



การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์
จังหวัดสมุทรปราการ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดย

นางสาวลีรัตน์ ใจสูงเนิน

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์
จังหวัดสมุทรปราการ

โดย

นางสาววรัศนี ใจสูงเนิน

มหาวิทาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**PERCEPTION AND UTILIZATION OF UNIVERSAL COVERAGE SCHEME BENEFICIARIES :
CASE STUDY OF PHRA SAMUT CHEDI DISTRICT SAMUT PRAKAN PROVINCE**

**By
Waleerat Jaisongnern**

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

**An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree
MASTER OF SCIENCES
Program of Social and Health System Management
Graduate School
SILPAKORN UNIVERSITY
2008**

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้การค้นคว้าอิสระเรื่อง “การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ” เสนอโดย นางสาววลิรัตน์ ใจสูงเนิน เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

เกสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์
คณะกรรมการตรวจสอบการค้นคว้าอิสระ

..... ประธานกรรมการ

(เกสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐธัญญา คำผล)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ)

...../...../.....

50358307 : สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : การรับรู้ / การใช้บริการ / สติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วลีรัตน์ ใจสูงเนิน : การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ : ภก.อ.ดร. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ. 84 หน้า.

การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้สติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน โดยทำการศึกษาในประชาชนผู้มีสติธิดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 392 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Pearson Chi-Square)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.10 มีการรับรู้สติธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) ทราบถึงการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมและสามารถรับบริการตามสติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เช่นเดิม เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการใช้บริการตามสติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เคยประสบปัญหาและไม่เคยร้องเรียนปัญหาจากการใช้บริการ ทราบถึงการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้เกี่ยวกับสติธิบางประการ ประชาชนส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ ได้แก่ จำนวนครั้งของการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำปี การขอรับเงินชดเชยกรณีได้รับความเสียหายหมายเลขโทรศัพท์สายด่วนสำหรับสอบถามหรือร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหาเนื่องจากการใช้บริการ การขอความช่วยเหลือทางโทรศัพท์หรือเรียกรถพยาบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การรักษามะเร็ง การล้างไต และการรับยา ตามสติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ส่วนตัว (เฉลี่ยต่อเดือน) และเขตที่พักอาศัยในปัจจุบันของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้เกี่ยวกับสติธิ หน้าที่และการประชาสัมพันธ์ ตามสติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนบางประการของประชาชนยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ดังกล่าวให้มากขึ้น เพื่อลดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อนของผู้รับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องและการร้องเรียนปัญหาเนื่องจากการรับบริการตามสติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนผู้มีสติธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับประโยชน์สูงสุด

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

50358307 : MAJOR : SOCIAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT
KEY WORDS : PERCEPTION AND UTILIZATION / UNIVERSAL COVERAGE SCHEME
WALEERAT JAISOONGNERN : PERCEPTION AND UTILIZATION OF
UNIVERSAL COVERAGE SCHEME BENEFICIARIES : CASE STUDY OF PHRA SAMUT
CHEDI DISTRICT SAMUT PRAKAN PROVINCE. INDEPENDENT STUDY ADVISOR :
SURASIT LOCHID - AMNUAY,Ph.D.. 84 pp.

Perception and Utilization of Universal Coverage Scheme Beneficiaries : case study of Phra Samut Chedi district Samut Prakan province, the purpose was to survey the beneficiaries' perception of their rights under the Universal Coverage Scheme. 392 randomly selected beneficiaries were surveyed with quota sampling based on the population of the sub-district. Methods for the analysis of data include: frequency, percentage and Pearson Chi-square for factor relation.

The results show that 46.10% of the samples were able to comprehend their overall rights under the Universal Coverage Scheme. The majority of the samples (more than 90%) recognized that co-payment cancellation will still result in the same quality of services. A more in-depth look at the study found that people can correctly utilize services under the scheme, never had difficulties and never had complaints, and were able to change new registration healthcare unit conform to the criteria of the National Health Security Office. Nevertheless, more than 60% of samples did not recognize or were unsure of yearly allowance of registration healthcare unit change, malpractice compensation, hotline number for services information and complainants, emergency or ambulance call, cancer treatment, hemodialysis and medication covered under the scheme. The perceptions of rights under the scheme were statistical significantly related (p -value < 0.05) to the following factors: gender, age, education level, occupation, average income, and area of living.

In conclusion, the study shows that some perceptions regarding the benefits of the beneficiaries based on the scheme were misunderstood. In order to make the most benefit of the scheme beneficiaries, related organizations should increase public relations to reduce misunderstanding, complaints and lawsuits.

Program of Social and Health System Management Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2008
Student's signature
Independent Study Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “การสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน
กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ” สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก
เกศจักร อาจารย์ ดร.ศุภสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย และคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาข้อเสนอแนะ ตลอดจน
ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนการค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์ ขอขอบคุณ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ สาธารณสุข
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล
แบบสอบถาม รวมทั้งขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถาม ที่ได้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์
อย่างยิ่งต่อการศึกษา และหวังอย่างยิ่งว่า สิ่งที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์
เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงบริการ มีสุขภาพดีถ้วนหน้า
อย่างแท้จริง ทำยนี้ ขอขอบคุณ ครอบครัว เพื่อนๆ พี่ๆ น้อง ทุกคน ที่เป็นกำลังใจและให้ความ
ช่วยเหลือในทุกๆด้าน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ ผู้เขียนขอขอบพระคุณ มา ณ ที่นี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ขอบเขตการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย	4
2 แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพ	6
แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13
การรับเรื่องร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิประชาชน	27
ศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ	30
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้	32
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ	39
3 ระเบียบวิธีในการวิจัย	
รูปแบบของการวิจัย	41
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา	
ข้อมูลทั่วไป	45
ข้อมูลสุขภาพ การใช้บริการและสิทธิการรักษาพยาบาล	47
การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	48
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
การรับรู้เกี่ยวกับขั้นตอนบริการและการประชาสัมพันธ์.....	59
การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล	60
การรับรู้สิทธิกรณีเกิดปัญหาและการร้องเรียน.....	61
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	62
ข้อจำกัด	63
ข้อเสนอแนะนโยบาย.....	63
ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ	64
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	68
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	69
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
ภาคผนวก ค หนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์..	78
ประวัติผู้วิจัย	84

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ แยกรายตำบล..... 42
2	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อมูลจากแบบสอบถามในด้านการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 43
3	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 45
4	ข้อมูลสุขภาพ การใช้บริการ และสิทธิการรักษาพยาบาล..... 47
5	การรับรู้เกี่ยวกับการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมและความคิดเห็นต่อการรับบริการภายหลังการยกเลิกค่าธรรมเนียม..... 48
6	การรับรู้เกี่ยวกับการใช้บริการ ณ หน่วยบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 49
7	การเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 49
8	การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน..... 50
9	การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค..... 51
10	การบริการสุขภาพช่องปากและฟัน..... 52
11	การบริการดูแลสุขภาพรักษาพยาบาลโรคค่าใช้จ่ายสูง..... 52
12	การรับยาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 53
13	การขอรับเงินชดเชยความเสียหายจากการรับบริการ 54
14	หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน สำหรับการสอบถามข้อมูลหรือการร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 54
15	การร้องเรียนกรณีประสบปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 55
16	การประสบปัญหาและการร้องเรียนปัญหาการใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 55
17	ปัจจัยทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 56

ตารางที่	หน้า
18	ปัจจัยด้านความถี่การใช้บริการและปัจจัยการมีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ ต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
	58

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีความตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดีเพราะการมีหลักประกันสุขภาพเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงมีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 หมวดที่ 3 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และในมาตราที่ 82 หมวดที่ 5 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

ในอดีตที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา สถานการณ์ ในแต่ละช่วงเวลา ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับแรกๆ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เน้นการสร้างสิ่งก่อสร้าง โครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructures) รัฐบาลใช้แนวทางที่เน้นการจัดบริการเองและการสร้างสถานพยาบาลให้มากขึ้น จัดหาบริการรูปแบบต่างๆ ไปให้บริการประชาชน เพิ่มการผลิตบุคลากรเพื่อให้เพียงพอกับการให้บริการประชาชนและกระจายไปยังชนบท มาตรการเหล่านี้เกิดภายใต้ต้นนโยบายของการจัดให้บริการทางสาธารณสุขโดยตรง (Health service delivery) โดยรัฐเป็นผู้จัดหาให้ เหมาะสมกับช่วงเวลาที่ประเทศขาดแคลน สถานพยาบาล บุคลากร เครื่องมือต่างๆ ทางสาธารณสุขมาก ทำให้เกิดมีทรัพยากรเหล่านี้ไว้ใช้ (Availability) ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย (Easyaccess) ปัญหาเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Abilitytopay) ได้รับการจัดการโดยรัฐอุดหนุนในการจัดบริการผ่านโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้สามารถเก็บค่าบริการในอัตราที่ไม่สูงมาก ส่วนประชาชนในกลุ่มที่อาจมีปัญหา ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เป็นต้น รัฐบาลก็ใช้นโยบายสงเคราะห์ คือ ให้ยกเว้นการเก็บค่าบริการ ในระยะเวลาต่อมา ต้นทุนของบริการสูงขึ้น หากมีการเก็บค่าบริการที่สูงขึ้นก็อาจมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ จึงมีการนำนโยบายตามแนวทางใหม่ คือการประกันสุขภาพมาใช้โดยรัฐบาลได้เริ่มใช้การประกันสุขภาพเป็นวิธีการเสริมในช่วงหนึ่งถึงสองทศวรรษที่ผ่านมา เริ่มจากการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดโครงการบัตรประกันสุขภาพเมื่อปีพ.ศ.2526 มีขอบเขตเฉพาะ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมารัฐบาลก็มี การใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างเอกชนโดยการออกเป็นพระราชบัญญัติ

ประกันสังคม ปีพ.ศ. 2533 ซึ่งมีขอบเขตทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน(เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ 2548 : 2-3)

และเมื่อการเลือกตั้งทั่วไปตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ครั้งแรก เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2544 พรรคไทยรักไทยได้รับเลือกตั้ง โดยได้ดำเนินนโยบายเพื่อลดความยากจน โดยการสร้างงาน สร้างรายได้ รัฐบาลดำเนินโครงการที่สำคัญโครงการหนึ่งคือ "โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท รักษาทุกโรค" ที่มีเป้าหมายเพื่อลดรายจ่ายของประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทต่อครั้ง เป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (สมชาติ โดรักษา 2544) โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพในระบบใดๆเลย ได้มีหลักประกันในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งประชาชนในกลุ่มดังกล่าว ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีถึงประมาณร้อยละ 27.5 ของประชากรทั้งประเทศ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และศุภวัฒนาการ วงศ์ธนวุธ 2545) โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินโครงการ โดยมีภารกิจ คือ การส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่ดีที่ประชาชนมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามา มีบทบาทในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ คู่คุ้มครองสิทธิและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน ให้เข้าใจสิทธิและหน้าที่ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพให้พอเพียงและมีประสิทธิภาพ สร้างระบบการบริหารจัดการองค์กรที่ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพ ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การบริการครอบคลุมบริการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพื่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่า มีอรรถประโยชน์และประสิทธิผลคุ้มค่าคือส่งผลให้ประชาชนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น สร้างเสริมคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ

การใช้บริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนที่มีสิทธิในระบบดังกล่าวต้องใช้บริการสาธารณสุขในหน่วยบริการที่ตนได้ลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ ยกเว้นกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้ ในกรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำที่จะให้การรักษา และ

หน่วยบริการประจำกับผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกัน ที่จะให้เข้ารับบริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น จากผลการดำเนินงานประชาชนที่มีสิทธิดังกล่าวยังคงพบปัญหาจากการใช้บริการ โดยพบว่าตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 มิถุนายน 2551 มีเรื่องร้องเรียน ทั้งหมด จำนวน 2,883 เรื่อง โดยเรื่องที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุดคือ ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด จำนวน 1,273 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 44.15 รองลงมา คือถูกเรียกเก็บเงินจำนวน 629 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 21.82 จะเห็นได้ว่าประชาชนบางส่วนยังมีปัญหาในส่วนของการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง เนื่องจากเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรม จึงมีประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่น ครอบครัวพนักงานโรงงาน แรงงานแฝง เป็นต้น ไม่สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จนกว่าจะมีการลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการประจำเสียก่อน ซึ่งประชาชนบางส่วนอาจไม่ทราบถึงข้อกำหนดดังกล่าว จึงส่งผลให้ประชาชนมีปัญหาในการรับบริการตามสิทธิ และจากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ปี พ.ศ. 2550 ที่ผ่านมาในส่วนของการรับบริการตามสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าประชาชนบางส่วนประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิดังกล่าว โดยมีจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 12 เรื่อง เรื่องที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุด คือ พดัตกรรมบริการ จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ระบบบริการ จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 และสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.33 จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

พบว่าเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในส่วนของพดัตกรรมบริการ และระบบบริการ จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่พบว่าประชาชนร้องเรียนในเรื่องไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนดมากที่สุด ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งสิ้น(ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ 2550)

ดังนั้น การสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนในเขตอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ จะทำให้ได้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนิน ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประชาชนอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

3. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

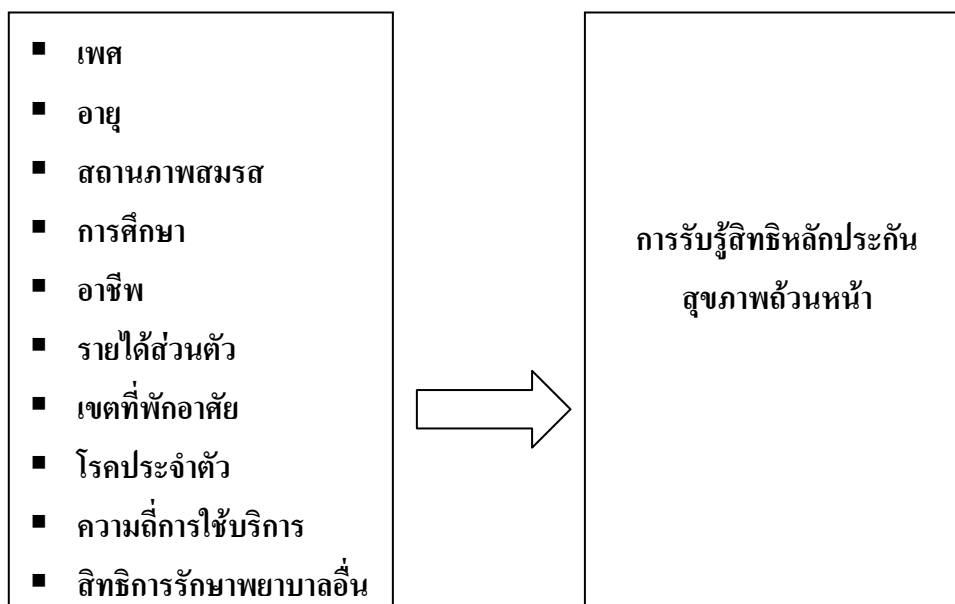
3.1 พื้นที่การวิจัยประเมินผล 5 ตำบล ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

3.2 ประชากรที่ศึกษา ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2551

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯ และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

7. คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการตรงตามเกณฑ์ระดับปฐมภูมิ ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ

หน่วยบริการประจำ หมายถึง สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขตรง ตามเกณฑ์ระดับปฐมภูมิ ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง และมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่เกิดขีดความสามารถของตนเอง จึงได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พฤติกรรมบริการ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ ในการให้บริการทางการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้รับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบบริการ หมายถึง ขั้นตอนหรือกระบวนการ ในการให้บริการทางการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้รับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การรับรู้ ขั้นตอนบริการ การประชาสัมพันธ์ สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ข้อปฏิบัติกรณีเกิดปัญหา การร้องเรียน และการขอรับเงินชดเชยความเสียหาย กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้อง หมายถึง การรับรู้ ขั้นตอนบริการ การประชาสัมพันธ์ สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ข้อปฏิบัติกรณีเกิดปัญหา การร้องเรียน และการขอรับเงินชดเชยความเสียหาย กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ถูกต้องทุกข้อ ถ้าผิด 1 ข้อ หรือมากกว่านั้น ถือว่า มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง จากการรับบริการ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ถูกต้องทุกข้อ ถ้าผิด 1 ข้อ หรือมากกว่านั้น ถือว่า มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยได้นำเสนอหัวข้อต่างๆดังนี้

1. แนวคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพ
2. แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. การรับเรื่องร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิประชาชน
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้
5. อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

1. แนวคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ (Health insurance) คือ การให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย

หลักของการประกันสุขภาพ คือ การกระจายความเสี่ยงในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพื่อให้สมาชิกได้รับความคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายและเป็นหลักประกันสำหรับแพทย์ ด้วยว่าจะได้รับการชำระค่ารักษาพยาบาล การประกันสุขภาพสามารถทำได้ 3 ระบบ คือ (กาญจนา บุตรธน, อ้างถึงใน สิริเพ็ญ ศุภกาญจนสันติ 2539)

1.1 บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน โดยที่บริษัทผู้รับประกันจะเป็นผู้จัดทำสถานบริการรักษาพยาบาล แก่ผู้เอาประกันเวลาเจ็บป่วย โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทผู้รับประกันตามที่ตกลงกันได้

1.2 รัฐบาลเป็นผู้รับประกันเอง คือ เป็นโครงการประกันสุขภาพระดับชาติ (National health insurance) เช่น ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่จะต้องประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลจะเป็นผู้ดำเนินการรัฐจะเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนมาจัดสรรใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนในสหรัฐอเมริกา โครงการ Medicaid มุ่งช่วยผู้มีรายได้น้อย โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน

1.3 องค์การกึ่งรัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ซึ่งการเอาประกันนี้ไม่ได้บังคับให้ทุกคนเอาประกัน ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกัน (Voluntary insurance) แหล่งที่มาของเงินมา

จากรัฐ และจากผู้เอาประกัน โดยผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกัน แก่องค์กรซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างต่ำ และเมื่อเจ็บป่วยขององค์กรผู้รับประกันจะช่วยออกค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น ตามแต่ตกลงกัน สอดคล้องกับ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (20, อ้างถึงใน ศุกรี รัตน์ประโคน 2544) ที่กล่าวว่า การประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่จะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังกล่าว จะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าให้กับกองทุนประกัน ความเสี่ยงทำให้ปริมาณเงินที่แต่ละคนต้องจ่ายมีค่าเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับเมื่อป่วยจริง ดังนั้น การระดมทุนเช่นนี้จึงมีเงินไปใช้ในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะของการจ่ายเงินสนับสนุน ช่วยเหลือของรัฐ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์เต็มที่ รัฐจะต้องสามารถหาเงินและมีเงินหรือสามารถนำไปพัฒนางานด้านป้องกันโรค จึงจะถือว่าการประกันสุขภาพนั้นสำเร็จผล ณ จุดรับบริการนั้น ผู้เอาประกันจะจ่ายเงินสมทบค่ารักษาพยาบาลบางส่วน (Cost sharing) ก็ได้ ทั้งนี้ ขึ้นกับเงื่อนไขของการทำสัญญาในการประกันสุขภาพนั้นๆ นับได้ว่าการประกันสุขภาพเป็นประเภทหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งอาศัยหลักได้แก่ หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ (Social assistance) ซึ่งมีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ คือหลักการสังคมสงเคราะห์ (Social welfare), หลักการบริการสังคม (Social service) เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานและบริการและหลักประกันสังคม (Social Insurance) เป็นโครงการการบริการทางสังคมที่รัฐเป็นผู้จัดดำเนินการ เพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อน ซึ่งในส่วนขององค์การอนามัยโลก ผู้รับผิดชอบในด้านสาธารณสุข ได้เสนอเกณฑ์สำหรับการประกันสุขภาพ (ศิริเพ็ญ สุภกาญจนสันติ 2539) ไว้ดังนี้

- 1.3.1 การประกันสุขภาพต้องประหยัดและคุ้มครองค่าให้ผลประโยชน์ต่างๆแก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป ควรมีราคาถูกลงและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัว
- 1.3.2 การประกันสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายเกินจำเป็น
- 1.3.3 การประกันสุขภาพขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันและการให้บริการโดยรัฐ เพื่อทำให้บริการทั้ง 2 ประเภท สามารถผสมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว
- 1.3.4 เงื่อนไขของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสม และสะดวกต่อผู้เอาประกัน

จึงสรุปแนวทางการจัดการให้มีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย ว่าประกอบด้วย 3 แนวคิด (ศุกรี รัตน์ประโคน 2544) คือ

1. เป็นแนวทางพิจารณารากฐานเสรีนิยมที่มุ่งให้เสรีภาพในการตัดสินใจ และดำเนินการเป็นของแต่ละบุคคลโดยสมบูรณ์ ภายใต้แนวคิดนี้รัฐพึงดำเนินการใดๆให้น้อยที่สุดการ

ตัดสินใจ และดำเนินการเป็นของแต่ละบุคคลโดยสมบูรณ์ ภายใต้แนวคิดนี้รัฐพึงดำเนินการใดๆให้น้อยที่สุด การปล่อยให้เสรีภาพของแต่ละบุคคลจะพึงเลือกเอง ภายในได้โอกาสทางเศรษฐกิจที่ตนมีอยู่ นับตั้งแต่ข้อมูลข่าวสารการตัดสินใจ ตลอดจนความสามารถ ในความสามารถ ที่จะประกันสุขภาพด้วยตนเอง หากบุคคลประสงค์เช่นนี้

2. แนวคิดสังคมนิยม ที่ถือว่ารัฐพึงจัดให้มีการประกันสุขภาพ ในรูปของรัฐสวัสดิการ โดยไม่คิดมูลค่าและต้องจัดสวัสดิการเช่นนี้ให้ครอบคลุมประชาชนทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกันทุกคน

3. แนวคิดเสรีนิยมและสังคมนิยม เป็นความคิดที่คำนึงถึงสายกลางที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดทั้งสองดังกล่าว ผสมให้มีทั้งรัฐจัดสวัสดิการและโอกาสที่ประชาชนจะเลือกประกันสุขภาพด้วยตนเอง

จากความหมาย หลักการ และแนวคิดการจัดการมีหลักประกันด้านสุขภาพนี้ แสดงให้เห็นถึงพันธะ หรือความผูกพันระหว่างประชาชนผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมระดมทุน และหน่วยงานการให้บริการของรัฐที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนทางด้านสุขภาพของประชาชน เช่น สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลทุกระดับ สำหรับประเทศไทยมีรูปแบบการประกันสุขภาพ ในลักษณะผสมผสานทั้งแนวคิดสังคมนิยม และเสรีนิยม เพื่อความเหมาะสมสำหรับวัฒนธรรมไทย เพราะเป็นเรื่องสวัสดิการที่รัฐจัดให้ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการ

รูปแบบความเป็นมาและวิวัฒนาการโครงการหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

1. โครงการซึ่งเป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social welfare) (สุกรีรัตน์ ประโคน 2544 :10-13) มีความเป็นมา ดังนี้

1.1 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือการจัดให้มีการรักษายาบาลฟรีแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย โครงการนี้ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2518 และดำเนินการเต็มรูปแบบทั้งประเทศต่อเนื่องกันมาถึง พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน หรือคนโสดที่รายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน อายุบัตรคราวละ 3 ปี เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ พ.ศ.2524 เป็นต้นมา จนกระทั่งปี 2537 ได้กำหนดหลักเกณฑ์รายได้ต่อครัวเรือนเป็นต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อมา พ.ศ. 2533 ได้ขยายความครอบคลุมประชากรร้อยละ 19 ของประเทศ หรือประมาณ 10.7 ล้านคน

1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล โดยให้การรักษายาบาลฟรี แก่ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยระบุสถานพยาบาลของรัฐที่ใดที่หนึ่ง นอกเหนือจากนี้ต้องใช้ระบบส่งต่อ โครงการนี้เริ่มปี 2534 ครอบคลุมประชาชนร้อยละ 6.2 ของประเทศ หรือประมาณ 3.5 ล้านคน

1.3 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาท กันไว้ที่โรงเรียนสำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนไปสถานีนอนมัย หรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เหลือ 27 บาท จัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาในสังกัดของสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช.) ในปี 2534 ครอบคลุมนักเรียนชั้นประถม ร้อยละ 12.2 หรือ 6.7 ล้านคน

1.4สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะได้สวัสดิการรักษายาบาลครอบคลุมถึงบิดา มารดา คู่สมรสตามกฎหมาย และบุตรอีก 3 คน รวมสิทธิสูงสุด 7 คน ต่อข้าราชการหรือลูกจ้าง 1 คน ซึ่งรายจ่ายของสวัสดิการนี้เพิ่มขึ้นอย่างแท้จริง (Real term growth) ในอัตราร้อยละ 21 ต่อปี ผู้ป่วยนอกมีสิทธิสามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน และการเบิกค่ารักษายาบาลผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย (Co-payment)

กล่าวคือ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์บำบัดต่างๆ เบิกได้เท่ากับโรงพยาบาลของรัฐ ค่ารักษานอกเหนือจากนี้ เบิกได้เพียงครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริง และไม่เกินเพดาน 3,000 บาท ในปี 2533 ครอบคลุมประชาชน ร้อยละ 9.8 หรือ 5.7 ล้านคน

1.5 สวัสดิการเฉพาะตัว ได้แก่ ผู้มีบัตรทหารผ่านศึก เหยื่อราชการชายแดน

กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ภิกษุ นักบวช ฯลฯ จะได้รับสิทธิรักษายาบาลฟรี เฉพาะตัวผู้มีสิทธิ์เหล่านี้ประมาณการว่าไม่เกินหนึ่งแสนคนและการใช้สิทธิสามารถไปรับบริการ โรงพยาบาลของรัฐได้โดยตรงไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลส่งต่อ

2. การประกันสุขภาพโดยการบังคับ (Compulsory health insurance) ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป กฎหมายบังคับให้มีการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม และบริการจะมีกองทุนทดแทนแรงงาน เมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยที่สืบเนื่องมาจากการทำงาน ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บสามารถใช้บริการที่สถานบริการของรัฐและเอกชนฟรี โดยโรงพยาบาลจะวางใบเสร็จ เพื่อดึงเบิกไปยังสำนักงานประกันสังคมตามจำนวนการรักษาที่เกิดขึ้นจริง แต่ไม่เกิน 30,000 บาท กองทุนนี้เริ่มในปี 2517 ลักษณะการจ่ายเงินสมทบนายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนทดแทนแรงงานแต่ฝ่ายเดียว (Employer liability scheme) ในอัตราร้อยละ 0.2-3 ของค่าจ้าง โดยคำนวณจากอัตราสมทบพื้นฐาน (Basic rate) ซึ่งกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องอัตราการเก็บเงินสมทบ เมื่อนายจ้างเก็บเงินสมทบได้ 3 ปีแล้ว ผู้คำนวณหาอัตราประสบการณ์ (Experience rate) ของสถานประกอบการนั้น โดยใช้หลักการคือ

หากเงินทดแทนที่จะจ่ายแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นต่ำ เนื่องจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย เนื่องจากทำงานน้อย นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราสมทบในปีถัดไป หากจ่ายเงินทดแทนสูงเมื่อเทียบกับเงินสมทบ นายจ้างก็จะถูกสั่งให้เพิ่มอัตราสมทบสูงขึ้นจากอัตราพื้นฐาน แต่อัตราเพิ่มสูงสุดไม่เกินร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2533 ครอบคลุมประชาชน ร้อยละ 3.2 หรือ 1.83 ล้านคน กองทุนประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533 มีพระราชบัญญัติประกันสังคม เพื่อการคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป สำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องมาจากการทำงาน การคลอดบุตร การทุพพลภาพ และการตาย ในเดือนกันยายน 2536 บังคับในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลสมทบเงินฝ่ายละเท่าๆกัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างกองทุนประกันสังคมในเดือน กรกฎาคม 2537 ครอบคลุมลูกจ้างทั้งประเทศ สูงถึง 20.7 ล้านคน

3. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary health insurance) กระทรวงสาธารณสุขเริ่มทำการทดลองดำเนินงานการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ภายใต้ชื่อโครงการ “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนงานส่งเสริมสุขภาพอนามัยการให้ภูมิคุ้มกันโรค และได้เริ่มระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโครงการนี้ด้วย ซึ่งถือว่าเป็นโครงการในระยะแรก พื้นที่ดำเนินงานมีจำนวน 7 จังหวัด 18 หมู่บ้าน ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา สำหรับประเภทและราคาของบัตร ในโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วยการรักษาพยาบาลรวมทั้งอนามัยแม่และเด็ก ราคา 200 บาท โดยแบ่งเป็นการรักษาพยาบาลอย่างเดียว 100 บาท การอนามัยแม่และเด็ก 100 บาท ในโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กมีกองทุนอยู่ในหมู่บ้าน ต่อมาในระหว่างปี พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2530 ได้มีการปรับเปลี่ยนสาระสำคัญของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การเปลี่ยนชื่อโครงการไปเป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” เพิ่มวัตถุประสงค์เป็นการให้บริการร่วม ปรับเปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่ของรัฐ ลดจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัดลง อีกทั้งการบริหารการเงินภายในชุมชนเอง ขยายพื้นที่ไปทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล ตำบลละ 2 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2529 ขยายอีกอำเภอละ 5 ตำบล ส่วนประเภทและราคาบัตรมี 2 ประเภท คือ บัตรครอบครัว (สีแดง) 200 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็ก (สีฟ้า) 100 บาท โดยเริ่มกำหนดเงื่อนไขการใช้บัตร คือ กำหนดเพียง 8 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะต้องไม่เกิน 2,000 บาท และในการรักษาพยาบาล 1 ครั้งนั้น หมายถึงการรักษาพยาบาลต่อเนื่องกันจนหายขาดจากโรคนั้น หรืออาจจะสามารถเลือกจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยได้รับส่วนลด ร้อยละ 10 โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการรักษาพยาบาลก็ได้ แต่ต้องเป็นการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่กำหนดไว้และบัตร

สุขภาพมีอายุบัตรเพียง 1 ปี ส่วนบัตรอนามัยแม่และเด็กอายุของบัตรจะเริ่มคุ้มครองสิทธิตั้งแต่ก่อนคลอดจนกระทั่งเด็กที่เกิดมีอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์ ระดับของกองทุนได้พัฒนาเป็นระดับหมู่บ้านในระหว่างปี พ.ศ. 2527 – พ.ศ. 2530 ถือว่าเป็นโครงการระยะที่สองมีการวิจัยที่สำคัญคือ โครงการของความร่วมมือระหว่างไทยและเยอรมัน (GTZ : German Agency for Technical Cooperation) ในจังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้นเมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2530 ได้มีมติของคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในแผนปฏิบัติการระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2534) ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 มีโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเป็นโครงการใหม่ ซึ่งเป็นการนำเอาหลักการของการประกันสุขภาพกันเข้ากับบัตรสุขภาพเดิม โดยกิจกรรมของโครงการมีพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ทุกอำเภอ อำเภอละ 8 ตำบล ตำบลละ 3 หมู่บ้าน ส่วนประกอบและราคาของบัตร แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือบัตรครอบครัว 500 บาท บัตรบุคคล 200 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็ก 100 บาท เงื่อนไขการใช้บัตรลดลงจากเดิม 8 ครั้ง เป็น 6 ครั้ง แต่การรักษาพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนให้สามารถรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดชนิดและประเภทของโรค (ยกเว้นศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรม ประดิษฐ์และแว่นตา) ในด้านระดับกองทุนยังคงเป็นระดับหมู่บ้าน และในโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล 337 บาทต่อบัตร ต่อจากนั้นในระหว่างปี 2534 ถึง พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเยอรมันให้ทดลองพัฒนาระบบประกันสุขภาพในรูปแบบใหม่ ซึ่งได้ผลและสามารถนำไปขยายงานได้ใน 5 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ลำปาง มหาสารคาม ระยอง และสุราษฎร์ธานี โดยได้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7-8 พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2544 คือ ให้ประชาชนไทยในภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลใดๆ แต่มีความสามารถในการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ ได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วย โดยการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ชาวชนบทในภาคเกษตรกรรม ผู้ประกอบธุรกิจการค้าย่อยของตนเอง ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง ในสถานประกอบการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และไม่สามารถได้รับความคุ้มครอง โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และครัวเรือนที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเจ็บป่วยครั้งละมากๆ ได้ ซึ่งแต่เดิมเป็นผู้ใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยประเภท ข (บริการสงเคราะห์โดยไม่มีบัตรสงเคราะห์) เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2536 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ “โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ” และงบประมาณสนับสนุนจัดตั้งกองทุนปีแรก 50 ล้านบาท มูลค่าบัตรละ 1,000 บาท รัฐสนับสนุน 500 บาท ประชาชนสมทบ 500 บาท ในปี พ.ศ. 2537 มีการจัดรูปแบบการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล แก่ผู้นำชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบโครงการประกันสุขภาพ

โดยการสมัครใจที่มีอยู่ เนื่องจากเป็นโครงการที่เป็นที่ยอมรับสำหรับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข มากกว่าที่จะจัดการด้านการรักษาพยาบาลให้ในรูปแบบอื่นๆ เช่น โครงการประกันสังคม สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ เพราะเป็นวิธีสิ้นเปลืองงบประมาณมาก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่อหัวแพงมาก นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นว่าค่าใช้จ่ายส่วนที่รัฐพึงจัดให้เป็นสวัสดิการ ในรูปแบบสวัสดิการที่ไม่เป็นตัวเงิน คือ ให้การรักษาพยาบาลฟรี แทนที่จะให้เป็นตัวเงิน เช่น เงินเดือน หรือค่าจ้าง ซึ่งมีราคาแพงมากกว่า ซึ่งเชื่อว่าเป็นการจูงใจให้ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีกำลังใจในการทำงานให้กับรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (สำนักงานปลัดกระทรวง 2537, อ้างถึงใน สิริเพ็ญ สุภกาญจนสันติ 2543 : 15) ในปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นสมควรให้การจัดการด้านการเงิน เป็นรูปแบบเงินทุนหมุนเวียน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ซึ่งได้รับการเห็นชอบจากกระทรวงคลัง ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2537 โดยให้มีการจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบดังกล่าว (สำนักงานปลัดกระทรวง 2538, อ้างถึงใน สิริเพ็ญ สุภกาญจนสันติ 2543 : 16) ในปี พ.ศ. 2541 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติเพิ่มมูลค่าบัตรจาก 1,000 บาท เป็น 1,500 บาท โดยรัฐสนับสนุน 1,000 บาท ประชาชนยังคงจ่าย 500 บาท ในปี พ.ศ. 2542 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ “โครงการประกันสุขภาพเด็กนักเรียน” ครอบคลุมระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รวมทั้งเด็กอายุ 0-12 ปี

จากระบบประกันทั้ง 3 ประเภท นั้น จะเห็นได้ว่าสามารถให้การคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนได้เพียงร้อยละ 57 และยังมีประชาชนไทยอีกร้อยละ 43 ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ นอกจากนั้น ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเหล่านั้นก็มีความหลากหลายในแง่สิทธิและผลประโยชน์ ซึ่งมีประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการต่ำกว่ามาตรฐานและมีความแตกต่างกัน อีกทั้งยังครอบคลุมประชากรเพียงบางกลุ่มเท่านั้น การแก้ไขคือ การปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันให้สามารถครอบคลุมประชากรมากขึ้นและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้บริการครอบคลุมไปยังครัวเรือนที่ยากจน ควรได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ขยายความครอบคลุมของกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่ขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และพัฒนารูปแบบการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยที่กลุ่มเป้าหมายของการประกัน คือ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพในชนบท ได้แก่ ชาวนา ชาวไร่ ผู้มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย รวมถึงผู้ประกอบการอาชีพอิสระบางส่วนในเขตเมือง และผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิการใดๆ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการประกันสุขภาพก็มีทั้งข้อเด่นและข้อด้อย ซึ่งจากการดำเนินงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันในส่วนของข้อเด่น (สุจริต ศรีประพันธ์ และสงวน นิตยารัมพงค์ อ้างถึงใน สุกรี รัตน์ประโคน 2544) พบว่าประการแรก การประกันสุขภาพมีผลทำให้มีการกระจายทรัพยากรลงมาสู่ภาคการสาธารณสุขมากขึ้น ประการที่สอง เป็นช่องทางในการพัฒนาระบบการเงินและการคลังทางด้านสาธารณสุข ประการที่สาม เป็นการพัฒนาคุณภาพของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในข่ายคุ้มครองที่เป็นการสร้างงาน และประการสุดท้าย ช่วยลดภาระในการจัดสวัสดิการของรัฐและเอกชน และช่วยให้ประชาชนที่อยู่ในข่ายคุ้มครองสามารถทราบถึงสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ สำหรับข้อด้อยของการประกันสุขภาพ ประการแรก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้นทุนสาธารณสุขสูงขึ้นจากการที่มีการใช้บริการเกินจำเป็น (Abuse) ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตสำนึกและความซื่อสัตย์ของผู้ใช้บริการ ประการที่สอง ไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้หมด ก่อให้เกิดอภิสิทธิ์ (Privilege) ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการคุ้มครองเป็นรูปแบบหนึ่งของความไม่ยุติธรรมในสังคม (Social inequity) และประการสุดท้ายแม้ทิศทางงานสาธารณสุขจะมุ่งไปทางงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีชุมชนเป็นฐานและมีราคาถูกแต่ประสิทธิภาพของต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการประกันสุขภาพจะเน้นไปทางการรักษาพยาบาลที่มีโรงพยาบาลเป็นฐานและมีราคาแพงซึ่งทำให้ประชาชนเสียการพึ่งตนเอง ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

2. แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ ซึ่งการมีสุขภาพดีจะเป็นส่วนที่มีความสำคัญ เป็นพื้นฐานในอันที่จะทำให้องค์ประกอบอื่นๆ เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ สภาพความเป็นอยู่ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ฯลฯ จากเหตุผลนี้ทำให้ประเทศไทยยอมรับในหลักการที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยทุกคนที่ควรจะได้รับ อันเป็นเป้าหมายการพัฒนาทางสังคมโดยรวม และเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น นับตั้งแต่ พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยการทุ่มเทงบประมาณจำนวนมาก เพื่อการพัฒนาและสร้างสถานบริการสุขภาพของภาครัฐเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันก็มีการเปิดสถานบริการของภาคเอกชนมากขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีการจัดหาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และเครื่องมือแพทย์ที่มีความก้าวหน้าและทันสมัยมาใช้บริการแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความสะดวกสบาย และได้ประสิทธิภาพในการรักษา แต่จากการนี้ก็มีผลทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศมากขึ้นด้วย โดยมีผลกระทบถึงค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะเจ็บป่วย

รุนแรงเพียงใด ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ หรือบางรายไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ และไม่สามารถเข้ารับการรักษา เป็นต้น การมีหลักประกันสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ได้ระบุไว้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่นำไปสู่เป้าหมายแห่งความเป็นธรรม (Equity) ทางด้านสุขภาพ และเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสาธารณสุขควบคู่กันไปแต่ละประเทศ (WHO 1999)

ประเทศไทยมีความตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี เพราะการมีหลักประกันสุขภาพเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงมีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 หมวดที่ 3 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และในมาตราที่ 82 หมวดที่ 5 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” ซึ่งความพยายามของรัฐบาลไทยในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา คือ การจัดระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชน ให้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เช่น โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย สวัสดิการรักษายาเสพติดข้าราชการและครอบครัว การประกันสุขภาพภาคบังคับและการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เป็นต้น การดำเนินงานแม้จะสามารถทำให้ประชาชนชาวไทยมีหลักประกันทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ตลอดช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2541 ข้อมูลที่ได้จากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (อ้างถึงใน พิรสิทธิ์ คำนวนศิศิลป์ และคณะ 2544) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้มีหลักประกันสุขภาพได้เพิ่มขึ้นตลอดเวลาดังกล่าว คือ เพิ่มจากในปี 2534 ที่มีผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 33 และได้เพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2541 ส่วนในปี 2544 ข้อมูลจากการศึกษาของพิรสิทธิ์ คำนวนศิศิลป์ และคณะ (2544) ที่ได้ศึกษาประเมินนโยบายการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 พบว่าในส่วนของหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชน ผลที่ได้จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ในภาพรวมทั้งประเทศมีประชากรที่มีบัตรสวัสดิการการ รักษาพยาบาลประเภทใดประเภทหนึ่งเพียงร้อยละ 68 เท่านั้น และเมื่อรวมผู้ที่ไม่มีบัตรสวัสดิการ รักษาพยาบาลประเภทใดประเภทหนึ่งแต่มีบุตรหรือคู่สมรสหรือบิดาหรือมารดาที่เป็นข้าราชการแล้ว ทำให้คาดได้ว่าทั้งประเทศจะมีผู้ได้รับสวัสดิการคุ้มครองรักษาพยาบาลฟรี ประมาณร้อยละ 78 เท่านั้น และประการสำคัญคือ ผู้มีรายได้น้อยมีบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้มีรายได้มาก ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนไทยนอกจากจะมีหลักประกันสุขภาพที่ไม่ถ้วนหน้า

แล้ว ประชาชนชาวไทยยังพบกับปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านการมีบัตรสวัสดิการรักษายาบาลฟรีด้วย (พีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคณะ 2544)

นอกจากปัญหาความไม่ครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพดังกล่าว ยังมีข้อมูลน่าสนใจจากการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคณะ (2544) อีกว่า ในจำนวนผู้ที่มีบัตรสวัสดิการรักษายาบาลฟรีเมื่อเจ็บป่วยจริงจะมีอยู่ถึงประมาณร้อยละ 17 ที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยเหตุผลใดเหตุผลหนึ่ง เช่น จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้จากรัฐ เนื่องจากใช้บริการที่อยู่นอกเงื่อนไข จนกระทั่งไม่กล้าที่จะใช้บัตรที่มีดังกล่าว เพราะเกรงว่าการใช้บัตรสวัสดิการรักษายาบาลฟรีจะทำให้ไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ หรือได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากไม่สามารถใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติได้ เป็นต้น ตัวอย่างของเหตุผลที่ทำให้เห็นว่าบัตรสวัสดิการทุกประเภทต่างก็มีเงื่อนไขจำเพาะแตกต่างกันไป ไม่สามารถเป็นเกณฑ์กลางสากลในการให้การคุ้มครองได้

สภาพปัญหาในระบบสุขภาพเหล่านี้จึงต้องมีการปรับตัวใหม่เพื่อรองรับกับสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเห็นได้จากความพยายามของนักการแพทย์ นักสาธารณสุข และนักวิชาการหัวก้าวหน้า ที่แสวงหายุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาในระบบสาธารณสุขมากกว่า 20 ปี ได้มีการพัฒนาการเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้นเมื่อปีพ.ศ.2535 ซึ่งมีการออกพระราชบัญญัติจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นเป็นองค์กรอิสระ ภายใต้คำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2539 มีการจัดตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform หรือ HCR) ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสหภาพยุโรป เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ ซึ่งทั้งสององค์กรนี้ได้ผลิตผลงานอันเป็นทุนทางปัญญาของสังคมไทย เผยแพร่ออกอย่างต่อเนื่องจนในปลายปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ที่มีสาระสำคัญในการส่งเสริมสิทธิของภาคพลเมืองให้ประชาชนมีส่วนร่วม เป็นการกระจายอำนาจและจัดระบบสำคัญๆขึ้นในสังคม โดยในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพรัฐธรรมนูญก็ได้กำหนดไว้ในเรื่องสิทธิและความเสมอภาคในการรับบริการดังกล่าวมาแล้ว

พร้อมกันนี้ ในส่วนของการกระจายอำนาจก็ได้มีการออก พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 เพื่อกำหนดให้รัฐดำเนินการกระจายอำนาจอย่างจริงจังและเป็นขั้นตอน ซึ่งงานด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน และเมื่อมีการปฏิบัติตามแผนการกระจายอำนาจแล้ว กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ปรับเปลี่ยนองค์กรและระบบการบริหารจัดการ ตลอดทั้งการให้บริการระดับต่างๆเป็นการใหญ่ เพื่อให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ ระบบสุขภาพที่มีความหมายครอบคลุมกว้างกว่าระบบบริการสาธารณสุข และ

ระบบสาธารณสุขที่คุ้นเคยกันอยู่เดิม ซึ่งระบบสุขภาพในความหมายใหม่ คือ ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วย ก็มีการเคลื่อนตัวไปสู่ทิศทางการปฏิรูปชัดเจนและเข้มข้นขึ้นตามลำดับ

ในช่วงเวลาใกล้เคียงกันนี้ มีการเสนอให้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2543 ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (Total health system reform) ที่เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพนำหน้าการตั้งรับ เพื่อซ่อมสุขภาพมีเป้าหมายออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพ กำหนดระบบโครงสร้าง กลไกกติกา และเงื่อนไขของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้เสร็จภายในไม่เกิน 3 ปี โดยใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา” ซึ่งยุทธศาสตร์สำคัญสำหรับการทำงานที่ใหญ่และยากมากๆ ซึ่งประกอบด้วย (1) การสร้างองค์ความรู้เพื่อใช้ในการยกร่างกฎหมายและใช้ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ในขั้นของการดำเนินการจริง (2)การเคลื่อนไหวของภาคสังคมเป็นยุทธศาสตร์ เพื่อก่อให้เกิดกระแสความตื่นตัว และแสวงหาความร่วมมือในสังคม โดยการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคต่างๆ ที่สนใจ

เรื่องสุขภาพในหลายมิติและหลายระดับทั้งประเทศ ทั้งการจัดเวทีการจัดกระบวนการที่เหมาะสมพูดคุยกันในประเด็นเรื่องสุขภาพและแสวงหาข้อเสนอแนะสำหรับนำไปยกย่องร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (3) การเชื่อมโยงกับภาคการเมืองเป็นยุทธศาสตร์หรือกุศโลบายสำคัญ ที่จะทำให้ภาคการเมือง ซึ่งมีอำนาจรัฐและมีทรัพยากร ได้มีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นตลอดกระบวนการทำงาน เป็นการผนึกกำลังทั้งสังคมแบบไม่แยกเขาไม่แยกเรา ภารกิจดังกล่าวสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กรเฉพาะกิจภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

ช่วงปลายปี พ.ศ. 2543 เครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการหารายชื่อประชาชนสนับสนุนการผลักดัน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ภาคประชาชนจัดร่างขึ้น ต่อมาในต้นปี พ.ศ. 2544 สามารถหารายชื่อผู้สนับสนุนได้กว่า 6 หมื่นชื่อ เสนอร่าง พ.ร.บ. ให้ประธานสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาซึ่งปัจจุบันกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าวได้ผ่านการอนุมัติเรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2545

และเมื่อการรณรงค์เลือกตั้งทั่วไป ตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ครั้งแรกเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2544พรรคไทยรักไทยได้รับเลือกตั้งด้วยคะแนนเสียงท่วมท้น ภายใต้การนำของ พ.ต.ท.

ดร. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีที่ได้ตั้งเป้าหมายที่จะดำเนินนโยบายเพื่อลดความยากจน โดยการสร้างงาน สร้างรายได้ ลดค่าใช้จ่ายให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย อันนำไปสู่การพอกพอกกิน ซึ่งรัฐบาลมองว่าแม้การเพิ่มรายได้ของประชาชนจะยังทำได้ยาก แต่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้ประชาชนเดือดร้อน เพราะเป็นรายจ่ายจากการเจ็บป่วยที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีผลต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจนด้วย รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายที่ถือเป็นนโยบายเร่งด่วนด้านการฟื้นฟูเศรษฐกิจ โดยกำหนดโครงการโครงการหนึ่งคือ "โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค" ที่มีเป้าหมายเพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศ และของประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (สมชาติ โตรักษา 2544) โดยถือว่าการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนตามนโยบายรัฐบาล โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ และยะลา โดยขยายพื้นที่ในการดำเนินโครงการเต็มพื้นที่ ของประเทศในระยะต่อมาภายในปี 2545

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนกลุ่มผู้ไม่มีสวัสดิการหรือไม่มีหลักประกันสุขภาพในระบบใดๆเลยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ซึ่งกลุ่มนี้ก่อนมีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีถึงประมาณร้อยละ 27.5 ของประชากรทั้งประเทศ (พีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และศุภวัฒนาการ วงศ์ธนวิสุ 2545)

เหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2552)

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด

2. เมื่อประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อน ด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เพราะมีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศ ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาเองทั้งหมดเองครอบครัวไทยร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทาง

การเงินในคราวที่เจ็บป่วย(และบางกรณีค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้)

3. ประชาชนไทยจำนวน 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ เลย ส่วนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใด ที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้รู้สึกด้อยศักดิ์ศรี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า ซึ่งมีเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพ ขาดประสิทธิภาพเนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มี การจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ

6. แม้การเพิ่มรายได้ประชาชนจะทำให้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัว และเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่ต้องประสบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศ ในการแก้ปัญหาความยากจน

วัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. **ความเสมอภาค (Equity)** นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพ มาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

2. **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุดโดยใช้ ระบบการจัดการบริหารอย่างเคร่งครัดและเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่อหน่วยต่ำ

3. **ทางเลือกในการรับบริการ (Choice)** ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. **การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า** ระบบหลักประกันสุขภาพมุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่สามารถเน้นส่วนที่

เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health care) ที่เป็นบริการที่ส่งเสริมและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างภาครัฐกับประชาชนโดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะ ตามหลักสุขภาพพอเพียง และเน้นการสร้างมากกว่าซ่อมสุขภาพ

2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิ ในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไป เมื่อระบบการจัดการลงตัว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียน และใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนพึงพอใจและใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

3. การพยายามสร้างกลไกพัฒนาและควบคุม สถานบริการทุกระดับโดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่นและกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว นับเป็นจุดเด่นอย่างมาก(ดีกว่าระบบประกันสุขภาพอื่นๆที่เคยมีมาก่อน ซึ่งมีมาก่อน ซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น) ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางใหม่ของการปฏิรูประบบสุขภาพ

5. สนับสนุนให้มีเครือข่าย หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยตนเอง หรือระหว่างภาครัฐและเอกชน

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) จะต้องระวังมิให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

7. การจักระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชากร เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ผู้คนยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส ผู้อยู่ห่างที่เคยเสียเปรียบมาตลอด จะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการคิดรายละเอียดหลายวิธี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดความรับผิดชอบในการจัดบริการ แก่ประชาชนมากที่สุด

8. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะเป็นบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

9. ระบบประกันสุขภาพในอนาคต หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะป้องกันด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียวแต่ในระยะผ่านอาจจะมี 2 กองทุน ที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ) รูปแบบประกันสุขภาพในอนาคต

10. การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจักระบบบริหารระดับต้น ใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาล ทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนเป็นกลุ่มก้อนที่ชัดเจน เน้นความพยายามปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนให้เข้าระบบที่ควรจะเป็น และเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจะต้องได้ใช้บริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานกับสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ที่ตนขึ้นทะเบียนไว้ลำดับแรกก่อนเสมอ (ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถเลือกใช้บริการกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการที่ไหนก่อนก็ได้) เพราะบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้บ้านเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ทางจิตสังคม และทางจิตวิญญาณ ส่วนในกรณีที่เจ็บป่วยเกินขีดความสามารถจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

กระบวนการจัดทำกรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ รวมทั้งสิ้น 10 คณะ เพื่อทำการศึกษารายละเอียดขั้นตอน วิธีการ ขององค์ประกอบ ที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการดำเนินงาน และมีการออกกระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2544 ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ต่างๆ ในการดำเนินการนำร่องใน 6 จังหวัด โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ที่มี

บทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการดำเนินงานในด้านต่างๆ ตลอดจนการควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

2. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพ ฉบับที่ 3 กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วย เครือข่ายบริการ ตามกรอบนโยบายที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพส่วนกลางกำหนด โดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพ ฉบับที่ 3 นี้ ได้ยกรวมผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาล ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล และบุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ เข้าสู่การคุ้มครองตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ

3. โครงการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัดแรก ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 ได้แก่ พะเยา โยธาธร ปทุมธานี นครสวรรค์ สมุทรสาคร และยะลา ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2544 และระเบียบเงินอุดหนุน โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัด ซึ่งเดิม 6 จังหวัดนี้ได้ดำเนินการภายใต้โครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคม (SIP)

4. วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2544 ได้ขยายพื้นที่การดำเนินการออกไปอีก 15 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ซึ่งในโครงการระยะที่ 2 นี้ ดำเนินงานภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2544

5. วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 ได้ขยายการดำเนินการครอบคลุมไปยังทุกจังหวัดรวมทั้ง กรุงเทพมหานคร 13 เขต โดยมีการยุบและเลิกบัตร สปร. แล้วเปลี่ยนเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ายกเว้นค่าธรรมเนียม (ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพ ฉบับที่ 3) และมีคำสั่งยุติการขายบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2544 (ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพ ฉบับที่ 3) แต่จะสามารถใช้ได้ต่อกว่าบัตรจะหมดอายุ การดำเนินการระยะที่ 3 นี้ถือว่าเป็นการบูรณาการโครงการที่ดำเนินการระยะที่ 1-2 เข้ามาสู่ระบบเดียวกัน

6. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War room) เพื่อทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ การปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง ระบบการทำงาน ระบบงบประมาณ ระเบียบ คำสั่งและข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สอดคล้องกัน เพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป และควบคุมกำกับกับการดำเนินงานตามแผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวมและพิจารณาข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ที่จะเผยแพร่แก่สาธารณชนทราบและเข้าใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

7. จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน (Call center) เพื่อให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขปัญหาในการใช้บริการให้ประชาชนทางโทรศัพท์

8. แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรี ในด้านนโยบายแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่างๆ ซึ่งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องขึ้นอีก 7 ชุดด้วยกัน

สิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551, วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2552)

1. บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่า มีอรรถประโยชน์และประสิทธิผลคุ้มค่า คือส่งผลให้ประชาชนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น สร้างเสริมคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยและ 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การให้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1.1.1 การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการ ภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.1.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.1.3 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และ ศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา/ราชวิทยาลัย

1.1.4 การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.1.5 การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.1.7 การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการ ทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1.8 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่

1.1.8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก

1.1.8.2 การแนะนำด้านทันตสุขภาพ

1.1.8.3 การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะลำคอ

1.1.8.4 การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

1.2 การตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยัน กรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

1.3 การตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหาร เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือขององค์การอนามัยโลก

1.4 การบำบัดและบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

1.4.1 การบำบัดและบริการทางเวชกรรม รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จนถึงสิ้นสุดการรักษา

1.4.2 การบำบัดทดแทนไตในการรักษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemo dialysis)

1.4.3 การบำบัดและการบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียม ในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

1.5 ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และรวมการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วย

1.6 การทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่

1.7 การกินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

1.8 การบริบาลทารกแรกเกิด

1.9 รถพยาบาลหรือพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

1.10 พาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

1.11 การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา

1.12 ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น เพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

การเข้ารับบริการสาธารณสุขและการร่วมจ่ายค่าบริการ

1. **กรณีทั่วไป** ให้บุคคลได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำตัวแล้วใช้ สิทธิรับบริการสาธารณสุข ได้จากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ โดย

1.1 ไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบริการตรวจและรับฝากครรภ์

1.2 ยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บในอัตรา 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ นับตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป

2. กรณีอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.1 กรณีใช้บริการจากหน่วยบริการประจำ ที่ได้ลงทะเบียนไว้ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ โดยไม่มีข้อจำกัด

2.2 กรณีใช้บริการจากหน่วยบริการอื่น หรือสถานบริการอื่น ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินจากหน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการอื่นได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก โดยการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องมีข้อบ่งชี้ดังนี้ 1)โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทุพพลภาพ หรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น 2)โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบตามข้อ 1) และ 2) ได้แก่ ความเร่งด่วนในการรักษา รวมทั้งคำนึงถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออาการป่วยด้วย

2.3 กรณีที่ใช้บริการที่หน่วยบริการอื่น ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย (ยกเว้นการร่วมจ่าย 30 บาท) และกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

2.4 กรณีใช้บริการที่สถานบริการอื่น ซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกินจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานบริการ โดยสถานบริการดังกล่าวจะต้องให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนการให้บริการทุกครั้ง ผู้มีสิทธิหรือญาติสามารถแสดงความประสงค์ขอย้ายไปหน่วยบริการประจำของตนได้ โดยให้ได้รับคำรถพยาบาลหรือเรือพยาบาลตามจำนวนจ่ายจริงแต่ ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำนั้น ในกรณีหน่วยบริการประจำไม่สามารถรับย้ายผู้มีสิทธิหรือไม่ สามารถจัดหาบริการอื่นให้ได้ หน่วยบริการประจำจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้แก่สถานบริการอื่นหลังจากวันที่ได้รับทราบความประสงค์ขอย้าย

2.5 ป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้บริการดูแลนอกสถานพยาบาล และบริการรับส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากที่เกิดเหตุไปยังหน่วยบริการตามที่คุณยรับแจ้งเหตุและสั่งการกำหนดโดยโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ ไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการหมายเลข 1669

2.6 กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจากการได้รับพิษหรือสงสัยว่าอาจได้รับพิษผู้มีสิทธิสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทางด้านพิษวิทยา ที่หมายเลข 1330

3. กรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้ ในกรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำที่จะให้การรักษา และ

หน่วยบริการประจำกับผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันที่จะให้เข้ารับบริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้

4. บริการที่ไม่ครอบคลุมได้แก่

กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรร ให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น

- 4.1 โรคมะเร็ง ที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน 15 วัน
- 4.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- 4.3 ผู้ประสบภัยจากรถซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัย

จากรถ

กลุ่มบริการที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

- 4.4 การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 4.5 การผสมเทียม
- 4.6 การเปลี่ยนเพศ
- 4.7 การกระทำใดๆเพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทาง

การแพทย์

4.8 การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- 4.9 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

กลุ่มบริการอื่นๆ

4.10 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัว ในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- 4.11 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation)

การลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย
 2. มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย
 3. ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ สิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้
- ได้แก่

- 3.1 ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม
- 3.2 ข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท
- 3.3 พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3.4 พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
- 3.5 คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการ

รักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ

- 3.6 ครูโรงเรียนเอกชน
- 3.7 ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี

รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วยว่าการ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา ซึ่งรัฐได้จัดหาสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้อยู่แล้ว

- 3.8 ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใด ที่มีสิทธิ

ได้รับการรักษาพยาบาล โดยใช้จ่ายเงินงบประมาณของรัฐ

หมายเหตุ คนไทยที่กำลังอาศัยอยู่ในต่างประเทศติดต่อกันมากกว่า 2 ปีขึ้นไป (ข้อมูลจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง) หรือผู้ที่ลงทะเบียนเลือกตั้งในต่างประเทศ (ข้อมูลจากกรมการกงสุล) จะไม่สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ จนกว่าจะเดินทางกลับมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากรัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลกลุ่มดังกล่าว ในขณะที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ

3. การรับเรื่องร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิประชาชน

3.1 แนวคิด ในการดำเนินงานเพื่อให้การรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิให้แก่ประชาชน เป็นไปตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนด รวมทั้งสามารถสร้างความเข้าใจ และสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จึงดำเนินการด้วยแนวคิด

3.1.1 การคุ้มครองสิทธิประชาชน เป็นกลไกที่ช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด ในขณะที่เดียวกันก็จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

3.1.2 การรับเรื่องเรียน ทำให้หน่วยงานได้รับทราบปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการ สามารถนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

3.1.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาเรื่องร้องเรียนและนำไปสู่การมีส่วนร่วมสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

3.1.4 การป้องกันปัญหาการละเมิดสิทธิ เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการคุ้มครองสิทธิของประชาชน ทั้งยังเป็นการดำเนินการที่หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนอีกด้วย

3.2 แนวทางการพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ

3.2.1 พัฒนาช่องทางเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง สามารถร้องเรียนได้โดยสะดวก ช่องทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาเองและหน่วยงานต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนที่มีการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบได้แก่

3.2.1.1 Call Center 1330 สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3.2.1.2 เปิด web site 1330 @ nhso.go.th

3.2.1.3 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ (ชั้น M สปสช.)

3.2.1.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทุกจังหวัด(75 จังหวัด)

3.2.1.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สาขาเขตพื้นที่ (13 แห่ง)

3.2.1.6 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

3.2.1.7 ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (85 ศูนย์ 61 จังหวัด)

3.2.1.8 กระทรวงสาธารณสุข

3.2.1.9 สายด่วน 1111 / www.1111.go.th

3.2.1.10 สำนักราชเลขานุการ

3.2.1.11 สำนักนายกรัฐมนตรีน

3.2.1.12 ศูนย์ดำรงธรรม

3.2.1.13 สื่อต่างๆ

3.2.2 พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีมาตรฐาน สนับสนุน ให้หน่วยรับเรื่องร้องเรียน ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน 4 ด้าน ได้แก่

3.2.2.1 มาตรฐานด้านกายภาพของหน่วยงาน หมายถึง มีสถานที่เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวน มีป้ายประชาสัมพันธ์หน่วยงานและป้ายบอกทาง มีการจัดโต๊ะ เก้าอี้ ให้ความรู้สึกรบาย เป็นกันเอง มีอุปกรณ์ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร คอมพิวเตอร์ และ

Internet เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ พร้อมให้บริการ รวมทั้งมีเอกสารระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใช้ประกอบการทำงาน

3.2.2.2 มาตรฐานด้านบุคลากร หมายถึง มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ทักษะในการให้บริการผ่านการอบรมความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพและงานบริการรับผิดชอบงาน

3.2.2.3 มาตรฐานด้านการดำเนินงาน หมายถึง มีการดำเนินงานรับเรื่องและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การรับและบันทึกเรื่อง การตอบกลับผู้ร้องว่าได้รับเรื่องแล้ว การตรวจสอบข้อมูล การพิจารณา แก้ปัญหา ประสานงานใกล้เคียง การแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ร้องเรียนรับทราบ และมีการจัดตั้งคณะทำงานหรืออนุกรรมการร่วมพิจารณา รวมทั้ง ต้องมีการประเมินความพึงพอใจ

3.2.2.4 มาตรฐานด้านระบบข้อมูล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการจัดเก็บการวิเคราะห์ จัดทำรายงานเสนอ เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการและการเผยแพร่แก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2.3 พัฒนาระบบข้อมูลเรื่องร้องเรียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเรื่องร้องเรียน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยมีระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.2.3.1 โปรแกรม Customer Relation Management (CRM) ผู้ใช้งานคือ Call Center 1330

3.2.3.2 โปรแกรม Data Center ระบบร้องเรียน (ระบบ 7) ผู้ใช้งานคือ สำนักงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาพื้นที่ สำนักงานสาขาจังหวัด และศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ

โดยทั้ง 2 โปรแกรมจะมีระบบบันทึกและฟังก์ชันการทำงานหลักเหมือนกันแต่แตกต่างกันที่ระบบ CRM มีการเชื่อมโยงกับระบบโทรศัพท์ด้วย สำหรับโปรแกรม Data Center ผู้ใช้งานที่มีรหัสผ่าน สามารถเข้าใช้โปรแกรมผ่านหน้าเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ <http://www.nhso.go.th> โดยเลือกเมนู “สำหรับผู้ใช้บริการ” จากนั้นเลือกรายการ “บริการออนไลน์” และให้เลือกรายการ “Data Center” ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2550 ได้ดำเนินการอบรมการใช้งานโปรแกรม Data Center ให้กับผู้ใช้งานแล้วและเริ่มใช้งานจริงตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 เป็นต้นไป

3.2.4 พัฒนางานเชิงรุกเพื่อการป้องกันปัญหา ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ เป็นนวัตกรรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนให้จัดตั้งขึ้นในหน่วยบริการ

เนื่องจากข้อมูลร้องเรียนที่ผ่านมา พบว่าปัญหาต่างๆ ส่วนมากเกิดขึ้นในหน่วยบริการ และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความเข้าใจของประชาชน และปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงเห็นว่าหากมีการจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่เหมือน Counter Service ขึ้นในหน่วยบริการจะสามารถให้ความช่วยเหลือคลี่คลายความกังวลของประชาชน ได้ก่อนที่ปัญหาจะลุกลาม ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ จะได้รับการพัฒนาให้มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานทั้ง 4 ด้านข้างต้น และมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

3.2.4.1 ให้คำปรึกษา แนะนำ ในเรื่องการใช้สิทธิ

3.2.4.2 ให้ความช่วยเหลือ ประสานงาน แก้ไขปัญหา

3.2.4.3 รับเรื่องร้องเรียน

3.2.4.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41

3.2.4.5 สนับสนุนให้มีการประสานงานกับองค์กรประชาชน เพื่อให้ความรู้

ความเข้าใจ ในการใช้สิทธิ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

ผลการดำเนินงานพบว่า ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ Customer Service Center ได้ทำให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาระบบการให้บริการ มีการพัฒนางานรับเรื่องร้องเรียนให้เป็นระบบ โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาระบบคุณภาพบริการ (HA) และการพัฒนาเรื่องการใกล้เคียง สร้างสมานฉันท์ ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สามารถช่วยเหลือ คลี่คลาย ปัญหาต่างๆ ให้แก่ประชาชน ทุกสิทธิ และทุกเรื่องสามารถคลี่คลายปัญหาได้ในเวลาอันรวดเร็ว ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา และสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนได้มาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มพัฒนาศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำร่องในหน่วยบริการ 6 แห่ง เมื่อปี 2549 และขยายไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศแล้ว รวม 92 แห่ง ในปี 2550 สำหรับในปี 2551 จะสนับสนุนให้ขยายดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชน ต่อไป

ศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ(Patient Referral Coordinating Center (PRCC))

1. **แนวคิด** เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าเป้าหมายสูงสุดของการสร้างหลักประกันสุขภาพ คือ การที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามความจำเป็นอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาที่เรามักจะพบตามหน้าหนังสือพิมพ์ คือ การที่ผู้ป่วยถูกปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลเตียงเต็ม หรือไม่มีแพทย์ให้การรักษา รวมทั้งการที่

ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ตามที่จำเป็น เช่น กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน แต่ไม่สามารถหาเตียงของโรงพยาบาลรองรับได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องลำบากในการหาโรงพยาบาล และบางรายอาจต้องไปใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการเรื่องค่าใช้จ่าย ดังนั้น เพื่อเป็นการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ริเริ่มให้มีศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ (Patient Referral Co-ordinating Center-PRCC) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิภาพ โดยในระยะแรกจะดำเนินการเน้นหนักในเรื่องของการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2. วัตถุประสงค์

2.1 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น

2.2 ประชาชนได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดอัตราการเสียชีวิต

2.3 เกิดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

2.4 เกิดเครือข่ายพันธมิตรด้านบริการสาธารณสุข

2.5 มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันอย่างคุ้มค่า

3. บทบาทหน้าที่

3.1 จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาพยาบาลและการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม

3.2 ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ และมีประสิทธิภาพ

3.3 บริหารจัดการให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมเป็นหน่วยสำรองเตียง

3.4 กำหนดและจัดทำแนวทางการดำเนินงาน แบบบันทึกการประสานงานส่งต่อผู้ป่วย

4. วิธีดำเนินงาน

4.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปิดรับสมัครให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมเป็นหน่วยสำรองเตียง กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

4.2 โรงพยาบาลที่ต้องเข้าร่วมเป็นหน่วยสำรองเตียง กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องยื่นความจำนงตามแบบแสดงความจำนงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3 โรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมเป็นหน่วยสำรองเตียงกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีฉุกเฉินจะต้องมีมาตรฐานตามเกณฑ์ เป็นไปตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ หมวด 5 เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (ข้อ 15 - ข้อ 22) ซึ่งประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม 2548

4.4 หน่วยสำรองเตียงกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีฉุกเฉิน ต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่ และจัดให้มีช่องทางการติดต่อประสานงานกับศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4.5 การประสานส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยสำรองเตียงจะพิจารณาจากศักยภาพและความเหมาะสมของสภาพพื้นที่เป็นลำดับแรก หมุนเวียนกันไป หากเตียงเต็มหรือเกินศักยภาพ ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจะส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยสำรองเตียงอื่นต่อไป

4.6 หน่วยสำรองเตียงกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สรุปรายงานผลการให้บริการสาธารณสุขให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกเดือน

5. วิธีการให้บริการ

5.1 ประชาชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สามารถติดต่อใช้บริการประสานการส่งต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทางสายด่วนสปสช. โทร 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง ในอัตรา 3 บาท ทั่วประเทศ (ยกเว้นโทรศัพท์เคลื่อนที่)

5.2 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาแล้วมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาจะต้องประสานส่งต่อผู้ป่วยตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขในจังหวัดเดียวกัน หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพในจังหวัดใกล้เคียงก่อน หากหน่วยบริการดังกล่าวเตียงเต็มหรือเกินศักยภาพจึงจะประสานมาที่ศูนย์ประสานการส่งต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Call Center 1330)

6. เงื่อนไขการให้บริการ

6.1 การเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิครั้งนั้น ต้องเป็นกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้า หากแรกเข้ารับการรักษาไม่ฉุกเฉินหรือมาฉุกเฉินในภายหลังไม่อยู่ในเงื่อนไขนี้

6.2 หน่วยสำรองเตียงกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ผู้มีสิทธิ ซึ่งมีได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการนั้น เป็นหน่วยบริการประจำ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

และทั้งนี้โดยผ่านการประสานจากศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.3 หน่วยสำรองเตียง จะให้การรักษาผู้ป่วยจนพ้นจากภาวะวิกฤติหรืออาการดีขึ้น และแพทย์ผู้ให้การรักษาและต้นสังกัดพิจารณาแล้วว่าสามารถกลับไปทำการรักษาต่อยังหน่วยบริการประจำได้ใช้งานตลอด 24 ชั่วโมง

4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (Systems Model) ในเรื่องการรับรู้ สุขซ์และโบริดิทซ์ (Huse and Bowditch 1977 : 127) ได้กล่าววามบุคคลแต่ละคนเป็นเสมือนระบบที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เข้ามาสู่ตนโดยผ่านประสาทสัมผัส ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การชิมและการดม จากนั้นข้อมูลที่ได้รับจะได้รับการจัดระบบ และกลายมาเป็นสิ่งที่รับรู้ โดยสามารถตอบสนองออกมาเป็นการกระทำ ความนึกคิดและแนวคิดตั้งแผนภูมิ



ภาพที่ 2 กระบวนการเรียนรู้ของสุขซ์และโบริดิทซ์

จากทฤษฎีข้างต้น พอจะอนุมานได้ว่า การที่บุคลากรทางการแพทย์จะรับรู้ต่อแนวทางในการปฏิบัติตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้นจะต้องผ่านสิ่งเร้าด้วยระบบประสาททั้ง 5 จนเกิดความรู้สึกนึกคิดและการกระทำด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวแปรที่หน้าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อแนวทางในการปฏิบัติ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไว้ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรด้านปัจจัยภายนอก ได้แก่ จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ตัวแปรด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความหมายการรับรู้

1.1 จรรยา สุวรรณทัต (2727 : 141) ได้สรุปความหมายและคุณลักษณะต่างๆไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด จิตใจ ของคน ที่สมองจะต้องแปลความหมายจาก สิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล แล้วแสดงออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันจากการอาศัย ความรู้เดิมและประสบการณ์ เป็นเครื่องช่วยทำให้การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือ ไม่มีเหตุผล อาจเป็นไปได้ ในทางลบ หรือทางบวกก็ได้ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้นๆ

1.2 กัญญา สุวรรณแสง (2532 : 127-128) กล่าวว่า การรับรู้คือ การใช้ ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้สึกที่ระลึกความหมาย ว่าเป็นอะไร เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกัน ระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การ เรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรม

1.3 จิตรา วุฒิสัทติกุลกิจ (2535 : 37) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้หมายถึงการ สร้างความหมายจากประสบการณ์ โดยการถอดรหัสสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้ ข้อมูลบางอย่าง อาจขยายความได้ว่า การรับรู้ นั้นเกิดจากการที่เราสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบตัว เรา และจากการรับรู้ตัวเอง ที่เราได้สร้างความรู้เกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงของเราขึ้นมา ทั้งนี้ โดยผ่านขบวนการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสบการณ์ต่างๆในอดีต และสภาพความ จูงใจของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งรวมเรียกว่าเป็นขบวนการรับรู้ โดยนัยนี้ความเป็นจริงของสิ่งหนึ่ง สำหรับแต่ละคนจึงอาจแตกต่างกันออกไป เพราะแต่ละคนก็มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน และเมื่อการ รับรู้มีความแตกต่างกันมากขึ้นปัญหาก็เกิดขึ้น และสิ่งนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการสื่อความเข้าใจ และพฤติกรรมที่แสดงออก ถ้าการรับรู้ของบุคคลสองบุคคลต่อของสิ่งเดียวกัน ใกล้เคียงกัน โอกาส ที่จะเข้าใจกันและลงรอยกันจะเกิดมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันถ้าการรับรู้ของบุคคลสองคนนั้น ต่อสิ่ง เดียวกันเป็นไปคนละทิศทาง ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานร่วมกัน ได้ในที่สุด

1.4 ถวิล ธาราโภชน และศรัณย์ คำวิสุข (2541 : 74-75) กล่าวว่า การรับรู้ (Perception) คือกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการรู้สึก อันได้แก่ อวัยวะรับความรู้สึกทั้ง ภายในและภายนอก ทำหน้าที่รับความรู้สึกส่งเป็นกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อให้ตีความหมาย แล้วจึงรู้ว่าสิ่งที่ทำให้เกิดการรู้สึกนั้นคืออะไร จึงให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้ (Perception) คือกระบวนการที่ผ่านการตีความจากการจัดระเบียบข้อมูลต่างๆ หรือบางท่านอาจ กล่าวว่า การรับรู้ คือ กระบวนการจัด รวบรวมและตีความข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการรู้สึก หรืออาจ กล่าวอย่างง่ายที่สุดว่าการรับรู้คือ การตีความของข้อมูลจากการรู้สึก

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ คือ กระบวนการที่ผ่านการตีความจากการจัดระเบียบข้อมูลต่างๆ หรือ การรับรู้ คือ กระบวนการจัดรวบรวมและตีความข้อมูลต่างๆ ที่ได้มา หรืออาจกล่าวอย่างง่ายที่สุดว่า การรับรู้ คือ การตีความของข้อมูลจากการรู้สึก หรือจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่ได้สัมผัส เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่มีการรับรู้เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียว เพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่รับรู้ ก็จะประมวลสิ่งที่ได้รับรู้นั้น ขึ้นมา เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัว

2. ปัจจัยที่กำหนดการรับรู้ สิ่งเร้าเดียวกันอาจทำให้คนสองคนรับรู้ต่างกันได้ การที่มนุษย์รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง จะรับรู้ได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลเช่น สภาพแวดล้อม ลักษณะของสิ่งเร้า ภาวะสัมผัส ความตั้งใจ ความสนใจในขณะนั้น ประสบการณ์ที่ผ่านมา เนื่องจากสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้มีอยู่มากมาย ดังนั้น การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งในขณะหนึ่งนั้นจึงขึ้นอยู่กับสิ่งที่จะกล่าวต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ไว้ 2 ประการ (กันยา สุวรรณแสง 2532 : 132

อ้างจาก Morgan 1957)

2.1.1 อิทธิพลจากภายนอก ได้แก่ ความเข้มข้น ขนาดสิ่งเร้า การทำซ้ำ สิ่งโดยตรงกันข้าม การเคลื่อนไหว

2.1.2 อิทธิพลจากภายใน ได้แก่ ความรู้เดิม ทักษะคิด การตั้งใจ ความคาดหวัง

2.2 สิ่งที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยการรับรู้ เป็น 3 ลักษณะดังนี้

2.2.1 ลักษณะของผู้รับรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้ แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ

2.2.1.1 ด้านกายภาพ หมายถึง ภาวะสัมผัส ถ้าภาวะสัมผัสสมบูรณ์ก็จะรับรู้ได้ดี

2.2.1.2 ด้านจิตวิทยา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีหลายประการ เช่น ความจำ อารมณ์ สติปัญญา ความพร้อม การสังเกตพิจารณา ฯลฯ อันเป็นผลจากการเรียนรู้เดิมนักจิตวิทยาถือว่าการรับรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรอย่างยิ่ง นับตั้งแต่เลือกรับสัมผัสเลือกเอาเฉพาะที่ต้องการ และแปรความให้เข้ากับตนเอง

2.2.2. อิทธิพลของปัจจัยทางด้านจิตวิทยา คือ กระบวนการรับรู้เมื่อรับสัมผัสแล้วจะมีขั้นตอนต่างๆดังนี้

2.2.2.1 ต้องแปลสัญลักษณ์ โดยอาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่รับรู้ ได้แก่ ประสบการณ์เดิม

- 2.2.2.2 ความต้องการ ความปรารถนาหรือแรงขับ
- 2.2.2.3 สภาพของจิตใจ ภาวะของอารมณ์
- 2.2.2.4 เจตคติ
- 2.2.2.5 อิทธิพลของสังคม
- 2.2.2.6 ความต้องการที่จะรับรู้
- 2.2.2.7 ความสนุกสนานเพลิดเพลิน มีผลต่อความรู้
- 2.2.2.8 แรงจูงใจ
- 2.2.2.9 คุณค่าและความสนใจ ที่มีผลต่อการรับรู้
- 2.2.2.10 ความดึงดูดในทางสังคม
- 2.2.2.11 เซาว์ปัญญา
- 2.2.2.12 การสังเกตพิจารณา
- 2.2.2.13 ความพร้อม
- 2.2.2.14 การคาดหวัง

2.2.3. ลักษณะของสิ่งเร้า คุณสมบัติของสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้
 คนเราก่อเกิดความสนใจที่จะรับรู้หรือทำให้การรับรู้ของคนเราก่อเกิดความคลาดเคลื่อน ไปจากความจริง
 ซึ่งได้แก่

- 2.2.3.1 ความใกล้ชิดกับสิ่งเร้า
- 2.2.3.2 ความคล้ายคลึงกันของสิ่งเร้า
- 2.2.3.3 ความต่อเนื่องกันของสิ่งเร้า
- 2.2.3.4 สภาพและพื้นฐานการรับรู้

3. ประเภทของการรับรู้ การรับรู้ทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประการ (กมลรัตน์ หล้า
 สุวงษ์ 2528 : 228-239)

3.1 การรับรู้ทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่น
 รู้สึกดีใจ เสียใจ ตื่นเต้น รักเกลียด ชื่นชม เป็นต้น

3.2 การรับรู้ลักษณะของบุคคล ต้องอาศัยข้อมูล 3 ประการ มาประกอบ คือ

- 3.2.1 ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่าง หน้าตา ลักษณะแขนขา สีผิว ฯลฯ
- 3.2.2 พฤติกรรม เช่น การพูดคุย การยิ้ม การหัวเราะ การเดิน ฯลฯ
- 3.2.3 คำบอกเล่า เช่น คำบอกเล่าจากญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ใกล้ชิด

3.3 การรับรู้ภาพพจน์ของกลุ่ม หมายถึง มโนภาพ หรือมโนคติของสิ่งต่างๆ ตามที่บุคคลรับรู้เป็นภาพที่อยู่ในความคิด หรือจินตนาการของบุคคล และบุคคลสามารถบอก ลักษณะของภาพเหล่านั้น ให้ผู้อื่นทราบได้ด้วย

3.4 การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการตีความหรือแปลความหมาย สิ่งต่างๆ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมตามความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและ อธิบายสิ่งต่างๆ เหล่านั้นได้ การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคมขึ้นอยู่กับสาเหตุ 2 ประการ คือ

3.4.1 ระดับการรับรู้ หมายถึงบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ เชาวปัญญา หรือความเฉลียวฉลาดต่างกัน ย่อมจะตีความหมายหรือแปลความหมายต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกัน

3.4.2 การเปลี่ยนการรับรู้ คือ ถ้าผู้มีการรับรู้ต่ำได้มีโอกาสสนทนา หรือ อภิปรายกับผู้ที่มีการรับรู้สูงก็อาจถูกผู้ที่มีการรับรู้สูงเปลี่ยนแนวความคิดหรือแนวทางการรับรู้ได้

นอกจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (System model) ในเรื่องการรับรู้แล้ว พบว่ายังมี แนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เช่นกัน คือ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติตน (Practice) ของผู้รับสาร กล่าวคือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับ ความรู้ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะก็จะเปลี่ยนแปลง และเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้วก็จะมีการยอมรับปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนั้น การที่จะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใด ต้องพยายามเปลี่ยนแปลง ทัศนคติก่อน โดยการให้ความรู้ ทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการปฏิบัติตน ได้ถูก นำมาเป็นเครื่องมือในการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารในฐานะตัวแปรต้นสามารถนำการ พัฒนาไปสู่ชุมชนได้โดยการศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนของผู้รับสารว่า เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ เพราะอะไร นอกจากนี้ยังศึกษาถึงความสัมพันธ์ไรลักษณะสายโซ่ที่เริ่มจาก ความรู้ไปสู่ทัศนคติ และกลายเป็นพฤติกรรมต่อไป ความรู้ (Knowledge) อาจส่งผลถึงพฤติกรรมที่ แสดงออกของมนุษย์ได้ และผลกระทบที่มีผลต่อผู้รับสารเชิงความรู้ฝนทฤษฎีการสื่อสารนั้น อาจ ปรากฏได้จากสาเหตุ 5 รูปแบบ คือ

1. การตอบข้อสงสัย (Ambiguity resolution) การสื่อสาร สังคมมักสร้างความ สับสนให้กับสมาชิกในสังคม ผู้รับสารจึงมักแสวงหาสารสนเทศ การอาศัยสื่อทั้งหลาย เพื่อ ตอบสนองข้อสงสัยและความสับสนให้กับตนและสมาชิกในสังคม

2. การสร้างทัศนคติ (Attitude formation) ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนคตินั้น ส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับการแพร่ำนวัตกรรมนั้นๆ

3. กำหนดวาระ (Agenda setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่ผู้สื่อกระจายออกไป เพื่อให้ประชาชนตระหนัก และผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับความหลังของปัจเจกชนและค่านิยมของสังคม แล้วผู้รับสารก็เลือกสารสนเทศนั้น

4. การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of the belief system) การสื่อสารสังคมมักกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ต่างๆ ไปสู่ประชาชน จึงทำให้ผู้รับสารรับทราบความเชื่อหลากหลายและลึกซึ้ง ไว้ในความเชื่อของตนมากขึ้นเรื่อยๆ

5. การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value clarification) ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่เสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ ย่อมทำให้ประชาชนผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นชัดเจนขึ้น

ทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อ อาจส่งถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และทัศนคติเป็นพรมแดนเชื่อมโยง ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร 2533) ทัศนคติของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจทำได้โดยที่บุคคลได้รับข่าวสารต่างๆ ซึ่งข่าวสารนี้อาจมาจากบุคคลอื่น หรือมาจากอุปกรณ์สื่อมวลชนต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง ส่วนประกอบด้านอื่นจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน

แมคไคล์ (Mcguire) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การใส่ใจ (Attention) ความเข้าใจ (Comprehension) การยอมรับสารใหม่ (Yelding) การเก็บเอาไว้ (Retention) และการกระทำ (Action) และกล่าวว่าถ้ากระบวนการสื่อความหมายหรือการติดต่อทางด้านข่าวสารทำให้ผู้รับเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติแล้วจะทำให้เกิดการใส่ใจ ความเข้าใจ การยอมรับสารใหม่ การเก็บเอาไว้ การกระทำ และการที่ผู้รับสารจะเกิดขึ้นตอนเหล่านี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถทางสติปัญญา ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอื่นๆ (ศศิวิมล ปาลศรี 2538 : 21)

การปฏิบัติตน (Practice) การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของเราส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานที่มาจากความรู้และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันก็เนื่องมาจากความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างกันของความรู้และทัศนคติ เกิดจากความแตกต่างในเรื่องการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างกันในการแปลความหมาย

ของสารที่ตนเองได้รับ สิ่งเหล่านั้นก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยทั่วไปการใช้การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวพฤติกรรมนั้น มีวิธีการดังนี้

1. การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) เพื่อให้เกิดความตื่นตัวในการติดตามด้วยภาพหรือเสียง
2. การเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ด้วยการแสดงความอ่อนโยน เสียสละ กรุณาปราณี รู้จักยอมแพ้ก้อาจโน้มน้าวใจผู้อื่นให้ยอมรับได้
3. การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized norm) เป็นการสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้น เพื่อให้มาตรฐานนั้นปลูกศรัทธาและเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่จะต้องปฏิบัติตาม
4. การให้รางวัล (Reward) เช่น การลด แลก แจก แถม ในการโฆษณาเพื่อเป็นการจูงใจให้เลิกซื้อสินค้าอื่น ๆ

และผลการโน้มน้าวใจด้วยวิธีการข้างต้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐาน 2 แบบ คือ

1. กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆ หรือให้มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (Activation)
2. หยุดยั้งพฤติกรรมเก่า (Deactivation)

ทั้งการกระตุ้นและการหยุดยั้งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆ

ตามมา เช่น การตัดสินใจวินิจฉัยต่อประเด็นปัญหา การจัดหายุทธวิธีการดำเนินงานและการสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม

5. อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ, วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2552)

5.1 ที่ตั้งและอาณาเขตติดต่อ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ ตั้งอยู่ปลายสุดของแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันตก มีพื้นที่ 165 ตารางกิโลเมตร (103,125 ไร่)

5.1.1 ทิศเหนือ : ติดต่อกับอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ และเขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ

5.1.2 ทิศใต้ : ติดต่อกับอ่าวไทย

5.1.3 ทิศตะวันออก : ติดต่อกับอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

5.1.4 ทิศใต้ : ติดต่อกับอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาครและเขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ

5.2 สภาพพื้นที่และภูมิอากาศ

5.2.1 พื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม ไม่มีภูเขา ในฤดูน้ำหลากน้ำทะเลจะหนุนสูงท่วมพื้นที่ที่มีคลองเชื่อมกับแม่น้ำเจ้าพระยาหลายสาย ใช้เป็นเส้นทางคมนาคมทางน้ำ

5.2.2 มีลักษณะอากาศแบบชายทะเลไม่ร้อนจัดในฤดูร้อน เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากลมทะเลอ่าวไทย

5.3 เขตการปกครอง อำเภอพระสมุทรเจดีย์แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 42 หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาล 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง

5.4. ประชากร

5.4.1 จำนวนประชากร ตามทะเบียนราษฎร 104,857 คน เพศชาย จำนวน 44,270 คน คิดเป็นร้อยละ 42.22 เพศหญิง จำนวน 60,587 คน คิดเป็นร้อยละ 57.78 (สำนักงานทะเบียนอำเภอพระสมุทรเจดีย์ 2552)

5.4.2 จำนวนประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 19,150 คน เพศชาย จำนวน 7,224 คน คิดเป็นร้อยละ 37.72 เพศหญิง จำนวน 11,926 คน คิดเป็นร้อยละ 62.28 (งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 2552)

5.5 สภาพเศรษฐกิจและอาชีพ ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางประกอบอาชีพประมงเลี้ยงสัตว์น้ำ เนื่องจากมีพื้นที่ส่วนใหญ่ติดชายฝั่งทะเลอ่าวไทย และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากในปัจจุบันมีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม ทำให้มีโรงงานอุตสาหกรรมถึง 312 โรงงาน

บทที่ 3 ระเบียบวิธีในการวิจัย

การวิจัยเรื่องการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน
กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษากับประชาชนผู้มีสิทธิประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีรายละเอียด
ดังนี้

1. รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรที่ศึกษา กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือประชาชนผู้มีสิทธิประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 19,150
คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2551

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ
18 ปีขึ้นไป ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ได้จากการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดย
ใช้สูตรการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทาโรยามานันท์ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 %

$$n = \frac{N}{1 + (Ne^2)}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของกลุ่มประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ยอมให้เกิดความ
คลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์

แทนค่าในสูตร
$$n = \frac{19,150}{1 + 19,150 (0.05)^2}$$

$$n = 392 \text{ คน}$$

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 392 คน โดยการสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่าง
ตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ แยกรายตำบล

ตำบล	ประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คน
	คน	ร้อยละ	
นาเกลือ	2,241	11.70	46
บ้านคลองสวน	1,723	9.00	35
แหลมฟ้าผ่า	4,011	20.94	82
ปากคลองบางปลากด	2,780	14.52	57
ในคลองบางปลากด	8,395	43.84	172
รวมทั้งสิ้น	19,150	100	392

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ การสำรวจการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน โดยแบ่งแบบสอบถาม เป็น 2 ตอน คือ

3.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ส่วนตัว เขตที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว การใช้บริการ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ เป็นลักษณะคำถามที่กำหนดคำตอบให้เลือก (Check list) และคำถามปลายเปิด (Open end) ให้เติมในช่องว่าง

3.2 ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบไปด้วย 1) ขั้นตอนบริการและการประชาสัมพันธ์ 2) สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล 3) สิทธิกรณีเกิดปัญหาและการร้องเรียน เป็นลักษณะคำถามที่กำหนดคำตอบให้เลือก (Check list) และคำถามปลายเปิด (Open end) ให้เติมในช่องว่าง

4. การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 ศึกษาแนวคิด หลักการ ทฤษฎี ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.2 วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์สร้างแบบสัมภาษณ์

4.3 หาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสัมภาษณ์ โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิจัย จำนวน 1 ท่าน จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร และนำแบบสัมภาษณ์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ได้ไปทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 30 ฉบับ พบว่าข้อมูลในด้านการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ในด้านการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นคำถาม	จำนวนข้อคำถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	3 ข้อ	0.77
การบริการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค	6 ข้อ	0.87
การบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟัน	5 ข้อ	1
การบริการดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาลโรคค่าใช้จ่ายสูง	6 ข้อ	0.88
ยารักษาโรค	3 ข้อ	0.75

5. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูล ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พร้อมทั้ง ผู้วิจัยทำหนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เป็นประธานอนุมัติ

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามที่ได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โดยดำเนินการดังนี้

5.2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พร้อมทั้ง ผู้วิจัยทำหนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เป็นประธานอนุมัติ

5.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ตามที่ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โดยเก็บข้อมูลการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ แยกรายตำบล ดังมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่จัดทำขึ้น แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลต่อไป โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.2.2.1 นำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์และสาธารณสุขอำเภอพระสมุทรเจดีย์ เพื่อขอเก็บข้อมูลประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์และสถานีนามัยทั้งหมด รวม 8 แห่ง ที่อยู่ในเขต 5 ตำบลของอำเภอพระสมุทรเจดีย์

5.2.2.2 ประชุมเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ทั้ง 8 แห่ง เพื่อชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูล โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ เก็บข้อมูลประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 คือ เก็บข้อมูลประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานีนามัยทั้ง 8 แห่ง เจ้าหน้าที่สถานีนามัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

5.2.3 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 12 มกราคม 2552 ถึงวันที่ 26 มกราคม 2552 รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล หลังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง

6.2 จัดทำคู่มือ โดยกำหนดค่าเป็นตัวเลข เพื่อบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

6.3 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าสถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ในการแสดงและบรรยายรายละเอียดลักษณะของข้อมูล และ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Pearson Chi-Square)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษาประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ทำการศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 392 คน โดยสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล คือ แยกประชากรที่ศึกษาเป็นรายตำบล ตามที่อยู่ของประชากร จำนวน 5 ตำบล ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามสามารถนำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 4 ตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.77 อยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป อายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี \pm 14.15 ร้อยละ 28.57 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 ประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน ร้อยละ 45.66 ไม่มีรายได้ส่วนตัว ร้อยละ 53.06 รายได้ส่วนตัว (เฉลี่ยต่อเดือน) มากที่สุด 20,000 บาท ค่าเฉลี่ย 3,714.54 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 60.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	297	75.77
ชาย	95	24.23
ช่วงอายุ		
18 – 29 ปี	85	21.68
30 – 39 ปี	72	18.37
40 – 49 ปี	111	28.32
50 ปี ขึ้นไป	124	31.63

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	44	11.22
แต่งงาน	298	76.02
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	50	12.76
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	20	5.10
ประถมศึกษา	194	49.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	88	22.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย	51	13.01
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง / อนุปริญญา	21	5.36
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	4.58
อาชีพหลัก		
เกษตรกร/ ประมง/ ผู้ใช้แรงงาน/ รับจ้างทั่วไป	72	18.37
ค้าขาย/ ธุรกิจ/ กิจการส่วนตัว	106	27.04
พ่อบ้าน - แม่บ้าน	179	45.66
ว่างงาน	35	8.93
รายได้ส่วนตัว (เฉลี่ยต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	208	53.06
ไม่เกิน 5,000 บาท	30	7.66
5,001 - 10,000 บาท	134	34.18
มากกว่า 10,000 บาท	20	5.10
เขตพื้นที่พักอาศัยในปัจจุบัน		
ในเขตเทศบาล	156	39.80
นอกเขตเทศบาล	236	60.20

2. ข้อมูลสุขภาพ การใช้บริการและสิทธิการรักษาพยาบาล

จากการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.91 โดยไปใช้บริการรักษาพยาบาลน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน ร้อยละ 56.38 และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นนอกเหนือจากสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 97.70 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลสุขภาพ การใช้บริการ และสิทธิการรักษาพยาบาล

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	227	57.91
มีโรคประจำตัว	165	42.09
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	49	29.52
โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง	37	22.29
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง	33	19.88
โรคความดันโลหิตสูง	25	15.06
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	9	5.42
โรคอื่นๆ	8	4.82
โรคหอบหืด	5	3.01
ความถี่การให้บริการ		
ใช้บริการน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	221	56.38
ใช้บริการ 1 ครั้งต่อเดือน	171	43.62
สิทธิการรักษาพยาบาลอื่น		
ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น	383	97.70
ประกันชีวิตที่มีค่ารักษาพยาบาล	9	2.30

หมายเหตุ โรคอื่นๆ จำนวนอย่างละ 1 คน ประกอบด้วย

- โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ
- โรคเบาหวาน และโรคภูมิแพ้และโรคหัวใจ
- โรคเบาหวานและโรคหัวใจ

- โครมาตอยด์
- โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ
- โรคไต
- โรคคอหิณ
- โรคเบาหวาน

3. การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบถึงการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท เมื่อรับบริการรักษาพยาบาล ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 98.47 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมดังกล่าว ประชาชนยังคงสามารถรับบริการรักษาพยาบาลได้เหมือนเดิม ร้อยละ 90.31 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมและความคิดเห็นต่อการรับบริการ

ภายหลังการยกเลิกค่าธรรมเนียม		จำนวน	ร้อยละ
(n = 392)			
การยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท			
ทราบว่ามีการยกเลิก		386	98.47
ไม่ทราบว่ามีการยกเลิก		6	1.53
การรับบริการตามสิทธิหลังจากการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม			
สามารถทำได้เหมือนเดิม		354	90.31
ไม่แน่ใจ		34	8.67
ไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม		4	1.02

สำหรับการรับบริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่า การรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องไปที่หน่วยบริการตามที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลำดับที่ 1 ก่อน คิดเป็นร้อยละ 60.71 ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 39.29) ยังไม่ทราบหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยตอบว่าสามารถไปรับบริการหน่วยบริการลำดับที่ 2 หรือ ไปรับบริการที่หน่วยบริการลำดับใดก็ได้ที่ระบุไว้ในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับการใช้บริการ ณ หน่วยบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
รับบริการที่หน่วยบริการ ลำดับที่ 1 ตามที่ระบุในบัตรเป็นลำดับแรก	238	60.71
รับบริการที่หน่วยบริการ ลำดับที่ 2 ตามที่ระบุในบัตรเป็นลำดับแรก	115	29.34
รับบริการที่หน่วยบริการ ลำดับใดก็ได้ ตามที่ระบุในบัตรเป็นลำดับแรก	21	5.36
รับบริการที่หน่วยบริการใดก็ได้	4	1.02
ไม่ทราบ	14	3.57

จากการสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.70) คิดว่าการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 39.30) คิดว่าการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของประชาชนไม่สามารถทำได้หรือไม่ทราบว่าสามารถเปลี่ยนได้หรือไม่ และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.78 เท่านั้นที่เข้าใจถูกต้อง กล่าวคือสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ 2 ครั้งต่อปี ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
สามารถเปลี่ยนได้	252	64.29
ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	44	17.46
1 ครั้งต่อปี	63	25.00
2 ครั้งต่อปี	7	2.78
ไม่ทราบจำนวนครั้ง	138	54.76
ไม่สามารถเปลี่ยนได้	30	7.65
ไม่ทราบ	110	28.06

จากการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวกับการรับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.13) คิดว่าการใช้สิทธิรับบริการรักษาพยาบาล กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่

หน่วยบริการซึ่งไม่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 9.19) คิดว่า กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถรับบริการ ที่หน่วยบริการที่ไม่ระบุในบัตรรับรองสิทธิได้ ต้องไปรับบริการ ณ หน่วยบริการที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิเท่านั้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.68 ไม่แน่ใจว่ากรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถรับบริการ ที่หน่วยบริการที่ไม่ได้ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิได้หรือไม่

สำหรับการขอรับความช่วยเหลือ หรือเรียกรถพยาบาลทางโทรศัพท์สายด่วน โทร.1669 กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.21) ไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 21.43 เท่านั้นที่ทราบว่า การขอความช่วยเหลือดังกล่าวสามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้เกี่ยวกับ การขอความช่วยเหลือ โดยเรียกรถพยาบาลรับ-ส่ง เพื่อรับการรักษา ณ หน่วยบริการที่ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.85) ไม่แน่ใจว่า การเรียกรถพยาบาลดังกล่าว ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(n = 392)	คิดว่าทำได้		คิดว่าทำไม่ได้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถรับบริการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการที่ไม่ระบุในบัตร	271	69.13	36	9.19	85	21.68
อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถขอความช่วยเหลือทางโทรศัพท์สายด่วน โทร.1669	84	21.43	21	5.36	287	73.21
อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรถพยาบาลรับ-ส่งเพื่อรับการรักษา ณ หน่วยบริการโดยไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่าย	122	31.12	55	14.03	215	54.85

จากการสำรวจ เกี่ยวกับการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.96)คิดว่าสามารถทำได้ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ถูกต้องโดยคิดว่าการตรวจสุขภาพ

ตามเกณฑ์ที่กำหนดตามวัย ภายใต้อัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ การรับวัคซีนในเด็กเล็ก ตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ (ร้อยละ 93.37) การวางแผนครอบครัวตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ (ร้อยละ 83.92) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการดูแลสุขภาพแม่หลังคลอด ตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสามารถทำได้มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 92.35) ส่วนของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.30) คิดว่าสามารถทำได้ แต่จะมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง คือคิดว่าไม่สามารถทำได้หรือไม่แน่ใจว่าทำได้หรือไม่ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(n = 392)	คิดว่าทำได้		คิดว่าทำไม่ได้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	384	97.96	0	0.00	8	2.04
การรับวัคซีนในเด็กเล็ก	366	93.37	6	1.53	20	5.10
การวางแผนครอบครัว	328	83.67	6	1.53	58	14.80
การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	362	92.35	5	1.28	25	6.37
การดูแลสุขภาพแม่หลังคลอด	362	92.35	5	1.28	25	6.37
การตรวจมะเร็งปากมดลูก	354	90.30	5	1.28	33	33.00

กลุ่มตัวอย่างการสำรวจการรับรู้อัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่คิดว่าการตรวจสุขภาพช่องปาก และ ฟัน ตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยคิดว่า การตรวจสุขภาพช่องปากและรับฟลูออไรด์เสริมในเด็ก สามารถทำได้ (ร้อยละ 95.66) การอุดฟัน ตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ (ร้อยละ 94.39) การขูดหินปูนตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ (ร้อยละ 93.62) การถอนฟันตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ (ร้อยละ 94.39) การทำฟันปลอมฐานพลาสติกในกลุ่มผู้สูงอายุ ตามอัตลักษณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ (ร้อยละ 90.82) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางส่วน คิดว่าไม่สามารถทำได้หรือไม่แน่ใจว่าทำได้หรือไม่ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การบริการสุขภาพช่องปากและฟัน

(n = 392)	คิดว่าทำได้		คิดว่าทำไม่ได้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจสุขภาพช่องปากและ รับฟลูออไรด์เสริมในเด็ก	375	95.66	13	3.32	4	1.02
การอุดฟัน	370	94.39	13	3.32	9	2.29
การขูดหินปูน	367	93.62	13	3.32	12	3.06
การถอนฟัน	370	94.39	13	3.32	9	2.29
การทำฟันปลอมฐานพลาสติก ในกลุ่มผู้สูงอายุ	356	90.82	9	2.29	27	6.89

จากการสำรวจ เกี่ยวกับการบริการดูแลสุขภาพรักษาพยาบาลในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดว่าการผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดตาต่อกระจก การผ่าตัดสมอง ภายใต้อิทธิพลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ ร้อยละ 69.13 ร้อยละ 78.32 และร้อยละ 54.08 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.09) คิดว่าการรักษาโรคมะเร็ง ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำได้ เช่นกัน ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่จะมีการบริการดูแลสุขภาพบางอย่างที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.38) ไม่แน่ใจว่า การรับยาต้านไวรัสเอดส์ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถทำได้หรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.92) ไม่แน่ใจว่าการล้างไต ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สามารถทำได้หรือไม่ เช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การบริการดูแลสุขภาพรักษาพยาบาลโรคค่าใช้จ่ายสูง

(n = 392)	คิดว่าทำได้		คิดว่าทำไม่ได้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่าตัดหัวใจ	224	57.14	40	10.20	128	32.66
ผ่าตัดตาต่อกระจก	307	78.32	14	3.57	71	18.11
ผ่าตัดสมอง	212	54.08	39	9.95	141	35.97
ยาต้านไวรัสเอดส์	140	35.71	31	7.91	221	56.38

ตารางที่ 11 (ต่อ)

(n = 392)	คิดว่าทำได้		คิดว่าทำไม่ได้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็ง	263	67.09	35	8.93	35	23.98
การล้างไต	149	38.01	63	16.07	180	45.92

จากการสำรวจเกี่ยวกับการรับยาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.90) คิดว่าการรับยาทุกรายการที่แพทย์สั่งจ่ายสามารถทำได้ และส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าการรับยาที่มีราคาแพงซึ่งอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้สามารถทำได้หรือไม่ (ร้อยละ 81.63) ซึ่งสอดคล้องกับการรับยาในกรณีที่ยานี้ไม่มีราคาถูกแต่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.51) ไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การรับยาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n = 392)	คิดว่าทำได้		คิดว่าทำไม่ได้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยาทุกรายการที่แพทย์สั่งจ่าย	372	94.90	3	0.77	17	4.33
ยาที่มีราคาแพงแต่จำเป็นต้องใช้และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	66	16.84	6	1.53	320	81.63
ยาที่มีราคาถูกแต่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	80	20.41	16	4.08	296	75.51

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.61) ไม่ทราบว่าผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้น หากได้รับความเสียหายจากการรับบริการ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 35.71 ที่คิดว่าผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้นได้ ถ้าได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การขอรับเงินชดเชยความเสียหายจากการรับบริการ

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
ทำได้	140	35.71
ทำไม่ได้	34	8.68
ไม่ทราบ	218	55.61

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.95) ไม่ทราบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้บริการหมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1330 สำหรับการสอบถามข้อมูลหรือการร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนหมายเลขโทรศัพท์ สายด่วน 1111 ซึ่งเป็นอีกช่องทางสำหรับการสอบถามข้อมูล หรือการร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเช่นเดียวกัน มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 12.50 เท่านั้น ที่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าว ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน สำหรับการสอบถามข้อมูลหรือการร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n = 392)	ทราบ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถติดต่อทางเบอร์โทรศัพท์ สายด่วน 1330	158	40.31	234	59.69
สามารถติดต่อทางเบอร์โทรศัพท์ สายด่วน 1111	49	12.50	343	87.50

การร้องเรียนกรณีประสบปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.82) ไม่แน่ใจว่า หากมีปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพ จะร้องเรียนหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.41 ไม่คิดจะร้องเรียน หากมีปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้เหตุผลว่าปัญหาการใช้บริการดังกล่าวไม่ใช่ความผิดของเจ้าหน้าที่ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 13.77 ที่คิดจะร้องเรียนหากมีปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การร้องเรียนกรณีประสบปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n = 392)	จำนวน	ร้อยละ
คิดจะร้องเรียน เพราะ คิดว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วย	54	13.77
ไม่คิดจะร้องเรียน	80	20.41
เพราะ ไม่ใช่ความผิดของเจ้าหน้าที่	50	12.75
เพราะ บริการดีอยู่แล้ว	29	7.40
เพราะ เห็นใจเจ้าหน้าที่	1	0.26
ไม่แน่ใจว่าจะร้องเรียนหรือไม่	258	65.82

ส่วนการประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.45) ไม่เคยประสบปัญหา มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.55 ที่เคยประสบปัญหาการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการร้องเรียนปัญหาการใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยร้องเรียนปัญหาการใช้บริการ (ร้อยละ 99.49) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 0.51 ที่เคยร้องเรียนปัญหาการใช้บริการผ่านเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การประสบปัญหาและการร้องเรียนปัญหาการใช้บริการ (n = 392)

ประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	จำนวน	ร้อยละ
เคยประสบปัญหาการให้บริการของเจ้าหน้าที่	10	2.55
ไม่เคยประสบปัญหา	382	97.45
การร้องเรียนปัญหาการใช้บริการ		
เคยร้องเรียนผ่านเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ	2	0.51
ไม่เคยร้องเรียน	390	99.49

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับ ปัจจัยด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองเพศมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.017) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายจะรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างกับการรับรู้สิทธิ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใน ช่วงอายุ 30-39 ปี ส่วนใหญ่รับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้อย่างถูกต้อง แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกันมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.863$) การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่มักมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 36.20) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับปัจจัยด้านอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพหลักแตกต่างกันจะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ พ่อบ้าน -แม่บ้าน หรือ กลุ่มตัวอย่างที่ว่างงาน ส่วนใหญ่จะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับปัจจัยด้านรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันจะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีแนวโน้มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้อง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับปัจจัยด้านเขตที่พักอาศัยในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกต้อง (ร้อยละ 30.90) ซึ่งใกล้เคียงกับ การรับรู้ ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 29.30) ซึ่งแตกต่างจาก กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 24.50) อย่างมีระดับนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.013$) และ การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับปัจจัยด้านโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.059$) ดังตารางที่

17

ตารางที่ 17 ปัจจัยทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ถูกต้อง (n=392)		ไม่ถูกต้อง (n=392)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.017
ชาย	55	56.70	42	43.30	

หญิง	126	42.70	169	57.30	
------	-----	-------	-----	-------	--

ตารางที่ 17 (ต่อ)

	ถูกต้อง (n=392)		ไม่ถูกต้อง(n=392)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ช่วงอายุ					< 0.001
18 – 29 ปี	40	47.10	45	52.90	
30 – 39 ปี	47	65.30	25	34.70	
40 – 49 ปี	52	46.80	59	53.20	
50 ปี ขึ้นไป	42	33.90	82	66.10	
สถานภาพสมรส					0.863
โสด	22	50.00	22	50.00	
แต่งงาน	136	45.60	162	54.40	
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	23	46.00	27	54.00	
ระดับการศึกษาสูงสุด					< 0.001
ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา	72	33.60	142	66.40	
มัธยมศึกษา	84	60.40	55	39.60	
ปวส./ อนุปริญญา/ ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	25	64.10	14	35.90	
อาชีพหลัก					< 0.001
เกษตรกร/ ประมง/ ผู้ใช้แรงงาน/ รับจ้างทั่วไป	41	56.90	31	43.10	
ค้าขาย/ ธุรกิจ/ กิจการส่วนตัว	75	70.80	31	29.20	
พ่อบ้าน – แม่บ้าน	52	29.10	127	70.90	
ว่างงาน	13	37.10	22	62.90	
รายได้ส่วนตัว (เฉลี่ยต่อเดือน)					< 0.001
ไม่มีรายได้	65	31.10	144	68.90	
ไม่เกิน 5,000 บาท	15	50.00	15	50.00	
5,001 – 10,000 บาท	90	67.70	43	32.30	
มากกว่า 10,000 บาท	11	55.00	9	45.00	

ตารางที่ 17 (ต่อ)

	ถูกต้อง (n=392)		ไม่ถูกต้อง(n=392)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เขตที่พักอาศัยในปัจจุบัน					0.013
ในเขตเทศบาล	60	38.50	96	61.50	
นอกเขตเทศบาล	121	51.30	115	48.70	
โรคประจำตัว					0.059
ไม่มีโรคประจำตัว	67	40.60	98	59.40	
มีโรคประจำตัว	114	50.20	113	49.80	

ส่วนปัจจัยด้านความถี่ของการใช้บริการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.70) จะใช้บริการการรักษาพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 4.30 เท่านั้นที่ให้บริการน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน ทำให้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ เช่นเดียวกับปัจจัยการมีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ นอกเหนือจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พบว่าตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.70) มีเพียงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ปัจจัยด้านความถี่การใช้บริการและปัจจัยการมีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ถูกต้อง (n=392)		ไม่ถูกต้อง(n=392)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่การใช้บริการตามสิทธิฯ				
ใช้บริการ 1 ครั้งต่อเดือน	177	47.20	198	52.80
ใช้บริการน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	4	23.50	13	73.50
สิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ				
ประกันชีวิต(ที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาล)	2	22.20	7	77.80
ไม่มี	179	46.70	204	53.30

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพเกษตรกรรมและไม่มีรายได้ส่วนตัว ซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนเป้าหมายตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งเน้นการครอบคลุมประชาชนที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวและไปใช้บริการรักษาพยาบาลน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งอาจเกิดจากการสุ่มเก็บตัวอย่างหน้าโรงพยาบาลที่พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

การรับรู้เกี่ยวกับขั้นตอนบริการและการประชาสัมพันธ์

จากการสำรวจการรับรู้เกี่ยวกับขั้นตอนบริการและการประชาสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทราบถึง การยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท เมื่อรับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเห็นว่ายกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมดังกล่าว ประชาชนยังคงสามารถรับบริการรักษาพยาบาลได้เหมือนเดิมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักเอแบคโพลล์ (2550) ซึ่งทำการศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2550 : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 29 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทราบถึงการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมและคิดว่าสามารถรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เหมือนเดิม

ส่วนการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่า จะต้องไปที่หน่วยบริการตามที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลำดับที่ 1 ก่อน ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ถูกต้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิภาวรรณ คมสัจจ์ธรรม (2545) ซึ่งทำการศึกษาการรับรู้ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ตำบลพระสิงห์ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร สิทธิประโยชน์ ขั้นตอนการบริการ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสอดคล้องกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักเอแบคโพลล์ (2550) ซึ่งทำการศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2550 : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีบัตร

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จาก 29 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทราบถึงการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมและคิดว่าสามารถรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เหมือนเดิม การรับบริการตามหน่วยบริการถูกต้องตามข้อกำหนดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษารุ่นนี้แตกต่างจากการศึกษาของวิโรจน์ หัตถา (2547) และวาสนา เพิ่มพูล (2546) ซึ่งทำการศึกษารับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เมื่อปี 2546 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้เรื่องการขึ้นทะเบียนและสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการใช้บริการทางการแพทย์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากการสำรวจดังกล่าวเป็นการสำรวจในช่วงเริ่มต้นดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประชาสัมพันธ์ของโครงการอาจยังไม่ทั่วถึง แต่การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาภายหลังที่มีการดำเนินโครงการมาแล้วชั่วระยะเวลาหนึ่ง จึงทำให้ประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียน สิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการใช้บริการทางการแพทย์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การประชาสัมพันธ์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงไม่ชัดเจนเพียงพอ โดยพบว่าส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะประเด็นกว้างๆ เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในการศึกษารุ่นนี้ ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่าควรเปลี่ยนหน่วยบริการประจำที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถกระทำได้ แต่เมื่อสอบถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าประชาชนเพียงร้อยละ 2.78 เท่านั้นที่เข้าใจถูกต้อง กล่าวคือสามารถเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ 2 ครั้งต่อปี

การรับรู้ สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ คิดว่าการรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการใช้บริการในหน่วยบริการที่ไม่ระบุบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจสุขภาพช่องปาก และ ฟัน สามารถทำได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักเอบีคโพลล์ (2550) ซึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของรายละเอียดของการขอรับบริการดังกล่าว พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ไม่ถูกต้อง เช่น การขอรับความช่วยเหลือหรือเรียกรถพยาบาล กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทางโทรศัพท์สายด่วน โทร.1669 รวมถึงการขอรับความช่วยเหลือ โดยเรียกรถพยาบาลรับ - ส่ง เพื่อรับการรักษาคณ หน่วยบริการที่ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ซึ่งพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้รวมถึงเกรงว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการเรียกรถพยาบาลดังกล่าว

ส่วนการบริการดูแลสุขภาพรักษาพยาบาลโรคค่าที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเข้าใจถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตาม การรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางประการ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ เช่น การรับยาต้านไวรัสเอดส์ และการล้างไต

การรับยาทุกรายการที่แพทย์สั่งจ่าย ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าสามารถทำได้ แตกต่างจากการรับยาที่มีราคาแพงแต่จำเป็นต้องใช้และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและการรับยาที่มีราคาถูกแต่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ ซึ่งการที่ประชาชนผู้มีสิทธิไม่แน่ใจ อาจเป็นเพราะมีเรื่องราคาขายเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงการไม่เข้าใจเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่ง เป็นบัญชีที่รวบรวมรายการยาที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อสุขภาพของประชาชน และสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ บัญชียาหลักแห่งชาติมีการพัฒนา ปรับปรุงอยู่เสมอและเป็นประโยชน์กับประชาชน แพทย์ผู้สั่งยาและภาครัฐ โดยประโยชน์ที่ประชาชนได้รับโดยตรงคือ ยาที่ครอบคลุมอาการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอเหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความคุ้มค่า ครอบคลุมรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะซึ่งเป็นยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีปัญหาด้านการเข้าถึงยา จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าบัญชียาหลักแห่งชาติมีเป้าหมายสำคัญคือ แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชาชนประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าบัญชียาหลักแห่งชาติคืออะไร ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนบางส่วนไม่แน่ใจว่าการรับบริการบางประการสามารถทำได้หรือไม่ เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องและการร้องเรียนการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการประชาสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น

การรับรู้สิทธิกรณีเกิดปัญหาและการร้องเรียน

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการ รวมถึงการใช้หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1330 และ 1111 เพื่อสอบถามข้อมูลหรือการร้องเรียนปัญหาเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเกิดจากการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนไม่ทราบสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ส่วนการประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยประสบปัญหาสอดคล้องกับการร้องเรียนการรับบริการที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคย

ร้องเรียนการรับบริการ เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการร้องเรียนกรณีเกิดปัญหาการใช้บริการ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าจะร้องเรียนหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่คิดจะร้องเรียน โดยให้เหตุผลว่าเพราะคิดว่าไม่ใช่ความผิดของเจ้าหน้าที่บริการที่อยู่แล้ว และเห็นใจเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักออบแบคโพลล์ (2550) ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะสามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายจากการรับบริการได้และไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์สายด่วนสำหรับสอบถามหรือร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่วนใหญ่ไม่เคยร้องเรียนปัญหาจากการใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับ ปัจจัยด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองเพศมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายจะรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใน ช่วงอายุ 30-39 ปี ส่วนใหญ่รับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้อย่างถูกต้อง แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่มักจะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจาก กลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวาสนา เพิ่มพูน (2546) ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยด้านอาชีพหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพหลักแตกต่างกันจะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ พ่อบ้าน - แม่บ้าน หรือ กลุ่มตัวอย่างที่ว่างงาน ส่วนใหญ่จะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง ปัจจัยด้านรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันจะมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีแนวโน้มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้อง ปัจจัยด้าน เขตที่พักอาศัยในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกต้องใกล้เคียงกับ การรับรู้ไม่ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจาก กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ถูกต้อง อย่าง มีระดับนัยสำคัญ สอดคล้องกับ นพพรวรรณ ทองเต็ม (2546) ซึ่งทำการศึกษาสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่ใช้

บริการตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จากศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลแหลมฉบัง พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ และภูมิฐานะที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกันมีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันและปัจจัยด้านโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ กล่าวโดยสรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าใจได้ถูกต้องตามข้อกำหนดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อกล่าวถึงรายละเอียดของสิทธิ หน้าที่บางประการ พบว่า ประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบหรือแน่ใจว่าสามารถทำได้หรือไม่ แสดงให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์ สิทธิ หน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้เฉพาะประเด็นกว้างๆ อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อน ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องและการร้องเรียน เนื่องจากการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และจากการหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ส่วนตัว (เฉลี่ยต่อเดือน) และเขตที่พักอาศัยในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวนาทยานนท์และสถานีอนามัย 8 แห่ง ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ อาจมีข้อจำกัดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ข้อเสนอแนะนโยบาย

1. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุข ควรดำเนินการประชาสัมพันธ์ สิทธิ หน้าที่ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้กำหนดไว้

2. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ควรนำผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนา รูปแบบการดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อกำหนดต่างๆ ของโครงการฯ สิทธิประโยชน์และการคุ้มครองสิทธิตามโครงการฯ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้และการใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางอย่าง ประชาชนไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ดังนั้น ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการรับรู้และการใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษาครั้งต่อไป ควรจะมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นที่ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้ทราบถึงข้อมูลเชิงลึก และประเด็นปัญหาอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ประชาชนผู้มีสิทธิมีการรับรู้และใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ถูกต้อง ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณ อาจไม่สามารถทราบถึงข้อมูลดังกล่าวได้

บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณภิชชาติ. “การรับรู้ของบุคลากรในหน่วยงานราชการต่อบทบาทหน้าที่ขององค์กรตรวจเงินแผ่นดิน ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ. 2542 กรณีศึกษา : หน่วยงานราชการในจังหวัดฉะเชิงเทรา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2532
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. งานประกันสุขภาพ. รายงานสรุปผลการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2551. เข้าถึงได้จาก <http://spko.moph.go.th>
- ถวิล ธาราโกษณ์ และศรัณย์ คำริสุข. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, 2541.
- นพพรวรรณ ทองเต็ม. “สิทธิประโยชน์ของประชาชนที่ใช้บริการตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จากศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลแหลมฉบัง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- ปิยรัตน์ พรรณรังสี. “การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ต่อแนวทางในการปฏิบัติตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์ การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ. “รายงานรับเรื่องร้องเรียน ปี 2550.”, 10 มกราคม 2551. (อัดสำเนา)
- วิโรจน์ ตั้งเจริญ และคณะ. “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า : 1,202 บาทต่อคนต่อปี มาจากไหน.” วารสารวิชาการสาธารณสุข 10,3 (กรกฎาคม-กันยายน. 2544)

วิโรจน์ หัตถา. “การรับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ของประชาชน อายุ 15-60 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2546.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

วาสนา เพิ่มพูล. “ความรู้ ความเข้าใจ ของผู้รับบริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษา เครือข่ายบริการ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546.

ศุภรี รัตน์ประโคน. “ปัญหาและอุปสรรคในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.

ศศิภาพรณ คมสัจย์ธรรม. “การรับรู้ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ตำบลพระสิงห์ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

ศศิวิมล ปาลศรี. “การศึกษาพฤติกรรมกาเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างประหยัดของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ. ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : วิทยาลัยการสาธารณสุขศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

สมชาติ ไตรรักษา,บรรณาธิการ. การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มรูปแบบ. หนังสือชุดเอกสารวิชาการสมาคมบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย, อันดับที่ 13. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด บีเอ็นทีการพิมพ์, 2544.

สุจรีต ศรีประพันธ์. “การปฏิรูประบบสุขภาพ สิ่งที่ต้องทำ ควรทำ ควรระวัง ห้ามทำ.” วารสารวิชาการสาธารณสุข 3,3 (กรกฎาคม – กันยายน 2543)

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. การสื่อสารสังคม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2533.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี. 2551.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักแอมเบล โพลล์. “ความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี2550 : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จาก 29 จังหวัดทั่วประเทศ.” สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550. (อัคราณา)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.สำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชน. รายงานผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2551 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2551. เข้าถึงได้จาก
<http://nhso.go.th>

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

เสาวณีย์ เข็มพุดซา. “การประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ตามนโยบายรัฐบาล.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามงานวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถาม

การสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน
กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามโครงการวิจัย เรื่อง การสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาการสังคม และการจัดการระบบสุขภาพ ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามครั้งนี้จะถูกจัดเก็บเป็นความลับและไม่สามารถบ่งชี้ถึงผู้ให้ข้อมูลได้

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุณาทำเครื่องหมาย X ในวงเล็บ หน้าข้อที่ท่านเลือกหรือกรอกข้อมูลในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง

1.2 อายุ..... ปี

1.3 สถานภาพสมรส

() 1 โสด

() 2 แต่งงาน

() 3 หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่

1.4 ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1 ไม่ได้เรียน

() 2 ประถมศึกษา

() 3 มัธยมศึกษาตอนต้น

() 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า

() 5 ปวส./ อนุปริญญา

() 6 ปริญญาตรี/ เทียบเท่า

() 7 สูงกว่าปริญญาตรี

- 1.5 อาชีพหลัก
- () 1 เกษตรกรรม/ ประมง/ ผู้ใช้แรงงาน/ รับจ้างทั่วไป
- () 2 ค้าขาย/ ธุรกิจ/ กิจการส่วนตัว
- () 3 พ่อบ้าน – แม่บ้าน
- () 4 นักเรียน – นักศึกษา
- () 5 ว่างาน
- () 6 อื่น (ระบุ)

1.6 รายได้ส่วนตัว (เฉลี่ยต่อเดือน) จำนวนบาทต่อเดือน () ไม่มีรายได้

- 1.7 ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่
- () 1 ในเขตเทศบาล () 2 นอกเขตเทศบาล

- 1.8 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
- () 1 มี (โปรดระบุ)..... () 2 ไม่มี

- 1.9 ท่านใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่
- () 1 ใช้บริการ บ่อยแค่ไหนต่อเดือน (โปรดระบุจำนวนครั้ง).....
- () 2 ไม่ใช้บริการ เนื่องจาก (โปรดระบุเหตุผล).....

- 1.10 ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาลอื่นๆ อีกหรือไม่ (นอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
- () 1 มี โปรดระบุ..... () 2 ไม่มี

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ และข่าวสารประชาสัมพันธ์

2.1 ท่านทราบหรือไม่ว่า ปัจจุบันผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท ในการรับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- () 1 ทราบ () 2 ไม่ทราบ

2.2 ท่านคิดว่า การที่ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท สามารถรับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เหมือนเดิมทุกประการหรือไม่

- () 1 เหมือนเดิม () 2 ไม่แน่ใจ
- () 3 ไม่ทราบ

2.3 ท่านคิดว่า การรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องไปที่หน่วยบริการใดก่อน

- () 1 หน่วยบริการ ตามที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลำดับที่ 1
 () 2 หน่วยบริการ ตามที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลำดับที่ 2
 () 3 หน่วยบริการ ตามที่ระบุในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลำดับใดก่อนก็ได้
 () 4 หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลใดก็ได้
 () 5 ไม่ทราบ
 () 6 อื่นๆ ระบุ

2.4 ท่านคิดว่า สามารถขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้หรือไม่

- () 1 ได้
 () 2 ไม่ได้ (ข้ามไปตอบ ข้อ 2.6)
 () 3 ไม่ทราบ (ข้ามไปตอบ ข้อ 2.6)

2.5 ท่านคิดว่า การขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำในบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเปลี่ยนได้ปีละกี่ครั้ง

- () 1 ไม่จำกัดจำนวนครั้ง
 () 2 หนึ่งครั้งต่อปี
 () 3 สองครั้งต่อปี
 () 4 อื่นๆ ระบุ

2.6 ท่านคิดว่า สามารถรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไปนี้ได้หรือไม่

การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
1) ในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถใช้สิทธิรับบริการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการที่ไม่ระบุในบัตรฯ			
การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
2) กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถขอความช่วยเหลือเรียกรถพยาบาลทางโทรศัพท์สายด่วน โทร. 1669			
3) กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเรียกรถพยาบาล รับ – ส่ง เพื่อรับการรักษา ณ หน่วยบริการที่ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย			

2.7 ท่านคิดว่า สามารถรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อไปนี้ได้หรือไม่

การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
1) การตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดตามวัย เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น			
2) การรับวัคซีนบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน หัดในเด็กเล็ก เป็นต้น			
3) การวางแผนครอบครัว เช่น การรับยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ทำหมัน เป็นต้น			
4) การตรวจและดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์			
5) การดูแลสุขภาพแม่หลังคลอด			
6) การตรวจมะเร็งปากมดลูก			

2.8 ท่านคิดว่า สามารถรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อไปนี้ได้หรือไม่

การบริการสุขภาพช่องปากและฟัน	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
1) การตรวจสุขภาพช่องปากและรับฟลูออไรด์เสริมในเด็ก			
2) การอุดฟัน			
3) การขูดหินปูน			
4) การถอนฟัน			
5) การทำฟันปลอมฐานพลาสติก ในกลุ่มผู้สูงอายุ			

2.9 ท่านคิดว่า สามารถรับบริการดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาลโรคค่าใช้จ่ายสูง ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไปนี้ได้หรือไม่

การบริการดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาลโรคค่าใช้จ่ายสูง	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
1) ผ่าตัดหัวใจ			
2) ผ่าตัดตาต่อกระจก			
3) ผ่าตัดสมอง			
4) ยาต้านไวรัสเอดส์			
5) มะเร็ง			
6) การล้างไต			

2.10 ท่านคิดว่าการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสามารถรับยาดังต่อไปนี้ได้หรือไม่

รายการยา	ได้	ไม่ได้	ไม่ แน่ใจ
1) ยาทุกรายการที่แพทย์สั่งจ่าย			
2) ยาที่มีราคาแพงแต่จำเป็นต้องใช้และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ			
3) ยาที่มีราคาถูกแต่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ			

2.11 ท่านคิดว่า ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้นได้หรือไม่ ถ้าได้รับความเสียหายจากการรับบริการ

- () 1 ได้
() 2 ไม่ได้
() 3 ไม่ทราบ

2.12 ท่านทราบหรือไม่ว่า หากต้องการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลหรือต้องการร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) สามารถติดต่อทางเบอร์โทรศัพท์ สายด่วน โทร. 1330

- () 1 ทราบ () 2 ไม่ทราบ

2) สามารถติดต่อทางเบอร์โทรศัพท์ สายด่วน โทร. 1111

- () 1 ทราบ () 2 ไม่ทราบ

2.13 หากท่านมีปัญหาการใช้บริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าท่านคิดจะร้องเรียนหรือไม่

- () 1 ไม่คิดจะร้องเรียน เพราะ
- () 2 คิดจะร้องเรียน เพราะ
- () 3 ไม่แน่ใจ

2.14 ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือไม่

- () 1 เคย (โปรดระบุ)
- () 2 ไม่เคย

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
 เลขที่: ๕
 วันที่: ๑๑/๐๘/๖๕
 ๖๖

ที่ ทธ 0520.107 / ๒3๕4

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
 22 ถนนบรมราชชนนี คลังชั้น กรุงเทพฯ 10170

27 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ด้วย นางสาวธีรรัตน์ ใจสูงเนิน นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและ
 การจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง "การสำรวจการ
 รับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ"
 มีความประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่พักอาศัยอยู่ใน
 อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 392 คน จึงขออนุญาตเผยแพร่จากท่าน
 โปรดอนุญาต และแจ้งบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการทราบ ถึง
 ขออนุญาตร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่นักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดอนุเคราะห์ตามที่เรียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นายแพทย์ประทีป

(นายวิรัช นิตินนท์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
 สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย คลังชั้น
 โทรศัพท์ / โทรสาร 0 - 2880 - 9943

ดร. พ.
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะดังกูร)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

UC
ศิริเจตมา ปรานี
Pr
Tan

ภาคผนวก ค

หนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บันทึกข้อความ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
ที่รับ - 5 ต.ก. 2552
วันที่ 11 004

วันที่ 5 มกราคม 2552

เรื่อง การขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

เนื่องด้วย ข้าพเจ้า นางสาวศิริรัตน์ ใจสูงเนิน กำลังดำเนินการทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง (ภาษาไทย) การสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (ภาษาอังกฤษ) Survey of Universal Coverage Scheme Beneficiaries' Right Perception : Case Study Phra Samut Chedi District Samut Prakan Province โดยงานวิจัยนี้ ต้องเก็บข้อมูลประชาชนผู้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาศัยอยู่ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงขอส่งแบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มาเพื่อประกอบการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

(ลงชื่อ)..... นางสาวศิริรัตน์ ใจสูงเนิน

(นางสาวศิริรัตน์ ใจสูงเนิน)

นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

② เป็น ต้นฉบับ.ขอ.
เนื่องจากเป็นกรณีของบุคคลซึ่งมีชื่ออยู่ใน Form
(This Experimental Study)
ในโรงพยาบาลนี้ที่ศิริรัตน์

① จ.ป.ศิริรัตน์, ป.ก.น
อ. น. น. น. น.

(นายวีรพล นิลพิงค์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

④ ๑๗๗

(แบบ จค.๑)รุ่นที่ ๐๑-๒๕๕๑

แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย)

การสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน กรณีศึกษา : อำเภอ
พระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

(ภาษาอังกฤษ)

Survey of Universal Coverage Scheme Beneficiaries' Right Perception Case Study :

Phra Samut Chedi District Samut Prakan Province

2. รายชื่อผู้ซึ่งจะปฏิบัติงานกับคนทดลองจนเสร็จสิ้นกิจกรรมหรือโครงการ

2.1 ผู้รับผิดชอบโครงการ

- นางสาวลลิตัน ใจสูงเนิน นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการ

สังคมและการจัดการระบบสุขภาพ ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศิลปากร

2.2 ผู้ร่วมปฏิบัติ

- ไม่มี

3. ระบุแหล่งทุนสำหรับกิจกรรมหรือโครงการ

- ไม่มี

4. ระบุงบประมาณที่ได้รับ หรือที่กำลังเสนอขอ

- ไม่ของบประมาณ

5. ระบุระยะเวลาของโครงการ 3 เดือน

- 3 เดือน เริ่มต้น มกราคม 2552 สิ้นสุด มีนาคม 2552

6. ระบุลักษณะของกิจกรรมหรือโครงการ

- งานวิจัยประยุกต์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

7. ระบุเพศและจำนวนคนที่ทดลองตลอดโครงการ

เพศ	จำนวน	หมายเหตุ
ชาย-หญิง	392	

8. วัตถุประสงค์ของกิจกรรมหรือโครงการ

- เพื่อสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

9. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและกำหนดจำนวนคนที่ใช้ทดลอง

- เกณฑ์ในการคัดเลือกคือเป็นประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พักอาศัยในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

- การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรยามานะ (Yamane)

$$n = \frac{N}{1 + (Ne^2)}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของกลุ่มประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{19,150}{1 + 19,150 (0.05)^2}$$

$$n = 392 \text{ คน}$$

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 392 คน

โดยการสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Accidental sampling)

10. ระบุแหล่งที่มาของคนที่ใช้ทดลอง

- ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่อาศัยอยู่อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

11. ระบุสถานที่ที่ทำการทดลองคนในระหว่างการดำเนินการวิจัย

- พื้นที่ภายในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

12. การใช้สารเคมี / เชื้อ / สารรังสีหรือสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ กับคน

- ไม่มี

13. ระบุขั้นตอนและวิธีการทดลองในคนโดยละเอียด รวมทั้งการแบ่งกลุ่มการทดลอง จำนวนคนทดลองที่ใช้ในแต่ละกลุ่มการทดลอง

ขั้นตอนและวิธีการทดลองในคน

1. กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย

2. ชี้แจงโครงการ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ

3. สอบถามความสมัครใจ และความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม

4. เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที
การแบ่งกลุ่มการทดลอง จำนวนคนทดลองที่ใช้ในแต่ละกลุ่มการทดลอง

- โดยการสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Accidental sampling)
- การวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 392 คน

14. ท่านมีวิธีการหลีกเลี่ยงหรือลดการทำให้เกิดความเจ็บปวดในคนทดลอง ระหว่างการทดลองอย่างไร และในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ต้องแสดงเหตุผลทางวิชาการที่ชัดเจนว่า ไม่มีทางเลือกอื่นแล้ว

- เนื่องจากงานวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) การสำรวจการรับรู้สัทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน เพื่อสำรวจการรับรู้สัทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดแต่อย่างใด

15. ระบุวิธีการทดลองในคนเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองในแต่ละครั้ง และ วิธีการเก็บข้อมูล

- วิธีการเก็บข้อมูลคือ ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) การสำรวจการรับรู้สัทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน เมื่อกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะปฏิบัติต่อคนตรงตามวิธีการที่ได้เสนอไว้ในโครงการ ไม่ปล่อยปละละเลย เข้มงวดกวดขันในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ได้กำหนดไว้ และขอรับรองว่าจะใช้มนุษยธรรมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตและศีลธรรมตามหลักศาสนา ตลอดจนยินดีให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ติดตามและตรวจสอบได้

(ลงชื่อ) จตุรนต์ ใจสูงเนิน

(นางสาวสิริรัตน์ ใจสูงเนิน)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

(ลงชื่อ) ดร.

(ภก.อ.ดร.สุรสิทธิ์ สักขิธรอำนวย)

ที่ปรึกษาโครงการ

มหาวิทยาลัยศิลปากร ส่วนวนลิขสิทธิ์

(ลงชื่อ) ดร.บูรินทร์ ต. ศรีวงษ์

(ภก.พศ.ดร.บูรินทร์ ต. ศรีวงษ์)

ประธานคณะอนุกรรมการบริหารจัดการหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

(ลงชื่อ) นายสุกฤษฎี อังไพ

(ภญ.อ.ดร.เยาวลักษณ์ อังไพ)

หัวหน้าภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาววสิรัตน์ ใจสูงเนิน
ที่อยู่	9/65-66 หมู่ 3 ตำบลบางเมือง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
ที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 10290
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2538	สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร(ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
พ.ศ.2546	สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ.2452	สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2538-2551	พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ
ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ