บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในเรื่องความรู้ความคิดเห็นและการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีศึกษาผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งนำเสนอเป็นส่วนตามลำดับดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติ
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการประกันสังคม และสาระสำคัญของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎี พฤติกรรม ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติ

พฤติกรรม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 : 10 - 11) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น พฤติกรรมมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งขั้นของความสามารถต่าง ๆ มีดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.1 ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ในที่นี้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานเหล่านี้เป็นต้น จะเห็นว่าการจำได้ หรือระลึกได้นี้ไม่ได้ใช้กระบวนการของการใช้ความคิดซับซ้อน หรืออาจจะกล่าวได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถของสมองมากนัก ซึ่งระดับพฤติกรรมในขั้นนี้ที่จะกล่าวต่อไปนี้ (1.2 - 1.6) ถือว่าผู้เรียนได้ใช้ความคิด ได้พัฒนาความสามารถทางด้านสมองเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)

เมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์กับข่าวสารหนึ่ง ๆ อาจจะโดยการได้ฟัง ได้อ่านหรือได้เรียน เป็นที่คาดว่าบุคคลนั้นจะทำความเข้าใจกับข่าวสารนั้น ๆ ความเข้าใจนี้อาจจะแสดงออกในรูปของทักษะหรือความสามารถในการแปล การให้ความหมาย และการคาดคะเน

1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application)

เป็นการนำเอาทฤษฎีกฎเกณฑ์และแนวคิดไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis)

เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวออกเป็นหน่วยย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้นอย่างชัดเจน รวมทั้งการมองเห็นการผสมผสานส่วนประกอบที่รวมกันเป็นปัญหา หรือสถานการณ์นั้น ๆ

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis)

หมายถึง ความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบย่อยหลาย ๆ ส่วนมาร่วมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างที่แน่ชัด

1.6 การประเมินผล (Evaluation)

เป็นความสามารถในการวินิจฉัย ตีราคาสิ่งของต่าง ๆ โดยมีเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัย ซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ได้

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain)

พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก ซึ่งความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้จะต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงานของหน่วยที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น) และนักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินี้แต่การจะปฏิบัติจะต้องผ่านขบวนการยอมรับ ซึ่งเป็นขบวนการทางสมองที่ซับซ้อนและต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ (วิฑูร โอสถานนท์ 2516 : 29) คือ

ระยะรับรู้ (Awareness) เป็นระยะเริ่มของขบวนการ คือ ได้รู้สิ่งใหม่ ๆ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้เรื่องราว และต่อเนื่องไปเป็นระยะที่ให้ความสนใจ ตื่นตัว หาข้อมูลเพิ่มเติมขึ้น (Interest) จนเป็นที่พอใจจะผ่านเข้าสู่ระยะไตร่ตรอง ตัดสินใจ (Evaluation, Decision to try) พิจารณาเอาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ นั้นไปใช้คิดพิจารณาทางได้ทางเสีย จนกระทั่งเข้าใจดีแล้วก็จะเข้าสู่ระยะทดลองปฏิบัติ (Trial, Implementation) ถ้าการทดลองปฏิบัติได้ผลดีก็จะใช้ต่อไป ถ้าไม่ดีก็อาจจะเลิกใช้ ถ้ายังสนใจอยู่ก็จะไตร่ตรองทดลองใหม่ เมื่อได้ผลดี และเป็นที่พอใจก็จะนำไปปฏิบัติจนเป็นนิสัย

แนวคิดในการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข หรือวิธีการรักษาของ Jame C. Young (ค.ศ 1981) (Jame C. Young อ้างใน สุภาพร บัวเจตธรม 2534 : 16)

James C. Young ได้สร้างแบบจำลองในการอธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แหล่งบริการสาธารณสุขในระบบสังคมที่มีแหล่ง หรือวิธีการรักษาให้เลือกหลาย ๆ แห่ง ที่เรียกกันว่าระบบการแพทย์แบบพหุแบบจำลองของ Young ให้ชื่อว่า The health care choice making model ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยหรือตัวกำหนดสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อบุคคลป่วย บุคคลจะพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนั้น แล้วให้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้นั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่ง หรือวิธีการรักษาใด ๆ ทั้งนี้บุคคลนั้นจะคำนึงถึงความคิดเป็นส่วนใหญ่ในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงของตนเองด้วย

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเอง ตัวกำหนดนี้ ได้แก่ ความรู้ของบุคคลในการรักษาตนเองสำหรับการเจ็บป่วยนั้น ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการรักษาตนเองหรือการรักษาแบบพื้นบ้าน (ตามระบบของสามัญชน) ประกอบกับรับรู้ว่าอาการนั้นไม่รุนแรง เขามักเลือกรักษาตนเองแบบสามัญชน แต่ถ้าเขาไม่รู้จักวิธีการรักษาตนเองตามระบบสามัญชน เขามักจะเลือกวิธีการรักษาตามระบบการแพทย์ตะวันตก หรือถ้าวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน หรือการรักษาตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาความป่วยไข้ของเขาหรือญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านได้ บุคคลจะมีแนวโน้มเลือกใช้แหล่งการรักษาในระบบการแพทย์ตะวันตก

3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษาซึ่งความเชื่อนี้จะสัมพันธ์กับทางเลือกต่าง ๆ ของการรักษาพยาบาล กล่าวคือ บุคคลย่อมเลือกแบบแผน วิธีการรักษาตามความเชื่อถือศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้น ๆ

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดทางเลือกของแหล่งบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการนั้น ๆ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งบริการนั้น ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดต่าง ๆ นอกจากนั้นบุคลากรจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายที่ตนจะมีพอเพียงที่จะจ่ายให้กับบริการนั้น ๆ ด้วย (พิมพ์วัลล์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530 : 79 - 83)

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการประกันสังคมและสาระสำคัญของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

การประกันสังคมเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบความมั่นคงทาง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สังคม คือ ระบบสวัสดิการที่รัฐสร้างขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าเขาจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง หากเขาต้องประสบกับภาวะการสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายพิเศษเพิ่มขึ้น หรือการไม่มีรายได้ อันจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขาและครอบครัว

ระบบความมั่นคงทางสังคมอาศัยหลักการสร้างหลักประกันด้วยวิธี 3 วิธี (สุจริต ศรีประพันธ์, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2534 : 2) คือ

1. หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ(Social assistance) เป็นการช่วยเหลือประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ซึ่งมีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ คือ การสังคมสงเคราะห์ (Social welfare) และการประชาสงเคราะห์ (Public welfare) กรณีที่บุคคลประสบความทุกข์ยาก เช่น ประสบอุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย เป็นต้น โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ การรับเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ และการให้บริการต่าง ๆ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2534 ; 6)

2. หลักการบริการสังคม (Social service) เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนโดยไม่คำนึงว่าผู้นั้นจะได้รับความเดือดร้อนจริงหรือไม่ เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานและบริการ เช่น โรงเรียนและการศึกษา โรงพยาบาลและการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน

3. หลักการประกันสังคม (Social Insurance) ซึ่งเป็นโครงการบริการทางสังคมในระยะยาวอีกแบบหนึ่งที่รัฐรับเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อที่จะให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยมีหลักการที่สำคัญที่จะช่วยตนเอง ครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยจัดให้มีกองทุนกลาง ซึ่งมีนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลช่วยกันออกเงินสมทบ (กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 3) ทั้งนี้ตั้งอยู่บนแนวความคิดของการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกัน โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนออกแรงเสริม (Aviva Ron 1990 : 190)

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพในประเทศไทย จำแนกออกเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เอกสารโรเนียว 2534 : 1) คือ

ก. สวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้ (Social welfare) เป็นสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภทมีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภทโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

- โครงการสงเคราะห์ประชาชน ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล เป็นนโยบายที่ให้หลักประกันการเข้าถึงบริการการแพทย์ และสาธารณสุขของครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย โดยใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้โดยไม่คิดมูลค่า โครงการนี้ได้ดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2518 และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาทหรือคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งระดับความยากจน บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยนี้จะมีอายุคราวละ 3 ปี เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 เป็นต้นมาจนกระทั่งมีการออกบัตรสงเคราะห์ รุ่นที่ 2 ในปี 2527, รุ่นที่ 3 ในปี 2530 และรุ่นที่ 4 ในปี 2533 ยังคงยึดเกณฑ์นี้ บัตรรุ่นปัจจุบันจะหมดอายุในเดือน กันยายน 2536 และครอบคลุมประชากรได้ 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งประเทศ

เกณฑ์การขอรับบริการของผู้ถือบัตรสงเคราะห์ได้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยในรุ่นปี พ.ศ. 2524-2527 ไม่ได้กำหนดสถานบริการไว้ในบัตร ในรุ่นปี 2527-2530 กำหนดสถานบริการเหลือเพียง 2 แห่งคือสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในท้องที่ภูมิลำเนา บัตรในรุ่นปี 2530-33 และ 2533-36 จำนวนสถานบริการลดลงเหลือเพียงแห่งเดียวเท่านั้น คือสถานีอนามัยในภูมิลำเนา การใช้บริการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในบัตรจะต้องอาศัยระบบการส่งต่อหรือกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุเท่านั้น ในปี 2533 บัตรสงเคราะห์ได้ครอบคลุมประชากรได้ 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งประเทศ

- โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล โครงการนี้เป็นโครงการใหม่เริ่มตั้งงบประมาณในปี 2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท และ 267.5 ล้านบาทในปี 2535 ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ครอบคลุมประมาณ 3.5 ล้านคนหรือร้อยละ 6.2 ของประชากรทั่วประเทศ ภายในเดือน ธันวาคม 2534 จะออกบัตรสงเคราะห์ผู้สูงอายุได้ทั่วประเทศ ผู้สูงอายุจะไปใช้บริการตามที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้นคือสถานพยาบาลของรัฐ(ที่ใดก็ได้หนึ่งแห่ง)นอกเหนือจากนี้จะต้องอาศัยการส่งต่อผู้ป่วย

- โครงการประกันสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ การประกันสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาตินั้น กระทรวงศึกษาธิการได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาทกันไว้ที่โรงเรียนสำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนไปสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เหลือ 27 บาท นั้นให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่เด็กนักเรียนที่เจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท โดยครอบคลุมนักเรียนประถม 1-6 ถึง 6.7 ล้านคนหรือร้อยละ 12.2 ของประชากรทั่วประเทศ ส่วนในปีงบประมาณ 2535 จำนวนนักเรียนลดลงเหลือ 4.17 ล้านคน และจะมีเงินเข้าสู่สถานพยาบาล 125 ล้านบาท

- สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำจะได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาล ซึ่งครอบครุมไปถึงบิดามารดา, คู่สมรส และบุตรอีก 3 คน รวมสิทธิทั้งสิ้นสูงสุดถึง 7 คนต่อข้าราชการหรือลูกจ้างคนหนึ่ง ในปี 2533 ครอบคลุมประชากรได้ 6.7 ล้านคน หรือร้อยละ 9.8 ของประชากรทั้งประเทศ(อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานข้อมูลใดแสดงว่าสิทธิที่พ่วงมากับข้าราชการนั้นมีกี่คน) การรักษาพยาบาลฟรีนี้ถือว่าเป็นสวัสดิการทางอ้อมชดเชยเงินเดือนที่ต่ำมากในภาคราชการ

เมื่อเจ็บป่วยในกรณีผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิจะต้องจ่ายเงินด้วยตนเองและนำใบเสร็จรับเงินไปเบิกจากคลังผ่านต้นสังกัดของตนในภายหลัง สำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน ให้นำใบรับรองสิทธิจากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดมาแสดงกับโรงพยาบาลนั้น ๆ โรงพยาบาลจะทำฎีกาเบิกโดยตรงจากกระทรวงการคลัง หรือคลังจังหวัดแล้วแต่กรณี ผู้มีสิทธิจะประสงค์ไปรับการรักษาพยาบาลชนิดผู้ป่วยในในโรงพยาบาลของรัฐหรือของเอกชนก็ได้ แต่สิทธิที่พึงได้จากการนอนโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีอยู่อย่างจำกัด ตามระเบียบ ข้อกำหนดของกระทรวงการคลัง เช่น จำกัดจำนวนวันป่วย อัตราค่ารักษาพยาบาล อัตราค่าห้องต่อวัน เป็นต้น การจำกัดสิทธินี้ก็เพราะกระทรวงการคลังมีนโยบายจะให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการสิทธิเหล่านี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาลเอกชนจะต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และค่อยเบิกเงินคืนภายหลัง

- สวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ ผู้มีบัตรทหารผ่านศึก เหรียญราชการชายแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบวช ฯลฯ นั้นจะได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรีเฉพาะตัว โดยมีระเบียบของกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสิทธิอันพึงมีพึงได้และขั้นตอนในการปฏิบัติด้วย ประชากรเป้าหมายในกลุ่มนี้มีไม่มากนัก เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลที่สมบูรณ์จึงประมาณการว่าไม่เกิน หนึ่งแสนคน และส่วนใหญ่จะมีสิทธิเฉพาะตัวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สิทธิที่มีอยู่นี้ไม่ได้บังคับให้ใช้บริการที่ใดที่หนึ่งเหมือนเช่นผู้ถือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้มีสิทธิเหล่านี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จึงใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐได้โดยตรง

ข. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

- กองทุนทดแทนแรงงาน กองทุนทดแทนแรงงานได้ดำเนินการภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้างในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนดอัตราร้อยละของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (employer liability scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้มีหลักประกันแก่ลูกจ้างของเอกชนซึ่งปฏิบัติงานให้นายจ้างตามกฎหมายแรงงานให้กว้างขวางขึ้นด้วย

ประโยชน์ทดแทนที่ลูกจ้างได้รับได้แก่

1) ค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะจ่ายให้โรงพยาบาลตามที่จ่ายจริงและจำเป็น ทั้งนี้ไม่เกินวงเงิน 30,000 บาท

2) ค่าทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนแต่ต้องไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,000 บาท แต่ต้องไม่เกินเดือนละ 6,000 บาท

3) ได้รับค่าทดแทนในระหว่างที่ไม่สามารถทำงานได้ติดต่อกันเกิน 3 วันขึ้นไป แต่ต้องไม่เกิน 1 ปี

4) ถ้าลูกจ้างสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกายหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะจะได้รับทดแทนตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดไว้ไม่เกิน 10 ปี

5) ถ้าลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยถึงแก่ความตาย ผู้มีสิทธิจะได้รับค่าทดแทนเป็นระยะเวลา 5 ปี และค่าทำศพเป็นจำนวนเงิน 3 เท่าของค่าจ้างรายเดือน แต่ต้องไม่น้อยกว่า 5,000 บาท และไม่เกิน 10,000 บาท

กองทุนเงินทดแทนดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยเริ่มต้นจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเกินกว่า 20 คน ในกรุงเทพ ฯ และปริมณฑลก่อน โดยมีจำนวนนายจ้างลงทะเบียนจ่ายเงินสมทบจำนวน 2,492 ราย และลูกจ้างในความคุ้มครอง 272,848 รายในปี 2517 ต่อมาค่อย ๆ ขยายไปยังต่างจังหวัด จนในปี 2533 คุ้มครองลูกจ้างทั้งสิ้น 1.83 ล้านคน หรือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ร้อยละ 3.2 ของประชากรทั้งประเทศ

การจ่ายเงินสมทบนั้นคำนวนจากอัตราสมทบพื้นฐาน (basic rate) ซึ่งกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องอัตราและวิธีเรียกเก็บเงินสมทบ การจ่ายเงินทดแทนของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนและการอุทธรณ์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2533 เมื่อนายจ้างจ่ายเงินสมทบได้ 3 ปีแล้ว ก็จะคำนวนหาอัตราประสบการณ์ (experience rate)ของสถานประกอบการนั้น โดยใช้หลักการคือ หากเงินทดแทนที่จ่ายแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นต่ำเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานน้อย (เพราะการมีมาตรการความปลอดภัยสูง) นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราสมทบในปีถัด ๆ ไป ในทางตรงกันข้ามหากจ่ายเงินทดแทนสูงเมื่อเทียบกับเงินสมทบ นายจ้างก็จะต้องถูกสั่งให้เพิ่มอัตราสมทบสูงขึ้นจากอัตราพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม อัตราเพิ่มสูงสุดไม่เกินร้อยละ 100

- กองทุนประกันสังคม (ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป)

ค. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้โครงการเหล่านี้ได้แก่

- การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นธุรกิจประกันสุขภาพของผู้มีรายได้สูงกับบริษัทประกันชีวิตต่าง ๆ หรือการที่นายจ้างภาคธุรกิจเอกชนซื้อประกันหมู่ให้แก่ลูกจ้างเป็นต้น การประกันสุขภาพชนิดนี้สามารถ ครอบคลุมประชากรได้เพียง 236,000 คน หรือร้อยละ 0.4 ของประชากรทั้งประเทศ (โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ 2535 : 4)

- การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) โครงการนี้คุ้มครองกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่สมัครใจซื้อบัตรสุขภาพส่วนใหญ่เป็นชาวไร่ชาวนา โครงการนี้ครอบคลุมประชากร 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 3.3 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2533 (โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ 2535 : 4)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2533 เป็นลักษณะของการประกันสังคมแบบบังคับและเน้นในภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการก่อน เนื่องจากมีความเป็นไปได้ในการคำนวณและจัดเก็บเงินสมทบ ซึ่งจะต้องจ่าย

เข้ากองทุนประกันสังคม โดยนายจ้างจ่ายสมทบร้อยละ 1.5 ลูกจ้างจ่ายร้อยละ 1.5 และรัฐบาลจ่ายร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง รวมเป็นร้อยละ 4.5 ในจำนวนนี้ร้อยละ 2.45 จะนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทดแทนกรณี เจ็บป่วยและกรณีคลอดบุตร ที่เหลือจะจ่ายเพื่อประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ กรณีเสียชีวิตและ จ่ายเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้สถานพยาบาลประกันสังคม ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษาด้วยวิธีเหมาจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์คนละ 700 บาท ต่อปีหรือคนละ 58 บาทต่อเดือน (กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 3) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีทั้งหมด 104 มาตรา ซึ่งพอจะสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะทำการศึกษาได้ดังนี้

มาตรา 54 ผู้ประกันตนหรือบุคคลตามมาตรา 73 มีสิทธิ์ได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน 7 ประการ คือ

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตามมาตรา 39 (คือผู้ที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน)

รายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ (ข้อ 1 และ 2) ที่ผู้ประกันตน หรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะได้รับให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์เห็นชอบ หลักเกณฑ์ต่าง ๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อให้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติ รายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ ได้แก่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. กลุ่มโรคและบริการที่ครอบคลุมโดยเงินเหมาจ่าย

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	กรณีคลอดบุตร
ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์	ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าทำคลอด ค่าบริบาล และค่ารักษาพยาบาลทารกแรกคลอด
ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้ภูมิคุ้มกันโรค	ค่าพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้ภูมิคุ้มกันโรค

2. กลุ่มโรคและบริการที่จ่ายจากเงินสำรอง (เงินสำรองคือ เงินที่กันไว้ส่วนหนึ่งจากค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากเงินเหมาจ่าย) ได้แก่ การประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยซึ่งต้องรับการรักษาอย่างฉุกเฉิน กรณีคลอดบุตรกำหนดไว้ 2,500 บาท/ราย หมันหญิง 400 บาท/ราย การรักษาที่ต้องให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง คือ 1) การทำไตเทียม กรณีไตวายเฉียบพลัน ให้รักษาไม่เกิน 60 วัน 2) กรณีฉีดสารเคมีเพื่อทำลายเนื้อเยื่อในร่างกาย 3) การผ่าตัดหัวใจแบบปิด 4) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ภายในร่างกาย

3. กลุ่มโรคและบริการที่ไม่ครอบคลุมโดยประกันสังคม

3.1 โรคจิต (วิกลจริต) ยกเว้นชนิดเฉียบพลันต้องการรักษารีบด่วน รักษาไม่เกิน 15 วัน

3.2 โรคเดียวกันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 180 วันใน 1 ปี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.3 ทันตกรรม

3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

3.5 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการทดลอง

3.6 การป่วยหรือบาดเจ็บซึ่งเกิดขึ้นตามมาตรา 61 (การป่วยหรือบาดเจ็บหรือทุพพลภาพ หรือการตายที่เกิดขึ้นโดยผู้ประกันตนจงใจให้เกิดขึ้น หรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น)

3.7 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางแพทย์

3.8 การเปลี่ยนเพศ (การแปลงเพศ)

3.9 การล้างไต ยกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลันให้รักษาไม่เกิน 60 วัน

3.10 โรคหรือการประสบอันตราย อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ

3.11 การผสมเทียม

3.12 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

3.13 แว่นตา และเลนส์เทียม

3.14 การบาดเจ็บหรือโรคซึ่งสืบเนื่องมาจากการทำงาน (การเจ็บป่วยสืบเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้างตามกฎหมายแรงงาน ซึ่งจะได้รับการทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน)

3.15 การตรวจใด ๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

3.16 การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

3.17 การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากยังไม่ผู้ใดศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น และการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีศึกษาผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แต่มีการศึกษาในเรื่องประกันสุขภาพ คือ โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งวัตถุประสงค์เดิมไม่ใช่ประกันแต่ตั้งขึ้นมาเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานด้านส่งเสริมและการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ซึ่งเริ่มด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจความต้องการและจำหน่ายบัตรสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งมีอยู่ 3 ประเภท คือ บัตรครอบครัวราคา 300 บาท บัตรบุคคลราคา 200 บาท และบัตรอนามัยแม่และเด็กราคา 100 บาท เงินรายได้จากการขายบัตรจะนำเข้ากองทุนบัตรสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการหมู่บ้าน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา เงินรายได้จากการขายบัตรสุขภาพนี้จะนำมาให้ชาวบ้านผู้เป็นสมาชิกกู้ยืมในอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ เพื่อนำไปพัฒนากิจกรรมทางด้านสาธารณสุขของครอบครัว และจัดสรรให้สถานบริการระดับต่าง ๆ ตามสัดส่วนที่โครงการกำหนด

ผู้ถือบัตรสุขภาพจะได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปจำนวนครั้งการรักษาพยาบาลฟรีในโรคและเงื่อนไขที่กำหนด การลดค่ารักษาพยาบาล 10 % การได้รับบริการช่องทางด่วน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องการใช้สิทธิตามบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขในการรับบริการจากสถานพยาบาลระดับล่าง คือ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ หรือสถานีอนามัยก่อน จากนั้นจึงจะมีการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงกว่า คือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อไป โครงการบัตรสุขภาพได้พัฒนามา 3 ระยะ ระยะที่ 1 เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2526 ระยะที่ 2 เริ่มปี พ.ศ. 2527 ถึงก่อนวันที่ 1 เมษายน 2528 ระยะที่ 3 เริ่มหลัง 1 เมษายน 2528 ถึง พ.ศ. 2530 (พีระ ตันติเศรณี 2532 : 116) โดยมีเป้าหมายการขยายการครอบคลุมพื้นที่ และการปรับปรุงเงื่อนไขแตกต่างกันไปในแต่ละระยะจนถึงปัจจุบัน ความต่อเนื่องของโครงการปรากฏว่าการครอบคลุมประชากรลดลงเรื่อย ๆ มีเพียงร้อยละ 50 ของจังหวัดที่ยังดำเนินการอยู่ และครอบคลุมประชากร 2.7 ล้านคน หรือร้อยละ 5.1 ของประชากรทั่วประเทศ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2534 : 14)

โครงการบัตรสุขภาพเป็นโครงการที่มีการระดมทุนจากชุมชนเพื่อดูแลรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย มีการพูดถึงการเฉลี่ยความเสี่ยง การมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายให้ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในยามเจ็บป่วยนี้ มีลักษณะคล้ายกับแนวคิดการประกัน ซึ่งสามารถนำแนวคิด และผลของการศึกษามาเปรียบเทียบอ้างอิงได้ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นลักษณะของการประกันสังคมที่รัฐจัดให้กับประชาชนอันหนึ่ง มีรายการงานศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาของเชื้อทอง ธัมทะมาลา และคณะ (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการให้สวัสดิการของรัฐแก่ผู้มีรายได้น้อย กรณีบัตร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

สงเคราะห์พบว่าการจัดระบบการประกันการเจ็บป่วยประชาชนยังไม่เข้าใจดีพอมีเพียงร้อยละ 60 - 70 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในโครงการบัตรสุขภาพ กรณีศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจในหลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพอย่างถูกต้องประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด และพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับเงื่อนไข และสิทธิประโยชน์บัตรสุขภาพของประชาชนยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก กล่าวคือ การรับรู้ถูกต้องเกี่ยวกับจำนวนครั้งการใช้สิทธิมีเพียงร้อยละ 76.7 จำนวนผู้มีสิทธิในบัตร 43.2 อายุการใช้บัตร 68.0 การต่ออายุบัตร 69.7 และขั้นตอนการใช้บริการกับสถานบริการต่าง ๆ ในระบบส่งต่อผู้ป่วย 59.7 (สมมาตร พรหมภักดี 2532 : 40)

ความคิดเห็นของประชาชนที่มีบัตรสุขภาพนั้น สมมาตร พรหมภักดี (2532 : 40) พบว่า การกำหนดขั้นตอนรับบริการที่ต้องผ่านกองทุนยา สถานีอนามัย และโรงพยาบาลตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 56.4 เท่านั้นที่เห็นว่าเป็นข้อกำหนดที่จำเป็น ส่วนความคิดเห็นในเรื่องการเก็บเงินเป็นรายปีนั้นพบว่า ผู้มีบัตรสงเคราะห์เห็นด้วยกับการเก็บเงินเป็นรายปีสำหรับการรักษาพยาบาล (เชื้อทอง ธัมทะมาลา และคณะ 2527 : 57) ส่วนความคิดเห็นความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้บริการทางการแพทย์นั้น เดอร์วอล์ฟ และคณะ (De Walfe, et al, 1966 : 68 - 72) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและบริการอื่น ๆ ของกฎระเบียบของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งระหว่างค่าความคาดหวังของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะได้รับจากโรงพยาบาล กับความจริงที่ได้รับขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีความคิดเห็นและทัศนคติที่ไม่ดีต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นเหตุให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ 2531 : 16) ต่างจากการศึกษาของอำไพ ศาสตระรุจิ (อ้างใน นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ 2531 : 114) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยจำแนกตามลักษณะทั่วไป คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวน 100 คน โดยการสัมภาษณ์พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการของแผนกผู้ป่วยนอก คือ บริการพยาบาลที่ได้รับขณะมารับการตรวจรักษามีคะแนนเฉลี่ยทุกระดับมากทุกด้าน ยกเว้นบริการน้ำดื่มที่มีความพึงพอใจน้อย นอกจากนี้ความพึงพอใจไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ ระดับการศึกษา แต่แตกต่างกันระหว่างวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน และวัยชรา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เช่นเดียวกับการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2531 : 104) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าโดยส่วนรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในระดับมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม ส่วนในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติการใช้บริการทางการแพทย์นั้น เฟรนช์ (French 1974 : 6) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำส่วนมากมีความคาดหวังในบริการด้านการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนบุคคลที่มีการศึกษา และสถานภาพทางสังคมสูงย่อมมีความคาดหวังในบริการด้านการแพทย์สูงด้วย

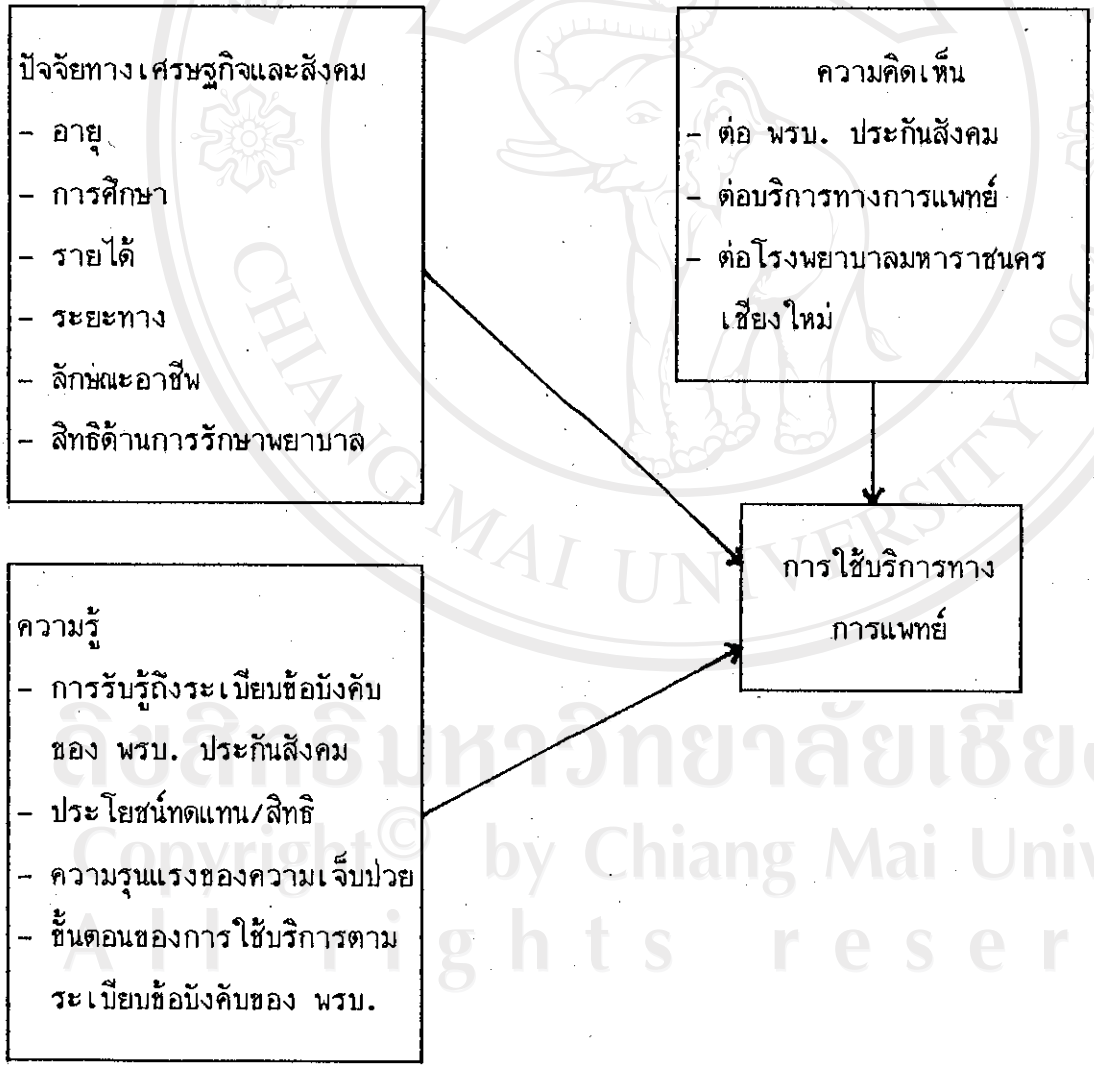
ส่วนการใช้บริการทางการแพทย์นั้น เมื่อรัฐบาลประกาศใช้บัตรสงเคราะห์แก่ผู้มีรายได้น้อยแล้ว ผู้ให้บริการทุกอาชีพพบว่ามีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และผู้รับบริการที่มีบัตรสงเคราะห์ส่วนมากจะสนใจที่จะรับบริการจากโรงพยาบาลในระดับจังหวัด (เชื้อทอง ธัมทะมาลา และคณะ 2527 : 52) สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2534 : 34) ได้ประเมินผลการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ประกันตน โดยสำรวจจากสถานพยาบาลหลักทั้งรัฐและเอกชนรวม 134 แห่งในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2534 ไม่รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในเครือข่าย พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ประกันตนเป็น 23.7 - 32 ครั้ง/พันคน/เดือน หรือ 0.28 - 0.38 ครั้ง/คน/ปี การใช้บริการนั้น ผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่มีขนาดใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาคร ไปใช้บริการในสถานพยาบาลหลักของตนมากที่สุดคือร้อยละ 34.0 รองลงมาเป็นคลีนิคแพทย์ (วิไลเดือน อ้างใน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2535 : 19)

ส่วนการไปรับบริการทำคลอดนั้นพบว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานที่ประชาชนไปใช้บริการมากที่สุด เหตุผลที่สำคัญที่สุดของประชาชนที่ไปใช้นั้น เนื่องจากการเดินทางสะดวก รองลงมาคือ เชื่อในตัวบุคคล เชื่อถือในสถานบริการ และมีบัตรสงเคราะห์หรือบัตรสุขภาพ ส่วนการที่ประชาชนไม่ไปใช้รับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น เพราะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย นอกจากนั้นพบว่าเพราะไม่มีเงิน ไม่มีเวลา และไม่สะดวกในการเดินทาง (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ 2531 : 26 - 31) สอดคล้องกับการศึกษาของสมมาตร พรหมภักดี (2532 : 40) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยมีการนำบัตรสุขภาพไปใช้ร้อยละ 58.7 ส่วนผู้ที่ไม่ใช้บัตรเพราะเห็นว่าค่ารักษาพยาบาลราคาถูก ต้องการสงวนสิทธิบัตรเอาไว้ใช้กรณีค่ารักษาพยาบาลสูง ๆ ผู้ป่วยจะนำบัตรไปใช้ที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยเหตุผล ซึ่งเป็นผลมาจากสิทธิประโยชน์ที่โครงการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เปิดให้ เช่น ได้รับความสะดวก ได้รับการยอมรับจากผู้บริการ ไม่มีอุปสรรคทางการเงินมาขัดขวางการรับบริการจากสถานพยาบาล ที่มีศักยภาพในการให้บริการสูง ได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่ากับสิทธิของบัตร รวมทั้งต้องการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ส่วนโรคหรืออาการที่ผู้มีบัตรสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยไปใช้บริการนั้นมากที่สุด เป็นอาการและภาวะที่กำหนดไม่ชัดแจ้งร้อยละ 33 รองลงมาร้อยละ 15 เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และ 1 ใน 10 เป็นโรคระบบย่อยอาหาร (สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ 2533 : 43 - 44)

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved