

บทที่ 1

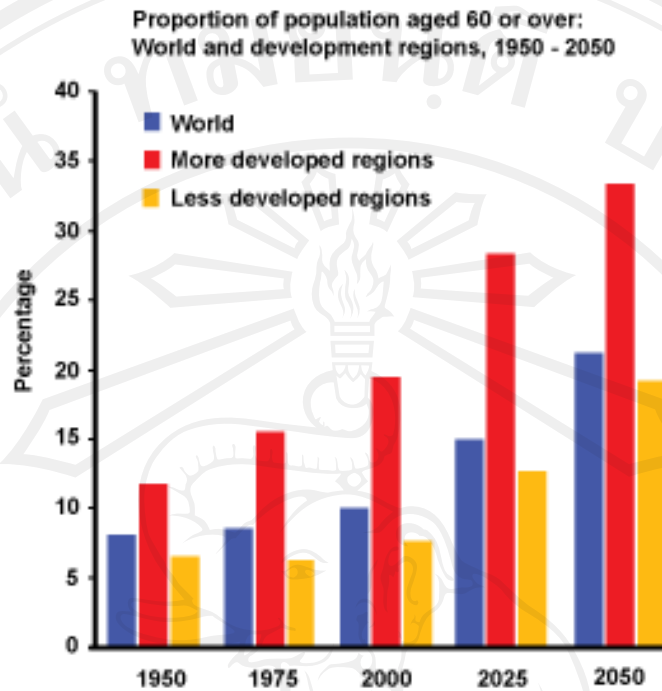
บทนำ

การศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา โรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ในส่วนบทแรกของงานวิจัยนี้ จะกล่าวถึงประเด็นสำคัญซึ่งนำไปสู่งานวิจัย ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) ที่มาและความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ของการศึกษา 3) ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา 4) ขอบเขตของการศึกษา 5) นิยามศัพท์ และ 6) โครงสร้างของงานวิจัย

1.1 ที่มาและความสำคัญ

“อโรคยา ปรมาลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” เราต่างเคยได้ยินมาตั้งแต่เด็ก แต่สุภาษิตไทยดังกล่าวจะบรรลุได้หรือไม่นอกจากขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของคนคนนั้นแล้ว ยังขึ้นอยู่กับ การบำรุงรักษา ยา เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เพราะสุขภาพร่างกายของคนเราเป็นสิ่งสำคัญที่เราต้องดูแลเอาใจใส่ การบำรุงดูแลร่างกายให้ดีให้แข็งแรงก็เพื่อที่จะสามารถเตรียมความพร้อมเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ เนื่องจากร่างกายจะอยู่กับเราไปจนถึงอายุขัย ฉะนั้นเราควรรักษาสุขภาพร่างกายของเราให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

การส่งเสริมและพัฒนาด้านสาธารณสุขมีผลเป็นอย่างมากต่อระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากมนุษย์เปรียบได้เป็นทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) หรือแรงงาน (Labors) ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการทางเศรษฐกิจ ประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจที่ดีจะส่งผลไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่ดีตามไปด้วย เพราะนักเศรษฐศาสตร์เชื่อว่า หากบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตใจที่พร้อมต่อการทำงานดำเนินการผลิต ผลผลิตที่ได้จะออกมาดีเช่นกัน ดังรูปภาพที่ 1.1 (Todaro and Smith, 2009)



รูปภาพที่ 1.1 แสดงการพยากรณ์เปรียบเทียบ ระบบสาธารณสุข ที่ทำให้ประชากร มีสุขภาพที่ดีทั่วโลก

ที่มา World Health Organization (2012)

ปัจจุบันทั่วโลกได้มีการตระหนักถึงระบบสวัสดิการสาธารณสุขที่รัฐจะสามารถจัดสรรให้กับประชาชน ได้มากที่สุดและระบบที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ “ระบบประกันสุขภาพ” (World Health Organization, 2012)

สำหรับประเทศไทยมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพมาตั้งแต่ พ.ศ.2488 โดยมีวิวัฒนาการแบบแยกส่วนสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่ม เช่น การประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มลูกจ้าง ในภาคเอกชน สำหรับลูกจ้างในภาครัฐ และสำหรับประชาชนทั่วไปที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ เช่น เกษตรกร ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และ ฯลฯ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น คุ่มครองเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน หรือเฉพาะในกรณีเกิดอุบัติเหตุจากรถ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีประชาชนไทยจำนวนหนึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ในส่วนที่มีหลักประกันสุขภาพก็ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ ประชาชนบางกลุ่มเกิดความไม่พอใจและรู้สึกด้อยศักดิ์ศรี โดยเฉพาะประชาชนที่มีสิทธิในระบบสงเคราะห์จำนวนมากซึ่งไม่มีหลักประกันในการคุ้มครองบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและขาดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและความเข้าใจที่จะใช้บริการอย่างสมเหตุสมผลและขาดอำนาจต่อรอง อีกทั้งยังพบว่าประชาชนส่วน

ใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย กล่าวคือ ประชาชนบางส่วนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลเองและประชาชนส่วนใหญ่เดือดร้อนเมื่อเจ็บป่วยทั่วไป แม้การเพิ่มรายได้ให้ประชาชนจะทำให้ยากแต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการลดรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยง เป็นการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในทางหนึ่ง ปัจจุบันพบว่าได้มีประชาชนจำนวนมากเป็นผู้ใช้บริการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2552)

1.1.1 แนวคิดของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ (Health Insurance) การประกันสุขภาพเป็นการเฉลี่ยภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลออกไปในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่างกัน เป็นการโอนอำนาจซื้อ (Purchasing Power) จากผู้ที่ไม่เจ็บป่วยไปยังผู้ที่เจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการประกันสุขภาพมีผลทำให้ความต้องการในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นกลไกทางการเงินอย่างหนึ่งที่จะกระจายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยให้มากที่สุด ซึ่งการประกันสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องคำนึงถึงปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น การที่บุคคลทำประกันสุขภาพก็เนื่องมาจากความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน (Uneven and Unpredictable Incidence of Illness) ทำให้ไม่สามารถคาดคะเนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น เงินออมของผู้เจ็บป่วยที่มีไว้อาจไม่ได้มีมากพอที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้น การประกันสุขภาพทำให้บุคคลมีหลักประกันที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและเป็นหลักประกันสำหรับแพทย์ด้วยว่าจะได้รับการชำระค่ารักษาพยาบาล (Klarman, 1963; Claxton,2002)

การประกันสุขภาพ (Health Insurance) นั้นคล้ายคลึงกับสินค้าและบริการทั่วไปที่ผู้บริโภคต้องการจะซื้อ อาจเป็นเพราะความพึงพอใจที่ได้รับจากหลักประกันสุขภาพ นั่นคือตราบไคที่ส่วนเกินของผู้บริโภคยังมากกว่าศูนย์ ผู้ประกันตนก็จะยังคงซื้อประกันสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม หากความเจ็บป่วยบางประเภททำให้ผู้ประกันตนไม่ได้ส่วนเกินของผู้บริโภคเลย ดังนั้นเขาจะไม่มีคามจำเป็นที่จะต้องซื้อประกันสุขภาพเพื่อที่จะชดเชยความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยประเภทนั้น (Folland et al.,1997)

การประกันสุขภาพ (Health Insurance) เป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk Pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกัน ผู้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน (Premium) ให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกัน ซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกที่ประสบความเสี่ยงนั้น เป็นการลดภาระความเสี่ยง

ของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มาก แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าเงินที่แต่ละคนจ่ายซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคนไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่โดยที่การประกันนั้นจะอยู่ได้ต้องขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกที่มากพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงได้ (สวาง นิตยารัมภ์พงศ์ และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์, 2544)

1.1.2 ลักษณะของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ 1) การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) 2) การประกันสุขภาพโดยบังคับ (Compulsory Health Insurance) และ 3) การประกันสุขภาพจากระบบภาษี (Tax-based Health Insurance) ซึ่งสามารถแยกอธิบายได้ดังนี้ (The World Health Organization, 2000; World Health Report, 2009)

1) การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คือ การที่ประชาชน มีความเต็มใจจะจ่ายค่าประกันสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันให้กับตนเองในด้านการรักษาพยาบาล โดยกิจกรรมดังกล่าวมีขึ้นเริ่มครั้งแรกในประเทศอังกฤษในราวปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 หลังจากมีการปฏิวัติอุตสาหกรรม เนื่องจากมีคนงานเพิ่มจำนวนมากขึ้น สุขภาพและสวัสดิการของคนงานเหล่านั้นอยู่ในสภาพที่ไม่ดีนัก คนงานเหล่านั้นจึงตั้งเป็นองค์กรต่าง ๆ เช่น Mutual Benefit Society, Sick Fund ,หรือ Friendly Society เพื่อเก็บเงินบริจาคจากสมาชิกเป็นกองทุนและให้ความช่วยเหลือสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิก ในระยะแรกสมาชิกได้รับการช่วยเหลือในรูปของตัวเงิน (Cash Benefit) ต่อมาช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลโดยตรง (Service Benefit) โดยที่องค์กรได้จ้างแพทย์ในฐานะลูกจ้างกองทุนเป็นผู้ให้บริการแก่สมาชิกจึงทำให้แพทย์ไม่พอใจสถานภาพตนเอง ในระยะต่อมา เกิดสมาคมแพทย์ (Medical Association) เพื่อปรับปรุงฐานะตนเองและแยกตัวเป็นอิสระ

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คือ การที่ผู้บริโภคมีความเต็มใจที่จะจ่ายเงินในการประกันสุขภาพให้กับตนเอง ซึ่งการริเริ่มการประกันสุขภาพ โดยสมัครใจนั้นมีหลายแบบ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การประกันสุขภาพโดยการริเริ่มของผู้ป่วย (Consumer Sponsored Health Insurance)

การประกันสุขภาพชนิดนี้ หมายถึง การที่ผู้บริโภครวมตัวกันเพื่อรวมกลุ่มทำการประกันสุขภาพ โดยจ้างคณะแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลเข้ามาอยู่ในสังกัดองค์กร

ตัวเองเพื่อทำการรักษาพยาบาลสมาชิกผู้เจ็บป่วย เช่น การรวมตัวของกรรมกรในโรงงานอุตสาหกรรมในยุโรปดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

2. การประกันสุขภาพโดยการริเริ่มของแพทย์ (Doctor Sponsored Health Insurance)
ซึ่งหมายถึง การประกันสุขภาพเนื่องจากการรวมตัวของแพทย์เพื่อให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้บริโภครวม ซึ่งยอมเสียค่ารักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและไม่คิดมูลค่าเมื่อเจ็บป่วย การประกันสุขภาพประเภทนี้แพทย์เป็นผู้ผูกขาดและได้ประโยชน์อย่างมาก ผู้บริโภคเป็นผู้เสียเปรียบ

2) การประกันสุขภาพโดยการบังคับ (Compulsory Health Insurance)

การประกันสุขภาพโดยการบังคับเป็นการประกันสุขภาพ ที่รัฐมีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนประกันสุขภาพตนเอง เริ่มครั้งแรกในประเทศเยอรมันในราว ค.ศ. ที่ 18 โดยออกเป็นกฎหมายว่าข้าราชการทุกคนต้องประกันสุขภาพ ต่อมา ค.ศ. 1883 รัฐบาลได้บังคับให้ประชาชนทุกคนต้องประกันสุขภาพและถือเป็นโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) เหตุที่รัฐสนับสนุนการประกันสุขภาพบังคับ เนื่องจากโรคร้ายไข้เจ็บเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน (Uncertainty) และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมานอกจากจะต้องหยุดงานแล้วอาจเป็นพาหะนำเชื้อโรคแพร่กระจายและมีผลกระทบต่อภายนอก (Externality) ในที่สุด เช่น ถ้าไม่รับการรักษาพยาบาลจะทำให้ติดต่อก่อหรือเป็นภาระต่อสังคมต่อไป

3) การประกันสุขภาพจากระบบภาษี (Tax-based Health Insurance)

การประกันสุขภาพจากระบบภาษี หรือ Beveridge Model เป็นรูปแบบที่เน้นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่ถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิโดยชอบ และรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ โดยเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพโดยใช้เงินภาษีอากรเป็นแหล่งทุนหลัก ภายหลังที่ประเทศอังกฤษได้พยายามนำหลักประกันสุขภาพชนิดนี้มาบังคับมาใช้เพื่อต้องการช่วยเหลือชนชั้นแรงงาน แต่ในที่สุดระบบสาธารณสุขของอังกฤษได้เปลี่ยนเป็นบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS หรือ Beveridge Model) คือรัฐบาลบริการรักษาฟรีแก่ประชาชน โดยประชาชนจ่ายค่าตอบแทนแก่รัฐบาลในรูปแบบภาษี

1.1.3 รูปแบบของการประกันสุขภาพ

รูปแบบของการประกันสุขภาพมีหลากหลายรูปแบบ ตามแบบสากลนิยมได้จำแนกประเภทของรูปแบบการประกันสุขภาพเป็น 4 รูปแบบ ซึ่งสามารถที่จะสรุปใจความสำคัญได้ดังต่อไปนี้ (Physicians for a National Health Program, 2010)

1) การประกันสุขภาพจากระบบภาษี (The Beveridge Model)

การประกันสุขภาพด้วยวิธีการนี้ถูกคิดค้นโดยวิลเลียมเบเวอริจ (William Beveridge) ผู้ออกแบบระบบหลักการประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ โดยในระบบนี้การให้บริการทางด้านสุขภาพและระบบการเงินจะถูกจัดการโดยรัฐบาลผ่านระบบการจ่ายภาษีโดยที่โรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ถูกบริหารงานโดยรัฐบาล ระบบการประกันสุขภาพแบบเบเวอริจช่วยลดค่าใช้จ่ายต่อคนในการรักษาพยาบาลเนื่องจากรัฐบาลเข้ามาควบคุมการทำงานของผู้ให้บริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่าย ประเทศที่ใช้การประกันสุขภาพจากระบบภาษี ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สเปน ประเทศส่วนใหญ่แถบสแกนดิเนเวีย นิวซีแลนด์ และฮ่องกง

2) การประกันสุขภาพแบบบังกัม (The Bismarck Model)

การประกันสุขภาพด้วยวิธีการนี้ถูกคิดค้นโดย ปรืชเชล ซางซิลออร์ออดโต วอน บิสมาร์ก (Prussian Chancellor Otto Von Bismarck) ผู้คิดค้นระบบรัฐสวัสดิการในเยอรมนีช่วงศตวรรษที่ 19 ระบบนี้มีการร่วมกันทางการเงินระหว่างนายจ้างและลูกจ้างผ่านระบบการตัดจากบัญชีเงินเดือน โดยที่ระบบบิสมาร์กนั้นครอบคลุมผู้รับประกันทุกคน และไม่ใช่องค์กรแสวงหากผลกำไร บุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเอกชน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ ญี่ปุ่น เยอรมนี ฝรั่งเศส เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ และประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา

3) รูปแบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Insurance Model)

ระบบนี้เป็นการนำเอาระบบประกันสุขภาพจากระบบภาษีและระบบประกันสุขภาพแบบบังกัมมาใช้รวมกัน คือ เป็นระบบที่รัฐออกกฎหมายให้หักจากภาษีเงินได้ของประชาชน โดยมีภาคเอกชนทำหน้าที่ให้บริการ ภาครัฐจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายให้กับประชาชนทุกคน ระบบการประกันสุขภาพระบบนี้ไม่ต้องใช้กลยุทธ์ทางการตลาด และไม่แสวงหากผลกำไร ระบบการประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เน้นการใช้จ่ายน้อยซึ่งแต่เดิมนั้นระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทดลองใช้ในแคนาดา ได้แพร่หลายไปยัง ไต้หวันและเกาหลีใต้

4) รูปแบบระบบรายจ่ายจากบุคคล (The Out-of-pocket Model)

เป็นรูปแบบของการประกันสุขภาพด้วยตนเอง ผู้รับบริการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งมีเพียงเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศอุตสาหกรรมราว 40 ประเทศจาก 200 กว่าประเทศทั่วโลกที่มีการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพนี้ (Saha, 2011; วิวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 2553)

1.1.4 องค์ประกอบในระบบประกันสุขภาพ

ในระบบประกันสุขภาพที่ดี ข้อมือองค์ประกอบ ที่ช่วยผลักดันให้ระบบสามารถดำเนินการให้บริการต่อไปได้ หากพิจารณาจากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดระบบประกันสุขภาพนั้น

สามารถแบ่งองค์ประกอบได้เป็น 4 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) ประชาชนหรือผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครอง (The Insured) หรือผู้รับบริการซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบประกันสุขภาพ 2) ผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ (Provider) ซึ่งหมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนที่มารักษาพยาบาล 3) องค์กรประกันหรือผู้จ่าย (Insurance Body, Payer) ทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน และ 4) รัฐหรือองค์กรวิชาชีพที่ดูแล (Government or Professional Body) เช่น กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2551)

1.1.5 ข้อได้เปรียบของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ย่อมตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคในสังคม ที่แตกต่างกันออกไป การที่ระบบประกันสุขภาพยังคงอยู่ได้ในสังคม ได้รับการตอบรับที่ดีจากประชาชน นั้นย่อมแสดงให้เห็นถึงการที่ประชาชนเล็งเห็นถึง ประโยชน์ของการประกันสุขภาพ ซึ่งข้อได้เปรียบของการประกันสุขภาพนั้นแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้ (Saha, 2011)

1) ระดับบุคคล

การประกันสุขภาพ สามารถลดความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการได้รับโรค (Contracting Diseases) และความรุนแรง ของการเจ็บป่วย (Severity of Illness) โดยสามารถเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายที่อีกทั้งเป็นลดการแพร่ระบาดของเชื้อโรค เกิดการลุกลามของบาดแผล และอาการเจ็บป่วยได้ ในด้านค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล (Medical Expenditure) ผู้ป่วยไม่ต้องมีความกังวลใจ ในเรื่องของการรักษาพยาบาล ที่มีราคาสูงเกินกำลัง

2) ระดับสังคม

การประกันสุขภาพสามารถลดความไม่เป็นธรรม (Inequity) ทางสังคมไม่สามารถเลือกบริการเฉพาะเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ผู้บริโภคในทุกระดับสามารถเข้าถึง รวมทั้งในการด้านจ่ายเงิน (Financial Distribution) ภายในโครงการ เป็นการกระจายงบประมาณภายใต้โครงการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง ในการเข้าถึงและการใช้บริการ (Access and Utilization) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการ และสามารถใช้บริการทางการแพทย์ผ่านการประกันสุขภาพเทียบเท่าหรือใกล้เคียงการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป

1.1.6 ข้อเสียเปรียบของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพนอกจากคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลบุคคลที่อยู่ในระบบแล้ว ยังก่อให้เกิดความเสียเปรียบทั้งในระดับบุคคล และสังคมตามมา บางครั้งก็ถูกมองข้ามความสำคัญของข้อเสียเปรียบเหล่านี้ โดยที่ข้อเสียเปรียบของการประกันสุขภาพสามารถสรุปได้ดังนี้ (Saha, 2011)

1) ระดับบุคคล

ในการทำประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้รับประกัน มีแนวโน้มที่จะเลือก ผู้เอาประกันที่มีความเสี่ยงน้อย (Risk Selection) ทั้งในระดับของอาการเจ็บป่วย และรายได้ ทำให้ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการ ไม่สามารถเข้าระบบประกันได้ การประกันสุขภาพบางประเภทยังไม่ครอบคลุมต่ออาชีพเกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระ

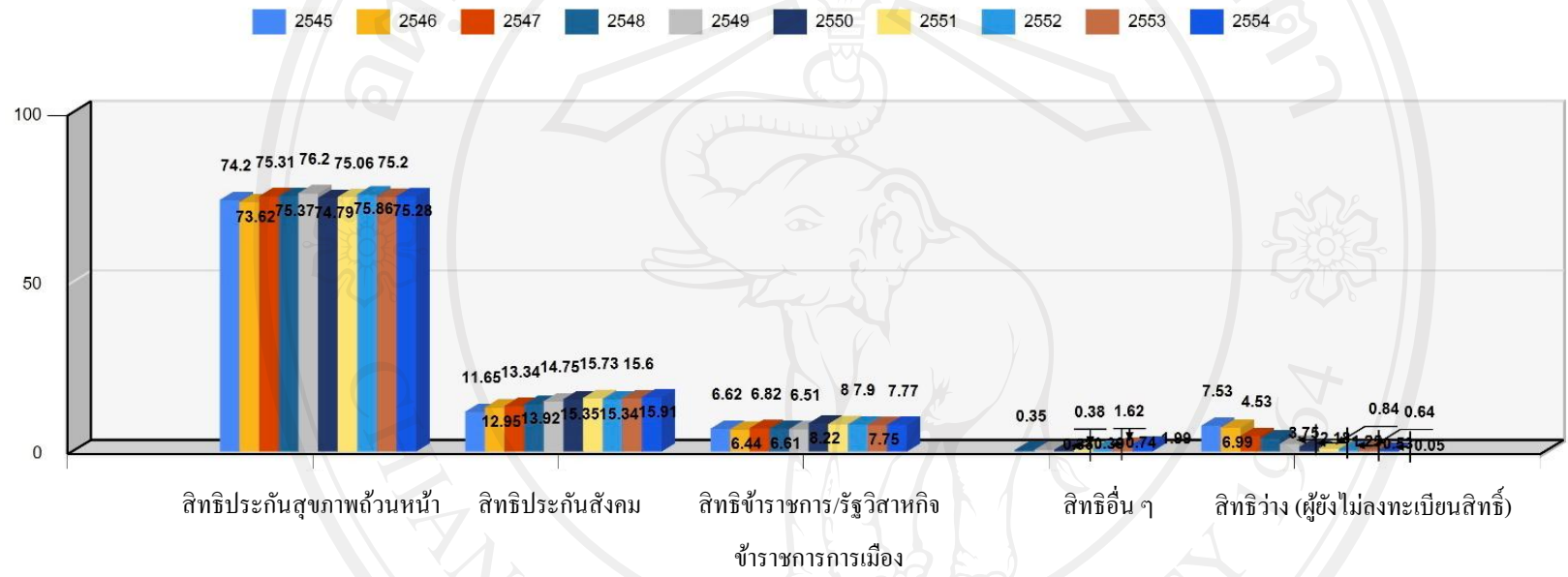
2) ระดับสังคม

การประกันสุขภาพนั้น มีค่าบริหารจัดการสูงและมีความไม่แน่นอนของงบประมาณ จากการแบ่งสัดส่วนงบประมาณกับกระทรวงอื่น ๆ บางครั้งถูกการเมืองแทรกแซงได้ง่ายโดยผ่านนโยบายของรัฐบาลนั้น ๆ และขาดประสิทธิภาพด้านการดำเนินการของบุคลากร และให้บริการประชาชนของระบบราชการ

1.1.7 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

จากรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่สามารถได้รับการสุขภาพที่มีมาตรฐาน อย่างเสมอภาคด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยมีภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธิ นั้น (สถาบันวิจัยสุขภาพ, 2544)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็น “สิทธิ” ขึ้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่กำหนดว่าประชาชนไทยมีสิทธิเสมอกันในการได้รับการสาธารณสุข ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องเป็นหลักประกันที่ให้ประชาชนทุกคนเชื่อมั่นและมั่นใจได้ว่าตนจะสามารถเข้าถึงระบบการบริการ อีกทั้งคนในสังคมทุกระดับสามารถเข้ารับบริการได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ (แสวงบุญเฉลิมวิภาส, 2545)



รูปภาพที่ 1.2 แสดงการครอบคลุมสิทธิระบบประกันสุขภาพของประชาชนไทย
ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555)

ตารางที่ 1.1 ความครอบคลุมของการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย
(ร้อยละ) พ.ศ. 2545 - 2554¹

สิทธิประโยชน์	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
สิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	74.2	73.62	75.31	75.37	76.2	74.79	75.06	75.86	76.2	76.28
สิทธิประกันสังคม	11.65	12.95	13.34	13.92	14.75	15.35	15.73	15.34	15.6	15.91
สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ ทางการเมือง	6.62	6.44	6.82	6.61	6.51	6.22	8.79	7.75	-	7.77
สิทธิอื่น ๆ	-	-	-	0.35	0.36	0.38	0.39	0.74	1.62	1.99
สิทธิว่าง (ผู้ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ)	7.53	6.99	4.53	3.75	2.19	1.25	0.84	0.83	0.64	0.05

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555)

1) รูปแบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลอยู่หลายระบบ (Pluralistic) ระบบที่สำคัญ ได้แก่ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; ความมงคลสมัย และคณะ, 2546)

1. ระบบสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องการช่วยเหลือเกื้อกูลที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันนี้ได้มีการขยายสู่ประชาชนทั่วไปและกำหนดผู้มีสิทธิในระบบนี้มากขึ้น เช่น 30 บาทรักษาทุกโรค
2. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รับผิดชอบโดยกระทรวงการคลังและรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง
3. ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน รับผิดชอบโดยสำนักงานประกันสังคม และ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถกระทรวงพาณิชย์รับผิดชอบ โดยมีเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเก็บเบี้ยประกัน
4. ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ได้แก่ ประกันสุขภาพเอกชน รับผิดชอบโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน

¹ ข้อมูลล่าสุด ณ ปัจจุบัน

จากข้อมูลดังกล่าวมา สรุปได้ว่า ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระบบ ซึ่งแต่ละระบบมีความแตกต่างกัน เช่น อาชีพ และความสมัครใจ เป็นต้น

สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยนั้นจัดอยู่ในรูปแบบระบบสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูลโดยที่รัฐได้กำหนดว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชาชนทุกคนที่มีสัญชาติไทยและมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก (โรงพยาบาลกลาง, 2554) เมื่อแบ่งตามเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข สามารถจำแนกได้ตามตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ความครอบคลุมของการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยแบ่งตามเขต (ล้านคน) พ.ศ. 2554 – 2556

เขต	2554	2555	2556
เขต 1 สำนักงาน เชียงใหม่	4,191,962	4,230,738	4,242,504
เขต 2 สำนักงาน พิษณุโลก	2,623,663	2,649,881	2,664,232
เขต 3 สำนักงาน นครสวรรค์	2,324,720	2,337,692	2,341,562
เขต 4 สำนักงาน สระบุรี	3,151,062	3,229,846	3,264,673
เขต 5 สำนักงาน ราชบุรี	3,760,932	3,818,280	3,843,103
เขต 6 สำนักงาน ระยอง	3,781,785	3,884,855	3,932,658
เขต 7 สำนักงาน ขอนแก่น	3,812,886	3,835,316	3,840,570
เขต 8 สำนักงาน อุดรธานี	4,325,109	4,345,404	4,355,119
เขต 9 สำนักงาน นครราชสีมา	5,105,436	5,139,396	5,143,131
เขต 10 สำนักงาน อุบลราชธานี	3,557,489	3,573,542	3,575,371
เขต 11 สำนักงาน สุราษฎร์ธานี	3,457,512	3,505,986	3,530,016
เขต 12 สำนักงาน สงขลา	3,890,766	3,961,117	3,995,490
เขต 13 สำนักงาน กรุงเทพมหานคร	3,639,185	3,859,248	3,885,192
กรมแพทยทหาร	63,060	70,699	76,348
รวม	47,685,567	48,442,000	48,689,963

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคเหนือ (เขต 1-3) มีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศรองมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มที่จะมีผู้ขอรับสิทธิเพิ่มขึ้นอีก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลประชาชนที่มีสิทธิในภาคเหนือแต่ละปีจากตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 ความครอบคลุมของการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน
ในเขตภาคเหนือ (ล้านคน) พ.ศ. 2554 – 2556

จังหวัด	2554	2555	2556
เชียงราย	913,685	924,371	928,684
เชียงใหม่	1,188,214	1,203,289	1,208,446
แม่ฮ่องสอน	203,757	203,852	204,092
ลำพูน	299,626	299,692	298,736
ลำปาง	537,280	542,523	542,497
พะเยา	359,818	363,741	366,426
แพร่	334,920	336,824	336,644
น่าน	354,662	356,447	356,979
ตาก	434,283	438,316	441,622
กำแพงเพชร	554,585	560,547	563,878
นครสวรรค์	841,506	845,437	846,189
อุทัยธานี	255,054	256,443	256,695
อุตรดิตถ์	334,898	336,410	338,027
พิษณุโลก	631,620	644,096	649,736
สุโขทัย	465,170	465,987	467,738
เพชรบูรณ์	757,692	765,073	767,109
พิจิตร	420,018	422,238	421,570
รวม	8,886,789	8,965,384	8,995,068

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นทราบได้ว่าระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกันสุขภาพเป็นส่วนสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย คนในทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการและได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ประชาชนจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงเนื่องจากหันมาใส่ใจสุขภาพโดยปราศจากภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจึงส่งผลให้มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี พร้อมทั้งจะออกไปทำงานสร้างสรรค์เศรษฐกิจไทยให้เจริญต่อไป สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยยังมีผู้ศึกษาอยู่น้อย โดยเฉพาะภาคเหนือของประเทศไทยซึ่งมีประชากรทั้งหมด 12,243,685 คน เป็นผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด 8,995,068 คน คิดเป็นร้อยละ 72.21 ของทั้งหมด ซึ่งถือว่ามี

จำนวนผู้มีสิทธิในการประกันสุขภาพที่มากที่สุดในภาคเหนือและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการทั้งสิ้น 211 แห่ง ดังตารางที่ 1.4

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)

จังหวัด	รัฐในสธ. ² (สังกัด สป. ³)	รัฐนอก สธ.	รัฐนอก สธ. (อปท. ⁴)	เอกชน
เชียงราย	รพศ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ⁵ รพช.เทิง ⁶ รพช.พาน รพช.ป่าแดด รพช.แม่จัน รพช.เชียงแสน รพช.แม่สาย รพช.แม่สรวย รพช.เวียงป่าเป้า รพช.พญาเมืองราย รพช.เวียงแก่น รพช.ขุนตาล รพช.แม่ฟ้าหลวง รพช.แม่ลาว รพช.เวียงเชียงรุ้ง รพธ.เชียงของ ⁷ รพ.สมเด็จพระญาณสังวร ⁸	รพ.ค่ายเมืองรามหาราช รพ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง		

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

² สธ. คือ กระทรวงสาธารณสุข

³ สป. คือ สำนักงานประกันสังคม

⁴ อปท. คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

⁵ รพศ. คือ โรงพยาบาลศูนย์

⁶ รพช. คือ โรงพยาบาลชุมชน

⁷ รพธ. คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

⁸ รพ. คือ โรงพยาบาล

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)
(ต่อ)

จังหวัด	รัฐในสร. (สังกัด สป.)	รัฐนอก สร.	รัฐนอก สร. (อปท.)	เอกชน
เชียงใหม่	รพท.นครพิงค์ รพช.จอมทอง รพช.แม่แจ่ม รพช.เชียงดาว รพช.ดอยสะเก็ด รพช.แม่แตง รพช.สะเมิง รพช.ฝาง รพช.แม่อาย รพช.พร้าว รพช.สันป่าตอง รพช.สันกำแพง รพช.สันทราย รพช.หางดง รพช.สอด รพช.ดอยเต่า รพช.อมก๋อย รพช.สารภี รพช.เวียงแหง รพช.ไชยปราการ รพช.แม่วาง รพช.แม่ออน รพช.ดอยหล่อ รพช.วัดจันทร์ เฉลิมพระเกียรติ	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	รพ.เทศบาลนครเชียงใหม่ ศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง	รพ.ช้างเผือก รพ.เซ็นทรัลเชียงใหม่ เมมโมเรียล รพ.รวมแพทย์ รพ.ใกล้หมอ รพ.สยามราษฎร์เชียงใหม่
แม่ฮ่องสอน	รพท.ศรีสังวาลย์ รพช.ขุนยวม รพช.ปาย รพช.แม่สะเรียง รพช.แม่ลาน้อย รพช.สบเมย รพช.ปางมะผ้า			

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)
(ต่อ)

จังหวัด	รัฐในสห. (สังกัด สป.)	รัฐนอก สห.	รัฐนอก สห. (อปท.)	เอกชน
ลำพูน	รพท.ลำพูน ^๑ รพช.แม่ทา รพช.บ้านโฮ่ง รพช.ลี่ รพช.ทุ่งหัวช้าง รพช.ป่าซาง รพช.บ้านธิ รพ.เวียงหนองล่อง		ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน	รพ.ศิริเวชลำพูน
ลำปาง	รพศ.ลำปาง รพช.แม่เมาะ รพช.เกาะคา รพช.เสริมงาม รพช.งาว รพช.แจ้ห่ม รพช.วังเหนือ รพช.เถิน รพช.แม่พริก รพช.แม่ทะ รพช.สบปราบ รพช.ห้างฉัตร รพช.เมืองปาน	รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี		
พะเยา	รพท.พะเยา รพท.เชียงคำ รพช.จุน รพช.เชียงม่วน รพช.ดอกคำใต้ รพช.ปง รพช.แม่ใจ	รพ.ค่ายขุนเจืองธรรมิกราช ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัย นเรศวรพะเยา		

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

^๑ รพท. คือ โรงพยาบาลทั่วไป

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)
(ต่อ)

จังหวัด	รัฐในสร. (สังกัด สป.)	รัฐนอก สร.	รัฐนอก สร. (อปท.)	เอกชน
แพร่	รพท.แพร่ รพช.ร้องกวาง รพช.ลอง รพช.สูงเม่น รพช.สอง รพช.วังชิ้น รพช.หนองม่วงไข่ รพร.สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย			
น่าน	รพท.น่าน รพช.แม่จริม รพช.บ้านหลวง รพช.นาน้อย รพช.ท่าวังผา รพช.เวียงสา รพช.ทุ่งช้าง รพช.เขียงกลาง รพช.นาหมื่น รพช.สันติสุข รพช.บ่อเกลือ รพช.สองแคว รพร.ปัว รพช.เฉลิมพระเกียรติ	รพ.ค่ายสุริยพงษ์		
ตาก	รพท.สมเด็จพระเจ้าตากสิน มหาราช รพท.แม่สอด รพช.บ้านตาก รพช.สามเงา รพช.แม่ระมาด รพช.ท่าสองยาง รพช.พบพระ รพช.อุ้มผาง	รพ.ค่ายวชิรปราการ	เทศบาลตำบลแม่สอด	

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)
(ต่อ)

จังหวัด	รัฐในสห. (สังกัด สป.)	รัฐนอก สห.	รัฐนอก สห. (อปท.)	เอกชน
กำแพงเพชร	รพท.กำแพงเพชร รพช.ทุ่งโพธิ์ทะเล รพช.ไทรงาม รพช.คลองลาน รพช.ขาณุวรลักษบุรี รพช.คลองขลุง รพช.พราณกระต่าย รพช.ลานกระบือ รพช.ทรายทองวัฒนา รพช.ปางศิลาทอง รพช.บึงสามัคคี			
นครสวรรค์	รพศ.สวรรค์ประชารักษ์ รพช.โกรกพระ รพช.ชุมแสง รพช.หนองบัว รพช.บรรพตพิสัย รพช.เก้าเลี้ยว รพช.ตากสิน รพช.ท่าตะโก รพช.ไพศาลี รพช.พยุหะคีรี รพช.ลาดยาว รพช.ตากฟ้า รพช.แม่วงก์	รพ.ค่ายจิรประวัติ รพ.กอบบิง4	คลินิกชุมชนอบอุ่น เทศบาลเมืองชุมแสง	รพ.ร่วมมิตร เรือพระร่วงคลินิกเวช กรรม สาขามาตุลี
อุทัยธานี	รพท.อุทัยธานี รพช.ทัพทัน รพช.สว่างอารมณ์ รพช.หนองฉาง รพช.หนองขาหย่าง รพช.บ้านไร่ รพช.ลานสัก รพช.ห้วยคด			

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)
(ต่อ)

จังหวัด	รัฐในสห. (สังกัด สป.)	รัฐนอก สห.	รัฐนอก สห. (อปท.)	เอกชน
อุดรธานี	รพศ.อุดรธานี รพช.ตรอน รพช.ท่าปลา รพช.น้ำปาด รพช.ฟากท่า รพช.บ้านโลก รพช.พิชัย รพช.ลับแล รพช.ทองแสนขัน	รพ.ค่ายพิชัยดาบหัก		
พิจิตร	รพศ.พุทธชินราช รพช.ชาติตระการ รพช.บางระกำ รพช.บางกระทุ่ม รพช.พรหมพิราม รพช.วัดโบสถ์ รพช.วังทอง รพช.เนินมะปราง รพ.นครไทย	รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวร รพ.กองบิน 46 รพท.มหาวิทยาลัยนเรศวร	ศูนย์สุขภาพชุมชน ประจำอุทิส	
สุโขทัย	รพ.สุโขทัย รพ.ศรีสวรรค์สุโขทัย รพช.บ้านด่านลานหอย รพช.คีรีมาศ รพช.กงไกรลาส รพช.ศรีสำริด รพช.สวรรคโลก รพช.ศรีนคร รพช.ทุ่งเสลี่ยม			

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

ตารางที่ 1.4 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จังหวัด)
(ต่อ)

จังหวัด	รัฐในสห. (สังกัด สป.)	รัฐนอก สห.	รัฐนอก สห. (อปท.)	เอกชน
เพชรบูรณ์	รพท.เพชรบูรณ์ รพช.ชนแดน รพช.หล่มสัก รพช.วิเชียรบุรี รพช.ศรีเทพ รพช.หนองไผ่ รพช.บึงสามพัน รพช.น้ำหนาว รพช.วังโป่ง รพช.เขาค้อ รพช.หล่มเก่า	รพ.ค่ายพยุคนครเมือง		
พิจิตร	รพท.พิจิตร รพช.วังทรายพูน รพช.โพธิ์ประทับช้าง รพช.บางมูลนาก รพช.โพทะเล รพช.สามง่าม รพช.ทับคล้อ รพช.ตะพานหิน รพช.วชิรบรรมี			

ที่มา สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

จากข้อมูลข้างต้นทั้งจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เพิ่มขึ้น และจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวนมากนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจสอบ ประสิทธิภาพและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถรองรับความต้องการต่อผู้รับบริการได้ (สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใต้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือเพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้บริหารส่วน ราชการ โรงพยาบาล องค์กรต่าง ๆ และผู้ที่สนใจ สามารถนำข้อมูลและผลที่ได้นำไปปรับปรุงและ พัฒนาโครงการต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตภาคเหนือของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตภาคเหนือของประเทศไทย

1.3 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่ต้องการศึกษาการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกอบการศึกษา
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในเขตภาคเหนือ โดยการวิจัยในครั้งนี้มีแผนที่จะเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 จังหวัดภาคเหนือ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดเป็นข้อมูลปฐมภูมิที่ได้มาจากการเก็บแบบสอบถาม โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากโรงพยาบาลรัฐในเขตภาคเหนือ

1.5 นิยามศัพท์

งานวิจัยฉบับนี้ได้กำหนดนิยามศัพท์ในบางคำเพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายของศัพท์เพื่อการศึกษาการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย (Patient) หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บและจำเป็นต้องได้รับการรักษา ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกได้ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555)

ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยไม่เรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง สามารถตรวจได้โดยไม่มีภาวะอันตรายต่อชีวิต (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555)

ผู้ป่วยใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่เคยมา
รับการตรวจรักษา แต่ไม่ได้มาติดต่อกับทางโรงพยาบาลเกิน 5 ปีขึ้นไป เมื่อต้องการมาใช้บริการ
โรงพยาบาล ต้องทำทะเบียนประวัติตรวจโรคใหม่ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
2555)

ผู้ป่วยเก่า หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและได้มาติดต่อกับโรงพยาบาล
ภายใน 5 ปี เมื่อต้องการมาใช้บริการไม่ต้องทำทะเบียนประวัติตรวจโรคใหม่ แต่ต้องมายื่น
ลงทะเบียนทุกครั้งเมื่อมาใช้บริการ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555)

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทุกชนิดภายใน 24 ชั่วโมงผู้ป่วย
หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะการ
อ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างทันทีทันใดผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อคผู้ป่วยหายใจลำบากผู้ป่วยชัก (ภายใน
24 ชั่วโมง) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บอก คล้ายอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน
มีใจสั่นมาก หรือมีการเต้นของหัวใจผิดปกติผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่าย
ปัสสาวะหรืออุจจาระออกมาเป็นเลือดสด ๆ เป็นต้นผู้ป่วยได้รับสารพิษ สารเคมีหรือได้รับยาเกิน
ขนาดมีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย เช่น เศษอาหารติดคอ ก้างปลาติดคอมีภาวะทางจิตเฉียบพลัน
หรืออยู่ในภาวะก้าวร้าวมากมีภาวะความไม่สุขสบายหรือมีความเจ็บปวดมากเด็กหรือหญิงที่ถูก
กระทำอนาจารทางเพศ เด็กที่ถูกละเลย เพิกเฉย ไม่ดูแลหรือกระทำทารุณต่อเด็ก (Child Abuse โดย
นับอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี) ผู้ป่วยคดี เช่น ผู้ที่ตำรวจพามาเพื่อต้องการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์
ในกระแสเลือด ผู้ป่วยต้องสงสัยที่ตำรวจต้องการตรวจหาเข็ม่าดินปืน เป็นต้นผู้ป่วยเด็กที่มีไข้สูง
เสี่ยงต่อการชัก (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555)

ผลกระทบต่อภายนอก (Externality) หมายถึง ผลกระทบต่อกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง
กับธุรกรรมทางเศรษฐศาสตร์ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้ (กรกรณ์ ชีวะตระกูลพงษ์, 2551)

ผลกระทบภายนอกทางบวก (Positive Externality) หมายถึง ผลพลอยได้จากกิจกรรม
หนึ่ง ๆ ที่มีผลกระทบด้านบวกหรือผลดีต่อคนรอบข้าง เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ตรวจสอบอัคคีภัยจะ
ก่อให้เกิดผลกระทบทางบวกแก่เพื่อนบ้าน (กรกรณ์ ชีวะตระกูลพงษ์, 2551)

ผลกระทบภายนอกทางลบ (Negative Externality) หมายถึง ผลพลอยได้จากกิจกรรม
หนึ่ง ๆ ที่มีผลกระทบด้านลบหรือผลเสียต่อคนรอบข้าง เช่น การปล่อยน้ำเสียที่ไม่ได้รับการบำบัด

จากโรงงานอุตสาหกรรมลงสู่แม่น้ำลำคลอง ก่อให้เกิดเสียต่อชาวบ้านที่อยู่อาศัยบริเวณริมแม่น้ำ (กรกรณ์ ชีวะตระกูลพงษ์, 2551)

การบริการ (Service) หมายถึง การกระทำใด ๆ ด้วยร่างกาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้อื่น ซึ่งการกระทำด้วยร่างกายนั้นหมายถึงการแสดงออกด้วยการแต่งกาย ปฏิบัติการ กริยาท่าทาง และวิธีการพูดจา ซึ่งสามารถแบ่งการกระทำด้วยร่างกายเพื่อการบริการได้ 2 ชนิด คือ (พรรณี ชุติวัดนธาดา, 2544)

เทคนิคการบริการ เป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนและเทคนิคของวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์ตรงตามความต้องการ เช่น ชักประวัติเพื่อรู้อาการผิดปกติ วิธีการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ วิธีการส่งมอบยาและ ฯลฯ

พฤติกรรมบริการ เป็นการแสดงออก ด้านการแต่งกาย สีหน้า แววตา กริยาท่าทาง และการพูดจา ซึ่งพฤติกรรมที่ดี ช่วยสร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี เช่น การแต่งกายที่สุภาพ สะอาด เรียบร้อย สีหน้าและแววตาที่ยิ้มแย้มแจ่มใส อ่อนโยน กริยาท่าทางที่สุภาพ อ่อนน้อม การพูดจาด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล สุภาพ ชัดเจน ให้เกียรติ และมีหางเสียงและ ฯลฯ

1.6 โครงสร้างของงานวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคเหนือของประเทศไทยครั้งนี้สามารถแบ่งโครงสร้างงานวิจัยออกได้เป็น 5 บทเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ดังนี้

บทที่ 1 บทนำ

บทนำสู่งานวิจัยซึ่งจะกล่าวถึงที่มาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการศึกษารวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา นอกจากนี้ยังระบุขอบเขตของการศึกษา นิยามศัพท์ และโครงสร้างของงานวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยในบทนี้อธิบายถึงความพึงพอใจ คุณภาพการบริการ รวมทั้งแบบจำลองทางเศรษฐมิติ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคเหนือของประเทศไทย อีกทั้งกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยซึ่งเป็นอีกบทหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัย และเพื่อเติมช่องว่างขององค์ความรู้ บทนี้จะอธิบายถึง ตัวแปรต่าง ๆ ทั้งตัวแปรที่สังเกตได้ และตัวแปรแฝง อีกทั้งได้แสดงกรอบแนวคิดแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา วิธีการศึกษา รวมทั้งได้กล่าวถึง การวิจัยและจริยธรรม

บทที่ 4 ผลการศึกษา

หลังจากเก็บรวบรวมแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์แล้ว ในส่วนของผลการศึกษาจะกล่าวถึง สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความถี่ในการมารับบริการต่อปี และโรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์ อีกทั้งจะแสดงถึงผลการวิเคราะห์ตัวแปรต่าง ๆ จากแบบจำลอง Ordered Probit และ Ordered Logit

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รวมทั้งเสนอแนวคิดและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์แก่องค์กรที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งกล่าวถึงข้อจำกัดในการทำงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางและประโยชน์แก่งานวิจัยอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

1.7 สรุป

บทนำนี้ได้กล่าวถึงหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา รวมไปถึงขอบเขตของการศึกษา นิยามศัพท์ และ โครงสร้างของงานวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและมองเห็นภาพรวมของการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคเหนือของประเทศไทยในครั้งนี้ สำหรับบทถัดไปจะกล่าวถึงแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง