



รายงานการวิจัย

เรื่อง

หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางไพลิน ปรัชญคุปต์

นางสาววรรณภา สาโรจน์

นางสาวลัดดา ศักดาเดชฤทธิ์

นางสุพาณี ภูหนองโอง

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

30 กันยายน 2546

ISBN 974-296-214-6



รายงานการวิจัย

เรื่อง

หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางไพลิน ปรัญญคุปต์

นางสาววรรณภา สาโรจน์

นางสาวลัดดา ศักดิ์เดชฤทธิ์

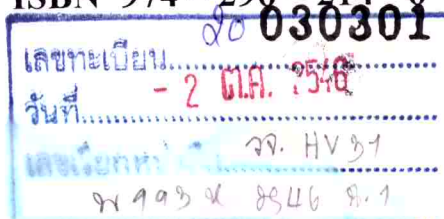
นางสุพาณี ภูหนองโอง

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

30 กันยายน 2546

ISBN 974 - 296 - 214 - 6



คำนำ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ ของกลุ่มงาน
สังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์” ดำเนินการศึกษาวิจัยโดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
ต่างๆที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากันทั่วทุกคนแล้ว ผล
การวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมาก ในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงาน
การให้บริการสงเคราะห์ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต่อไป

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2546

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
บทคัดย่อ	จ
 บทที่ 1 บทนำ	 1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
คำถามการวิจัย	4
กลุ่มเป้าหมาย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์	4
 บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	 5
ระบบสวัสดิการสาธารณะ หรือการช่วยเหลือของรัฐ (State Welfare)	7
ขั้นตอนและวิธีการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล	9
ระบบสวัสดิการของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	11
ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ	11
ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	13
การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับชาติ	16
ขั้นตอนและวิธีการได้มาซึ่งหลักประกันสุขภาพ	20
สิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
กรอบแนวคิดในการวิจัย	35

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	37
ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
 บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	 39
 บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	 51
 บรรณานุกรม	 55
 ภาคผนวก	 57

กิติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักประกันสุขภาพกับการให้บริการสงเคราะห์ ของกลุ่มงาน
สังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ดิ็กผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์” ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากบุคลากร
หลายท่าน ได้แก่ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้
คณะผู้ศึกษาได้รับประสบการณ์และองค์ความรู้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เป็น
ประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากขึ้น และบุคลากรในกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูล
จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดทั้งประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
ด้วยดี คณะผู้ศึกษาวิจัย จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณผู้มีอุปการะคุณทุกท่านดังได้กล่าวนามมา
ข้างต้นมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2546

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ต่างๆที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการสงเคราะห์ที่ได้รับ ในการนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานการให้บริการสงเคราะห์ผู้ป่วยต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2546 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2546 จำนวน 250 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.2 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 44.8 อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีและ 31-40 ปี มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 54.4 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.4 โดยภาพรวมแล้ว ผู้รับบริการที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และครั้งต่อไปส่วนใหญ่คิดว่าจะไม่กลับมาใช้บริการอีก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่จะไปดำเนินการในเรื่องของการใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรคให้ถูกต้องต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ไม่สามารถทราบล่วงหน้าได้ทุกคนมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพบางครั้งอาจต้องเข้ารับการบริการรักษา การดูแลสุขภาพสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ก็เป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับทุกคน แต่บางครั้งเราก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยได้การประกันสุขภาพจึงเป็นความจำเป็นอีกประการหนึ่งสำหรับทุกคน โดยเฉพาะประชาชนที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและเกษตรกรผู้ใช้แรงงานเพราะการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนนั้นย่อมเสียค่าใช้จ่าย หากจะให้รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย ก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก หรือ ถ้าจะให้รัฐเป็นเพียง ผู้สนับสนุนให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดก็เป็นไปได้ยากเช่นกัน การใช้วิธีการประกันสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะรับรองได้ว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วย จะทำให้ได้รับการรักษาตามความจำเป็นเหมาะสมและมีคุณภาพมีความเท่าเทียมกันในการใช้บริการสุขภาพ โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งระบบสุขภาพในโลกและในประเทศไทยได้ผ่านการปรับเปลี่ยนและปฏิรูปมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการปฏิรูปที่มุ่งขยายการครอบคลุม และเข้าถึงบริการ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นคนในเมือง หรือคนในชนบทแต่ก็ยังมีข้อมูล แสดงให้เห็นว่าการปฏิรูปดังกล่าวประชาชนก็ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึง จึงได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นครั้งที่สอง ที่นำไปสู่กลยุทธ์การปฏิรูป ตามแนวทาง “ สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 ” ซึ่งเป็นวาทกรรม (Discourse) ใหม่ของแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข (ในช่วงปี 2521) ซึ่งเหมือนจะบอกว่า “ต่อไปนี้แพทย์จะไม่ผูกขาดองค์ความรู้ ทางด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลประชาชนสามารถดูแลตนเองได้” และใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการดูแลสุขภาพดีถ้วนหน้า(พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2544)

จากการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก ทำให้สุขภาพโดยรวมของคนไทยจะดีขึ้นตามลำดับอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โรคติดต่อ โรคติดเชื้อ และปัญหาสาธารณสุขเดิมๆลดลงไปมากระบบบริการสุขภาพมีพัฒนาการ และการกระจายตัวอย่างกว้างขวางงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่พบว่าในภาพรวมได้เกิดปัญหาวิกฤตสุขภาพ เนื่องจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปมากและรวดเร็วซึ่งที่จริงแล้วคนทุกคนมีหลักประกันในการที่มีสุขภาพดีได้ หรืออย่างน้อยก็ควรมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า โดยไม่ต้องมีปัจจัยเรื่อง เงิน หรืออื่นๆเป็นตัวขัดกั้นแต่ในความเป็นจริงในระหว่างปี 2538 – 2541 พบว่ามีคนไทยประมาณ 20 ล้านคน

ไม่มีหลักประกันสุขภาพ(สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ,2544)หรือไม่ได้รับการรักษาพยาบาลขณะเจ็บป่วยโดยส่วนใหญ่คือ ชาวนา คนยากไร้กรรมกรรับจ้างผู้ที่มีหลักประกันก็มีความเหลื่อมล้ำ เพราะการเลือกปฏิบัติของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทำให้มาตรฐานของการบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยมีการตั้งข้อสังเกตว่า สถานพยาบาลพยายามให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานเพื่อให้ได้กำไรสูงสุด แม้ประเทศไทยจะมีการจัดระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการสุขภาพอยู่หลายระบบ เช่น การจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร.) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจเป็นต้น ซึ่งในการดำเนินงานมีปัญหาอุปสรรคมากมาย เช่น ปัญหาเกี่ยวกับกองทุนบัตรสุขภาพสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพ สถานบริการ เจ้าหน้าที่ของสถานบริการ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของการใช้บัตรสุขภาพ นโยบายระดับชาติระดับกระทรวงไม่ชัดเจน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (เทียนฉาย กิรินนท์ และคณะ อ้างถึงในพวงทอง ดังจิตกุล 2542)

และนับเป็นจังหวะดีของสังคมไทยที่ได้รัฐบาลชุดปัจจุบันนำโดย ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจนโดยเน้นนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับประชาชนด้วยการเสนอนโยบายว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งสอดคล้องกับร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติที่ระบุว่า

“...จัดให้มีระบบการเงินการคลัง รวมหมู่เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ สำหรับคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงจุดบริการหลักด้านสุขภาพโดยถ้วนหน้าระบบนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ของคนในสังคมทุกคนเท่าเทียมกัน และหลักประกันด้านสุขภาพนี้รวมบริการสร้างสุขภาพควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ และบริการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วย ”

“...จัดให้ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้าน และให้ประชาชนทุกคนสามารถลงทะเบียนเพื่อให้บริการผสมผสานเป็นองค์กรรวม และต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุก และบริการเชิงรับเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุม ป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพบริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลรักษาตนเอง และครอบครัว มีระบบดูแลสุขภาพที่บ้านที่ชุมชน และปัญหาระบบบริการที่เหนือกว่าอย่างเป็นระบบ ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ...”

ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นนโยบายที่รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือมีความมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายก็สามารถไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำรับบริการตรวจรักษาหรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อเยียวยารักษาโรคโดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่าพยาบาลจนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัวเองทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีการที่จะ

ได้กำหนดคนออกนอกนี้ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จะให้แต่ละคนตามความจำเป็นในระยะเร่งด่วนรัฐบาลจัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทยที่ยังไม่มีสิทธิใดๆเลยให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องเงินทองในระยะยาว รัฐบาลจะจัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกันเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน มีความมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งกรอบแนวคิดของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” หรือ “บริการกึ่งสงเคราะห์” หรือ “บริการราคาดูก” หรือ “บริการที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้นตลอดทั้งไม่ใช่ บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับหากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนชาวไทยทุกคนและไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยขาดการปรับปรุงระบบบริหารจัดการ และ ไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

จากกรอบแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิทธิที่ประชาชนคนไทยทุกคนควรได้รับโดยเท่าเทียมกันในด้านของการได้รับบริการสาธารณสุขสุขภาพแต่ยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ โดยเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ และต้องมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยให้ได้รับการบริการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้งๆ ไป จากปัญหาดังกล่าว ทำให้กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความสนใจที่จะทำการศึกษาประเด็นปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการสงเคราะห์ ทั้งๆที่เป็นนโยบายของรัฐบาลสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ดังนั้นกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ จึงได้ทำโครงการศึกษาวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้บริการผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกันต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ทั้งๆที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการสงเคราะห์ที่ได้รับ

3. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็น แนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานการให้บริการ สงเคราะห์ผู้ป่วยต่อไป

3. คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ต่างๆที่รัฐบาลมีนโยบาย สนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีคุณลักษณะเป็นอย่างไร สาเหตุของการมา ใช้บริการสงเคราะห์คืออะไรบ้าง

4. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการสงเคราะห์ ณ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์ จำนวน 250 คน

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ที่กลุ่มงานสังคม สงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์

5.2 ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

5.3 ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้บริการผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเดียวกัน ต่อไป

6. นิยามศัพท์

6.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การที่ผู้รับบริการมีบัตรสวัสดิการต่างๆ ในด้าน การรักษาพยาบาล เช่น บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค

6.2 บริการสังคมสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หมายถึง บริการที่ทางโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ โดย จะพิจารณาให้การช่วยเหลือเป็นกรณีไป ผู้รับบริการบางรายอาจจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสมทบ เป็นบางส่วนหรือบางรายอาจจะได้รับบริการฟรี

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทุกคนมีโอกาสเป็นได้ และไม่สามารถรู้ได้แน่นอนล่วงหน้าว่าจะเกิดการเจ็บป่วยเมื่อใดมีความรุนแรงมากน้อยระดับไหน การเจ็บป่วยจึงเป็นความเสี่ยง (Risks) สำหรับประชาชนทุกคนหากเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บางรายอาจจะโชคดีอาจไม่ต้องรักษา หรือรักษาเบื้องต้นเพียงเล็กน้อยก็สามารถหายได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากนัก แต่ถ้าบางรายเกิดเป็นโรคร้ายหรือเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยเครื่องมือหรือผู้เชี่ยวชาญทำให้ต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของครอบครัวและการประกอบอาชีพได้ ด้วยเหตุนี้ การประกันสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น และสำคัญในการที่จะรับรองได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา จะได้รับการดูแลรักษาตามความจำเป็น และเหมาะสมโดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายเข้ามาเป็นสิ่งขัดขวางในการรับบริการ การประกันสุขภาพจึงเป็นกลไกสำหรับการเฉลี่ยความเสี่ยง (Risks Sharing) จากทุกคนในกลุ่มซึ่งคนนั้นมีโอกาสเจ็บป่วย แต่ในความเป็นจริงอาจเจ็บป่วยเพียงบางคนเท่านั้น การประกันสุขภาพ เป็นการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายให้กับสมาชิกผู้เอาประกันทุกคน ทำให้แต่ละคนจ่ายเงินจำนวนไม่มากเกินไป แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าจำนวนเงินที่จ่ายไป โดยอาศัยพื้นฐานว่า “เราสามารถทำนายโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยสำหรับคนจำนวนหนึ่ง หรือกลุ่มหนึ่งได้แต่ไม่สามารถทำนายได้แน่นอนเฉพาะตัว” (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2538)

✓ แนวคิดด้านการประกันสุขภาพ ตั้งอยู่บนทฤษฎีของการกระจายความสูญเสีย และกำจัดปัจจัยเสี่ยง (Theory of distribution of losses and elimination of risk) นำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยง (Law of Average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความทุกข์ ความสุข ในหมู่ประชาชนด้วยกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2538) โดยที่รัฐเป็นผู้เสริมแรง (Reinforcer) โดยที่การประกันสุขภาพจะให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยเกือบทุกประเภท เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (Accessibility) เมื่อมีความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงรายได้ หรือฐานะทางการเงินเป็นวิธีการในการขจัดปัญหา หรืออุปสรรคด้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หรือจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลโดยมีเหตุผลสำคัญ 3 ประการ คือ (สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์, 2540 อ้างจาก ดำรง บุญยืน และทรงพรพรณ สิงห์แก้ว, 2534)

1. ลักษณะของการเจ็บป่วยไม่ได้ขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ซึ่งจะทำให้เกิดการผันผวนของค่าใช้จ่ายเพื่อรับการรักษาพยาบาล ณ เวลาหนึ่งๆ

2. เพื่อเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ที่เจ็บป่วยกับผู้ที่ไม่ป่วย ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในแง่ที่ว่า บุคคลสามารถเข้ารับการักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่าย

3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสวัสดิการของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัย และสนับสนุนให้บุคคลได้รับการรักษาพยาบาลอย่างพอเพียง

สำหรับการดำเนินการประกันสุขภาพในประเทศไทยนั้นเนื่องจากประชาชนคนไทยมีความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจรายได้การประกอบอาชีพการที่รัฐจะจัดระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หรือการประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งนั้นเป็นไปได้ยาก และจะไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดยังจะทำให้มีความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพไม่มีความเสมอภาค การจัดระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยจึงมีความหลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสมอันจะเป็นการรับรองได้ว่า ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอันจำเป็น และมีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและให้สอดคล้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย แบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้ (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2538)

1. ระบบสวัสดิการสาธารณะหรือการช่วยเหลือของรัฐ (State Welfare) ได้แก่ การสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดถึงอายุ 12 ปี นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ภิกษุ / ผู้นำศาสนา

2. ระบบสวัสดิการของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ (Civil Servant Medical Benefit Scheme)

3. ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory Health Insurance) ได้แก่ การประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทนการประกันตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

4. ระบบประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) ได้แก่ การประกันสุขภาพ โดยเอกชน และโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ถึงแม้ว่ารูปแบบการประกันสุขภาพจะมีความแตกต่างกันทั้งที่รัฐจัดให้ หรือดำเนินการโดยเอกชน ซึ่งขึ้นกับลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และกลุ่มประชากร (Abel Smith) ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เสนอเอาไว้ว่าการประกันสุขภาพแบบใดๆ ก็ตามควรมีเกณฑ์พิจารณา โดยยึดหลักการดังต่อไปนี้ (สมจิตต์ สิรินารังสรรค์, 2540 อ้างจาก ดำรง บุญยื้นและทรงพรณ สิงห์แก้ว, 2534)

1. ประหยัด และคุ้มค่า

2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น

3. ต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการโดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐ เพื่อจะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภท สามารถที่จะผสมผสานกันได้ในระยะยาว

4. เงื่อนไขต่างๆของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสมสะดวกต่อผู้ประกันและเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้างที่จะยินดีจ่ายเงินสมทบเป็นค่าประกันสุขภาพ

นอกจากนี้ควรพิจารณา ถึง 1) Affordability คือ มีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรรและระบบการบริหารดีพอที่จะดำเนินการได้ 2) Accessibility ผู้เอาประกันมีโอกาสแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอหรือผลประโยชน์ทางด้านการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ 3) Acceptability เงื่อนไขการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 4) Accountability สามารถตรวจสอบได้ 5) Adaptability เงื่อนไขต่างๆ มีลักษณะที่ยืดหยุ่นสามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

ระบบสวัสดิการสาธารณะ หรือการช่วยเหลือของรัฐ (State Welfare)

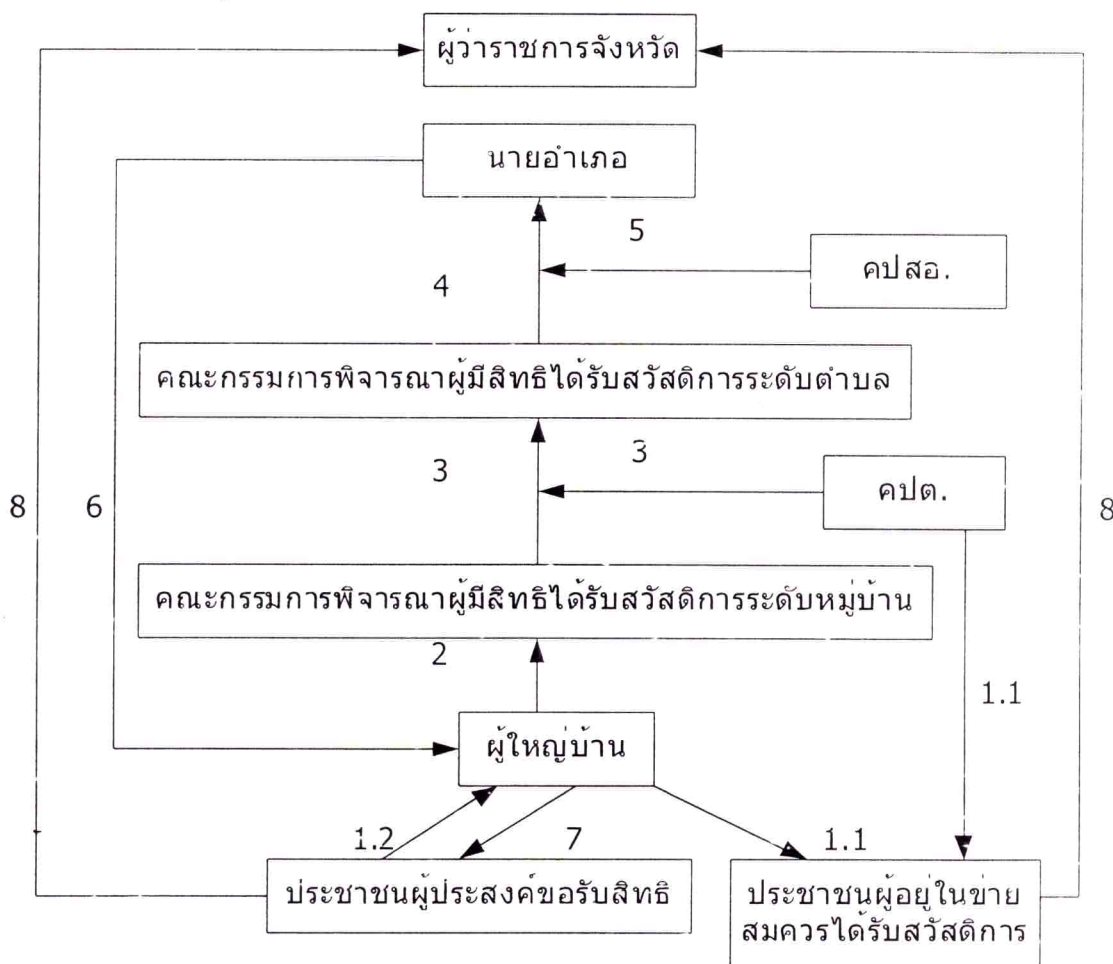
ระบบสวัสดิการสาธารณะเป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้สำหรับบุคคลบางประเภท โดยไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันสมทบรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล สำหรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (เด็ก, ผู้พิการ, ผู้สูงอายุ, นักเรียนมัธยมต้น, พระ / ผู้นำศาสนา, ทหารผ่านศึก) ซึ่งในอดีตที่ผ่านมานั้นการดำเนินงานในแต่ละโครงการจะแยกกันชัดเจนและมีแนวทางการดำเนินงานเฉพาะสำหรับนโยบายด้านการออกบัตรสวัสดิการด้านการรักษายาบาลกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยในปี 2541- 2543 นั้นจะดำเนินการตามนโยบายของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล พ.ศ. 2537 สำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยเพียงแต่การออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล สำหรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลนั้นไม่ต้องประเมินรายได้จะใช้การพิจารณาตามลักษณะเฉพาะแต่ละกลุ่ม การดำเนินการ ออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในปี 2541 – 2543 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล พ.ศ. 2537 มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพ , 2540)

นโยบายในการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2541 – 2543

1. เกณฑ์การคัดสรรผู้สมควรได้รับสวัสดิการเป็นไปตามระเบียบ คือ
 - 1.1 คนโสดมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
 - 1.2 กรณีครอบครัวบุคคลในครอบครัวเดียวกันรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท
 - 1.3 ผู้เยาว์ซึ่งมีได้อยู่ในความอุปการะของ 1.1 , 1.2 และรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
2. เปิดโอกาสให้ผู้มีรายได้น้อยแสดงความจำเป็นขอรับสิทธิทุก 3 เดือน
3. ในการคัดกรองเพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้รับสวัสดิการอย่างแท้จริงให้ใช้กลวิธีทางสังคมช่วยแนะนำร่วมกับการประเมินรายได้
4. ให้คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิทุกระดับดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้แสดงความจำเป็นขอสิทธิอย่างเข้มงวดจริงจังและพิจารณาตรวจสอบทบทวนผู้ได้รับสิทธิเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม
5. สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล สำหรับบัตรถาวรมีอายุคราวละไม่เกิน 3 ปี และบัตรชั่วคราวมีอายุคราวละไม่เกิน 1 ปี เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย
6. การระบุด้านพยาบาลในบัตรให้ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ประจำซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนา หรือไปรับบริการได้สะดวกที่สุด 1 แห่งเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลักและเลือกสถานพยาบาลระดับต้นที่ไม่มีแพทย์ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนา หรือไปรับบริการได้สะดวกที่สุดอีก 1 แห่ง (ถ้ามี)
7. ให้ออกบัตร สวัสดิการ เป็นรายบุคคล และขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นฐานข้อมูล
8. คงไว้ซึ่งระบบส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ที่มีแพทย์ หรือระหว่างเครือข่าย
9. ให้ทำความเข้าใจเรื่อง การเข้ารับบริการ สิทธิ และอื่นๆ ที่จำเป็นพร้อมทั้งมอบคู่มือให้เป็นรายครอบครัว
10. ออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

2.1 ขั้นตอนและวิธีการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

1. ในการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2541 – 2543 ให้ดำเนินการดังแผนภูมิต่อไปนี้



รูปที่ 1 แผนภูมิ สรุปขั้นตอนการออกบัตรสวัสดิการในส่วนภูมิภาค (นอกเขตเทศบาล)

ที่มา : คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล , 2540 : 13

1.1 ผู้ใหญ่บ้านร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและ คปต. ออกสำรวจประชาชนผู้อยู่ในข่ายสมควรได้รับสวัสดิการ โดยใช้กลวิธีสังคมช่วยแนะนำ และบันทึกในแบบ สท. 1

1.2 ประชาชนยื่นความจำนงขอรับสิทธิ โดยผู้ใหญ่บ้านร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลบันทึกไว้ในแบบ สท. 1 และออกไปสำรวจข้อเท็จจริง

2. ผู้ใหญ่บ้านรวบรวมแบบ สท. 1 ทั้งหมดเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการระดับหมู่บ้านพิจารณา
3. คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการระดับหมู่บ้านประชุมร่วมกันโดยมี คปต. ที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นที่ปรึกษาการประชุมพิจารณาตัดสินผู้สมควรได้รับสิทธิ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้นเป็นกรรมการ และเลขานุการ
4. คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการระดับตำบลประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณากลับกรองผลการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการระดับหมู่บ้าน
5. คปสอ. รวบรวมผลการพิจารณาของทั้งอำเภอ และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งก่อนเสนอนายอำเภอ เพื่อออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
6. ผู้ใหญ่บ้านแจกบัตรสวัสดิการให้กับผู้ได้รับสิทธิ
7. ประชาชนที่ไม่ได้รับสิทธิอุทธรณ์ภายใน 30 วันหลังแจ้ง รายชื่อผู้สมควรได้รับสิทธิ

สำหรับการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูลให้ดำเนินการเช่นเดียวกับการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยแต่ไม่ต้องผ่านการพิจารณา ของคณะกรรมการพิจารณา ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการ เนื่องจากเป็นสิทธิ ที่รัฐจัดให้ทุกคน เพียงแต่คณะกรรมการต้อง ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการได้รับสิทธิ ซึ่งประกอบด้วย

1. เด็กแรกเกิดถึง 12 ปี
2. เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
3. ผู้สูงอายุ คือ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
4. ผู้พิการ ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดในกฎกระทรวง ตามพระราชบัญญัติ การฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534

5. ทหารผ่านศึกและครอบครัว
6. ภิกษุ / ผู้นำศาสนา

โดยที่บุคคลเหล่านี้ ต้องไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นๆ เช่น สิทธิของข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว หลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ จะครอบคลุมประชาชนใน 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์การประเมินรายได้ และกลุ่มผู้ที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ปัญหาการไม่ได้รับสิทธิสำหรับประชาชนในกลุ่มนี้ คือ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ยื่นขอรับบัตร ความยุ่งยากในการขอรับบัตร การพิจารณารายได้ ไม่เหมาะสม การปฏิบัติของบุคลากรของรัฐไม่ครอบคลุม (สมัย อาภาภิรมย์, 2540) ซึ่งต้องพิจารณาแก้ไข เพื่อให้ประชาชนได้รับสิ่งที่เหมาะสม

สำหรับประชาชนที่ไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทนี้จะมีหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่เหมาะสมให้

2.2 ระบบสวัสดิการของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ (Civil Servant Medical Benefit Scheme)

เป็นสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ถึงฉบับที่ 5 พ.ศ. 2534 ผู้มีสิทธิ รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประกอบด้วย

1 ข้าราชการ

2 ลูกจ้างประจำ

3 ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างงบประมาณรายจ่าย และสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษายาบาลไว้

4 ผู้ได้รับบำนาญปกติ หรือ บำนาญพิเศษ ทูพลภาพ ตามกฎหมายว่าด้วย บำเหน็จ บำนาญ ข้าราชการ และ ทหารกองหนุนเวียนหวัดตามข้อบังคับ กระทรวงกลาโหม ว่าด้วยเงิน เบี้ยหวัด ผู้ได้รับเงินสวัสดิการนี้ ให้รวมถึงบิดา มารดา คู่สมรส และ บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือ บรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการนี้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม หรือ บุตร ซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรม ผู้อื่นแล้ว โดยให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเพียง 3 คน คือ คนที่ 1 ถึง 3 ตามลำดับไม่ว่าจะเกิดจากการสมรสครั้งใด สำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวนั้น แต่ละหน่วยงานมีการออกระเบียบเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นการเฉพาะ แต่ก็มีลักษณะไม่ต่างจากสวัสดิการ สำหรับข้าราชการประชาชนที่เป็นสมาชิก หลักประกันสุขภาพประเภทนี้แล้ว จะไม่สามารถเป็นสมาชิกหลักประกันสุขภาพ ที่รัฐจัดให้ ถึงแม้จะอยู่ในกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่กล่าวถึงประชากรในกลุ่มนี้ เพราะสวัสดิการนี้มีกฎหมายรองรับที่ชัดเจน และรัฐเป็นผู้ช่วยเหลือทั้งหมด จึงไม่มีปัญหาการไม่ได้รับสิทธิ

2.3 ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory Health Insurance)

การประกันสุขภาพ ตามแนวคิดการประกันสังคมสำหรับประเทศไทย เริ่มมี เมื่อประมาณ ปี 2495 และมีกฎหมายประกันสังคม ฉบับแรกประกาศใช้ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 คือ พระราชบัญญัติประกันสังคมและพระราชบัญญัติการจัดตั้งกรรมการประกันสังคมในสังกัดกระทรวงการคลัง (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539) ปัจจุบันใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

และแก้ไขเพิ่มเติม ถึง ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2542 การประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จะครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม และให้บริการ ทั้งนี้หลักประกันสุขภาพแบบนี้จะเกิดจากความร่วมมือในการ จ่ายค่าประกันสุขภาพจากภาครัฐ นายจ้างและลูกจ้างซึ่งการประกันสุขภาพภาคบังคับ มี 2 รูปแบบ คือ

1. กองทุนเงินทดแทน กองทุนนี้เป็นความรับผิดชอบของนายจ้าง ที่มีต่อลูกจ้าง ซึ่งดำเนินการตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ที่กำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนทดแทน โดยที่นายจ้างเป็นผู้จ่ายแต่เพียงฝ่ายเดียวเพื่อสมทบเป็นเงินกองทุนในการจ่ายเงินให้กับลูกจ้างในกรณีประสบอันตราย หรือ เจ็บป่วยจากการทำงาน ซึ่งมีหน่วยงานของรัฐ เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อเป็นหลักประกันว่าลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บ หรือได้รับอันตรายจากการทำงานสามารถเบิกเงินทดแทนได้ตามกฎหมาย

2 . กองทุนประกันสังคม เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพ ให้กับลูกจ้าง ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงาน ปัจจุบันดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ แก้ไขเพิ่มเติม ถึง ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2542 กองทุนประกันสังคม อยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม กองทุนประกันสังคม จะให้ความคุ้มครองลูกจ้าง ถึง 7 ประเด็น คือ

- ก) การประกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน
- ข) การประกันการคลอดบุตร
- ค) การประกันทุพพลภาพ
- ง) การประกันการเสียชีวิต
- จ) การประกันการสงเคราะห์บุตร
- ฉ) การประกันชราภาพ
- ซ) การประกันการว่างงาน

พระราชบัญญัตินี้ บังคับใช้กับนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปโดยที่นายจ้างลูกจ้าง และ รัฐบาล ออกเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่าๆกัน ซึ่งในปัจจุบัน (ปี 2543) นายจ้าง ลูกจ้าง และ รัฐบาล ออกเงินสมทบฝ่ายละ ร้อยละ 3 ของค่าจ้างผู้ประกันตนให้ความคุ้มครองใน 5 ประเด็นแรก ส่วนการคุ้มครองเกี่ยวกับกรณีว่างงานยังไม่บังคับใช้ในปัจจุบันการประกันสุขภาพภาคบังคับ นอกจากการประกันตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แล้ว ยังมีการประกันสุขภาพตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย จากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่ง บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2536 เป็นต้นมา (สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข , 2541) ซึ่งให้ความคุ้มครองเรื่องอุบัติเหตุ หรือ

การประสบภัยจากโรค เป็นการคุ้มครองประชาชนทุกคน แต่การคุ้มครองนี้ จะไม่รวมถึงการเจ็บป่วยอื่นๆในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่คำนึงถึงการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัตินี้

โดยสรุป การประกันสุขภาพภาคบังคับจะให้ความคุ้มครองประชาชนกลุ่มอาชีพรับจ้างให้ภาคบริการ และอุตสาหกรรม ที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี (พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 33) กรณีลูกจ้างไม่ได้ประกันตนตามกฎหมายนี้จะเป็นกลุ่มสถานบริการที่นายจ้างมีลูกจ้างน้อยกว่า 10 คน หรือ การละเว้นการปฏิบัติตามกฎหมาย

2.4 ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)

ระบบการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ เป็นหลักประกันสุขภาพ ที่จัดให้สำหรับประชาชนที่มีรายได้เพียงพอ และสามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ กลุ่มเป้าหมายจะเป็นกลุ่มประชากรนอกเหนือจากการประกันในระบบที่ได้กล่าวมาแล้วระบบการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ มีการดำเนินงาน 2 รูปแบบ คือ

1. การประกันสุขภาพกับ บริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจการประกันสุขภาพ ทั้งนี้ เป็นการเพิ่มเติมต่อทำกรมธรรม์ประกันชีวิต และธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เพียงอย่างเดียวในการซื้อหลักประกันสามารถซื้อเฉพาะตัว หรือเป็นกลุ่มก็ได้ บริษัทที่ดำเนินธุรกิจการประกันภัยสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ 1) บริษัทประกันชีวิตซึ่งจะขายประกันสุขภาพในรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมแนบทำกรมธรรม์ประกันชีวิต 2) บริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งมีบางบริษัทที่จดทะเบียน เพื่อทำธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะ

2. โครงการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข หรือ โครงการบัตรสุขภาพซึ่งได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ในชื่อโครงการกองทุนพัฒนานามัยแม่และเด็ก เป็นโครงการทดลองใน 7 จังหวัด 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529) และได้มีการพัฒนาโครงการเรื่อยมา มีการปรับปรุงเงื่อนไขต่างๆ จนถึงปี พ.ศ. 2543 การดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพ ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย บัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย บัตรประกันสุขภาพ(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้มี บัตรประกันสุขภาพชนิดเดียวออกให้เป็นรายบุคคลมีรหัสเรียก 3 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 บัตรสุขภาพของประชาชนทั่วไป (จ่ายเงินซื้อ) ประเภทที่ 2 บัตรสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชน และประเภทที่ 3 บัตรสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งบัตรทุกประเภทจะมีอายุ 1 ปี ราคาบัตรสำหรับบุคคลทั่วไป 1,000 บาท โดยที่ประชาชนผู้ซื้อบัตร และรัฐบาลออกเงินสมทบฝ่ายละ 500 บาท สำหรับบัตรสุขภาพประเภท ที่ 2, 3 รัฐบาลเป็นผู้ออกเงินสมทบทั้งหมด บัตรประกันสุขภาพจะให้ความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลค่อนข้างมากยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่เป็นไปเพื่อการรักษา

พยาบาลสำหรับกรณีประสบภัยจากโรคภัยไข้เจ็บจะคุ้มครองในส่วนที่เกิดจากการคุ้มครองตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บุคคลที่จะได้รับสิทธิคุ้มครองสำหรับ บัตรประกันสุขภาพ เมื่อซื้อบัตรประกันสุขภาพได้แก่ 1) บุคคลในครอบครัวคือ สามีน ภรรยา และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะเว้นแต่บุตรที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีลงมา และอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์แต่ทั้งนี้รวมกันแล้วไม่เกิน 5 คน 2) บิดามารดาของสามีหรือภรรยาหรือบุตรของสามีภรรยาซึ่งเป็นบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะและยังเป็นโสดซึ่งอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับ (1) ทั้งนี้บุคคลตาม (2) จะมีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพเมื่อบุคคลตาม (1) ไม่ครบ 5 คน และเมื่อนับรวมกันแล้วต้องไม่เกิน 5 คน

สรุปหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจจะเห็นได้ว่า ประชาชนที่จะได้รับหลักประกันนี้ จะต้องจ่ายเงินสมทบส่วนหนึ่ง เว้นแต่ผู้ที่เสียสละในการทำงานเพื่อสังคมส่วนรวม การที่ประชาชนจะได้รับหลักประกันสุขภาพรูปแบบนี้ มีตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ค่าใช้จ่ายซื้อบัตรประกันสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของโครงการ และปัจจัยด้านพฤติกรรมอื่นๆ และจากทิศทางการพัฒนาการเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ และการพัฒนาคุณภาพคน และการคุ้มครองทางสังคม ที่มุ่งพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิรูปการศึกษา และการพัฒนาทักษะฝีมือให้เอื้อต่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตให้คนไทยมีคุณภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และวิทยาการสมัยใหม่ บนพื้นฐานการนำหลักธรรม และวัฒนธรรม มาใช้ประโยชน์ มีสถานะ ผู้นำในทุกระดับ มีความรับผิดชอบรู้สิทธิ และหน้าที่ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ทั้งด้านสุขภาพสวัสดิการ แรงงาน สวัสดิการสังคม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ และทั่วถึงเพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ โดยคำนึงถึงการคุ้มครอง กลุ่มผู้ยากจน และด้อยโอกาสทั้งนี้ เป็นการลงทุน เพื่อพัฒนาคุณภาพคนควบคู่ไปกับการปรับปรุง วิธีการบริหาร จัดการของระบบการคุ้มครองทางสังคมที่มีอยู่ให้มีเอกภาพในการดำเนินงานลดความซ้ำซ้อนในการใช้ประโยชน์ และรับบริการรวมทั้งให้ทุกอย่างเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด เพื่อให้เกิดการประหยัดทรัพยากร และมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยการพัฒนา ระบบการคุ้มครองทางสังคม โดยมุ่งเน้นการปฏิรูปการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง โดยให้มีการปฏิรูปการบริหารจัดการด้านคุณภาพเพื่อนำไปสู่บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงรูปแบบแนวทางการดำเนินโครงการ คุ้มครองกลุ่มคนยากจน และผู้ด้อยโอกาสให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การพึ่งตนเองได้ โดยเน้นบทบาทครอบครัวและชุมชนกับแกนหลักในการดำเนินงาน การเคลื่อนกระบวนทัศน์ และวางระบบสุขภาพใหม่ทั้งหมด นับเป็นภารกิจอันยากลำบาก ไม่อาจกระทำ

ได้ง่ายโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย การปฏิรูประบบสุขภาพ เพิ่งปรับเปลี่ยนองค์รวมของระบบ จึงต้องกำหนด จุดยุทธศาสตร์ ที่เรียกว่า “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเคลื่อนภูเขา” โดย ดำเนินการสานต่อพลัง 3 ประการให้ผนึกกำลังเป็นหนึ่งเดียว ได้แก่

1. พลังทางการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของปวงชนชาวไทย เข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติ และบริหารกลไกรัฐ โดยมีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบายซึ่งพลังทางการเมืองนับเป็นพลังอันสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบายงบประมาณ และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ ในการปฏิบัติปราบปราม

2. พลังประชาสังคม เป็นพลังพลเมืองที่มีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับปกตอย่างกว้างขวางของพลังประชาชน จึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างคมชัดขึ้น

3. พลังวิชาการ เป็นพลังปัญญาอันสำคัญจะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มพลังการเมือง และพลังประชาสังคมจนสามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งการสร้างร่วมมือให้เกิดการสานต่อพลังทั้งสามจนเกิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นแนวทางหลักสำหรับจัดการให้เกิดการเคลื่อนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) อันจะนำไปสู่ความเป็นแนวร่วมในการออกแบบองค์การความสัมพันธ์ขององค์การ และเครือข่ายภายใต้ระบบสุขภาพใหม่ที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคม และเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ และได้เริ่มจากเอกสารเสนอแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เสนอจากมูลนิธิสภาผู้รัฐบาลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2543 ซึ่งยังผลทำให้รัฐบาลกำหนดจากปฏิรูประบบสุขภาพ โดยประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2544 เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้ (คปรส.) เพื่อรับภารกิจในการประสานกับประชาคมต่างๆ รวบรวมแนวคิดจัดกระบวนการศึกษาวิจัย และสังเคราะห์ เป็นระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาขึ้นกำหนดให้มีการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นเครื่องมือจัดระเบียบ และวาระการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมรัฐบาลชุดปัจจุบัน นำโดย ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้ กำหนดนโยบาย ของคณะรัฐมนตรีในด้านสาธารณสุข และสุขภาพเอาไว้ว่า “รัฐบาลมุ่งมั่น ที่จะสร้างระบบบริการ และคุ้มครองสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยจะดำเนินการปฏิรูประบบระบบสุขภาพเพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนพร้อมทั้งสร้างหลักประกัน และโครงการในการคำนึงถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม” แสดงให้เห็นความมุ่งมั่นอย่างเป็นทางการ เป็นที่รองรับภารกิจปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง

นโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ จ่าย 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่พรรครัฐบาล ได้ประกาศเป็นนโยบายแล้ว และนำลงมาปฏิบัติจริงในพื้นที่ของประเทศ

2.5 การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับชาติ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายเร่งด่วนของนโยบายรัฐบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

2.5.1 การดำเนินงานตามนโยบายประกันสุขภาพมี 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นนโยบายที่ 1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย การให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และเป็นธรรม

แนวทางการดำเนินงาน

1. ออก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. สร้างหลักประกันสุขภาพ โดยจัดบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ

2.1 ระยะเร่งด่วน ใน 6 จังหวัด ซึ่ง มีจังหวัดพะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร ยะลา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ในกลุ่มผู้ด้อย โอกาส และ ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพทุกคน

2.2 ระยะยาว ครอบคลุม 75 จังหวัด และ กรุงเทพฯ โดย

✧ ขยายครอบคลุมจากกลุ่ม 2.1

✧ จัดระบบบริการสุขภาพให้เท่าเทียมกัน และ เสมอภาคทุกคน
ทั่วประเทศ

✧ พัฒนาคุณภาพ และ มาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ

3. พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อ รองรับและนำไปสู่การศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานรับผิดชอบ

1. สำนักงานประกันสุขภาพ
2. สำนักงานปลัดกระทรวง
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป
5. โรงพยาบาลชุมชน / สถานีอนามัย

6. ภาคเอกชน

7. คณะกรรมการกลางอนุกรรมการ และคณะทำงานในการดูแลจัดระบบการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ประเด็นนโยบายที่ 2 ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศ และประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

1. จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพโดยใช้ระบบการเงิน การคลัง

- ปฏิรูประบบกำลังคน ด้านสาธารณสุข
- ศึกษา Real Unit Cost
- จัดสัดส่วนงบประมาณ โดยเพิ่มการส่งเสริมป้องกันให้มากขึ้น

2. การดำเนินการที่โปร่งใสตรวจสอบได้

- ส่วนร่วมรัฐ / เอกชน / ประชาคม / ประชาชน
- แยกบทบาทผู้ซื้อ – ผู้ขายบริการ (Purchaser / Provider Split)

3. จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการตรากฎหมายด้วยการประกัน

สุขภาพ

▪ รวมกองทุนประกันสุขภาพ และทุกระบบตั้งแต่ประกันสังคม, สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ประกันสุขภาพบัตรสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล บัตรสวัสดิการรักษายาบาลประชาชน เป็นกองทุนเดียวกัน

- จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพ ออกเป็น 2 ระบบ

1. Formal Sector (ภาคการจ้างแรงงานที่เป็นทางการ) เช่น สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและประกันสังคม
2. Informal Sector (ภาคแรงงานที่ไม่เป็นทางการ และอื่นๆ) เช่น สปร. กลุ่มผู้ด้อยโอกาส / กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันใดๆ

หน่วยงานรับผิดชอบ

1. สำนักงานประกันสุขภาพ
2. สถาบันพระบรมราชชนก
3. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
4. คณะกรรมการกลาง

5. คณะกรรมการประเมินผล
6. คณะกรรมการระดับจังหวัด
7. สำนักงานประกันสุขภาพ

2.5.2 ความหมายของหลักประกันสุขภาพ

คือสิ่งที่ทำให้คนๆหนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงมีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยโดยง่ายและเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายก็สามารถไปหาหมอหรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อแก้ไขเยียวยาโรคได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่อง ค่ารักษาพยาบาลเกินไปจนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัวคือ การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขคนรวยช่วยคนจน คนไม่ป่วยช่วยคนป่วย ถ้าทุกคนช่วยกันเราจะมีกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถจัดการให้บริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขสำหรับทุกคนในประเทศได้อย่างเท่าเทียมกันคือ สิทธิในฐานะพลเมืองไทย ที่รัฐต้องประกันให้กับประชาชนในประเทศเป็นบริการที่ได้มาอย่างชอบธรรมมีศักดิ์ศรีไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” หรือ “บริการราคาถูกลง” ไม่ใช่บริการที่ต้องแย่งกันสมัครหรือขอร้อง

2.5.3 เหตุผลที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. เพื่อให้ทุกๆ คน ไม่ต้องกังวลใจเรื่องเงินทอง เมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ เพราะเป็นธรรมชาติของชีวิต หากเจ็บไข้ได้ป่วย ก็สามารถไปหาหมอซื้อยาได้ (เบิกค่ายาได้) ทุกคนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ได้ด้วยกับหมอมากขึ้น

2. เพื่อสร้างความเท่าเทียมกันทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการรักษาที่เสมอกันไม่มีการแบ่งแยกไม่มีใครอยากเข้ารับบริการทางการแพทย์แบบอนาถา แบบชั้นสองทุกคนอยากเข้าไปรับการรักษาแบบมีศักดิ์ศรีของความเป็นคนเสมอกัน อยากได้มาตรฐานการรักษาที่ได้มาตรฐานแบบเดียวกัน โรงพยาบาลไม่เกี่ยงกันปฏิเสธคนไข้ที่เข้ามาหาเพียงเพราะว่าแต่ละระบบ (หลักประกัน) จ่ายเงินให้โรงพยาบาลไม่เท่ากัน

✧ สวัสดิการข้าราชการ รัฐจ่ายให้โรงพยาบาล 2,106 บาท/คน/ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 7 ล้านคน

✧ ประกันสังคม กองทุนฯ จ่ายให้โรงพยาบาล 1,290 บาท / คน / ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 5.42 ล้านคน

✧ บัตรประกัน 500 บาท (สมัครใจ) รัฐจ่ายให้โรงพยาบาล ประมาณ 250 บาท / คน / ปี (บวกที่เราซื้อไปอีก 500 บาท ในมือโรงพยาบาล) ครอบคลุมประชากร 7-8 ล้านคน

✧ บัตร สปร. รัฐบาลให้โรงพยาบาล ประมาณ 363 บาท / คน / ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 23 ล้านคน

✧ ประกันเอกชน บริษัทใช้จ่ายไป ประมาณ 1,600 บาท / คน / ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 5.9 ล้านคน

3. เพื่อให้เป็นไปตามหลักการ สิทธิพลเมือง ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ

คนย่อมเสมอกันในทางกฎหมายในทางสังคมในหลักการสิทธิมนุษยชนการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกาย สุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ความเชื่อทางศาสนาการศึกษา หรือ ความคิดเห็นทางการเมือง จะกระทำมิได้

รัฐธรรมนูญ ให้สิทธิบริการด้านสุขภาพ อะไรบ้าง

✧ ความเสมอภาค ในการเข้าถึงบริการ ทุกคนไม่ว่ายากจนขนาดไหน สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

✧ สถานบริการสุขภาพต้องมีมาตรฐาน

✧ เปิดโอกาสสำหรับการมีส่วนร่วมในการให้บริการทั้งจากเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

✧ รัฐมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงโดยไม่คิดมูลค่า

4. เพื่อไม่ให้เกิดการเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาล เป็นเรื่องของโชคชะตา (เจอนิดี หมอดี โรงพยาบาลดี) โอกาส (เผชิญช่วงนั้นมีงานทำมีเงินพอจ่ายไม่มีคนอื่นในครอบครัวเจ็บป่วย) หรือ การเลือกปฏิบัติว่าสังกัดหลักประกันชนิดใด การได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเป็นสิทธิที่รัฐ มอบให้กับประชาชนในประเทศไม่ใช่เรื่องของโอกาส เรื่องโชค หรือการถูกเลือกกว่าควรได้ หรือไม่ได้ และควรจ่ายเท่าไร

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรประกอบด้วย

1. ความเสมอภาค

ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันไม่มีการเลือกปฏิบัติไม่มีการใช้มาตรฐานในการรักษาที่ต่างกัน ภาระในการจ่ายเงินก็เช่นกันทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่ายเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแต่วิธีการจ่ายจะต้องไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับใครกับคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแต่เฉลี่ยกันไปอย่างเป็นธรรม

2. ประสิทธิภาพของระบบ

ระบบสุขภาพต่างๆ ต้องมีการบริหารจัดการที่ดี คือ

- ✧ ใช้ทรัพยากรได้อย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด (แต่ไม่ลดมาตรฐานของบริการ)
- ✧ ให้ประชาชนสะดวกในการเข้าใช้บริการ (เข้าถึงง่าย ใกล้บ้าน มีทางเลือก)
- ✧ จัดการระบบไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนยุ่งยากทั้งกับประชาชน และผู้ให้บริการ

รักษาพยาบาล

- ✧ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อลดการเจ็บป่วยของประชาชน และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศลดลง
- ✧ กำหนดวิธีการตรวจสอบให้รัดกุมกำหนดผู้ตรวจสอบในระบบประชาชนควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และควบคุมกำกับบริการ
- ✧ กำหนดบทบาทของผู้ดูแลกองทุนผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน
- ✧ ใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดสรรงบประมาณ การจ่ายเงินการตรวจสอบ และการพัฒนาคุณภาพของบริการ
- ✧ กำหนดวิธีการจ่ายเงินกับผู้ให้บริการต้องเป็นวิธีการที่สามารถตรวจสอบ และกำกับให้เกิดประสิทธิภาพ ในการรักษาพยาบาลป้องกันไม่ให้ผู้ให้บริการสั่งรักษาอย่างไม่เหมาะสมมากเกินไปเพราะหวังเงินจากกองทุน

ทางเลือกในการใช้บริการ

ทุกคนควรมีโอกาสเลือกได้ว่าจะใช้บริการสุขภาพประเภทไหนไม่ควรจำกัดว่าต้องเป็นของรัฐเท่านั้น ควรจัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่หลากหลายเปิดโอกาสให้เอกชนได้มีส่วนร่วมจัดบริการด้วย แต่ต้องมีการกำกับเรื่องมาตรฐานที่จะให้บริการอย่างเหมาะสม

สุขภาพดีอย่างยั่งยืน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นการเริ่มต้นของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่ใช่แค่ให้หลักประกัน เรื่องค่ารักษาพยาบาลเท่านั้นแต่ให้ไปถึงเรื่องบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากป่วยด้วย

2.6 ขั้นตอนและวิธีการได้มาซึ่งหลักประกันสุขภาพ

เพื่อให้การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ตามนโยบายของรัฐบาล และสอดคล้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำบัตรทอง เพื่อรองรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น

บัตรทองคืออะไร

บัตรทอง คือ บัตรประจำตัวของประชาชนที่แสดงว่าประชาชนได้รับสิทธิรักษาพยาบาลโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค โดยทุกครั้งที่ต้องไปพบแพทย์จะต้องพกบัตร 2 ใบ ได้แก่ “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบัตรประชาชน หรือหลักฐานอื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ต้องนำบัตรมาด้วยทุกครั้งที่ใช้บริการรักษาพยาบาล”

ผู้มีสิทธิในการได้รับบัตรทอง

ผู้มีสิทธิในการได้รับบัตรทองได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่รัฐจัดให้อยู่ก่อนบุคคลที่ได้รับสิทธิตามกฎหมาย หรือ ระเบียบของรัฐอยู่ก่อนแล้ว ประกอบไปด้วยบุคคลต่อไปนี้ คือ

1. บุคคลผู้มีสิทธิตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม
2. บุคคลผู้มีสิทธิตาม พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3. บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เช่น ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชน
4. บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาล ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรจะช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)
5. บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ
6. บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

อยากได้บัตรทองต้องทำอะไร

ครั้งแรกให้ประชาชนผู้มีสิทธิและครอบครัวนำสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชน หรือ หลักฐานของทางราชการมาขึ้นทะเบียน ณ หน่วยงานหรือหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ตำบล, อำเภอที่อยู่ในทะเบียนบ้านได้แก่ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล โดยสถานที่รับผิดชอบจะดำเนินการตรวจสอบคัดกรองคุณสมบัติของผู้มีสิทธิตามที่กำหนด และดำเนินการขึ้นทะเบียนออกบัตรพร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่พึงจะได้รับ หรือไม่ได้รับตามระเบียบที่กำหนดต่อไป

2.7 ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนและให้บริการ

การสำรวจ และการแจ้งสิทธิ

1.1 ยึดฐานข้อมูลจากทะเบียนราษฎร โดยดูจาก

- CD – ROM ของกระทรวงสาธารณสุขมาจากรฐานข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ปี 2544

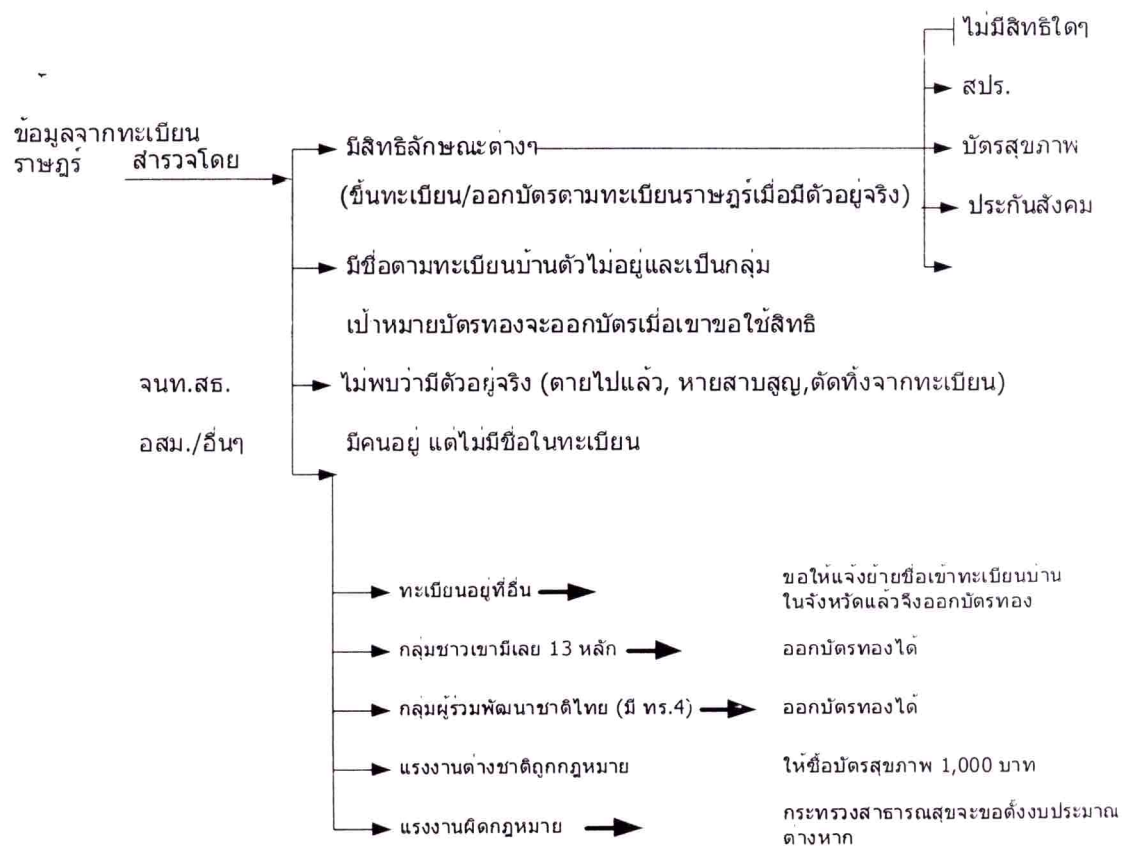
- ทะเบียนราษฎรของทุกอำเภอ โดยให้หน่วยงานของมหาดไทยของแต่ละอำเภอพิมพ์ ข้อมูลจากรฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่มีอยู่ของแต่ละอำเภอนั้นๆ

1.2 ตรวจสอบสิทธิโดย

1.จาก CD - ROM ซึ่งกระทรวงจะแยก กลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิอื่นๆ ออกหมดแล้ว ยกเว้นข้าราชการ และครอบครัว อันได้แก่ บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา และบุตร โดยขอด้วยกฎหมาย

2.ใช้บุคลากรในพื้นที่ ที่เป็น อสม., ผู้นำชุมชนตรวจสอบและแจ้งสิทธิเบื้องต้นแก่ประชาชนผู้มีสิทธิแจ้งสิทธิแก่ประชาชนเป็นหนังสือ / เอกสารพร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดของสถานบริการหลัก / รอง

วิธีตรวจสอบสิทธิจากทะเบียนราษฎร



- หากไม่ย้ายชื่อเข้าทะเบียนบ้านมาอยู่ในจังหวัดดำเนินการไม่สามารถออกบัตรให้ได้
- ผู้มีบัตรประกันสุขภาพออกบัตรทองให้เมื่อบัตรประกันสุขภาพหมดอายุ หรือประชาชนสมัครใจขอบัตรทองแต่ต้องคืนบัตรประกันสุขภาพด้วย

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับบริการทางการแพทย์

ชื่อโรงพยาบาล หรือสถานื่อนามัย์ที่ไปรับบริการได้เป็นประจำเขียนไว้ใน “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ของผู้ใช้บริการ ยกเว้นกรณีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เห็นว่าควรส่งตัวไปรักษาที่อื่นจะต้องมีหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลไป โดยมีเงื่อนไขการรับบริการคือ

1. นำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมด้วยบัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือ หลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกัน แสดงต่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทันทีเมื่อไปรับบริการ

2. ไปรับบริการในเวลาทำการปกติของหน่วยบริการ เว้นแต่กรณีถูกส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือ จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามคำสั่งผู้รักษา

เวลาทำการปกติ หมายถึง เวลาที่หน่วยบริการนั้นได้ขยายเวลาออกไปนอกเวลาราชการ หรือ ในวันหยุดราชการเป็นประจำด้วย

ผู้ที่มีสิทธิจะได้รับความคุ้มครองค่าการบริการทางการแพทย์ในกรณีต่อไปนี้ คือ

1. กรณีเจ็บป่วยทั่วไปต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวที่ระบุไว้ในบัตร
2. กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกแห่ง
3. กรณีถูกส่งต่อจากหน่วยบริการตามข้อ (1) และ (2) ให้ไปรับบริการทางการแพทย์ จากหน่วยบริการตามระบบการส่งต่อ
4. ปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยบริการตามที่ได้ขีดหรือแย้งกับระเบียบนี้การวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แพทย์ผู้ทำการรักษาใช้ดุลยพินิจโดยคำนึงถึงสามัญสำนึกและความรู้สึกของผู้ป่วยและวิญญูชน

จ่าย 30 บาท ได้บริการอะไรบ้าง

บริการที่ได้รับได้แก่ สิทธิสวัสดิการ การรักษาพยาบาลตามระเบียบบัตรประกันสุขภาพ โดยเสียค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลเพียง 30 บาท ต่อครั้งที่มาใช้บริการที่มีคุณภาพเช่น ตรวจ

รักษาโรค ยารักษาโรคต่างๆ ผ่าตัดทุกโรค ทำคลอด ทำหมัน ฉีดวัคซีน และเซรุ่มป้องกันโรคทั่วไป
อวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดโรคทั่วไป

*** ยกเว้นค่าห้องพิเศษ และบริการพิเศษอื่นๆ ***

ผู้มีสิทธิไปรับการรักษาทางการแพทย์ ไม่ว่าเป็นประเภทผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน ต้องร่วม
จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นเงินจำนวนเงิน 30 บาท ต่อครั้ง

กรณีบัตรทองหาย หรือ การย้ายที่อยู่ต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการแจ้งความที่สถานีตำรวจ แล้วนำหลักฐานใบแจ้งความมา เพื่อยื่นเสนอขอทำ
บัตรทองใหม่โดยใช้สิทธิด้าน การรักษาพยาบาลเดิมก่อนจนกว่าจะได้รับบัตรทองใบใหม่ ทดแทน
2. กรณีผู้ได้รับบัตรทองย้ายออกจากพื้นที่เดิมให้ใช้สิทธิบัตรทองเดิมก่อนจนกว่าจะได้ทำ
บัตรทองใหม่ในเขตพื้นที่ใหม่ (อาจยินยอมให้ใช้งบประมาณจากกองทุนกลางจ่ายให้ก่อน)

การออกบัตรทองให้กับกลุ่มที่มีบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพที่กำลังจะหมดอายุลง

1. เมื่อบัตรใช้สิทธิเดิมหมดอายุ ให้ทำการแจ้งขอรับลงทะเบียนใหม่ตามขั้นตอนการขึ้น
ทะเบียน
2. กรณีบัตร สปร. ที่หมดอายุ ในสถานบริการดำเนินการออกบัตรทองให้ใหม่ทุก 3 เดือน
(ทั้งนี้เนื่องจากบัตร สปร. จะหมดอายุในเวลา 3 ปี และการออกบัตร สปร. เดิมที่เคยปฏิบัติมานั้นจะ
ออกให้ในทุก 3 เดือน)
3. สำหรับบัตรประกันสุขภาพที่หมดอายุจะดำเนินการออกบัตรให้ใหม่ในทุกๆ 1 เดือน
พร้อมการออกบัตรทองใหม่ที่จะทำเป็นรายเดือน
4. ระหว่างที่รอการออกบัตรใหม่นั้น ให้ใช้บัตรเดิมไปก่อนจนกว่าจะได้รับบัตรใหม่
5. ในวันรับบัตรใหม่นั้น ผู้ถือบัตร ต้องนำบัตรที่ใช้รับสิทธิ รักษาพยาบาลเดิมมาแลก
บัตรใหม่ที่สถานบริการก่อน แล้วจึงจะได้รับบัตรทองทดแทนกลับไป

การพิมพ์บัตร

1. จังหวัดจะส่งบัตรทอง (ที่ยังเป็นบัตรเปล่า) มาให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิได้บัตรทอง ที่
เจ้าของพื้นที่รายงาน เพื่อให้เจ้าของพื้นที่ได้พิมพ์ชื่อ เลขที่บัตรประชาชน และสถานบริการประจำ
ครอบครัวในบัตรทอง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุข และจะต้องพิมพ์ให้
แล้วเสร็จก่อนส่งมอบบัตร

2. นำบัตรทองและใบแจ้งสิทธิ แก่ประชาชนไปมอบให้ประชาชน ที่หมู่บ้านด้วยตนเอง หรือ อสม. หรือวิธีการอื่นใดที่มั่นใจว่าบัตรทองจะถึงประชาชนได้อย่างแท้จริง ฯลฯ

3. รายงานผลการมอบบัตรทอง ว่าถึงมือประชาชนอย่างแท้จริงแล้วหรือไม่ อย่างไร และ หากยังไม่สามารถมอบบัตรทองได้ ให้รายงานว่า ยังไม่สามารถมอบบัตรทองได้กี่รายพร้อมทั้งรายงานถึงปัญหาอุปสรรคและข้อมูลต่างที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จังหวัดจะช่วยหาทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค

***วันที่ 1 มิถุนายน 2544 ประชาชนที่มีสิทธิทุกคนจะต้องมีบัตรทองอยู่กับตนเอง และพร้อมที่จะใช้บัตรทองเพื่อแสดงกับสถานบริการได้ และจ่าย 30 บาท รักษาทุกโรค โดยวิธีการใช้บัตรทองให้เป็นไปตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข

การจัดทำระบบสารสนเทศ และการตามจ่ายเงิน OPD

ในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกข้อมูลไม่ควรที่จะมีมากเกินไปและน้อยเกินไปจนไม่สามารถตรวจสอบได้ คณะทำงานจึงได้คิดชุดข้อมูลที่ใช้มาตรฐานในการจัดเก็บเพื่อการตามจ่ายเงิน OPD ทั้งภายในเขต และข้ามเขต ซึ่งควรจะมีรายละเอียดดังนี้

1. ลำดับที่
2. วันที่รับบริการ
3. HN
4. เลขที่บัตรทอง
5. ชื่อ – สกุล
6. เพศ
7. อายุ
8. เลขที่ใบส่งต่อผู้ป่วย
9. สถานบริการที่ขึ้นทะเบียน
10. การวินิจฉัยโรค
11. การผ่าตัด / หัตถการ
12. ค่าบริการทางการแพทย์
13. หมายเหตุ

การเก็บข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเงินข้ามเขต ควรจะเก็บข้อมูลให้ครบและส่งรายงานการเรียกเก็บเงินมาที่ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนที่จะส่งให้ฝ่ายประกันสุขภาพเบิกจ่าย

การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย OPD ในเขต ให้อำเภอตกลงกันเองเป็นการภายในว่าจะใช้ชุดข้อมูลข้างต้นทั้งหมดหรือเก็บเป็นบางข้อแล้วทำการตรวจสอบกันเอง

การเรียกเก็บเงินต่างจังหวัดให้อำเภอเรียกเก็บไปยัง สสจ.ของจังหวัดนั้นๆ เองแต่การตามจ่ายเงินข้ามจังหวัด สสจ. จะเป็นผู้ดำเนินการตามจ่ายให้

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูลในระยะแรก อาจต้องจัดเก็บเป็นกระดาษก่อน ส่วนสถานีนอมนัยที่ใช้โปรแกรม HCIS คณะทำงานพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ได้ปรับปรุงให้จัดเก็บข้อมูลให้แล้ว สอ.ที่ยังไม่ใช้ HCIS คงต้องเขียนโปรแกรมเฉพาะให้ใช้ก่อน ในส่วนของโรงพยาบาลที่ใช้โปรแกรมแตกต่างกัน ให้พัฒนากันเอง สำหรับการจัดเก็บข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียน และข้อมูลประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชากรในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด จะมีศูนย์กลางในการจัดเก็บข้อมูลอยู่ฝ่ายข้อมูล และคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะต้องเพิ่ม File Server ในการจัดเก็บฐานข้อมูลทั้งหมด การตรวจสอบข้อมูลเมื่อมีการเรียกเก็บเงินข้ามเขตฝ่ายใน สสจ. จะใช้ระบบ LAN ในสำนักงานอำเภอสามารถส่งข้อมูล ผู้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพต่างๆ รวมทั้งรายงานทุกชนิด ผ่านระบบ Internet ของ สสจ. และ สสจ. จะเชื่อมโยงกับสาธารณสุขโดยใช้ Internet ในการตรวจสอบข้อมูลที่อำเภอส่งเข้ามาเพื่อเรียกเก็บเงินระหว่าง กองทุน ทาง สสจ. สามารถตรวจสอบข้อมูลในระดับหนึ่งเท่านั้น จึงควรมีคณะทำงานร่วมกันตรวจสอบข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานต่างๆ ร่วมกันสุ่มตรวจสอบในรายละเอียดอีกครั้ง

2.8 ลิขธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

1. บริการขั้นพื้นฐาน

หลักการบริการสาธารณสุขที่ดีต้องให้บริการผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยข้อเท็จจริงที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ประชาชนมักเรียกร้องบริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า ดังนั้นที่ผ่านมารัฐบาลจึงทุ่มเทงบประมาณไปในการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านอื่นๆ จากการติดตามผลการดำเนินงานของรัฐบาลชุดปัจจุบันพบว่าได้ให้ความสนใจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น โดยเฉพาะผลงานที่ชัดเจน ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้งประเทศ การควบคุมป้องกันโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงเฉียบพลัน (Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS) ดำเนินการได้ผลเป็นที่น่าพอใจอย่างยิ่ง ส่วนโรคที่เกิดเป็นประจำ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคเอดส์ วัณโรค และโรคอื่นๆ ก็ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีได้มีความบกพร่องแต่อย่างใด

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่งบประมาณแยกเฉพาะในส่วนบุคคล

ได้แก่ การฝากครรภ์ การทำคลอด การเยี่ยมหลังคลอด การโภชนาการ การฉีดวัคซีนเพื่อ
การป้องกันโรค สามารถดำเนินการได้ดีในทุกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน

โดยหลักการแล้วบริการนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพไม่ได้จัดสรรค่าใช้จ่ายให้ เช่น การ
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุง การควบคุม
โรคอุจจาระร่วงโดยการกำจัดขยะมูลฝอย การสร้างห้องสุขา การล้างตลาดสด น่าจะอยู่ในความ
รับผิดชอบของกรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาล
และองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา อย่างไรก็ตามยังมีความเข้าใจ
คลาดเคลื่อนในเครือข่ายบริการบางเครือข่ายที่ได้กำหนดให้สถานพยาบาลในเครือข่ายดำเนินการ
ให้บริการ เช่น ให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไปดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน
 เป็นต้น

ข้อมูล / ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
การส่งเสริมและป้องกันโรค ในชุมชน (NON UC) • ความสนับสนุนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการคู่สัญญาว่าจะต้องรับผิดชอบในการบริการ และให้บริการดังกล่าวหรือไม่	• ให้มีความชัดเจนและสร้างความเข้าใจในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ว่าบริการนี้ต้องอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข และองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ระบบส่งต่อการให้บริการของหน่วยบริการระดับต่างๆ

โดยหลักการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีแล้ว ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนจะต้องไป
ขอรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน แต่สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันขีดความสามารถของ
หน่วยบริการปฐมภูมิมิข้อจำกัดในการรักษาพยาบาล ทำให้ไม่เป็นที่นิยมของประชาชน จึง
กำหนดให้ประชาชนสามารถไปรับบริการที่หน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลคู่สัญญาได้ เป็นเหตุให้
โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทั้งๆ ที่โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่สามารถ
รักษาได้โดยบุคลากรที่มีอยู่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย หรือศูนย์บริการ

สาธารณสุข ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือคุณภาพของการให้บริการลดลง และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น

ดังนั้นควรให้ประชาชนไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอันดับแรก โดยควรพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐาน และจัดระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

ข้อมูล / ปัญหา / อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข
งานรักษาพยาบาล ● ความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการของประชาชน เช่น - หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำ ส่วนสถานีอนามัยไม่มีแพทย์ประจำ - หน่วยบริการตติยภูมียังขาดแคลนในส่วนภูมิภาค	1. ควรมีแผนพัฒนาสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (PCU) ให้มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน 2. ควรมีการส่งเสริมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น 3. ควรมีตำแหน่งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำ PCU (การตั้ง PCU ไม่จำเป็นต้องตั้งในทุกตำบล) 4. ควรเร่งรัดพัฒนาหน่วยบริการตติยภูมิ ในระดับเครือข่ายทุกเครือข่าย และพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

5. การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จากการศึกษาพบว่า สถานพยาบาลหลายแห่งดำเนินการได้ดี เป็นตัวอย่างได้ เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประชาชนสามารถใช้สิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในบริการบางประเภท เช่น การนัดเพื่อรักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการนัดเพื่อคลายเครียดจะต้องเสียค่าบริการ ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนา การให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ครอบคลุมพื้นที่

6. การยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาท

ก่อนมีโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลทุกคน รวมทั้งผู้มีรายได้น้อย รัฐบาลได้ยกเว้นไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท โดยได้ระบุไว้ในบัตรอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้แล้ว น่าจะมีการทบทวนใหม่ว่ามีบุคคลใดบ้างที่สมควรได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมต่อไป รวมทั้งควรทบทวนคำนิยามของคำว่า “ผู้มีรายได้น้อย” ในปัจจุบันหมายถึงผู้ใด และมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอย่างไร

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ทัศนศึกษา ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้มีบัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม และมีบางส่วนได้ศึกษาถึงความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพแต่ประเด็นที่ได้ส่วนใหญ่จะมุ่งในเรื่องการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการวิจัยครั้งนี้พอสรุปได้ดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

การวิจัยเพื่อประเมินความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน มีผู้ศึกษาไว้น้อยแต่ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินเฉพาะแต่ละโครงการ และได้รายงานความครอบคลุมของการมีประกันสุขภาพไว้ด้วย ดังการศึกษาของ มานิต ชีระตันติกานนท์ และ คำรณ ไชยศิริ ในปี 2539 ได้ศึกษาเพื่อประเมินโครงการรณรงค์ขยายหลักประกันสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้ CIPP Model และสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ พบว่า อัตราความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.19 ก่อนเริ่มโครงการเป็นร้อยละ 90.69 เมื่อสิ้นสุดโครงการและในปีเดียวกัน (2539) ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ ได้ศึกษาการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดขอนแก่นอย่างเดียวกัน โดยสุ่มตัวอย่าง 6 อำเภอ กับ 1 กิ่งอำเภอ พบว่า ครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 83.75 ซึ่งต่ำกว่าผลการประเมินของ มานิต ชีระตันติกานนท์ และ คำรณ ไชยศิริ เล็กน้อย ซึ่งได้พบปัญหาการได้รับสิทธิซ้ำซ้อนของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นไปได้ว่าหากตรวจสอบอย่างจริงจังจะพบการไม่มีหลักประกันมากกว่าที่พบในรายงานวิจัยนอกจากนี้ อุดลย์ ศรีนันทะ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพของครอบครัว ในอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุบลราชธานี โดยสุ่มตัวอย่างครัวเรือน 392 ครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่สมาชิกมีหลักประกันสุขภาพครบทุกคนมีเพียง ร้อยละ 51.8 และมีหลักประกันสุขภาพแต่ไม่ครบทุกคนร้อยละ 37.0 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ร้อยละ 11.2 หากพิจารณาเป็นความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนจะพบว่า ครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 88.8 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ เอี่ยมพร ประกอบ (2540) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง จังหวัดนครนายก โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster ได้ประชากรตัวอย่าง 325 คน พบว่าประชาชนมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 72.3 ในจำนวนนี้เป็นบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 68 ในขณะที่ บุญเลิศ ลิ้มทองกุล และคณะ (2541) ได้รายงานความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนสูงกว่า

รายงานการวิจัยอื่น จากการประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพ 100% ของจังหวัดพิษณุโลก ปี 2540 – 2541 ใช้รูปแบบ CIPP Model โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Sampling จาก 9 อำเภอได้ ตัวอย่าง 450 ครอบครัว เป็นครัวเรือนในหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของสถานีนามัยที่สุ่มได้ พบว่า ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 96.89 แต่การศึกษานี้มีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกในหมู่บ้านที่ตั้งสถานีนามัย ซึ่งประชาชนในหมู่บ้านเหล่านี้ อาจได้รับปัจจัยบางอย่างที่เอื้อต่อการมีหลักประกันสุขภาพมากกว่าหมู่บ้านที่อยู่ไกลสถานีนามัยก็ได้ จะเห็นได้ว่า รายงานการวิจัยเกี่ยวกับความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนนั้นพบว่าส่วนใหญ่แล้วยังไม่บรรลุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ยังมีประชาชนที่ขาดหลักประกันสุขภาพที่รัฐจะต้องหาทางแก้ไขและช่วยเหลือ เพื่อให้มีหลักประกันสุขภาพต่อไป สำหรับกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพได้มีผู้ศึกษาถึงสาเหตุหรือเหตุผลของการไม่มีหลักประกันสุขภาพ

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประกันสุขภาพของประชาชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประกันสุขภาพของประชาชนนั้น จากที่มีผู้ศึกษาไว้จะพบว่ามีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยจากภายนอกซึ่งแยกเป็นกลุ่มได้ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านอายุ อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นไปโดยธรรมชาติ ไม่สามารถแก้ไขได้ หากแต่ระบบประกันสุขภาพที่รัฐจำเป็นต้องจัดให้ตามความเหมาะสมแห่งอายุที่สมควรได้รับการเกื้อกูล เช่น กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 12 ปี นักเรียนระดับมัธยมต้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สำหรับประชาชนกลุ่มอายุที่อยู่ระหว่าง 13 ถึง 29 ปี จะสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ จากการศึกษาของ อุดล ศรีนันทะ (2540) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมี หลักประกันสุขภาพของประชาชนกล่าว คือ คนที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่ผลการศึกษานี้แย้งกับผลการศึกษาของ พนิดดา วงษ์แจ้ง (2538) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการซื้อบัตรประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอายุ ผู้วิจัยยังเห็นว่ามีส่วนสำคัญในการจัดกลุ่มอายุเพื่อให้เข้ากับระบบประกันสุขภาพแบบอื่น นอกจากการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ

2) ปัจจัยระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของประชาชนมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้จากการศึกษาของอุดล ศรีนันทะ (2540) และการศึกษาของศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ (2539) ที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของพนิดดา วงษ์แจ้ง (2538) ที่ศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อแก้ปัญหาการไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้ Health Belief Model และ Social Support ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการซื้อบัตรประกันสุขภาพ การศึกษานี้ ผู้วิจัยเห็นว่าถึงแม้จะไม่มี

สัมพันธ์โดยตรงกับการมีหลักประกันสุขภาพ แต่อาจมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น เช่น การรับรู้โครงการ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพิจารณาประกอบด้วย

3) ปัจจัยด้านอาชีพ และรายได้ ปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ มักมีความสัมพันธ์กัน ในเบื้องต้นอาชีพจะเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดกลุ่มอาชีพ เพื่อให้เข้ากับระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ หากประชาชนประกอบอาชีพรับจ้าง กับสถานประกอบการ ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลในการคำนวณรายได้ ของบุคคล และ ครอบครัวยัง ส่วนรายได้นั้นเป็นตัวแปรในการจัดกลุ่มบุคคลเข้าสู่ระบบ การประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ คือ หากพบว่าประเมินรายได้แล้ว บุคคลผู้มีรายได้ ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน หรือครอบครัวยังมีรายได้รวมกันแล้ว ต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน จะได้รับการพิจารณาออกบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้ หากบุคคลกลุ่มนี้ยื่นแบบแสดงความจําของรับบัตร จากการศึกษาของวรรณ ธานุภาไพศาล (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยสุ่มตัวอย่าง 1,680 คน พบว่าครอบครัวยังมีรายได้ ต่ำกว่า 33,600 บาท / ปี ซึ่งสมควรได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) สูงถึงร้อยละ 35 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของนาถฤดี เทพหัสดิน ณ อยุธยา (2528) , สุรศักดิ์ ก้องเกียรติ และคณะ (2530) ที่พบว่าประชาชนที่สมควรได้รับบัตรสงเคราะห์จากการประเมินรายได้แต่ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์ ร้อยละ 31 และ 18.1 ตามลำดับ และพบว่ารายได้เกินเกณฑ์ที่จะได้บัตรสงเคราะห์แต่ได้รับบัตรสงเคราะห์ ร้อยละ 9.8 และ 16.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ (2540) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ในจังหวัดสุโขทัย โดย สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ 400 ตัวอย่าง พบว่า รายได้ของครอบครัวยังต่ำกว่า 2,000 บาท / เดือน ร้อยละ 38 และรายได้คาบเกี่ยวกับการได้รับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล (บัตร สปร.) คือ 2,0001 – 3,000 บาท / เดือน ร้อยละ 28 ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่สมควรได้รับบัตรสปร.แต่ไม่ได้รับ ซึ่งในกรณีนี้จะเกี่ยวข้องกับ การประเมินรายได้ของบุคคลหรือครอบครัวยังไม่เหมาะสม หรือรัดกุมเท่าที่ควร เป็นเหตุให้มีผู้ที่สมควรได้รับบัตรสวัสดิการฯแต่ไม่ได้รับ และขณะเดียวกันก็มีผู้ที่ไม่สมควรได้รับบัตรฯแต่ได้รับบัตรฯ ส่วนในกลุ่มที่ประเมินรายได้แล้วพบว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จากการศึกษาของอดุลย์ ศรีนันทะ (2540) , ศิริเพ็ญ สุภาภรณ์กันติ และคณะ (2539) , เอี่ยมพร ประกอบ (2540) , จิราพร สุวรรณธีรางกูร (2534), สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ (2540) , พนิดา วงษ์แจ้ง (2538) พบว่า รายได้ของบุคคลหรือครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพ หรือ การสมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ ตัวแปรรายได้จึงมีความสำคัญต่อการมีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทยากจน ที่พบว่า รายได้ของประชาชน

อยู่ในช่วงคาบเกี่ยว คือ สูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเพียงเล็กน้อย และไม่มีกำลังซื้อบัตรสุขภาพ

4) ปัจจัยความพึงพอใจ ความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ในเรื่องการประกันสุขภาพ ความพึงพอใจจะเกี่ยวข้องกับการใช้บริการของสถานบริการ จากการศึกษาของ จิราพร สุวรรณธีรางกูร (2534) พบว่า ความไม่พึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลเป็นเหตุผลของการเลิกซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชน จากการตรวจสอบความไม่พึงพอใจโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เลิกซื้อบัตรประกันสุขภาพบอกว่า “รู้สึกว้าเหว่ คุณดูแลผู้ป่วยอื่นดีกว่าผู้ป่วยบัตรสุขภาพ” “ไม่ได้รับการพิเศษเหมือนที่โฆษณาไว้” เราได้รับทราบเวลาไปโรงพยาบาลไม่ต้องจ่ายเงิน แต่ความจริง เราได้จ่ายเงินสำหรับยาบางตัว” นอกจากนี้ เอื้อมพร ประกอบ (2540) ยังพบว่า ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพให้เหตุผลของการไม่มีหลักประกันสุขภาพว่า กลัวได้รับยาไม่ดี

5) ความคาดหวังในประโยชน์ของการมีหลักประกันสุขภาพ เป็นอีกเหตุผลหนึ่ง ที่ประชาชนอ้างถึงเมื่อไม่ต้องการมีหลักประกันสุขภาพดังผลการศึกษาของอดุลย์ ศรีนันทะ (2540) ที่พบว่า ความคาดหวังในประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวไลพรรณ อภิวัชรางกูร (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมเป็น สมาชิกโครงการประกันสุขภาพ โดยความสนใจของประชาชน ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพใน 2 หมู่บ้านพบว่า ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพนั้น บอกว่า เป็นสิ่งจำเป็นและมีประโยชน์ และพบว่ากลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านสุขภาพอยู่แล้ว มีโรคประจำตัว หรือมองว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองนั้นอาจจะรุนแรงได้ ส่วนผู้ที่ไม่เข้าร่วมโครงการมักจะประเมินตนเอง และครอบครัวว่ามีสุขภาพดี ไม่จำเป็นต้องซื้อ และประเมินว่าหากป่วยก็ป่วยเพียงเล็กน้อย จึงไม่คุ้มค่าในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ เอื้อมพร ประกอบ (2540) ยังพบว่า ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพให้เหตุผลว่า เสียค่าเงินค่าบัตร ร้อยละ 11.1 และไม่เคยป่วย ร้อยละ 3.1 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษา ของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ (2540) ที่พบว่าเหตุผลของการไม่มีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทั้งกลุ่มที่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ และไม่เคยป่วย หรือป่วยแต่ไม่รุนแรง จิราพร สุวรรณธีรางกูร (2534) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นของการเลิกซื้อบัตรประกันสุขภาพ ประชาชนให้เหตุผลว่า “ไม่คุ้มค่า” “ครอบครัวมีสุขภาพดีอยู่แล้ว” “เราไม่ได้ไปพบหมอบ่อย” เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการที่ประชาชนจะมีหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะรูปแบบที่ต้องมีส่วนในการจ่ายเงินสมทบ ประชาชนมักจะประเมินถึงความคุ้มค่า หรือ ประโยชน์ที่จะได้ ซึ่งปัจจัยนี้จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพด้วย เพราะการที่ประชาชน รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องซื้อหลักประกันสุขภาพนับเป็นความเข้าใจที่ ไม่ถูกต้องนัก

6) ปัจจัยขนาดของครอบครัว จะมีลักษณะคล้ายกับ ปัจจัยการคาดหมายประโยชน์ ดังรายงานผลการศึกษาของจิราพร สุวรรณธีรานุ (2534) พบว่า ขนาดของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อ บัตรสุขภาพด้วยโดยให้เหตุผลว่า “ครอบครัวเล็ก มีโอกาสใช้บัตรน้อย” “รู้สึกว่าการไม่ยุติธรรม เมื่อต้องจ่ายในอัตราเดียวกับครอบครัวที่ขนาดใหญ่กว่า”

7) การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพ นับเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลกระทบท่อการเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการประกันสุขภาพ อุดลย์ ศรีนันทะ (2540) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมี หลักประกันสุขภาพ และ ผลการศึกษา ของ จิราพร สุวรรณธีรานุ (2534) พบว่า การไม่รับรู้โครงการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของผลการศึกษาของ เอี่ยมพร ประกอบ (2540) สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ (2540) ที่พบว่า ประชาชนกลุ่มที่ยังไม่มี หลักประกันสุขภาพให้เหตุผลว่าไม่รู้จักโครงการ ไม่ทราบเกี่ยวกับการซื้อบัตรสุขภาพ ส่วนผลการศึกษาของสุรางค์ พิลาสกุล (2539) ที่ศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ต่อระเบียบกระทรวงสาธารณสุขด้านบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 โดย ศึกษาในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ และ หลักประกันสุขภาพภาคบังคับ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนร้อยละ 76.7 รับรู้โครงการประกันสุขภาพแต่ประชาชนสมัครเป็นสมาชิกโครงการฯ เพียง ร้อยละ 59.7 เท่านั้น

8) ปัญหาสุขภาพ และ ประสบการณ์ การเจ็บป่วยของตนเอง หรือ คนในครอบครัว จากรายงาน ผลการศึกษา ในประเด็นปัญหาสุขภาพและประสบการณ์การเจ็บป่วย มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งตัวแปรนี้สอดคล้องกับตัวแปรการคาดหมายประโยชน์ กล่าวคือ หากตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคประจำตัวอื่นๆบุคคลมักจะแสวงหาหลักประกันสุขภาพ ดังผลการศึกษาของวไลยพรรณ อภิวัชรานุ (2540) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกโครงการรับบัตรสุขภาพนั้น มักมีปัญหาด้านสุขภาพอยู่แล้ว มีโรคประจำตัว หรือ มองว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองนั้นอาจจะรุนแรงได้ ซึ่งอุดลย์ ศรีนันทะ (2540) ก็รายงานเช่นเดียวกันว่า ประสบการณ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ (2540) พบว่า ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพให้เหตุผลว่า ไม่เคยป่วยหรือป่วยแต่ไม่รุนแรงสูงถึง ร้อยละ 43.5 (n = 400) เอี่ยมพร ประกอบ (2540) ก็พบเช่นเดียวกัน คือการไม่เคยเจ็บป่วยเป็นเหตุผลหนึ่งที่ผู้ที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพบอกแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งรายงานนี้แตกต่างจากรายงานอื่น

9) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกัน หากบุคคลรับรู้ในปัจจัยเหล่านี้ จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม เพื่อ ลดภาวะเหล่านั้น ในการแสดงพฤติกรรมการมีบัตร

สุขภาพ ก็เช่นเดียวกัน ถึงแม้จะไม่ได้ลดความเสี่ยง ไม่ลดความรุนแรง แต่จะลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย เมื่อต้องเข้ารับการรักษา ลดความกังวล อุดลย์ ศรีนันทะ (2540) ศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งตัวแปรนี้สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว คือกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มักจะคิดว่า สมาชิกในครอบครัวไม่ป่วย หรือป่วยแต่ไม่รุนแรง แต่จากรายงานการศึกษาของสถานะสุขภาพของ Orasa Kovindha (2540) ได้ศึกษาสถานะสุขภาพและรูปแบบการใช้บริการสุขภาพในจังหวัดปัตตานี ในกลุ่มผู้จ้างแรงงานทั่วไป พบว่า กลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพมีอัตราการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ร้อยละ 61.3 ขณะที่ กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันใดๆ เจ็บป่วย ร้อยละ 41.0 ซึ่งให้เห็นว่า โอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโกลบอล อินเทอร์เน็ตโพลล์มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ระหว่างวันที่ 15 ก.พ. – 10 มี.ค. 2543 ในประเด็นของการเจ็บป่วย พบว่า ครอบครัวไทย เคยเดือดร้อนเมื่อเจ็บป่วยมาแล้ว ร้อยละ 58.8 ซึ่งพวกเขาแก้ปัญหาโดยการยืมเงินร้อยละ 39.6 กู้เงินร้อยละ 21.3 ขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาลร้อยละ 16.0 ขายทรัพย์สิน ร้อยละ 9.9 และทนเจ็บป่วยร้อยละ 4.3 การเจ็บป่วย ที่ทำให้เดือดร้อน คือ เจ็บหนัก เช่น อุบัติเหตุ รุนแรง ผ่าตัด เจ็บต้องนอนโรงพยาบาล ตั้งครุฑ เป็นต้น จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การที่ประชาชนคิดว่าตนเองหรือครอบครัวมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยนั้น อาจจะมี ความเดือดร้อนได้ หากเจ็บป่วยเพราะการเจ็บป่วยบางอย่างไม่อาจทำนายได้แน่นอนล่วงหน้า

10) การมีหลักประกันสุขภาพของญาติ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลที่ญาติมีหลักประกันสุขภาพ จะมีแนวโน้มมีหลักประกันสุขภาพมากกว่าครัวเรือนที่ญาติไม่มีหลักประกันสุขภาพ (อุดลย์ ศรีนันทะ, 2540)

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่สอดคล้องกับสิ่งที่ ผู้วิจัยสนใจจะเห็นได้ว่า ประเด็นความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพนั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับหลายๆ พื้นที่ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท รายงานการวิจัยในช่วงก่อนปี 2538 ส่วนใหญ่จะพบประเด็นปัญหาการไม่รู้ตัวโครงการแล้วทำให้ไม่เข้าร่วมโครงการ ส่วนรายงานการวิจัยในช่วงหลังปี 2538 ประเด็นการไม่รู้ตัวลดลง อาจเป็นผลจากระบบประชาสัมพันธ์ สื่อต่างๆ มีความทันสมัย และ กระจายสู่ชุมชนมากขึ้น อาจมี ส่วนน้อยที่ยังเป็นปัญหา สำหรับ ประเด็นปัญหาที่พบเกี่ยวกับการประเมินรายได้ เพื่อเข้าสู่ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) พบว่า เป็นปัญหาต่อเนื่อง คือ ยังมีบางกลุ่มที่สมควรได้รับสิทธิ แต่ไม่ได้รับ ซึ่งในกลุ่มนี้ถึงแม้จะเร่งรัดในโครงการบัตรสุขภาพ ก็มีโอกาสเข้าร่วมโครงการน้อยมาก หากปัจจัยยังพบว่ามีปัญหาเช่นนี้ การแก้ไขต้องใช้ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ที่รัฐจัดให้ สำหรับการรับรู้ความเสี่ยง และ ความรุนแรงของโรคนั้น หากไม่มีอุปสรรคอื่น การให้ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถแก้ปัญหาได้

การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งระบบประกันสุขภาพ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ PRECEDE – PROCEED Model เพื่อประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษาสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1) อายุและเพศ
- 2) อาชีพ
- 3) รายได้และสถานภาพสมรส
- 4) ระดับการศึกษา เพื่อประกอบการอธิบายตามปัจจัยต่างๆ
- 5) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

2. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

- 1) ความรู้เกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพ
- 2) การรับรู้ประโยชน์ของการมีหลักประกันสุขภาพ
- 3) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

3. ปัจจัยเอื้อ ที่จะสนับสนุนให้บุคคลมีหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

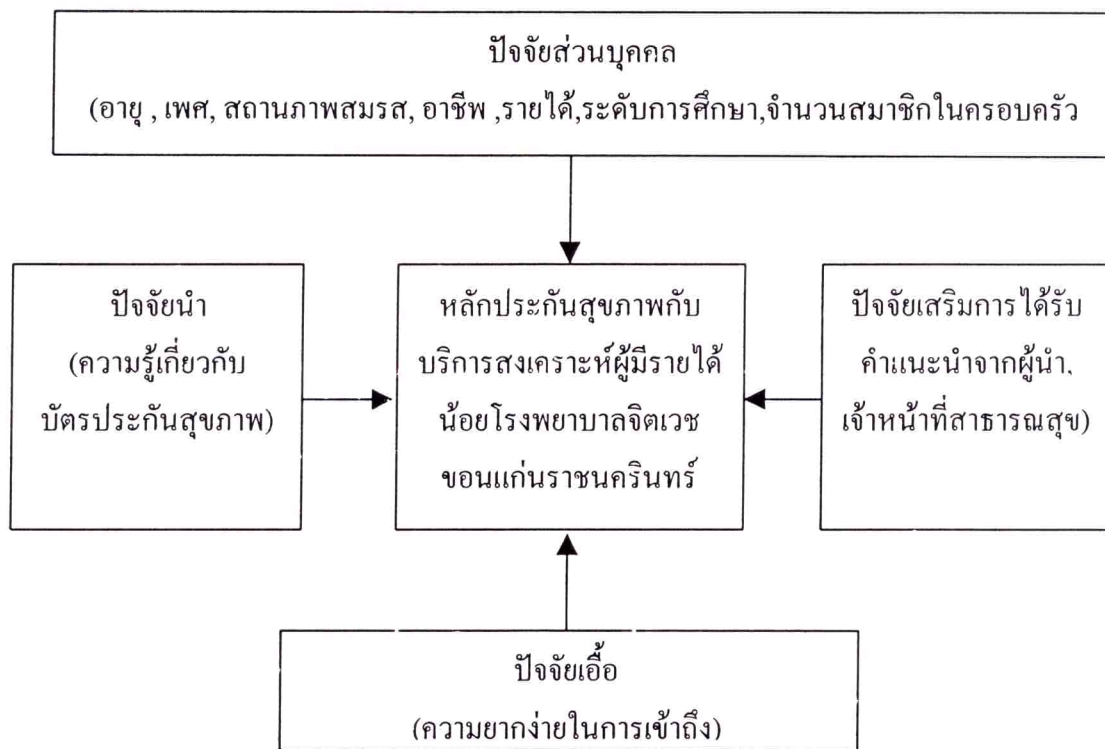
- 1) ความยากง่ายในการเข้าถึงบัตรประกันสุขภาพ

4. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

- 1) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การประกันสุขภาพ จากผู้นำชุมชน อาสาสมัคร

สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ บุคคลอื่นๆ

จากตัวแปรทั้งหมดจึงสรุปเป็นแผนภูมิกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังรูป



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมุ่งศึกษาถึงหลักประกันสุขภาพกับบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานการให้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต่อไป

3.1 ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดตัวแปร ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

- ✧ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีตัวแปรย่อย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
- ✧ ปัจจัยนำ โดยมีตัวแปรย่อย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพ ความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ
- ✧ ปัจจัยเสริม โดยมีตัวแปรย่อย ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีบัตรประกันคุณภาพจากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ✧ ปัจจัยอื่น โดยมีตัวแปรย่อย ได้แก่ ความยากง่ายในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

- ✧ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ✧ ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยทั้ง เพศชาย และ เพศหญิง
- ✧ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม โดยกำหนดขั้นตอนดังนี้

- ✧ ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำมาสร้างแบบสอบถาม
- ✧ ทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้รับบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย จำนวน 20 คน
- ✧ นำแบบสอบถามไปปรับปรุงและนำมาใช้จริง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมากับผู้ที่มารับบริการทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามทีละชุดก่อนให้ผู้รับบริการลงมือทำ เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามให้เข้าใจก่อนลงมือตอบแบบสอบถาม

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามเสร็จเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ให้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC โดยใช้การแจกแจงความถี่ เพื่อแสดงอำนาจและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ทำการศึกษ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวช ที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษโดยจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และอายุ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
1.1 เพศ			
ชาย		163	65.2
หญิง		87	34.8
1.2 สถานภาพสมรส			
โสด		102	40.8
คู่		112	44.8
หย่าร้าง		24	9.6
- หม้าย		12	4.8
1.3 อายุ			
< = 20 ปี		31	12.4
21 – 30 ปี		66	26.4
31 – 40 ปี		66	26.4
41 – 50 ปี		35	14.0
51 – 60 ปี		23	9.2
> 60 ปี		29	11.6
รวม		250	100.0
หมายเหตุ	อายุสูงสุด	9	ปี
	อายุต่ำสุด	3	เดือน
	อายุเฉลี่ย	37.36	ปี
	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.09		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้ บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.8 รองลงมา โสดร้อยละ 40.8 น้อยที่สุด คือ หน่วย ร้อยละ 4.4 ในด้านอายุ พบว่า ส่วน ใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ปี และ 31 – 40 ปี มีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 26.4 รองลงมาอยู่ใน ช่วงอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 14.0 น้อยที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 9.2 อายุสูงสุดของผู้ป่วย จิตเวช ที่ทำการศึกษา อายุ 9 ปี อายุต่ำสุด 3 เดือน อายุเฉลี่ย 37.36 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.09)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ทำการศึกษโดยจำแนกตามระดับ
การศึกษา อาชีพ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
2.1 การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	12	4.8
ประถมศึกษา	205	82.0
มัธยมศึกษา / ปวช.	28	11.2
อนุปริญญา / ปวส.	4	1.6
ปริญญาตรี	1	0.4
2.2 อาชีพ		
เกษตรกร	136	54.4
รับจ้าง	41	16.4
แม่บ้าน	6	2.4
นักเรียน	12	4.8
นักบวช	23	9.2
ค้าขาย	13	5.2
งานบ้าน	19	7.6
2.3 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย		
ไม่มีรายได้	28	11.2
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท	57	22.8
1,001 – 2,000 บาท	101	40.4
2,001 – 3,000 บาท	35	14.0
3,001 – 4,000 บาท	17	6.8
4,000 – 5,000 บาท	9	3.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 บาท	3	1.2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษา โดยจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และ จำนวน สมาชิกในครัวเรือน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
2.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คน	19	7.6
3 – 5 คน	207	82.8
6 – 8 คน	21	8.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คน	3	1.2
รวม	250	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.0 รองลงมาจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 11.2 น้อยที่สุดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 0.4

ในด้านอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 54.4 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 16.4 น้อยที่สุดมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 2.4

จากการศึกษารายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001 – 2,000 บาท ร้อยละ 40.4 รองลงมามีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท ร้อยละ 22.8 น้อยที่สุดมีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 บาท ร้อยละ 1.2

ในด้านจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยจิตเวช ที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 – 5 คน ร้อยละ 82.8 รองลงมามีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 6-8 คน ร้อยละ 8.4 น้อยที่สุด มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คน ร้อยละ 1.2

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษา โดยจำแนกตามภูมิฐานะและ
สิทธิการรักษาพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3.1 ภูมิฐานะ		
ขอนแก่น	139	55.6
กาฬสินธุ์	24	9.6
มหาสารคาม	20	8.0
อุดรธานี	20	8.0
หนองบัวลำภู	7	2.8
ชัยภูมิ	14	5.6
เพชรบูรณ์	7	2.8
หนองคาย	3	1.2
อื่นๆ	16	6.4
3.2 สิทธิการรักษาพยาบาล		
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	47	18.8
มีบัตรประกันสุขภาพ	200	80.0
มีบัตรประกันสังคม	1	0.4
อื่นๆ	2	0.8
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิฐานะจังหวัดขอนแก่น
ร้อยละ 55.6 รองลงมามีภูมิฐานะจังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 9.6 น้อยที่สุดมีภูมิฐานะจังหวัดหนองคาย
ร้อยละ 1.2

ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่ มีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ
80.0 รองลงมา ไม่มีบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 18.8 น้อยที่สุด มีบัตรประกันสังคม ร้อยละ 0.4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยนอก ที่ มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ของ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดย จำแนกตามสาเหตุที่มาขอสงเคราะห์
และ จำนวนครั้งที่มาขอสงเคราะห์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4.1 สาเหตุที่มาขอสงเคราะห์		
4.1.1 ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	57	22.8
เนื่องจาก		
ไม่ทราบว่าบัตรประกันสุขภาพคืออะไร	9	3.6
ไม่ทราบว่าไปทำที่ไหน	43	17.2
ไม่มีหลักฐานประกอบการทำ	5	2.0
4.1.2 มีบัตรประกันสุขภาพแต่ไม่มีใบส่งตัว	179	71.6
เนื่องจาก		
โรงพยาบาลที่มีชื่อในบัตรไม่ออกให้	61	24.4
ไม่ทราบขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพ	40	16.0
ลืม	78	31.2
4.1.3 มีบัตรประกันสุขภาพแต่ไม่มีค่าธรรมเนียม	1	0.4
30 บาท		
4.1.4 บัตรประกันสุขภาพหมดอายุ	13	5.2
4.2 จำนวนครั้งที่มาขอสงเคราะห์		
ครั้งที่ 1	189	75.6
ครั้งที่ 2	35	14.0
ครั้งที่ 3	10	4.0
ครั้งที่ 4	6	2.4
ครั้งที่ 5	2	0.8
> ครั้งที่ 5	8	3.2
รวม	250	100.0
หมายเหตุ	จำนวนครั้งต่ำสุดครั้งที่ 1 จำนวนครั้งสูงสุดครั้งที่ 25 จำนวนครั้งเฉลี่ยครั้งที่ 1.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.38	

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยนอก ที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ มาขอสงเคราะห์ด้วย สาเหตุของการมีบัตรประกันสุขภาพ แต่ไม่มีใบส่งตัวร้อยละ 71.6 รองลงมาไม่มีบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 22.8 น้อยที่สุด มาขอสงเคราะห์ด้วยสาเหตุมีบัตรประกันสุขภาพ แต่ไม่มีค่าธรรมเนียม ร้อยละ 0.4 สาเหตุที่มีบัตรประกันสุขภาพ แต่ไม่มีใบส่งตัว ส่วนใหญ่เนื่องมาจากการลืม ร้อยละ 31.2 รองลงมา โรงพยาบาลที่มีชื่อในบัตรไม่ออกให้ร้อยละ 24.4 น้อยที่สุด ไม่ทราบขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 16.0 สาเหตุที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่เนื่องจากไม่ทราบว่าไปทำที่ไหน ร้อยละ 17.2 รองลงมาไม่ทราบว่าบัตรประกันสุขภาพคืออะไรร้อยละ 3.6 น้อยที่สุดไม่มีหลักฐานประกอบการทำร้อยละ 2.0 จำนวนครั้งที่มาขอสงเคราะห์ของผู้ป่วยบอกที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มาขอสงเคราะห์เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 75.6 รองลงมาขอสงเคราะห์เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 14.0 และน้อยที่สุดมาขอสงเคราะห์เป็นครั้งที่ 25 ร้อยละ 0.8 จำนวนครั้งที่มาขอสงเคราะห์ต่ำสุดคือ ครั้งที่ 1 สูงสุดคือครั้งที่ 25 จำนวนครั้งเฉลี่ย คือ 1.67 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.38)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยจำแนกตามการได้รับคำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพ และการไปติดต่อทำบัตรประกันสุขภาพในครั้งต่อไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5.1 การได้รับคำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพ		
ได้รับคำแนะนำ	14	24.6
ไม่ได้รับคำแนะนำ	43	75.4
5.2 การไปติดต่อทำบัตรประกันสุขภาพมาใช้ในครั้งต่อไปได้หรือไม่		
ได้	52	91.2
ไม่ได้	5	8.8
ไม่มีหลักฐานประกอบการทำ	1	1.8
รู้สึกเป็นภาระ	2	3.5
มาขอสงเคราะห์กับทางโรงพยาบาลสะดวกดี	2	3.5
รวม	57	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 75.4 และน้อยที่สุดได้รับคำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 24.6

จากการศึกษาเรื่องการไปติดต่อทำบัตรประกันสุขภาพมาใช้ในครั้งต่อไป ส่วนใหญ่พบว่าสามารถไปติดต่อทำบัตรประกันสุขภาพมาใช้ได้ร้อยละ 91.2 และ น้อยที่สุดไม่ได้ร้อยละ 8.8 เนื่องจากรู้สึกเป็นภาระและมาขอสงเคราะห์กับทางโรงพยาบาลสะดวกดีมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 3.5 และน้อยที่สุดไม่มีหลักฐานประกอบการทำร้อยละ 1.8

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยจำแนกตามการรู้จักบัตรประกันสุขภาพ และวิธีการได้มาซึ่งบัตรประกันสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6.1 ท่านรู้จักบัตรประกันสุขภาพโดยวิธีใด		
ทีวี วิทยุ / สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ	5	2.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	47	18.8
ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้นำชุมชน / อสม.แนะนำ	189	75.6
อื่นๆ ระบุไม่รู้จัก	9	3.6
6.2 วิธีการได้มาซึ่งบัตรประกันสุขภาพ		
ไปติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้	31	12.4
ผู้ใหญ่ / ผู้นำชุมชน / อสม. ทำให้	94	37.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้	68	27.2
อื่นๆ ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	57	22.8
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่รู้จักบัตรประกันสุขภาพจากผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน / อสม. แนะนำร้อยละ 75.6 รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 18.8 และน้อยที่สุดทีวี / วิทยุสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ร้อยละ 2.0

ในการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้นำชุมชน / อสม. ทำให้ร้อยละ 37.6 รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ร้อยละ 27.2 และน้อยที่สุดไปติดต่อไปเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ร้อยละ 12.4

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยนอกนี้มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยจำแนกตามการได้รับคำแนะนำในเรื่องการใช้บัตรประกันสุขภาพ และการทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรมาใช้ในครั้งต่อไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7.1 ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้บัตรประกันสุขภาพหรือไม่		
ได้รับ	179	100.0
ไม่ได้รับ	0	0
7.2 ครั้งต่อไปท่านจะไปติดต่อขอทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรมาใช้ได้หรือไม่		
ได้	199	79.6
ไม่ได้	41	16.4
โรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรไม่ออกให้	10	4.0
ไม่แน่ใจ	31	12.4
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่ ได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 100.00 ครั้งต่อไปส่วนใหญ่จะไปติดต่อทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรมาใช้ร้อยละ 79.6 และไม่ได้ร้อยละ 16.4 เนื่องจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรไม่ออกให้และไม่แน่ใจว่าจะไปติดต่อทำใบส่งตัวมาใช้ในครั้งต่อไป

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยจำแนกตามวิธีการดำเนินการเพื่อไม่ให้กลับมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยครั้งต่อไป และขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพควรจะเป็นอย่างไรในอนาคต

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
8.1 ท่านจะดำเนินการอย่างไรเพื่อไม่ให้กลับมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย		
ไปติดต่อขอทำบัตรประกันสุขภาพ	52	20.8
ไปติดต่อขอทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตร	179	71.6
ไม่ดำเนินการอะไรเลย	5	2.0
8.2 ท่านคิดว่าขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพควรจะเป็นอย่างไรในอนาคต		
ใช้ได้เลยโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว	189	75.6
ใบส่งตัวออกจากที่ไหนก็ได้	49	19.6
ใบส่งตัวออกจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรเท่านั้น	21	8.4
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ทำการศึกษ ส่วนใหญ่จะไปดำเนินการติดต่อขอทำใบส่งตัวออกจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรมาใช้ครั้งต่อไปร้อยละ 71.6 รองลงมาจะไปติดต่อขอทำบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 20.8 และน้อยที่สุด ไม่ดำเนินการอะไรเลย ร้อยละ 2.0

ในการศึกษาขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพควรจะเป็นอย่างไรในอนาคตนั้น ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าใช้ได้เลยโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว ร้อยละ 75.6 รองลงมาใบส่งตัวออกจากที่ไหนก็ได้ 19.6 และน้อยที่สุดใบส่งตัวควรออกจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรเท่านั้น ร้อยละ 8.4

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยจำแนกตามการได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพ ความพึงพอใจกับความรู้ที่ได้รับ และความพึงพอใจกับบริการสงเคราะห์ผู้ที่รายได้น้อย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
9.1 จากการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ครั้งนี้ ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพหรือไม่		
ได้รับ	223	89.2
ไม่ได้รับ	27	10.8
9.2 ท่านมีความพึงพอใจกับความรู้ที่ได้รับหรือไม่		
พอใจ	236	94.4
ไม่พอใจ	14	5.6
9.3 ในภาพรวมท่านคิดว่ามี ความพึงพอใจกับบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยหรือไม่		
พอใจ	248	99.2
ไม่พอใจ	2	0.8
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 9 พบว่า จากการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 89.2

ในด้านความพึงพอใจมีความพึงพอใจกับความรู้ที่ได้รับร้อยละ 94.4 และในภาพรวมผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจกับการบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 99.2

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่องหลักประกันสุขภาพ กับ การใช้บริการสงเคราะห์ ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา ผู้มารับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นการวิจัยเช่นปริมาณ (Rescarch) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาปัจจัย ที่ ทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทั้งๆ ที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการสงเคราะห์ที่ได้รับ
3. นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานการให้บริการสงเคราะห์ผู้ป่วยต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2546 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและมีการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 250 ราย และมีการปรับปรุงก่อนที่จะนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล จัดประชุมนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกจำนวน 6 คน เป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้เข้าใจความหมายหรือคำอธิบายของแบบสัมภาษณ์ และสามารถใช่แบบสัมภาษณ์ได้อย่างถูกต้อง หลังจากนั้นให้ทดลองเก็บข้อมูลจริงร่วมกับผู้วิจัยจนสามารถใช้แบบสัมภาษณ์ได้อย่างมั่นใจและไม่ผิดพลาด จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 เมษายน 2546 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์
2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS / PC และกำหนดสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.2 เพศหญิงร้อยละ 34.8 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 44.8 รองลงมาเป็นโสดร้อยละ 40.8 มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี และ 31 -40 ปีมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 26.4 มีอายุเฉลี่ย 37.36 ปี (S.D. 16.09) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 82.0 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 11.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 54.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 16.4 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 1,001 – 2,000 บาทร้อยละ 40.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน 3-5 คนร้อยละ 82.8

สำหรับการศึกษาด้านภูมิฐานะพบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่นร้อยละ 55.6 รองลงมาจังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 9.6 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 80.0 รองลงมาไม่มีบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 18.8

สาเหตุที่มาขอสงเคราะห์ ส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพแต่ไม่มีใบส่งตัว เนื่องจากลืมร้อยละ 31.2 ไม่มีบัตรประกันสุขภาพเนื่องจากไม่ทราบว่าจะไปทำที่ไหนร้อยละ 17.2 ด้านจำนวนครั้งที่มาขอสงเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 75.6 รองลงมาเป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 14.0

การศึกษาด้านการได้รับคำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 75.4 ด้านการไปติดต่อทำบัตรประกันสุขภาพมาใช้ในครั้งต่อไป ส่วนใหญ่จะไปติดต่อทำได้ ร้อยละ 91.2 รองลงมาไม่ได้ ร้อยละ 8.8 เนื่องจากรู้สึกเป็นภาระและมาขอสงเคราะห์กับทางโรงพยาบาลสะดวก

ส่วนใหญ่รู้จักบัตรประกันสุขภาพจากผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/อสม.แนะนำร้อยละ 75.6 โดยได้บัตรประกันสุขภาพมาจากผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ อสม. ทำให้เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 37.6 รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 27.2 ผู้ป่วยนอกที่ทำการรักษาทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพ ในครั้งต่อไปจะไปติดต่อขอทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรมาใช้ได้เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 79.6 รองลงมาไม่ได้ร้อยละ 16.4 เนื่องจากไม่แน่ใจ และโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรไม่ออกให้

การศึกษาด้านการดำเนินการเพื่อไม่ให้กลับมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยอีก ส่วนใหญ่จะไปติดต่อทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตร ร้อยละ 71.6 และส่วนใหญ่คิดว่าขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพในอนาคตควรจะใช้ได้เลย โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว ร้อยละ 75.6 รองลงมาใบส่งตัวออกจากที่ไหนก็ได้ ร้อยละ 19.6 ซึ่งจากการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่นในครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 89.2 และมีความพึงพอใจกับความรู้ที่ได้รับร้อยละ 94.4 ในภาพรวมผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจกับบริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับร้อยละ 99.2

อภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.2 สถานภาพสมรสร้อยละ 44.8% อายุอยู่ในช่วง 21 -30 ปีและ 31 – 40 ปี ร้อยละ 26.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 82.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 54.4 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001 – 2,000 บาท ร้อยละ 40.4 ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษพบว่าอยู่ในกลุ่มเศรษฐานะต่ำ มีรายได้น้อยจึงต้องมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ เพราะสามารถช่วยเหลือโดยการลดหย่อนหรือสงเคราะห์ค่ายาฟรีได้ ดังนั้นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นอกจากนี้ ปัจจัยในด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ยังเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรค ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรคให้มากขึ้น โดยผ่านสื่อต่างๆ ทั้งทางแผ่นพับ วิทยู โทรทัศน์ เป็นต้น เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ใช้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยเท่าเทียมกัน

นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าว ยังมีปัจจัยในด้านระบบการส่งต่อที่ยังไม่ชัดเจน ผู้รับบริการไม่ทราบว่าในการใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรคนั้นจะต้องดำเนินการขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตรมาใช้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดังนั้น การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการบัตรประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการไม่ต้องมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต่อไป

อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วผู้รับบริการที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย มีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และครั้งต่อไปส่วนใหญ่คิดว่าจะไม่กลับมาใช้บริการอีก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่จะไปดำเนินการในเรื่องของการใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรคให้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาความรู้ในด้านหลักประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรคให้ผู้รับบริการเพื่อให้มีความรู้ สามารถใช้ประโยชน์จากสิทธิที่ตนเองมีอยู่ได้อย่างถูกต้อง โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ วิทยู โทรทัศน์ เป็นต้น

2. จัดทำคู่มือเอกสาร / แผ่นพับเมื่อเผยแพร่ให้ผู้รับบริการทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรค

3. ในกรณีที่พบว่ายังมีผู้รับบริการมาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ดำเนินการประสานงาน กับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้ช่วยหรือผู้รับบริการให้ดำเนินการถูกต้องตามขั้นตอนของการใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรคต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท รักษาทุกโรค

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ของผู้รับบริการในระบบปกติ เพื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มาใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

บรรณานุกรม

- เทียนฉาย กิรินนท์. (2539). เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถฤดี เทพหัสดิน ณ อยุธยา. (2538). การประเมินโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้าน
การรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเลิศ ลิ้มทองกุล และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยโครงการประกันสุขภาพ.
- พนิตตา วงษ์แจ้ง. (2538). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
สังคม ผ่านอาสาสมัครเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการซื้อบัตรประกันสุขภาพของ
ประชาชน.
- พระสิทธิ์ คำวนิชศิลป์ และคณะ. (2544). การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์ การบรรลุเป้าหมาย
สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิตย์ ธีระตันติกานนท์ และคำรณ ไชยศิริ. (2539). ผลการดำเนินงานโครงการณรงค์ขยาย
หลักประกันสุขภาพสู่ประชาชน จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2539. รายงานการวิจัย.
ขอนแก่น: บริษัท เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- วไลยพรณ อภิวัชรางกูร. (2540). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการประกัน
สุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน.
- วรรณ ธานุภาไพศาล. (2538). พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ไม่มีหลักประกัน
ทางด้านสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตแพทยศาสตร์ (เวชศาสตร์ชุมชน)
คณะบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ, วัฒนา สุวรรณแสง, จันเจริญ, นพ.สุไรณ ศรีธรรมมา. (2539). รายงานการ
วิจัยประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดขอนแก่น. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2537). การประเมินผลการให้บริการทางการ
แพทย์แก่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ไม่มีหลักประกัน
ทางด้านสุขภาพ. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา).
- สมัย อากาภิรม. (2540). จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์
จำกัด.

- สุรางค์ พิลาสกุล. (2539). ความคิดเห็นของประชาชนต่อระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข) คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2540). คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.
- อดุลย์ ศรีนนทะ. (2540). ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. (2538). ระบบประกันสุขภาพ. วารสารคลินิก, 11(6), 413-422.
- เอี่ยมพร ประกอบ. (2540). ประสิทธิภาพของการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง พ.ศ. 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 6(3), 406-408.
- Orasa Kovindha. (1997). The social security health insurance model in Pattani, Thailand: health status and pattern of utilization (health care utilization). DAI-B 58/09,p. 4741. (from Healthsta, Mar 1998).

ภาคผนวก

**โครงการวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
กรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ดิक्ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**

1. **ชื่อโครงการ** โครงการวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ดิक्ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. **เจ้าของโครงการ** กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. **คณะผู้วิจัย**

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. นางไพลิน | ปรัชญคุปต์ |
| 2. นางสาววรรภา | สาโรจน์ |
| 3. นางสาวลัดดา | ศักดิ์เดชฤทธิ์ |
| 4. นางสุพาณี | ภูหนองโอง |

4. **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

5. **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทุกคนมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ บางครั้งอาจต้องเข้ารับบริการรักษา การดูแลสุขภาพและการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ก็เป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับทุกคน แต่บางครั้งเราก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยได้ การประกันสุขภาพจึงเป็นความจำเป็นอีกประการหนึ่งสำหรับทุกคน โดยเฉพาะประชาชนที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน เพราะการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนนั้น ย่อมเสียค่าใช้จ่าย หากจะให้รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายก็จะเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก หรือถ้าจะให้รัฐเป็นผู้สนับสนุน ให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดก็เป็นไปได้ยากเช่นกัน การใช้วิธีการประกันสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะรับรองได้ว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะทำให้ได้รับการรักษาตามความจำเป็น เหมาะสม และมีคุณภาพ มีความเท่าเทียมกันในการใช้บริการสุขภาพ โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นนโยบายที่รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือมีความมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบายก็สามารถไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำ รับบริการตรวจรักษา หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อเยียวยารักษาโรค โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัวเอง ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีการที่จะได้กำหนด นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จะให้แต่ละคนตามความจำเป็น ในระยะเร่งด่วน รัฐบาลจัดโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทยที่ยังไม่มีสิทธิใด ๆ เลยให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องเงินทอง ในระยะยาวรัฐบาลจะจัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันมีความมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งกรอบแนวคิดของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ "บริการสงเคราะห์" หรือ "บริการกึ่งสงเคราะห์" หรือ "บริการราคาถูก" หรือ "บริการที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า" เท่านั้น ตลอดทั้งไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนชาวไทยทุกคนและไม่ใช่ว่าการทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยขาดการปรับปรุงระบบบริหารจัดการ และไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

จากกรอบแนวคิดข้างต้น สรุปได้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิที่ประชาชนชาวไทยทุกคนควรได้รับโดยเท่าเทียมกันในด้านของการได้รับบริการสาธารณสุข หากแต่ยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้โดยเท่าเทียมกับบุคคลอื่น และต้องมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยให้ได้รับการบริการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้ง ๆ ไป ซึ่งจากปัญหาดังกล่าว ทำให้กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยประเด็นปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการสงเคราะห์ทั้ง ๆ ที่เป็นนโยบายของรัฐบาลที่สนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ดังนั้น กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ จึงได้ทำโครงการศึกษาวิจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้บริการกับผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกันต่อไป

6. วัตถุประสงค์

- 6.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทั้ง ๆ ที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 6.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการสงเคราะห์ที่ได้รับ
- 6.3 เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานการให้บริการสงเคราะห์ผู้ป่วยต่อไป

7. คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทั้ง ๆ ที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณลักษณะเป็นอย่างไร สาเหตุของการมาใช้บริการสงเคราะห์คืออะไรบ้าง

8. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มารับบริการสงเคราะห์ ณ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 250 คน

9. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 9.1 ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมาใช้บริการสงเคราะห์ที่กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 9.2 ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย
- 9.3 ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้บริการผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเดียวกันต่อไป

10. วิธีดำเนินการ

- 10.1 เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ
- 10.2 ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสร้างแบบสอบถาม
- 10.3 ทดลองใช้แบบสอบถามและปรับปรุงแก้ไข
- 10.4 เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย
- 10.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล
- 10.6 ลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

- 10.7 สรุปผลการวิจัย
- 10.8 จัดพิมพ์และเผยแพร่ผลการวิจัย

11. ขอบเขตการวิจัย

ผู้ป่วยที่มารับบริการสงเคราะห์ ณ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์

12. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2546 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2546

13. งบประมาณ (เบิกจ่ายจากงบประมาณของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น)

**แบบสัมภาษณ์หลักประกันสุขภาพใช้บริการสงเคราะห์ของผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

1. ชื่อ – สกุลผู้ป่วย
2. อายุ.....ปี
3. ที่อยู่ บ้านเลขที่ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....
4. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง ()
5. สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2.คู่ () 3.หย่าร้าง
() 4. ม่าย () 5.อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา () 1.ไม่ได้ศึกษา () 2.ประถมศึกษา () 3.มัธยมศึกษา/ ปวช.
() 4. อนุปริญญา/ ปวส. () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพหลักที่ใช้เวลามากที่สุด () 1.เกษตรกร () 2. รับจ้างทั่วไป
() 3. แม่บ้าน () 4. นักเรียน นักศึกษา () 5. ข้าราชการ () 6. นักบวช
() 7. ค้าขาย () 8. ไม่มีอาชีพ () 9. อื่นๆ ระบุ.....
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย.....บาท
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน
8. สิทธิการรักษา () 1. ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ () 2. มีบัตรประกันสุขภาพ
() 3. มีบัตรข้าราชการ () 4. มีบัตรประกันสังคม () 5. อื่นๆ ระบุ.....
9. จำนวนครั้งที่มาขอสงเคราะห์.....
10. สาเหตุที่มาขอสงเคราะห์ () 1. ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ให้ตอบข้อ 12 -14 และข้อ 21)
() 2. มีบัตรประกันสุขภาพแต่ไม่มีใบส่งตัว (ให้ตอบข้อ 15 – 22)
() 3. มีบัตรประกันสุขภาพแต่ไม่มีค่าธรรมเนียม 30 บาท () 4. บัตรหมดอายุ
() 5. อื่นๆ ระบุ.....
11. สาเหตุที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพเนื่องจาก () 1. ไม่ทราบว่าบัตรประกันสุขภาพคืออะไร
() 2. ไม่ทราบว่าไปทำที่ไหน () 3. ไม่มีหลักฐานประกอบการทำ
() 4. อื่นๆ ระบุ.....
13. มีใครให้คำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ () 1.มีระบุ..... () 2. ไม่มี

14. ครั้งต่อไปท่านคิดว่าจะไปติดต่อทำบัตรประกันสุขภาพได้หรือไม่
 () 1. ได้ เนื่องจาก
 () 2. ไม่ได้ เนื่องจาก
15. ท่านรู้จักบัตรประกันสุขภาพโดยวิธีการใด () 1. โทร วิทยุ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ
 () 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ () 3. ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้นำชุมชน/ อสม.แนะนำ
 () 4. อื่นๆ ระบุ.....
16. ท่านได้บัตรประกันสุขภาพมาได้อย่างไร () 1. ไปติดต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้
 () 2. ไปติดต่อผู้ใหญ่บ้านให้ทำ () 3. ไปทำเอง () 4. อื่นๆ ระบุ.....
17. สาเหตุที่ไม่มีใบส่งตัวเนื่องจาก () 1. โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงระบุในบัตรไม่ออกให้
 () 2. ลืม () 3. ไม่ทราบขั้นตอนการใช้บัตรประกันสุขภาพ
 () 4. อื่นๆ ระบุ
18. มีใครให้คำแนะนำเรื่องบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ () 1. มี ระบุ..... () 2. ไม่มี
19. ในครั้งต่อไปท่านจะทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อในบัตรมาได้หรือไม่
 () 1. ได้ เนื่องจาก
 () 2. ไม่ได้ เนื่องจาก
20. โดยภาพรวมท่านคิดว่ามีความพึงพอใจกับบริการสงเคราะห์หรือไม่
 () 1. พอใจ เพราะ
 () 2. ไม่พอใจ เพราะ
21. ท่านคิดว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อไม่ให้กลับมาใช้บริการสงเคราะห์ในครั้งต่อไป
 () 1. ไปติดต่อขอทำบัตรประกันสุขภาพ
 () 2. ไปติดต่อขอทำใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่มีชื่อระบุในบัตร
 () 3. อยู่เฉยๆ และกลับมาขอสงเคราะห์อีก
 () 4. อื่นๆ ระบุ
22. ท่านคิดว่าขั้นตอนในการใช้บัตรประกันสุขภาพควรเป็นอย่างไร
 () 1. ใช้ได้กับทุกโรงพยาบาลโดยไม่ต้องมีหนังสือส่งตัว
 () 2. ใบส่งตัวออกจากที่ไหนก็สามารถนำมาใช้ได้
 () 3. ใช้ได้เลยโดยไม่ต้องมีหนังสือส่งตัว
 () 4. อื่นๆ ระบุ

23. จากการมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในครั้งนี้ ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพหรือไม่
- () 1. ได้รับ
 - () 2. ไม่ได้รับ
24. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจกับความรู้ที่ได้รับหรือไม่
- () 1. พอใจ
 - () 2. ไม่พอใจ