาสตร์ , นักวิชาการสาธารณสุข และ นักวิชาการทางสุขภาพศึกษาได้ให้ไว้ นั้น พอสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ ฯลฯ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม ฯลฯ

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick-role behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำ หลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งมีมากขึ้น (14)

การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ(14) ได้สรุปความหมายของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยโดยนักวิชาการด้านต่างๆ ไว้ดังนี้

1. การเจ็บป่วย (Illness)

Engel (1977) การเจ็บป่วยหมายถึง สภาพร่างกายที่มีพยาธิสภาพหรือการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายของสภาวะนี้ว่าเป็น โรค

Parsons (1951) การเจ็บป่วย เป็นสภาวะที่บุคคลไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในกระบวนการทางสังคม

Mechanic (1968) การเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีอาการเจ็บป่วย เช่นการอธิบายถึงความเจ็บปวด หรือความผิดปกติ ความรู้สึกที่แสดงออกถึงความเจ็บปวด เป็นต้น

Kosa และ Robertson (1975) ให้แนวคิดว่าคุณคนจะเจ็บป่วย ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยและไฟ่หาวิธีการหรือ แนวทางที่จะรักษาความเจ็บป่วยนั้น

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยเป็นอาการไม่สบายที่คนไข้รู้สึกได้โดยตรง ส่วนโรคเป็นอาการที่พบจากการตรวจวินิจฉัย

2. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย บุคคลแต่ละคนมีปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือการกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกันมากมายดังนี้

Beecher (1959) บุคคลมีระดับของความอดทนต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

Waitzkin & Waterman (1974) และ Koos (1954) เป็นผลจากความแตกต่างของภาวะเศรษฐกิจ

Cohen (1979) บุคคลแต่ละบุคคลมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน

Cohen & Lazarus (1979) ความแตกต่างของความสามารถในการเผชิญหน้า หรือแก้ปัญหากับความเครียด

Zola (1966, 1972) ความแตกต่างของการแสดงออกอันเนื่องมาจากวัฒนธรรม

นอกจากนั้น Zola (1973) ได้ให้ข้อคิดว่า อาการที่เกิดขึ้นจะถูกสรุปว่าเป็นการเจ็บป่วยและบุคคลนั้น จะแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาลก็ต่อเมื่อ ไม่สามารถจะทนกับสภาพเหล่านั้นได้หรือรับสถานการณ์นั้นได้อีก โดยแบ่งองค์ประกอบที่บุคคลใช้ตัดสินใจว่าจะไปรับการรักษาพยาบาลหรือไม่เป็น 5 องค์ประกอบดังนี้

1. วิฤติการระหว่างบุคคล
2. การรับรู้ว่าคุณการนั้นจะขัดขวางความสัมพันธ์ ภายในสังคมหรือระหว่างตนกับผู้อื่น
3. การรับรู้ถึงสิ่งกระทบที่มีผลต่ออาชีพและกิจกรรมที่บุคคลพึงมี
4. ความคล้ายคลึงกันของอาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้กับครั้งก่อน
5. การที่สังคมเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง

จะเห็นได้ว่าข้อ 1-4 เป็นองค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล ที่เกี่ยวกับภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของตน หรือขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นทุเลาหรือหายไป ส่วนข้อ 5 เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมด้านสังคม

การที่บุคคลตระหนักถึงอาการผิดปกติของตน และลงมือปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดนั้น มีความซับซ้อนและมีอิทธิพลอย่างมาก จากองค์ประกอบด้านจิตวิทยา (การรับรู้) และองค์ประกอบด้านสังคม ผลของอิทธิพลเหล่านี้อาจจะออกมาในรูปการเพิกเฉยไม่สนใจ อดทนต่ออาการเจ็บป่วย รักษาด้วยตนเอง หรือไปปรึกษาแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลอื่น

รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ

นักพฤติกรรมศาสตร์ได้สร้างรูปแบบจำลองขึ้นมา จากแนวคิดและสมมุติฐานเรื่องสาเหตุ การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ หรือที่เราเรียกว่า Health behavior models ขึ้นมา บางรูปแบบยึดแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล บางรูปแบบก็ยึดปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือบางรูปแบบก็ผสมผสานความคิดทั้งปัจจัยภายในและภายนอกเข้าด้วยกัน (15)

1. รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

1.1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) รูปแบบนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีของ Kurt Lewin(1951) ซึ่งเป็นผู้ให้แนวคิดที่ว่า โลกของผู้รับรู้จะเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของผู้รับรู้ (The world of perceivers determined the action of perceivers) และต่อมา Rodenstock (1966) ได้นำรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมา Becker และ Maiman ก็ได้พัฒนารูปแบบมาใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยหลักการใหญ่ๆแล้ว รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจะยึดแนวคิดเรื่องความเชื่อเป็นหลัก การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การไปตรวจสุขภาพประจำปีละครั้ง หรือการไปรับการฉาย X-ray ปอดเป็นต้น บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1)ตัวเขามีโอกาสที่จะเป็นโรคนั้นๆได้ (2)โรครังกลัวถ้าเป็นแล้วมีอาการรุนแรงอาจทำให้ตายหรือพิการได้ (3)เชื่อในผลประโยชน์ที่จะได้รับหากไปรับบริการการป้องกันโรครังกลัว จากรูปแบบดั้งเดิมที่ Rodenstock พัฒนาขึ้นมามีดังกล่าวก่อน ก็ได้มีผู้ปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมขึ้นมาอีก โดยเพิ่มปัจจัยเข้ามาอีกได้แก่ (4)ปัจจัยด้านแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม (5)ปัจจัยร่วมอื่นได้แก่ ตัวแปรด้าน อายุ เพศ บุคลิกภาพ และ (6)ปัจจัยกระตุ้น อื่นได้แก่ ข่าวสาร ซึ่งบุคคลได้รับจากสื่อมวลชน จากเพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่เป็นต้น

ปัจจุบันนี้ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยโดยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ นอก จากจะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคแล้ว ยังมีผู้นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการรักษา พยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

1.2 รูปแบบความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Fishbein's behavioral intention model) นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ Fishbein และ Ajzen ได้ให้ความสนใจต่อปัจจัยภายในบุคคล โดยเบื้องต้นศึกษาถึง "ทัศนคติ" ว่ามีความสามารถในการอธิบายถึงพฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใด ก็พบว่า การนำทัศนคติมาใช้อธิบายพฤติกรรมมีปัญหา ทั้งปัญหาของการให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติหมายถึงเฉพาะความรู้สึกรักหรือเกลียดอย่างเดียว หรือได้นำเอาองค์ประกอบหลายๆด้านของ ทัศนคติเข้ามาพิจารณาอีกด้วยปัญหาหนึ่งก็คือ Methodology ในการวัดทัศนคติ Fishbein ได้ เสนอแนะว่า ความตั้งใจของบุคคลที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรม เป็นตัวกำหนดที่สามารถ ทำนายพฤติกรรมได้อย่างดี

ในที่สุด Fishbein Ajzen ก็ได้พัฒนารูปแบบความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมขึ้นเป็นทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ในปี 1975 โดยชี้ให้เห็นว่า ความ เชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ซึ่ง ทั้งทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง จะไปมีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และในที่สุดจะ มีผลต่อพฤติกรรม

1.3 การเชื่ออำนาจในตนในการพัฒนาสุขภาพ (Health locus of control) จุดเริ่มต้นของ Health Locus of Control มาจากทฤษฎี Expectancy Value Theory โดยมีหลักการสำคัญคือ ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าบุคคลมีความคาดหวังที่จะทำพฤติกรรมและเชื่อว่า พฤติกรรมนั้นมีคุณค่าต่อการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลบางคนสามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ โดยไม่ต้องให้ใครมาบังคับ พวกนี้จัดเป็น Internal Locus of Control บุคคลบางคนไม่ สามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นตัวกำหนด พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมภายนอกได้แก่ โชคเคราะห์ ดวง โอกาส และเชื่อในอิทธิพลของคนอื่น พวกนี้จัดเป็น External Locus of Control หากเราสามารถวัดได้ว่า บุคคลแต่ละบุคคลจัด อยู่ในประเภทใด เราสามารถจะหาวิธีดำเนินการสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น พวก Internal Locus of Control การเพิ่มพูนความรู้พัฒนาความเชื่อที่ถูกต้อง เขาก็

สามารถใช้เหตุผลตัดสินใจปฏิบัติทางด้านสุขภาพได้ สำหรับพวก External Locus of Control หากเราค้นหาปัจจัยทางนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเขาได้ เราก็สามารถดำเนินการสุขศึกษาผ่านบุคคลเหล่านั้นได้

1.4 รูปแบบการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Behavior Modification) รูปแบบนี้ยึดหลัก Social Learning Theory ของ Bandura ซึ่งเชื่อว่าเราสามารถจะปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้โดยกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่ นั้นจะต้องสอดคล้องไปกับชีวิตประจำวันและสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ กลวิธีในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่นั้น มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ วิธีการสร้างแรงกระตุ้น โดยการเตือนความจำให้ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การก่อให้เกิดความสนใจโดยตัวผู้ต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรมวางเป้าประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติและควบคุมตนเองให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ตัวอย่างเช่นการควบคุมอาหารในกลุ่มมีปัญหา เรื่องการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นอีกหลายวิธี เช่นการวางกรอบพฤติกรรม (Shaping) การควบคุมตนเอง (Self-monitoring) เป็นต้น

รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ยังมีอีกหลายรูปแบบ เช่น Attitude model, Motivation model เป็นต้น ซึ่งมีได้นำมาเสนอในที่นี้ อย่างไรก็ตาม โดยสรุปรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่อาศัยปัจจัยภายในตัวบุคคลมาอธิบายพฤติกรรม ก็ยังสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพได้

2. รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

รูปแบบการนำปัจจัยภายนอกเข้ามาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มที่ใช้กันมากที่สุดที่จะขอนำเสนอในที่นี้ได้แก่

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข (Social Support Theory) กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วทั้ง 2 ทฤษฎี ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา พบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นกับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญ และมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรายู่ตลอดเวลา

เป็นที่ยอมรับกันมาเป็นเวลานานแล้วว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของคนไปจนชั่วชีวิตทั้งในแง่กายภาพและสุขภาพจิต ในแง่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ "ผู้รับแรงสนับสนุน" ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก "ผู้ให้การสนับสนุน" ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยดี

แรงสนับสนุนในสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง "ผู้ให้" และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

3. รูปแบบสหปัจจัย

รูปแบบนี้วิวัฒนาการมาจากรูปแบบปัจจัยผสมดังกล่าวมาแล้ว โดยสมมุติฐานที่ว่า

1. การมองปัญหาโรคภัยไข้เจ็บและพฤติกรรมอนามัยแบบ Social bases คือมิได้นำมาเฉพาะวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น มาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของคน แต่ต้องนำวิทยาการด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และสังคมศาสตร์สาขาอื่นๆเข้ามาช่วยด้วย ปัญหาสาธารณสุขเป็นปัญหาที่มีพื้นฐานมาจากโครงสร้างทางสังคม

2. คำนึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและ เศรษฐกิจ ที่มีต่อพฤติกรรมอนามัยของประชาชน

3. ให้ชุมชนเป็นตัวตั้งในการแก้ปัญหา โดยมุ่งที่จะศึกษาถึงโครงสร้างทางสังคมและคักยภาพของชุมชนแต่ละชุมชนที่มีอยู่เดิม มาเป็นรากฐานในการแก้ปัญหา
4. กระบวนการการแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมอนามัย มิใช่มุ่งไปที่การให้การศึกษาแก่ประชาชนเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเท่านั้น แต่จะต้องเน้นการพัฒนาให้ประชาชนได้มีความรู้ ทักษะอย่างเพียงพอที่จะนำไปปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่เป็นสาเหตุของปัญหาได้
5. ใช้วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชน (A People-Oriented Health Technology) หมายถึงวิทยาการที่ง่าย ๆ ในรูปของวัสดุอุปกรณ์และวิธีการที่ประชาชนจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ "วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชน" จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ (นักสูศึกษาและเจ้าหน้าที่อื่นๆ) เปลี่ยนไปคือเจ้าหน้าที่จะต้องยึดหลักว่าประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม เจ้าหน้าที่จะต้องไม่นำเอาวิธีการพร้อมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ตนคิดว่าดีไปให้ประชาชน แต่ประชาชนจะเป็นผู้ค้นคิดวิธีการและวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมเองโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้คอยสนับสนุน การดำเนินงานจะต้องเป็นไปในแนวของการแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร มากกว่าเอาความคิดและวิธีการไปครอบงำให้กับประชาชน(บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530:84-88).

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ที่นักพฤติกรรมศาสตร์ได้พยายามพัฒนาขึ้นมาเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Health Service Utilization) ที่เป็นที่ยู้จักกันแพร่หลายอีกรูปแบบหนึ่งคือ Model of study of access of health service ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดย Andersen ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1968 จากแนวความคิดเดิมจะให้ความสำคัญเฉพาะผู้ใช้บริการเช่นเดียวกับ Health Belief Model (HBM) แต่ภายหลังได้พัฒนาไปครอบคลุมถึงผู้ให้บริการด้วย แนวคิดเดิมของ Andersen กล่าวว่า การที่บุคคลใดจะตัดสินใจฝ่าหาและใช้บริการสุขภาพใดๆก็ตาม ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ(16)

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลนั่นเอง (Predisposing Factors) ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยด้านประชากร (Demographic) ปัจจัยทางโครงสร้างสังคม (Social structure) ซึ่งรวมถึง เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ซึ่งรวมทั้งทัศนคติ และความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ การบริการสุขภาพ และ ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลใช้บริการได้ (Enabling factors) ถึงแม้ว่าคุณคนจะมีความพร้อมทุกอย่างในปัจจัยข้อที่ 1 แต่ถ้าขาดปัจจัยสนับสนุน พฤติกรรมการใช้บริการก็ไม่สามารถปรากฏขึ้นมาได้ ปัจจัยสนับสนุนนั้นประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family resources) หรือแหล่งประโยชน์อื่นๆที่แต่ละครอบครัวพึงจะได้รับ เช่น การทำประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่รัฐจัดให้ นอกจากนี้แล้วปัจจัยสนับสนุนยังรวมแหล่งประโยชน์อื่นๆที่แต่ละครอบครัวพึงจะได้รับ เช่น การทำประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่รัฐจัดให้ ฯลฯ นอกจากนี้แล้วปัจจัยสนับสนุนยังรวมแหล่งประโยชน์หรือบริการที่รัฐจัดไว้ในชุมชน ที่ประชาชนจะใช้บริการได้ (Community resources) หรือสนับสนุนให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้เมื่อเขาต้องการ

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Need or Needs for Health Services) แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยข้อ 1 และข้อ 2 ครบถ้วนแล้วก็ตาม บุคคลหรือครอบครัวนั้นต้องรับรู้ว่า เรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องเกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อป่วยแล้วจะต้องให้ ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยความต้องการที่สามารถจะวัดได้จากความรู้เรื่องสุขภาพ (Health perception) ของบุคคล และการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ปัจจัยความต้องการอาจจะกระทำได้ 2 ทาง คือการรับรู้โดยบุคคลนั่นเอง (Perceived Need) และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Evaluated Needs) ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ประเมินว่า บุคคลนั้นๆ จำเป็นต้องรับบริการสุขภาพอะไรบ้าง และปริมาณมากน้อยเพียงใด

ต่อมาในปี 1981 Aday และ Andersen ได้พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการสุขภาพใหม่ เรียกว่า Equity of Access Care Model (EACM) โดยกล่าวว่าประชาชนจะใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าวเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบให้บริการสุขภาพ (Health Delivery System) กับ ประชากรกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงบริการได้ (Realized access) ศักยภาพที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึง หรือใช้บริการสุขภาพได้ทั่วถึง (Potential Access) และปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือความพึงพอใจในการใช้บริการ ซึ่งความพึงพอใจอาจวัด หรือพิจารณาได้จากดัชนีต่อไปนี้คือ

1. ความสะดวก (Convenience) ในการใช้บริการ รวมถึงการเดินทาง ระยะทาง ขั้นตอนการรับบริการ เวลารอคอย การรอคอยการรับบริการ

2. ความหลากหลายของบริการที่มีอยู่ (Availability) จะใช้บริการเมื่อไรก็ได้

3. ราคาค่าบริการ (Cost)
4. พฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น อธิบายไม่ครี ความเป็นกันเอง
5. คุณภาพของบริการที่จัดขึ้น ซึ่งรวมถึงการตรวจวินิจฉัยโรค เวลาที่เจ้าหน้าที่ให้แก่ผู้รับบริการ ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ผู้ให้บริการให้แก่ผู้รับบริการ และคุณภาพของยาที่ผู้รับบริการได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับสถานบริการอื่นๆตามการรับรู้ (Perception) ของแต่ละบุคคล (16)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

วสันต์ ศิลปสุวรรณ(16) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ ที่นักพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพได้รวบรวมไว้ ทั้งในแง่ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์กันในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน 7 ประการดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากร (Demographic factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่า คุณลักษณะส่วนใหญ่ของประชากร มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และ การรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชนนี้ รวมถึง อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social structural factors) ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น
3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (Social psychology) ได้แก่ค่านิยมทางด้านสุขภาพ (Health value) บรรทัดฐานทางสังคม(Social norm)เกี่ยวกับสุขภาพทัศนคติและความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (Life styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล
4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family resources) ปัจจัยทางเศรษฐฐานะของครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้นๆ สามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึงรายได้ของครอบครัวหรือของหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ยังรวมถึงการประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย
5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้มุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ และสภาพภูมิศาสตร์ของสถานบริการ และที่อยู่อาศัยของหมู่บ้าน ว่า

ห่างไกลกันมากนักน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ (Organization factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคลากรและสิ่งแวดลอม นอกจากนี้ยังรวมราคาค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ และพฤติกรรมกาบริการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health systems) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า(Input) อันได้แก่ นโยบายด้านการเมือง และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้ เพื่อใช้ในการดำเนินการสุขภาพของประชาชน กระบวนการ (Process) ในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ เป็นรูปแบบและกลวิธีในการจัดบริการ สุดท้ายคือผลลัพธ์สุดท้าย(Outcome) และผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุขนั้นๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อ เจ็บป่วย

กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจสภาวะอนามัยการแสวงหาและใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ปี พ.ศ. 2513, 2522 และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจสภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน ในปี พ.ศ.2528 โดยศึกษาตัวอย่างทั่วประเทศพบว่าปี พ.ศ.2513 และ 2522 ประชาชนส่วนใหญ่ซื้อยากินเองร้อยละ 51.4, 42.3 ตามลำดับแต่ในปี พ.ศ.2528 ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 32.5 ไปโรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาคือซื้อยากินเองร้อยละ 28.6 (17)

เนตรนภา ชุมทอง, ภัทรา จุลวรรณ และจิตติมา อรรถวัน (2533) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนชนบทในอำเภอขุนหาญ พบว่าอาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ ไข้หวัด(ร้อยละ 21) ความเจ็บป่วยที่พบส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นระดับอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนอีกประมาณร้อยละ 10 เป็นความเจ็บป่วยในระดับรุนแรงปานกลาง วิธีการรักษาขั้นต้นที่ชาวบ้านนิยมใช้มากที่สุดคือไปสถานอนามัย(ร้อยละ 40) รองลงมาคือซื้อยากินเอง(ร้อยละ26) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นตัวกำหนดที่สำคัญประการหนึ่งต่อ

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล อาการเจ็บป่วยที่ชาวบ้านประเมินว่ามีความรุนแรงจะเลือกใช้บริการที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน แต่ถ้าประเมินว่าไม่รุนแรง ชาวบ้านจะใช้วิธีดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งการซื้อยากินเอง ปล่อยให้หายเอง ใช้ยาสมุนไพรและยาสามัญประจำบ้าน และผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการเลือกวิธีการรักษา คือ หัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 71) รองลงมาคือตัดสินใจเอง (ร้อยละ 21) กรณีตัดสินใจเองพบว่า มักเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (18)

พิมพ์วัลย์ ปรีคาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุขและอรัญญา ปุณณิน(2530) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสานโดยศึกษา 2 หมู่บ้านในอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสมาชิกครัวเรือน 1 คนจะป่วยในอัตรา 1.3 ครั้งในรอบ 1 เดือน อัตราการเจ็บป่วยของคนชราสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้หญิงมีอัตราการป่วยสูงกว่าผู้ชาย เพศชายมีพฤติกรรมการรักษาตนเองมากกว่าเพศหญิง ฐานะทางเศรษฐกิจมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่มีฐานะร่ำรวยมีการเจ็บป่วยน้อยครั้งกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำกว่า ร้อยละ 80 เป็นอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนอีกประมาณร้อยละ 20 เป็นความเจ็บป่วยในระดับอาการรุนแรงปานกลาง ความเจ็บป่วยที่ชาวบ้านประเมินว่าอาการเล็กน้อย ร้อยละ 93.6 ของความเจ็บป่วยทั้งหมดที่ใช้การดูแลรักษาตนเองเป็นอันดับแรก และร้อยละ 87.6 ของความเจ็บป่วยรักษาให้หายได้โดยการกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แต่สำหรับโรคที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก สัดส่วนที่ใช้การดูแลรักษาตนเองเท่านั้นต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด แต่แม้ในอาการป่วยเช่นนี้ก็จะรักษาตนเองก่อน เมื่อไม่หายจึงหันไปใช้บริการอื่น ๆ ก็มีสัดส่วนที่สูง (19)

ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆของประชาชน ในชนบทจังหวัดชัยภูมิและในตำบลที่มีสถานีนอนามัยจำนวน 8 ตำบล พบว่าวิธีรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วยที่ประชาชนนิยมมากที่สุด คือรักษาตัวเองหรือรักษาตนเอง โดยญาติหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 30.3 รองลงมาคือใช้บริการของรัฐ ใช้บริการเอกชน รักษาแผนโบราณร้อยละ 26.5, 22.1, และ 10.1 ตามลำดับนอกจากนี้ยังพบอีกว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่ไกล (20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ(2520) ที่พบว่าประชาชนเลือกใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน (21) และ สาลี เปลี่ยนบางช้าง (2521) ได้ศึกษาสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลางพบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานีนอนามัยที่อยู่ใกล้และเดินทางไปได้สะดวก (22)

เบญจมา ยอดคำเนินและคณะ (2523) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่าความรุนแรงหรือความมากน้อยของการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข คือถ้ามีอาการน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งหมอในท้องถิ่น ได้แก่ หมอกลางบ้าน หมอพระ หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ถ้ามีอาการรุนแรงจะพึ่งโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย (23)

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษและนางลักษณ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2533) ได้ศึกษาการเจ็บป่วยของสมาชิกครัวเรือนเกษตรกรรม ที่อาศัยอยู่ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามีผู้เกิดอาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ทำการศึกษาร้อยละ 73 ของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด อัตราการเจ็บป่วยในกลุ่มเกษตรกรรมเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีอัตราป่วยของเพศหญิงต่ออัตราป่วยของเพศชายเท่ากับ 1.2 ต่อ 1 และเมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 0-1 ปี นอกจากจะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงถึงร้อยละ 91.67 แล้วยังมีความถี่ของการเจ็บป่วยสูงถึง 7 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนแม้จะมีอัตราการเจ็บป่วยต่ำสุดคือร้อยละ 60 แต่พบว่ามีความถี่ของการเจ็บป่วยสูงถึง 5 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ตรงข้ามกับกลุ่มของเด็กวัยเรียนแม้จะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงมากพอสมควรคือร้อยละ 65 แต่มีความถี่ของการเจ็บป่วยเพียง 2 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ส่วนบุคคลในวัยแรงงานช่วง 15-45 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยร้อยละ 70.59 และความถี่ของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ส่วนกลุ่มอายุ 46-65 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยร้อยละ 91.89 และมีความถี่ของการเจ็บป่วย 4 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ 66-90 ปี มีการเจ็บป่วยทุกคน เฉลี่ย 2 ครั้ง/ปี แต่จะมีการเจ็บป่วยที่ต่อเนื่องยาวนาน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เกษตรกรส่วนใหญ่จะพยายามรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยการซื้อยามารับประทานหรือใช้ยาเดิมที่มีอยู่รวมทั้งนอนพักรักษาตัว หากไม่บรรเทา ก็จะแสวงหาการรักษาจากแหล่งต่างๆ ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วย อาจมีการใช้การรักษาจากแหล่งต่างๆ มากกว่า 1 แห่ง และพบว่าจะเลือกใช้วิธีรักษาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 73.5 ของจำนวนครั้งที่รักษาทั้งหมด รองลงมาได้แก่การรักษาด้วยหมอกลางบ้านประมาณร้อยละ 7.7 ไปรักษาที่สถานีอนามัยร้อยละ 5.9 โรงพยาบาลร้อยละ 4.6 แพทย์แผนโบราณร้อยละ 2.8 ที่เหลือรักษาจากคลินิกหรือสถานบริการเอกชนประมาณร้อยละ 2.5 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแต่ละครัวเรือน/ปี มีการกระจายค่อนข้างสูง คือตั้งแต่ 20-1931 บาท ขึ้นกับความรุนแรงและอาการป่วยของสมาชิกในครอบครัว

โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่ใช้จ่ายน้อยไม่เกิน 500 บาท/ครอบครัว/ปี มีร้อยละ 72.50 กลุ่มที่ใช้จ่ายปานกลาง คือระหว่าง 500-1,000 บาท/ครอบครัว/ปี มีร้อยละ 15 กลุ่มที่ใช้จ่ายมากกว่า 1,000 บาท/ครอบครัว/ปี มีร้อยละ 12.50 (24)

สุนทร ศุภพงศ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง 10-19 คน พบว่าลูกจ้างมีอัตราป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลจากคำนิยามของลูกจ้างเอง เป็น 7.1 ครั้ง/คน/ปี และจากนิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็น 3.82 ครั้ง/คน/ปี อัตราการป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็น 0.06 ครั้ง/คน/ปี พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ของลูกจ้างที่ป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลคือ ไปใช้บริการที่ร้านขายยาร้อยละ 42 คลินิกร้อยละ 25 ใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงงานจัดไว้ร้อยละ 17 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 10 ที่เหลืออีกร้อยละ 6 ไปใช้บริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลของรัฐนอกเขตจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนนอกเขตจังหวัด ส่วนกรณีป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ลูกจ้างไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐนอกเขตจังหวัดสมุทรปราการสูงสุดคือ ร้อยละ 41 โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการร้อยละ 30 โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสมุทรปราการร้อยละ 24 และโรงพยาบาลเอกชนนอกเขตจังหวัดสมุทรปราการร้อยละ 4 (25)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าก่อนมีโครงการประกันสังคม พฤติกรรมการใช้บริการสำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อยนั้นซื้อยากินเองร้อยละ 42 ไปคลินิกร้อยละ 27 ใช้บริการห้องแพทย์ในสถานประกอบการร้อยละ 24 สำหรับการป่วยรุนแรงร้อยละ 75 ใช้บริการโรงพยาบาล ไปคลินิกแพทย์ร้อยละ 22 อัตราป่วยตามนิยามของผู้ประกันตนเท่ากับ 2.88 ครั้ง/คน/ปี และถ้าใช้นิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อัตราป่วยเท่ากับ 1.44 ครั้ง/คน/ปี อัตราการนอนโรงพยาบาลเป็น 0.024 ครั้ง/คน/ปี การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนั้นผู้ประกันตนซื้อยากินเองร้อยละ 28 ใช้บริการของสถานประกอบการร้อยละ 26 ใช้บริการของโรงพยาบาลร้อยละ 25 โดยผู้ที่ใช้บริการของโรงพยาบาลนั้น มีเพียงร้อยละ 82 ที่ใช้บริการคู้สัญญาหลัก ส่วนอีกร้อยละ 18 ไม่ใช้ สำหรับผู้ป่วยในนั้นร้อยละ 68 ใช้บริการโรงพยาบาลคู้สัญญาหลัก อีกร้อยละ 32 ไม่ใช้ แม้ว่าผู้ประกันตนจะมีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการโรงพยาบาลคู้สัญญา แต่มีโอกาสที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลคู้สัญญาเพียง 0.22 ของการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลและ 0.64 ของการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลของรัฐ

จะใช้บริการของโรงพยาบาลคู่สัญญา ต่ำกว่าผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลเอกชน ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาอันดับหนึ่ง คือ เดินทางไม่สะดวก และไม่พอใจบริการ ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนพบว่าครั้งหนึ่งของผู้ประกันตนไม่ทราบสิทธิของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งร้อยละ 87 ไม่ทราบว่าสามารถเบิกเงินคืนในกรณีฉุกเฉินได้ ร้อยละ 39-49 ไม่ทราบว่าใครเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลคู่สัญญาให้ และร้อยละ 11 ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลคู่สัญญาชื่ออะไร (26)

การศึกษาวิจัยทั้งหมดที่ทบทวนข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลักษณะของการเจ็บป่วย เป็นต้น

หลักประกันทางด้านสุขภาพในประเทศไทย

ความหมายของการประกัน

การประกัน เป็นกลไกสำหรับเฉลี่ยความเสี่ยง (risks) หรือเหตุการณ์ที่ไม่มีความแน่นอนในอนาคต (uncertain events) สำหรับกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง ผู้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน (premium) ให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกัน ซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกที่ประสบความเสี่ยงนั้น การประกันจึงเป็นการกระจายภาระทางการเงินไปให้กับสมาชิกทุกคน ทำให้แต่ละคนจ่ายเงินจำนวนไม่มากเกินไป แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าเงินที่แต่ละคนจ่าย โดยอาศัยพื้นฐานว่าเราสามารถทำนายโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงสำหรับกลุ่มคนจำนวนหนึ่งได้ แต่ไม่สามารถจะทำนายได้แน่นอนเป็นการเฉพาะตัว ความเป็นไปได้ของการประกัน ขึ้นอยู่กับการมีสมาชิกจำนวนมากพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงได้อย่างกว้างขวาง (27)

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ (Basic concept of health insurance)

พื้นฐานความคิดของการประกันสุขภาพ ตั้งอยู่บนทฤษฎีของการกระจายความสูญเสียและกำจัดปัจจัยเสี่ยง (Theory of distribution of losses and elimination of risk) อันนำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย (Law of average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสูงและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยมีรัฐเป็นผู้เสริมแรง (Enforcer) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของสังคมวิธีหนึ่ง โดย

ให้ความคุ้มครอง ประเภทของผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการเมื่อมีความจำเป็น ยามเจ็บป่วย ไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (28)

การประกันสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ความสุข (Law of Average หรือ Social Solidarity) โดยให้การคุ้มครองทุกประเภท (Comprehensive Coverage) ได้แก่ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร ทูพพลภาพ การตาย ชราภาพ ว่างงาน และการสงเคราะห์บุตร เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (access to personal health care) เมื่อมีความจำเป็นหรือเจ็บป่วยขึ้น โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (29)

การประกันสุขภาพ เป็นการระดมทุนทางด้านสุขภาพอย่างหนึ่งในระบบสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับรัฐบาลหรือนายจ้าง แนวคิดเช่นนี้ ถือว่า การประกันสุขภาพเป็นการระดมทุนจากสังคม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในปี 2543 หน่วยงานที่ยึดหลักการนี้คือองค์การอนามัยโลก (30)

การประกันสุขภาพ เป็นระบบหนึ่งของการประกันสังคม (Social Security หรือ Social Insurance) ซึ่งเชื่อว่าระบบการประกันสุขภาพเป็นการเริ่มต้นของระบบการประกันสังคม ซึ่งในระยะยาวแล้วผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์อย่างอื่นที่ตามมาอีก เช่นสิทธิพิเศษ ด้านการคลอด ทูพพลภาพ ตาย การว่างงาน บำนาญ เป็นต้น องค์การที่ยึดหลักการนี้คือองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (30)

การประกันสุขภาพเป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk sharing) ที่บุคคลในสังคมจะมาร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยที่ผู้มีสุขภาพดีก็จะถือว่าได้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีฐานะดีก็จะมาร่วมดูแลสุขภาพที่ยากจนกว่า อย่างไรก็ตามก็สักวันหนึ่งเมื่อสมาชิกในสังคมที่ร่วมประกันสุขภาพ เกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะได้หลักประกันว่าสังคมจะให้การดูแลรักษาตนเองบ้าง องค์การที่ยึดหลักการนี้คือธนาคารโลก (30)

ความหมายของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ เป็นระบบที่ลูกค้าจ่ายเงินก่อนให้แก่บุคคลที่สาม คือผู้รับประกัน และใช้บริการภายหลังเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น การประกันสุขภาพมีแหล่งที่มาของเงินหลายทาง เช่น มาจากตัวผู้เอาประกัน นายจ้างและรัฐบาล (31)

การประกันสุขภาพคือการที่ประชาชนได้รับการประกันว่า จะได้รับบริการทางการแพทย์ และอนามัยอันจำเป็นที่มีประสิทธิภาพได้คุณภาพและมาตรฐาน โดยไม่ต้องเสียเงินค่าบริการ(32)

การประกันสุขภาพ เป็นกลไกในการบริหารทางการเงินเพื่อที่จะกระจายภาระต้นทุนในการให้บริการ การรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยไปสู่กลุ่มบุคคลที่มาประกันร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะขจัดหรือลดอุปสรรคทางการเงินในการให้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย โดยมีเหตุผลที่สำคัญของการจัดประกันสุขภาพคือ (33)

1. ลักษณะของการเจ็บป่วยไม่ได้มีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการผันผวนของการใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาล ณ เวลาหนึ่งๆ
2. เพื่อเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้ที่เจ็บป่วยกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในแง่ที่ว่า บุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่าย
3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสวัสดิการของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัย และสนับสนุนให้บุคคลได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ

กำเนิดของระบบประกันสุขภาพ

การนำเอาทรัพยากรมารวมกันเพื่อคุ้มครองต่อความเสี่ยงเนื่องจากการเจ็บป่วย เริ่มมาจากกลุ่มคนงานในยุโรป ซึ่งได้รวมตัวกันเป็นสมาคม และต่อมาได้จัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อช่วยเหลือเพื่อนคนงานเมื่อยามเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อคนงานถึง 2 ต่อ คือ การที่ไม่สามารถทำงานหารายได้ และการที่ต้องจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล ในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 ได้มีการรวมตัวของกลุ่มคนงานและชาวนา ที่ทำงานในโรงงานเดียวกันหรือในบริเวณใกล้เคียงกัน ตั้งเป็นกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness fund) โดยสมาชิกแต่ละคนจะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อสมาชิกเกิดเจ็บป่วยขึ้น กองทุนก็จะจ่ายเงินให้กับสมาชิกเป็นค่ารักษา ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นการทำสัญญากับแพทย์ ที่จะให้การดูแลกับสมาชิกของกองทุน หรือจัดให้มีบริการทางการแพทย์ที่จะให้การดูแลสมาชิกของกองทุน หรือจัดให้มีบริการทางการแพทย์ของกองทุนเอง จะเห็นได้ว่าจุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพ คือ การรวมตัวเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่มีความจำเป็น ซึ่งเป็นการใช้หลักความเป็นเอกภาพของสังคมมิได้มีวัตถุประสงค์ของการแสวงหากำไร หรือความต้องการเงินไปลงทุนให้เกิดดอกออกผล ดังระบบประกันสุขภาพเอกชนในยุโรป

นายจ้างของกิจการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การทำเหมืองแร่ เห็นประโยชน์ของกองทุนประเภทนี้ จึงได้บังคับให้ลูกจ้างของตนเองทำประกัน ทำให้เกิดแนวคิดในการจ่ายเบี้ยประกันตามระดับรายได้เกิดขึ้น

เมื่อมีความนิยมในการทำประกันสุขภาพมากขึ้น ทางรัฐบาลเยอรมันจึงได้ออกกฎหมายในปี ค.ศ. 1883 บังคับให้ลูกจ้างที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่กำหนดในโรงงานบางประเภท ต้องเข้าร่วมกับ Sickness fund ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายเบี้ยประกันร่วมกัน นับเป็นจุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพแบบบังคับ (Compulsory health insurance)

หลังจากนั้นประเทศต่างๆในยุโรปก็ดำเนินการในทำนองเดียวกัน และบางประเทศก็เปลี่ยนมาใช้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National health service) เช่นในประเทศอังกฤษ ถือว่าเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยใช้ภาษีอากรเป็นแหล่งเงิน (34)

หลักการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพมีรูปแบบการจัดดำเนินการได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจสังคม และการเมืองของแต่ละประเทศ Abel Smith ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้เสนอเอาไว้ว่า การประกันสุขภาพแบบใดๆก็ตามควรมีเกณฑ์พิจารณา โดยยึดหลักการดังต่อไปนี้ (33)

1. ประหยัดและคุ้มค่า กล่าวคือ ให้ผลประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป นอกจากนี้ควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย
2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น
3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐ เพื่อที่จะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภท สามารถที่จะผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว
4. เงื่อนไขต่างๆของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสม สอดคล้องกับผู้ประกันและเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง ที่จะยินดีจ่ายเงินสมทบ (Contribution) เป็นค่าของการประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากเกณฑ์เหล่านี้แล้วสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาด้วยคือ

1. Affordability กล่าวคือมีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรร และระบบการบริหารดีพอที่จะจัดดำเนินการได้ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวรวมถึงทรัพยากรทุกประเภท ที่ต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพ เช่น แหล่งที่มาของเงินที่จะนำมาใช้จ่ายดำเนินงาน บุคลากรต่างๆ สถานบริการ สาธารณสุข วัสดุและอุปกรณ์ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการ เวลา ฯลฯ
2. Accessibility กล่าวคือ เปิดโอกาสให้ผู้เอาประกัน แสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอ หรือ ผลประโยชน์ทางการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ
3. Acceptability วิธีการ เงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ
4. Accountability มีกลไกที่สามารถตรวจสอบควบคุม มิให้เกิดความประพฤติมิชอบของผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง
5. Adaptability การดำเนินงาน เงื่อนไขต่างๆควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสภาวะการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

ความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

แนวคิดของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย เริ่มต้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การพัฒนาสาธารณสุขแบบตะวันตกเกิดขึ้นมากมาย ประกอบกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถสรุปสาเหตุใหญ่ ที่ทำให้แนวคิดด้านประกันสุขภาพเกิดขึ้นในประเทศไทยได้ดังนี้

1. การยอมรับว่าหลักประกันทางด้านสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยหลายฉบับ ได้กำหนดแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข ดังที่ปรากฏในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญตั้งแต่ พ.ศ.2489 จนถึงฉบับปีพ.ศ.2521 โดยถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่พึงส่งเสริมงานทางด้านสาธารณสุข สำหรับการปราบปรามป้องกันโรคระบาด รัฐพึงกระทำให้ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า นอกจากนี้ในรัฐธรรมนูญปีพ.ศ.2517 และปีพ.ศ.2521 ยังได้กำหนดแนวนโยบายเพิ่มเติมว่า รัฐพึงให้การรักษายาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญปีพ.ศ.2534 ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมในปีพ.ศ.2538 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ นอกจากได้กำหนดแนวนโยบายแห่งรัฐ เกี่ยวกับการสาธารณสุขดังที่เคยมีมาแล้ว

ยังได้กำหนดแนวทางขึ้นใหม่ โดยถือว่าเรื่องการสาธารณสุขนั้น นอกจากเป็นเรื่องที่รัฐพึงต้องถือปฏิบัติแล้ว ยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการบริการในส่วนนี้ ดังที่บัญญัติไว้ใน หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพ มาตรา 41 บัญญัติว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" และใน หมวด 5 แผนนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 89 จัตวา "รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยทั่วถึง และพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคอันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์"(1)

2. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชาชน จากการฉายภาพของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินั้น ประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ.2528 เป็นร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ.2543 และเป็น 12.0 ล้านคน ในปีพ.ศ.2568 (35) และอายุขัยเมื่อแรกเกิดของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517-2534 อายุขัยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นจาก 60.91 เป็น 70.12 ปี โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 58 ปีเป็น 67.74 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 63.83 เป็น 72.49 ปี (3) การเพิ่มขึ้นของประชากรในกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป อาจจัดได้ว่าเป็นภาระของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะในแง่แบบแผนของการเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุเอง และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเตรียมระบบและวิธีการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชากรกลุ่มนี้ในอนาคตควรมีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการหนักมากในด้านการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง (36)

3. ความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน ทำให้มีความแตกต่างในความสามารถและทางเลือก ในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (37) ได้ให้ทัศนะว่า การพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมา ก่อให้เกิดความไม่สมดุลย์ต่อสังคมไทย ดังนี้คือ

3.1 ความไม่สมดุลย์ระหว่างภาคเกษตรกับอุตสาหกรรม ในปีพ.ศ.2533 ประชากรไทยร้อยละ 64 อยู่ในภาคเกษตรกรรม ให้ผลผลิตเพียงร้อยละ 12 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ทั้งหมด ลูกจ้างนอกภาคเกษตรมีรายได้ต่อหัวของประชากรเป็น 2.55 เท่า

ของเกษตรกรในปี พ.ศ. 2531 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมจะไม่มีทางล้มตาอ้าปากได้ และเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม ท่ามกลางการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

3.2 ความไม่สมดุลระหว่างกรุงเทพฯ กับจังหวัดที่เหลือทั้งหมด กรุงเทพฯ มีพลเมืองร้อยละ 15.8 ของประชากร แต่มีผลผลิตถึงร้อยละ 50 ของ GDP ทั้งประเทศในปีพ.ศ. 2531 ทำให้ประชาชนต่างจังหวัดย้ายถิ่นฐานเข้ามาในกรุงเทพฯ เพื่อหางานทำ ก่อให้เกิดปัญหาสารพัดในกรุงเทพฯ ตั้งแต่ความต้องการที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภคและสาธารณูปการ บริการการแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ ที่ขยายไม่ทันต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.3 ความไม่สมดุลระหว่างระดับการศึกษา แรงงานไทยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 ยังมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา แม้จะปรับอัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษา ของนักเรียนที่จบประถมศึกษาปีที่ 6 ให้ดีขึ้น โดยดำเนินโครงการมัธยมศึกษาภาคบังคับปีให้เต็มร้อยละ 100 ก็ตาม ประมวลการว่าภายในปี 2543 แรงงานไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ยังคงมีระดับการศึกษาประถมศึกษา

3.4 ความไม่สมดุลของการกระจายรายได้ ครึ่งเรือนที่รวยที่สุดร้อยละ 20 มีส่วนแบ่งของรายได้ต่อรายได้ของคนทั่วประเทศ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.3 ในปี พ.ศ. 2518 เป็น 55.0 ในปีพ.ศ. 2531 ในทางตรงกันข้ามร้อยละ 20 ของกลุ่มครัวเรือนยากจนที่สุดของประเทศ กลับมีส่วนแบ่งของรายได้ทั่วประเทศลดจากร้อยละ 6.1 เหลือ 4.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน

4. แนวโน้มค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในภาคเอกชนความไม่เพียงพอในบริการที่รัฐจัดให้ ทำให้เกิดการจัดบริการโดยภาคเอกชนเป็นจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นความต้องการของตลาด ขณะเดียวกันผลกระทบจากโครงสร้างและระบบวิธีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ก็มีส่วนให้สถานพยาบาลเอกชนในหลายกรณี ที่ถือปฏิบัติวิชาชีพในทางที่ขาดความเหมาะสมไปบ้าง เช่น การให้ยาโดยไม่จำเป็น การรักษาโดยประวิงเวลา การใช้วิธีการรักษาเกินความจำเป็น(36) การแข่งขันกันซื้อเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีราคาแพง ทำให้เกิดโอกาสในการสั่งใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไปในทางที่ไม่สมควร การพัฒนาการแพทย์แบบตะวันตก ได้ละทิ้งภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย เช่นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร เกิดระบบการแพทย์ที่จะต้องพึ่งพาเทคโนโลยี และการนำเข้าวัสดุอุปกรณ์สำหรับผลิตยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ผู้ป่วยหมดศักยภาพในการดูแลรักษาตนเองลงทุกขณะ ต้องพึ่งพาแพทย์ที่ดูแลรักษามากขึ้น (37)

ข้อมูลบัญชีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขตั้งแต่ปีพ.ศ. 2521-2535 พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ(GDP) สูงขึ้นจากร้อยละ 3.40 เป็น 6.38 และค่าใช้จ่ายจริงด้านสาธารณสุขของคนไทยเฉลี่ยต่อคนต่อปี ได้เพิ่มขึ้นจาก 852.9 บาท เป็น 2688.7 (3) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็น ที่จะต้องมีการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เข้มแข็ง เพื่อเป็นหลักประกันให้คนจนสามารถเข้าถึงระบบบริการฯ เมื่อเจ็บป่วยได้

5. ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขมีอยู่จำกัดทั้งด้านการเงินและบุคลากร ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยไม่ให้เป็นภาระรับผิดชอบของรัฐ ที่จะจัดเป็นสวัสดิการไม่คิดมูลค่าเพียงฝ่ายเดียวจึงมีความจำเป็น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของรัฐ ในการให้ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนเพื่อความร่วมมือ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัวต่อเมื่อเจ็บป่วยแล้วจึงค่อยขวนขวายหาบริการทางการแพทย์ ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยแล้วนอกจากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้ว ยังสูญเสียรายได้จากการที่ไม่สามารถทำงานได้อีกด้วย ดังนั้นการสร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น (36)

ระบบประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

การประกันสุขภาพในประเทศไทยมีอยู่หลายรูปแบบ มีพัฒนาการ วัตถุประสงค์ การครอบคลุมประชากร รวมทั้งแหล่งของเงินและการคลัง สำหรับจ่ายสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แตกต่างกันไปด้วยสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล และการประกันสุขภาพในประเทศไทย มีอยู่ด้วยกันหลายระบบ ระบบย่อยเหล่านี้สามารถจำแนกออกเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม คือ (38, 39)

1. สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐบาลจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่างๆ เหล่านี้ได้แก่

1. โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล รัฐบาลได้เริ่มให้หลักประกันประชาชนผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้ โดยไม่คิดมูลค่าตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศ ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1500 บาท เป็นเส้นแบ่งความยากจนเกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2800

บาทหรือคนโสดต่ำกว่า 2000 บาท ตั้งแต่ พ.ศ.2537 เป็นต้นไป งบประมาณของโครงการนี้ได้รับเพิ่มขึ้นมาตามลำดับจากปี พ.ศ.2524 จำนวน 459 ล้านบาท จนถึง 4273 ล้านบาทในปี พ.ศ.2538 งบประมาณนี้จะรวมถึงโครงการสงเคราะห์อื่นๆของรัฐบาลอันได้แก่ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ปัจจุบันนี้ครอบคลุมประชากรประมาณ 9.0 ล้านคน งบประมาณนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรให้โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วย

2. โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล โครงการนี้ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี แต่เริ่มมีงบประมาณดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ.2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลรวมเป็นงบประมาณโครงการเกี่ยวกับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน

3. โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาทกันไว้ที่โรงเรียน สำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนไปสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยที่เหลือ 27 บาทนั้น ให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย จำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณ ได้จากการสำรวจนักเรียนที่มีได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบใดๆ แต่ในทางปฏิบัติโรงเรียนต้องออกบัตรให้กับนักเรียนทุกคน เพราะจะเกิดปัญหาการแบ่งแยกเกิดขึ้น ในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท และ 125 ล้านบาท ในปี 2535 โดยครอบคลุมนักเรียน 6.7 และ 4.17 ล้านคนตามลำดับ

4. โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 โดยให้เฉพาะนักเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ อายุ 6-12 ปีเท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานบริการของรัฐ ในขณะที่เด็กนักเรียนในสังกัดอื่นๆ หรือเด็กซึ่งไม่อยู่ในโรงเรียน จะไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จนถึงรัฐบาลนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัยได้ขยายหลักประกันทางด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปีทั้งหมด 14.2 ล้านคน งบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งให้ผ่านกระทรวงศึกษาธิการ และส่วนอื่นรวมอยู่ในงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา

5. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่ทำงานกับภาคราชการ จะได้รับสวัสดิการ ด้านการรักษายาบาลที่ดีที่สุด ซึ่งคุ้มครองรวมถึงบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร แต่ก็ เป็นสวัสดิการ ที่ชดเชยเงินเดือนที่ได้รับในอัตราที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับลูกจ้างในภาคเอกชน ขณะนี้มีประชาชน ที่ครอบคลุมรวมทั้งสิ้น 6.7 ล้านคน

6. สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่นๆ รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อ การนี้โดยเฉพาะ แต่อาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชนข้อ 1 ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นๆ เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระ กิษุสามเณร เป็นต้น เริ่มปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.0 ล้านคน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนและครอบครัวซึ่งเริ่มได้ รับหลักประกันเช่นกันในรัฐบาลชุดนี้ ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.5 ล้านคน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับหลักประกันทางด้านนี้ 0.61 ล้านคน

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health insurance) เป็นการ ประกันสุขภาพ ในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและ บริการได้แก่

1. กองทุนเงินทดแทนแรงงาน ได้ดำเนินงานภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลง วันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่าย เงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการ ทำงานให้แก่ นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนดอัตราร้อยละ 0.2-3.0 ของค่าจ้าง เข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (Employer Liability Scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลัก ประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้างเอกชน ซึ่งปฏิบัติงานให้นายจ้างตามกฎหมายแรงงานให้กว้างขวาง

2. กองทุนประกันสังคม โครงการนี้ปรากฏเป็นจริงในรัฐบาลสมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 ในปีแรกจะบังคับใช้ กฎหมาย โดยคุ้มครองแรงงานไทย ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคน ให้มีหลักประกันในด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ และต่อมาในเดือนกันยายน 2536 ได้ขยาย ครอบคลุมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้แรงงานไทยได้รับ การคุ้มครองเพิ่มมากขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน โครงการนี้ให้การดูแลผู้ประกันตน โดยการทำ

สัญญาจ้าง (Subcontract) สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ในราคา 700 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นจึงใช้งบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 3,000 ล้านบาท

3. กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 โดยเจ้าของหรือผู้ครอบครองรถยนต์หรือรถอื่นที่กฎหมายกำหนด ต้องจ่ายเบี้ยประกันตามกฎหมายจะคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเมื่อบาดเจ็บหรือตาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ประสบภัยมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary health insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน ที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการเหล่านี้ ได้แก่

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของบริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมต่อทำยกรรมธรรม์ประกันชีวิต และการธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพอย่างเดี่ยว รวมทั้งระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ ซึ่งสามารถทำได้เป็นหลายรูปแบบได้แก่

3.1.1 การซื้อกรรมธรรม์เพื่อคุ้มครอง และให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม จากกรรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทต่างๆ ในระบบประกันบุคคลและประกันหมู่

3.1.2 ซื้อกรรมธรรม์ประกันวินาศภัย โดยเฉพาะประกันอุบัติเหตุโดยรวมการคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพด้วย

3.1.3 ซื้อกรรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากบริษัท ที่จดทะเบียนทำธุรกิจประกันภัย

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัด คือให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้าง หรือผู้มีรายได้สูงพอ ที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ ศักยภาพในการขยายการครอบคลุมมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ fee-for-service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก การประกันสุขภาพกับเอกชน ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 แสนคน ในปี 2535

3.2 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดำเนินงาน โดยอาศัยการพัฒนา รูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพ โครงการนี้มีความมุ่งหวังที่จะให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล แต่ก็มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเอง หรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้ ขณะนี้ครอบคลุมประชาชนประมาณ 2.7 ล้านคน

บัตรประกันสุขภาพ (40)

บัตรประกันสุขภาพ เป็นบัตรให้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรี จากสถานพยาบาลที่กำหนดหากเจ็บป่วยเกินความสามารถ สถานพยาบาลนั้นจะส่งไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า บัตรประกันสุขภาพออกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ปัจจุบันมีชนิดเดียวคือ บัตรครอบครัว

บัตรครอบครัว ได้แก่บัตรประกันสุขภาพที่ออกให้แก่ผู้มีประกันหลายคนใช้ร่วมกัน ผู้ที่มีชื่ออยู่ในบัตรเรียกว่าผู้มีประกัน แต่มีบัตรเสริมที่เรียกว่า "บัตรข้ามเขต" ที่ออกให้แก่ผู้มีประกันคนหนึ่งที่มีชื่ออยู่ในบัตรครอบครัวอยู่แล้ว เพราะมีเหตุจำเป็นต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราวไปอยู่ต่างถิ่นเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนไม่อาจกลับไปรับบริการจากสถานบริการประจำครอบครัวได้โดยสะดวก เช่น ไปศึกษา ไปทำงาน เป็นต้น

บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองในบัตรประกันสุขภาพ

1. บัตรครอบครัว สำหรับบุคคลทั่วไป คุ้มครองคนดังต่อไปนี้
 - 1.1 สามี ภรรยาหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
 - 1.2 ผู้อาศัยที่อยู่หลังคาเรือนเดียวกัน และ อยู่ในอุปการะของสามี ภรรยา ตามข้อ 1.1 ได้แก่บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้วและยังไม่สมรส บิดามารดาของสามีหรือของภรรยาผู้อยู่อาศัย ทั้งนี้บุคคลตามข้อ 1.2 เมื่อรวมกับ 1.1 แล้วไม่เกิน 5 คน

ทั้งนี้เมื่อออกบัตรประกันสุขภาพแล้ว จะขอเพิ่มชื่อให้ผู้มีประกันอีกไม่ได้
2. บัตรข้ามเขต ได้แก่บัตรที่ออกควบบให้แก่ผู้มีประกัน ที่มีชื่อในบัตรครอบครัวอยู่แล้ว และจำเป็นต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราว เช่นไปทำงาน ไปศึกษา เมื่อเจ็บป่วยสามารถรับบริการนอกเขตจังหวัดได้ ผู้มีความจำเป็นจะขอบัตรข้ามเขต ทำได้โดยนำบัตรครอบครัวหรือรูปถ่ายบัตรครอบ

ครัวไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ออกบัตรครอบครัวนั้น ก่อนไปจังหวัดอื่นและต้องเสียค่าธรรมเนียม 10 บาท ในกรณีผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการส่งต่อ เพื่อรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เหนือกว่า ให้ใช้ใบส่งตัวไม่เข้าข่ายการออกบัตรข้ามเขต

สถานที่จำหน่ายบัตร ได้แก่

1. สถานีอนามัย
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือจังหวัด
3. โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์
4. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.)
5. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี
6. ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร

ราคาบัตร บัตรละ 1,000 บาท ประชาชนจ่าย 500 บาท รัฐบาลจ่าย 500 บาท

การออกบัตร เมื่อประชาชนจ่ายเงินสมทบครบแล้ว หรือผู้นำชุมชน หรือ อสม.

ลงทะเบียนแล้ว 15 วันไม่เกิน 30 วัน

อายุบัตร บัตรครอบครัวมีอายุ 1 ปี นับแต่วันออกบัตร บัตรข้ามเขตหมดอายุพร้อมกับบัตรครอบครัว

สิทธิประโยชน์

หน่วยบริการประจำครอบครัว ผู้มีประกันทุกคนจะมีสถานบริการประจำครอบครัว เพื่อให้การดูแล และบริการที่จำเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตามระเบียบข้อ 32 ดังนี้

1. สถานีอนามัยในหมู่บ้านหรือตำบลที่ผู้ประกันตนอยู่ 1 แห่ง สำหรับบริการทุกด้าน (โรงพยาบาลเป็นสถานีอนามัยของตำบลที่ตั้งอยู่)
2. มีสิทธิเลือกโรงพยาบาลในอำเภอที่ผู้ประกันตนอยู่ หรืออำเภอใกล้เคียง ที่ผู้ประกันสามารถไปรับบริการ ได้สะดวกรวดเร็วกว่าเพียง 1 แห่ง เท่านั้น ทั้งนี้การจะระบุโรงพยาบาล ในอำเภอใกล้เคียงทั้งในจังหวัดหรือต่างจังหวัด ต้องเป็นข้อตกลงภายในจังหวัดหรือระหว่างจังหวัด

3. สำหรับผู้ประกันที่อยู่ในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล ให้ระบุชื่อของโรงพยาบาล เพียงแห่งเดียวเท่านั้น

หน้าที่ของหน่วยบริการ หน่วยบริการจะให้บริการต่อไปนี้

1. ให้ความสะดวก
2. จัดให้มีประวัติสุขภาพของผู้มีประกันทุกคน
3. ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ หรือ ป้องกันโรค ที่จำเป็นที่ได้มาตรฐานตามระเบียบ
4. ให้การรักษาพยาบาลตามหลักวิชา ตามความจำเป็นของโรค หากเกินขีดความสามารถ จะจัดส่งต่อไปรักษา ณ โรงพยาบาลที่เหนือกว่า
5. บันทึกประวัติสุขภาพและการรักษาพยาบาล ของผู้มีประกันเก็บรักษาไว้ เพื่อใช้ในการบริการครั้งต่อไป
6. จะไม่เก็บค่าบริการใดๆ เว้นแต่ค่าบริการพิเศษตามคำขอของผู้มีประกันโดยเฉพาะ

บริการที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ ไม่ต้องเสียค่าบริการดังนี้

1. ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีนและเซรุ่มในการป้องกันโรค ที่กรมควบคุมโรคติดต่อจัดเป็นบริการพื้นฐานสำหรับบริการประชาชนทั่วไป และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัย
2. ค่าบริการทางการแพทย์และอนามัย ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัยให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมีค่าบริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษเฉพาะราย หรือจัดตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย
3. ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงกำหนด
4. ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันธรรมดา และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน
5. ค่าห้องสามัญและค่าอาหารสามัญ ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา เว้นแต่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้ใช้ห้องพิเศษ อาหารพิเศษอยู่ก่อนให้เทียบสิทธิตามระเบียบ ว่าด้วยสวัสดิการ

หรือสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนั้นด้วย

ทั้งนี้เฉพาะโรคหรือบริการ นอกจากโรคหรือภาวะที่ไม่ให้ความคุ้มครอง

บริการที่ต้องจ่ายค่าบริการ ผู้ถือบัตรยังต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ

โรคหรือภาวะที่ไม่ได้รับความคุ้มครองดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดเสริมสวย
2. การตกแต่งฟันหรือทันตประดิษฐ์
3. แว่นตาหรือเลนส์เทียม
4. อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ
5. การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
6. การผสมเทียม
7. การเปลี่ยนเพศ
8. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
9. การรักษาที่อยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
10. การป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อ ยังไม่ได้จัดให้ใช้เป็นบริการพื้นฐาน

สำหรับประชาชนทั่วไป

11. การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่กรณีมีอาการเฉียบพลันภายใน 60 วัน

นับแต่วันเกิดโรค

12. โรคหรือภาวะที่ผู้มีประกันจงใจทำ หรือยินยอมให้ผู้อื่นทำให้เกิดขึ้น เช่น

การทำแท้ง หรือการฆ่าตัวตาย

13. การไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง ที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ

14. อุบัติเหตุจากรถที่มีการคุ้มครองตามกฎหมาย

15. การบริการพิเศษ ที่จัดไว้เพื่อความสะดวกสบาย เช่นห้องพิเศษ พยาบาล

พิเศษ

16. การบริการอื่นที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดในภายหลัง

การรับบริการของผู้มีประกัน ผู้มีประกันจะได้รับบริการดังนี้

1. เจ้าหน้าที่เป็นผู้ไปให้บริการ ที่บ้าน ที่หมู่บ้าน หรือชุมชน ที่มีผู้มีประกันอยู่หรือ จุดนัดหมาย เพื่อให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและบริการอื่นๆที่จำเป็นเป็นประจำ โดยจะมีแฟ้มประวัติสุขภาพ ของแต่ละครอบครัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

2. ผู้มีประกันไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวที่ระบุในบัตร ผู้มีประกัน สามารถไปรับบริการได้ทุกอย่าง โดยหน่วยบริการจะมีประวัติของผู้มีหลักประกันทุกคน เพื่อให้ บริการได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

3. ผู้มีประกันไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำครอบครัวได้ เฉพาะที่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสังกัดกรุงเทพมหานคร และเฉพาะกรณี เหล่านี้เท่านั้น

3.1 เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไปรับบริการได้ที่ หน่วยบริการที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุเจ็บป่วย หรือความจำเป็นนั้น

3.2 กรณีย้ายถิ่นชั่วคราว ไปทำงานหาเลี้ยงชีพ ไปศึกษาจนไม่อาจจะกลับไป รักษาที่หน่วยบริการประจำครอบครัวได้ และมีบัตรข้ามเขตไปรับบริการได้ที่หน่วยบริการในอำเภอ หรือจังหวัดที่ไปทำงานหรือไปศึกษา

3.3 กรณีส่งไปรักษาต่อโดยสถานบริการที่มีผู้มีประกัน ไปรับบริการครั้งแรก เมื่อสถานบริการนั้นเห็นว่าจำเป็น เพื่อให้ผู้มีประกันได้รับบริการรักษาที่ดีกว่า และเกินขีดความสามารถตน

การไปรับบริการที่สถานบริการข้างต้น ผู้มีประกันไม่ต้องเสียเงิน แต่หากผู้มี ประกันไปรักษาที่หน่วยบริการอื่นนอกจากกรณีข้างต้น โดยไม่มีการส่งต่อ จะต้องเสียค่าบริการ ตามที่หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บ

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข (ที่มา:สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2538)

| กลุ่มประชากร | (ก)จำนวนประชากร (ล้านคน) | (ข)จำนวนประชากรเมื่อปรับลดกลุ่มที่ซ้ำซ้อน (ล้านคน) | หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
|---|--------------------------|--|----------------------|
| 1. ผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว | 12.20* | 9.00 | กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. ทหารผ่านศึกและครอบครัว | 2.30* | 1.57 | " |
| 3. ผู้สูงอายุ | 4.30 | 4.30 | " |
| 4. คนพิการและทุพพลภาพ | 1.10 | 1.10 | " |
| 5. เด็กอายุ 0-12 ปี | 14.60** | 14.60 | " |
| 6. พระภิกษุและผู้นำศาสนา | 0.60* | 0.50 | " |
| 7. อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว | 2.67* | 1.82 | " |
| 8. ผู้นำชุมชนและครอบครัว | 1.50* | 1.02 | " |
| 9. ข้าราชการและครอบครัว | 7.90* | 5.39 | กระทรวงการคลัง |
| 10. ผู้ประกันตนตามพรบ.ประกันสังคม | 4.50 | 4.50 | กระทรวงแรงงาน |
| 11. ประกันสุขภาพเอกชน | - | 0.84 | บริษัทเอกชน |
| 12. ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ | 13.40 | 9.20 | กระทรวงสาธารณสุข |
| 13. ผู้จ่ายเงินด้วยตนเองไม่มีบัตรประกันสุขภาพ | - | 5.66 | รับผิดชอบตนเอง |
| รวม | 66.57 | 59.50 | |

* หมายถึงกลุ่มประชากรที่มีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (ร้อยละ 7.3) และเด็ก 0-12 ปี (ร้อยละ 24.5)รวมอยู่ด้วยเท่ากับร้อยละ 31.8 เมื่อหักลบออกแล้วจะเป็นตัวเลขในคอลัมน์ (ข)

** นักเรียนชั้นประถมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการช่วยจัดงบประมาณบางส่วน

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539 (39)

| โครงการ | องค์กรที่ รับผิดชอบ | เป้าหมาย (ล้านคน) | แหล่งที่มา ของเงิน | งบประมาณ ต่อหัวต่อปี (บาท) | สิทธิประโยชน์ | หน่วยงานที่ ให้บริการ |
|--|------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|--|
| 1.สวัสดิการ - ข้าราชการ - ลูกจ้างประจำ - พนักงาน รัฐวิสาหกิจ | กระทรวง การคลัง | 5.39 | งบประมาณ | 2,000 | -ตรวจ ร่างกาย -เจ็บป่วยทุก ชนิด -การรักษา ผู้ป่วยใน | -ผู้ป่วยนอก เฉพาะสถาน บริการของ รัฐ -ผู้ป่วยในได้ ทั้งของรัฐ และ เอกชน |
| 2.พระราชบัญญัติ ประกันสังคม | กระทรวง แรงงาน | 4.50 | นายจ้าง ลูกจ้าง งบประมาณ | 700 (+100) | -เจ็บป่วย ฉุกเฉิน, ทั่วไปที่ไม่ใช่ เกิดจากการ ทำงาน -การรักษา ผู้ป่วยใน -การคลอด บุตร -ทุพพลภาพ -การตาย | สถานพยาบาล ทั้งของรัฐและ เอกชน |

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539 (ต่อ)

| โครงการ | องค์กรที่ รับผิดชอบ | เป้าหมาย (ล้านคน) | แหล่งที่มา ของเงิน | งบประมาณ ต่อหัวต่อปี (บาท) | สิทธิประโยชน์ | หน่วยงานที่ ให้บริการ |
|---|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| 3. โครงการ สวัสดิการ ประชาชนและ กลุ่มที่สังคม ควรช่วยเหลือ เป็นพิเศษ | กระทรวง สาธารณสุข | | งบประมาณ | | -เจ็บป่วย ฉุกเฉิน, ทั่วไป -การรักษา ผู้ป่วยใน | สถานพยาบาล ของรัฐเท่านั้น |
| -ผู้มีรายได้น้อย | | 11.96 | | 231 | | |
| -ผู้พิการ | | 1.06 | | 301 | | |
| -ทหารผ่านศึก และครอบครัว | | 0.20 | | 231 | | |
| -ผู้นำศาสนา | | 0.30 | | 231 | | |
| -ผู้นำชุมชนและ ครอบครัว | | 1.27 | | 231 | | |
| -อาสาสมัคร สาธารณสุข | | 0.62 | | 231 | | |

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539 (39)

| โครงการ | องค์กรที่ รับผิดชอบ | เป้าหมาย (ล้านคน) | แหล่งที่มา ของเงิน | งบประมาณ ต่อหัวต่อปี (บาท) | สิทธิประโยชน์ | หน่วยงานที่ ให้บริการ |
|---|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------------|---|--|
| 4.โครงการ สงเคราะห์ผู้ สูงอายุด้าน การรักษา พยาบาล | กระทรวง สาธารณสุข | 2.50 | งบประมาณ | 329 | -เจ็บป่วย ฉุกเฉิน, ทั่วไป -การรักษา ผู้ป่วยใน -การส่งเสริม สุขภาพ | สถานพยาบาล ของรัฐเท่านั้น |
| 5.โครงการ ประกันสุขภาพ เด็ก 0-12 ปี - 0-5 ปี - 6-12 ปี (สปช.) - 6-12 ปี (นอก สปช.) | กระทรวง สาธารณสุข | 6.24 | งบประมาณ | 117 30 117 | -เจ็บป่วย ฉุกเฉิน, ทั่วไป -การรักษา ผู้ป่วยใน | สถานพยาบาล ในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข เท่านั้น |

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539 (ต่อ)

| โครงการ | องค์กรที่ รับผิดชอบ | เป้าหมาย (ล้านคน) | แหล่งที่มา ของเงิน | งบประมาณ ต่อหัวต่อปี (บาท) | สิทธิประโยชน์ | หน่วยงานที่ ให้บริการ |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------|---|---|
| 6. การประกัน สุขภาพเอกชน | บริษัท ประกันภัย | 0.84 | ผู้ประกันตน | 1,855 | - เจ็บป่วย ฉุกเฉิน, ทั่วไป -การรักษา -ผู้ป่วยใน | สถานพยาบาล ทั้งของรัฐและ เอกชน |
| 7. การประกัน สุขภาพโดย สมัครใจ | กระทรวง สาธารณสุข | 6.24 | งบประมาณ ผู้ประกันตน | 227 | - เจ็บป่วย ฉุกเฉิน, ทั่วไป -การรักษา ผู้ป่วยใน | สถานพยาบาล ในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข และในสังกัด อื่นที่ร่วม โครงการ |

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ

มานิต ชีระตันติกานนท์ และคณะ (2532) ได้ศึกษาวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บัตรสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2531 โดยศึกษาวิเคราะห์จากรายงานผลการปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพและสอบถามจากผู้ใช้บริการสุขภาพ พบว่าเหตุผลในการซื้อบัตรสุขภาพเพราะเห็นว่าเป็นหลักประกันเวลาเจ็บป่วย และการได้รับบริการทางด่วน สะดวก รวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญสำหรับด้านความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเงื่อนไขที่กำหนดไว้แต่ยังไม่พึงพอใจในความเอาใจใส่ของโรงพยาบาลชุมชนเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามผู้ถือบัตรสุขภาพส่วนใหญ่ คิดว่าจะซื้อบัตรอีก เพราะเห็นว่าบริการที่ได้รับคุ้มค่า(41)

อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522) ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย ศึกษาเฉพาะเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าทัศนคติต่อการประกันสังคมจะไม่ขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพ แต่ผู้ที่มีรายได้ต่ำและ/หรือไม่ได้รับสวัสดิการ จะมีทัศนคติที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้สูง และ/หรือได้รับสวัสดิการอยู่แล้ว แต่ปัจจัยที่จะขัดขวางการเข้าร่วมประกันสุขภาพคือ รายได้ของผู้เอาประกันที่ต่ำ อัตราเบี้ยประกันสูง และ การเข้าถึงบริการที่ยาก (42)

จิราพร สุวรรณธีรางกูร (2535) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อบัตรสุขภาพของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2532-2534 พบว่า มีอัตราการเลิกซื้อบัตรสุขภาพถึงร้อยละ 34 และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อบัตรคือ ได้รับการประกันสุขภาพโดยวิธีอื่นพบว่ามีถึงร้อยละ 23 ของผู้ที่เลิกซื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับบัตรสงเคราะห์คนชรา ปัจจัยอื่น ๆ คือ ความไม่พึงพอใจต่อบริการและระบบบริการของโรงพยาบาล ผู้ที่เข้ารับฟังเรื่องโครงการบัตรสุขภาพในการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน มีแนวโน้มที่จะซื้อบัตรสุขภาพต่อมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าฟัง ขนาดของสมาชิกน้อยกว่า 4 คน มีโอกาสที่จะเลิกซื้อบัตรสุขภาพมากกว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่า ผู้ที่เลิกซื้อบัตรสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับโครงการค่อนข้างต่ำ ผู้ที่เลิกซื้อที่มีทัศนคติในทางบวกต่อโครงการบัตรสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ซื้อ (43)

ผจญ ศิริกาญจนพงศ์และคณะ (2536) ได้ศึกษาการใช้กลวิธีการตลาดเชิงสังคม ในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่ง

ทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนการขายบัตรสุขภาพ ระหว่างการใช้กลวิธีการตลาดเชิงสังคม และการใช้กลวิธีการขายตามปกติ พบว่า สัดส่วนการขายบัตรสุขภาพของพื้นที่ที่มีการใช้กลวิธีการตลาดเชิงสังคม มากกว่าสัดส่วนของการขายบัตรสุขภาพ ในพื้นที่ที่มีการใช้กลวิธีการขายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการตัดสินใจ เข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนจังหวัดเพชรบูรณ์ คือ การได้รับแรงจูงใจและเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ในบัตรสุขภาพ และเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้ในปัจจุบันนี้ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 (44)

ผ่องพรรณ คันติวิทและคณะ (2537) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต ผลการวิจัยพบว่า อายุ ภูมิลำเนา ระยะเวลาที่อยู่ในภูเก็ต และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการซื้อบัตรประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพค่อนข้างสูง โดยกลุ่มที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพเคยเจ็บป่วยในรอบ 5 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 98.4 ปัจจัยสนับสนุนเรื่องราคาบัตร ความพึงพอใจในการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับการซื้อบัตรประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่ผู้ซื้อรับรู้มากที่สุด คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ เพื่อนบ้านร้อยละ 38.1 และ รถประชาสัมพันธ์ร้อยละ 35.2 สำหรับการทราบเรื่องการขายบัตรประกันสุขภาพนั้น กลุ่มผู้ซื้อทราบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 50.7 รองลงมาคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 11.4 และจากเพื่อนบ้านร้อยละ 10 (45)

การศึกษาวิจัยทั้งหมดที่ทบทวนข้างต้นสรุปได้ว่า เหตุผลที่ประชาชนซื้อบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่การได้รับแรงจูงใจ ความพึงพอใจในสิทธิประโยชน์ ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนเหตุผลที่เลิกซื้อได้แก่รายได้ ราคาบัตรฯ ได้รับการประกันสุขภาพโดยวิธีอื่น ฯลฯ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย