บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง "ลักษณะและปัจจัยพื้นฐานของผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาลสระบุรีโดยตรงโดยไม่ผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
3. การบริการปฐมภูมิ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ
5. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ และการเข้าถึงบริการ
6. ข้อมูลทั่วไปจังหวัดสระบุรี
7. ความเป็นมาของโรงพยาบาลสระบุรี
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [8]

1.1 แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มต้นมีมานานตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 แต่เดิมหลักประกันสุขภาพจัดตั้งเพื่อเป็นวิธีการทดแทนเงินเลี้ยงชีพขณะเจ็บป่วย ต่อมาได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นการสร้างหลักประกันของการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน หลักประกันสุขภาพเริ่มดำเนินการในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีฝีมือและชาวนาที่ฐานะปานกลาง กลุ่มคนเหล่านี้มีรายได้ต่ำเกินกว่าจะสามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพแก่ภาคเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีการเก็บเงินเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือนเพื่อจัดตั้งกองทุนขณะที่ไม่เจ็บป่วย

การมีหลักประกันสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย โดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคขัดขวาง นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ และได้รับการยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งแต่เดิมจะเกิดขึ้นเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) และประเทศที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับสูงเท่านั้น แต่ในปัจจุบันประเทศที่กำลังพัฒนาได้มองเห็นถึงความสำคัญและพยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว และสามารถดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ สาเหตุประการ

หนึ่งที่ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนาต่างให้ความสำคัญ เพราะการประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกกำหนดเป็นเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน ในรายงาน ประจำปีขององค์อนามัยโลก ปี 2542 เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาบอกว่า ระบบสาธารณสุขที่ปราศจากการบริหารจัดการจะไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Equity) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

ในระบบของสังคมนั้นประกอบด้วยประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ปานกลาง และยากจน โดยทั่ว ๆ ไปแล้วคนในสังคมจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลครอบครัวหรือตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีฐานะยากจน การให้ความดูแลของรัฐบาลแก่คนเหล่านี้จะต้องมีความเป็นธรรมและสามารถทำให้คนเหล่านี้เข้าถึงบริการที่จัดได้ การให้บริการด้านสุขภาพของทุกประเทศมีความเป็นไปได้ที่จะให้ประชาชนจ่ายจากกระเป๋าของตนเอง หรือของครัวเรือนในการไปใช้บริการบางอย่าง แต่ก็มีปัญหาในประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ทำให้อาจเข้าไม่ถึงบริการและมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ระบบการผลิตและความมั่นคงของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น จะมีรูปแบบการคลังสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับบริการสุขภาพโดยทั่วหน้านั้น มุ่งหวังในการกระจายความเป็นธรรมในสังคมสองประการ คือการกระจายความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยงของบุคคลในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (การกระจายภาระค่าใช้จ่าย) และทำหน้าที่ในการกระจายความมั่งคั่ง และความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในสังคม กล่าวคือประชาชนทุกคนควรเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น โดยที่ฐานะด้านเศรษฐกิจไม่เป็นตัวกีดกั้นการเข้าถึงบริการ

การประกันสุขภาพ เป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk sharing) ที่บุคคลในสังคมจะมาร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยที่ผู้มีสุขภาพดีก็จะถือว่าได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่มีฐานะดีก็จะมาร่วมดูแลผู้ที่ยากจนกว่า อย่างไรก็ดีสักวันหนึ่งเมื่อสมาชิกในสังคมที่ร่วมประกันสุขภาพเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะได้หลักประกันว่าสังคมจะให้การดูแลรักษาตนเองบ้าง ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความ สุขและความทุกข์ (Law of average or social solidarity) ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยมีรัฐเป็นเสมือนผู้เสริมแรง (Enforcer) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคมซึ่งเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองทุกประเภท (Comprehensive coverage) ได้แก่การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความ คุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (Access to personal health care) เมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม [9] นอกจากนี้การประกันสุขภาพยังเป็นกลไกในการบริหารทางการเงิน เพื่อที่จะกระจายภาระต้นทุนในการให้บริการ การรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยไปสู่กลุ่มบุคคลที่มาประกันร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะขจัดหรือลดอุปสรรคทางด้านการเงินในการให้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย โดยมีเหตุผลที่สำคัญของการจัดประกันสุขภาพ คือ [10]

1. ลักษณะของการเจ็บป่วย ไม่ได้มีขั้นตอนอย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการผันผวนของการใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาล ณ เวลาหนึ่ง ๆ

2. เพื่อเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้ที่เจ็บป่วยกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลในแง่ที่ว่าบุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่าย

3. เพื่อเป็นการส่งเสริมสวัสดิการของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัย และสนับสนุนให้บุคคลได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ

การประกันสุขภาพ มีรูปแบบการจัดดำเนินการหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจสังคมและการเมืองของแต่ละประเทศ Abel Smith ผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้เสนอเอาไว้ว่า การประกันสุขภาพแบบใด ๆ ก็ควรมีเกณฑ์การพิจารณาโดยยึดหลักการดังต่อไปนี้

1. ประหยัดและคุ้มค่า กล่าวคือให้ผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้เอาประกันอย่างคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป นอกจากนี้ควรมีราคาถูกและครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย

2. มีการป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น

3. จะต้องขจัดความแตกต่างระหว่างการให้บริการ โดยผู้ให้ประกันกับการให้บริการโดยรัฐ เพื่อที่จะทำให้การจัดบริการทั้งสองประเภทสามารถที่จะผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระยะยาว

4. เงื่อนไขต่าง ๆ ของการประกันสุขภาพมีความเหมาะสม สะดวกต่อผู้ประกันและเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างที่จะยินดีจ่ายเงินสมทบ (Contribution) เป็นค่าของการประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากเกณฑ์เหล่านี้แล้วสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาด้วยคือ

1. Affordability กล่าวคือมีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรร และระบบการบริหารดีพอที่จะดำเนินการได้ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวรวมถึงทรัพยากรทุกประเภทที่ต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพ เช่น แหล่งที่มาของเงินที่จะนำมาใช้จ่ายดำเนินงาน บุคลากรต่าง ๆ สถานบริการสาธารณสุข วัสดุและอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการ เวลา ฯลฯ

2. Accessibility กล่าวคือเปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันแสวงหาบริการได้อย่างเพียงพอหรือผลประโยชน์ทางด้านการให้บริการแก่ผู้เอาประกันมีมากพอ

3. Acceptability วิธีการ เงื่อนไขของการประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน รัฐบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีความสอดคล้องทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ

4. Accountability มีกลไกที่สามารถใช้ตรวจสอบควบคุม มิให้เกิดความประพฤติมิชอบของผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน ผู้รับประกัน ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

5. Adaptability การดำเนินงาน เงื่อนไขต่าง ๆ ควรมีลักษณะที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสภาวะการณ์ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สิ่งที่จำเป็นคือต้องครอบคลุม ทั้งประชากร ภาคอุตสาหกรรม และเกษตรกรรม การขยายความครอบคลุมแก่ภาคนอกเกษตรกรรม จะประสบความสำเร็จต้องสร้างระบบต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นได้แก่

- ระบบการเงินการคลัง
- องค์กรและขบวนการในการให้บริการ
- การจัดหารายได้อื่นเสริมจากงบประมาณรัฐ
- บทบาทการซื้อบริการที่เข้มแข็ง (WHO 1997)

องค์การอนามัยโลก [11] ได้เสนอแนะไว้ว่าหลักประกันสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีลักษณะสำคัญ 5 ประการคือ

- มุ่งให้เกิดการกระจายความเสี่ยง (Pooling of risk) เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการมีผู้สุขภาพไม่ดีมากเกินไป (Adverse selection) สำหรับผู้ประกันตน
- มีการกำหนดระยะเวลาการประกันสุขภาพที่ชัดเจนเหมาะสม
-มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการคัดกรองผู้ป่วยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (gate keeping)
- ครอบคลุมถึงการให้บริการด้านการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
- มีการบริการจัดการกองทุนอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเงินเฟ้อ

ระบบการคลังสุขภาพ การเฉลี่ยความเสี่ยง และกลไกการจ่ายเงินเพื่อสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเกือบทั้งหมดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะ 50 ปีที่ผ่านมาประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่สามารถทำให้ประชาชนเกือบทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพด้วยนโยบายของรัฐ จัดบริการด้วยภาษีจากรัฐ (General tax) การล่มสลายของกลุ่มประเทศสังคมนิยมในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศสังคมนิยมลดลง ประชาชนต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองหรือครัวเรือนมากขึ้น ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนหนึ่งกำลังก้าวเข้าสู่การสร้างหลักประกัน สุขภาพอย่างถ้วนหน้า

ระบบการคลังสาธารณสุขที่ให้หลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้าของประชาชนทุกคนของประเทศต่าง ๆ นั้นสามารถจำแนกได้เป็นหลักใหญ่ ๆ สองระบบด้วยกันคือ (1) ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Services System) และ (2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ในระยะหลังนั้นได้มีวิวัฒนาการของ ระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่เกิดขึ้นสำหรับการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้า คือระบบการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) ซึ่งประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศหลักที่ใช้ระบบนี้ อย่างไรก็ดีการที่จะให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยทั่วหน้า ไม่ว่าจะเป็นระบบใดก็ตามสิ่งที่เหมือนกันประการหนึ่งคือรัฐต้องเข้าไปจัดการให้เกิดขึ้น โดยอาจเป็นการเข้าไปจัดให้มีขึ้นเอง เช่นในกรณีของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติหรือการ

ออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพ ในกรณีของรูปแบบประกันสังคมและการออมเพื่อสุขภาพ

1. ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service)

ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างที่ดีของการคลังในรูปแบบระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า Beveridge Model ตามชื่อของ Sir William Beveridge ผู้เสนอแนะให้รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งประเทศอย่างเต็มที่ กล่าวคือรัฐบาลเป็นผู้จัดทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขเอง ระบบสาธารณสุขจะได้รับงบประมาณจากรัฐบาล จากภาษีอากร และให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเอง หรือสถานบริการที่รัฐให้การสนับสนุนเงินทุนหรือคลินิก ในรูปแบบนี้จะทำให้สามารถคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพได้ และทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกันและได้รับการยอมรับว่าเป็นระบบที่ส่งเสริมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคมและมีความเป็นธรรม (Solidarity and equity) ระบบนี้จะแพงหรือถูกขึ้นกับความยินดีของรัฐบาลว่าจะจัดสรรเงินให้กับบริการสาธารณสุขมากน้อยเท่าใด

ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินี้จะทำให้รัฐบาลต้องรับภาระที่หนักมาก และมีบทบาทมากทั้งในด้านการคลังและการจัดบริการ ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลโดยตรงต่อ คุณภาพและปริมาณของบริการที่ต้องจัดให้เพียงพอ ระบบนี้จะมีการเมืองเข้ามาแทรกได้มาก เมื่อเทียบกับระบบอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากต้องอาศัยเงินงบประมาณมาสนับสนุนการจัดบริการ นอกจากนั้นการที่ได้รับงบประมาณที่จำกัดและแน่นอนทำให้การนำเอาเทคโนโลยีใหม่เข้ามานั้นสามารถทำได้ช้า และแน่นอนว่าทางเลือกสำหรับประชาชนก็ต้องจำกัดไปด้วย

2. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม ต้นแบบคือประเทศเยอรมันนี เรียกรูปแบบนี้ว่า Bismarck Model ตามชื่อของ Richard Bismarck ผู้เป็นต้นคิดของระบบนี้ ปรัชญาสำคัญของระบบนี้คือแนวคิดด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (Social Solidarity) กล่าวคือคนรวยช่วยคนจน คนมีสุขภาพดีช่วยคนมีสุขภาพด้อยกว่า คนหนุ่มสาวช่วยเด็กและคนชรา ลักษณะสำคัญของระบบนี้คือประชาชนทุกคนที่มีรายได้ต้องมีการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งของรายได้ของตนเพื่อการประกันสุขภาพสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว รวมถึงกลุ่มคนที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือได้น้อย เพื่อครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เช่นบริการด้านสุขภาพและอื่น ๆ โดยอัตราการจ่ายจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน เช่น การจ่ายเบี้ยประกันเป็นสัดส่วนของเงินเดือนซึ่งอาจเป็นอัตราตายตัวหรือเป็นในอัตราที่ก้าวหน้า แต่ส่วนใหญ่จะมีเพดานของเบี้ยประกัน ทั้งนี้ผู้ที่รับผิดชอบร่วมจ่ายด้วยนั้นปกติ คือนายจ้าง หรือในบางประเทศรัฐบาลก็เข้าไปร่วมจ่ายด้วย และลูกจ้างก็จะได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กำหนดและรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย (กรณีของไทยที่ปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมไปถึงครอบครัว) ระบบนี้ต่างจากระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเพียงวิธี

การบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งเงินทุนเท่านั้น สำหรับการบริหารจัดการนั้นอาจดำเนินการโดยรัฐเอง หรืออาจเป็นองค์กรเอกชนก็ได้ รัฐเพียงควบคุมกำกับและปกติผู้ให้บริการก็อาจเป็นได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

รูปแบบนี้ถูกแทรกแซงจากระบบการเมืองน้อยกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากการบริหารจัดการภายใต้กฎหมายของตนเอง มีความแน่นอนในด้านรายรับมากกว่ารูปแบบแรก เนื่องจากไม่ต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่น ๆ ในด้านงบประมาณ และประชาชนก็ยินดีที่จะจ่ายมากกว่าการเพิ่มภาษี ทั้งนี้เนื่องจากมองเห็นชัดเจนถึงวัตถุประสงค์ของการจ่าย แต่ข้อจำกัดของระบบนี้จะมีค่าบริหาร จัดการที่สูงกว่าระบบแรก เนื่องจากต้องมีการเก็บเบี้ยประกันแยกต่างหาก นอกจากนั้นในประเทศที่มีประชาชนทำงานอยู่นอกระบบมาก ไม่มีรายได้ประจำจะทำให้การเก็บเบี้ยประกันมีความยากลำบากมากขึ้น ขณะเดียวกันปัญหาด้านเศรษฐกิจก็อาจมีผลกระทบต่ออำนาจการจ่ายเบี้ยประกันของประชาชน อย่างไรก็ดีระบบนี้ก็ยังมีความมั่นคงกว่าระบบแรก เนื่องจากประกันสังคมมีเงินสำรองที่เก็บจากผู้ประกันตนอยู่มากเมื่อเทียบกับการที่ต้องของบประมาณจากรัฐบาล

3. ระบบบัญชีการออมเพื่อบริการสุขภาพ (Medical Saving Account)

รูปแบบนี้จะต้องมีบัญชีการออมของประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือน เพื่อการใช้จ่ายสำหรับบริการด้านสุขภาพ แนวคิดหลักคือถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน แต่ความจำเป็นด้านสุขภาพก็ใช่ว่าจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ทั้งหมด ปกติความจำเป็นด้านสุขภาพของคนจะมีสูงขึ้นเมื่อวัยมากขึ้น ดังนั้นการออมเพื่อบริการด้านสุขภาพจึงเป็นการวางแผนตั้งแต่ในวันที่ยังมีสุขภาพดีอยู่เป็นการให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองตลอดช่วงอายุขัย ของตนเอง ระบบนี้มีข้อดีอยู่ที่ว่าการที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพจากบัญชีการออมของตนเองนั้น จะช่วยป้องกันไม่ให้มีการใช้บริการที่เกินจำเป็นได้ อย่างไรก็ดีการออมอย่างเดียวก็อาจไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่าบริการได้หากประสบกับการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก ดังนั้นในระบบนี้สิ่งที่จะต้องมีควบคู่ไปด้วยคือการประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่อาจทำให้ถึงกับล้มละลาย (Catastrophic insurance) ระบบนี้ถือว่าเป็นการประกันสุขภาพสำหรับตนเองในอนาคต และคาดว่าระบบนี้จะแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประกันสังคมเมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนทุกคนรับผิดชอบอนาคตของตนเอง สำหรับในกรณีของประชาชนที่มีฐานะ ยากจน อาจไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการออกก็จำเป็นต้องมีระบบรองรับซึ่งก็ไม่พ้นรัฐต้องเข้าไปจัดการโดยอาศัยระบบภาษีเข้ามาช่วย ในกรณีของสิงคโปร์ก็จะมี Medifund สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้หรือบัญชีเงินออมมีไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกในการสะสมทุนสำหรับการใช้จ่าย เพื่อบริการสุขภาพที่กำหนดเท่านั้น ระบบคล้ายกับการกองทุนบำเหน็จบำนาญ กล่าวคือมีการออมในขณะที่ยังมี รายได้อยู่และสามารถถอนออกมาใช้ได้สำหรับบริการสุขภาพตามข้อกำหนด การที่ต้องออมเพื่อใช้จ่ายสำหรับ

บริการสุขภาพเท่านั้น อาจทำให้คนไม่มีแรงจูงใจในการออมพอดังนั้นจึงมีมาตรการเสริมเช่น ให้ใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพของบุคคลในครอบครัวด้วย หรือการจ่ายชดเชยเมื่อเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดีไม่ว่าจะเป็นระบบการคลังแบบใด การคลังภาครัฐก็ยังไม่สามารถช่วยตัวเองได้ รัฐก็ต้องเข้าไปให้การช่วยเหลืออยู่ดี เช่น การจ่ายเบี้ยประกันให้แทนหรือการจ่ายค่าบริการให้แทน ในกรณีของระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ ในกรณีบัญชีเงินออมผู้ป่วยไม่พอจ่ายค่าบริการ เป็นต้น

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของการคลังแต่ละประเภท จะเห็นว่าต่างก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาตินั้นมีข้อเด่นด้านค่าบริหารจัดการต่ำ และมีความเป็นธรรมเนื่องจากระบบภาษีรายได้ส่วนใหญ่เป็นในอัตราก้าวหน้า แต่ก็มีข้อด้อยคือภาระทั้งหมดจะอยู่ที่ภาครัฐแต่ฝ่ายเดียวหรือเป็นส่วนใหญ่ หากรัฐบาลประสบปัญหาการจัดเก็บรายได้ก็จะมีผลกระทบมาก ส่วนระบบประกันสังคมนั้นจะมีความแน่นอนด้านการเงินมากกว่า ถึงแม้จะประสบกับปัญหาเศรษฐกิจก็ยังมีกองทุนสำรองอยู่ ต่างจากระบบงบประมาณและประชาชนยินดีจ่ายมากกว่าการจ่ายภาษี นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินงานและกำหนดนโยบายได้อิสระกว่าระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเนื่องจากการเมืองแทรกแซงได้น้อยกว่ามีกฎหมายรองรับ แต่ก็มีค่าบริหารจัดการสูงและหากมีประชาชนทำงานนอกระบบมากก็จะมีปัญหาด้านการจัดเก็บเบี้ยประกัน สำหรับระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพนั้น มีข้อเด่นตรงสามารถป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็นของประชาชนได้ เนื่องจากเป็นการจ่ายจากบัญชีตนเอง สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วหน้าได้โดยบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีการออกเพื่อสุขภาพ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและสุขภาพของตนเอง แต่ก็มีข้อด้อยตรงที่ไม่ได้มีการกระจายความเสี่ยงและทรัพยากรระหว่างกลุ่มคนในสังคม คนที่มีฐานะยากจนจะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ทำให้อาจมีปัญหาด้านการขาดความเป็นธรรมได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของระบบการคลังสาธารณสุขสำหรับการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า [12]

ระบบการคลัง	ข้อเด่น	ข้อด้อย
ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service)	1. ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องมีการจัดเก็บเบี้ยประกัน 2. มีความเป็นธรรม ถ้าระบบภาษี โดยรวมมีลักษณะก้าวหน้า ซึ่งระบบภาษีที่เป็นธรรม จะประกอบด้วยภาษีรายได้ที่มีอัตราก้าวหน้าตามรายได้เป็นส่วนประกอบหลัก	1. มีความไม่แน่นอนต้องไปแข่งขันกับกระทรวงอื่นในการของบประมาณ 2. ถูกการเมืองแทรกแซงได้ง่ายและมาก 3. มีปัญหาเรื่องการขาดประสิทธิภาพ ของระบบราชการและการไม่ค่อยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)	1. มีความแน่นอนของเงินสำหรับบริการสุขภาพ 2. ประชาชนมักยินดีจ่ายมากกว่าภาษี เนื่องจากมีวัตถุประสงค์และได้ผลกลับคืนมาชัดเจน 3. ค่อนข้างตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนดี 4. ผู้ให้บริการมีรายได้ที่แน่นอนและดีขึ้นเมื่อเทียบกับระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ	1. ค่าบริหารจัดการสูง 2. ถ้าประชาชนส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบไม่ได้มีเงินเดือนประจำ จะมีปัญหาในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก 3. ในสังคมที่สัดส่วนผู้สูงอายุมากจะทำให้ภาระการจ่ายเงินของคนทำงานเพิ่มขึ้น
ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account)	1. ทำให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาตนเองไม่ใช้บริการเกินจำเป็น 2. ลดภาระของรัฐและสังคมโดยรวม เนื่องจากทุกคนรับผิดชอบเฉพาะครอบครัวตนเอง	1. ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคล (หากไม่มีระบบเสริม) ซึ่งจะมีปัญหาด้านความเป็นธรรม 2. มีปัญหาด้านการบริหารจัดการเหมือนประกันสังคม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ ประกอบด้วยประเทศแคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมันนี ญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ ต่างก็มีวิวัฒนาการในการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ (Coverage) ระบบการคลังสาธารณสุข (Finance) การจัดผลิตบริการ (Supply) ที่แตกต่างกัน

1.2 วิวัฒนาการของการริเริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [12,13]

ประเทศแคนาดา มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีวิวัฒนาการมาจากระบบประกันโรงพยาบาล (Hospital Insurance) และในปี 1956 ได้ออกเป็นกฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service (HIDS) เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่รับบริการจากโรงพยาบาล และในปี 1966 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมาย Medical Care Act

ประเทศอังกฤษ ประชากรทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเจ็บป่วย มีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการตั้งแต่ ปี ค.ศ.1948 มีการออกพระราชบัญญัติ National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานด้านสุขภาพ

ประเทศออสเตรเลีย ในการดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นได้มีการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำหนดของกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายสาธารณสุขชื่อ National Health Act และดำเนินงานภายใต้ระบบบริการชื่อ Medicare Program

ประเทศเยอรมันนี มีการประกันสังคมเกิดขึ้นเป็นประเทศแรก คือตั้งแต่ปี 1881 ภายใต้การปกครองของ Bismarck ซึ่งต้องการให้ประชาชนในความปกครองที่เป็นลูกจ้างได้รับบำนาญ โดยให้นายจ้างและรัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของการประกันสังคม และในปี 1883 ได้ตรากฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้นบังคับใช้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้าง ในเรื่องการรักษาพยาบาล ยารักษาโรค และให้ประโยชน์ทดแทน กรณีเจ็บป่วย หากผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้ และในปี 2432 ได้มีการบัญญัติกฎหมายให้ความคุ้มครองแก่ผู้ทุพพลภาพและคนชราขึ้น

ประเทศญี่ปุ่น ริเริ่มจากการออกกฎหมายประกันสุขภาพในปี 1992 โดยใช้ระบบประกันสุขภาพแบบเยอรมันนี และได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้นในปี 1938 เพื่อดูแลด้านสุขภาพประชาชนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และอิทธิพลจากประเทศอเมริกาได้ทำให้ญี่ปุ่นประกาศกฎหมายรัฐธรรมนูญ ซึ่งบัญญัติให้รัฐบาลรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข

ประเทศไต้หวัน ระบบประกันสุขภาพแรงงานเป็นระบบแรกที่มีในไต้หวัน หลังจากนั้นก็มีระบบประกันสังคมและประกันข้าราชการ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้ทั้งหมด ด้วยปัจจัยการเติบโตของเศรษฐกิจ และการขัดแย้งทางการเมืองของระบบ กับฝ่ายค้านผลักดันให้รัฐบาลสร้างความมั่นคงทางการเมืองโดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ให้

ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2000 (Health Insurance For All by the Year 2000) และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ขึ้น

ประเทศเกาหลีใต้ เริ่มมีระบบประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานมาจากรูปแบบ Bismarck's Model หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 1977 ได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพโดยการบังคับให้โรงงานที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คนเข้าร่วมระบบประกันสังคม และในปี 1983 ได้มีกฎหมายประกันความเจ็บป่วยจากการทำงานในโรงงาน

ประเทศสิงคโปร์ ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้ประกาศให้ความสำคัญกับเรื่องสาธารณสุขว่ามีความสำคัญเป็นอันดับห้า ถัดจากเรื่องความมั่นคงของประเทศ การจัดหางานทำ ที่พักอาศัยและการศึกษา

สำหรับประเทศไทยนั้น จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพ ดังนี้

1. สวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่รัฐบาลจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล รัฐบาลได้เริ่มให้หลักประกันประชาชนผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้ โดยไม่คิดมูลค่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศ ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งความยากจน เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2524 และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นไป

1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล โครงการนี้ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาล พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี แต่เริ่มมีงบประมาณดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลรวมเป็นงบประมาณโครงการเดียวกับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน

1.3 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถม ศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ ได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาท กันไว้ที่โรงเรียน สำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนในสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ที่เหลือ 27 บาทนั้น ให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย จำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณ ได้จากการสำรวจนักเรียนที่มิได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบใด ๆ แต่ในทางปฏิบัติโรงเรียนต้องออกบัตรให้กับนักเรียนทุกคน เพราะจะเกิดปัญหาการแบ่งแยกเกิดขึ้น ในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 180.9 ล้านบาท และ 125 ล้านบาท ในปี 2535 โดยครอบคลุมนักเรียน 6.7 และ 4.17 ล้านคนตามลำดับ

1.4 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยเฉพาะนักเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ อายุ 6-12 ปีเท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานบริการของรัฐ ในขณะที่นักเรียนที่สังกัดอื่น ๆ หรือไม่ได้อยู่ในโรงเรียน จะไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จนถึงสมัยรัฐบาล นายชวน หลีกภัย ได้ขยายหลักประกันทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปีทั้งหมด งบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งให้ผ่านกระทรวงศึกษาธิการ และส่วนอื่นรวมอยู่ในงบประมาณ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้งสี่โครงการรวมเรียกว่า สวัสดิการการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมประชากรรวมทั้งสิ้น 29.3 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 48.1 [11,14]

1.5 สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการ จะได้รับ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลดีที่สุด ซึ่งคุ้มครองถึงบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร แต่ก็เป็น สวัสดิการที่ชดเชยเงินเดือนที่ได้รับในอัตราที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับลูกจ้างในภาคเอกชน ขณะนี้มีประชาชนที่ครอบคลุมรวมทั้งสิ้น 6.7 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13 [15]

1.6 สวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้โดยเฉพาะ แต่อาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชน ข้อ 1 ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุสามเณร เป็นต้น เริ่มปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัยครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.0 ล้านคน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนและครอบครัว ซึ่งเริ่มได้รับประกันเช่นกันในรัฐบาลชุดนี้ ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.5 ล้านคน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับหลักประกันทางด้านนี้ 0.61 ล้านคน

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

2.1 กองทุนเงินทดแทนแรงงาน ได้ดำเนินงานภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนด อัตราร้อยละ 0.2-0.3 ของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (Employer Liability Scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลักประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้าง ซึ่งปฏิบัติงานให้กับนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน

2.2 กองทุนประกันสังคมโครงการนี้ปรากฏเป็นจริงในรัฐบาลสมัย พลเอก ชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ในปีแรกจะบังคับใช้กฎหมายโดยคุ้มครองแรงงานไทยในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคน ให้มีหลักประกันในด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ และต่อมาในเดือนกันยายน 2536 ได้ขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้ แรงงานไทยได้รับการ

คุ้มครองเพิ่มมากขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน โครงการนี้ให้การดูแลผู้ประกันตน โดยการทำสัญญาจ้าง (Subcontract) สถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชน ในราคา 700 บาทต่อคนต่อไป และเพิ่มขึ้นเป็น 800 บาทต่อคนต่อปีในปี 2539-2540 และในปี 2541-2542 เพิ่มเป็น 900 บาทและ 1,000 บาทต่อคนต่อปี

2.3 กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 โดยเจ้าของหรือผู้คุ้มครองรถยนต์หรือรถอื่นที่กฎหมายกำหนด ต้องจ่ายเบี้ยประกันตามกฎหมาย และจะคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์เมื่อบาดเจ็บหรือตาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ประสบภัยมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน ที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประกอบด้วย

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของบริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมต่อท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิต และการธุรกิจ เกี่ยวกับการประกันสุขภาพอย่างเดียว รวมทั้งระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ ซึ่งสามารถทำได้เป็นหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1.1 การซื้อกรมธรรม์เพื่อคุ้มครอง และให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทต่าง ๆ ในระบบประกันบุคคลหรือประกันหมู่

3.1.2 การซื้อกรมธรรม์ประกันวินาศภัย โดยเฉพาะประกันอุบัติเหตุโดยรวม การคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.3 การซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากบริษัทที่จดทะเบียนทำธุรกิจประกันภัย

การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัด คือให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้าง หรือผู้มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ ศักยภาพในการขยายการคุ้มครองมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ fee-for-service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก การประกันสุขภาพกับเอกชน ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 แสนคน ในปี 2535 และ 1.2 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 2 [16]

3.2 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานโดยอาศัยการพัฒนารูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพ โครงการนี้มีความมุ่งหวังที่จะให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ที่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเอง หรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้ ขณะนี้ครอบคลุมประชาชนประมาณ 8.5 ล้านคนหรือร้อยละ 13.9

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่บัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นบัตรให้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรี จากสถานพยาบาลที่กำหนด หากเจ็บป่วยเกินความสามารถสถานพยาบาลนั้นจะส่งไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า บัตรประกันสุขภาพออกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ปัจจุบันมีชนิดเดียวคือบัตรครอบครัว

บัตรครอบครัว ได้แก่บัตรประกันสุขภาพที่ออกให้แก่ ผู้มีประกันหลายคนใช้ร่วมกัน ผู้ที่มีชื่ออยู่ในบัตรเรียกว่า ผู้มีประกัน แต่มีบัตรเสริมที่เรียกว่า "บัตรข้ามเขต" ที่ออกให้แก่ผู้มีประกันคนหนึ่งที่มีชื่ออยู่ในบัตรครอบครัวอยู่แล้ว เพราะมีเหตุจำเป็นที่จะต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราวไปอยู่ต่างถิ่นเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนไม่อาจกลับไปรับบริการจากสถานบริการประจำครอบครัวได้โดยสะดวก เช่น ไปศึกษา ไปทำงาน เป็นต้น

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [17] หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ในปัจจุบัน"บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า" [17]หรือเรียกอีกอย่างว่า "บัตรทอง"ได้รวมเอาผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆและผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) และบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ (บัตร 500บาท) เข้าด้วยกัน รายละเอียดดังนี้

"บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า" หรือเรียกอีกอย่างว่า "บัตรทอง"จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณียกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านเว้นแต่

1. บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
2. บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3. บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [18]

โครงสร้าง"30บาท รักษาทุกโรค" ที่รัฐบาลคิดและเร่งผลักดันอยู่ในขณะนี้ มีจุดที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

1.การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชาชน เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ผู้คนยากไร้ ด้อยโอกาส ผู้อยู่ห่างไกลที่เคยเสียเปรียบมาตลอด จะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการคิดรายละเอียดหลายวิธีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดความรับผิดชอบในการจัดบริการแก่ ประชาชนมากที่สุด

2.การรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว

3.การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนเป็นกลุ่มก้อนที่ชัดเจน

4.การพยาบาลสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการทุกระดับ ตลอดจน การสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ดี และสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวมเช่นกัน

1.3 การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ (Coverage) [12,13]

ประเทศแคนาดา มีระบบบริการครอบคลุมบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการในโรงพยาบาล การบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของแคนาดาไม่มีการกำหนดไว้ชัดเจนว่าอะไรคือขั้นพื้นฐานที่จำเป็น รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ การดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ประเทศอังกฤษ ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคนใช้ระบบประกันที่เป็นภาคบังคับลักษณะหลักของระบบ Population-based สิทธิประโยชน์ครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ยา ป้องกันฟื้นฟู สามารถเลือกแพทย์เวชปฏิบัติได้ แพทย์ปฏิบัติเป็นผู้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาล

ประเทศออสเตรเลีย จะมีโครงการ Medicare Program ซึ่งเป็นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีสิทธิประโยชน์ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การบริการการตรวจรักษา การชันสูตร เอ็กซเรย์ และการผ่าตัดที่จำเป็นบางประเภท เช่น ผ่าตัดช่องปากบางรายการ การบริการในโรงพยาบาล รวมถึงค่าอาหารและค่าผ่าตัด สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้จะไม่ครอบคลุมรายจ่ายแว่นตา คอนแทคเลนส์ ทันตกรรมทั่วไป กายภาพบำบัด ตรวจร่างกายประจำปี ผ่าตัด ตกแต่ง จ่ายทดแทนเงินเดือนหรือค่าบริการสำหรับคนในครอบครัวแพทย์และผู้ร่วมงานแพทย์

ประเทศเยอรมันนี ในการจัดบริการจะครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ได้แก่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน จัดหาน้ำสะอาด กำจัดของเสีย อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเยอรมันนีนั้นจะมีการจัดบริการขั้นพื้นฐานครบถ้วนครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และค่าเดินทางเพื่อรับบริการ ส่วนบ้านพักผู้ป่วยเรื้อรังและบ้านพักคนชราจะอยู่นอกความรับผิดชอบของระบบประกันสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่นหรือ องค์กรการกุศล

ญี่ปุ่น มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ employee-based, community-based, health program for elderly และ private managed insurance ซึ่งทั้ง 4 ประเภทนี้จะครอบคลุมผู้ประกันตนและครอบครัวโดยคุ้มครองการบริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วย

ฉุกเฉินและเรื้อรัง บริการทางทันตกรรมและยารักษาโรค ส่วนการตรวจร่างกายประจำปีและการคลอดบุตรนั้นไม่ได้รับการคุ้มครอง ยกเว้นในการผ่าตัดคลอดบุตร นอกจากนี้ยังมีสิทธิประโยชน์อื่น ๆ อีก ได้แก่ค่าบริการทางการแพทย์ เงินตอบแทนเงินเดือน การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ เงินช่วยมารดา เงินตอบแทนแม่และเด็ก ค่าทำศพ และค่าเดินทางเพื่อรักษาบาดแผล

ไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบที่สำคัญ ได้แก่ (1) ระบบประกันสุขภาพแรงงานสำหรับลูกจ้างโรงงานเอกชน (2) ระบบประกันสุขภาพข้าราชการ สำหรับข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว (3) ระบบประกันสุขภาพชาวนา สำหรับชาวนาทุกคน ใน 3 ระบบนี้จะครอบคลุมประชาชน 58 % ผู้ที่มีหลักประกันได้แก่เด็ก นักเรียน สตรีทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุ ประมาณ 43 % ที่เหลือเป็นทหารและครอบครัว ที่มีระบบประกันสุขภาพทหารแยกต่างหาก สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบจะครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ทั้งการเจ็บป่วย ฉุกเฉิน และเรื้อรัง การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาการเจ็บป่วยทางจิตประสาท ทันตกรรม การป้องกัน การ
ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่บ้าน

เกาหลีใต้ สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีนั้นค่อนข้างจำกัดกว่าของญี่ปุ่นมาก เนื่องจากมีเบี้ยประกันต่ำ ระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมด้านทางการบริการทางการแพทย์ สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อนามัยมารดา การผ่าตัด ยา บริการพยาบาลและค่าพาหนะในการนำส่งผู้ป่วย นอกจากนั้นก็มีสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงินสำหรับการดูแลรักษาตัว และกรณีเสียชีวิตเป็นค่าทำศพ สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมประกอบด้วย การผ่าตัดเสริมสวย ค่าห้องที่เกินกว่าสิทธิประโยชน์ที่ให้ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำร้ายตัวเอง การไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยตรงไม่ผ่านการส่งต่อ นอกจากนั้นก็มีการบริการหลายอย่างที่ไม่ครอบคลุม ซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายเองเต็มราคา เช่น ค่าอาหาร Sonogram MRI (Magnetic Resonance Image)

สิงคโปร์ สิทธิประโยชน์ของระบบบัญชีการออมของสิงคโปร์นั้นค่อนข้างจำกัด เนื่องจากจะใช้เงินในบัญชีนั้นได้ ต้องเป็นการจ่ายสำหรับบริการที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และบริการที่มีราคาแพง ในผู้ป่วยนอกบางประเภทเท่านั้น เดิมครอบคลุมเฉพาะเตียงสามัญเท่านั้น ต่อมาได้ครอบคลุมเตียงทุกประเภท รวมถึงการใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ของบุคคลในครอบครัว ในบริการผู้ป่วยนอกนั้น ครัวเรือนต้องรับผิดชอบเอง ประชาชนมีสิทธิและทางเลือกในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ทั้งของรัฐและเอกชน ในภาครัฐนั้นจะมีการเก็บค่าบริการในอัตราตายตัว คือครั้งละ 7 เหรียญสำหรับผู้ใหญ่ และ 3.5 เหรียญสำหรับผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

สำหรับประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ 4 ประเภทหลัก ๆ นั้น แต่ละประเภทจะครอบคลุมกลุ่มประชาชนเป้าหมายต่างกันไป คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท ออกให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ข้อสังเกต ไม่มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

สิทธิของการรับบริการทางการแพทย์

1. บริการทางการแพทย์ ที่ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

1.1 การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

1.2 แลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้ ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3 ตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

1.4 การวางแผนครอบครัว

1.5 ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

1.8 การให้คำปรึกษา

1.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

2. บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

2.1 การตรวจ วินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา

2.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่)

2.3 ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

2.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่

2.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

2.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

3 บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิต้องเสียค่าบริการและค่าใช้จ่ายเอง

3.2 โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

3.3 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด

3.4 อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3.5 การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม

3.6 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.7 การตรวจวินิจฉัยและรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.8 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วันยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.9 การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.10 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.11 ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

3.12 การเปลี่ยนอวัยวะ

การตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์

- กลุ่มอายุ 21 – 40 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ 1 – 2 ครั้ง/ปี
- กลุ่มอายุ 41 – 60 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทุกปี

การตรวจสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มอายุ 21 – 40 ปี และกลุ่มอายุ 41 – 60 ปีขึ้นไป

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ปีละครั้ง
2. ตรวจวัดสายตา ควรตรวจทุก 3 ปี สำหรับผู้ที่มีอายุ 41 – 60 ปี ควรตรวจทุก 2 ปี และสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรตรวจทุกปี
3. ตรวจความเข้มข้นของเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจอุจจาระควรตรวจทุก 3 ปี
4. เริ่มตรวจหาไขมันในเส้นเลือด เมื่ออายุ 35 ปี และควรตรวจทุก 3 ปี
5. เริ่มตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออายุ 50 ปี และควรตรวจทุก 3 ปี
6. การตรวจ HIV ควรตรวจตามความสมัครใจ ก่อนสมรส
7. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี เริ่มตรวจเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ หรืออายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจปีละครั้ง
8. การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรี แนะนำให้ตรวจโดยตนเอง เดือนละครั้ง และสตรีที่มีอายุ 41 – 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมโดยแพทย์ ปีละครั้ง
9. ควรได้รับการกระตุ้นวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักทุก 10 ปี และสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน
10. การตรวจทางทวารหนัก (Rectal Exam) ตรวจเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ควรตรวจปีละครั้ง

การรับบริการทางการแพทย์

การไปรับบริการทางการแพทย์ ให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัว หรือเครือข่ายหน่วยบริการ เว้นแต่ กรณี เจ็บป่วยฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบทันที ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก เพื่อให้หน่วยบริการประจำครอบครัวพิจารณารับย้าย และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีที่ไม่มีการแจ้งให้หน่วยบริการทราบ ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

2. **บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณียกเว้นเสียค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท** ออกให้ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(บัตร สปร.) ข้อสังเกต มี ท นำหน้าเลขที่บัตร

โดยรวมโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเดิม (สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ 500 บาทไว้ด้วยกัน ซึ่งผู้มีบัตรจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล สิทธิของบัตรจะครอบคลุมในเรื่องของ (1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด และสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้บำบัดรักษาโรค (2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าแว่นตา (3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าทำเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ (4) ค่าอุดฟันธรรมดา ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน (5) ค่าห้องและอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ยกเว้น ค่าห้องพิเศษ

ส่วนบัตรประกันสังคม สิทธิที่ได้รับจะครอบคลุม (1) การเจ็บป่วยเป็นค่ารักษาเหมาจ่าย ได้แก่ (1.1) ค่ารักษาโดยแพทย์เชี่ยวชาญพิเศษ เช่น การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ (1.2) ค่าทำหมัน (1.3) ค่ารักษากรณีฉุกเฉิน คุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรกโรงพยาบาลใดก็ได้ (1.4) กรณีอุบัติเหตุคุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรก (1.5) การผ่าตัดใส่เลนส์เทียมของลูกตา (1.6) ทันตกรรม (1.7) การปลูกถ่าย ไขกระดูก (1.8) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือด สัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง (1.9) เงินทดแทนการขาดรายได้ (% ของค่าจ้าง) (2) การคลอดบุตร เช่น ค่าคลอด เงินทดแทนการขาดรายได้ 50 % ของค่าจ้าง (3) ทุพพลภาพ เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินทดแทนการขาดรายได้ 50 % ของค่าจ้าง ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ทายาท (4) ตาย เช่นค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ทายาท (5) สงเคราะห์บุตร (6) ชราภาพ เช่น บำเหน็จชราภาพ บำนาญชราภาพ และสุดท้ายสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะครอบคลุมสำหรับตัวข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเอง บุตรตามกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน คู่สมรสและบิดามารดา โดยจะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและใน จะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวนที่จ่ายจริง เว้นแต่ (1) ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม จะเบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด (2) ค่าห้อง ค่าอาหารจะเบิกรวมกันได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด คือไม่เกิน 600 บาทต่อวัน

1.4 ระบบการคลังสาธารณสุขของระบบประกันสุขภาพ (Financing) [12,13]

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ มีรูปแบบการจัดตั้งกองทุนและระบบบริการจ่ายค่าตอบแทนแตกต่างกัน ได้แก่

ประเทศแคนาดา มีระบบกองทุนรวมกองทุนเดียว (Single Fund) และมีผู้จ่ายรายเดียว (Single Payer) โดยเงินอุดหนุนการบริการได้จากการเก็บภาษีประชาชนผู้ด้อยโอกาสในสังคม รัฐบาลกลางและท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้การอุดหนุน และรับเป็นภาระ โดยไม่มีการจัดเกณฑ์การวัด รายได้ (mean-test) มาคัดกรอง ซึ่งต่างจากของไทยที่ใช้เส้นแบ่งเขตรายได้ขั้นต่ำมาคัดกรองในการให้บัตร สปร.

ประเทศอังกฤษ มีกองทุนเดียว (National Health Service ,NHS) มาจากภาษีทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี ส่วนของบริการเอกชนมาจากการประกันเอกชน การซื้อประกันเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง

ประเทศเยอรมันนี ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุน (Multiple Fund) โดยจัดตั้งในรูปกองทุนเพื่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแหล่งเงินที่สำคัญ ส่วนใหญ่ของเงินกองทุนจ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ เงินสนับสนุนบริการสุขภาพของเยอรมันนี มาจากภาษีของรัฐบาลกลาง และท้องถิ่นประมาณ 21 % อีก 60 % มาจากภาษีรายได้ ที่เหลือ 11 % มาจากผู้ป่วยจ่ายร่วม และ 7 % มาจากประกันสุขภาพเอกชน

ประเทศออสเตรเลีย มีโครงการ Medicare Program เป็นโครงการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าโดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย (co payment) และหากผู้ใดไม่ปฏิบัติ จะมีข้อลงโทษ โครงการนี้จะคุ้มครองการใช้บริการแก่ประชาชนออสเตรเลียทุกคน และชาวต่างประเทศที่ได้มีการทำสัญญากับออสเตรเลีย แหล่งเงินของโครงการมาจากทั้งภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐได้รับการอุดหนุนจากงบประมาณ ภาคเอกชนมาจากการจ่ายภาษีสุขภาพ ประชาชนออสเตรเลียต้องจ่ายภาษีสุขภาพ 1.5-2.5 % ของเงินได้ตามระดับรายได้

ประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วยกองทุนหลายกองทุนและผู้จ่ายหลายราย (Multiple Fund and Multiple Payers) ระบบบริการสุขภาพ ญี่ปุ่นได้รับเงินอุดหนุนจากงบประมาณรัฐ ประชาชนจ่ายเองและจากเงินกองทุนประกันสุขภาพ ที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมจ่าย

ประเทศไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพที่เป็นระบบกองทุนเดียว (Single Fund) ต่างจากของญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ ทั้งนี้เพื่อต้องการให้มีประสิทธิภาพ และใช้อำนาจการจ่ายอย่างเต็มที่ โดยกำหนดอัตราการจ่ายที่เป็นมาตรฐานภายใต้งบประมาณยอดรวม (Uniform fee schedule with a global budget) ในปัจจุบันประชาชนร้อยละ 96 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการของโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าเดิมในเชิงมหภาค ได้แก่ มีระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายคนเดียว มีตารางราคาที่เหมือนกัน และจัดสรรงบประมาณแบบก้อน ในขณะเดียวกันรัฐบาลเองพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ลดลง โดยการใช้มาตรการ 4 อย่าง เพื่อให้มีประสิทธิภาพเชิงจุลภาค คือ ให้ผู้ป่วยจ่ายร่วม มีการจัดทำสัญญาการบริการใช้ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า มีการวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ

ประเทศเกาหลีใต้ มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน และแยกการบริหารจัดการ เกาหลีใต้มีการแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็นเขต ตามเขตการปกครองของรัฐบาลหรือเขตตามสภาพภูมิประเทศ เกาหลีใต้มีปัญหาเรื่องกองทุนที่แยกออกจากกันมาก แม้ว่าจะมีอิสระแยกจากรัฐบาล แต่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมยังคงอำนาจแต่งตั้งประธานบอร์ด จึงทำให้กองทุนต่าง ๆ ไม่สามารถดำรงความเป็นทางการได้ดี

ประเทศสิงคโปร์ นั้นมีระบบหลักการประกันสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ไม่มีกองทุนประกันสุขภาพ แต่จะใช้ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) แทน โดยระบบนี้ขยายมาจากกองทุนบำเหน็จบำนาญกลาง (Central Provident fund) ซึ่งจะหักจากบัญชีเงินเดือนของประชาชนอยู่แล้ว ทั้งนี้ลูกจ้างและนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน และจากกองทุนจะโอนเข้าบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพของแต่ละบุคคลในอัตราร้อยละ 6-8 % ตามกลุ่มอายุ บัญชีนี้จะเป็นเงินของแต่ละบุคคล แต่จะสามารถนำออกมาใช้เพื่อจ่ายเป็นค่าบริการ ทางการแพทย์ สำหรับการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น

สำหรับประเทศไทย มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน (Multiple funds) และแยกการบริหารจัดการ เช่นระบบประกันสังคม ประกอบด้วย 2 กองทุนคือ กองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม หน่วยงานที่บริหารจัดการ คือสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ยังมีกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสุขภาพ

1.5 การจัดผลิตบริการ (Supply) [12,13]

ประเทศแคนาดา ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลของจังหวัดต่าง ๆ รับผิดชอบในการดูแลจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ข้อแนะนำของรัฐบาลกลาง ระบบบริการ สุขภาพจะบริหารจัดการด้วยองค์กรรัฐอิสระ เพื่อให้มีการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น เอกชนมีส่วนร่วมจัดบริการในส่วนที่นอกเหนือจากภาครัฐจัดขึ้น

ประเทศอังกฤษ รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการ โดยเป้าหมายของการปฏิรูปไม่ใช่การเพิ่มงบประมาณแต่ต้องการให้เพิ่มผลิตภาพ (productivity) ใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุนแยกองค์กรและบทบาทระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ ผู้ซึ่งพันกันโดยสัญญา (Contract) เป็นการสร้างระบบตลาดภายใน มีการกระจายอำนาจให้อิสระแก่หน่วยงานผู้ให้บริการและ Health Authority ในการบริหารงาน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ ประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ขึ้นทะเบียนกับ National Health Service (NHS) แต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)ที่ตนเองต้องการหรือเปลี่ยน(GP)ก็ได้

ประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลจัดตั้งโรงพยาบาลและคลินิกที่แยกตัวเป็นองค์กรอิสระ โดยให้มีการกระจายอำนาจทั่วทั้งประเทศ

ประเทศญี่ปุ่น ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้น ทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนสามารถเป็นผู้ให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ในกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ เทศบาลแต่ละท้องถิ่น

จะเป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันและให้หลักประกันแก่ประชาชนในพื้นที่ของตน ซึ่งผู้ให้ประกันไม่ได้ทำสัญญาการซื้อขายบริการกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นผู้ให้บริการกับผู้ประกันตน ซึ่งมีทั้งของรัฐและเอกชน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว สถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน โดยผ่านองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบในการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ (Medical Fee Payment Fund) ผู้ประกันตนนั้นจ่ายเพียงส่วนร่วมจ่าย ที่กำหนดเท่านั้นให้กับสถานพยาบาลที่ตนไปรับบริการ

ประเทศไต้หวัน จะมีสำนักงานประกันสำนักงานแห่งชาติเป็นผู้ทำสัญญา (Contract) กับผู้ให้บริการกับภาครัฐและเอกชน และมีการจ่ายเงินเป็นระบบล่วงหน้า (Prospective payment)

ประเทศเกาหลีใต้ กองทุนประกันสุขภาพใช้ในลักษณะการทำสัญญา (Contract) กับสถานพยาบาลเช่นเดียวกับประเทศไทย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของต่างประเทศ [12]

หัวข้อ	แคนาดา	ออสเตรเลีย	เยอรมันนี
รูปแบบ	National Health Service (Medicare)	National Health Insurance (Medicare)	Bismarck's Model
ประเภทการบริการ	การแพทย์พื้นฐานและบริการโรงพยาบาล	สาธารณสุขชุมชนการแพทย์พื้นฐานและบริการโรงพยาบาล	บริการแพทย์พื้นฐานและเฉพาะทาง
ผู้ให้บริการ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว และแพทย์เฉพาะทาง	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเฉพาะทาง	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเฉพาะทาง
ระบบการส่งต่อ	เข้มแข็งจากแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	เข้มแข็งจากแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง	เข้มแข็งจากแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง
องค์กรบริหารจัดการ	องค์กรรัฐอิสระ	รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น	กองทุนเพื่อการ เจ็บป่วย
ความครอบคลุม	ประชาชนทุกคน	ประชาชนทุกคนและชาวต่างชาติที่มีสัญญา	ประชาชนทุกคน (0.1% ไม่มีหลักประกัน)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (% ต่อ GDP)	10.3 (1994)	8.5 (1994)	8.7 (1994)
แหล่งเงิน	ภาษีบุคคล ภาษีสินค้า ภาษีเหล้า บุหรี่ น้ำมัน ล็อตเตอรี่ เบี้ยประกัน	งบประมาณรัฐ และภาษีสุขภาพ (1.5 % - 2.5 % ของรายได้) ยกเว้นผู้ยากจน	ภาษีรัฐบาลกลางและท้องถิ่น ภาษีรายได้ ประชาชนจ่ายเอง ประกันสุขภาพเอกชน เงินกองทุนประกันสุขภาพ

หัวข้อ	แคนาดา	ออสเตรเลีย	เยอรมันนี
การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ	ตามรายการรักษาพยาบาล	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลจ่ายเป็นเงินเดือน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลจ่ายเป็นเงินเดือน
อุปสรรคในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	การประท้วงของแพทย์	ต่อต้านจากภาครัฐและเอกชน	วิกฤตเศรษฐกิจ
การจัดสรรทรัพยากร	เป็นก้อนตามจำนวนประชากรผ่าน Canada Health and Social Transfer (CHST)	รัฐบาล Common Health สนับสนุนการแพทย์พื้นฐาน การจัดหายาและการพยาบาลดูแลทั่วไป รัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนการบริการโรงพยาบาล	เบิกจ่ายย้อนหลังโดยใช้วันนอนและจำนวนผู้ป่วยนอก
ความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มีนโยบายที่ส่งเสริมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับชาติ	ความประนีประนอมของทุกฝ่าย	ค่านิยมและวัฒนธรรมที่สังคมต้องช่วยเหลือผู้อ่อนแอและหลักการค่านิยมที่เรียกว่า solidarity, subsidiary corporatism

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสี่ประเทศในเอเชีย [12]

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
ภาวะเศรษฐกิจช่วงที่มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง	มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง
ปัจจัยด้านการเมือง	มีการผลักดันสูงจากกลุ่มแรงงานและนายจ้าง	การแข่งขันระหว่างเกาหลีเหนือและใต้และการต้องการความชอบธรรมของรัฐบาลทหาร	ช่วงชิงโอกาสและอำนาจระหว่างพรรค รัฐบาลและพรรคฝ่ายค้าน	ผู้นำมีอิทธิพลและวิสัยทัศน์สูง
กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	มี	มี	มี	มี
ระบบการคลังสาธารณสุข	ประกันสังคม	ประกันสังคม	ประกันสังคม	บัญชีการออมเพื่อสุขภาพ
การกระจายความเสี่ยง	มี	มี	มี	มี
จำนวนกองทุน	หลายกองทุนเป็นอิสระ	หลายกองทุนเป็นอิสระ	กองทุนระดับชาติและมีสาขา	ไม่มี
ผู้บริหารกองทุน	องค์กรอิสระและรัฐ	องค์กรอิสระแต่ถูกควบคุมโดยรัฐมากกว่า	องค์กรรัฐ	องค์กรรัฐ
ผู้ดำเนินการให้หลักประกันกับคนไม่มีรายได้	เทศบาล	องค์กรประกันส่วนภูมิภาค	กองทุนเดียว	Na
การให้การช่วยเหลือคนจน	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกเบี้ยประกันให้	รัฐออกค่าใช้จ่ายให้

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
อัตราเบี้ยประกัน	แปรตามระดับรายได้	อัตราเดียว	อัตราเดียว	หักจาก CPF 6-8 % ตามกลุ่มอายุ
การกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน	ไม่มีรัฐจัดสรรชดเชยเอง	มีและรัฐช่วยด้วย	ไม่มี เนื่องจากมีกองทุนเดียว	ไม่มี
องค์กรกลางในการจ่ายเงิน	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
สิทธิประโยชน์	ครอบคลุมกว้างขวาง	ครอบคลุมจำกัด มีบริการยกเว้นมาก	ครอบคลุมกว้างขวาง	เฉพาะบริการผู้ป่วยใน
ส่วนร่วมจ่ายของประชาชน	ประมาณร้อยละ 20	ค่อนข้างสูง	อัตราตายตัว	จ่ายจากบัญชีตัวเอง
ระบบบริการ	ระบบบริการปฐมภูมิอ่อนแอ สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน	มีความซ้ำซ้อนระหว่างบริการของสถานพยาบาลปฐมภูมิกับโรงพยาบาล และแข่งขันกันเองเครื่องมือราคาแพง สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน	N.A.*	ระบบบริการปฐมภูมิแข็ง รัฐมีบทบาทสูงในบริการของโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
การเข้าถึงบริการ	มีการใช้บริการที่เกินจำเป็น	ดีขึ้นหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพทั่วหน้า	ดีขึ้นหลังจากการมีนโยบายประกันสุขภาพทั่วหน้า	N.A.*
การสนับสนุนข้ามระหว่างคนรวย คนจน	มีแต่จำกัดเฉพาะกลุ่ม	มี	มี	ไม่มี
การควบคุมค่าใช้จ่าย	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมไม่ค่อยได้	ควบคุมได้

*N.A. = ไม่มีข้อมูล (Non applicable)

สรุป

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ การดำเนินงานอาจใช้รูปแบบ สวัสดิการสังคม เป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ เช่นแคนาดา หรือใช้รูปแบบการประกัน เช่น ประเทศเยอรมันนี ญี่ปุ่น ไต้หวัน ปัจจัยที่ส่งผลให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปได้รวดเร็วและบรรลุ มาจากปัจจัยทางการเมืองและเศรษฐกิจมากกว่าความต้องการด้านสุขภาพเอง ระยะเวลาในการพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพใช้เวลาไม่น้อย เพราะมีการต่อต้านจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการ นอกจากนี้การขยายความครอบคลุมไปสู่ กลุ่มอาชีพอิสระ เช่น เกษตรกร นับว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพ มาจากการใช้กฎหมายเป็นข้อบังคับมากกว่าการสมัครใจ ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญทั้งในส่วนผู้ใช้บริการ ผู้จ่ายค่าตอบแทน ผู้ให้บริการและผู้รับประกัน ภาครัฐมีบทบาทไม่น้อยในการให้การสนับสนุนเงินอุดหนุน การเป็นผู้ให้บริการหลัก และเป็นผู้ดำเนินการในระบบประกันเสียเอง ประเทศไทยเองเริ่มมีการวิจารณ์ถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะในสถานการณ์ ที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน จึงมีคำถามน่าสนใจว่าหากประเทศไทยมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และระบบบริการสุขภาพจะสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน รัฐบาลท้องถิ่นเองควรมีบทบาทอย่างไรภายในระบบหลักประกันถ้วนหน้าดังกล่าวนี้

2.แนวคิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย [19]

(Universal Coverage)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการ สุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

หลักการพื้นฐานและแนวทางสำคัญในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. แนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การที่ประชาชนในสังคมมีการ "เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข" กัน โดยการจัดระบบให้คนที่มีสุขภาพดีช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วย คนที่มีฐานะดีกว่าช่วยเหลือคนที่ยากจนกว่า โดยการกระจายความเสี่ยงของภาวะทางการเงิน (risk sharing) ที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภารดรภาพ (solidarity) และการเกื้อกูลกันมากขึ้น

2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่มีความยั่งยืน (sustainable system) ทั้งนี้ความยั่งยืนดังกล่าวจะประกอบด้วยความยั่งยืนของระบบใน 3 ด้าน คือ

- ความยั่งยืนทางนโยบาย (Policy sustainability)
- ความยั่งยืนทางการเงิน (Financial sustainability)
- ความยั่งยืนทางสถาบัน / องค์กร (Institutional sustainability)

3. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน โดยเป็นเจ้าของร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกัน รูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พัฒนาขึ้นจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) มาผสมผสานและบูรณาการใช้อย่างเหมาะสม

4. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้าน เป็นบริการด่านแรก (front line service) ที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน (comprehensive care) ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

5. หน่วยบริการระดับต้น หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีชื่อเรียกว่า "ศูนย์สุขภาพชุมชน"

6. การบริหารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเน้นกระจายอำนาจ (decentralization) ให้พื้นที่ คือ เขต และ จังหวัด มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการ ภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ – ผู้ให้บริการ ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) โดยที่ไม่กระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

8. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องจัดให้มีระบบที่จะสนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ "สิทธิ" ปกป้องและคุ้มครอง "สิทธิ" ของประชาชน สิทธิดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะได้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

9. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ [20]

ประเทศอังกฤษ ประชากรทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเจ็บป่วยมีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 มีการออกเป็นพระราชบัญญัติ National Health Service และก่อตั้ง National Health Service เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานด้านสุขภาพ

ประเทศญี่ปุ่น เริ่มออกกฎหมายประกันสุขภาพในปี ค.ศ. 1992 โดยใช้ระบบประกันสุขภาพแบบเยอรมันนี และได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้นในปี ค.ศ. 1938 เพื่อดูแลด้านสุขภาพประชาชนหลังสงครามโลกครั้งที่2 และอิทธิพลจากประเทศอเมริกาได้ทำให้ญี่ปุ่นประกาศกฎหมายรัฐธรรมนูญ ซึ่งบัญญัติให้รัฐบาลรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับบริการปฐมภูมิ

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี" สุขภาพดี" หรือมี "สุขภาวะ" ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี "สุขภาพดี" ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ "สร้าง" สุขภาพกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมี เป้าหมายคือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง

2) ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มี มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)

4) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและบริการเชิงรุกในชุมชน)

5) สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)

6) ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินความจำเป็น

7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพกี่กองทุนก็ตาม

8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการ พื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (Personal and Family Preventive and Promotive Services)

2) บริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว จะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ

3) บริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ เช่น การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพย์ติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ จะไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก แต่จะเป็นกิจกรรมที่มีการตั้งงบประมาณเป็นการเฉพาะ

รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ด้านการสร้างสุขภาพ 10 ประการ

1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ
4. การตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางของแพทยสภา 2543)
5. การให้ยาต้านทานไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การวางแผนครอบครัว
7. การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
9. การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
10. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) หน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น ที่จะรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ จะต้องสามารถให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน ร่วมกับบุคลากรอื่นๆเป็นผู้ให้บริการ ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้คือโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา)

2) รพ.ขนาดใหญ่ สามารถเป็นผู้ให้บริการระดับต้นและรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่สามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ภายในเงื่อนไขเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดได้มาตรฐานการให้บริการไปก่อน สำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนต้องผ่านการรับรองคุณภาพก่อนเข้าร่วมให้บริการ

3) สถานพยาบาลของภาคเอกชน ที่จะเข้าร่วมให้บริการกรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับต้น (เช่น คลินิก) จะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสามารถรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้เฉพาะในอำเภอที่ตั้งและอำเภอใกล้เคียงที่ติดกัน กรณี รพ.เอกชนจะจัดบริการระดับต้นได้ จะต้องจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

4) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Institute) ซึ่งต่อไปจะพัฒนาเป็น "สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ (Health Care Accreditation Institute)" จะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการทั้งหมด (Health Care Accreditation) รวมถึง

บริการระดับต้นด้วยโดยเป้าหมายการพัฒนาจะเน้นการพัฒนาที่มาจากภายในและเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากนโยบายของรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยโดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายในปี 2544 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ระบุไว้ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ" นั้น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ หรือ Primary Care เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบ ผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และ บริการเชิงรุกในชุมชน ทั้งยังจะสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

3.การบริการปฐมภูมิ

ความหมายของการบริการปฐมภูมิ

องค์การอนามัยโลก(อ้างจากสุพัตรา ศรีวณิชชากร)[21] ได้ให้ความหมายคำว่า Primary care คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน

สำเริง แหยงกระโทก (2545)[6] ได้ให้ความหมายคำว่า บริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิดโดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาน เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

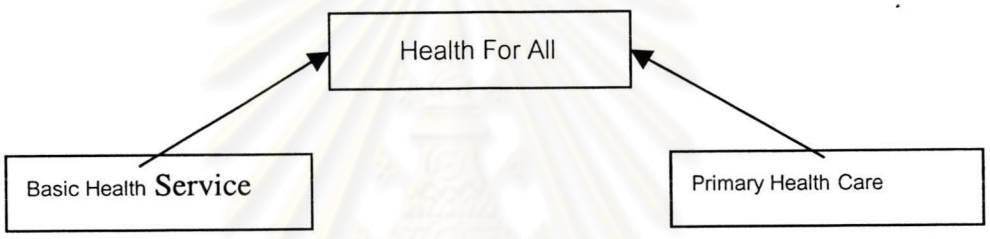
สำเริง แหยงกระโทก (2545)[6] ได้ให้ความหมายของคำว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิหมายถึงการจัดพื้นที่ในอาคารและมีองค์ประกอบ วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ

สรุปได้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการด่านแรกสำหรับประชาชนที่มารับบริการ โดยมีบริการเบ็ดเสร็จต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีการส่งต่อ โดยมีการจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) Primary Care Unit : PCU

หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพที่จัดตั้งขึ้น โดยมีอาคารสถานที่ บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่สมบูรณ์แบบ มีการจัดระบบการทำงานสนองตอบต่อความต้องการของชุมชน และอยู่ใกล้บ้านใกล้ใจชุมชนมากที่สุด มีบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวในชุมชนนั้นระบบบริการปฐมภูมิ คือ บริการด่านแรกที่เป็นจุดสัมผัสของประชาชนและระบบบริการสาธารณสุข มุ่งเน้นคุณภาพเชิงสังคม คือ ผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง มาตรฐานบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย มี ดี เข้าใจ พึงใจ จ่ายคุ้ม ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 2.1 Health For All



Equity
Quality
Efficiency
Social Accountability

- Community Participation
- Appropriate Technology
- Intersectoral Collaboration
- Reorientation of Health Service

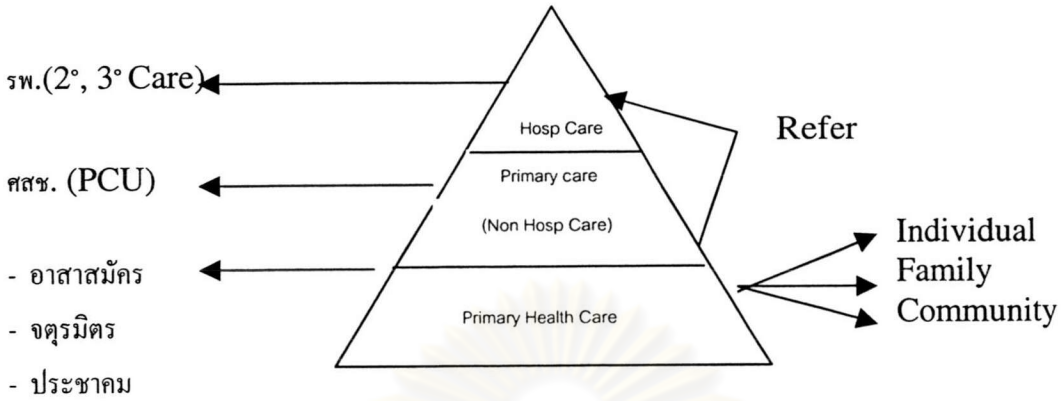
เป้าหมายบริการที่พึงประสงค์

- Equity เท่าเทียม เข้าถึงได้ (ภูมิศาสตร์ สังคมวิทยา เศรษฐกิจ)
- Quality คุณภาพด้านเทคนิค (มาตรฐานทางวิชาชีพ)
  คุณภาพด้านสังคม (ผสมผสานเป็นองค์รวมต่อเนื่อง)
- Efficiency ประสิทธิภาพ (คุ้มทุน คุ้มค่า)
- Social Accountability สนองความต้องการของประชาชน
  ประชาชนสามารถตรวจสอบได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่พึงประสงค์

แผนภูมิที่ 2.2 ระบบการดูแลสุขภาพ



หน่วยคู่สัญญาของการบริหารระดับปฐมภูมิ(Contracting Unit for Primary Care– CUP)

หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่เป็นลักษณะ การให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน

หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพ จัดเป็น 3 กลุ่ม

หน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ [Contracting unit for primary care : CUP]

หน่วยคู่สัญญาของระดับทุติยภูมิ [Contracting unit for secondary care : CUS]

หน่วยคู่สัญญาบริการระดับตติยภูมิ [Contracting unit for tertiary care : CUT]

คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ

ในลักษณะกระบวนการ ด่านแรก เข้าถึงง่าย (Front - line Care) บริการต่อเนื่อง (Ongoing Care) ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive Care) ประสานกับบริการ /หน่วยอื่น (Co-ordinated Care) บทบาทเชิงรุก การส่งเสริม ป้องกัน ให้บริการโดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

ลักษณะสำคัญของบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ มีบุคลากรให้บริการ อุปกรณ์ ในการให้บริการได้มาตรฐาน มีระบบรับรองการให้บริการฉุกเฉินและผู้ประสบอุบัติเหตุได้อย่างรวดเร็ว มีระบบรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวก และมีการส่งต่อไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วย มีระบบกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน และสม่ำเสมอ

มาตรฐานเบื้องต้นในการรับสัญญาหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ

ขีดความสามารถ

ให้บริการผสมผสาน รักษา , ส่งเสริม , ป้องกัน , ฟื้นฟู ตามเกณฑ์ที่กำหนด บริการด้านยา :-จัดยา จ่ายยา ให้ความรู้ด้านยา ตรวจชันสูตรขั้นพื้นฐาน / มีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นได้รวดเร็ว ระยะเวลาบริการ อย่างน้อย 56 ชั่วโมง/สัปดาห์ (มีเวลาบริการที่ประชาชนใช้ได้สะดวก)

การจัดหน่วยบริการ

จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ดูแลประชากร ไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย หน่วยบริการฯ มีสถานที่ตั้งใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน เดินทางไปใช้บริการได้ภายใน 30 นาที (โดยรถยนต์)

บุคลากร ตามเกณฑ์ ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ /เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1 : 1,250
ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย	1 : 5,000
แพทย์ ในเครือข่าย บริการเต็มเวลา	1 : 10,000

หากพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ

พยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเวชปฏิบัติ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1 : 1,000
แพทย์ ในเครือข่าย บริการเต็มเวลา	1 : 20,000
ทันตแพทย์ หรือ ทันตาภิบาล	1 : 20,000 - 40,000

เภสัชกรทำหน้าที่ อย่างน้อย 3 ชั่วโมง/สัปดาห์

บุคลากรต้องเป็นกลุ่มคนเดิมที่ให้บริการประจำ ต่อเนื่อง อย่างน้อยร้อยละ 75

ด้านการจัดการ

ทำให้เกิดความต่อเนื่อง: ระบบนัดหมาย ติดตาม ระบบข้อมูล สะดวก รวดเร็ว (ภายใน 1 ชม.) ระบบข้อมูลเพื่อการให้บริการมีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีระบบกำกับ/พัฒนาคุณภาพบริการสม่ำเสมอ มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่

มีอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมบริการ/มีระบบ sterile system มียานพาหนะ เพื่อใช้ส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้เคียง มีอาคารที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย พื้นที่บริการเพียงพอ มีระบบเชื่อมโยงและส่งต่อกับโรงพยาบาลที่สนับสนุนทาง วิชาการอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะของ PCU มี 4 แบบ 3 ระดับ ดังนี้

1. PCU ในโรงพยาบาล เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล (คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว)
   1.1 รับผิดชอบขึ้นทะเบียนประชากรในเขตรอบโรงพยาบาล (10,000 – 30,000 คน)
   1.2 จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นร่วมกันรับผิดชอบประชากร 1:1,250 คน ทำหน้าที่
   - ออกไปเยี่ยมบ้าน ทำความรู้จักประชากรในเขตรับผิดชอบทุกครอบครัว
   - จัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ แม่ เด็ก ประชากรวัยแรงงาน วัยทอง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ เพื่อติดตามให้บริการอย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่อง
   - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคตามสิทธิประโยชน์

1.3 การจัดบริการตั้งรับ

- จัดให้มีคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว แยกจากกลุ่มงานผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาล
- จัดให้มีแพทย์ประจำวัน ตรวจที่คลินิก โดยให้บริการแบบแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งควรเป็นแพทย์กลุ่มเดิม ซ้ำวันเดิมที่ออกปฏิบัติงานเพื่อจะได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยการนัดหมาย หรือถ้าเป็นไปได้อาจให้มีแพทย์ 1 คน บริการประจำคลินิก เวชปฏิบัติครอบครัว

2. PCU นอกโรงพยาบาล (ศูนย์แพทย์ชุมชน / คลินิกชุมชน)

2.1 รับผิดชอบขึ้นทะเบียนประชากรไม่เกิน 10,000 คน

2.2 โรงพยาบาลอาจดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นในท้องถิ่น เช่น เทศบาล กาชาด สสจ. โดยจัดให้มีทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่น รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 1:1,250 คน จัดบริการเชิงรุก

2.3 การจัดบริการตั้งรับ

- ให้มีแพทย์ประจำวันออกตรวจเช่นเดียวกับคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว หรือ
- จัดให้มีแพทย์ออกตรวจนอกเวลาราชการ (16.00 – 20.00 น.) โดยกำหนดวันเช่นเดียวกัน

3. สถานีอนามัย

บทบาทแพทย์ / ทันตแพทย์ / พยาบาล / ทันตาภิบาล / เภสัชกร สู่ สถานีอนามัย

3.1 กำหนดคน และ วัน

3.2 ร่วมจัดบริการ (นัดหมายล่วงหน้า) เช่น โรคเรื้อรัง ฟื้นฟูสภาพ ANC ตรวจคัดกรอง Self Help Group ทันตกรรม

3.3 สนับสนุนวิชาการ เช่น เสริมความรู้ Case Conference, จัดทำ CPG

3.4 สนับสนุน ยา ชันสูตร ระบบส่งต่อ

3. หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ในที่ห่างไกล และทุรกันดาร

พันธกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

4.1 ดูแลเริ่มแรกทุกเรื่อง

4.2 ดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน

4.3 บริการประทับใจทุกวันวาร

4.4 บริการผสมผสานทั้งครอบครัว

มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

มี (Availability)
- สถานบริการในชุมชน
- ประชากรรับผิดชอบ
- เจ้าของครอบครัว / คนไข้
- ทีมเดียวกัน (รับ – รุก)
- ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู
- ชันสูตร ยา ทันตสาธารณสุข

เข้าถึง (Accessibility)
- ด้านภูมิศาสตร์
- ด้านเศรษฐกิจ
- ด้านจิตสังคม
- ด้านเวลา

จ่ายคุ้ม (Efficiency)
- เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ
- ต้นทุนต่ำ
- ผลลัพธ์สูง

เป็นองค์รวม (Holistic)
- สัมพันธภาพแบบ Empathic Relationship
- รักษาคน > รักษาไข้
- ดูแลทั้ง กาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม
- มีระบบข้อมูลเอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม

ดี (Good Care, Standard)
- บริการมีมาตรฐาน และระบบรับรองคุณภาพบริการ

พึงใจ (Acceptability)
- ประชาชนพึงพอใจ
- เจ้าหน้าที่พึงพอใจ

ชุมชนมีส่วนร่วม (CP)
- ร่วมคิด/ร่วมทำ
- ร่วมประเมินผล
- ร่วมเรียนรู้

ต่อเนื่อง (Continuity of Care)
- ดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย
- Episode Care > Visit Care
- มี Care Coordinator

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ

1. **เป้าหมายของระบบสุขภาพ**
   1.1 ประชาชนมีสุขภาพดีที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
   1.2 การมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ

1.3 เป็นไปตามแนวคิดสุขภาพพอเพียง ที่หมายถึงความพอดี พอเพียง และพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ ซึ่งความพอดีพอเพียงนั้นเป็นเกณฑ์เฉพาะบุคคล เฉพาะกลุ่มที่ขึ้นกับเงื่อนไขทางสังคม การศึกษา เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม สามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้เข้มแข็ง ปลอดโรค เมื่อเจ็บป่วย สามารถตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสมด้วยดุลยภาพที่พอดี ระหว่างการพึ่งพาตนเองและพึ่งผู้อื่น ทั้งบริการในระบบ และนอกระบบ

1.4 การมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และยุติธรรมต่อประชาชนทุกกลุ่ม ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในกรณีที่ประชาชนพึ่งตนเองไม่ได้ และสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

2 **เป้าหมายที่ต้องการบรรลุในระยะยาวของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม**

2.1 มีบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย

2.2 ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการ และ มีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่างของข้อมูล และการบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน

2.3 มีบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า และเป็นบริการที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง

2.4 เกิดระบบบริการที่ผสมผสาน ดูแลสุขภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน

2.5 เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว

2.6 ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพร่วมกัน อย่างเป็นระบบ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.ระยะของการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายปฐมภูมิ

ตารางที่ 2.4 ระยะของการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายปฐมภูมิ

หมวด	ปีแรก	ภายในปีที่ 2-3	ภายในปีที่ 5
ขนาดประชากรต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ	ไม่เกิน 10,000 คน ยกเว้นเขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่น ให้หน่วยบริการดูแลประชากรได้ไม่เกิน 30,000 คน	ไม่เกิน 10,000 คน รวมทั้งในเขตเมืองด้วย	ไม่เกิน 10,000 คน ทั้งในเขตเมืองและนอกเมือง
ที่ตั้งของหน่วยบริการ/จุดบริการ	- ในรพ. 1 จุด - นอก รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบอย่างน้อย 1 จุด - ประสานเครือข่าย กับสถานีอนามัย หรือคลินิกเอกชน	ขยายจุดบริการในชุมชนนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมอย่างน้อย 50% ของประชากรที่ขึ้นทะเบียน และ กระจายอย่างเหมาะสมที่ประชาชนมาใช้บริการได้สะดวก(ทั้งนี้ดูตามความเหมาะสมของที่ตั้งของ รพ. และขนาดประชากร)	ขยายจุดบริการในชุมชนนอก รพ. ครอบคลุมได้ 100% ของประชากรที่ขึ้นทะเบียน และกระจายอย่างเหมาะสม (ไม่มี OPD walk in ใน รพ.) แต่อาจมีหน่วยบริการใน รพ.ได้1 จุด สำหรับประชาชนที่อยู่รอบๆ รพ.
อาคารสถานที่	มีห้อง พื้นที่ที่ชัดเจนในการให้บริการแยกจากหน่วยอื่น พื้นที่สะอาด ปลอดภัย มีบรรยากาศที่สะดวกสบาย การไหลเวียนการให้บริการสะดวก	การไหลเวียนการใช้บริการสะดวก ลดสิ่งกีดขวางในการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ	เหมือนปีที่ 2
ระบบรับผิดชอบประชาชน	ทีมรับผิดชอบต้องรู้ว่า ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใครอยู่ที่ไหน	ทีมต้องมีการติดต่อรู้จักประชาชนที่ขึ้นทะเบียน และรู้สภาพการใช้บริการ	ทีมต้องประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกด้าน และวางแผนการแก้ไข
ลักษณะการจัดบริการ	-จัดให้มีบริการครบทุกด้านแต่สำหรับจุดบริการใน รพ.ให้แยกจุดตรวจออกจาก OPD ทั่วไปเพื่อรับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเฉพาะอาจใช้ห้องยาและห้องบัตรรวมในระบบปกติของ รพ.	ให้มีบริการครบทุกด้านและในกรณีจุดบริการใน รพ. ให้จัดบริการด้านยา และห้องบัตรให้เบ็ดเสร็จในหน่วยบริการไม่รวมกับหน่วยปกติ	บริการครบทุกด้านและเชื่อมต่อกับบริการในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

หมวด	ปีแรก	ภายในปีที่ 2-3	ภายในปีที่ 5
ลักษณะการจัดบริการ (ต่อ)	-บริการด้านการักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพบริการฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี มีคุณภาพมากขึ้น และเริ่มจัดระบบการเสริมสร้างสุขภาพที่กว้างขวางมากขึ้น	พัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มีประสิทธิภาพ (เช่น จัดให้มีสื่อเพื่อให้ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา)	สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
บุคลากร	- มีแพทย์และทันตแพทย์ เภสัชกร ประจำเครือข่าย ที่ทำหน้าที่ให้บริการและเป็นที่ปรึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - มีพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลสาธารณสุขประจำหน่วยบริการในอัตราส่วนต่อประชากร 1:1250 โดยเป็นบุคลากรประจำที่ดูแลประชากรแต่ละกลุ่ม	-พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการในอัตราส่วน1:1,250บุคลากรให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ/พยาลเทคนิค หรือ จนท. ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว	ในเครือข่ายมีบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น ได้แก่ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ร่วมเป็นที่ปรึกษาและให้บริการ
การจัดการ	เน้นที่ความสะดวกรวดเร็วและเริ่มจัดระบบให้มีความต่อเนื่องในการดูแล เช่นผู้ป่วยได้พบเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคนเดิม มีระบบข้อมูลการดูแลที่ต่อเนื่อง	เน้นการต่อเนื่องของการดูแล และการจัดระบบติดตามในกรณีขาดนัด และการติดตามในชุมชน	เน้นการดูแลแบบองค์รวมการเชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพและบริการด้านอื่น ๆ เช่น สังคมสงเคราะห์

หมายเหตุ กรณีที่ไม่สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐาน ให้ กสพ. และหน่วยที่ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพหน่วยบริการ พิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพพื้นที่ให้สอดคล้องกับหลักการจัดบริการปฐมภูมิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1ลักษณะการจัดเครือข่าย

ลักษณะบริการที่ให้แก่ประชาชน แบ่งเป็นประเภทคือ

1. บริการ ก.

เป็นบริการผสมผสาน ประกอบด้วย ด้านการรักษาพยาบาลทั้งโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง การให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน

2. บริการ ส.

เป็นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ทุกกลุ่มอายุ ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน

3. บริการ ชร.

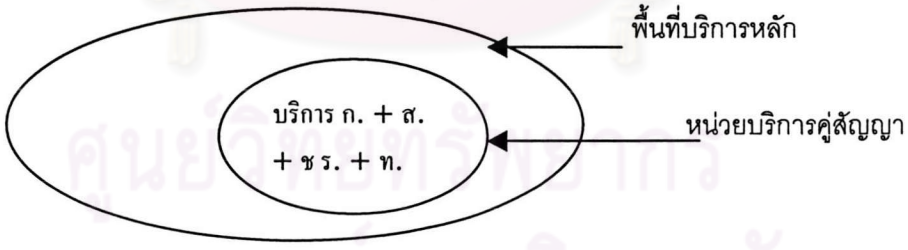
เป็นบริการเชิงรุก เพื่อ สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ให้ความรู้ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดูแลงานต่างๆในด้านส่งเสริม ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพในชุมชน ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และร่วมมือกับชุมชนรวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ในการวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ แก้ปัญหาสุขภาพ

4. บริการ ท.

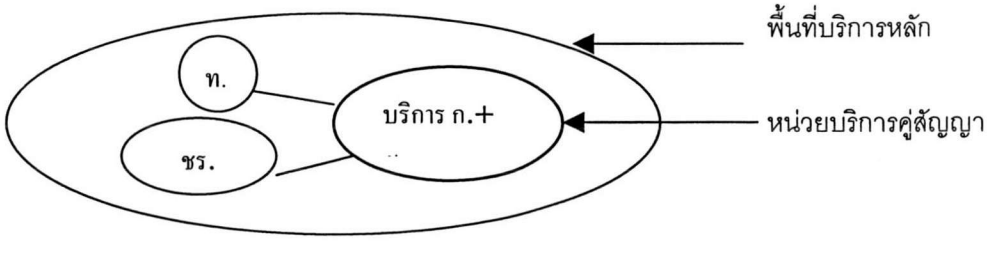
เป็นบริการรักษาพื้นฐาน และบริการด้านส่งเสริม ป้องกันทางด้านทันตกรรม

เครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา อาจจัดได้เป็น 3 ลักษณะคือ

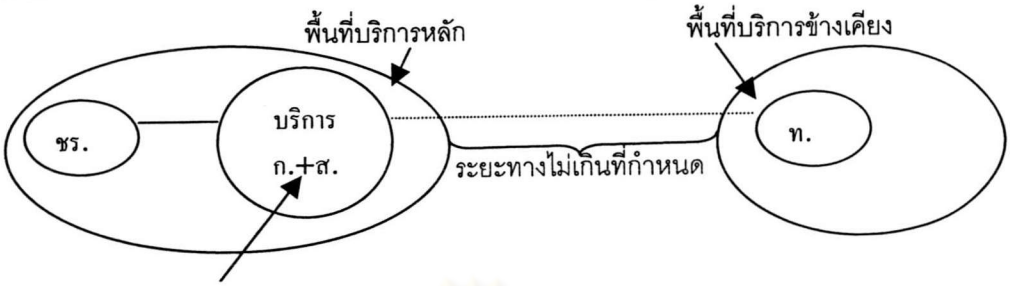
(1) เป็นสถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน



(2) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการใน ภาพรวมโดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในการบริการ บางประเภทภายในพื้นที่บริการหลัก



(3)เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลเช่นเดียวกับข้อที่ (2) แต่เครือข่ายหน่วยบริการย่อยตั้งอยู่ทั้งภายในและ ภายนอกพื้นที่หลัก ทั้งนี้ต้องให้บริการได้ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด



หน่วยบริการคู่สัญญา

3.2 การใช้บริการ

มีการกำหนดเครือข่ายการใช้บริการร่วมกับประชาชน

SUPRA CONTRACTOR

หน่วยบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

ผู้ใช้บริการ รพ. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

(หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก)

หน่วยบริการปฐมภูมิรอง

<u>กรณียกเว้น</u> อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เรียกเก็บเงินกับกองทุนเครือข่ายบริการ

หากไม่ใช่กรณียกเว้น คนไข้ต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เอง

3.3 การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล คู่สัญญา

ยื่นแสดงความจำนงในการเป็นคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ พร้อมข้อมูลพื้นฐาน ต่อหน่วยประกันสุขภาพพื้นที่ หน่วยประกันตรวจรับรองตามเกณฑ์ และพิจารณาว่าจะรับขึ้นทะเบียนดูแลประชากรได้สูงสุดเท่าไร เมื่อผ่านการรับรองสถานพยาบาลตามเกณฑ์แล้ว จึงจะมีการทำสัญญาและระบุให้เป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนเลือกลงทะเบียนได้

3.4 การขึ้นทะเบียนของสถานพยาบาลปัจจุบัน

สถานีอนามัย

- เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักไม่ได้
- จะเป็นสถานพยาบาลระดับรองที่เป็นเครือข่ายกับสถานพยาบาลที่มีแพทย์ให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลชุมชน

- จะเป็นหน่วยคู่สัญญาหลักสำหรับบริการระดับปฐมภูมิได้ จะต้องมีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- สามารถขอเป็นคู่สัญญาในการให้บริการระดับทุติยภูมิ

โรงพยาบาลศูนย์

- จะเป็นหน่วยคู่สัญญาหลักสำหรับบริการระดับปฐมภูมิได้

3.5 การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคณะทำงานกลาง ในพื้นที่ร่วมกับส่วนกลาง ก่อนดำเนินการเมื่อผ่านการรับรอง และระหว่างการดำเนินงาน จะต้องพัฒนาให้ได้มาตรฐานตามที่สถาบัน พรพ. กำหนด ตามขั้นตอน

3.6 บริการที่ต้องมี ที่ระดับปฐมภูมิ

- บริการผสมผสานทุกกลุ่มอายุ แก่บุคคล และครอบครัว

  รักษาพยาบาลที่ผสมผสาน

  รักษาพยาบาล โรคทั่วไป / โรคเรื้อรัง

  ดูแลที่บ้าน (Home care)

  บริการฉุกเฉินเบื้องต้นก่อนส่งต่อ

  การให้คำปรึกษา คำแนะนำ

  ผ่าตัดเล็ก

  บริการทันตกรรมพื้นฐาน

  ตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเอง หรือ ส่งต่อ)

- ส่งเสริมสุขภาพ

  ดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนคลอด -ขณะ คลอด - หลังคลอด

  ดูแลเด็ก พัฒนาการ , วัคซีน

  ดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน

  ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง

  ดูแลผู้สูงอายุ

  บริการที่บ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย

  ทันตกรรมป้องกัน

  ให้ความรู้ด้านสุขภาพ

  ให้คำปรึกษา

- ฟื้นฟูสภาพ

  ดูแลขั้นต้น ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ

  ส่งต่อเพื่อการรักษา และ ฟื้นฟูสภาพ

  ดูแลต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย/วางแผนการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว

- ให้บริการเชิงรุก

  สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ให้ความรู้ ความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

  ให้ความรู้ประชาชน และมีกระบวนการให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัว

ร่วมมือกับชุมชน และ หน่วยงานอื่น ในการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ แก้ไขปัญหาสุขภาพ

3.7 การจัดบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลใหญ่

- จัดโซน แบ่งพื้นที่และประชากรรับผิดชอบ
- จัดหน่วยบริการนอกโรงพยาบาล เป็นหน่วยปฐมภูมิ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- บุคลากรประจำต่อเนื่อง แพทย์บางเวลา แต่เป็นแพทย์กลุ่มเดิม
- มีการลงทะเบียนที่หน่วยปฐมภูมิ
- เตรียมบุคลากร
- ค่อยๆ ทยอยส่งผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลกลับไปที่หน่วยปฐมภูมิ
- จัดหน่วยบริการเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาลบางส่วน ในระยะผ่าน
- เชื่อมโยงกับหน่วยสถานีอนามัยและศูนย์เทศบาล

ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบที่พึงประสงค์ : นพ.สำเริง แหยงกระโทก , พญ.รุจิรา มังคละศิริ กล่าวถึง

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นรูปธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือ การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยไปสู่ทิศทางใหม่ที่สอดคล้องกับสังคมไทย และใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยจะเห็นได้จากการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ ศสช.(Primary Care Unit)

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ(Primary Care unit) เป็นสิ่งที่ไม่ยาก ผลที่เกิดขึ้นไม่ใช่แค่สร้างหลักประกันถ้วนหน้าเท่านั้น แต่จะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ (Quality)ประสิทธภาพ (Efficiency) อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน (Equity) และเป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและตรวจสอบได้ (Social Accountability)

บทบาทแพทย์ / พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

1. ตรวจรักษาผู้ป่วย ทั้ง Acute Care, Emergency Care และ Chronic Care ในผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทุกระบบอวัยวะ โดยอาศัยความรู้ด้าน Whole Person Medicine
2. ให้บริการ โดยผสมผสานทักษะการดูแลด้านจิตสังคม ควบคู่ไปกับด้านชีวะการแพทย์ การบริการ ไม่เน้นการจ่ายยาเป็นสำคัญ แต่มุ่งเน้นการให้คำปรึกษา และการค้นหาศักยภาพ ของผู้ป่วยเพื่อสร้าง Self Care
3. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และค้นหาคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นอย่างมีมาตรฐาน
4. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาและความเสี่ยง
5. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ส่งต่อมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์เฉพาะทาง
6. จัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วย
7. จัดกิจกรรม Self Help Group กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มฟื้นฟูสภาพ

8. จัดทำ Clinical Practice Guidelines และพัฒนาระบบรับรองคุณภาพบริการ
9. ดำเนินงานวิจัยและพัฒนา
10. สนับสนุนการพัฒนาสถานีอนามัย

4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ (Health Services Utilization)

Anderson, Kravits and Anderson (1975) [22] ได้เสนอรูปแบบการศึกษาถึงการใช้บริการอนามัยทั้งระบบโดยเริ่มต้นจากระบบการให้บริการอนามัยว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง โดยมองตั้งแต่นโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตรากำลัง การจัดองค์กรสาธารณสุขว่าจะมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการอนามัย และลักษณะของผู้ใช้หรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร ดังนี้คือ

4.1 ลักษณะของระบบการให้บริการอนามัย (Characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรร ทั้งในด้านปริมาณและการกระจาย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุข ในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ว่าจะมผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร

4.2 ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง (Characteristic of population at risk) เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งได้ 3 ปัจจัยคือ

4.2.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลที่นำไปสู่การใช้บริการสุขภาพ คุณสมบัติเหล่านี้มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ขนาดครอบครัว ปัจจัยทางสังคม เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพ

4.2.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการสุขภาพ ได้ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพและแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อมีความต้องการ

4.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องให้ความสำคัญต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และการได้รับการประเมินจากระบบบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าต้องรับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นต้น ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวแล้ว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในด้าน ต่าง ๆ ดังนี้คือ

4.3.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวก (Convenience) ที่ได้รับจากบริการ ได้แก่

ก. การใช้เวลารอคอยต่อบริการต่าง ๆ ในสถานบริการ

ข. การได้รับการรักษาดูแล เมื่อมีความต้องการ

ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

4.3.2 ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (Availability) ได้แก่

ก. การได้รับบริการครบทุกประเภทในสถานบริการแห่งหนึ่ง ตามความต้องการของผู้ป่วย

ข. การที่เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย และจิตใจ

ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา

4.4 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางอันดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4.5 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information) สามารถแยกข้อมูลได้เป็น 2 ประเภท คือ

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อแนะนำในการปฏิบัติตน และการใช้ยา เป็นต้น

4.6 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น

4.7 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

5. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการและการเข้าถึงบริการ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ [23] ได้รวบรวมพฤติกรรมการใช้บริการโดยกล่าวว่านักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ ได้สรุปถึง แนวทางการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งมุ่งหวังให้บุคคลพึงพอใจ จะมี 7 ประการ ดังนี้

แนวทางด้านประชากร หรือคุณลักษณะของประชากร ผู้ใช้บริการ (Demographic factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชนนี้รวมถึง อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะสะท้อนให้เห็นลักษณะวงจรชีวิตของครอบครัว ซึ่งมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของสมาชิกภายในครอบครัว แต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน

แนวทางด้านโครงสร้างทางสังคมของผู้ใช้บริการ (Social structure factors) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

3. แนวทางด้านจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพส่วนใหญ่ จะพิจารณา และให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ

(Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) เกี่ยวกับสุขภาพ ทัศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลและแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล เป็นต้น

4. แนวทางด้านเศรษฐฐานะ ของครอบครัวของผู้ใช้บริการ (Family Resources) ปัจจัยทางเศรษฐฐานะของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวรวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม หรือหัวหน้าครอบครัว ในต่างประเทศพิจารณารวมเกี่ยวกับ การทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย

5. แนวทางด้านแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้มุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวกหรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคคลากรที่ให้บริการและสภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการและที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลมากน้อยเพียงใดตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. แนวทางด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ (Organization factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการ การให้บริการสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมนอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงราคาค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ คุณภาพของบริการและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกด้วย

7. แนวทางด้านระบบการสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่งซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่ นโยบายการสาธารณสุข ด้านการเมือง และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นต้น กระบวนการ (Process) ในการจัดบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ เป็นรูปแบบและกลวิธีในการจัดบริการสุดท้ายคือผลผลิต (Outcome) และผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุขนั้น ๆ

เฟรดเดริด เอ. เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ [24] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการพบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เวลาที่มี การเดินทาง จำนวนเงิน และลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม เป็นต้น

2. ปัจจัยเรื่องลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพของการให้บริการ ชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย เป็นต้น

3. ปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ระยะทางใกล้ไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทางสภาพของถนน ความคิดเห็นของเพื่อน/ญาติ

สุธีรา ฮุนตระกูล [25] ได้วิเคราะห์ถึงปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในไทยว่า ปัญหาการใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนเกี่ยวข้องกับปัญหาต่อไปนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ได้แก่

1.1 การตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคภัยไข้เจ็บของแต่ละบุคคลซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทัศนคติของตนเองต่อภาวะการเจ็บป่วยของตน จะส่งผลถึงการเลือกแหล่งรักษา และทัศนคติต่อผู้ให้บริการด้วย

1.2 ความรู้สึกทางด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องยอมอดทนต่อการลำบากใจในการมารับการรักษาจากแพทย์ จากสถานบริการนั้น ๆ ทั้งนี้เพราะว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความห่างเหินกันทางสังคมมาก สื่อสารกันไม่ได้ดี พูดกันไม่เข้าใจ มีความสนใจและความต้องการคนละอย่าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลดคุณค่าของความเป็นคนลงในบางครั้งจากแหล่งรักษานั้น ๆ

1.3 ลักษณะอาการเจ็บป่วย ถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นแบบทันทีทันใดและรุนแรงผู้ป่วยก็มักจะไปใช้บริการของรัฐหรือการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ถ้าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการการรักษาของแผนโบราณมากกว่าของรัฐ และหากเป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทำการรักษาตัวเอง ไม่ไปใช้บริการของรัฐ

1.4 ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับของความรุนแรง ของอาการที่ผู้ป่วยแต่ละคนคิดว่ามีผลต่อสุขภาพ และเป็นอันตรายต่อชีวิตของเขา

1.5 ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยและสถานบริการการรักษา ถ้าอยู่ใกล้กับชุมชนอาจเป็นตลาดหรือย่านการค้า จำนวนการมาใช้บริการจะสูงมากกว่าสถานบริการที่อยู่ไกลชุมชน

1.6 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา

1.7 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค

1.8 โอกาสที่จะไปใช้บริการ ซึ่งจะเป็นไปตามลักษณะอาชีพ

1.9 เขตที่อยู่อาศัย หากอาศัยอยู่ในเขตเมืองก็มีโอกาสที่จะไปใช้การรักษาจากสถานบริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

1.10 ประสบการณ์ที่เคยมารับการรักษาในครั้งก่อน

1.11 การให้ความสำคัญต่อปัญหาทางสุขภาพอนามัย

2. ปัญหาของผู้ให้บริการ ได้แก่

2.1 การกระจายของสถานบริการ ซึ่งยังกระจายไปไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ มีแต่เฉพาะในเขตเมืองที่เจริญ ทำให้เมื่อคนชนบทมีการเจ็บป่วยก็รักษาไปตามบุญตามกรรม

2.2 การกระจายของแพทย์ในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันมาก

2.3 การให้คุณค่าทางสังคมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ซึ่งสามารถรักษาได้เพียงกลุ่มน้อยเท่านั้น แต่ปัญหาสาธารณสุขของประเทศนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพียงโรคที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ง่ายโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้เราอยู่ห่างจากปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขมากขึ้น ลักษณะของสถานบริการรักษาที่เป็นอุปสรรคไม่ให้ประชาชนมารับบริการรักษา เช่น กฎระเบียบของสถานบริการที่เป็นของราชการ มีขั้นตอนยุ่งยาก ต้องรอตรวจนาน การตรวจรักษาเน้นที่การรักษาโรค รักษาที่ร่างกาย ไม่ได้รักษาด้านจิตใจด้วยนอกจากนี้ยังเกิดความห่างเหินทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ล้วนเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยไปใช้หรือไม่ใช้บริการการรักษาจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นในเขตเมืองหรือชนบท

6.ข้อมูลทั่วไปจังหวัดสระบุรี[26]

ที่ตั้ง เนื้อที่ และอาณาเขต

ที่ตั้ง จังหวัดสระบุรี ตั้งอยู่ภาคกลางของประเทศไทยซึ่งตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของกรุงเทพมหานครประมาณเส้นรุ้งที่ 14 องศา 31 ลิปดา 43.59439 ฟิลิปดาเหนือ กับเส้นแวงที่ 100 องศา 54 ลิปดา 35.58478 ฟิลิปดาตะวันออก อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1 (ถนนพหลโยธิน) ระยะทางประมาณ 108 กม. และตามทางรถไฟสายตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะทางประมาณ 113 กิโลเมตร และตามแม่น้ำเจ้าพระยาแยกเข้าแม่น้ำป่าสักประมาณ 165 กิโลเมตร

เนื้อที่ จังหวัดสระบุรีมีเนื้อที่ทั้งหมด 3,576.486 ตร.กม. หรือประมาณ 2,235,303,750 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 0.70 ของพื้นที่ประเทศ

อาณาเขต จังหวัดสระบุรีมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอเมืองลพบุรี อำเภอชัยบาดาล และ อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอปากช่อง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี และอำเภอวังน้อย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอภาชี อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และอำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี

ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศมีลักษณะที่สำคัญ คือ ทางตอนใต้และทางตะวันตกของจังหวัด เป็นที่ราบสูงกว่าระดับน้ำทะเลเพียง 2 เมตร และพื้นที่จะค่อย ๆ สูงขึ้นเรื่อย ๆ ไปทางทิศเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ บริเวณนี้จะเป็นลักษณะราบเรียบจนถึงพื้นที่เนินเขาสลับที่ราบสูง ซึ่งสูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 8-10 เมตร และจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไปจนถึงพื้นที่ราบสูงและภูเขา

ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดสระบุรี แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พื้นที่เป็นเขาหย่อมหรือที่ราบสูงและภูเขา ได้แก่บริเวณทางเหนือของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอแก่งคอย อำเภอมวกเหล็ก อำเภอพระพุทธบาท และอำเภอวังม่วง ซึ่งในเขตพื้นที่ดังกล่าวส่วนมากเป็นพื้นที่ภูเขาที่มีเนินเขาลูกโดด (Monadnock) สลับกับที่ราบสูง โดยเฉลี่ยพื้นที่ดังกล่าวมีความสูงอยู่ประมาณ 100-500 เมตร จากระดับน้ำทะเลปานกลาง เช่น ยอดเขาโพลง ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอพระพุทธบาทมีความสูงประมาณ 592 เมตร จากระดับน้ำทะเล ปานกลางและในเขตพื้นที่ดังกล่าวในช่วงฤดูแล้ง

มักประสบกับปัญหาอากาศร้อนและแห้งแล้งที่ค่อนข้างรุนแรงในแต่ละปี โดยบริเวณนี้มีเนื้อที่ประมาณร้อยละ 40 ของเนื้อที่จังหวัด

2. พื้นที่ราบลุ่ม ได้แก่บริเวณพื้นที่ส่วนใหญ่ทางด้านทิศตะวันตกของจังหวัด บางส่วนอยู่ตอนกลางและตอนใต้ โดยพื้นที่ราบลุ่มดังกล่าวเป็น ส่วนหนึ่งของที่ราบลุ่มเจ้าพระยา มีอาณาเขตอยู่ในพื้นที่อำเภอต่าง ๆ ได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี บางส่วนของอำเภอหนองแค อำเภอหนองแซง อำเภอบ้านหมอ อำเภอเสาไห้ อำเภอวิหารแดง อำเภอหนองโดน และอำเภอดอนพุด โดยพื้นที่ส่วนนี้มีเนื้อที่ประมาณร้อยละ 60 ของเนื้อที่จังหวัด

ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดสระบุรีอยู่ภายใต้อิทธิพลของลมมรสุม 2 ชนิด ซึ่งพัดประจำฤดูกาล โดยพัดจากตะวันตกเฉียงเหนือในฤดูหนาวเรียกว่า มรสุมตะวันออกเฉียงใต้ อิทธิพลของลมนี้จะทำให้บริเวณจังหวัดสระบุรีมีอากาศหนาวเย็นและแห้ง กับมรสุมอีกชนิดหนึ่งคือ มรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ซึ่งพัดจากทิศตะวันตกเฉียงใต้เป็นส่วนใหญ่ในฤดูฝน ทำให้อากาศชุ่มชื้นและมีฝนตกทั่วไป

สภาพทางการปกครองและการเมือง

ประชากร ประชากร ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2545 รวมทั้งสิ้น 617,740 คน เป็นชาย 309,4489 คน หญิง 308,251 คน สำหรับอำเภอที่มีประชากรมากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี มีจำนวน 115,568 คน รองลงมา ได้แก่อำเภอแก่งคอย มีจำนวน 88,885 คน และอำเภอหนองแค จำนวน 85,531 คน สำหรับอำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุด คือ อำเภอเมืองสระบุรี 384 คน/ตร.กม. รองลงมา ได้แก่ อำเภอหนองแค 325 คน/ตร.กม. อำเภอพระพุทธบาท 272 คน/ตร.กม. ดังตารางที่ 2.5

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.5 แสดงเขตการปกครองพื้นที่จำแนกรายอำเภอและเทศบาลจังหวัดสระบุรี

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวนประชากร			จำนวนบ้าน	พื้นที่ (ตร.กม.)	ระยะทางจากจังหวัดถึงอำเภอ
		ชาย	หญิง	รวม			
1.	เมืองสระบุรี	61,935	53,633	115,568	33,226	301.203	-
2.	แก่งคอย	44,210	44,675	88,885	27,796	801.162	15
3.	หนองแค	41,673	43,858	85,531	26,285	262.867	21
4.	หนองแซง	7,709	8,248	15,957	3,875	87.081	25
5.	บ้านหมอ	20,958	21,688	42,646	12,295	203.576	28
6.	เสาไห้	14,181	15,369	29,550	8,447	111.808	7
7.	พระพุทธบาท	38,599	39,557	78,156	17,365	287.065	28
8.	วิหารแดง	18,279	19,006	37,285	9,307	204.501	28
9.	มวกเหล็ก	25,913	25,457	51,370	15,757	684.043	38
10.	หนองโดน	7,153	7,564	14,717	3,933	88.070	38
11.	ดอนพุด	3,743	3,869	7,612	1,986	58.714	45
12.	วังม่วง	10,857	10,794	21,651	5,321	335.396	64
13.	เฉลิมพระเกียรติ	14,279	14,533	28,812	9,142	151.000	8
รวม		**309,489**	**308,251**	**617,740**	**174,735**	**3,576.486**	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน่วยการปกครอง

การแบ่งเขตการปกครอง

(1) จำนวนหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เทศบาล อบต. ในแต่ละอำเภอ

จังหวัดสระบุรีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ 111 ตำบล 967 หมู่บ้าน 21 เทศบาล 103 องค์การบริหารส่วนตำบล

อำเภอ	จำนวนตำบลหมู่บ้านทั้งจังหวัด		จำนวนเทศบาล
	ตำบล	หมู่บ้าน	
1.อำเภอเมืองสระบุรี	11	77	2
2.อำเภอแก่งคอย	14	115	2
3.อำเภอหนองแค	18	181	3
4.อำเภอหนองแซง	9	69	1
5.อำเภอบ้านหมอ	9	79	2
6.อำเภอเสาไห้	12	102	3
7..อำเภอพระพุทธบาท	9	68	1
8.อำเภอวิหารแดง	6	54	2
9.อำเภอมวกเหล็ก	6	80	1
10.อำเภอหนองโดน	4	34	1
11.อำเภอดอนพุด	4	28	1
12.อำเภอวังม่วง	3	31	1
13.อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	6	49	1
รวม	111	967	21

เทศบาล : เทศบาลเมือง 1 แห่ง

เทศบาลตำบล 20 แห่ง

อบต : อบต. ชั้น 1 - แห่ง

ชั้น 2 2 แห่ง

ชั้น 3 6 แห่ง

ชั้น 4 11 แห่ง

ชั้น 5 84 แห่ง

สภาตำบล - แห่ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเลือกตั้ง

จังหวัดสระบุรี มีสถิติการเลือกตั้ง 5 ประเภท คือ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด สมาชิกสภาเทศบาล และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ดังนี้

การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (6 มกราคม 2544) มีผู้มาใช้สิทธิในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 71.85 มีบัตรเสียร้อยละ 10.13%

การเลือกตั้งสมาชิกวุฒิสภา (4 มีนาคม 2543 และ 29 เมษายน 2543) มีผู้มาใช้สิทธิ์ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 78.25 และร้อยละ 58.61 มีบัตรเสียร้อยละ 6.67 และร้อยละ 9.84 ตามลำดับ

การเลือกตั้งสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด (5 กุมภาพันธ์ 2543) มีผู้มาใช้สิทธิในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 58.12 บัตรเสียร้อยละ 4.61

การเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาลเมืองสระบุรี (พ.ศ.2543) มีผู้มาใช้สิทธิในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 69.74 บัตรเสียร้อยละ 4.12

การเลือกตั้งสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (23 มิถุนายน 2544) จำนวน 45 อบต. มีผู้มาใช้สิทธิร้อยละ 73.31 มีบัตรเสีย ร้อยละ 2.74

สภาพทางเศรษฐกิจ

ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด

สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดสระบุรี ในปี 2542 พบว่าประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 115,539 บาทต่อปี สูงเป็นลำดับที่ 9 ของประเทศเป็นลำดับที่ 5 ของกลุ่มภาคกลาง (รวมกรุงเทพและปริมณฑล) โดยมีผลิตภัณฑ์มวลรวม ตามราคาประจำปี 61,929 ล้านบาท สาขาการผลิตด้านอุตสาหกรรมมีมูลค่าสูงสุดของสาขาการผลิตทั้งหมด คือ 29,182 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 47.12 รองลงมาได้แก่สาขาการผลิตด้านเหมืองแร่และย่อยหิน มีมูลค่าการผลิต 5,948 คิดเป็นร้อยละ 9.60 และสาขาการผลิตด้านการไฟฟ้าและการประปามีมูลค่าการผลิต 5,302 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 8.56 ตามลำดับ

7. ความเป็นมาของโรงพยาบาลสระบุรี [27]

ประวัติโดยย่อโรงพยาบาลสระบุรี

โรงพยาบาลสระบุรี เริ่มก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ.2494 ด้วยเงินงบประมาณ 600,000 บาท จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการก่อสร้างตึกอำนวยการชั้นเดียวขึ้นเป็นอาคารหลังแรก นับเป็นโรงพยาบาลแห่งที่ 4 ที่มีในต่างจังหวัด

ในปี พ.ศ.2496 ได้รับเงินงบประมาณเพิ่มเติม ก่อสร้างเรือนคนไข้ บ้านพักแพทย์ เภสัชกร เรือนพักพยาบาล เริ่มรักษาคนไข้และเปิดเป็นทางการโดยมีพระยาบริรักษ์เวชการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในพิธี เมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ.2497

นับจากนั้นโรงพยาบาลสระบุรี ก็ขยายตัวเจริญขึ้นทุกด้าน มีคนไข้มารับการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์กับความเจริญของโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นศูนย์กลางการคมนาคม มีทางหลวงสำคัญถึง 5 สาย มุ่งสู่ตัวเมือง ผลของความเจริญดังกล่าว ในปี พ.ศ.2519 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคกลาง โดยได้รับงบประมาณและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาการต่างๆให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 600 เตียง มีขีดความสามารถเป็นโรงพยาบาลศูนย์อย่างสมบูรณ์ใน ปี พ.ศ.2524 เป็นต้นมา

ในปี พ.ศ.2536 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และโรงพยาบาลสระบุรีได้ลงนามข้อตกลงความร่วมมือตามโครงการผลิตแพทย์ และผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยมีข้อตกลงว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต้องเข้ารับการฝึกปฏิบัติในชั้นคลินิก ณ โรงพยาบาลสระบุรีใน 5 สาขา วิชาหลักได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชศาสตร์ กุมารเวชกรรมและวิสัญญีวิทยา

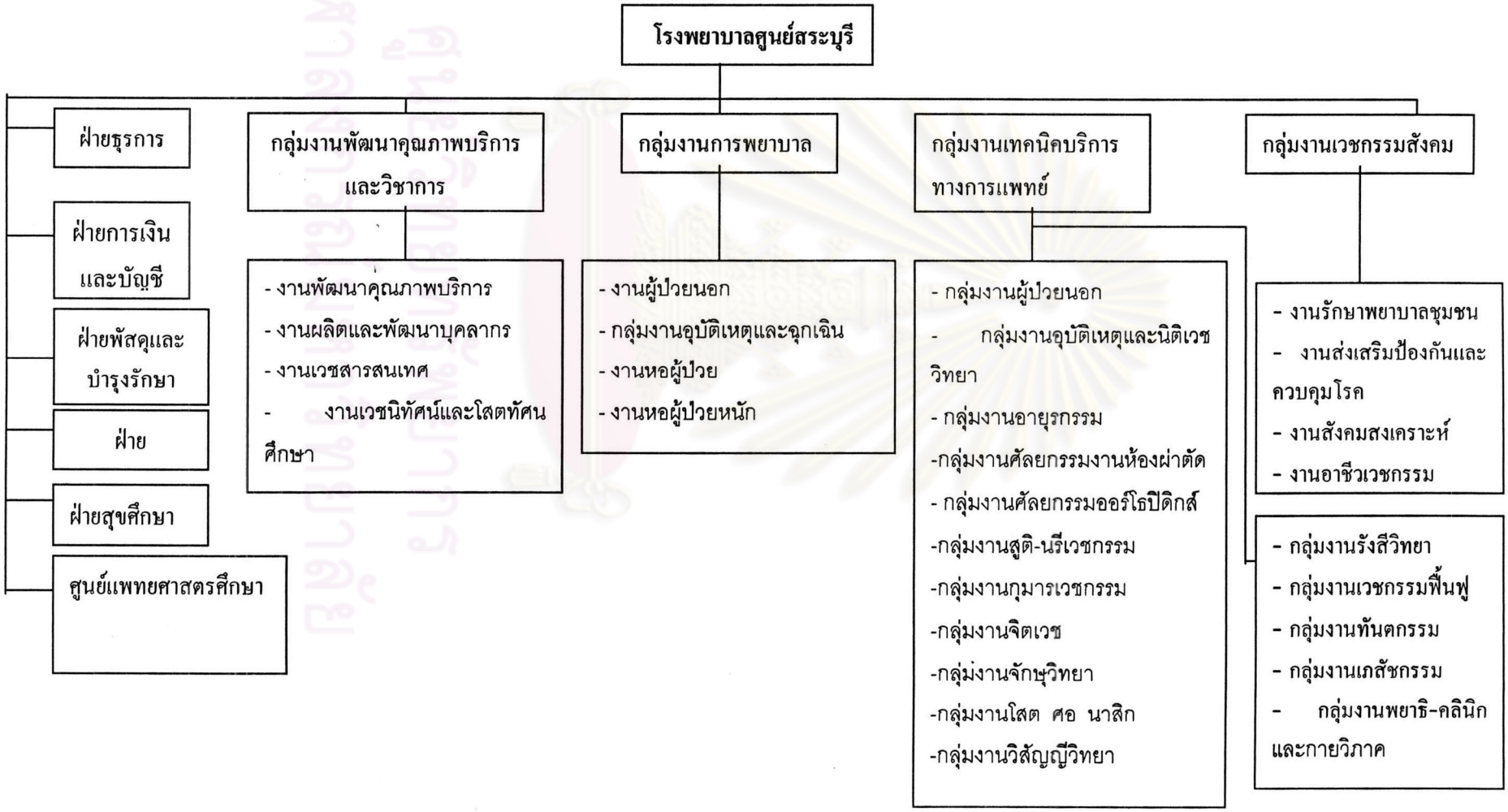
ในปี พ.ศ.2538 กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยความร่วมมือระหว่างทบวงมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์แพทยศาตรศึกษาชั้นคลินิกขึ้น ในโรงพยาบาลศูนย์ 10 แห่ง(ระยะแรก) ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลสระบุรีด้วย สำหรับการบริหารจัดการของศูนย์แพทยศาตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสระบุรี บริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการทำหน้าที่ด้านบริหาร วิชาการ พัฒนาและประเมินผลตลอดจนกิจการนักศึกษา

โครงสร้างการบริหารและการแบ่งส่วนงานของโรงพยาบาลสระบุรี

โรงพยาบาลสระบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์เขต 2 ให้บริการแก่บุคคลทุกระดับ จำนวนเตียง 680 เตียง มีเนื้อที่ 36 ไร่ 1 ตารางวา (เฉพาะส่วนให้บริการ 27 ไร่ 2 งาน 5 ตารางวา) อยู่บนพื้นที่ราบริมฝั่งแม่น้ำป่าสัก ห่างจากศาลากลางจังหวัด 1.3 กิโลเมตร ปัจจุบันเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานสูงขึ้นในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีแพทย์เชี่ยวชาญทุกสาขาจึงเป็นโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลใกล้เคียงส่งผู้ป่วยมาเพื่อรับการรักษาต่อในระดับที่สูงขึ้นอยู่เสมอ แบ่ง ฝ่ายงานออกเป็น 31 ฝ่าย โดยมีการแบ่งขอบเขตงานและโครงสร้างของโรงพยาบาลสระบุรีดังแผนภูมิที่ 2.3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.3 โครงสร้างโรงพยาบาลสระบุรี



การวิเคราะห์ระบบงานและหน้าที่ของหน่วยงานในโรงพยาบาลสระบุรี

จากการศึกษาโครงสร้างการบริหารงานและวิเคราะห์ระบบงานและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล พบว่าหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลสระบุรีมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1.กลุ่มบริการทางการแพทย์

1.1 กลุ่มงานผู้ป่วยนอก มีหน้าที่บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งจัดส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงานต่างๆ ของทั้งโรงพยาบาล ประกอบด้วยกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมออโธปิดิกส์ สูติ-นรีเวช จักษุวิทยา โสต สอ นาสิก กุมารเวชกรรม จิตเวช เวชกรรมฟื้นฟู

1.2 กลุ่มงานเภสัชกรรม มีหน้าที่ให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วย รวมทั้งการจัดเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อ และน้ำเกลือตลอดจนยาน้ำต่างๆ เพื่อจ่ายให้กับหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล

1.3 กลุ่มงานพยาธิ-คลินิก มีหน้าที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วย

1.4 กลุ่มงานรังสีวิทยา มีหน้าที่ให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยทางรังสีวิทยา

1.5 กลุ่มงานทันตกรรม มีหน้าที่ให้บริการด้านทันตกรรมพื้นฐานแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.6 กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัด การตรวจทางกล้ามเนื้อ

2.กลุ่มงานบริการทางการพยาบาล มีหน้าที่บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ หน่วยงานที่ขึ้นอยู่กับฝ่ายการพยาบาล คือ งานการพยาบาลหอผู้ป่วยแผนกต่างๆ งานการพยาบาลคลินิกพิเศษต่างๆ งานการพยาบาลห้องผ่าตัด

3.กลุ่มสนับสนุนการให้บริการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง แต่สนับสนุนหน่วยงานบริการผู้ป่วย ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 งานหน่วยจ่ายกลาง มีหน้าที่ให้บริการเบิก-จ่าย เซ็ตหัตถการที่ใช้กับผู้ป่วย วัสดุของใช้และเวชภัณฑ์ที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วให้กับหน่วยงานต่างๆ

3.2 งานแม่บ้าน ประกอบด้วยงานซักฟอก ตัดเย็บ งานทำความสะอาด งานขนส่ง(เปลใน) มีหน้าที่ให้บริการซักผ้าและตัดเย็บผ้าให้กับหน่วยงานในโรงพยาบาล งานซักผ้า และงานทำความสะอาดส่วนใหญ่เป็นการจ้างบริษัทเอกชน

3.3 สำนักงานรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล มีหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารงานด้านบุคลากรและบริหารงานทั่วไป เช่น อัตรากำลัง พัสดุ งบประมาณ การพัฒนาบุคลากร ให้บริการด้านวิชาการพยาบาลแก่บุคลากรทางการพยาบาล และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ

3.4 ฝ่ายโภชนาการ มีหน้าที่ให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

3.5 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ มีหน้าที่ในการจัดอบรมวิชาการ เสนอผลงานด้านวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิจัยงานที่เกี่ยวกับการบริการพยาบาล การกำหนดให้มีคู่มือการบริการและการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการติดตามและประเมินผลการพัฒนา

3.5.1 งานเวชสารสนเทศ มีหน้าที่รวบรวมแฟ้มประวัติผู้ป่วย ค้นหาประวัติ การลงรหัสโรคผู้ป่วย งานเวชสถิติต่างๆ จัดทำรายงานสรุปเกี่ยวกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3.5.2 งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนูปกรณ์ มีหน้าที่ให้บริการด้านจัดเตรียมสถานที่ในการจัดประชุม รวมทั้งพิธีการจัดงานต่างๆ

3.6 สำนักงานรองผู้อำนวยการ แบ่งเป็นหน่วยงานย่อย ได้แก่

3.6.1 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ มีหน้าที่พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร วางระบบการเก็บข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เป็นฐานข้อมูลและเก็บรักษาข้อมูลการให้บริการ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาล

3.6.2 งานประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่ให้ข้อมูลของโรงพยาบาล ผู้ป่วย การจัดทำเอกสารภายใน เก็บข่าวและบันทึกภาพกิจกรรมของโรงพยาบาล

3.7 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีหน้าที่สัมภาษณ์เพื่อพิจารณาความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยนอกที่ขัดสน พิจารณาลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน พิจารณาประเภทผู้ป่วยใน งานเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา เก็บรวบรวมสถิติผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนงานศึกษาวิจัยและงานโครงการพิเศษต่างๆ

4.กลุ่มบริหารงานทั่วไป เป็นกลุ่มงานที่มีหน้าที่บริหารจัดการงานทั่วไปของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

4.1 ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา มีหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกจ่ายพัสดุ การดูแลอาคารสถานที่ การดูแลรักษาความปลอดภัย การดูแลซ่อมแซมครุภัณฑ์ต่างๆ การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและครุภัณฑ์ต่างๆ

4.2 ฝ่ายธุรการ มีหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการเอกสารและ รับ-ส่งเอกสาร ติดตามเรื่อง ควบคุมอัตรากำลัง ทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ ทำบัญชีปฏิบัติงาน

4.2.1 งานการเจ้าหน้าที่ มีหน้าที่จัดทำแฟ้มประวัติบุคลากรได้แก่ อัตราเงินเดือน ตำแหน่ง การบรรจุงาน การโอน-ย้าย การลาออก ประวัติการอบรมดูงาน การลาศึกษาต่อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ดูแลด้านสวัสดิการเจ้าหน้าที่ เช่น เสนอเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร รวมทั้งการออกคำสั่งต่างๆ เช่น คำสั่งแต่งตั้ง ลงโทษ และคำสั่งทั่วๆไป

4.2.2 งานสารบรรณ มีหน้าที่เกี่ยวกับการรับ-ส่งหนังสือภายในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล การออกเลขที่หนังสือ

5.กลุ่มงานบริหารด้านการเงินและบัญชี มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับรายรับ-รายจ่ายของโรงพยาบาล การออกใบเสร็จรับเงิน การเบิก-จ่ายเงินของเจ้าหน้าที่ทุกประเภท จัดทำงบประมาณรายรับ-รายจ่ายประจำปี

งานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลสระบุรี

1. **งานขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

เขตอำเภอเมืองสระบุรี มีสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ โรงพยาบาลสระบุรี สถานีอนามัย โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ และโรงพยาบาลค่ายอดิศร ส่วนศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเมืองสระบุรี 2 แห่ง ไม่ขอเข้าร่วมโครงการ การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการกำหนดพื้นที่ให้ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกสถานพยาบาลแบบบังคับเลือก ดังนี้

1.1 พื้นที่นอกเขตเทศบาลเมืองสระบุรี ยกเว้นเขตทหาร สถานพยาบาลหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี สถานพยาบาลรองได้แก่สถานีอนามัยในพื้นที่

1.2 พื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี แบ่งพื้นที่เป็น 3 เขตพื้นที่ คือ

1) พื้นที่ตั้งแต่ทางรถไฟไปทางทิศเหนือ สถานพยาบาลหลัก ได้แก่ โรงพยาบาล สระบุรี สถานพยาบาลรอง ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี

2) พื้นที่ตั้งแต่งทางรถไฟไปทางทิศใต้ สถานพยาบาล หลัก ได้แก่ โรงพยาบาลเกษม-ราษฎร์ สถานพยาบาลรอง โรงพยาบาลเกษมราษฎร์

3) พื้นที่ในเขตทหาร สถานพยาบาลหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายอดิศร สถานพยาบาลรอง ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายอดิศร ซึ่งรวมพื้นที่ในเขตทหารที่อยู่นอกเขตเทศบาลเมืองสระบุรีด้วย

การขึ้นทะเบียนของประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลตามที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นในช่วงที่มีการอนุญาตให้ประชาชนสามารถเลือกสถานพยาบาลแบบเสรี ประชาชนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลตามที่ต้องการได้ ซึ่งจังหวัดสระบุรีได้เปิดดำเนินการไปแล้ว 1 ครั้ง เมื่อ วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน 2545 ภายใต้เงื่อนไขที่จังหวัดสระบุรีกำหนด

ประชากรในเขตอำเภอเมืองสระบุรี มีสิทธิการรักษาพยาบาลแยกตามสิทธิ ได้ดังนี้

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	72,142	คน	ร้อยละ	59.53
ประกันสังคม	21,804	คน	ร้อยละ	17.99
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	18,786	คน	ร้อยละ	15.50
ไม่มีสิทธิใด ๆ	8,446	คน	ร้อยละ	06.96
รวม	121,178	คน		

(ข้อมูล ณ 05 มกราคม 2547 : สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สาขาสระบุรี)

2. **การจัดบริการ**

การจัดบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพื้นที่อำเภอเมืองสระบุรี ได้ให้มีการบริการทั้งแบบเชิงรุกในชุมชน และการตั้งรับที่สถานบริการ กำหนดให้มีการจัดบริการ ดังนี้

2.1 พื้นที่รับผิดชอบและการบริการ

2.1.1สถานีอนามัย รับผิดชอบเขตพื้นที่รับผิดชอบเดิม ให้บริการทั้งการบริการเดิมก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการบริการตามสิทธิประโยชน์หลักในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยบริการแบบผสมผสานและบูรณาการกิจกรรมทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน

2.1.2 โรงพยาบาลสระบุรี การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ดำเนินการเฉพาะในเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ทิศเหนือทางรถไฟ ส่วนการบริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู ให้บริการประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทุกคนที่เลือกโรงพยาบาลสระบุรี ทั้งในเขตและนอกเขตรับผิดชอบ โดยผสมผสานและบูรณาการระหว่างภารกิจเดิมและภารกิจตามสิทธิประโยชน์หลักในโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า

2.1.3 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดำเนินการเฉพาะภารกิจตามสิทธิประโยชน์หลักในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ส่วนการบริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู ให้บริการตามสิทธิประโยชน์หลักในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แก่ผู้มีสิทธิทุกคนที่เลือกโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ทั้งในเขตและนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2.1.4 โรงพยาบาลค่ายอดิศร การบริการเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รวมผสมผสานและบูรณาการกับภารกิจของโรงพยาบาล

2.1.5 ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเมืองสระบุรี ทั้ง 2 แห่ง แม้จะไม่ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็มีการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขตามภารกิจที่รับผิดชอบตามปกติ ซึ่งช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของสถานพยาบาลหลักทั้งสามแห่ง เป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากขึ้น

2.2 การพัฒนาการบริการ

2.2.1 การปรับโครงสร้างองค์กร

สถานพยาบาลหลักทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ โรงพยาบาลค่ายอดิศร ได้มีการปรับโครงสร้างขององค์กรเพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

1) โรงพยาบาลสระบุรี

จัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบการบริหารจัดการทั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบในการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและประสานงานในเครือข่าย และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี รับผิดชอบในการบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลเมืองสะบุรี

จัดตั้งคณะทำงานบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบในการออกสนับสนุนการบริการปฐมภูมิที่สถานบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี โดยมีทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และ

เจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีการออกให้บริการตรวจโรคที่สถานีอนามัย ซึ่งในปี 2546 นี้ มีสถานีอนามัยที่แพทย์ออกตรวจโรค จำนวน 6 แห่ง

2) โรงพยาบาลค่ายอดิศร

จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นในโรงพยาบาล รับผิดชอบในการบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ

3) โรงพยาบาลเกษมราษฎร์

จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นในโรงพยาบาล รับผิดชอบในการบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ

จัดตั้งหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเฉพาะ สำหรับผู้ขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2.2 การบริการทันตกรรม

โรงพยาบาลสระบุรี ได้จัดหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ ให้บริการที่สถานีอนามัยและโรงเรียนในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสระบุรี โดยเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานทันตกรรมร่วมกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของสถานีอนามัย ให้บริการทันตกรรมตามสิทธิประโยชน์หลักในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2.3 การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ได้มีการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคครอบคลุมทั้งอำเภอทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยโครงการผ่านความเห็นชอบของ คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับอำเภอ (คสปอ.) เมืองสระบุรี สถานบริการทุกแห่งเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ทำให้ประชาชนทั้งอำเภอไม่เกิดความแตกต่างในการได้รับบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

2.2.4 การพัฒนาระบบการส่งต่อ

ในระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างสถานีอนามัยกับโรงพยาบาลสระบุรี กรณีที่แพทย์ที่ออกตรวจที่สถานีอนามัย แพทย์สามารถส่งผู้ป่วยเข้าสู่คลินิกเฉพาะโรคได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านห้องตรวจโรคทั่วไป และสามารถส่งผู้ป่วยเข้านอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยได้เลย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น ส่วนกรณีที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่งรักษาต่อ ให้ส่งพบแพทย์ที่รับผิดชอบสถานีอนามัยนั้น ๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็ว และได้พบแพทย์ประจำพื้นที่

2.2.5 การขนส่งผู้ป่วย

กรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน สถานีอนามัยหรือเจ้าหน้าที่ผู้พบเหตุสามารถเรียกให้รถรับส่งฉุกเฉิน (EMS) ของโรงพยาบาลสระบุรี ไปรับผู้ป่วยมาส่งที่โรงพยาบาลสระบุรีได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและมีความปลอดภัยสูง

3 บุคลากร

ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสระบุรี ได้แต่งตั้งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบประสานงาน และสนับสนุนการจัดบริการของสถานีอนามัย

ตารางที่ 2.6 จำนวนบุคลากรแยกตามวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

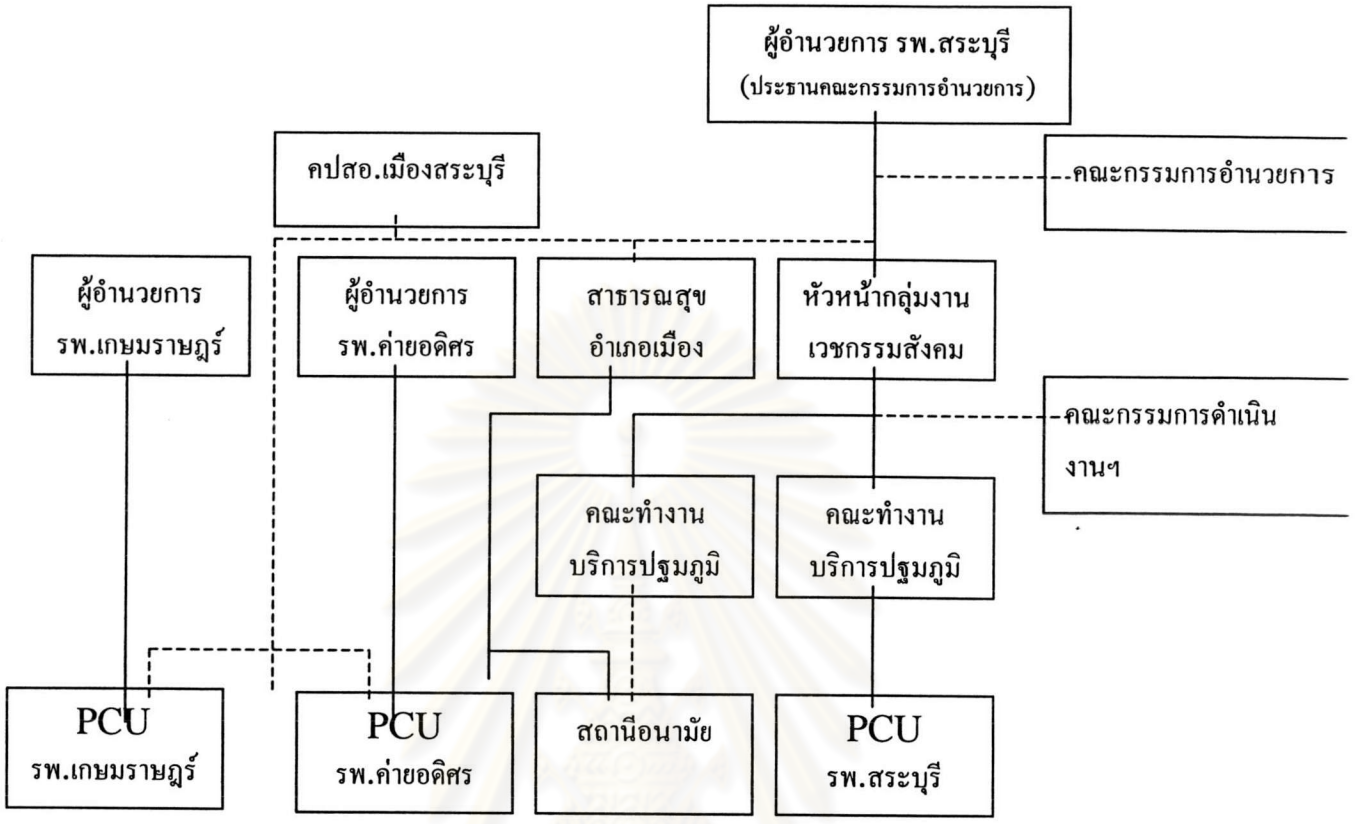
หน่วยงาน	แพทย์, ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	นักวิชาการ	พยาบาลเทคนิค	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	อื่น ๆ
รพ.สระบุรี	9	1	13	3		2	-	3
รพ.ค่ายอดิศร	2		3					10
รพ.เกษมราษฎร์	1		3					5
สถานีอนามัย			1	3	1	22	3	
รวม	12	1	19	6	2	25	3	17

4 การบริหารจัดการ

การดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถานบริการแต่ละแห่งขึ้นตรงต่อสายบังคับบัญชาตามสายงานปกติของหน่วยงาน โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขในเขตเมืองสระบุรี (คปสอ.เมืองสระบุรี) เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านบริการ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.4 การบริหารจัดการงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คปสอ.เมืองสระบุรี



8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

เฟลส์ [28] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ประกันสุขภาพได้ไม่ใช้บริการในโรงพยาบาลแต่ละปีเพิ่มมากกว่าผู้ไม่ประกันสุขภาพ และพบว่าการขยายประกันให้ครอบคลุมมากขึ้น และความต้องการบริการทางการแพทย์จะสูงขึ้นมากเป็นสองเท่าตัว ถ้าโครงการประกันสุขภาพครอบคลุมหมดทุกอย่าง (Full Average) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า อายุและสภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์ และศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า เพศชายใช้จ่ายในการผ่าตัดมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยทางด้านอายุ การศึกษา รายได้ สภาวะสุขภาพไม่ได้กำหนดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแต่ละครั้ง

อีวาชวิค [29] และคณะ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพประเทศต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้รูปแบบการศึกษาของ อเดย์และแอนเดอร์เซน มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัยและใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน จำนวน 1,317 บาท ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สถานภาพ และลักษณะ

การเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพ จากคลินิกแพทย์ โรงพยาบาลหน่วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพ จากคลินิกแพทย์โรงพยาบาล สำหรับปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ จากแหล่งบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ดังกล่าว

งานวิจัยในประเทศ

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีของผู้ป่วยต่างจังหวัด โดยพวงทอง เครือมังกร [30] และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยต่างจังหวัดให้มารับบริการที่โรงพยาบาล รามาธิบดี เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง เพื่อน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความเชื่อและศรัทธาในการรักษาของโรงพยาบาลรามาธิบดี มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่พร้อมและทันสมัย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความปรารถนาให้สถานบริการทางการแพทย์ในท้องถิ่นของตนเองมีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์และยาที่ทันสมัยเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล ปรับปรุงการให้บริการและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ขอรับบริการ

นารีรัตน์ บุญยเวทย์ [31] ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมารับบริการและไม่มารับบริการจากศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยด้านอาชีพ การศึกษา สถานภาพการสมรส การรับผิดชอบครอบครัวและด้านที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการและไม่มารับบริการจากศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา และนอกจากนี้ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการจะมีทัศนคติที่ดีต่อศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา เหตุผลการมารับบริการ ที่ตั้งของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยาใกล้บ้าน สามารถเข้าถึงได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย ให้บริการได้ตลอดเวลา สะดวก รวดเร็ว เจ้าหน้าที่อัธยาศัยดีเป็นกันเอง

เหตุผลการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัศมี [32] ศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบทพบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนไปขอรับบริการมากเป็นอันดับหนึ่งคือ สถานีอนามัย รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คลีนิกเอกชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ โดยให้เหตุผลในการไปใช้บริการจากสถานบริการต่าง ๆ นั้น เนื่องจากการเดินทางสะดวก เชื่อถือในตัวบุคคล เชื่อถือในสถานบริการและมีบัตรสงเคราะห์/บัตรสุขภาพตามลำดับ สำหรับเหตุผลที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการการรักษาพยาบาลจากสถานบริการต่าง ๆ ก็คือ เพราะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จึงนิ่งเฉยละเลยต่ออาการเจ็บป่วย หรือมิฉะนั้นก็ตัดสินใจซื้อยามารักษาตนเอง โดยไม่มีการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย

สำลี เปลี่ยนบางช้าง และ คณะ [33] ศึกษาสังคมวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมพบว่าเหตุผลของผู้ที่ใช้บริการเป็นประจำที่สำคัญ คือ ความสะดวกใน

การเดินทาง รองลงมาคือลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คือ เป็นผู้ที่มีความสามารถรักษาโรคให้หายได้ เอาใจใส่และอัธยาศัยดี

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย [34] ได้ศึกษาลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน พบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการที่คลีนิกและโพลีคลีนิกคือ สะดวกในการเดินมารับบริการและมีความเชื่อถือในตัวแพทย์ ส่วนผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลให้เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือคุณภาพของบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสถานบริการ รวมทั้งลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ [35] ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า บิดามารดา และญาติของผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือในการที่จะเลือกสถานบริการรักษาพยาบาล และอำนาจการตัดสินใจดังกล่าวจะมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

สุพินดา โชติกิรติเวช [36] ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ 2.88 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี ผู้ป่วยใน 0.67 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปี อัตราการไม่ไปใช้บริการผู้ป่วยนอก 1.2 ครั้ง/คนที่ป่วย/ปีและผู้ป่วยใน 0.4 ครั้ง/คนที่ป่วย/ ปี เหตุผลที่สำคัญที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนคือการเดินทางที่ไม่สะดวก

ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ (2539) [37] ศึกษาถึงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดขอนแก่น ในการขยายหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สำหรับประชาชนที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองใด ๆโดยใช้หลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บัตรประกันสุขภาพ คือ สภาวะของการเจ็บป่วย โดยที่การใช้บัตรจะขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อด้านยาคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการไม่ประสงค์จะใช้บัตร สำหรับด้านบริการมีปัญหาทั้งในด้านผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ เช่นผู้ประกันตนไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่เข้าใจสิทธิของตนเอง หรือเรียกร้องเกินสิทธิที่กำหนด ด้านผู้ให้บริการมีปัญหาที่จำนวนผู้มาใช้บริการมากขึ้น ทำให้การบริการไม่เป็นที่ประทับใจ

พิสิษฐ์ แป้นเหมือน (2544) [38] ได้ศึกษาการรับรู้ข่าวสาร โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของประชาชนอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และรับรู้ว่าจังหวัดสมุทรปราการเปิดให้บริการ 30 บาทรักษาทุกโรควันที่ 1 ตุลาคม 2544 ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางมากที่สุด ยกเว้นการรับรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ มีระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในเกณฑ์ต่ำหรือน้อย ส่วนใหญ่ต้องการให้เพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง และให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลในบัตรให้ถูกต้องก่อนนำไปแจกแก่ประชาชน จัดเครือข่ายสถานพยาบาลให้ใกล้บ้านและผู้มีสิทธิเลือกได้เองและสามารถเลือกสถานพยาบาลที่ส่งต่อได้ รวมทั้งให้จัดเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการในชุมชน นอกจากนี้ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการมีบริการโครงการ 30 บาท

รักษาทุกโรค แม้จะได้รับผลกระทบที่ต้องเสียเวลา และค่าพาหนะเพิ่มขึ้น แต่มีข้อดีในแง่ค่ารักษาพยาบาลที่ลดลง และบางรายยกเว้นค่าธรรมเนียมก็ไม่เสียค่ารักษา

สุรศักดิ์ เนียมปาน (2544)[39]ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 631 คน พบว่าการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการรับรู้บริการ หรือเคยเป็นคนไข้ประจำหรือเคยรักษามาก่อนในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง ร้อยละ 83.1 เป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 60.3 เฉลี่ย 2.7 ครั้ง/คนและผู้ป่วยในร้อยละ 0.48 โดยมีอัตราการนอนเฉลี่ย 1 ครั้ง/คน การไปใช้บริการด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพมากที่สุดร้อยละ 87.2 เหตุผลสำคัญที่เลือกไปใช้สิทธ์คือใกล้บ้านเดินทางสะดวก เหตุผลสำคัญของการไม่ไปใช้สิทธิ์คือไม่เคยเจ็บป่วยและซื้อยากินเอง นอกจากนั้นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนได้แก่ อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจในสถานพยาบาลที่เคยได้รับ การรับรู้สิทธิประโยชน์และการได้รับรู้เงื่อนไขการบริการ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง ประสบการณ์ในการรับบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

พัชรินทร์ สุริยะ (2544) [40] ศึกษาสถานภาพการทำงานและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานเด็กไทยในจังหวัดเชียงรายจำนวน 453 คน พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในแต่ละด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของบริการสุขภาพด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง ระยะเวลา คุณภาพบริการและค่าใช้จ่าย ปานกลางค่อนไปทางมาก เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพในรายได้กับปัจจัยส่วนบุคคล สภาพครัวเรือน สถานภาพการทำงาน และสภาวะสุขภาพพบว่าแรงงานมีคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)ตามชั่วโมงการทำงานตามอายุ อาชีพหลักของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ฐานะการเงิน ประเภทของงานและสวัสดิการจากนายจ้างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านระยะเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และยังพบว่าแรงงานประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีสวัสดิการซึ่งมีผลต่อสถานภาพการทำงานและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับระยะเวลาที่รอรับบริการ ความคุ้มค่าของบริการที่ได้รับกับค่าใช้จ่าย และขั้นตอนของการรับบริการ

มันทนา ประทีปะเสน และคณะ (2540) [41] ได้ศึกษาวิจัยทบทวนเอกสารสัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงประชาชน สำรวจชุมชนและสถานีอนามัย โดยสุ่มเลือกจังหวัด 7 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 2 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มเลือกสถานีอนามัย 3 แห่ง โดยให้เป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 1 แห่ง และขนาดทั่วไป 2 แห่ง รวม 42 สถานีอนามัย ให้ข้อเสนอแนะบทสรุปสำหรับผู้บริหารการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) การพัฒนาบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เพื่อลดการใช้บริการข้ามขั้นตอนโดยไม่จำเป็น

2) จำเป็นเร่งด่วนที่จะพัฒนาระบบการส่งต่อและระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการบริหารจัดการการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยให้ครอบคลุมครบถ้วน

3) การปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการขยายบริกาด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย ถึงแม้จะมีแพทย์อยู่ก็ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มความสามารถของแพทย์ด้วยความจำกัดทางด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ การมีบุคลากรด้านพยาบาลเวชปฏิบัติจะมีประสิทธิภาพมากกว่าและใช้ระบบส่งต่อที่รวดเร็วจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

4) มีการกำหนดโครงสร้างและกลไกในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารให้มีความต่อเนื่องเพื่อการรายงาน ติดตามและส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนวิชาการและการบริหารจัดการ ตลอดจนการรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพและการเกิดโรคแก่หน่วยงานในระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันและระดับที่ต่ำกว่า รวมทั้งการรายงานต่อองค์การบริหารส่วนตำบล

ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ (อ้างในยงยุทธ พงษ์สุภาพ : 2542)[42] ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการสร้างเครือข่ายบริการระดับต้นด้วยตนเอง และระหว่างสถานบริการระดับต้นกับระดับโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการให้บริการสาธารณสุข เน้นการสร้างเครือข่ายสถานีอนามัย โดยพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ ต้องพยายามทำให้สถานีอนามัยที่มีอยู่นั้น เป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลที่ขยายออกไปในชุมชน

สุนีย์ เจริญกุล (2543) [43] ได้ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลสระบุรี ในด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ และความสัมพันธ์ของความคาดหวังต่อปัจจัยต่างๆ :เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมารับบริการ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (n=378)

ผลการศึกษาพบว่าผลการศึกษาโดยรวม 3 ด้านระดับปานกลาง ระดับการศึกษา ที่อยู่ ระยะทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังหวังของประชาชนต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลสระบุรี

รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ [44] ศึกษาแบบแผนการใช้บริการอนามัยในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ส่วนใหญ่นิยมมาใช้สถานบริการแผนปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นการใช้สถานบริการอนามัยของรัฐได้แก่โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นต้น (60.5%) การใช้สถานบริการอนามัยของเอกชน ได้แก่โรงพยาบาล เอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น (14.0%) และใช้บริการร้านขายยา (11.4%) ที่เหลือ (13.6%) ได้แก่ พวกที่นิยมใช้สถานบริการแบบแผนโบราณ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละครั้งมีผลต่อการเลือกใช้บริการอนามัย โดยถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา (58%) แต่ถ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนักส่วนใหญ่มักจะไปสถานบริการอนามัยของรัฐ (60.6%) สภาพการอ่านออกเขียนได้และการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการอนามัยจากโรงพยาบาลจังหวัดและคลินิกเอกชน

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ[45] ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัยในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่าในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะนิยมรักษาพยาบาลขั้นแรกแบบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ การปล่อยให้หายเอง การไปศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย การไปคลินิก การไปโรงพยาบาลและการไปหาหมอแผนโบราณเป็นที่นิยมรองลงมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น ถ้าเป็นไข้หวัด ท้องร่วงหรือผื่นคันพุพอง ก็นิยมไปศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ถ้าเป็นลม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ก็นิยมปล่อยให้หายเอง

เพศ กับการเลือกแหล่งบริการอนามัย

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ[44] พบว่าเพศหญิงนิยมไปใช้สถานบริการของรัฐมากกว่า เพศชาย Nathanson's review[46] พบว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนา เพศหญิงมีอัตราการตายต่ำกว่าเพศชาย แต่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมากกว่าชาย ดังนั้นจึงพบว่าเพศหญิงใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ไม่ว่าจะเป็นด้านผ่าตัด การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ[47] ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนขนาดจำนวนเตียงมากกว่า 10 เตียง ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการเป็น เพศหญิง สูงกว่า เพศชาย ในอัตราส่วน ประมาณ 3 ต่อ 1 ส่วน

เพ็ญศรี พิชัยสนิทและคณะ[48] ได้ทำการศึกษาผู้มารับบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว (15-34 ปี) ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เป็นกลุ่มที่มีมาใช้บริการสูงสุด คือ ร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงร้อยละ 51.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคนอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่า ผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-29 ปี ถึงร้อยละ 45.0 ของจำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคนอื่น ๆ[49] ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประกัน สังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงไปใช้บริการมากกว่า เพศชาย มีถึงร้อยละ 56.10 ต่อปี ขณะที่เพศชายไปใช้บริการเพียงร้อยละ 23.90

ศิริพร ปรางประสิทธิ์[50] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533ผลจากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีการให้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มากกว่า เพศชาย

อายุ กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

ชนินทร์ เจริญกุล และคนอื่น ๆ[51] ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้ และไม่ใช้บริการ คือ โดยเฉลี่ย อายุของกลุ่มที่ใช้บริการจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการของราชการเล็กน้อย คือ 39.26 ต่อปี และ 33.58 ปี ตามลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดในช่วงอายุ 30-39 ปีและกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 15-20 ปี

การศึกษา กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

การศึกษามีผลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพอนามัย เช่นการป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอและมีความระแวดระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ [51]

รายได้ และ การเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์ [52] ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย พบว่าสภาพเศรษฐกิจมีความสำคัญในการเลือกรับการบริการรักษาพยาบาล

ระบบบริการ กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

ปิยะชาติ เจริญวัฒนาพานิช [53] ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง โดยศึกษาจากตัวอย่าง 993 คน จากผู้ประกันตน จำนวน 8,557 คน ตามโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเท่ากับ 1.5 ครั้ง / คน / ปี ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.037 ครั้ง/คน/ปี (ร้อยละ 33.30) เลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะห้องพยาบาลของโรงงานที่มีพยาบาลและแพทย์ เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการ ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ คิดว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยและไม่พอใจโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ การที่จัดให้มีการบริการด้านการรักษาพยาบาลของโรงงาน ความพึงพอใจของผู้ประกันตนหลังจากการใช้บริการ ทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

วันดี เจียมจิตศิริพงศ์ [54] ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อบริการในด้านความสะดวกสบาย อัธยาศัยของแพทย์และพยาบาล คุณภาพของผลการรักษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และด้านข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนเหตุผลหลักที่เลือกไปใช้บริการ เนื่องจากความสามารถของแพทย์ ความสะดวกรวดเร็ว และใกล้กับที่อยู่อาศัย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นเสมือนผลที่แสดงถึงประสบการณ์การใช้บริการ Linn.' Et.al [55] พบว่า จำนวนครั้งของการใช้บริการเป็นตัวบอกที่ดีถึงระดับความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับระดับพึงพอใจต่ำมักจะใช้บริการน้อยครั้ง แต่ Ware,Et al.[56] ได้ตั้งข้อสังเกตในแง่ของระดับความพึงพอใจที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยว่า ยังไม่ชัดเจนนักโดยกล่าวว่า ระดับความพึงพอใจ ในแง่ของเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการและการเข้าถึงการบริการ ดูเหมือนจะไม่เป็นตัวบ่งบอกที่เกี่ยวกับการบ่งชี้การใช้บริการอนามัยที่ดี

การศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส [57] เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง มีแนวโน้มที่จะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการได้แก่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของแหล่งบริการ ต่อข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษา ต่อระยะเวลาที่รอคอย ต่ออัธยาศัยและมนุษยสัมพันธ์ของแพทย์เจ้าหน้าที่ ต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและต่อความสะดวกในการเดินทางและสถานที่ตั้ง ก็มีแนวโน้มมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอเช่นกัน

ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพ และการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย [58] ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด ลักษณะการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการเลือกใช้แหล่งบริการ สุขภาพอนามัย คือ ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยและรุนแรง จะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนใหม่ แต่สำหรับการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยแผนโบราณและพบว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัย

ชื่นชม เจริญยุทธ์ [59] ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท พบว่าถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนจะรักษาตัวเองร้อยละ 55 แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังหรือรุนแรง จะรักษาตัวเองเพียงร้อยละ 27 และ 26 ตามลำดับ แต่ถ้าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะใช้บริการร้อยละ 18 เท่านั้น

นอกจากนี้ ชื่นชม เจริญยุทธ์ ยังพบว่านอกจากลักษณะของโรคแล้ว การเลือกใช้บริการยังมีตัวแปรอื่น ๆ เขามาเกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา รายได้ เพศ ทำให้การเลือกใช้บริการแตกต่าง

ประสบการณ์การใช้บริการ กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

ดวงสมร บุญผดุง [60] ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ : ศึกษาเฉพาะ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่าอัตราการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและประสบการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ

ที่อยู่อาศัย กับการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [61] ศึกษาใน 20 จังหวัด พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีการใช้บริการสุขภาพที่มีสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือ ร้านขายยา ร้อยละ 29.3 สถานบริการของรัฐ ร้อยละ 24.25 สุดท้ายคือ หมอเถื่อน วัด และ แพทย์ประจำตำบล ส่วนผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีลักษณะการใช้บริการสุขภาพอนามัยดังนี้ สถานพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 39.6