

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. พัฒนาการหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย
3. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547 จังหวัด

ลำปาง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

1. ความหมายของความคิดเห็น

Kolasa (1969: 368) อธิบายว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่จะพิจารณาถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเป็นการประเมินผลหรือแปลความหมายสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่ง Osgood, Suci และ Tennenbaum (1975 อ้างใน Oskamp, 1977: 12) ซึ่งให้เห็นว่าข้อเท็จจริงนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้

ในพจนานุกรม Webster (1967: 301) และ Good (1973: 339) อธิบายความคิดเห็น หมายถึงความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความแน่นอนหรือความรู้อันแท้จริง แต่ตั้งอยู่ที่จิตใจ สำหรับMaire (1952: 52), Engle และ Snellgrove (1969: 593) อธิบายว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกของทัศนคติส่วนหนึ่งและเป็นการแปลความหมายข้อเท็จจริงอีกส่วนหนึ่ง

อย่างไรก็ดีบุคคลสามารถแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของการพูดหรือการเขียน (Chlids 1965 อ้างใน Oskamp, 1977: 12)

สรุป ความคิดเห็นเป็นความเชื่อ การแสดงออกของทัศนคติและการแปลความหมายข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการแสดงออกด้วยการพูดหรือการเขียน

2. การวัดความคิดเห็น

Zadrozny (1959: 234) อธิบายว่าการวัดความคิดเห็นโดยทั่วไปจะต้องมีส่วนประกอบ 3 อย่าง คือ บุคคลที่จะถูกวัด สิ่งเร้า และการตอบสนอง ซึ่งแสดงออกมาเป็นระดับสูงต่ำ มากน้อย วิธีวัดความคิดเห็นโดยมากจะใช้การตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์

Shaw และ Wright (1967: 280) อธิบายว่าการวัดความคิดเห็นทำได้โดย การฉายภาพ (projective technique) การสัมภาษณ์ (interview) การส่งแบบสอบถาม (questionnaire) แต่มีข้อจำกัดว่า ผู้ที่ถูกถามต้องอ่านออกเขียนได้

Morgan และ King (1971: 516) อธิบายว่าการวัดความคิดเห็นต้องระบุให้ผู้ตอบตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความที่กำหนดให้ โดยนิยมสร้างตามแนวของลิเคิร์ต (Likert) ซึ่งแบ่งน้ำหนักความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆหรือไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับว่าเป็นปฏิฐาน (positive) หรือนิเสธ (negative) ซึ่งให้แสดงออกเป็นร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความการให้เล่าความรู้สึก (self-report) สรุปการวัดความคิดเห็นจะต้องมีส่วนประกอบ 3 อย่าง คือ 1) บุคคลที่จะถูกวัด 2) สิ่งเร้า และ 3) การตอบสนอง โดยอาศัยวิธีการวัดเหล่านี้ 1) การฉายภาพ 2) การสัมภาษณ์ 3) การให้เล่าความรู้สึก 4) การส่งแบบสอบถาม หากใช้แบบสอบถามนิยมแบ่งระดับของความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ตามแนวของลิเคิร์ต ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆหรือไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยการให้คะแนนขึ้นอยู่กับว่าเป็นปฏิฐานหรือนิเสธปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดเห็น

Oskamp (1977: 119-133) ทวีลาภ ศิริสวัสดิบุตร (2536: 15) และกิตติ สุทธิสัมพันธ์ (2542:12-13) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญก่อให้เกิดความคิดเห็น มีดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรมและทางร่างกาย (genetic and physiological factors) เป็นปัจจัยซึ่งมักไม่ค่อยถูกกล่าวถึง จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อระดับความก้าวร้าว และระดับความก้าวร้าวอาจจะมีผลต่อความคิดเห็น ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ความคิดเห็นต่อการเป็นมิตร ส่วนปัจจัยทางร่างกาย ได้แก่ อายุ ความเจ็บป่วย และการติดยาเสพติด มีผลต่อความคิดเห็น เช่น คนสูงอายุจะมีความคิดเห็นไม่ดีต่อการเมือง

2) ประสบการณ์โดยตรงของบุคคล (direct personal experience) โดยพิจารณา 3 ด้านคือ

2.1) เหตุการณ์เด่นๆ (salient incident) ได้แก่ เหตุการณ์ตกใจสุดขีด เช่น การวิ่งหนีม้าหรือสุนัข เหตุการณ์ทางศาสนา หรือทางสงคราม เช่น การรอดตายอย่างหวุดหวิดจากเครื่องบินชนกันในสงคราม เหตุการณ์เหล่านี้มีผลต่อความคิดเห็นของบุคคล

2.2) การเกิดขึ้นซ้ำๆ (repeated exposure) ของวัตถุ ของบุคคล หรือของแนวคิดกลับไปกลับมา นักการเมืองและนักโฆษณาได้นำหลักการนี้ไปใช้รณรงค์หาเสียงเลือกตั้งและโฆษณาสินค้า อย่างไรก็ตาม การเกิดขึ้นซ้ำ ๆ มีผลต่อความคิดเห็นของบุคคลได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ หากต้องการ

ให้มีความคิดเห็นเชิงบวกต้องปฏิบัติ ดังนี้ 1) การเกิดขึ้นซ้ำๆต้องทำต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน 2) ทำร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ 3) ทำสม่ำเสมอ 4) มีเป้าหมาย 5) มีความเชื่อเดียวกัน และ 6) ทำโดยผู้มีอำนาจหรือโดยค่านิยมของสังคม

2.3) ทักษคติต่างๆไปของกลุ่มสังคม (development of stereotypes) หมายถึง ภาพ (image) หรือความเชื่อ (belief) ที่บุคคลยึดถือตามกลุ่มสังคม (social group) ที่ตนเป็นส่วนหนึ่งซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก เช่น ความเชื่อว่าผู้หญิงไร้เหตุผล ไม่มีความสามารถ สังคมนั้นก็จะไม่จ้างผู้หญิงเข้าทำงาน เป็นต้น ทักษคติของกลุ่มสังคมนีช่วยทำให้เกิดการคิด (thought) และการตัดสินใจทำได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม ความคิดเห็นของบุคคลไม่ได้เกิดจากทัศนคติต่างๆของกลุ่มสังคมนั้น หากเกิดจากการอ่าน จากเพื่อน หรือการอบรมสั่งสอนของครอบครัวด้วย ซึ่งอยู่ในปัจจัยถัดไป

3) อิทธิพลจากครอบครัว (parent influence) หมายถึง พ่อแม่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นและพฤติกรรมของเด็กโดยผ่านการให้รางวัล (reward) และการลงโทษ (punishment) เนื่องจากความคิดเห็นของเด็กเกิดจากประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมที่ผ่านการอบรมสั่งสอนจากพ่อแม่และการเลียนแบบจากพ่อแม่ เช่น ความคิดเห็นต่อสงคราม ความคิดเห็นต่อคนแปลกหน้า ความคิดเห็นต่อพรรคการเมือง และความคิดเห็นต่อแนวคิดเชิงนามธรรมต่างๆ (เช่น อีสรภาพ และ ความยุติธรรม

4) ทักษคติของกลุ่ม (group determinants of attitudes) มีผลต่อความคิดเห็นของบุคคล โดยพิจารณา 4 กลุ่ม คือ

4.1) โรงเรียน (school) โรงเรียนมีผลต่อความคิดเห็นของเด็กรองจากพ่อแม่ โดยผ่านการสอน โดยเฉพาะในเรื่องความคิดเห็นทางการเมือง

4.2) กลุ่มเพื่อน (peer groups) เป็นกลุ่มที่มีผลต่อความคิดเห็นรองจากครอบครัว และโรงเรียนตามลำดับ ช่องว่างระหว่างวัย (generation gap) ทำให้มีความคิดเห็นต่างกัน ส่วนหนึ่งเป็นอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2545: 103-116) อธิบายว่าการคิดตามกลุ่ม (groupthink) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากแรงกดดันเชิงจิตวิทยาของกลุ่มต่อปัจเจกบุคคลเพื่อให้ปฏิบัติตามกลุ่ม กรณีต้องเผชิญกับสถานการณ์ความตึงเครียด อันนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจไร้คุณภาพ เนื่องจากไม่ได้มีการวิเคราะห์หรือประเมินข้อมูลในการดำเนินการก่อนที่จะตัดสินใจ ทำให้เกิดความเสียหายและทำให้องค์การสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากได้ นอกจากนี้ Janis และ Mann (1977 อ้างใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2545: 106-116) ได้เสนอโมเดลของการคิดตามกลุ่ม ประกอบด้วย 1) เงื่อนไขของการคิดตามกลุ่ม 2) อาการของการคิดตามกลุ่ม 3) ผลต่อการตัดสินใจ (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1) โดยความรู้ความคิดแยกออกได้เป็น 6 ประเภท คือ 1) ความรู้ความจำ (knowledge) 2) ความเข้าใจ (comprehension) 3) การนำไปใช้ (application) 4) การวิเคราะห์ (analysis) 5) การสังเคราะห์ (synthesis) และ 6) การประเมินค่า (evaluation) (Bloom, et. al, 1956 อ้างใน อำนวย เลิศขันธ์, 2542: 178)

4.3) ความเหมือนกัน (conformity pressures) เช่น วัฒนธรรม ค่านิยม เป็นต้น ล้วนเป็นตัวกำหนดความคิดเห็นของบุคคล โดยมักจะมีอคติต่อกลุ่มที่แตกต่างกับกลุ่มตน อย่างไรก็ตาม บางเงื่อนไข เช่น เมื่อมีผลประโยชน์ และเป้าหมายร่วมกัน อคติอาจลดลงได้

4.4) กลุ่มอ้างอิง (reference groups) ได้แก่ ดารา นักดนตรี เป็นต้น สื่อมวลชน (mass media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ภาพยนตร์ วิทยุ และโทรทัศน์ จะให้ข้อมูลแก่บุคคล ซึ่งข้อมูลความเชื่อที่ผ่านมาทางสื่อมวลชนนั้น เป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดความคิดเห็น

นอกจากนี้ การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น การเลียนแบบ องค์กรประกอบทางสังคม และระบบค่านิยมของกลุ่มมีส่วนก่อให้เกิดความคิดเห็น (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2537 602-604; Foster, 1952: 119)

สรุปปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดเห็นนั้นเกิดได้จาก

1. ปัจจัยทางพันธุกรรมและร่างกาย
2. ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
3. อิทธิพลจากครอบครัว
4. ทักษะสติของกลุ่ม
5. สื่อมวลชน
6. การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น
7. การเลียนแบบ
8. องค์กรประกอบทางสังคม
9. ระบบค่านิยมของกลุ่ม

แผนภูมิที่ 1 โมเดลของการคิดตามกลุ่ม (groupthink)

ที่มา: ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2545: 111



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พัฒนาการหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มจากการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2518 รัฐบาลเริ่มมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยเป็นหลัก จนกระทั่งปี พ.ศ. 2532 ได้มีการให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และในปี พ.ศ. 2535 ได้ขยายกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมถึงเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนา โดยได้ดำเนินการภายใต้โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล และเมื่อปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อโครงการดังกล่าวเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้าน

การรักษาพยาบาล (สปร.) แต่การกำหนดเกณฑ์รายได้ร้อยละของการสงเคราะห์ได้เปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจสังคมของประเทศคือ เมื่อปี พ.ศ. 2518 กำหนดเกณฑ์รายได้ร้อยละต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน เปลี่ยนเป็นรายได้ร้อยละสำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน และ 2,000 บาท/เดือน ในปี พ.ศ. 2524 และ 2537 ตามลำดับ สำหรับครอบครัวกำหนดเกณฑ์รายได้ร้อยละต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน และ 2,800 บาท/เดือน ในปี พ.ศ. 2522 และ 2537 ตามลำดับ

โครงการดังกล่าวดำเนินการเรื่อยมาจนกระทั่งปี พ.ศ. 2544 เริ่มโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยยกเลิกโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล แต่ยังคงเน้นการให้การสงเคราะห์ฟรีในกลุ่มเป้าหมายเดิม ปัจจุบันระบบสวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพของประเทศไทย สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) สวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้ (social welfare) เป็นสวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์แต่ละประเภทเฉพาะของแต่ละโครงการแตกต่างกัน โครงการเหล่านี้ ได้แก่

1.1) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งปัจจุบันคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยรวมการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี พระภิกษุสามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และทหารผ่านศึก และครอบครัวเข้าด้วยกัน

1.2) สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

1.3) สวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่นๆ

2) การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (compulsory health insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่ กองทุนทดแทนแรงงาน และกองทุนประกันสังคม

3) การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (voluntary health insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการเหล่านี้ ได้แก่ การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน และการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความหมายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545: 23) และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ได้ให้ความหมายว่า การที่บุคคลได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในด้านการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการอนามัย อันจำเป็นด้วยความเสมอภาคอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544: 1)

2. ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไม่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ ปัจจุบันภายใต้ระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ครอบคลุมประชากรได้ทั้งหมดประมาณร้อยละ 80 อีกร้อยละ 20 ของประชากร ไม่ได้รับการครอบคลุมบริการ (ทวีศักดิ์ สุททวาทิน, 2544: 32) นอกเหนือจากปัญหาเรื่องความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนแล้ว ระบบสวัสดิการสุขภาพ และการประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัว และสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันด้วย ทำให้มาตรฐานของบริการสุขภาพแตกต่างกันไป จึงส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาในระบบสุขภาพ (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, 2544: 24-28) ได้แก่

2.1 ความไม่เสมอภาค พบความไม่เสมอภาคทางสถานะสุขภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ นอกจากนั้นแล้วยังเกิดความไม่เสมอภาคในการจัดสรร/กระจายทรัพยากรสาธารณสุข โดยเกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค และสุดท้ายเกิดความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งคนที่มีรายได้ต่ำจะมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อคิดเป็นสัดส่วนของรายได้มากกว่าคนที่มีรายได้สูง

2.2 ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ งบประมาณด้านสุขภาพจะถูกจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลในสัดส่วนที่สูงกว่าการส่งเสริมและป้องกันโรค ส่งผลกระทบต่อให้บริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับมักจะเป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งมีประสิทธิภาพในการทำให้สุขภาพดีน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.3 ปัญหาของระบบบริการและคุณภาพมาตรฐานของการใช้บริการ ระบบบริการไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ขาดระบบกำกับและตรวจสอบคุณภาพ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพของการบริการ

2.4 ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยากจน ประชาชนประสบปัญหาในยามเจ็บป่วยยากจน ไม่สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้ากว่าที่ควรทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เนื่องจากยังไม่มีการจัดระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ดังกล่าว การทำให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ จึงได้ถูกกำหนดไว้ในเป้าหมายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2545: 36) และรัฐบาลได้กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดค่าใช้จ่ายของประชาชนและสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยได้มีการดำเนินการในปี พ.ศ. 2544 เป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ดำเนินการในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา ระยะที่ 2 ทดลองดำเนินการแบบเต็มรูปแบบในพื้นที่ 15 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อานาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ซึ่งมีสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการ ในปีงบประมาณ 2545 จึงได้ขยายผลการดำเนินงานไปสู่จังหวัดที่เหลือทั้งหมดทั่วประเทศ

3. วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการจัดระบบเพื่อแก้ไขปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544: 2-3) เพื่อ

3.1 ความเสมอภาค การสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้วยังจะต้องให้ทุกคนมีสิทธิเสมอภาคกัน ในการได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน การกระจายภาระค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และเป็นธรรม รวมทั้งทรัพยากรด้านสุขภาพมีการกระจายและใช้ทรัพยากรอย่างเสมอภาค

3.2 ประสิทธิภาพ เกิดการสร้างระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (primary care networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

3.3 ทางเลือกในการรับบริการ ให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น และได้เน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

4. เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้้นพื้นฐานของประชาชนไม่ใช่เป็นรัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน (public assistance) ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่าด้วย “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพวะ” ซึ่งเป็น เป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์: 2)

5. หลักการพื้นฐานและแนวทางสำคัญในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน 2545)

5.1 แนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การที่ประชาชนในสังคม มีการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” กัน โดยการจัดระบบให้คนที่มิสุขภาพดีช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วย คนที่มีฐานะดีช่วยเหลือคนที่ยากจนกว่า โดยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน (risk sharing) ที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีการดรภาพ (solidarity) และการเกื้อกูลกันมากขึ้น

5.2 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่มีความยั่งยืน (sustainable system) ทั้งนี้ความยั่งยืนดังกล่าวจะประกอบด้วยความยั่งยืนของระบบใน 3 ด้าน คือ

5.2.1 ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability) ซึ่งจะเป็้นหลักประกันว่า

นโยบายดังกล่าวจะมีการดำเนินการและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องไม่เปลี่ยนแปลงตามผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหาร การยั่งยืนทางนโยบายจะเกิดขึ้นได้ ก็โดยการผลักดันให้มีกฎหมาย “พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น ซึ่งปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร

5.2.2 ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) ความยั่งยืนทางการเงินจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อระบบมีหลักประกันว่า 1) งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีอยู่อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรายละเอียดที่จะต้องกำหนดใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ2) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดระบบให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.3 ความยั่งยืนทางสถาบัน/องค์กร (institutional sustainability) องค์กรที่รับผิดชอบ/เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความยั่งยืนได้ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมขององค์กรและผู้เกี่ยวข้อง ให้มีความชัดเจนในเรื่องของบทบาทและมีการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรให้สอดคล้องกับบทบาทดังกล่าว ทั้งนี้้องค์กรดังกล่าวครอบคลุมประชาชนและองค์กรในชุมชนด้วย

5.3 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยเป็นเจ้าของร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกัน มีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง รูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พัฒนาขึ้นจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) มาผสมผสานและบูรณาการใช้อย่างเหมาะสม

5.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้เคียงเป็นบริการด่านแรก (front line service) ที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน (comprehensive care) ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ บริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบในการส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น การให้ความสำคัญดังกล่าวจะดำเนินการโดยกำหนดให้หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

- เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (main contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิ
- เป็นหน่วยรับขึ้นทะเบียนประชาชน (unit for registration)

- เป็นสถานพยาบาลด่านแรก (front line service) ซึ่งทำหน้าที่ทั้งให้บริการแบบผสมผสาน และรับผิดชอบประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

5.5 หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และให้ใช้ชื่อ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เป็นชื่อในการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนและสาธารณสุขชน

5.6 การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเน้นกระจายอำนาจให้พื้นที่ คือ เขตและจังหวัด มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการ ภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (purchaser provider split) ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.7 ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) โดยที่ไม่กระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนและไม่ทำให้เกิดสภาพที่ประชาชนพึ่งพาบริการมากเกินไปจนเกินไป รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายเงินแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

5.8 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องจัดให้มีระบบที่จะสนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ “สิทธิ” ปกป้องและคุ้มครอง “สิทธิ” ของประชาชน สิทธิดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะได้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการ หรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น/สถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน ที่ตนเองพึงพอใจ (สิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลตามความสมัครใจ จะเริ่มดำเนินการเมื่อระดับได้พัฒนาจนมีความพร้อมระดับหนึ่งแล้ว)

5.9 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียวแต่ในระยะผ่อนอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มี ค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ) รูปแบบระบบประกันสุขภาพใน

อนาคต

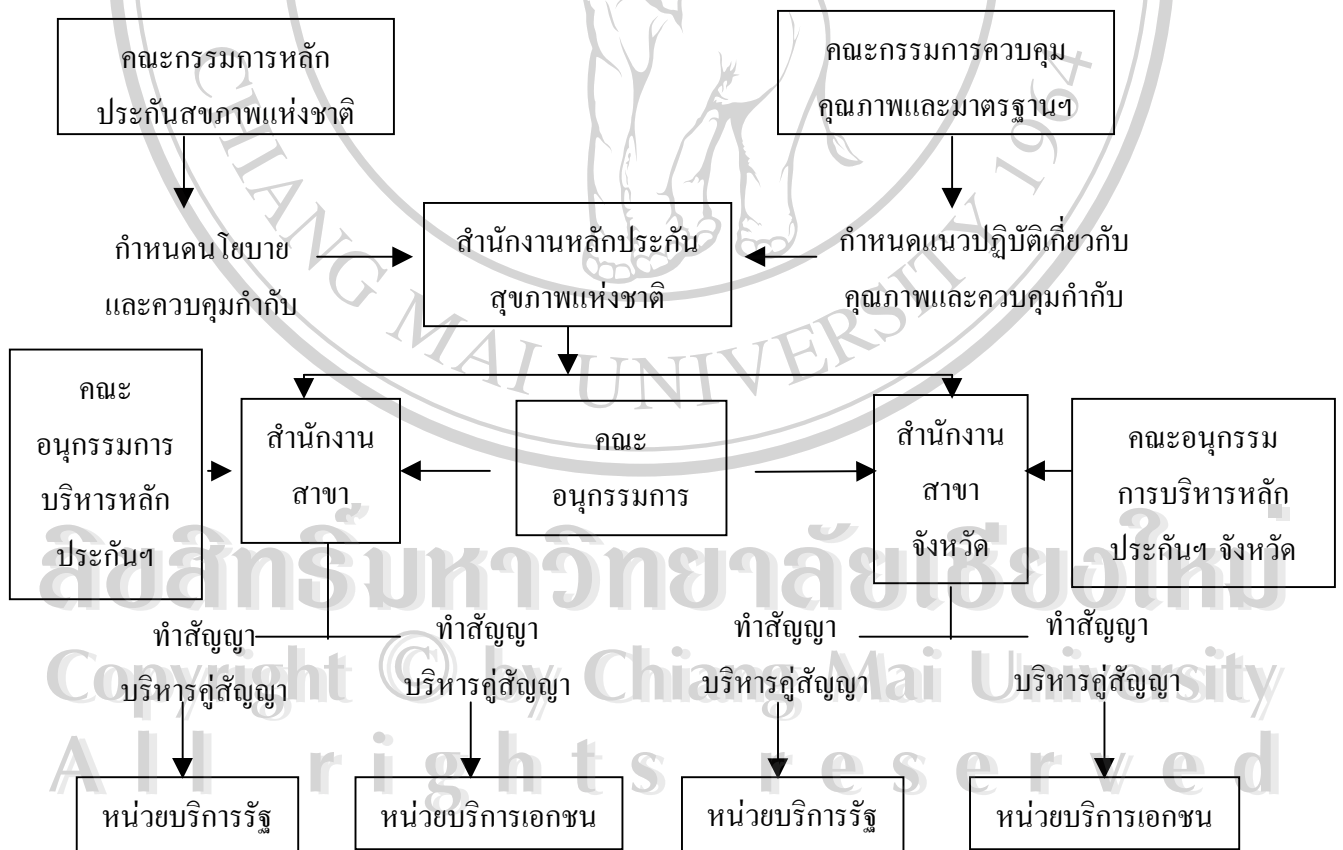
6. แนวทางและรูปแบบการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2547 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

เมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นมา ทำให้มีการถ่ายโอนภารกิจการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากโครงสร้างการบริหารเดิมซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงาน เข้าสู่การบริหาร

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นโครงสร้างที่จัดตั้งขึ้นใหม่ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ปีที่ 2 ของการดำเนินงาน แนวทางและรูปแบบการดำเนินงานปีงบประมาณ 2547 จึงเป็นไปตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545-2546 แต่มีการพัฒนาและปรับปรุงให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารงานที่เกิดขึ้นใหม่ตามกฎหมาย โดยมีแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานดังนี้

6.1 โครงสร้างและระบบการบริหารงาน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีโครงสร้าง การบริหาร 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทั้ง 3 ส่วนมีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกันให้เกิดระบบการดำเนินงานที่ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน (ดังแผนภูมิที่ 2.2)

แผนภูมิที่ 2.2 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546



6.1.1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการจากการคัดเลือกอีกจำนวนหนึ่งซึ่ง

ในระหว่างการค้าดำเนินการคัดเลือกกรรมการ (ภายใน 180 วัน) กฎหมายกำหนดให้แต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นตามบทเฉพาะกาลมาตรา 67 ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย (ปัจจุบันเป็นปลัดกระทรวงศึกษาธิการ) ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งอีกห้าคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้แทนผู้บริหารโลกจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ คณะกรรมการชุดนี้ได้ส่งมอบงานให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 13 ในการประชุมครั้งแรกในวันที่ 19 พฤษภาคม 2546 โดยคณะกรรมการนี้มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 18 ซึ่งครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งการกำหนดระบบบริการ ระบบการบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล

6.1.2 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จะมีองค์ประกอบกรรมการที่มาจากผู้แทนโดยตำแหน่งและกรรมการจากการคัดเลือกอีกจำนวนหนึ่งเช่นเดียวกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นตามบทเฉพาะกาลมาตรา 68 ซึ่งกรรมการประกอบด้วย อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองประกอบโรคศิลปะ เลขาธิการทันตแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการสภาการพยาบาล เลขาธิการสภาเภสัชกรรม นายกสภานายความ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนเจ็ดคน โดยการประชุมครั้งแรกกรรมการคัดเลือกประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นประธานคณะกรรมการและส่งมอบภารกิจให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 48 ซึ่งคณะกรรมการชุดใหม่นี้ได้ประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2546 และเลือกนายเอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ เป็นประธานคณะกรรมการ โดยคณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 50 ซึ่งครอบคลุมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การกำหนดระบบบริการ คุณภาพและมาตรฐานบริการ การคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านสุขภาพ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดความเสียหาย และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน

6.1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่บริการระบบ (System manager) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหน่วยงานรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 26 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังได้เห็นชอบ (โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 25) ให้สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขา โดยในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการตั้งสำนักงานสาขากรุงเทพมหานครเป็นสำนักหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.2 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์) ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิตามกฎหมาย หรือชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มโครงการในปี 2545 โดยประกอบด้วย บริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็น บริการส่วนบุคคลและครอบครัว รวมทั้งบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์)

ด้านบริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ	ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค
1. การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป	1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
1.1 การตรวจวินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ขั้นสูงสุดการรักษา รวมทั้งแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ	2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
1.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง	3. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
1.3 บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ	4. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัย
1.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	5. การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และการใช้ในผู้ติดเชื้อตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
1.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ	6. การวางแผนครอบครัว
1.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล	7. การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care)
2. การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ (ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย) ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด	8. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ด้านบริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ	ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค
3. กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง หลังจากนั้นหน่วยบริการคู่สัญญาจะรับผิดชอบตามเงื่อนไขที่กำหนด (หลักเกณฑ์การเบิกค่าใช้จ่ายภายใน 72 ชั่วโมงถูกยกเลิกไปในปีงบประมาณ 2547)	9. การให้คำปรึกษา (counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ 10. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ 10.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก 10.2 การแนะนำด้านทันตสุขภาพ 10.3 การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ 10.4 การเคลือบหลุมร่องฟัน (อายุไม่เกิน 15 ปี)

โดยชุดสิทธิประโยชน์นี้ **ไม่ครอบคลุม**การบริการดังต่อไปนี้

- กลุ่มบริการทางการแพทย์ที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน เช่น การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ ได้แก่ โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด และผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

- กลุ่มบริการอื่นๆ ได้แก่ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (peritoneal dialysis) การฟอกเลือด (haemodialysis) ด้วยเครื่องไตเทียม และการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (organ transplant)

6.3 ระบบงบประมาณและการจัดการ การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ระบบบริการทางการแพทย์ และระบบบริหารจัดการการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

6.3.1 งบประมาณทางการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2547 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์และการลงทุนเพื่อการทดแทน เท่ากับ 1,308.50 บาทต่อคนต่อปี (ปี 2546 = 1,202.40 บาท) งบประมาณดังกล่าวมีการจำแนกรายการเพื่อการบริหารจัดการเป็น 9 กลุ่ม ได้แก่ งบบริการผู้ป่วยนอก งบบริการผู้ป่วยใน งบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบบริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน งบบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง งบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และงบลงทุนเพื่อการทดแทนงบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 โดยทั้งหมดเป็นงบประมาณที่รวมเงินเดือนของบุคลากร (personnel cost) รายละเอียดแสดง (ดังตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 งบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ 2547 เปรียบเทียบกับปี 2546

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.20
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.30
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P & P)	175	206
4. บริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.70
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.30
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10	10
7. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85
8. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	-	10
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	-	5
รวมบอัตรเหมาจ่ายรายหัว (บาท/ประชากร)	1,202.40	1,308.50

การบริหารจัดการงบประมาณในแต่ละกลุ่ม มีแนวทางการดำเนินการดังนี้

- งบบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จัดสรรเหมาจ่ายรายหัวโดยเป็นการจ่ายล่วงหน้าให้หน่วยบริการผ่านสำนักงานสาขาจังหวัด ทั้งนี้จะมีการหักงบประมาณที่ต้องการจัดซื้อส่วนกลาง ได้แก่ ค่าวัคซีนพื้นฐานและสมุดบันทึกแม่และเด็ก จำนวน 14.76 บาท/ประชากร งบประมาณดังกล่าวจะถูกบริหารโดยกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจังหวัดต่างๆ สามารถเบิกเวชภัณฑ์/วัสดุดังกล่าวได้จากกรมควบคุมโรค หรือสำนักควบคุมโรคเขต หรือกรมอนามัย

- งบประมาณกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน หากเป็นกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินภายในจังหวัดของผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิให้เป็นไปตามระบบที่สำนักงานสาขาแต่ละจังหวัดกำหนด แต่ถ้าเป็นกรณีรับบริการอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่หน่วยบริการนอกจังหวัดของผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 72 ชั่วโมงแรก ให้เบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่เหลือให้เบิกจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน

- งบประมาณกรณีค่าใช้จ่ายสูง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเงื่อนไขที่กำหนด ซึ่งเป็นไปตามแนวทางเช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2545

- งบลงทุนบริหารโดยส่วนกลาง ในปีงบประมาณ 2547 ดำเนินการต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2546 การจัดสรรใช้หลักการเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายทรัพยากรและจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบพัฒนาข้อเสนอต่างๆ เกณฑ์การจัดสรรเป็น(ดังตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3 การบริหารงบลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546

งบลงทุน	หลักเกณฑ์การจัดสรร
บริการสำหรับคนพิการและผู้ทุพพลภาพ	4 บาทต่อประชากร โดยศูนย์สิทธิมนุษยชน กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6 บาทต่อประชากร โดยศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ
สำหรับหน่วยบริการคู่สัญญาภาคเอกชน	จัดสรรตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน
สำหรับการจัดการแพทย์เฉพาะด้าน (EXCELLENT CENTER) และการจัดบริการในพื้นที่ทุรกันดาร ชายแดน เกาะ และพื้นที่เฉพาะ	จัดสรรในรายการที่จำเป็น โดยมีคณะกรรมการพิจารณาร่วมกันทั้งภาครัฐและมหาวิทยาลัยที่มีสถาบันการแพทย์ชั้นสูง
สำหรับหน่วยรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร/ต่างจังหวัด	จัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน

ในปีงบประมาณ 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดแนวทางการบริหารจัดการระดับจังหวัดดังนี้

- งบบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้รูปแบบ exclusive capitation คือ จ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะงบบริการผู้ป่วยนอกให้หน่วยบริการที่ประชาชนขึ้นทะเบียน งบบริการผู้ป่วยในบริหารที่ระดับจังหวัด โดยจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการแบบ DRG with global budget คือ ให้จ่ายโดยคำนึงถึงงบประมาณที่มีในแต่ละงวดการจัดสรร (โดยหักส่วนที่ต้องตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยออกก่อน)

การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้กับหน่วยบริการ จังหวัดอาจพิจารณาจัดสรรให้ในอัตราหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกันได้ (differential capitation) โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

- งบค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จ่ายให้กับหน่วยบริการคู่สัญญาแบบหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดหรืออาจจ่ายแบบหมาจ่ายรายหัวจำนวนหนึ่งและจ่ายตามผลการดำเนินงานอีกจำนวนหนึ่ง

- ค่าบริการทางการแพทย์กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกจังหวัด ให้เรียกเก็บจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนโดยกรณีผู้ป่วยนอกหากรับบริการที่หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง กำหนดให้เรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริง สำหรับหน่วยบริการอื่นๆ ให้เรียกเก็บตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 700 บาท ต่อครั้ง สำหรับผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (1 RW) ของหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูงที่ไม่ได้สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยบริการอื่น เป็นเงิน 16,000, 14,000 และ 10,000 บาท ตามลำดับ

6.3.2 งบบริหารจัดการการรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบบริหารจัดการการรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานสาขา ใช้ในการดำเนินงานในภารกิจต่างๆ ประกอบด้วย การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการ เพื่อการขึ้นทะเบียน การบริหารหน่วยคู่สัญญา การคุ้มครองผู้มีสิทธิ การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการ การควบคุมกำกับและติดตามการรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการสนับสนุนคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด

6.4 ระบบบริการและคุณภาพบริการสาธารณสุข

6.4.1 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่เข้าร่วมการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2547 ยังคงใช้แนวทางเช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2546 คือ หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะเข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องแสดงความจำนงในการเข้าร่วม โดยสามารถเลือกบทบาทที่ต้องการ ตามลักษณะและความพร้อมของหน่วยบริการได้ใน 4 ลักษณะ คือ

- กลุ่มที่ 1 ในฐานะหน่วยบริการคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (contracting unit for primary care – CUP) มีประชากรที่เลือกลงทะเบียนอย่างชัดเจน มีบทบาทในการจัดบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการแบบผสมผสาน (comprehensive care) ให้ได้ครบตามที่กำหนด
- กลุ่มที่ 2 ในฐานะที่เป็น sub-contractor ของหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ โดยจัดบริการบางส่วน เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ฯลฯ ตามที่ได้ตกลงกับหน่วยบริการคู่สัญญานั้น
- กลุ่มที่ 3 ในฐานะเป็นหน่วยคู่สัญญาบริการทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ (contracting unit for secondary care – CUS หรือ contracting unit for tertiary care – CUT)
- กลุ่มที่ 4 ในฐานะเป็นหน่วยบริการระดับสูงกว่าตติยภูมิ (super tertiary care)

โดยมีระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา ดังนี้

- สำนักงานสาขาซึ่งเป็นหน่วยงานผู้ซื้อบริการระดับพื้นที่ (local purchaser) จะต้องทำความตกลงกับหน่วยบริการที่มีอยู่ในพื้นที่ว่า ต้องการเข้าร่วมให้บริการในลักษณะใด จำนวนหน่วยบริการที่จะเข้าร่วมจะถูกจำกัดด้วยจำนวนประชากร โดยต้องตกลงแบ่งบทบาทและประชากรที่รับผิดชอบให้ชัดเจน
- การตรวจและรับรองคุณสมบัติหน่วยบริการ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ต้องประกาศให้ประชาชนทราบ
- การทำสัญญา ให้มีการระบุการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามที่ระบุในสัญญา

6.4.2 การจัดระบบบริการ แนวทางการจัดระบบบริการ เน้นให้ประชาชนใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เป็นอันดับแรก รวมทั้งกำหนดให้มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิกระจายในทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกใน 30 นาที และแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นบริการระดับบุคคลและครอบครัว เป็นบริการเบ็ดเสร็จผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน รวมถึงบริการสำหรับชุมชนจำนวนหนึ่งที่มีให้บริการในระดับบุคคลและครอบครัวด้วย และหากเกินความสามารถให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2547 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ

บริการตติยภูมิขั้นสูง และคณะกรรมการเกี่ยวกับการจัดเครือข่ายบริการเพื่อพัฒนาข้อเสนอการบริหารจัดการระบบบริการ

6.4.3 คุณภาพและมาตรฐานบริการ แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ ในขั้นตอนก่อนขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้วิธีการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานเชิง

6.4.4 โครงสร้าง โดยในเบื้องต้นประยุกต์ใช้แนวทางของสำนักงานประกันสังคม และกองการประกอบโรคศิลปะ สำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นตอนที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาแล้ว นั้น เน้นการพัฒนาไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานที่มีภารกิจในการพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพบริการสุขภาพ

6.5 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคและการมีส่วนร่วมของประชาชน การดำเนินงานคุ้มครองสิทธิของประชาชน ได้พัฒนามาจากงานของศูนย์บริการประกันสุขภาพเดิมของกระทรวงสาธารณสุข แต่ปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีความสะดวกกับประชาชนในการร้องเรียน และให้บริการครอบคลุมความต้องการของประชาชนอย่างครบวงจร โดยการจัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ ซึ่งตั้งอยู่ ณ บริเวณชั้น M ของอาคารจัสมินอินเตอร์เนชั่นแนล จัดให้มีบริการตอบรับสำหรับบริการทางสายด่วน หมายเลข 1330 จำนวน 30 คู่สาย และจะพัฒนาให้เป็นระบบ call center ที่ได้มาตรฐานสากล การพัฒนาระบบงานด้านลูกค้าสัมพันธ์ (customer relation management system) นอกจากนี้ได้ดำเนินการพัฒนาข้อเสนอการจัดระบบช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการกันเงินไว้ร้อยละ 1 เพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

6.6 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หลายมาตรา กำหนดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ การดำเนินงานในเบื้องต้นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา เป็นการจัดเวทีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นต่างๆ การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนวทางที่ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547 จังหวัดลำปาง

1. การขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีงบประมาณ 2547 ประชาชนจังหวัดลำปาง มีความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.85 ประกอบด้วยผู้มีสิทธิในกองทุนต่าง ๆ คือ ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ร้อยละ 71.99 ผู้มีสิทธิประกันสังคมร้อยละ 12.40 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ร้อยละ 8.46 ประชากรเป้าหมายการมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 607,538 คน ณ 30 กันยายน 2547 ประชาชนได้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 566,305 คน ครอบคลุมประชาชนที่ควรได้รับบัตรทองร้อยละ 93.21 อำเภอที่มีความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ได้แก่ อำเภอวังเหนือ (ร้อยละ 96.80) รองลงมา ได้แก่ อำเภอสบปราบ และเสริมงาม (ร้อยละ 95.84 และ 95.75 ตามลำดับ) อำเภอเมืองลำปางมีความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มผู้ที่ควรได้รับบัตรน้อยที่สุด (ร้อยละ 90.08) ดังรายละเอียด (ในตารางที่ 4)

ตารางที่ 2.4 จำนวนประชากรเป้าหมายบัตรทองและผู้ได้รับบัตรทอง

อำเภอ	ประชากรเป้าหมายบัตรทอง	จำนวนผู้ได้รับบัตรทอง	ร้อยละ
เมืองลำปาง	161,067	145,088	90.08
แม่เมาะ	28,388	25,697	90.52
เกาะคา	49,652	45,721	92.08
เสริมงาม	29,762	28,497	95.75
งาว	49,773	46,522	93.47
แจ้ห่ม	35,604	34,056	95.65
วังเหนือ	41,038	39,723	96.30
เถิน	52,874	50,299	95.13
แม่พริก	13,994	13,161	94.05
แม่ทะ	50,694	48,474	95.62
สบปราบ	24,988	23,948	95.84
ห้างฉัตร	39,522	36,354	91.98
เมืองปาน	30,182	28,765	95.31
รวม	607,538	566,305	93.21

2. การบริหารงบประมาณประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547

จังหวัดลำปางได้รับเงินโอนค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นเงินสำหรับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 265,314,833.71 บาท หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901,415.67 บาท โอนให้โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีลำปาง ทั้งหมด

2.1 เงินโอนหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- งบเหมาจ่าย ปี 2546 (20% เม.ย. – ก.ย.) 13,564,393.27 บาท
- งบเพื่อความมั่นคง ปี 2546 6,188,444.13 บาท
- งบเหมาจ่าย ปี 2547 237,953,356.31 บาท
- งบเพื่อความมั่นคง ปี 2547 3,490,000.00 บาท
- งบสนับสนุนอื่น (ค่าตอบแทน ศูนย์สุขภาพชุมชน) 4,188,040.00 บาท

ในปี 2547 จังหวัดลำปาง มีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนถูกต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวน 570,324 คน เฉลี่ยงบดำเนินการปี 2547 ได้รับ 417.22 บาท/คน/ปี

2.2 การจัดสรรให้หน่วยบริการ จัดสรรตามเกณฑ์ที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดลำปาง คือ กำหนดสัดส่วน ร้อยละ 85 เพื่อจัดสรรให้เครือข่ายในจังหวัด ร้อยละ 15 เพื่อการตามจ่ายกรณีส่งต่อออกเครือข่ายจังหวัด และสนับสนุนเครือข่ายในจังหวัดที่มีปัญหาสภาพคล่อง สำหรับการจัดสรรในเครือข่ายจังหวัดกำหนดสัดส่วน ผู้ป่วยนอกร้อยละ 55 ผู้ป่วยในร้อยละ 23 และ งบส่งเสริมป้องกันร้อยละ 22

- สรุป งบดำเนินการปี 2547 จัดสรรให้หน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด
- งบส่งเสริมป้องกัน 76.97 บาท/คน/ปี (รพศ. 59.29 บาท รพช. 83.92 บาท)
- งบผู้ป่วยนอก 194.61 บาท/คน/ปี (รพศ. 154.03 บาท รพช. 208.43 บาท)
- งบผู้ป่วยใน IRW 2,155.39 บาท

2.3 งบลงทุนเพื่อการทดแทน ได้รับงบลงทุนเพื่อการทดแทน ปี 2546 จำนวน 11 รายการ วงเงิน 14,515.00 บาท ดำเนินการซื้อ – จ้าง ก่อสร้างการประกวดราคาก่อสร้างสถานีอนามัย 1 แห่งที่อำเภอเมืองปาน งบลงทุนเพื่อการทดแทนปี 2547 จำนวน 21 รายการ วงเงิน 35,872,480 บาท ดำเนินการซื้อ-จ้าง แล้ว 18 รายการ ก่อสร้างจัดซื้อครุภัณฑ์ 1 รายการ และการก่อสร้างสถานีอนามัย 2 แห่ง สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลโดยรวมมีสถานะสินทรัพย์เป็นลบ จำนวน 14,718,253.60 บาท โรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินที่ดีที่สุดคือโรงพยาบาลลำปาง มีสินทรัพย์เป็นบวก จำนวน 38,618,474.17 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลเสริมงาม และโรงพยาบาลแม่เมาะ จำนวน 1,901,747.07 บาท และ 660,286.20 บาท โรงพยาบาลอื่นที่เหลือ มีสถานะสินทรัพย์เป็นลบ มากที่สุดคือ โรงพยาบาลเกาะคา จำนวน 10,388,077.99 บาท รองลงมาคือ โรงพยาบาลแจ้ห่ม และโรงพยาบาลแม่ทะ จำนวน 7,484,543.91 บาท และ 6,887,938.42 บาท ตามลำดับ แต่สถานะการ ดังกล่าวยังไม่ได้รวมภาระหนี้สินงบลงทุนที่ยังไม่ได้ส่งมอบงาน

สถานะทางการเงินของเครือข่ายโรงพยาบาลโดยรวมมีสถานะสินทรัพย์เป็นบวก จำนวน 18,344,495.95 บาท โรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินที่ดีที่สุดคือโรงพยาบาลลำปาง มีสินทรัพย์เป็นบวก จำนวน 45,495,507.41 บาท รองลงมาคือ โรงพยาบาลเสริมงาม และโรงพยาบาลแม่เมาะ จำนวน 4,153,917.10 บาท และ 2,032,425.07 บาท โรงพยาบาลอื่นที่เหลือ มีสถานะสินทรัพย์เป็นลบ มากที่สุด

คือโรงพยาบาลเกาะคา จำนวน 7,797,346.77 บาท รองลงมาคือ โรงพยาบาลแจ้ห่มและโรงพยาบาลแม่ทะ จำนวน 4,222,421.17 บาท และ 4,156,705.16 บาทตามลำดับ แต่สถานะการดังกล่าวยังไม่ได้รับภาระหนี้สินบงลงทุนที่ยังไม่ได้ส่งมอบงานของโรงพยาบาล

ผลประกอบการของโรงพยาบาลโดยรวมมีผลกำไรจำนวน 127,706,057.69 บาท โรงพยาบาลที่มีผลกำไรมากที่สุดคือโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 116,548,611.46 บาท รองลงมาคือ โรงพยาบาลแม่เมาะ และโรงพยาบาลเสริมงาม จำนวน 4,311,146.58 บาท และ 3,904,460.07 บาท โรงพยาบาลที่มีผลขาดทุนมากที่สุดคือโรงพยาบาลแม่ทะ จำนวน 5,701,071.79 บาท รองลงมาคือ โรงพยาบาลแจ้ห่ม และโรงพยาบาลห้างฉัตร จำนวน 4,344,148.45 บาท และ 1,463,861.79 บาทตามลำดับ

ผลประกอบการของเครือข่ายโรงพยาบาลโดยรวมมีผลกำไรจำนวน 115,902,330.87 บาท เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีผลกำไรมากที่สุดคือโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 111,895,339.83 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลเสริมงาม และโรงพยาบาลแม่เมาะจำนวน 4,291,935.56 บาท และ 3,573,225.47 บาท โรงพยาบาลที่มีผลขาดทุนมากที่สุดคือโรงพยาบาลแจ้ห่ม จำนวน 5,165,001.57 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลแม่ทะ และโรงพยาบาลเถิน จำนวน 5,099,836.97 บาท และ 4,068,193.41 บาทตามลำดับ อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว Quick ratio ของโรงพยาบาลโดยรวมมีอัตราส่วน 0.67 เท่า ซึ่งถือว่าต่ำ อัตราส่วนที่เหมาะสมควรมากกว่า 1 โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมากที่สุด คือโรงพยาบาลเสริมงาม คิดเป็น 1.04 เท่า รองลงมาคือ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลแม่เมาะ คิดเป็น 0.93 เท่า และ 0.92 เท่าตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนต่ำที่สุดได้แก่โรงพยาบาลสบปราบ คิดเป็น 0.12 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว Quick ratio ของเครือข่ายโรงพยาบาล โดยรวมมีอัตราส่วน 0.80 เท่า ซึ่งถือว่าต่ำ อัตราส่วนที่เหมาะสมควรมากกว่า 1 เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมากที่สุดคือ เครือข่ายโรงพยาบาลเสริมงาม คิดเป็น 1.25 เท่า รองลงมาคือ เครือข่ายโรงพยาบาลแม่เมาะ และโรงพยาบาลลำปาง คิดเป็น 1.09 เท่าและ 0.99 เท่าตามลำดับ เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนต่ำที่สุด ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลสบปราบ คิดเป็น 0.26 เท่า อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current ratio ของโรงพยาบาล โดยรวมมีอัตราส่วน 0.94 เท่า โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมากที่สุด คือ โรงพยาบาลลำปาง คิดเป็น 1.41 เท่า รองลงมาคือ โรงพยาบาลเสริมงาม และโรงพยาบาลแม่เมาะ คิดเป็น 1.19 เท่าและ 1.09 เท่าตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนต่ำที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลสบปราบ คิดเป็น 0.33 เท่า

อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current ratio ของเครือข่ายโรงพยาบาล โดยรวมมีอัตราส่วน 1.08 เท่า เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมากที่สุด คือ โรงพยาบาลลำปาง คิดเป็น 1.49 เท่า รองลงมาคือ โรงพยาบาลเสริมงาม และโรงพยาบาลแม่เมาะ คิดเป็น 1.41 เท่า และ 1.27 เท่าตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนต่ำที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลสบปราบ คิดเป็น 0.49 เท่า

อัตราส่วนรายได้ต่อรายจ่าย (หลังหักงบลงทุนและเงินเดือน) IE ratio ของโรงพยาบาล โดยรวมมีอัตราส่วน 1.13 เท่า โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนรายได้ต่อรายจ่ายมากที่สุด คือ โรงพยาบาลลาว คิดเป็น 1.50 เท่า รองลงมาคือ โรงพยาบาลเสริมงามและโรงพยาบาลแม่เมาะ คิดเป็น 1.20 เท่าและ 1.18 เท่าตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนรายได้ต่อรายจ่ายต่ำที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทะคิดเป็น 0.82 เท่า อัตราส่วนรายได้ต่อรายจ่าย (หลังหักงบลงทุนและเงินเดือน) IE ratio ของเครือข่ายโรงพยาบาลโดยรวมมีอัตราส่วน 1.11 เท่า เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนรายได้ต่อรายจ่ายมากที่สุดคือ โรงพยาบาลลาว คิดเป็น 1.45 เท่า รองลงมาคือ โรงพยาบาลเสริมงามและโรงพยาบาลลำปาง คิดเป็น 1.20 เท่า และ 1.16 เท่าตามลำดับ เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนรายได้ต่อรายจ่ายต่ำที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลเมืองปานคิดเป็น 0.83 เท่า

3. การคุ้มครองผู้มีสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

3.1 การรับเรื่องราวร้องทุกข์ของประชาชนจังหวัดลำปาง มีผู้ร้องเรียนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 3 กันยายน 2547 จำนวน 16 ราย เรื่องร้องทุกข์ที่ดำเนินการสิ้นสุด และได้รับการแก้ไขแล้วจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.75 และอยู่ในระหว่างการดำเนินการ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 และมีการร้องเรียน ชนิดบัตรสนเท่ห์ 1 ราย ประเด็นการร้องเรียน คือ

- เรื่องไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรในการรักษาพยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25
- เรื่องคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25
- เรื่องไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5
- เรื่องการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75
- เรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่ รพ. เอกชนต่างจังหวัด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25

การใช้บริการเรื่องสอบถาม/ร้องทุกข์ร้องเรียนผ่านหน่วยบริการปี 2547 หน่วยบริการทุกแห่งคือ โรงพยาบาลลำปาง รพช. 12 แห่ง สถานีอนามัย 142 แห่ง สถานบริการสุขภาพชุมชน (สสช.) 5 แห่ง ได้รับเรื่องสอบถามปรึกษา ร้องทุกข์ร้องเรียน ดังนี้

- เรื่องสอบถามรวม 31,470 ครั้ง แยกเป็นการทำบัตร 5,739 ครั้ง สิทธิประโยชน์ 13,883 ครั้ง วิธีการใช้บริการตามสิทธิ 8,656 ครั้ง และข้อสงสัยทั่วไป 3,192 ครั้ง
- เรื่องร้องเรียนรวม 189 ราย แยกเป็น ข้อมูลดำเนินการได้ 116 ราย บัตรสนเท่ห์ 73 ราย

3.2 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพของหน่วยงานสาธารณสุข

3.2.1 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้ดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามนโยบายรัฐบาลและการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามเป้าหมายดังนี้

แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA ปี 2547

- โรงพยาบาล 4 แห่ง พัฒนาให้ผ่านบันไดขั้นที่ 1 ได้แก่ รพ.ห้างฉัตร แม่ทะ เมืองปาน แจ้ห่ม
- โรงพยาบาล 5 แห่ง พัฒนาให้ผ่านบันไดขั้นที่ 2 ได้แก่ รพ.เถิน งาว เกาะคา เสริมงาม สบปราบ
- โรงพยาบาล 4 แห่ง พัฒนาให้ผ่านบันไดขั้นที่ 3 ได้แก่ รพ.ลำปาง วังเหนือ แม่พริก แม่เมาะ

เครื่องชี้วัดความสำเร็จ ร้อยละ 100 ของสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

โดยสรุป การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยขบวนการ HA โรงพยาบาลทุกแห่งรวมทั้งโรงพยาบาลลำปาง มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างผ่านบันไดขั้นที่ 1 เข้าบันไดขั้นที่ 2 จำนวน 1 แห่ง คือ รพ.เมืองปาน ส่วนโรงพยาบาลเป้าหมายในบันไดขั้นที่ 2 อยู่ระหว่างพิจารณาจาก พรพ. และโรงพยาบาลแม่เมาะอยู่ระหว่างพัฒนาเพื่อขอการรับรอง ทั้งนี้โรงพยาบาลทุกแห่งได้มีการบูรณาการรวมมาตรฐาน HA และมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดำเนินการบูรณาการร่วมกัน จึงมีผลทำให้การพัฒนาเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพทั้ง HA และ HPH อยู่ในระหว่างการพัฒนาเป็นเครือข่ายจังหวัดลำปาง (ดังแสดงตารางที่ 2.5)

ตารางที่ 2.5 ผลการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานของหน่วยบริการตาม HA

ลำดับขั้น/ช่วงในการพัฒนา	ต.ค. 45-มี.ค.46	เม.ย.46-กย.46	ต.ค. 46-มี.ค.47	เม.ย.47-ต.ค.47
บันไดขั้นที่ 1 มี 3 ช่วง ดังนี้				
ช่วงที่ 1 การเตรียมการ	-	-	-	-
ช่วงที่ 2 การพัฒนาและการเรียนรู้	งาว แม่ทะ	แม่ทะ	แม่ทะ	-
	ห้างฉัตร	ห้างฉัตร	ห้างฉัตร	แม่ทะ
ช่วงที่ 3 (ระยะแรก) ทบทวนปัญหาและนำมาแก้ไขปัญหา	เกาะคา เสริมงาม	เมืองปาน	เมืองปาน	ห้างฉัตร
	สบปราบ	แจ้ห่ม	แจ้ห่ม	แจ้ห่ม
	เมืองปาน			

ตารางที่ 2.5 (ต่อ)

ลำดับขั้น/ช่วงในการพัฒนา	ต.ค. 45-มี.ค.46	เม.ย.46- ก. ย.46	ต.ค. 46-มี. ค.47	เม.ย.47-ต. ค.47
บันไดขั้นที่ 2				
ช่วงที่ 3 (ระยะหลัง) วิเคราะห์, ประกันคุณภาพ	เถิน	เถิน เกาะคา งาว เสริมงาม	เถิน เกาะคา งาว เสริมงาม สบปราบ	เถิน เกาะคา งาว เสริมงาม สบปราบ เมืองปาน
บันไดขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามมาตรฐาน ครบถ้วน				
ช่วงที่ 4 บูรณาการ พัฒนาต่อเนื่อง	แม่เมาะแจ่ม วังเหนือ แม่พริก รพ.ลำปาง	แม่เมาะ แม่พริก วังเหนือ รพ.ลำปาง	แม่เมาะ รพ.ลำปาง	แม่เมาะ รพ.ลำปาง
ได้รับการรับรองคุณภาพ	-	-	วังเหนือ แม่พริก	วังเหนือ แม่พริก

3.2.2 การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 13 แห่ง ในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานโดยเป็นที่เล็งในการให้คำแนะนำการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการพัฒนาตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง CUP และสถานีอนามัยทุกแห่งได้รับการชี้แจงมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ/อบรมผู้ปฏิบัติงานใน PCU 58 แห่ง เรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาศักยภาพด้านระบาศาวิชาแก่พยาบาลวิชาชีพใน PCU 1 รุ่น ระยะเวลา 2 ครั้ง ได้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบเพื่อปฏิบัติการบริการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อใน PCU 3 อำเภอ (อำเภอเมือง เกาะคา ห้างฉัตร) จำนวน 7 แห่ง ดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพจิตใน PCU ช่างห้า อำเภอแม่ทะ

เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพชุมชนจังหวัดลำปางในปี 2547 มีจำนวน 70 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนนำร่องต้นแบบ 2 แห่ง คือ สอ.ต้นธง (อ.แม่พริก) และ สอ.เฉลิมพระเกียรติบ้านทุ่งกล้วย (อ.เมือง) โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุข เขต 10 ทั้ง 2 แห่ง ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัด ในปีงบประมาณ 2547 ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มารับบริการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก 1,958,643 ครั้ง (ร้อยละ 76.26 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด) เป็นผู้ป่วยนอกสิทธิในเครือข่าย 1,823,830 ครั้ง (ร้อยละ 93.12 ของผู้ป่วยนอก UC) อัตราการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเครือข่าย 3.2 ครั้ง/คน/ปี (ผู้มีสิทธิ 570,324 คน)

ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับบริการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน 62,943 คน (ร้อยละ 76.68 ของผู้ป่วยในทั้งหมด) เป็นผู้ป่วยในสิทธิ UC ในเครือข่าย 39,813 คน (ร้อยละ 63.25 ของผู้ป่วยใน UC) อัตราครองเตียง ร้อยละ 65.47 เฉลี่ยวันนอน 3.64 วัน/คน (สิทธิ UC เฉลี่ย 3.57 วัน/คน) มีการตายของผู้ป่วยใน 1,981 คน (ร้อยละ 2.4 ของผู้ป่วยในทั้งหมด) ผู้ป่วยในสิทธิ UC ตาย 1,696 คน (ร้อยละ 2.69 ของผู้ป่วยในสิทธิ UC)

การรับ-ส่ง ผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ พบว่า มีการส่งผู้ป่วยรักษาต่อในจังหวัด 42,580 ครั้ง เป็นผู้ป่วยสิทธิ UC 37,778 ครั้ง (ร้อยละ 88.72) ส่งรักษาต่อต่างจังหวัด 7,830 ครั้ง เป็นผู้ป่วยสิทธิ UC 6,925 ครั้ง (ร้อยละ 88.44) มีการรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อจากหน่วยบริการในจังหวัด 49,292 ครั้ง เป็นผู้ป่วยสิทธิ UC 42,374 ครั้ง (ร้อยละ 85.97) รับรักษาต่อจากหน่วยบริการนอกจังหวัด 2,204 ครั้ง เป็นผู้ป่วยสิทธิ UC 1,450 ครั้ง (ร้อยละ 67.79) อัตราส่วนการรับไว้ต่อการส่งต่อ คิดเป็น 1:1.02 (ผู้ป่วยสิทธิ UC คิดเป็น 1:0.98)

3.2.3 การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด 3 คณะคือ

- คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ประกอบด้วยคณะกรรมการ 7 คน มี นพ.นคร ทัพพะสุด เป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง เป็นเลขานุการ มีการประชุมพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 1 ราย จำนวน 2 ครั้ง

- คณะอนุกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการ 15 คน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปางเป็นประธาน นายแพทย์ 8 ด้าน เวชกรรมป้องกันเป็นเลขานุการ และหัวหน้างานประกันสุขภาพ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ มีการประชุม คณะอนุกรรมการ 2 ครั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานและบริการสาธารณสุข จำนวน 17 คน มีแพทย์เฉพาะทาง 4 คน จาก รพ.ลำปาง เป็นที่ปรึกษา ซึ่ง สปสช. ได้จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการฯ ในวันที่ 31 สิงหาคม 2547 ณ จังหวัดเชียงราย และมีการประชุมเพื่อเลือกตั้งประธานและเลขานุการของคณะกรรมการพร้อมทั้งกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ปี 2548 ในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2547

3.2.4 การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ตามที่จังหวัดลำปาง ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานตรวจสอบคุณภาพของเวชระเบียน ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการตรวจไขว้

ระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งแบ่งคณะทำงานออกเป็น 4 ทีม คือ ทีมที่ 1 รพ.ลำปาง ศูนย์มะเร็งลำปาง รพ.แม่เมาะ และรพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี ทีมที่ 2 รพ.วังเหนือ รพ.แจ้ห่ม รพ.เมืองปาน และ รพ.จาว ทีมที่ 3 รพ.สบปราบ รพ.เถิน และรพ.แม่พริก และทีมที่ 4 รพ.ห้างฉัตร รพ.เกาะคา รพ.เสริมงาม และรพ.แม่ทะ โดยการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนที่รับไว้รักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2546–31 มีนาคม 2547 แห่งละ 30 chart ยกเว้น รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี ดังมีสรุปผลการตรวจสอบต่อไปนี้ คือ

- คุณภาพของเวชระเบียนภาพรวมของจังหวัดใน 14 หน่วยบริการ มีความครบถ้วน ถูกต้องร้อยละ 52.50 หน่วยบริการที่มีความครบถ้วนถูกต้องสูงที่สุดคือ รพ. แม่พริกร้อยละ 69.51 รองลงมาคือ รพ.ลำปางและรพ.แจ้ห่ม ร้อยละ 68.83 และ 66.67 ตามลำดับ หน่วยบริการที่มีความครบถ้วนถูกต้องน้อยที่สุดคือ รพ.แม่ทะ ร้อยละ 31.85 มีการบันทึกเอกสารไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนตามปัญหาผู้ป่วย และบันทึกไม่สม่ำเสมอในประเด็นต่าง ๆ คือ บันทึกแรกรับ เช่น ขาดผลการตรวจร่างกายของแพทย์ ขาดการบันทึกสัญญาณชีพ บันทึกอาการกำเริบ เช่น ไม่บันทึกใน 3 วันแรกที่รับไว้ ขาดลายเซ็นแพทย์ผู้ดูแล ไม่มีแบบฟอร์มบันทึก บันทึกผ่าตัด/การคลอด/บันทึกดมยาฉบับบันทึกรายละเอียดไม่ครบ บันทึกของพยาบาล เช่น ปัญหาการพยาบาล การประเมินผลไม่ถูกต้องไม่ตรงกับปัญหาจริง ลายมืออ่านยาก ใช้ปัญหาการวางแผนพยาบาลที่เป็นข้อมูลเดิมตลอด ไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย แบบบันทึกคำยินยอมต่างๆ เช่น ไม่มีลายเซ็นแพทย์ ขาดลายเซ็นพยานแบบฟอร์มไม่สมบูรณ์ บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ขาดจำนวนวันนอน ขาดลายเซ็นแพทย์ ขาดเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ลายมืออ่านยาก บันทึกไม่สม่ำเสมอ สรุปโรคหลักหลายโรค ไม่บันทึกหัตถการ ไม่ระบุอาชีพ ที่อยู่ ไม่ระบุเหตุภายนอกที่สนับสนุนทำให้เกิดการเจ็บป่วย ลงชนิดการจำหน่ายไม่ถูกต้อง

- ปัญหาที่พบประกอบด้วย การให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง เช่น ให้รหัสเกินกว่าที่แพทย์สรุปไว้ ให้รหัสไม่ถูกต้องตามหลักการจัดกลุ่มโรค ขาดการลงรหัสโรคหลัก ให้รหัสโรคร่วมเป็นรหัสโรคหลัก ไม่ลงรหัสโรคในบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สรุปโรคไม่ครบ ขาดโรคร่วม โรคหลักมี 2 โรค แพทย์เขียนวินิจฉัยโรคไม่ชัดเจน ทำให้ลงรหัสผิดพลาด ลงรหัสหัตถการไม่ครบ ลงรหัสหัตถการไม่ถูกต้องตามรหัสการผ่าตัด

- ข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบ ทบทวนความรู้การให้รหัสโรค/ การตั้งคณะทำงานด้านการตรวจสอบเรื่องรหัสโรค ทบทวนระบบเอกสารในเวชระเบียนในส่วนข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญว่าจะต้องมีอะไร หรือต้องบันทึกอะไรอยู่บ้างตามข้อกำหนดของแพทยสภา และรพ. ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมปัญหาและการให้บริการแก่ผู้ป่วย ทบทวนกระบวนการเก็บหลักฐานการใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีราคาสูงไว้ให้ตรวจ ทบทวนระบบการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในเรื่องที่อาจเสี่ยงต่อการละเมิด เช่น การเจาะ HIV ปรับปรุงระบบให้ใช้ประโยชน์จากการที่มีคอมพิวเตอร์ online ทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลด้วยมือ พัฒนาผู้ตรวจ

สอบภายในเพื่อตรวจสอบ และแก้ไขปัญหาก่อนที่องค์กรภายนอกมาตรวจสอบ ทบทวนระบบการส่งข้อมูลไปยัง สกส. อีกครั้ง ถ้าข้อมูลไม่ถูกต้องอาจจะได้ DRG ผิดกลุ่ม แพทย์ลงรหัสโรคในโปรแกรมและบันทึกลงใน Chart จัดอบรมให้ความรู้แก่แพทย์เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง

3.3 การประสานการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3.1 การปฏิบัติตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ผู้มีสิทธิบัตรประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อประสบอุบัติเหตุจากรถ จะใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถก่อน (วงเงิน 15,000บาท หรือ 50,000 บาทแล้วแต่กรณี) จากกองทุนเงินทดแทนส่วนเกินตาม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ สามารถใช้สิทธิตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพได้

3.3.2 การปฏิบัติตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2535 ผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิเป็นประเภทสิทธิบัตรประกันสังคมและได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตาม พรบ.ประกันสังคม ยกเว้นกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสังคมในการคลอด ให้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

3.3.3 ประสานการปลดสิทธิผู้ประกันตนจากฐานข้อมูลประกันสังคม หลังการออกจากงาน 6 เดือน เพื่อขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3.4 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยประกันสังคมที่ติดเชื้อ HIV ให้ได้รับบริการใกล้บ้านตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม

3.3.5 ประสานการดำเนินงานสร้างความรู้เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมกับองค์กรชุมชนในพื้นที่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ (2545) ได้ศึกษาความรู้ ความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชน ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า

- กลุ่มประชาชน ประชาชนทั่วไปไม่มีความคิดเห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการที่ดี มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง ด้านความพึงพอใจ พบว่า เหตุผลที่ประชาชนเลือกใช้บริการสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เพราะใกล้บ้าน และสะดวก ได้รับความพึงพอใจสูงสุด คือ การแนะนำการใช้จ่าย ความพอใจต่ำสุด คือ การรอคอยการบริการ

- กลุ่มผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การให้บริการดี เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีบัตรทองกับกลับจากมีบัตรทองแล้วพบว่า คุณภาพเหมือนเดิม การบริการ ผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับดี และมีความคิดเห็นว่า การบริการบัตรทองเท่ากับสิทธิอื่นๆ

- กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลาง และมีความคิดเห็น เห็นด้วยค่อนข้างมากเกี่ยวกับนโยบายโครงการ เพราะให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพง่ายขึ้น เสนอแนะให้ปรับปรุงคุณภาพบริการให้ได้ มาตรฐานบริการที่สะดวกรวดเร็ว กิรียมารยาทของเจ้าหน้าที่ ความพอเพียงจำนวนบุคลากร

อึ้งย้งวัน ยงย่วน และคณะ (2545) ได้ศึกษาความพึงพอใจผู้มารับบริการต่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดอุดรดิตถ์ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากคือคุณภาพการให้บริการ รองลงมาคือมนุษยสัมพันธ์ การประสานงาน และความสะดวก ในระดับปานกลางคือ ข้อมูลข่าวสารและการแนะนำบริการ ปัจจัยด้านความสะดวก มนุษยสัมพันธ์ อุปกรณ์การแพทย์ และการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการประสานงาน ด้านข้อมูลข่าวสารและการแนะนำบริการ ปัจจัยหลักด้านข้อมูลที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาในการรอคอย อายุของผู้มารับบริการ และระยะเวลาการรอคอย สำหรับปัจจัยด้านการให้บริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารและแนะนำบริการ รองลงมาคือ คุณภาพบริการ มนุษยสัมพันธ์ ความสะดวก อุปกรณ์การแพทย์ และการรักษาพยาบาล

สะไกร กิ่งกานกุล (2545) ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของผู้ใช้บัตรทองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านการขึ้นทะเบียนมีบัตรทอง การขอรับบริการในสถานบริการ และด้านสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง ผลการศึกษาความพึงพอใจผู้ใช้บัตรทองมีความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการมากกว่าด้านระบบการบริการ ด้านระบบบริการผู้ใช้บัตรทองมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความปลอดภัย พึงพอใจต่ำที่สุดในด้านการตอบสนองผู้รับบริการทันที เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรกับความพึงพอใจของผู้ใช้บัตรทอง พบว่าประสบการณ์ที่ใช้บริการ ความสะดวกสบาย ความเพียงพอทั่วถึง ความปลอดภัย การตอบสนองผู้รับบริการทันทีที่มีการเข้าถึงบริการ สมรรถนะของผู้ให้บริการ ความสนใจเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลที่จำเป็น ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรทองในโครงการ 30 บาทให้มากกว่านี้ ควรมีการก่อสร้างห้องน้ำ ห้องส้วมในตึกผู้ป่วยนอกเพิ่ม และจัดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกประจำห้องน้ำห้องส้วมให้เพียงพอสำหรับผู้มารับบริการ

ผศ.ศศิ สุทธิเวช (2545: 38-39) ได้ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายบริการโรงพยาบาลพัทลุง ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโครงการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลาง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเห็นด้วยค่อนข้างมากเกี่ยวกับเรื่องนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเพิ่มความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้มากขึ้น ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ง่ายด้วยคุณภาพ

รวิวรรณ ศิริสมบูรณ์ และคณะ (2545: 73) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดสระบุรี พบว่าด้วยคุณลักษณะของนโยบายที่เร่งรัดทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมน้อยในหลายด้าน เช่น ไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย โดยเห็นด้วยกับนโยบายที่ “เน้นสร้างสุขภาพ” สูงสุด แต่ไม่เห็นด้วยกับ “การนำเงินเดือนมารวมในงบที่สนับสนุนโครงการ” เมื่อประเมินรูปแบบของการจัดบริการ พบว่าเกิดภาพการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชนแบบทดลองที่หลากหลาย ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพร้อมในด้านโครงสร้าง สถานที่ในการจัดบริการ มากกว่าการใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหา การให้อิสระในการตัดสินใจและวางแผนจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้มีการกระจายอย่างไม่เสมอภาค กระจุกตัวในที่ที่มีสถานบริการหนาแน่นอยู่แล้ว ในภาพรวมประชาชนมีความพึงพอใจค่อนข้างมาก ร้อยละ 82.8 แต่มีความพอใจน้อยในงานบริการทันตสาธารณสุข และการเยี่ยมบ้าน

วาสนา เพิ่มพูน (2545) ศึกษาความรู้ ความเข้าใจของผู้รับบริการต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ศึกษาเฉพาะกรณีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.33 เห็นด้วยกับโครงการ โดยเฉพาะด้านประโยชน์ของโครงการและด้านเงื่อนไขการรับบริการ ส่วนในด้านขั้นตอนการรับบริการรักษาพยาบาลมีความคิดเห็นเฉยๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีความรู้ความเข้าใจต่อโครงการในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ส่วนระดับความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางมี 4 ด้าน คือ ด้านหน้าที่และวิธีปฏิบัติเมื่อจะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการปฏิบัติเมื่อบัตรชำรุด สูญหาย ด้านการปฏิบัติเพื่อขอรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและด้านการปฏิบัติเมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิ ส่วนด้านสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างยิ่งของผู้รับบริการต่อโครงการ ได้แก่ แหล่งข้อมูล สื่อบุคคล สื่อมวลชนและสิ่งพิมพ์

ประเวศ หิมิตเสน (2545) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลในจังหวัดปัตตานี พบว่าระดับความรู้ของผู้ป่วยต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.1 มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง ด้านการปฏิบัติเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว ด้านการปฏิบัติเมื่อขอรับบัตรทองใหม่และด้านการปฏิบัติเมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ส่วนด้านหน้าที่และการปฏิบัติเมื่อจะใช้สิทธิและด้านการปฏิบัติเมื่อจะใช้สิทธิและในด้านการปฏิบัติเมื่อบัตรทองชำรุดหรือเสียหาย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโครงการ ได้แก่ ระดับการศึกษา ที่อยู่ สิทธิการรักษาพยาบาลเดิม ประเภทของสื่อมวลชนและสิ่งพิมพ์ ความคิดเห็นต่อโครงการ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลได้แก่ อายุ รายได้ ประเภทบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แหล่งที่ได้รับทราบโครงการและสื่อประเภทบุคคลที่ได้รับทราบโครงการ และ ความคิดเห็นต่อโครงการ พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโครงการ โดยเฉพาะด้านประโยชน์ของโครงการและด้านเงื่อนไขการเลือกสถานพยาบาล

พัฒนพร อุ่นวงศ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าแหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารมากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ อสม. และหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ความเข้าใจในนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ส่วนเพศ อายุ สมาชิกในครอบครัวมีบัตรทอง การมีโรคประจำตัว และการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ

สมควร รัตนสะอาด และคณะ (2546: 25) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร์ พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมากและเปรียบเทียบความพึงพอใจตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่าผู้รับบริการที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาารอรับยา และช่วงเวลาที่ได้รับบริการที่แตกต่างกัน มีระดับความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ความคิดเห็นต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ แนวคิดและหลักการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประโยชน์และอุปสรรคของการดำเนินงาน โดยความคิดเห็นดังกล่าวจะเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง (ดังแผนภูมิที่ 2.3)

แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา

