

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีนโยบายพัฒนาประชาชนให้มีคุณภาพที่ดีเพื่อเข้าสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (กองแผนงานสาธารณสุข, 2535 : 1) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงวางนโยบายที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านสาธารณสุข โดยประชาชนทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และอนามัย ให้ครอบคลุมร้อยละ 70 ในปี พ.ศ.2536 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2539 : 1) แต่จากการสำรวจในปีดังกล่าวพบว่า อัตราการประกันสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศมีเพียงร้อยละ 58.8 (Viroj Tangcharoensathian, 1993 : 7) กระทรวงสาธารณสุขจึงขยายการดำเนินงานด้านการประกันสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมร้อยละ 100 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (กระทรวงสาธารณสุข, 2540 : 28) แม้ว่าการดำเนินงานประกันสุขภาพจะเร่งรัดเพียงใด แต่จากการสำรวจในปี พ.ศ.2539 พบว่า ประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้คือ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ยังมีอัตราการประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 71.33 77.52 และ 72.92 ของประชาชน ทั้งจังหวัดตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2539 : 2, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2539 : 82, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2539 : 2) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเป้าหมายที่กำหนด ฉะนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

การพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าได้นั้นต้องมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ คุณภาพชีวิตของมนุษย์จะดีขึ้นหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบเศรษฐกิจที่มั่นคงเพียงอย่างเดียวแต่ต้องสอดคล้องกันทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากการประชุมวิชาการขององค์การอนามัยโลก ปี 1970 ที่ประชุมได้มีมติว่า "สิทธิจะได้รับการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน" และวัตถุประสงค์ขององค์การอนามัยโลกก็คือ ให้ประชาชนทุกคนได้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็น คือ เป็นการคุ้มครองให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 24 อ้างถึงใน สุรางค์ พิลาสกุล, 2539 : 1)

สำหรับประเทศไทยปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนยังคงเป็นปัญหาที่ทำทนายการบริหารจัดการการสาธารณสุขของประเทศ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาและกระตุ้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนผลักดันให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจด้วยการใช้บัตรประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้ารับบริการด้านการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งโครงการนี้ได้เริ่มการทดลองขึ้นต้นในกลุ่มแม่และเด็ก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 ใช้ชื่อว่า “กองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ต่อมาในปี พ.ศ.2527 โครงการบัตรประกันสุขภาพระยะที่ 2 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการ และใช้ชื่อว่า “โครงการบัตรประกันสุขภาพ” โดยกำหนดเป้าหมายให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล และตั้งเป้าหมายว่าในปี พ.ศ.2528 จะมีกองทุนบัตรสุขภาพครบทุกอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล ซึ่งกองทุนบัตรสุขภาพเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน โดยมีประชาชนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเป็นสมาชิก และมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นผู้ดูแลควบคุมในการจัดจำหน่ายบัตรสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปเพื่อนำเงินมาใช้หมุนเวียนในกองทุน และในปี พ.ศ.2528 - 2530 โครงการบัตรประกันสุขภาพ ได้ดำเนินมาถึงระยะที่ 3 โดยมีเป้าหมายให้ขยายครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอ มีการปรับปรุงกลวิธีการดำเนินงาน ตลอดจนรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับขอบเขตครอบคลุมการใช้บริการ เงื่อนไข และราคาบัตร (เทียนฉาย กิระนันท์, 2537 : 30)

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534) ได้กล่าวถึงหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ซึ่งจัดไว้ในแผนการบริการสาธารณสุข (ทองพรรณ สิงห์แก้ว และ วราพร พากเพียร, 2536 : 4 - 5)

ต่อมาแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) ได้กำหนดโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งในแผนรองสวัสดิการสาธารณสุขของแผนงานบริการสาธารณสุข และได้ระบุวัตถุประสงค์ของการประกันสุขภาพเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหาร ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้สอดคล้องอยู่บนพื้นฐานและหลักการเฉลี่ยความเสี่ยง และส่งเสริมให้ประชาชนที่พระราชบัญญัติประกันสังคมยังครอบคลุมไม่ถึง ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร และกลุ่มอาชีพอิสระ เป็นต้น ได้มีหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัย (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2538 : 20) ปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) มีเป้าหมายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยให้

ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพเป็นร้อยละ 100 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540 : 48)

สรุปการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพเท่าที่ผ่านมา ยังไม่ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพ หรืออยู่ในความคุ้มครองของระบบใด ๆ เลยยังมีอีกมาก จากการประเมินโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัด เมื่อปี พ.ศ.2539 ได้ข้อสรุปว่าในจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีประชาชนที่ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพหรืออยู่ในความคุ้มครองของระบบใด ๆ เลยถึงร้อยละ 28.11 22.48 และ 27.08 ของประชาชนทั้งหมดในแต่ละจังหวัดตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2539 : 1, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2539 : 82, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2539 : 2)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาสาเหตุของการเกิดปัญหา ที่คาดว่าน่าจะส่งผลต่อความไม่ครอบคลุมของโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความไม่ครอบคลุมดังกล่าว ซึ่งปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงานงบประมาณจากรัฐเท่าที่ควร และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ประชาชนเกิดความสับสน รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในโครงการในระดับต่ำ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2537 : 45)

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาแล้ว การที่ประชาชนพิจารณาว่าจะซื้อหรือไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพนั้น อาจมีปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยอื่นที่เป็นแรงจูงใจบางประการที่ส่งผลต่อการซื้อหรือไม่ซื้อบัตรดังกล่าวได้ โดยเฉพาะประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะทางวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ และวิถีชีวิตเป็นของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากประชาชนส่วนมากของประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2534 : 57)

จากปัญหาและความเป็นมาของปัญหาดังกล่าวข้างต้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อจะได้ทราบปัจจัยที่แท้จริง และนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนา คือ เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง วางแผน และดำเนินงานเรื่องบัตรประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับของประชาชน และช่วยให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น

การวิจัยนี้เป็นศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการศึกษา ค้นคว้า และนำผลที่ได้จากการวิจัยไปจัดกระบวนการถ่ายทอดความรู้ เพื่อพัฒนาชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้และหลักการในการสั่งสอนอบรม และจัดระบบการทำงาน

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีและงานวิจัยดังต่อไปนี้

การประกันสุขภาพ

ความเป็นมาของโครงการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีเจตคติ

ทฤษฎีการตัดสินใจและการกระทำทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

1. การประกันสุขภาพ

1.1 ความหมาย

การประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่จะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังกล่าว จะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าให้กับกองทุนประกันอัตราในการจ่ายเงินจึงขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่ประมาณว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนผู้ที่จะเข้าเป็นสมาชิกและแหล่งเงินที่จะได้สมทบจากที่อื่น การจ่ายเงินดังกล่าวมีลักษณะของการเสียความเสี่ยงระหว่างผู้ที่สถานะสุขภาพและสถานะเศรษฐกิจต่าง ๆ กัน การเสียความเสี่ยงทำให้ปริมาณเงินที่แต่ละคนจะต้องจ่ายมีเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับเมื่อเกิดเจ็บป่วยจริง อย่างไรก็ตามจะมีสมาชิกจำนวนมากที่จ่ายเงินไปเพื่อไม่ได้รับการคุ้มครองโดยไม่มีโอกาสใช้สิทธิประโยชน์นั้นเนื่องจากมิได้เกิดการเจ็บป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2536 : 13)

สำนักงานประกันสุขภาพ (2538 : 10) ได้ให้ความหมายของการประกันสุขภาพว่า หมายถึง การที่ประชาชนได้รับประกันว่าจะได้รับการบริการทางการแพทย์และอนามัยอันจำเป็นที่มีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพและมาตรฐานโดยไม่ต้องเสียค่าบริการ

ส่วนประเสริฐ วันดี (2539 : 10) ได้กล่าวถึงความหมายของการประกันสุขภาพว่า เป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่จะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดังกล่าวจะต้องจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับกองทุนประกัน โดยขึ้นอยู่กับ

กับค่าใช้จ่ายที่ประมาณว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนผู้ที่เป็นสมาชิก และแหล่งเงินสมทบจากที่อื่น การจ่ายเงินนี้มีลักษณะเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ที่มีสถานะทางสุขภาพและเศรษฐกิจต่างกัน ทำให้ปริมาณเงินที่แต่ละคนจ่ายมีค่าไม่มากเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

นอกจากนั้น การประกันสุขภาพยังหมายถึง การประกันความเจ็บป่วยในรูปแบบต่างๆ โดยผู้ประกันหรือผู้แทนของผู้ประกันจ่ายเบี้ยประกันเป็นอัตราที่แน่นอนให้ผู้รับประกันแล้ววงค์กรของผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยตามเงื่อนไขข้อตกลง (สมคิด แก้วสนธิ, 2524 : 158)

จากความหมายของนักวิชาการต่าง ๆ สรุปได้ว่า การประกันสุขภาพ คือ กลไกทางการเงินที่จะกระจายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังประชาชนที่มีการเสี่ยงในการเจ็บป่วยต่างกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถรับการรักษาพยาบาลได้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

1.2 ลักษณะการประกันสุขภาพ

ในประเทศไทยมีลักษณะของโครงสร้างการประกันสุขภาพอยู่หลายโครงการ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุตินุกุล, 2534 อ้างถึงในสำนักงานประกันสุขภาพ, 2536 : 56)

1)สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare)

เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภทโดยมีวัตถุประสงค์ในแต่ละประเภท ประกอบด้วย

1.1) โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

1.2) โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล

1.3) โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ

1.4) สวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ รวมถึงพนักงานรัฐวิสาหกิจ

1.5) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้พิการ การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ตลอดจนอาสาสมัครประเภทต่าง ๆ

2) การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะของการบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

2.1) กองทุนทดแทน ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างที่ได้รับอันตรายหรือได้รับการเจ็บไข้ได้ป่วยอันเกิดจากสภาพการทำงาน ให้ได้รับการรักษาพยาบาลรวมถึงได้รับเงินช่วยเหลือตามเหตุการณ์และความจำเป็นของลูกจ้าง

2.2) กองทุนประกันสังคม เป็นกองทุนที่ประกาศใช้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้าง และเป็นการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน

การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นการดำเนินการจัดตั้งเพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งผู้ประสบภัยไม่ต้องเป็นภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับแหล่งเงิน ได้มาจากเจ้าของรถยนต์ยานพาหนะที่จ่ายค่ากรมธรรม์แต่ที่ดำเนินการคือ บริษัทประกัน โดยมีการรับผิดชอบครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาลทุพพลภาพและเสียชีวิต

3) การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ ซึ่งโครงการเหล่านี้ได้แก่

3.1) การประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน เป็นการให้ความคุ้มครองสำหรับผู้ที่มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.1.1) การประกันสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งให้ความคุ้มครองผู้ประกันตน และอาจรวมถึงคู่สมรสและบุตรด้วย

3.1.2) การประกันสุขภาพหมู่ ซึ่งให้ความคุ้มครองกลุ่มคน โดยส่วนใหญ่มักเป็นลูกจ้างในบริษัทหรือในโรงงาน

3.2) การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการที่มีการจัดตั้งโดยรัฐบาล เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพในอดีต หรือโครงการบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบัน

จากลักษณะการประกันสุขภาพดังกล่าวสรุปได้ว่า ในประเทศไทยมีลักษณะการประกันสุขภาพอยู่ 3 ประเภท คือ สวัสดิการรักษาที่รัฐจัดให้ การประกันสุขภาพเชิงบังคับ และการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งแต่ละประเภทมุ่งให้ผู้เอาประกันหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้

รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสัญญาในการประกันสุขภาพนั้น ๆ สำหรับการวิจัยนี้ ต้องการศึกษาดูเฉพาะการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

1.3 แนวคิดพื้นฐานของโครงการบัตรประกันสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐานของโครงการบัตรประกันสุขภาพ (สาธารณสุขปริทัศน์, 2526 : 16 อ้างถึงใน ประทีป ท่าผา, 2539 : 7-8) มีแนวคิดดังนี้

1) แนวคิดเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

งานสาธารณสุขมูลฐานมีปรัชญาพื้นฐานที่สำคัญคือ ต้องการให้ประชาชนพึ่งตนเองในเรื่องการสาธารณสุข ประชาชนสามารถริเริ่มดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และหากพิจารณาองค์ประกอบของงานสาธารณสุขในแง่ชุมชนนั้นสามารถแยกได้ 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1) งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยชุมชน เช่น งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานสุขภาพิบาลและน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็นและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

1.2) งานสาธารณสุขที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากสถานบริการ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

2) แนวคิดเรื่องการพัฒนาปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานต้องดำเนินไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในลักษณะที่ให้ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองที่สูงขึ้นตลอดจนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนแก่สถานบริการ ส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐมีบทบาทสนับสนุนให้ชุมชนในด้านวิชาการและการบริการ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินการดังกล่าว ได้แก่ กรรมการ กำลังคน และกองทุน ซึ่งสร้างขึ้นจากกการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเอง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนในลักษณะดังกล่าว ได้แก่ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งกองทุนบัตรสุขภาพ โครงการบัตรสุขภาพจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการระดมทรัพยากรของชุมชนในรูปกองทุนบัตรสุขภาพ

3) แนวคิดเรื่องการรักษาพยาบาล

ตามแนวคิดของโครงการบัตรสุขภาพระบุว่า การรักษาต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้าน และมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด โครงการบัตรสุขภาพเองจึงได้จัดให้มีระบบการส่งต่อและ กลั่นกรองและระบบช่องทางด่วนขึ้นมา โดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องไปรับบริการที่กองทุนเวชภัณฑ์ ประจำหมู่บ้าน ถ้าเกินขีดความสามารถของสถานอนามัย จะต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับ ชุมชน (ระดับอำเภอ) ซึ่งจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับจังหวัด) เมื่อ เกินขีดความสามารถในการรักษาอีกเช่นกัน

จากแนวความคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โครงการประกันสุขภาพมีแนวคิด พื้นฐาน 3 ประการ คือ แนวคิดเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยน บทบาทในระบบสาธารณสุข และแนวคิดเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งแต่ละประการส่งผลต่อการ พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.4 วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรประกันสุขภาพ

จากแนวคิดพื้นฐานของโครงการบัตรประกันสุขภาพ นำมากำหนดเป็นวัตถุประสงค์ ของโครงการบัตรประกันสุขภาพ (สุदारัตน์ สุธราพันธ์, 2529 : 23) ดังนี้

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีถ้วนหน้าและเป็นประชาชนที่มีคุณภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และความมั่นคงในชีวิต ทรัพย์สิน ตามมาตรฐานความจำเป็น พื้นฐานของคนไทย

2) วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการบัตรประกันสุขภาพ

2.1) เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ตลอดจนงาน ส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

2.2) เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการ บริหารจัดการบริการสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่รัฐให้การสนับสนุนและให้บริการ

2.3) เพื่อลดปริมาณผู้ป่วยนอกที่มารักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ทั่วไป โดยผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยจะลดลงทำให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีโอกาส ทำงานที่มีคุณภาพและงานวิชาการมากขึ้น

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรประกัน สุขภาพมี 2 ประการ คือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทาง ในการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีถ้วนหน้า

2. ความเป็นมาของโครงการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

2.1 ความหมายของบัตรประกันสุขภาพ

บัตรประกันสุขภาพเป็นบัตรที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีผู้รู้ได้ให้ความหมายของบัตรประกันสุขภาพไว้ดังนี้

บัตรประกันสุขภาพ หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนามาจากหลักการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นให้ประชาชนและองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย (สารานุกรมศัพท์การบริการสาธารณสุข อ้างถึงใน บุญเรือง ราชูพยัม, 2540 : 3)

ส่วนกระทรวงสาธารณสุข (2529 : 98) ได้ให้ความหมายของบัตรประกันสุขภาพไว้ว่า หมายถึงสัญลักษณ์ที่แสดงออกถึงความผูกพันร่วมกันที่จะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไข ระเบียบและกติกากำหนดไว้ระหว่างบุคคล 3 ฝ่าย คือ ประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตรและหน่วยงานของรัฐ

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า บัตรประกันสุขภาพ หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนามาจากหลักการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนและองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย และปฏิบัติตามเงื่อนไข ระเบียบกติกากำหนดไว้ของประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตรและหน่วยงานของรัฐ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำความหมายของบัตรประกันสุขภาพไปใช้ในการกำหนดนิยามศัพท์ในการวิจัย

2.2 ความเป็นมาของโครงการบัตรประกันสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายนโยบายให้โครงการบัตรประกันสุขภาพ เป็นโครงการสำคัญที่ทุกจังหวัดจะต้องดำเนินการเพื่อให้ประชาชนบรรลุสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงคิดค้นวิธีการ รูปแบบ ตลอดจนพัฒนาระบบการประกันสุขภาพขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเป็นของตนเอง

โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ.2526 ภายใต้ชื่อว่า "โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็กโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ" เพื่อทดลองหารูปแบบและความเป็นไปได้ที่จะพัฒนารูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานด้านงานอนามัยแม่และเด็ก และงานให้ภูมิคุ้มกันโรครวมถึงการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการทางการเงินและการให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ซึ่งโครงการในระยะแรกนี้มีการแยกบัตรสุขภาพเป็นประเภทต่าง ๆ แตกต่างกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเงื่อนไข สิทธิประโยชน์ที่ได้รับรวมถึงลักษณะของ

การคุ้มครองได้อย่างชัดเจน ซึ่งสามารถแยกประเภทได้ดังนี้ (ปรากฏ วุฒิพงศ์, และคณะ, 2532 : 116 - 117)

ประเภทที่ 1 บัตรสีแดง ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลและการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 200 บาท / ปี บัตรนี้ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบุตรอายุไม่เกิน 10 ปี และมีมารดาตั้งครรภ์

ประเภทที่ 2 บัตรสีเหลือง ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล บัตรนี้ใช้สำหรับครอบครัวที่ไม่มีมารดาตั้งครรภ์ และไม่มีบุตรอายุน้อยกว่า 10 ปี

ประเภทที่ 3 บัตรสีฟ้า ใช้เพื่อการอนามัยแม่และเด็กและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท / ปี บัตรนี้ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบัตรประเภทที่ 2 อยู่แล้ว และมีมารดาเกิดการตั้งครรภ์ในระหว่างที่สิทธิของการรับบริการตามรูปแบบของการใช้บัตรประเภทสีเหลืองยังคงมีอยู่ ดังนั้นในการซื้อบัตรประเภทนี้ สามารถใช้เพื่อการรับบริการทางด้านการอนามัยแม่และเด็กได้

ในปี พ.ศ.2527 ซึ่งเป็นระยะที่ 2 ของโครงการบัตรสุขภาพนั้นทางกระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นว่าโครงการนี้สามารถพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขทั้งในรูปของการปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ การปรับปรุงระบบส่งต่อ การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพื้นที่และความยากง่ายของการเจ็บป่วย จึงได้มีการปรับปรุงเงื่อนไขบางประการและขยายพื้นที่ดำเนินงานโดยตั้งชื่อใหม่เป็น "โครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข" และได้มีการปรับปรุงรายละเอียดเกี่ยวกับประเภท ราคาบัตร เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ และลักษณะการคุ้มครองบางประการของบัตร เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางในการดำเนินโครงการใหม่นี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงปรับเปลี่ยนบัตรเป็น 2 ประเภท คือ (ปรากฏ วุฒิพงศ์ และคณะ, 2532 : 116 - 117)

ประเภทที่ 1 บัตรสีแดง ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท / ปี บัตรนี้ใช้เป็นบัตรครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี

ประเภทที่ 2 บัตรสีฟ้า ใช้เพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค ราคา 100 บาท / ปี บัตรนี้ใช้สำหรับครอบครัวที่มีบัตรประเภทที่ 1 แต่มารดามีการตั้งครรภ์ภายหลังมีความจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก

ต่อมาในปี พ.ศ.2528 ถือว่าเป็นโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 3 เนื่องจากโครงการในระยะนี้ยังยึดถือและมีการใช้บัตรโครงการสุขภาพเป็นสื่อแสดงการมีพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของรัฐซึ่งให้บริการการรักษาพยาบาลและสนับสนุนด้านสุขภาพอนามัย อีกทั้งได้ทดลองศึกษาถึงการดำเนินงาน ประเภท ชนิด ราคาของบัตร และความคุ้มครองตลอดจนค้นหารูปแบบความแตกต่างระหว่างบัตรสุขภาพในเขตเมือง ใน

เขตชนบท โดยให้หลักการทั่ว ๆ ไปที่ใช้ในโครงการบัตรสุขภาพชนบทเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งชุมชนเขตเมืองออกเป็น 3 ประเภท คือ

ชุมชนหนาแน่น (ย่านการค้าและการตลาด มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี)

ชุมชนแออัด (ย่านสลัม มีฐานะค่อนข้างยากจน)

ชุมชนชานเมือง (ย่านคล้ายชนบท ในส่วนนี้อยู่รอบตัวเมือง)

สำหรับการบริหารการจัดการและการใช้บริการนั้น อาศัยความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงานด้วยกัน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานเทศบาลในพื้นที่ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2536 : 8) ซึ่งโครงการในระยะนี้ได้มีการปรับปรุงประเภท ราคา เงื่อนไข สิทธิประโยชน์และลักษณะการคุ้มครองบางประการของบัตรให้มีความสอดคล้องกับศักยภาพของห้องที่ดำเนินงาน โดยปรับเปลี่ยนประเภทและราคาของบัตร (ปรากฏ วุฒิมงคล และคณะ, 2532 : 116 - 117) คือ

ประเภทที่ 1 บัตรสีเขียว ใช้เป็นบัตรครอบครัว เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 300 บาท / ปี บัตรนี้ผู้ใช้สิทธิประกอบด้วย พ่อ แม่และบุตรอายุต่ำกว่า 15 ปี รวมทั้งหมด 4 คน

ประเภทที่ 2 บัตรสีแดง ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล ราคา 200 บาท / ปี

ประเภทที่ 3 บัตรสีฟ้า ใช้เป็นบัตรอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท / ปี บัตรนี้ใช้สำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์และจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก

ในช่วงปี พ.ศ.2529 เป็นช่วงการจัดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจขึ้น โดยใช้แนวทางและวิธีการของบัตรประกันสุขภาพเป็นหลักการในการดำเนินการ คือ ให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง แต่ได้ปรับปรุงรูปแบบและขั้นตอนของการรักษาพยาบาลโดยขั้นแรกต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้านก่อน ซึ่งผู้มารับบริการรักษาพยาบาลต้องได้รับการพิจารณาจากกรรมการกองทุนบัตรสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากนั้นจึงมีการส่งต่ออย่างมีขั้นตอนและผ่านการกลั่นกรองจากสถานีอนามัย โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ ฯลฯ สำหรับขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วนั้นสามารถใช้ระบบทางด่วนเพื่อความสะดวกในการไปรับบริการในแต่ละขั้นตอนได้ (วิวัฒน์ แซ่ลิ้ม, 2539 : 20)

ต่อมาในปี พ.ศ.2530 - 2534 ซึ่งเป็นช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้ถูกบรรจุในแผนฉบับดังกล่าว โดยมีลักษณะการดำเนินงานที่ยังคงยึดถือบัตรสุขภาพเป็นหลัก และส่งเสริมให้องค์กรชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาศัยความร่วมมือ

ระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการรักษาพยาบาลและสนับสนุนด้านสุขภาพอนามัย โดยมีบัตรสุขภาพ 3 ประเภท คือ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2537 : 85)

- ประเภทที่ 1 บัตรอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท / ปี
- ประเภทที่ 2 บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลชนิดบุคคล ราคา 200 บาท / ปี
- ประเภทที่ 3 บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลชนิดครอบครัว ราคา 300 บาท / ปี

สำหรับปี พ.ศ.2535 - 2539 เป็นระยะวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ซึ่งระยะนี้การดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพครอบคลุมประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศเท่านั้น ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับปรุงกลวิธี รูปแบบ ประเภท เงื่อนไข หลักเกณฑ์ และสิทธิประโยชน์ของบัตร โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งไม่มีการมุ่งเน้นการจัดตั้งเป็นกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ยังคงให้หลักการส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอนโดยผ่านสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น สำหรับรูปแบบและหลักการประกันสุขภาพนั้นยังคงอาศัยวิธีการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพโดยปรับราคาขึ้นเป็น 500 บาท สำหรับบัตรครอบครัวซึ่งรวมถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยมีกระทรวงสาธารณสุขตั้งวงเงินอุดหนุนให้อีกบัตรละ 500 บาท (เทียนฉาย กิระนันท์, 2537 : 85)

ปัจจุบันโครงการดังกล่าวข้างต้นอยู่ในช่วงดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ซึ่งเน้นการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ ประกอบกับนโยบายของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพคนไทยในอนาคตให้เป็นผู้มีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดีโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม (ถวิล อานนท์, 2539 : 10) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายเร่งรัดการดำเนินงานประกันสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมร้อยละ 100 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540 : 48) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้ระดมกลวิธีต่าง ๆ เพื่อการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ได้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ตนเองให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ โดยใช้รูปแบบและหลักการประกันสุขภาพเช่นเดียวกับปี พ.ศ.2539

2.3 ประเภทของบัตรประกันสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขแบ่งประเภทของบัตรประกันสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2539 : 15 - 19)

1) บัตรประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป

บัตรประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป มีได้เฉพาะบุคคลทั่วไปที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของการประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น โดยประชาชนจ่ายเงินค่าบัตรร่วมกับรัฐ คือ รัฐจ่าย 500 บาท ประชาชนจ่าย 500 บาท และสามารถใช้อย่างน้อยได้หลังจากออกเงินแล้ว 15 วัน โดยมีอายุการใช้บัตรเป็นเวลา 1 ปี เว้นแต่เป็นบัตรต่ออายุในกำหนด ให้มีอายุต่อจากบัตรเดิม และต้องเป็น

1.1) บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

1.2) ผู้อาศัยที่อยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน และอยู่ในอุปการะของสามี ภรรยา ตามข้อ 1.1) ได้แก่ บุคคลที่บรรลุนิติภาวะแล้ว และยังไม่สมรส บิดา มารดาของสามี หรือของภรรยา หรือบุคคลอื่น

ทั้งนี้บุคคลตาม ข้อ 1.2) จะมีได้ในจำนวนเมื่อรวมกับข้อ 1.1) แล้วไม่เกิน 5 คน และเมื่อออกบัตรประกันสุขภาพแล้วจะเพิ่มชื่อผู้มีประกันอีกไม่ได้

สำหรับการออกบัตรข้ามเขต ซึ่งเป็นบัตรที่ออกควบให้แก่ผู้มีประกันเพื่อใช้ไปรับบริการนอกเขตจังหวัดนั้น หน่วยงานที่ออกบัตรข้ามเขตต้องรับแจ้งการออกบัตรข้ามเขตไปยังสำนักงานประกันสุขภาพโดยด่วน และการมีบัตรข้ามเขตจะไม่ตัดสิทธิที่ผู้มีประกันจะได้รับจากการใช้บัตรครอบครัวเดิม

2) บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

บัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลตามระเบียบราชการ เช่น ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพแทน

สำหรับการขอมีบัตรข้ามเขตนั้น จะออกบัตรข้ามเขตให้ไม่ได้ ถ้าระเบียบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลนั้นกำหนดให้อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่ที่รับผิดชอบนั้น ตลอดเวลาหรือทุกเดือน เว้นแต่ส่วนราชการต้นสังกัดจะเห็นชอบด้วย

สรุปได้ว่า บัตรประกันสุขภาพแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ บัตรประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป และบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ใช้บัตรดังกล่าวจะต้องปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ของบัตรนั้น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำประเภทของบัตรประกันสุขภาพไปใช้สร้างเครื่องมือด้านพุทธิพิสัยในการวิจัยนี้

2.4 หน้าทีของผู้มีบัตรประกันสุขภาพ

ในการไปรับบริการทางการแพทย์ทุกครั้ง ผู้มีประกันต้องปฏิบัติดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2539 : 19 - 20)

1) นำบัตรต่อไปนี้แสดงต่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทันทีเมื่อขอรับบริการ

1.1) บัตรประกันสุขภาพ

1.2) บัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้หรือหลักฐานอื่น ๆ เช่น หนังสือรับรองของเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เชื่อถือได้ แสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกัน

2) ไปรับบริการในเวลาทำงานปกติของหน่วยบริการ เว้นแต่กรณีอุบัติเหตุหรือป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

เวลาทำงานปกติให้หมายรวมถึงเวลาทำงานที่หน่วยบริการนั้นได้ประกาศขยายออกไปนอกเวลาราชการ หรือวันหยุดราชการเป็นประจำด้วย

3) ต้องปฏิบัติตามระเบียบหน่วยบริการ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดผลดีในการให้บริการแก่ตน

การไปรับบริการทางการแพทย์ทุกครั้ง ผู้มีบัตรประกันสุขภาพมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ของบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ ต้องไปรับบริการจากหน่วยงานที่ระบุชื่อในบัตร การนำหลักฐานและบัตรประกันสุขภาพไปยังสถานบริการ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหน้าที่ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพไปใช้สร้างเครื่องมือด้านพุทธิพิสัย

2.5 หน้าทีของสถานบริการ

ในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการทุกครั้ง สถานบริการต้องปฏิบัติดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2539 : 22 - 25)

1) ให้ความสะดวก

2) ให้การรักษาห้ามปฏิเสธ แม้แต่การที่มีหลักฐานการรับรองสิทธิไม่มีหรือไม่ครบ (ให้บริการก่อนพร้อมแนะนำในคราวต่อไป)

3) ต้องบันทึกเลขที่และวันหมดอายุของบัตรประกันสุขภาพไว้บนบัตรประจำตัวของผู้ป่วย และบันทึกการรักษาผู้ป่วยนอก

การให้บริการแก่ผู้มารับบริการทุกครั้ง สถานบริการมีหน้าที่ให้ความสะดวกในการรักษา และต้องบันทึกเลขที่และวันหมดอายุของบัตรประกันสุขภาพไว้บนบัตรประจำตัวผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหน้าที่ของสถานบริการไปใช้สร้างเครื่องมือด้านพุทธิพิสัยในการวิจัย

2.6 สิทธิประโยชน์ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพ

ผู้มีบัตรประกันสุขภาพได้รับสิทธิประโยชน์จากความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพ ดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2539 : 20 - 22)

1) การได้รับความคุ้มครองในการรับบริการทางการแพทย์

ผู้มีบัตรประกันสุขภาพได้รับความคุ้มครองเฉพาะเมื่อได้ปฏิบัติตามระเบียบแล้ว และไปรับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการดังต่อไปนี้

1.1) หน่วยบริการที่ระบุชื่อในบัตร

1.2) หน่วยบริการที่อยู่ใกล้ที่เกิดอุบัติเหตุ หรือที่เกิดจากความเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเกิดความจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์

1.3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อจากหน่วยบริการตาม ข้อ 1.1) หรือข้อ 1.2)

ผู้มีบัตรประกันสุขภาพมีสิทธิเลือกกระบวนหน่วยบริการตามข้อ 1.1) ได้ไม่เกิน 2 แห่ง คือ หน่วยบริการระดับตำบลแห่งหนึ่ง และระดับอำเภอที่มีแพทย์ประจำอีกแห่งหนึ่งที่มีผู้มีบัตรประกันสุขภาพจะไปรับบริการตามปกติได้ ทั้งนี้ไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้มีบัตรประกันสุขภาพที่มีอยู่ตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนั้น ๆ โดยให้ถือว่าโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานระดับอำเภอของอำเภอที่ตั้งอยู่ และหน่วยบริการระดับตำบลของตำบลที่ตั้งอยู่ด้วย

2) การได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์

สำหรับการได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์นั้น ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และจำนวนวงเงินในการรักษา ดังนี้

2.1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีน และเข้าร่วมในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อจัดเป็นบริการพื้นฐานประชาชนทั่วไป และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัย

2.2) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัยให้แก่ผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ซึ่งไม่ใช่บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือจัดตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย

2.3) ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงกำหนด

2.4) ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันธรรมชาติ และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน

2.5) ค่าห้องสามัญ และค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา เว้นแต่ผู้มีประกันมีสิทธิได้ห้องพิเศษและอาหารพิเศษอยู่ก่อน ให้ได้สิทธิตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลประเภทนี้ด้วย

ส่วนโรคหรือภาวะ หรือบริการต่อไปนี้ ไม่อยู่ในความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบดังนี้ ได้แก่

- 1) การผ่าตัดเสริมสวย
- 2) การตกแต่งฟันหรือทันตประดิษฐ์
- 3) แว่นตาหรือเลนส์เทียม
- 4) อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- 5) การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
- 6) การผสมเทียม
- 7) การเปลี่ยนเพศ
- 8) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 9) การรักษาที่อยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- 10) การป้องกันโรค ที่กรมควบคุมโรคติดต่อยังไม่ได้จัดให้เป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป
- 11) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่ในกรณีเพื่อการรักษาอาการโรคเฉียบพลันภายในหกสิบวันนับแต่วันเกิดโรค
- 12) การบำบัดโรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นเพราะความจงใจของผู้มีประกันหรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำเช่น การทำแท้ง หรือการฆ่าตัวตาย
- 13) การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อเว้นแต่กรณีที่โรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นนัดให้มารับการรักษาต่อภายหลังต่อครั้งแรกแล้ว
- 14) อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย
- 15) การบริการพิเศษที่หน่วยบริการจัดขึ้น หรือถูกขอให้จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบายหรือเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าห้องและอาหารพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ค่าแต่งศพ ค่าขนศพ ค่าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

16) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น นอกจากข้อ 1) - 15) ตามที่ปลัดกระทรวงจะได้ กำหนดซึ่งผู้ประกันจะรับบริการ หรือใช้บริการทางการแพทย์ตามวรรคหนึ่งก็ได้ ต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์ และอาจได้รับส่วนลดตามระเบียบของหน่วยบริการเช่นผู้รับบริการทั่วไป

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนแปลงระเบียบหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขของ บัตรประกันสุขภาพแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือให้มีการซื้อ บัตรประกันสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ประเภทใด ๆ ให้ครอบคลุมร้อยละ 100 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเหตุนี้จึงต้องคำนึงถึง เงื่อนไขบางประการของประชาชนซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะสร้างหลักประกันคุณภาพให้แก่ตนเอง โดยการซื้อหรือไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ความรู้ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพไป ใช้สร้างเครื่องมือด้านพุทธิพิสัยในการวิจัย

3. ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทั้งนี้เกิด จากการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความฝังใจและเกิดเป็นความเชื่อ ซึ่งก่อให้เกิดการปฏิบัติ ตามแนวคิดและความเชื่อนั้น ๆ สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพนั้นได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อ ความเจ็บป่วยและการรักษา และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างออกไปซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2528 : 30)

ส่วนนิตยา อังกาบุรณะ (2527 : 18 อ้างอิงมาจาก Schcibe, 1970 : 1) ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลค่อย ๆ เรียนรู้ทำความเข้าใจมานานจน เป็นสิ่งที่ติดแน่นในความคิดในความเข้าใจ เป็นรูปหนึ่งของความรู้และการกระทำที่เกี่ยวกับสุขภาพ ของตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น

สำหรับจรรยา เศรษฐบุตร (2529 : 26) ได้สรุปแนวความคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า สังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลของการเกิดโรค ทั้งนี้ระบบความเชื่อ ความรู้ และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐานขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้น

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดของบุคคลซึ่งจะมีเหตุผลหรือไม่ เหตุผลก็ได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้เห็น ได้ฟัง ได้สัมผัส การนึกคิดขึ้นเอง รวมทั้งความเชื่อเดิมที่เกิดจากความฝังใจ อันเป็นแนวโน้มชักนำให้เกิดการกระทำตามความเชื่อนั้น ๆ

3.2 ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 : 328 - 329 อ้างถึงในบอรรเฮง ดีเยาะ, 2537 : 42) ได้ศึกษารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีเลวินเนียน (Levinion) ของเคิร์ท เลวิน (Kurth levin) ที่กล่าวถึงวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งที่ไม่ดีและสิ่งที่เป็นกลาง และบุคคลพยายามแสวงหาสิ่งที่ดี สำหรับในเรื่องสุขภาพบุคคลพยายามแสวงหาสิ่งที่ดี คือ สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งไม่ดีก็คือโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 ; 328 - 329 อ้างถึงใน บอรรเฮง ดีเยาะ, 2537 : 42) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ 3 ประการ คือ

1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Susceptibility)

ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยนั้นอาจแตกต่างกัน เช่น บางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อเลยหรือบางคนก็เชื่อว่า เขามีโอกาสจะเจ็บป่วยอย่างแน่นอน หรือมีโอกาสเกิดขึ้นเหมือนกันแต่ไม่มากนัก เป็นต้น ฉะนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จึงขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ของเขาถึงความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยนั่นเอง

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Seriousness)

บุคคลแต่ละคนจะตระหนักหรือรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาอนามัยไม่เหมือนกัน ระดับความรุนแรงของโรคอาจพิจารณาทั้งจากระดับความรู้สึกซึ่งกระตุ้นจากโรคนั้น ๆ และความลำบากหรือปัญหาที่จะตามมาในภายหลัง ฉะนั้น การยอมรับว่าโรคหนึ่ง ๆ รุนแรงหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของบุคคล อย่างไรก็ตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เช่น บุคคลบางคนไม่เชื่อว่าโรคใดโรคเป็นโรคที่รุนแรง และจะไม่

ทราบเลยว่าโรคภัยโรคจะรุนแรงเช่นนี้ ตราบจนกระทั่งครอบครัวของคุณคนนั้นจะได้รับผลกระทบ ทั้งทางจิตใจ และด้านเศรษฐกิจจากโรคนี้

ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคย่อมขึ้นอยู่กับ ความแข็งขององค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้ต่อโรคนั้น ๆ

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรค (Barrier) ในการรักษา

การที่บุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไร หรือมีพฤติกรรมอย่างไรย่อมขึ้นอยู่กับ ความเชื่อที่ได้พิจารณาแล้วถึงการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ และความเชื่อของบุคคลในเรื่องนี้ยังมีอิทธิพลจากปทัสถาน (Norms) และกฎเกณฑ์ของสังคมอีกด้วย แต่ก็ขึ้นอยู่กับพิจารณาของบุคคล ถ้าพบว่าการรักษามีประโยชน์สูงและมีอุปสรรคเพียงเล็กน้อย โอกาสที่บุคคลนั้นจะยอมรับวิธีการรักษาหรือมีพฤติกรรมป้องกันโรคก็ยังคงเป็นไปได้ในทางตรงข้าม หากบุคคลเห็นว่าประโยชน์ที่ได้จากการรักษามีไม่มากนัก อีกทั้งอุปสรรคหรือปัญหามีพฤติกรรมที่ จะยอมรับการรักษาหรือการป้องกันโรคก็ยากที่จะเกิดขึ้น

จากทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสรุปได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำ สิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรง ของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ จนนำไปสู่ความเชื่อที่ถูกต้องหรือทัศนคติที่ดีต่อ การปฏิบัตินั้นและนำไปสู่การปฏิบัติในเรื่องนั้นต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพไปเป็นแนวทางในการสร้าง สมมติฐานและเครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัย

4. ทฤษฎีเจตคติ (Attitude Theory)

4.1 ความหมายของเจตคติ

เจตคติเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็นของบุคคลซึ่งมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่ง นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กู๊ด (Good, 1959 : 48) ให้ความหมายของเจตคติว่า หมายถึง ความพร้อมที่จะแสดง ออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจจะเป็นการยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ต่อสภาพการณ์บางอย่าง ต่อบุคคลหรือสิ่งของ เช่น ความพึงพอใจ

ส่วนเทอร์สโตน (Thurstone, 1968 : 1) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่าเจตคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง

สำหรับเจเลียว บุรีภักดี (2522 : 218) ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

จากความหมายของเจตคติสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม อาจจะรู้สึกชอบหรือไม่ชอบและอาจจะยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำความหมายของเจตคติไปใช้ในการกำหนดนิยามศัพท์ในการวิจัย

4.2 องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (ปานจิต ภมรมานพ, 2539 : 11)

1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบในด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งด้านบวกหรือด้านลบ หรือเป็นความเชื่อต่อความรู้ต่าง ๆ ซึ่งช่วยในการประเมินค่าและสรุปผลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ

2) องค์ประกอบด้านท่าที ความรู้สึก (Affect Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ ที่สืบเนื่องมาจากการที่บุคคลได้ประเมินผลต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ แล้วว่าพอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มของบุคคลที่จะประพฤติหรือปฏิบัติตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือต่อต้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับมาจากการประเมินผล

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรม

เจตคติดี้อิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยมีส่วนในการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงต่อสิ่งที่เป็นที่หมายของเจตคติ นอกจากนี้ เจตคตียังเป็นสาเหตุและเป็นผลของพฤติกรรมด้วย เพราะเวลาที่บุคคลแสดงพฤติกรรมตามความคิด ความต้องการของเขา เขาก็จะได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เขาเกิดมีความคิด ความรู้สึกบางอย่างต่อกรกระทำนั้นด้วย (สงวนศรี วิรัชชัย, 2527 : 63)

จากทฤษฎีเจตคติสรุปได้ว่า เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้เจตคตียังเป็นทั้งเหตุและผลของพฤติกรรมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีเจตคติไปสร้างสมมติฐานและเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวัดเจตคติต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพในการวิจัย