

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้
2. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดทฤษฎีการรับรู้

#### ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ (perception) มาจากรากศัพท์คำว่า “percipere” ซึ่งเป็นภาษาละติน “per” หมายถึง ผ่าน (thought) และ “cipere” หมายถึง คว้าไว้ “to take” และตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจของบุคคล (Webster’ Dictionary, 1993, pp. 1609) นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาและนักวิชาการให้ความหมายของการรับรู้แตกต่างกันไป เช่น

กรรณิการ์ ภู่งามประเสริฐ (2543 หน้า 97) กล่าวว่า การรับรู้ คือผลของการเรียนรู้กับความรูสึกที่ได้จากการสัมผัส โดยอาศัยอวัยวะรับความรู้สึกผ่านการแปลความหมายของการสัมผัสนั้นออกมาโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐานทำให้บอกได้ว่าสิ่งเร้าที่มาสัมผัสนั้นคืออะไร และมีความหมายว่าอย่างไร

กันยา สุวรรณแสง (2540 หน้า 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือการใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมาย สิ่งเร้า ที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกหรือรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

Cole (1996 pp. 648) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดรวบยอดของแต่ละบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับเข้ามาทางประสาทสัมผัส

King (1981) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสอย่าง มีจุดมุ่งหมาย การรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลซึ่งการรับรู้จะมีความหมายต่อประสบการณ์ การเป็นตัวแทนของความจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การรับรู้ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถหาข้อมูลได้โดยการสังเกตพฤติกรรมและการถามบุคคลนั้นว่าคิดและรู้สึกอย่างไร

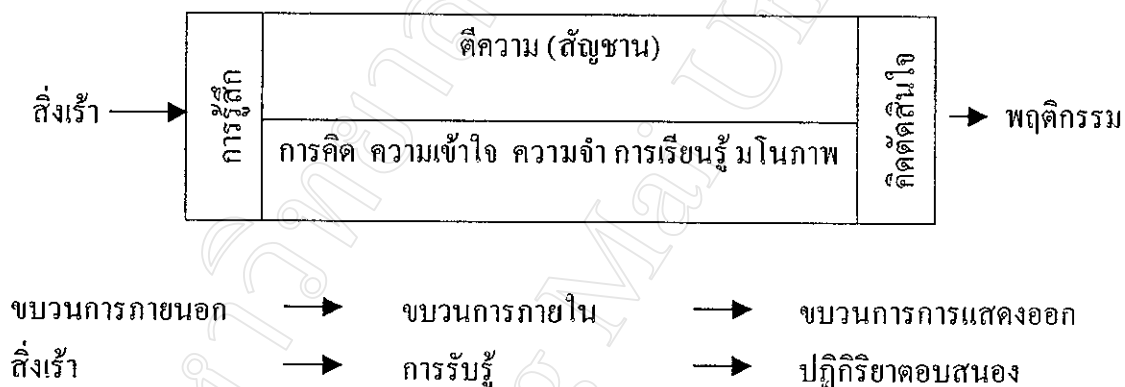
Rosenstock (1976 อ้างใน ชีรนนท์ พุ่มหมอก, 2543) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส ออกมาเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลนั้น โดยใช้ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมช่วยในการตีความแล้วมีการตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิด หรือการรับรู้ในเรื่องนั้นๆ หากการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งถูกต้องตามความเป็นจริงจะสามารถทำให้บุคคลปฏิบัติเรื่องนั้นๆ ได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับเหตุผล

นอกจากนี้การรับรู้ยังหมายถึงการให้ความหมายของบุคคลเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นเป็นกระบวนการของการเลือก รวบรวม และแปลความสิ่งที่มากระตุ้นให้มีความหมาย (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995 อ้างใน ขวัญเรือน แพร้งสกุล, 2544 หน้า 25) การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ ความสนใจ การให้คุณค่า แรงจูงใจ และความคาดหวังของแต่ละบุคคล (Allender & Spradley, 2001 pp.138) บางคนอาจรับรู้ได้เล็กน้อย ปานกลาง หรือรับรู้ได้มากขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลจะประเมินตัดสินใจสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ (Hanson, 1994) การรับรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ อันนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจเชิงเหตุผลและการที่บุคคลนึกคิดหรือเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ตามจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้นั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527 อ้างใน รมนวรรณ สุภาพ, 2542 หน้า 8-9) ดังนั้นการรับรู้จึงมีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลเพราะการที่บุคคลมีการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการรับรู้ โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้นั้นๆ (Orem, 1991)

### กระบวนการรับรู้

แช็ค (Schaag, 1995) กล่าวถึงการรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อคอร์เท็กซ์ที่ทำหน้าที่รับความรู้สึก (sensory cortex) ได้รับการกระตุ้นแล้วจึงถอดรหัสและแปลความหมายเมื่อมีการแปลความหมายแล้วจะมีการรับรู้เกิดขึ้น ซึ่งจะต้องผ่านกระบวนการรับความรู้สึก (sensory process) เริ่มจากมีการรับความรู้สึกจากการมีสิ่งกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก โดยเครื่องรับความรู้สึกรับสิ่งกระตุ้นแล้วเปลี่ยนเป็น

คลื่นประสาทส่งผ่านประสาทนำเข้า (afferent neurons) เข้าสู่ระบบเรติคูลา แอคติเวติง (reticular activating system) ในก้านสมอง (brain stem) ผ่านไปยังระบบประสาททาลามัส (thalamus) และไปยังคอร์เท็กซ์ที่รับรู้ความรู้สึก ซึ่งระบบเรติคูลาจะทำหน้าที่เป็นตัวประสานสำหรับการรับเข้าและการส่งออกของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก ซึ่งกระบวนการของการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่าง ความเข้าใจ ความคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรม และการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีครบทั้ง 3 องค์ประกอบคือ สิ่งเร้า (stimulus) ประสาทสัมผัส (sense organs) และประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ได้สัมผัสกระบวนการของการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ ความคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรม การรับรู้แทรกอยู่ระหว่าง สิ่งเร้ากับการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้ (กันยา สุวรรณแสง, 2540 หน้า 129)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการของการรับรู้ (กันยา สุวรรณแสง, 2540 หน้า 129)

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

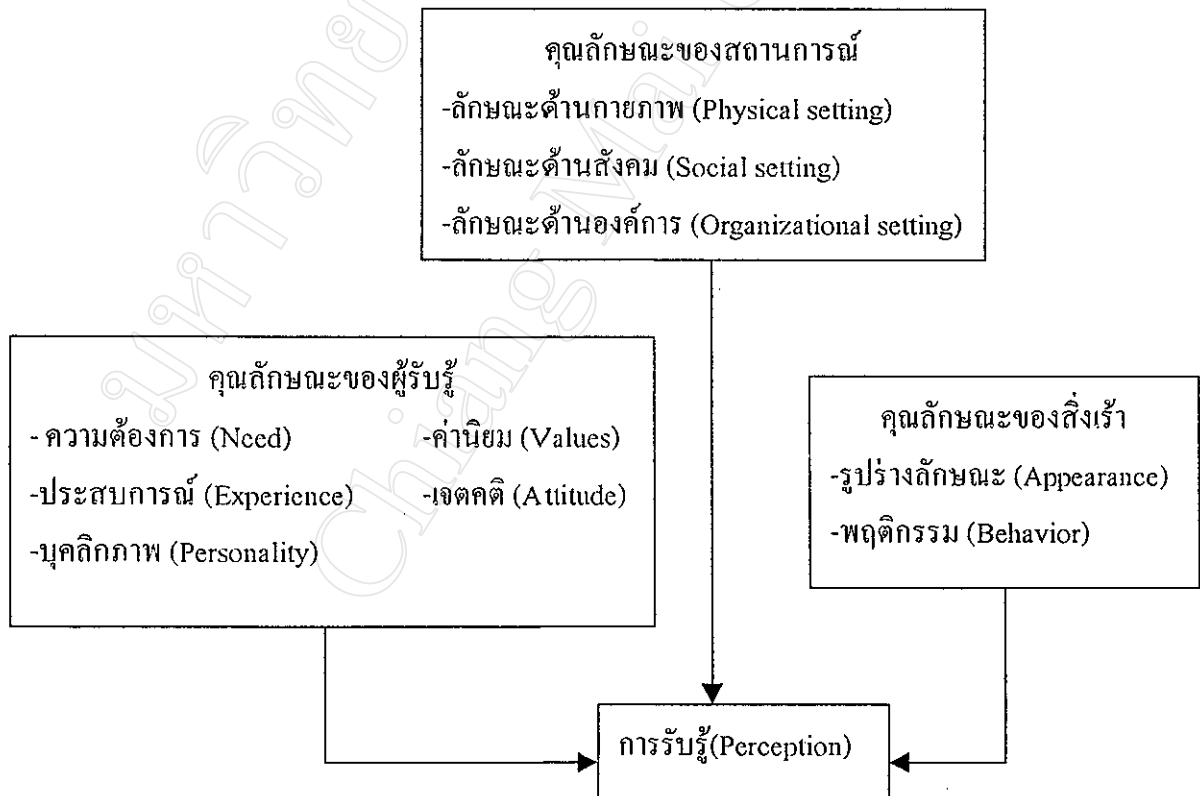
กันยา สุวรรณแสง (2540 หน้า 132) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของมนุษย์สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

1. ลักษณะของผู้รับรู้ ได้แก่ด้านกายภาพ หมายถึงอวัยวะสัมผัสต่างๆ เช่น หู ตา จมูก และด้านจิตวิทยา เช่น ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ตั้งใจ ทักษะ ค่านิยม เจตคติ วัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม ฯลฯ อันเป็นผลจากการเรียนรู้เดิม
2. ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลรับรู้เรื่องใดๆแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งเร้านั้นดึงดูดความสนใจเพียงใด

ธีรนนท์ พุ่มหมอก (2543) กล่าวว่า การรับรู้ของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินทัศนสถานการณ์ หรือเหตุการณ์นั้น ๆ การรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นที่เดียว เพราะบุคคลจะประมวลการรับรู้เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ ด้วย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การฝึกอบรม หรือการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและบทบาทหน้าที่

King (1981) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น ความสนใจในขณะนั้น ความจำเป็น และเป้าหมายในอนาคต การรับรู้ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล เช่น ประสบการณ์เบื้องหลังในอดีต สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษา และสิ่งแวดล้อม

Schermerhorn , Hunt and Osborn (อ้างใน วิมลมาศ สมใจ, 2542) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น

สรุปได้ว่า การรับรู้คือ กระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส โดยอาศัยประสบการณ์และความรู้เดิมที่เคยได้รับมาก่อนเป็นตัวช่วยในการตีความหรือแปลความหมายทำให้การรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปของแต่ละบุคคล และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้

### โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage)

ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ปี 1970 ที่ประชุมได้มีมติว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี (the right to health) เป็นสิทธิพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” และวัตถุประสงค์ที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก ก็คือ ให้ประชาชนทุกคนได้บรรลุถึงความมีสุขภาพดีในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าว การพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติของทุกประเทศให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่เนื่องจากความหมายของบริการทางสุขภาพนั้นมีหลายระดับ และความจำกัดของทรัพยากร ความหมายอันแท้จริงของสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ ก็คือสิทธิของปัจเจกบุคคลที่มีโอกาสเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นมีความสามารถจะรับภาระค่าบริการเหล่านั้นได้หรือไม่ก็ตาม (ชูชัย ศุภวงศ์, 2538)

ความเสมอภาคถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นหลักการที่ประชาชนทุกคนต้องได้มีสุขภาพที่ดีโดยถือว่ารัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้แก่ประชาชน ขณะเดียวกันบุคคลและองค์กรต่างๆ ก็มีหน้าที่ในการช่วยกันรักษาสุขภาพและสร้างสุขภาพให้เกิดขึ้นด้วย

จากการที่ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงระบบการสาธารณสุขจากเดิมซึ่งเป็นแบบพึ่งหนักการแพทย์แผนไทย มาเป็นการแพทย์แบบตะวันตก รัฐจึงได้คำนึงถึงสวัสดิภาพของประชาชนด้วยในขณะเดียวกันและได้มีการออกกฎหมายควบคุมวิชาชีพฉบับแรก คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะคุ้มครองให้ประชาชนทุกคนมีความปลอดภัยจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพจากผู้ที่ไม่มีความรู้จริงและไม่มีการฝึกหัด พระราชบัญญัติการแพทย์มีผลบังคับใช้จนถึง พ.ศ. 2479 จึงถูกยกเลิกหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2475 รัฐธรรมนูญหลายฉบับได้กำหนดเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข ดังที่ได้ปรากฏในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ตลอดมาจนถึงปี พ.ศ.2521 โดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องให้การส่งเสริมงานทางด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันปราชัย ป้องกันโรคระบาด โดยรัฐต้องพึงให้โดยไม่คิดมูลค่านอกจากนี้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2517

และ พ.ศ. 2521 ยังกำหนดนโยบายเพิ่มเติมว่า รัฐต้องให้การรักษายาบาลแก่ประชาชน ผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า (พนัส สิมะเสถียร, 2538)

ต่อมารัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2534 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี 2538 เนื้อหาเพิ่มเติมนอกจากได้กำหนดแนวนโยบายทางด้านสาธารณสุขนอกเหนือจากเป็นเรื่องที่รัฐพึงต้องปฏิบัติแล้ว ยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่พึงจะได้รับบริการดังปรากฏในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ มาตรา 41 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามกฎหมายที่บัญญัติ” และ มาตรา 89 จัตวาระบุว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึง และพึงให้การรักษายาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้”

ต่อมาได้มีการปรับปรุงรัฐธรรมนูญเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนมากที่สุดจึงมีการแก้ไขปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. 2540 โดยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขโดยตรงดังนี้

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็น ไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้ มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

นอกจากนั้นยังมีการตีความว่าการที่ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่านั้น ประเทศไทยต้องดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ทุกคนในสังคม (universal coverage) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระแสสากลที่ประเทศอุตสาหกรรมบางประเทศสามารถบรรลุความสำเร็จในการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนครบทุกคน

เมื่อพิจารณาดูจากบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแล้วพบว่า รัฐจะต้องมีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขโดยตรงแก่ประชาชน 4 ประการคือ

1. รัฐต้องดูแลประชาชนให้ได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน
2. รัฐต้องให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า
3. รัฐพึงส่งเสริมให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสาธารณสุขด้วยเท่าที่จะทำได้

4. การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย ถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องกระทำโดยไม่มีคิคมูลค่า

รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามที่จะทำให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีและได้รับบริการทางด้านสุขภาพมาโดยตลอดแต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยยังมีปัญหาสาธารณสุขหลักที่สำคัญ 5 ประการคือ (จเด็จ ธรรมรัชชอารี, 2544)

1. ความไม่เสมอภาค ทั้งในด้านของสถานะสุขภาพ โดยดูจากอัตราการตายของทารกเป็นสำคัญ กล่าวคืออัตราการตายของทารกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.85 เท่า และ World Health Report 2000 ได้จัดอันดับประเทศไทยเป็นอันดับที่ 74 ในเรื่องความเสมอภาคด้านสถานะสุขภาพซึ่งวัดจากการกระจายของอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ในด้านการจัดสรร/กระจายทรัพยากรสาธารณสุขก็เกิดความไม่เสมอภาค เช่นอัตราส่วนเตียงต่อประชากรแตกต่างกัน โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร อัตราส่วนเตียงต่อประชากรเท่ากับ 1:199 และมีแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 760 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศมีเพียง 1 เตียงต่อประชากร 455 คน และแพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,395 คน และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเตียงต่อประชากร 780 คน และแพทย์ 1 คนต่อประชากร ถึง 8,116 คน นอกจากนี้ในเรื่องการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า คนจนจะมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าคนรวย โดยในปี พ.ศ. 2541 กลุ่มคนจนเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึงร้อยละ 4.22 ในขณะที่คนรวยจ่ายเพียงร้อยละ 1.23 ของรายได้ ซึ่งต่างกัน 3.4 เท่า

2. ปัญหาประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข พบว่างบประมาณ ร้อยละ 55 ถูกจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่เพียงร้อยละ 19 เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และร้อยละ 12 เป็นการป้องกันโรค ซึ่งการลงทุนด้านการรักษาพยาบาลเป็นการลงทุนที่ทำให้มีประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพดีน้อยกว่าการลงทุนเพื่อการส่งเสริมและป้องกันควบคุมโรค และนอกจากนั้นอัตราการการครองเตียงของภาครัฐ (ร้อยละ 83) ยังมีค่ามากกว่าเอกชน (ร้อยละ 40)

3. ปัญหาสุขภาพของระบบบริการ และคุณภาพมาตรฐานของการใช้บริการ พบว่าการให้บริการด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันมากโดยภาคเอกชนจะให้การบริการที่สะดวกสบายและประทับใจผู้รับบริการมากกว่าแต่ราคาแพงส่วนภาครัฐการบริการจะมีราคาถูกกว่ามากแต่คุณภาพของการบริการ ไม่เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

4. ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยากจนพบที่โรงพยาบาลเอกชนมักไม่ยอมรับผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่มีเงินค่ารักษาโดยอ้างว่าไม่มีเตียงเพียงพอ ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นบ้างเมื่อมี พ.ร.บ. ประกันภัยบุคคลที่ 3 ขึ้น ในปี พ.ศ.2538 แต่ผู้ป่วยที่มีรายจ่ายมากกว่าวงเงินที่กำหนด (50,000 บาท) ก็มักถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ

5. ปัญหาความครอบคลุมในหลักประกันด้านสุขภาพประเทศไทยได้ขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในลักษณะกองทุนต่างๆเช่น กองทุนรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล กองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจทั้งภาครัฐและเอกชนในปี พ.ศ.2541 สามารถครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 80.3 เท่านั้น โดยประชากรร้อยละ 19.7 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ นอกจากความไม่ครอบคลุมประชากรแล้วยังพบว่า การประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีความแตกต่างในด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันด้วย

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) เป็นแนวทางสำคัญที่ทางองค์การอนามัยโลกได้เคยประกาศไว้ในปี ค.ศ. 1999 ว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรม (equity) ทางสุขภาพ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency) ของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศ (WHO อ้างในภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัทธนนฤมล, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544)

รัฐบาลชุดภายใต้การนำของพรรคไทยรักไทย เห็นความสำคัญและต้องการให้ประชาชนไทยทุกคนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึงจึงได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนชาวไทย โดยในระยะเริ่มดำเนินการได้ประกาศนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคขึ้นเป็นนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทยทุกคน โดยมุ่งหวังที่จะสัมฤทธิ์ผลให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2545

#### ความหมายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” จึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือ “บริการที่พอเพียงสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากจำเป็นต้องเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน



### วัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความเสมอภาค (equity) ประกอบด้วยความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมาย และรวมถึงการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

2. ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด คุ่มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัดและเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ทั้งด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

3. ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (promoting health for all) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal healthcare) ที่เป็นบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัย ต่อสุขภาพด้วย

### เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงพออย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ใต้นั้นประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ

### หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกันมีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือ เครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ
4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน
6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และต้องระวัง ไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)
7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุน

ประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีคุณลักษณะประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการให้บริการ)

ลักษณะที่พึงประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การปรับระบบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรยึดถือแนวคิดที่สำคัญคือ

1. ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล
2. มีการบริหารจัดการที่จัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธปฏิบัติและป้องกัน-ภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกุญแจ ผู้ให้บริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ
3. มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Claim Processing) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม
4. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (Payment method) แก่ผู้ให้บริการที่มุ่งใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุผล และควบคุมพฤติกรรมจัดการบริการสุขภาพ อันส่งผลดีพร้อมต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม
5. มีการกำหนดบทบาทของผู้ประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาดโดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง
6. เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการด้วยคติที่เป็นธรรม
7. ระบบเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

คุณลักษณะประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวทางการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

การวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมีการกำหนดกรอบของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่ระบบจะให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนผู้มีสิทธิอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงขอบเขตของประเภทของการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล ตลอดจนเทคโนโลยีและระดับของคุณภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับ หากกรอบของสิทธิประโยชน์มีความชัดเจนจะนำไปสู่การประมาณการวงเงินงบประมาณ

ที่ต้องใช้ รวมทั้งเพื่อมิให้ประชาชนผู้ใช้บริการเอาเปรียบหรือเรียกร้องสิทธิในระดับที่เกินกว่า ทรัพยากรของระบบของประเทศจะรองรับได้

หลักการในการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะแบ่งได้เป็น 2 ระดับดังนี้

1. สิทธิประโยชน์พื้นฐาน ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีการยอมรับและตกลงร่วมกันว่าเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ข้อเท็จจริงที่ประเทศมีทรัพยากรที่จำกัด นั่นคือสังคมใน ส่วนรวมพร้อมที่จะรับภาระร่วมกัน สิทธิประโยชน์พื้นฐานดังกล่าวนี้ รวมถึงบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่จะใช้อ้างอิงสำหรับผู้ให้บริการ ตลอดจนเรื่องการจัดการเกี่ยวกับการกระจายและการเข้าถึง เทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงด้วย

2. สิทธิประโยชน์ทางเลือก ได้แก่ สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่แต่ละพื้นที่อาจจัดให้แก่ ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ของตน ภายใต้กรอบและแนวทางที่ กำหนดไว้ในนโยบายระดับประเทศ เช่น การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ทั้งนี้พื้นที่อาจจัดให้มีสิทธิ ประโยชน์ที่เป็นทางเลือกให้เกิดขึ้นได้เมื่อมีการกำหนดวงเงิน ไว้ในงบประมาณของระบบหลัก ประกันสุขภาพที่จัดสรรให้แก่พื้นที่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกลุ่มเครือข่ายประชาชน ทางการเงินสมทบเพิ่มเติมเอง

ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544)

ในประเทศต่างๆที่มีระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนในชาติจะมีการกำหนดสิทธิ ประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพไว้ซึ่งส่วนใหญ่ให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้าง (comprehensive) แก่สมาชิก โดยส่วนใหญ่ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และยา มีเพียง ประเทศเดียวที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมบริการผู้ป่วย นอกเลย คือสิงคโปร์ สำหรับประเทศอื่นในเอเชีย นั้น ระบบประกันให้สิทธิประโยชน์บางประการที่ มีเอกลักษณ์แตกต่างจากประเทศในทวีปอื่น กล่าวคือประกันสุขภาพแห่งชาติของ จีน ใต้หวัน และ ของเกาหลีใต้ครอบคลุมการแพทย์แผนตะวันออกด้วย สิทธิประโยชน์ที่มีลักษณะพิเศษอีกอย่าง หนึ่งที่พบในญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ คือ การครอบคลุมค่าเดินทางและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ในเรื่องสิทธิในการเลือกระบบประกันสำหรับประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าในเกือบทุกประเทศ ประชาชนไม่มีสิทธิในการเลือกระบบประกัน ยกเว้นของเยอรมนี

ส่วนสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ ในเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ผู้มีสิทธิเมื่อเจ็บป่วยต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อน หากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเห็นว่าควรส่งต่อจะเป็นผู้ทำการส่งต่อไปกับแพทย์เฉพาะทางหรือโรงพยาบาลเอง ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเข้าสู่สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้เองโดยไม่มี การส่งต่อ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหน้าด่านในการพิจารณาความเหมาะสมของบริการที่ควรได้รับ (gatekeeper) ซึ่งจะมีผลต่อการใช้ทรัพยากรในระบบ ส่วนประเทศในเอเชีย นั้น ส่วนใหญ่จะไม่มีข้อจำกัดนี้ ในญี่ปุ่น สิงคโปร์ และมาเลเซีย ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกใช้บริการจากแหล่งใดก็ได้ ไม่มีข้อจำกัดในเรื่อง gatekeeper สำหรับในเกาหลีใต้จะมีข้อกำหนดให้พบแพทย์ ทั่วไปหรือแผนกผู้ป่วยนอกก่อน แต่ในทางปฏิบัติไม่มีความเข้มงวดมากนัก ส่วนของไต้หวันให้สิทธิในการเลือกพบแพทย์ระดับใดก็ได้ เพียงแต่อัตราการจ่ายร่วมในการพบแพทย์ระดับเฉพาะทางก่อน โดยข้ามระบบส่งต่อจะสูงกว่าการไปตามขั้นตอนการส่งต่อ

ออสเตรเลีย เป็นประเทศหนึ่งที่มีการจัดระบบประกันสุขภาพ (Medicare) ให้กับประชาชน โดยอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐบาลกลางและมีกฎหมายประกันสุขภาพรองรับ (Health Insurance Act 1973) ใช้การจัดเก็บภาษีเพื่อรวบรวมเป็นแหล่งเงินทุนประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์สำหรับงานบริการสุขภาพหรือที่เรียกว่า Medicare Benefit Scheme พิจารณาตามราคาค่าบริการ (Schedule fee) ที่รัฐเป็นผู้กำหนดงานบริการแต่ละอย่างมีค่าบริการการแพทย์เป็นเท่าไร ราคาค่าบริการผู้ป่วยนอกแบ่งเป็น 2 ระดับ นั่นคือราคาสำหรับผู้ให้บริการเป็นแพทย์เฉพาะทางมีราคาสูงกว่า และงานบริการนั้นเป็นงานบริการที่อยู่สาขาเฉพาะทางของแพทย์ที่ให้บริการแต่มีข้อแม้ว่าคนไข้ได้รับการคุ้มครองก็ต่อเมื่อถูกส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนอีกระดับในอัตราที่ต่ำกว่าเป็นงานบริการที่ให้โดยแพทย์เวชปฏิบัติ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, จร วิชชาไทย, และศรีสุดา เจริญดี, 2543)

#### ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้กำหนดให้ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยบริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family prevention and promotive services) รวมทั้งบริการทางเลือกที่ผ่านการรับรอง การใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ประชาชนหรือ/และนายจ้าง (กรณีเป็นลูกจ้างสถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง ดังมีรายละเอียดคือ

## 1. ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

### ก. ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

#### 1.) การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป

1. การตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ
2. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่ลูกยังมีชีวิตอยู่
3. บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ
4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เทคนเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
6. ค่าอวัยวะเทียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่คณะกรรมการกำหนด
7. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

#### 2.) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด

#### 3.) กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้น ต้นสังกัดรับผิดชอบ ตามเงื่อนไขที่กำหนด

### ข. ชุดสิทธิประโยชน์นี้ ไม่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไปนี้

#### 1.) กลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ

1. โรคจิตกรณิที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
3. ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

#### 2.) กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
2. การผสมเทียม
3. การเปลี่ยนเพศ
4. การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5. การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

### 3.) กลุ่มอื่น ๆ

1. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
2. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
3. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (peritoneal dialysis) การฟอกเลือด (haemodialysis) ด้วยเครื่องไตเทียม
4. ยาต้านไวรัสเอดส์ (ยกเว้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งจัดไว้ในบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค)
5. การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (organ transplant)

### 2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน-ควบคุมโรค

- 2.1 ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
- 2.2 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
  - 2.3 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และ ภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
  - 2.4 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ)
  - 2.5 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีเพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
  - 2.6 การวางแผนครอบครัว
  - 2.7 การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care)
  - 2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ในระดับบุคคลและครอบครัว
  - 2.9.การให้คำปรึกษา (counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
  - 2.10. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
    - การตรวจสุขภาพช่องปาก
    - การแนะนำด้านทันตสุขภาพ
    - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
    - การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

## การรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

### 1.กรณีอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานบริการที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุทุกแห่ง กรณีเป็นสถานพยาบาลภายในจังหวัด ให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนประกันบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ และไม่จำกัดจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1.1 ประเภทผู้ป่วยนอก ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ ตามประเภทและอัตราดังนี้

1. ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง
2. ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง
3. ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการทางการแพทย์ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง

1.2 ประเภทผู้ป่วยใน ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ตามประเภทและอัตราดังนี้

1. ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 1500 บาท
2. กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาทต่อการประสบนตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
3. กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่า 2 ชั่วโมง ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาทต่อการประสบนตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
4. กรณีที่ต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit – I.C.U.) ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 2,000 บาท

5. กรณีต้องตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่จำเป็น เฉพาะการตรวจ Computed Tomography Scan (CT Scan) และหรือ Magnetic Resonance Imaging (MRI) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,000 บาทต่อการประสบนตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

(ก) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วย CT Scan หรือ MRI แล้ว และได้รับการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตายภายหลังการตรวจ

(ข) ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน และมีการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยว่ามีเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน โดยมีเหตุผลทางการแพทย์ประกอบ



(ค) ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือ ไชสันหลังจากแพทย์ของสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดนั้น

## 2. กรณีฉุกเฉิน

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึง

1. โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต
2. โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง อันอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น โรคจิตเฉียบพลัน ผู้ติดสารเสพติด

3. โรคหรืออาการของโรคที่เป็นมากต้องทำการรักษาเป็นการด่วน

4. โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

สิ่งประกอบการพิจารณา

- ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ
- อาการต่างๆของโรค
- ชื่อโรค
- แนวทางการรักษา เช่น ใช้เครื่องมือพิเศษ
- ความเร่งด่วนในการรักษา

กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถขอรับบริการทางการแพทย์ในสถานบริการที่อยู่ใกล้ที่สุด กรณีที่เป็นสถานพยาบาลภายในจังหวัด ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง หลักเกณฑ์เรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนประกันสุขภาพตามเงื่อนไขข้อ 3.1 และ 3.2

## 3. กรณีส่งต่อสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

นอกจากเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดในข้อ 3.1 และ 3.2 นี้แล้ว กองทุนบัตรประกันสุขภาพจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะให้แก่ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลอื่น และสถานพยาบาลนั้นมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลต่อ ณ สถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่งตามอัตรา ดังนี้

3.1 การส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน กรณีใช้รถพยาบาลหรือเรือพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งกรณีใช้พาหนะรับจ้างพาหนะส่วนบุคคลหรือพาหนะอื่นๆ เหมาะจ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง

3.2 การส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ 5.1 แล้ว กองทุนบัตรประกันสุขภาพจะจ่ายเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ 90 สตางค์ โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง

#### 4. การแจ้งสิทธิ

เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลอื่นตามข้อ 1 และ 2 ให้ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องแจ้งสถานพยาบาล (ต้นสังกัด) ที่มีชื่อปรากฏในบัตรรับรองสิทธิ (บัตรทอง) ทราบโดยเร็ว เมื่อสถานพยาบาล(ต้นสังกัด) ได้รับแจ้งแล้วให้สถานพยาบาล(ต้นสังกัด) มีหน้าที่ดังนี้

1. กรณีสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้ ให้สถานพยาบาล (ต้นสังกัด) รับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย นับแต่เวลาที่ได้รับแจ้งเป็นต้นไป
2. กรณีไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้สถานพยาบาล (ต้นสังกัด)มีหน้าที่

(1) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลอื่นเฉพาะในส่วนที่เกินกว่าอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่กำหนดไว้ในข้อ 3.1 และ 3.2 นับแต่เวลาที่ได้รับแจ้งจนถึงเวลาที่ครบ 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ

(2) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลอื่นในช่วงระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์ที่ล่วงพ้นจากระยะเวลา 72 ชั่วโมง หรือนับแต่เวลาที่ได้รับแจ้ง กรณีแจ้งให้สถานพยาบาลทราบในช่วงระยะเวลาภายหลังจากครบกำหนดระยะเวลา 72 ชั่วโมง ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวต้องไม่เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากกองทุนบัตรสุขภาพ

#### 5.กรณีอื่นๆ

ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์นี้ ให้กองทุนบัตรประกันสุขภาพพิจารณาจ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

แนวทางและเงื่อนไขการรักษาพยาบาล กรณีค่าใช้จ่ายสูงอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

### การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost care)

#### 1. สำหรับการรักษาที่มีราคาแพง

การจ่ายลักษณะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันมิให้สถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาที่จำเป็น แต่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น

- การผ่าตัดสมอง
- การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ
- การรักษาผู้ป่วยเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis)
- การให้เคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
- การขยายเส้นเลือดหัวใจ โดยใช้บอลลูนหรือหัตถกรอ เป็นต้น

2. สำหรับการรักษาที่ต้องใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่มีราคาแพง (additional payment) โดยที่ไม่มีวิธีการรักษาที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีเท่ากับการรักษาด้วยวัสดุ อุปกรณ์เหล่านี้ เช่น

- ถิ่นหัวใจเทียม
- การผ่าตัดใส่ อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัด ภายในร่างกาย เช่น เล่นสกีกระโดดเทียม การใส่เหล็กรักษาโรคกระดูกหักบางอย่าง การใส่ข้อเทียมบางตำแหน่ง ฯลฯ

ในการให้บริการข้างต้นนี้ สำนักงานกองทุนสุขภาพแห่งชาติ จะจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมแก่สถานพยาบาลที่ให้บริการ โดยจ่ายให้ตามอัตราค่ารักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (price schedule)

3. สำหรับทางเลือกการรักษาที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีผลดี (Choice of treatment) แต่มีราคาแพงกว่าการรักษาพื้นฐาน (Standard treatment) เช่น

- การผ่าตัดข้อเข่าด้วยกล้อง
- การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง

ในส่วนนี้ ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่าย(co-pay)ให้สถานพยาบาลในการรับบริการตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

4. สำหรับการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ (Specialty Treatment for Medical Progression)

ในส่วนนี้ ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการก่อน ทั้งนี้สถานพยาบาลจะได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ตามอัตราค่ารักษาพยาบาลจริง (Fee schedule)

หลักเกณฑ์และอัตราเบิกจ่าย กรณีการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

สถานพยาบาลสามารถเบิกเงินเพิ่มเติมจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง กรณีให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามหลักเกณฑ์ดังนี้

1. กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน
2. การฟอกโลหิต (haemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท
3. การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 500 บาท
4. การให้เคมีบำบัด (chemotherapy) หรือรังสีรักษา (radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 60,000 บาทต่อรายต่อปี
5. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อราย
6. การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาภายในร่างกาย (implantation of prosthesis and instrumentation) ให้หมายจ่ายเป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีประเภทและอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค (ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
7. การผ่าตัดสมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นดังนี้
8. ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมอง หรือ สมอง ยกเว้น การเจาะรูกะโหลกศีรษะ (burr hole operation) ไม่เกิน 15,000 บาทต่อราย
9. ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมอง หรือ สมอง และมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย
10. ได้รับการผ่าตัดถึงในเนื้อสมอง และผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวนานเกิน 15 วัน ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย
11. ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย
12. การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary bypass) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อราย
13. การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนทางผิวหนัง (percutaneous balloon valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 20,000 บาทต่อราย

14. ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 15,000 บาทต่อราย

15. การรักษาผู้ป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใช้บอลลูน(balloon) หรือการแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัตถการ ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 30,000 บาท และให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง

#### เงื่อนไขการเบิกจ่าย

1. ให้สถานพยาบาล(ต้นสังกัด) เป็นผู้เบิกโดยตรงจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
3. ถ้ามีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกิน สถานพยาบาลต้องรับผิดชอบโดยไม่เรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย นอกจากค่าธรรมเนียม 30 บาทเท่านั้น

#### กลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับสิทธิประกันสังคม

#### ผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม จะออกให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้
  - 1.1 ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่
    - 1) สามี ภรรยา และบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เว้นแต่บุตรที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีลงมา และอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์
    - 2) บิดามารดา ของสามีหรือของภรรยา หรือบุตรของสามีภรรยา ซึ่งเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ที่บรรลุนิติภาวะและยังเป็นโสด ซึ่งอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกับ (1)
  - 1.2 ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ผู้มีรายได้น้อยไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน/คน หรือไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน/ครอบครัว
  - 1.3 ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ได้แก่
    - 1) ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์

- 2) เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
- 3) บุคคลผู้พิการตาม พรบ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ทั้งนี้จะมีบัตรประจำตัวผู้พิการหรือไม่ก็ตาม
- 4) พระภิกษุ สามเณร ในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง นักบวช นักรบ และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีหนังสือรับรองและบุคคลในครอบครัว (กรรมการอิสลามประจำมัสยิด กรรมการอิสลามประจำจังหวัด กรรมการอิสลามแห่งประเทศไทยอหัมมคอดีบิลัน)
- 5) ทหารผ่านศึกทุกระดับชั้น (ชั้น 1-4) ที่มีบัตรทหารผ่านศึก และบิดามารดา คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ รวมถึงผู้ได้รับ พระราชทาน เหรียญชัยสมรภูมิและทายาท

6) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

1.4 ประชาชนผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกฯ และ ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูลตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ตามข้อ 2.2-2.3 ซึ่งเดิมมีบัตร สปร. และอยู่ในพื้นที่ดำเนินการ

1.5 ผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543 ได้แก่

(ก) ผู้มีสิทธิและครอบครัวของผู้มีสิทธิคือ บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะ แล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ยกเว้น บุตรบุญธรรม คู่สมรสของผู้มีสิทธิ บิดามารดาของผู้มีสิทธิ ดังนี้

- 1) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญงานพระราชสงครามในทวีปยุโรป
- 2) ทหารและเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งไปร่วมรบกับสหประชาชาติ ณ ประเทศเกาหลี หรือไปทำการรบ ณ สาธารณรัฐเวียดนาม
- 3) อาสาสมัครมาลาเรีย ตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข
- 4) ช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านตามโครงการของกรมอนามัย
- 5) ผู้บริหาร โรงเรียนและครูของโรงเรียนเอกชนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับวิชาสามัญ หรือวิชาชีพ ในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต
- 6) ผู้บริจาคเงิน ที่ดิน หรือทรัพย์สินอื่นใดให้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคำนวณเป็นเงินแล้ว ไม่น้อยกว่า 2,000,000 บาท (สองล้านบาทถ้วน)

(ข) เฉพาะตัวผู้มีสิทธิ

- 1) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน
- 2) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

- 3) ทหารและเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้รับบาดเจ็บจากการปราบปรามผู้ก่อการร้าย
- 4) บุคคลผู้ได้รับบาดเจ็บจากการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการปราบปรามผู้กระทำผิด
- 5) บุคคลผู้ถูกโจรทำร้ายร่างกาย
- 6) สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภาอากาศไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองจากสภาอากาศไทยว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้ง ขึ้นไป
- 7) หมออาสาหมู่บ้านตามโครงการของกระทรวงกลาโหม
- 8) ผู้บริจาคเงิน ที่ดิน หรือทรัพย์สินอื่นใดให้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคำนวณเป็นเงินแล้วไม่น้อยกว่า 1,000,000 บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน)
- 9) อาสาสมัครคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม
- 10) นักเรียนทหารและทหารเกณฑ์

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทเสียค่าธรรมเนียม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามข้อ 1

หมายเหตุ 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ให้กำหนดวันหมดอายุ 1 ปี (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กำหนดวันหมดอายุ เป็นงวดทุก 3 ปี (งวดนี้หมดอายุ 30 กันยายน 2546)

3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียมในกลุ่มอื่นๆ กำหนดวันหมดอายุ ตามประเภทสิทธิของกลุ่มนั้น ๆ

#### การขอทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประชาชนผู้มีสิทธิให้นำสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนาหรือหลักฐานของราชการที่ใช้แทนบัตรดังกล่าว ไปขึ้นทะเบียน ณ หน่วยงาน หรือหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ตำบลแขวง หรือ อำเภอ /เขต ที่อยู่ในทะเบียนบ้าน ได้แก่ สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล โดยสถานบริการที่รับผิดชอบจะดำเนินการตรวจสอบ คัดกรองคุณสมบัติของผู้มีสิทธิตามที่กำหนด และดำเนินการขึ้นทะเบียน ออกบัตร พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่พึงจะได้รับหรือไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามระเบียบ ที่กำหนดต่อไป

## การสำรวจและแจ้งสิทธิ

### 1) ยึดฐานข้อมูลตามทะเบียนราษฎร

1.1 ฐานข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยตามแผ่น CD-ROM ที่สำนักงานประกันสุขภาพจัดส่งให้แก่แต่ละจังหวัด

1.2 ทะเบียนราษฎรของทุกอำเภอ/เขต จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่มีอยู่

### 2. ตรวจสอบสิทธิโดย

2.1 ข้อมูลประชากร ตามแผ่น CD-ROM ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แยกกลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิอื่น ๆ ออกแล้ว ยกเว้นข้าราชการและครอบครัว อันได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยาและบุตร โดยชอบด้วยกฎหมาย

2.2 ให้นำผลการในพื้นที่ตรวจสอบและแจ้งสิทธิแก่ประชาชนผู้มีสิทธิเป็นหนังสือ/เอกสารพร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดของสถานบริการหลักรอง

### ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน

#### 1. ผู้ที่อาศัยอยู่จริงตามทะเบียนบ้าน

1.1 นำข้อมูลของประชาชนที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิแล้วโดยแยกเป็นรายตำบล/แขวง รายชุมชนในเขตเทศบาลหรือตามพื้นที่รับผิดชอบที่กำหนด เพื่อคัดลอกรายชื่อครอบครัวพร้อมเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ลงในแบบฟอร์ม (แบบสำรวจ / แบบคำขอมิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า / แบบขอเลือกหรือเปลี่ยน สถานบริการประจำตัวโครงการหลักประกันสุขภาพ)

1.2 แยกกลุ่มผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลชนิดต่าง ๆ ออก คือ ประกันสังคมและข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ จะรวมถึงพ่อ แม่ ลูกที่มีสิทธิด้วย เมื่อแยกสิทธิชัดเจนแล้วให้หัวหน้าครอบครัว ลงนามรับรอง และเป็นผู้ยื่นคำขอมิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแบบฟอร์มฯ โดยเจ้าของพื้นที่ เป็นผู้ลงนามรับคำขอมิบัตรฯ

1.3 บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตรวจสอบสิทธิกับฐานข้อมูล เมื่อพบว่าไม่มีความซ้ำซ้อน ให้ออกบัตรฯ ได้โดยพิมพ์จากคอมพิวเตอร์ และให้ผู้มีสิทธิหรือผู้แทน ลงชื่อรับบัตรฯ ในแบบฟอร์มฯ

1.4 ส่งข้อมูลข้างต้น ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพ ตรวจสอบข้อมูลเพื่อการสนับสนุนงบประมาณต่อไป



### กรณีย้ายที่อยู่

1. กรณีย้ายที่อยู่และได้ย้ายทะเบียนบ้านตรงกับที่อยู่จริง ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านออกจากพื้นที่เดิม ต้องไปแจ้งทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่ในสถานบริการในเขตพื้นที่ย้ายไปอยู่โดยใช้หลักฐาน คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม), สำเนาทะเบียนบ้านใหม่ และบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา ซึ่งเจ้าหน้าที่จะยึดบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม) ไว้และต้องบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อส่งไปตรวจสอบและตัดโอนงบประมาณจากสถานบริการเก่ามายังสถานบริการใหม่ และพิมพ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่ได้

2. กรณีย้ายที่อยู่แต่ยังไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่อยู่จริง

2.1 กรณีที่มาอาศัยอยู่ในบ้านที่มีทะเบียนบ้านให้ขึ้นทะเบียน และออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามพื้นที่อาศัยอยู่จริง โดยใช้หลักฐานคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม), บัตรประชาชนของผู้ขอใช้สิทธิ และสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมลายมือชื่อรับรองของเจ้าบ้านที่มาอาศัยอยู่หาก เป็นการย้ายภายในจังหวัดเดียวกัน เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลและออกบัตรใหม่ได้ทันที แต่ถ้าเป็นการย้ายข้ามจังหวัด หากเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางได้ให้ประทับตราวางลงในบัตรประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ที่ย้ายมาขอใช้สิทธิที่สถานบริการนี้แต่ยังไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพเมื่อสถานบริการส่งข้อมูลให้ส่วนกลางตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วจึงออกบัตรฯ ใหม่ให้ โดยให้เจ้าหน้าที่ลงวันที่หมดอายุ 30 วันนับจากวันที่ประทับตรา ซึ่งจะเป็วันที่นัดให้ผู้มีสิทธิมารับบัตรฯ จากนั้นส่วนกลางจะตัดงบประมาณจากสถานบริการเดิมมาให้งานสถานบริการใหม่ ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิสามารถเปลี่ยนสถานบริการได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง (ปีงบประมาณ 1 ตุลาคม-30 กันยายน)

2.2 กรณีที่มาอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีทะเบียนบ้าน ให้ขึ้นทะเบียนและออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามพื้นที่ที่อาศัยอยู่จริง โดยใช้หลักฐาน คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม), บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอใช้สิทธิพร้อมสำเนา, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมลายมือชื่อรับรองของผู้นำชุมชน หรือนายจ้าง จากนั้นให้ปฏิบัติตามข้อ 2.2.1

3. กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีหลักฐานใดๆ นำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับฐานข้อมูลของจังหวัด ถ้าพบว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิจริง ให้ออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ แต่ถ้าไม่พบในฐานข้อมูลของจังหวัดให้ตรวจสอบกับฐานข้อมูลกลางและปฏิบัติดังนี้

3.1 หากพบว่าเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย หรือสัญชาติอื่น ที่มีเลขประจำตัว 13 หลักสามารถให้บุคคลนั้นใช้สิทธิได้ โดยประทับตราวางที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย เพื่อรอตรวจสอบข้อมูลและออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ภายหลัง

3.2 หากไม่พบข้อมูล ซึ่งบุคคลผู้นั้นอาจจะเป็นคนไทยที่ข้อมูลตกหล่น โดยจะมีระบบตรวจสอบขั้นต่อไปกับฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทยซึ่งต้องใช้เวลา ในระหว่างนี้สถานบริการยังไม่สามารถให้บุคคลดังกล่าวใช้สิทธิได้ จนกว่าจะตรวจสอบพบว่าเป็นผู้มีสัญชาติไทยหรือสัญชาติอื่นที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก จริง จึงจะให้ใช้สิทธิได้

#### ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

#### 1. กรณีที่บุคคลไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านและ/หรือไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน

1.1 กรณีมีชื่อในทะเบียนบ้าน แต่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ให้ไปติดต่อทำบัตรประจำตัวประชาชน ณ ที่ว่าการอำเภอ/สำนักงานเขตตามทะเบียนบ้าน ดังนี้

1.1.1 กรณีที่ทำบัตรครั้งแรก ให้ใช้สูติบัตรเป็นหลักฐานประกอบการยื่นคำขอทำบัตรประจำตัวประชาชน

1.1.2 กรณีบัตรประจำตัวประชาชนหาย ให้แจ้งความที่สถานีตำรวจก่อน จากนั้นให้นำใบแจ้งความไปยื่นเป็นหลักฐาน ณ ที่ว่าการอำเภอ เพื่อขอทำบัตรประจำตัวประชาชนใหม่

1.2 กรณีมีบัตรประจำตัวประชาชนแต่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านให้นำหลักฐาน เช่น สูติบัตร ทะเบียนบ้านและใช้พยานบุคคล เช่น บิดา มารดา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ บุคคลที่น่าเชื่อถือ เช่น ข้าราชการสัญญาบัตร ฯลฯ ไปติดต่อขอเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน ณ ที่ว่าการอำเภอ /สำนักงานเขตตามทะเบียนบ้าน

1.2.1 กรณีมีสัญชาติไทย แต่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน, ไม่มีบัตรประชาชนให้ติดต่อขอเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้านและทำบัตรประจำตัวประชาชนได้ ณ ที่ว่าการอำเภอ /สำนักงานเขต

#### 2. กรณีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหาย

ดำเนินการแจ้งความที่สถานีตำรวจแล้วนำหลักฐานใบแจ้งความไปยื่นเสนอขอ ทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่และให้ใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเดิมก่อน โดยใช้เอกสารที่ทางหน่วยออกบัตรออกให้แทนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนจนกว่าจะได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่ทดแทน

**หมายเหตุ** กรณีบุคคลไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ไม่สามารถดำเนินการออกบัตรประจำตัวประชาชนได้ ดังนั้นจึงไม่มีสิทธิทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากเรื่องสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นเรื่องใหม่ จึงยังไม่มีผู้ใดได้ศึกษาไว้ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

พงษ์พิศุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะฯ (2544) ได้ศึกษา ถึงผู้ป่วยอนาถา: สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาจากผู้ป่วยรายได้น้อยที่ไม่มีบัตรตามโครงการประกันสุขภาพแต่ได้รับการคุ้มครองจากรัฐบาล (สงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยประเภท ข หรือ สปร. ประเภท ข) จำนวน 1,694 รายจาก 23 โรงพยาบาล ใน 5 จังหวัด พบว่าผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาล (สปร.ประเภท ข) ร้อยละ 73.3 ไม่มีสิทธิหรือหลักประกันสุขภาพใดๆ ในจำนวนผู้มีสิทธิพบว่าผู้ป่วยมีสิทธิตามโครงการ สปร.พบมากที่สุด ร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 35.1 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้มีสิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม ร้อยละ 5.7 ขอใช้สิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาลด้วย ผู้ป่วยที่มีบัตรสปร.และบัตรประกันสุขภาพแต่ต้องขอ ยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สาเหตุส่วนใหญ่คือ การข้ามขั้นตอนมารับบริการ (bypass) โดยไม่มีใบส่งต่อ สาเหตุรองลงมาได้แก่ การลืมนำบัตรมา บัตรหมดอายุ หรือยังไม่ได้บัตร การศึกษาครั้งนั้นยังพบว่า เกือบ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีระดับรายได้เข้าหลักเกณฑ์ควรได้รับบัตร สปร.และหากรวมเด็กอายุ 0-12 ปี และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.3) สมควรได้รับบัตร สปร. ส่วนศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะฯ (2539) ได้ศึกษาถึงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากประชาชนในพื้นที่ 6 อำเภอและ 1 กิ่งอำเภอของจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 84.65 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าเดิมก่อนเริ่มโครงการถึงร้อยละ 14.65 และในการศึกษาครั้งนั้นยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 70.7 ทราบถึงสิทธิประโยชน์และข้อจำกัดในการใช้สิทธิซึ่งผู้ชี้แจงให้เข้าใจส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ส่วนจอมขวัญ ไกรโรจนานันท์ และคณะฯ (2544) ได้ศึกษาถึงการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 ราย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่รับรู้แต่ ไม่ทราบรายละเอียด ขั้นตอนและประเภทของบริการเกี่ยวกับโครงการนี้ โดยส่วนใหญ่รับรู้มาจากสื่อโทรทัศน์ และสิ่งที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างคาดหวังกับโครงการนี้คือต้องการให้ได้รับบริการจากสถานบริการสุขภาพด้วยคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงต้องการยาที่มีคุณภาพดี สำหรับการทำไคเทียมแบบล้างโลหิต การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและโรคติดต่อที่ไม่ได้จัดเป็นบริการพื้นฐานเป็นบริการเพิ่มเติมที่ประชาชนคาดหวังว่าควรจะครอบคลุมโครงการนี้ด้วย จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบค-เคออสซีอินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบคโพลล์)

มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2543) ที่ดำเนินการสำรวจในหัวข้อเรื่อง “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสายตาประชาชน” ให้แก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยสอบถามความเห็นจากประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,516 ราย ใน 21 จังหวัด พบว่ามีครัวเรือนที่สมาชิกทุกคนไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลอะไรเลยถึงร้อยละ 31.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.8 ระบุว่าค่ารักษาพยาบาลแพงหรือไม่มีค่ารักษาพยาบาลซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างทั้งในและนอกเขตเทศบาล ทั้งนี้ประชาชนร้อยละ 93.7 เห็นว่ารัฐบาลควรมีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน ในขณะที่ร้อยละ 63.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าหลักประกันถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นจริงๆอย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน ขณะที่ร้อยละ 23.0 เห็นว่า หลักประกันถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรี และร้อยละ 13.3 เห็นว่าหลักประกันถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่จะมีความเดือดร้อนเมื่อต้องผ่าตัดใหญ่ถึงร้อยละ 77.5 และรองลงมาคือเมื่อเกิดอุบัติเหตุรุนแรง ร้อยละ 75.6 และ แม้แต่ครอบครัวที่มีสิทธิของข้าราชการอันเป็นสวัสดิการที่มากที่สุดแล้วก็ยังพบว่าหากต้องประสบอุบัติเหตุรุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่ จะมีครอบครัวที่เดือดร้อนถึงร้อยละ 65.1 กว่าร้อยละ 62.5 ระบุว่าการแก้ปัญหาเมื่อประสบความเดือดร้อนเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลคือการยืมเงินหรือกู้เงินและ ร้อยละ 16.6 ต้องขอรับการสงเคราะห์

นอกจากนี้ สกฤตรัตน์ ปิยะนิจดำรงค์ (2542) ได้ศึกษาถึงการรับรู้สิทธิผู้ป่วยในผู้รับบริการที่สถานีนอนามัย โดยสัมภาษณ์ประชาชนผู้มารับบริการที่สถานีนอนามัย จาก 4 แห่งจำนวน 120 คน พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยอยู่ในระดับกลาง แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยมากที่สุดคือจากเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและจากสื่อทางโทรทัศน์ การศึกษาของ ฉวีวรรณ โกมลโกลก (2544) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยของคนไทย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 300 ราย ผลการศึกษาพบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในเชิงลบ คือ ยังไม่ถูกต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง (ร้อยละ 54 ) ส่วนใหญ่จะรับรู้เห็นด้วยในเรื่องที่เป็นการเอื้อผลประโยชน์ต่อตนเองและจากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกำหนดการรับรู้สิทธิ พบว่า บุคคลสามารถรับข้อมูลสิทธิผู้ป่วยจากบุคคลรอบข้างมากกว่าซึ่งถือว่าไม่ถูกต้องแต่สิ่งที่ถูกต้องบุคคลยังไม่ได้เข้าถึงโดยสอดคล้องกับงานวิจัยคือสื่อป้ายประกาศในโรงพยาบาล จะมีผลต่อการรับรู้สิทธิผู้ป่วยได้ถูกต้อง และชนกพร ดิอินทร์ (2542) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบสอบถามศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 300 ราย พบว่าการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำการศึกษาทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและเขตภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ นำมาจากชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งประชาชนที่ถือบัตรในโครงการทุกคนควรต้องรับรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีและสามารถใช้สิทธิของตนเองได้อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนผ่านสื่อต่างๆ เป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นประสาทสัมผัส ผ่านกระบวนการตีความหรือการแปลความหมายออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองโดยอาศัยคุณลักษณะของแต่ละบุคคลอันได้แก่ ภูมิหลังทางการศึกษา ประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม และการเข้าถึงสื่อ ประชาชนที่รับรู้จะมีการแสดงออกโดยความคิด ความรู้ ความเข้าใจ ในสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนักในสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้ของตนเองและเกิดพฤติกรรมหรือมีการแสดงออกในการปกป้องสิทธิของตนเองที่แตกต่างกันออกไป