

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การรับรู้ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนตำบลพระสิงห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การรับรู้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น (สมชาติ ไตรรักษา, 2544, หน้า 69) หลักประกันสุขภาพจะต้องมีการประกันสิทธิของประชาชนและมีการปรับปรุงพัฒนาระบบบริหารจัดการอย่างสม่ำเสมอ หลักประกันสุขภาพไม่ใช่บริการราคาถูก บริการสงเคราะห์และกึ่งสงเคราะห์ หรือบริการที่แก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544, หน้า 1; สมชาติ ไตรรักษา, 2544, หน้า 69) และจากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอส ซี อินเตอร์เนต โพลล์ได้สำรวจความเห็นประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,516 คนใน 21 จังหวัด ในหัวข้อ หลักประกันสุขภาพในสายตาของประชาชนเมื่อปี พ.ศ. 2543 พบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บริการที่จำเป็นจริงๆอย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกันโดยค่าบริการไม่แพงจนต้องเดือดร้อน หมายความว่า อาจจะไม่ต้องฟรีโดยทั้งหมดจะเป็นในรูปแบบของสวัสดิการหรือการจ่ายบางส่วนเพื่อซื้อประกันสุขภาพก็ได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543, ไม่ปรากฏหน้า)

ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึงสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่เป็นนโยบายของรัฐบาล

2. หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

2.1 พัฒนาการหลักประกันสุขภาพก่อนเข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพในประเทศไทยมีหลายรูปแบบและเป็นลักษณะเพิ่มขยายทีละส่วนคือ เริ่มแรกประมาณ พ.ศ.2472 เริ่มมี ธุรกิจประกันภัยเอกชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2497 ได้มีกฎหมายประกันสังคมเป็นฉบับแรก แต่ไม่มีการบังคับใช้ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2515 มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้นและ พ.ศ. 2517 มีกฎหมายกองทุนเงินทดแทน และ พ.ศ. 2518 สมัยรัฐบาล ฯพณฯ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้กำหนดนโยบายของรัฐโดยให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยที่เรียกว่า สวัสดิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ให้สวัสดิการแก่ประชาชนที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา ต่อมาสวัสดิการนี้ ได้ขยายความครอบคลุมถึง ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ทหารผ่านศึก ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนและผู้พิการและได้เปลี่ยนชื่อเป็น สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่เหมาะสมช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โดยกำหนดเส้นแบ่งความยากจนของผู้มีรายได้น้อยเท่ากับ 473 บาท/คน/เดือน หรือ 1,845 บาท/ครัวเรือน/เดือน (เจตัง ธรรมธัชอารี, 2544, หน้า 73)

ในปี พ.ศ. 2521 หน่วยงานเอกชนได้เริ่มจัดตั้งบริษัทประกันสุขภาพเอกชนเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่สมัครใจจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันเพื่อคุ้มครองสุขภาพของตนเอง ต่อมาจึงมีสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการซึ่งเป็นสวัสดิการความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการและข้าราชการบำนาญตลอดจนสมาชิกในครอบครัวอันได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 20 ปี สวัสดิการนี้กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและบริหารจัดการ พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มี การประกันสุขภาพแบบสมัครใจโดยมีบัตรประกันสุขภาพ จำหน่ายแก่ ประชาชนราคา 500 บาท ประชาชนสามารถได้รับการบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ต่อมา พ.ศ. 2533 ในสมัยรัฐบาล พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ได้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพคนทำงานทั่วประเทศ โดยมีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนหลังจากนั้นก็มีการออกพระราชบัญญัติประกันสังคมฉบับแก้ไข อีก 2 ฉบับใน พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2542 เพื่อให้

การดำเนินงานครอบคลุมผู้ประกันตนมากขึ้น ซึ่งการประกันสังคมนี้เป็นระบบประกันภาคบังคับที่ประกอบด้วย 3 ระบบคือ หนึ่ง ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคมซึ่งมีแหล่งเงินทุนจากนายจ้าง ลูกจ้างและเงินสมทบจากรัฐ สอง กองทุนเงินทดแทนเป็นการจ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วย หรือ การบาดเจ็บจากการทำงานรวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆสำหรับผู้เสียชีวิตจากการทำงาน และ สาม การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ที่เป็นระบบแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับซึ่งเจ้าของรถต้องจ่ายให้กับบริษัทประกันภัยเอกชน (จเด็จ ธรรมธัชอารี, 2544, หน้า 33-34)

ระบบประกันสุขภาพต่างๆเหล่านี้ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานซึ่งไม่ได้มีสายการบังคับบัญชาเดียวกัน คือ กรมบัญชีกลางรับผิดชอบสวัสดิการข้าราชการและครอบครัวรัฐวิสาหกิจต่างๆ ดูแลรับผิดชอบสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ประกอบธุรกิจประกันภัยรับผิดชอบการประกันสุขภาพเอกชน และ สำนักงานประกันสังคมรับผิดชอบดูแลกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ทำให้แต่ละหน่วยงานปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ได้มีการประสานงานร่วมกัน จึงเกิดการแข่งขันกันใช้จ่ายทรัพยากรเพื่อดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายของตนเอง นอกจากนี้ไม่มีระบบข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานและตรวจสอบประสิทธิภาพและไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลการประกันสุขภาพทั้งระบบ ดังที่ ทวีศักดิ์ สุททวาทีน ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิรูประบบจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2544 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คนที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานต่างๆ ผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคและผู้นำองค์กรชุมชน สรุปได้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบประกันสุขภาพมีหลายประการคือ มีการซ้ำซ้อนของกลุ่มเป้าหมายของแต่ละระบบประกันสุขภาพ เช่น เด็กอายุ 0-12 ปีและ ผู้สูงอายุ บางส่วนอาจเป็นบิดา มารดา หรือ บุตรของข้าราชการที่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการได้ เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่า มีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ เช่น ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาใช้สิทธิได้ถ้าไม่มีผู้ไปส่ง หรือประชาชนบางคนไม่ทราบวิธีหรือขั้นตอนในการขอบัตรสปร. หรือ ชื่อบัตรสุขภาพ เป็นต้น (ทวีศักดิ์ สุททวาทีน, 2544, หน้า 85, 86)

2.2 สถานการณ์ปัญหาบริการด้านสุขภาพ

ปัญหาการบริการสุขภาพนอกจากปัญหาความหลากหลายของบริการแล้วยังพบว่า มีประชาชนที่ไม่ได้รับการบริการที่มีความเสมอภาคและเป็นธรรม เช่น มีบางกลุ่มได้รับการประกันสุขภาพที่ซ้ำซ้อนทำให้สามารถใช้สิทธิในการรับบริการได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆและในผู้ที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงจะได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าผู้ที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวน้อยกว่ากลุ่มประชาชนที่มี

บัตรสปร. จะได้รับบริการดีกว่าระบบประกันแบบอื่นๆ และ พบว่าปัญหาสำคัญคือจาก การศึกษาของ ทวีศักดิ์ สุททวาทีน (2544, หน้า 89) นี้ยังพบว่ามีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มี หลักประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งกลุ่มนี้เมื่อเจ็บป่วยจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเองทำ ให้ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่ง สอดคล้องกับการวิจัยของ ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ในเรื่อง หลักประกันสุขภาพกับความมั่นคง แห่งชาติ : ทางเลือกเชิงนโยบาย ในปี พ.ศ. 2541-2542 โดยศึกษาจากข้อมูลitudy ได้พบว่า มี ประชาชนอีกร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพและประชาชนกลุ่มนี้มีรายได้ระหว่าง 2,000- 8,000 บาท ต่อเดือน ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาถึงไม่มีการศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย และขับรถขนส่ง จะเห็นได้ว่าประชาชนกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพเป็นผู้ที่มีรายได้น้อยซึ่งเมื่อมี การเจ็บป่วย จะได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือขาดโอกาสที่จะเข้าถึง บริการสุขภาพที่จำเป็น และการใช้บริการด้านสุขภาพในการรักษาพยาบาลทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย สูงจนอาจต้องกู้ยืมหรือต้องขายทรัพย์สินจนต้องสิ้นเนื้อประดาตัว ซึ่งจากการสำรวจของสำนักวิจัย เอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบค โพลล์) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2543) ที่ดำเนินการ สำรวจเรื่อง หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน จากจำนวนตัวอย่าง 2,516 รายใน 21 จังหวัด ของประเทศไทยพบว่า ครึ่งเรือนที่สมาชิกทุกคนไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลอะไรได้เลยมีถึง ร้อยละ 31.2 และมีปัญหาความยากลำบากในการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.8 ระบุว่าค่ารักษาพยาบาลแพงหรือไม่มีค่ารักษาพยาบาล นอกจากนั้นกว่าร้อยละ 62.5 ระบุว่า การแก้ปัญหาเมื่อประสบความเดือดร้อนเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลคือการยืมเงินหรือกู้เงิน ร้อยละ 16.6 ต้องขอรับการสงเคราะห์เรื่องค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.7 จึงเห็นว่า รัฐบาลควรมีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐตั้งแต่ร้อยละ 23.8 ถึงร้อยละ 36.8 ไม่สามารถจ่ายค่า รักษาพยาบาลได้ทั้งหมดหรือไม่ได้เป็นบางส่วน และร้อยละ 8 ต้องยืมเงินในการจ่ายค่ารักษา รวมทั้งพบว่ามี ร้อยละ 1 ที่ผู้ปกครองต้องให้เด็กออกจากโรงเรียนสืบเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลใน การเจ็บป่วย ทำให้ผู้ปกครองไม่มีเงินพอที่จะส่งให้เด็กศึกษาเล่าเรียนต่อไปได้ (คณะทำงานพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544, หน้า13) สถานการณ์เหล่านี้เป็นทุกข์ของประชาชนที่ขาดหลักประกันด้านสุขภาพและพบว่ามีประชาชน จำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้าน คน ได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานเดียวกัน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2544, หน้า 2)

2.3 นโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังนั้นรัฐบาลจึงมีการแก้ไขปัญหาโดยมีนโยบายเร่งด่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกันจากรัฐ ซึ่งนโยบายนี้มีความสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 52 ความว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับแนวคิด วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545- 2549) ที่กำหนดให้คนไทยทุกคน มีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาค รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายเร่งด่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยกำหนด โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2545, หน้า 73) เพื่อสร้างหลักประกันให้กับประชาชนที่ยังไม่มีการประกันสุขภาพใดๆ สามารถได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคและทั่วถึงกันโดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณบางส่วนแก่ประชาชนเป็นแบบเหมาจ่ายรายปีแก่สถานพยาบาล สำหรับประชาชนจ่ายเพียง 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ

3. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ (สมชาติ โตรักษา, 2544, หน้า 70)

3.1 เพื่อความเสมอภาค (equity) นอกเหนือจากความเสมอภาคในแง่เป็นสิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคควรรวมถึง การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูงเพียงพออย่างเสมอหน้า

3.2 เพื่อประสิทธิภาพ (efficiency) ในระบบสุขภาพ คือ เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นการบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (primary care networks) ที่สามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ

3.3 ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกบริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ (รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน) สามารถเข้าถึงได้ง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่เน้นส่วนที่

เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal health care) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

4. หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (www.hinso.moph.go.th, 2545, หน้า 1) คือ

4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับรัฐบาลในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีสุขภาพตามหลักสุขภาพพอเพียงเป็นเป้าหมาย

4.2 ประชาชนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และ เมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนสามารถเลือกสถานพยาบาลประจำตัวและครอบครัวได้

4.3 เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ให้บริการจะต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ

4.4 ระบบประกันสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้นที่ทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ กรณีเกินขีดความสามารถในการรักษาจะต้องส่งรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

4.5 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นและสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย อาจเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

4.6 ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และต้องระวังไม่ให้ประชาชนมาใช้บริการมากเกินไปจนความจำเป็น ดังนั้นกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเป็นการจ่ายแบบปิดและมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน

4.7 สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

4.8 ระบบประกันสุขภาพในอนาคต หรือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่าน อาจมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน และอาจมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและรับทราบข้อมูลในการใช้บริการ

5. เงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (www.hinso.moph.go.th, 2545, หน้า 2, 3)

5.1 งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อหัวประชาชน แยกเป็นรายละเอียดคือเป็นงบประมาณค่ารักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี รวมกับงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี และงบลงทุน 93.40 บาท (คิด 10% ของ 934 บาท) ต่อคนต่อปี

สำหรับงบประมาณค่ารักษาพยาบาล 934 บาทนั้นแบ่งเป็น ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาท ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 303 บาท ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาท และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาท

งบประมาณที่จัดสรรให้กับสถานพยาบาลจริงเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชาชนที่ดูแลรับผิดชอบ ส่วนที่เหลือ 150.40 บาท (32 + 25 + 93.40) ที่เป็นค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและงบลงทุน นำมาไว้เป็นกองทุนที่ส่วนกลาง

5.2 งบประมาณสำหรับการบริหารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะคิดให้ ร้อยละ 10 ของ 934 บาท คูณด้วยจำนวนประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 46.6 ล้านคน จะเท่ากับ ร้อยละ 10 ของ 51,680 ล้านบาท หรือ เท่ากับ 5,168 ล้านบาทต่อปี เพื่อไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนในส่วนกลางและหน่วยงาน และเป็นค่าใช้จ่ายในการเตรียมระบบเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมทั้งไว้ใช้ในการพัฒนาบุคลากรด้วย

5.3 งบประมาณสำรองเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (contingency fund) มีเท่ากับ 5,168 ล้านบาท โดยจะจัดสรรเป็นงบกลางเพื่อใช้สนับสนุน การปรับตัวของสถานพยาบาลของรัฐในระยะเปลี่ยนผ่าน (ระยะ 2-3 ปี) และการแก้ไขปัญหาการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างพื้นที่และสถานพยาบาลต่าง ๆ

ในระยะเปลี่ยนผ่านให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบเป็นองค์กรหลักในการบริหารกองทุนระดับพื้นที่โดยมีคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นตามแนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือ Area Health Board (AHB) ประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้บริโภค ผู้ทรงคุณวุฒิ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและตัดสินใจ (สมชาติ โตรักษา, 2544, หน้า 191)

6. ระบบสารสนเทศและการขึ้นทะเบียน (สมชาติ โตรักษา, 2544, หน้า 193)

การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิในระยะแรกนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจร่วมกับข้อมูลจากทะเบียนราษฎรของสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง เพื่อออกบัตรที่แสดงสิทธิหรือบัตรทองให้แก่ประชาชน ถ้าระบบสารสนเทศกลางได้จัดตั้งเรียบร้อยแล้วจึงจะมีการปรับ

ระบบการขึ้นทะเบียนใหม่โดยใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศกลาง ส่วนในการเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับต้น ในระยะแรกนี้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จะกำหนดให้ก่อนโดยอาศัยเขตพื้นที่ปกครอง สถาปณุมิศาสตร์ และการกระจายของสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ และในระยะต่อไปจะเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เลือกสถานพยาบาลเอง

จากที่กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยได้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยเหลือประชาชนให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่เป็นการทำทีละรูปแบบตามลำดับคือ เริ่มมีธุรกิจประกันภัยเอกชน มีการประกันสังคมแต่ไม่ได้บังคับใช้ มีการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยให้ได้รับการรักษาพยาบาล ต่อมามีการประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว ต่อมาได้เพิ่มสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามด้วยการประกันสุขภาพแบบสมัครใจของรัฐบาล มีการประกันสังคมภาคบังคับ และท้ายที่สุดมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งแต่ละรูปแบบก็ให้สวัสดิการและการบริการที่แตกต่างกันไป ประชาชนถึงแม้จะมีการประกันสุขภาพแต่ก็ได้รับสิทธิประโยชน์ การบริการต่างๆ ที่ไม่เท่าเทียมและเสมอภาคกัน เช่น ในด้านการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล โรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ยากไร้ที่มีบัตร สปร. และผู้ถือบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาท ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลต่ำกว่าระบบประกันสุขภาพอื่นๆ สำหรับบัตร สปร. รัฐให้เงินสนับสนุนเพียง 273 บาทต่อคนต่อปี ส่วนบัตรสุขภาพราคา 500 บาท รัฐให้เงินสนับสนุนเพียง 500 บาทต่อคนต่อปี ประกันสังคมได้รับ 1,100 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับถึง 2,200 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนั้นแต่ละโรงพยาบาลต่างก็ให้บริการรักษายาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลของประเทศสูงมากขึ้นถึงปีละ 250,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มจะสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งๆ ที่สุขภาพของประชาชนไทยก็ไม่ได้ดีขึ้นคุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและยังพบว่ายังมีประชาชนจำนวนหนึ่งประมาณร้อยละ 30 ของประเทศที่ยังไม่มีการประกันสุขภาพใดๆ ทำให้เดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย

ดังนั้นนักวิชาการต่างๆ จึงได้ทำการวิจัย วิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบประกันสุขภาพต่างๆ แล้วได้นำเสนอต่อรัฐบาล ให้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนเพื่อให้ได้รับบริการชุดสิทธิประโยชน์หลักที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รัฐบาลจึงมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นโครงการนำร่องก่อนในระยะแรก และต่อไปก็จะมีการปรับระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ให้เกิดความเป็นเอกภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมกันนั้นในระยะยาวรัฐบาลจะจัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกันจะเกิดความเท่าเทียม มั่นคงและยั่งยืนตลอดไป

สำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้นเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทยที่ยังไม่มีการประกันสุขภาพใดๆ ให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพโดยไม่ต้องกังวลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการซึ่งโครงการนี้ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ดังนี้คือ

7. ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชุดสิทธิประโยชน์หลักในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะได้รับบริการที่ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นและบริการนั้นต้องมีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูงด้วย โดยในชุดสิทธิประโยชน์ประกอบด้วยบริการด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคดังนี้คือ (สมชาติ โตรักษา, 2544, หน้า 90-91; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544, หน้า 41-43)

7.1 ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย

7.1.1 ชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์มีดังต่อไปนี้

(1) การตรวจรักษาโรคทั่วไปซึ่งมีการตรวจ วินิจฉัยและบำบัดทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ การคลอดบุตรรวมไม่เกินสองครั้งที่ลูกยังมีชีวิตอยู่ การบริการอาหารและการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ในเฉพาะอาหารและห้องสามัญ ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาโรงพยาบาลภายใต้กรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

(2) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงรวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด ดังนี้

หนึ่ง การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับการรักษาที่มีราคาแพง (high cost care) การจ่ายลักษณะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันมิให้สถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่จำเป็น แต่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ การรักษาผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) การให้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การขยายเส้นเลือดหัวใจโดยใช้บอลูนหรือหัวกรอ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นต้น

สอง การรักษาที่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีราคาแพง (additional payment) โดยที่ไม่มีวิธีการรักษาที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีเท่ากับการรักษาด้วยวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้

เช่น ลินหัวใจเทียม การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดภายในร่างกาย เช่น เล่นสกีกระโดดอากาศเทียม การใส่เหล็กรักษาโรคกระดูกหักบางอย่าง การใส่ข้อเทียมบางตำแหน่ง เป็นต้น โดยให้กันงบประมาณข้างต้นนี้ไว้ที่หน่วยบริหาร เป็นงบประมาณส่วนกลาง และจัดสรรให้แก่เครือข่ายสถานพยาบาลตามการเบิกของเครือข่ายสถานพยาบาล ทั้งนี้ งบประมาณที่จะจ่ายให้จะเป็นลักษณะจ่ายตามอัตราค่ารักษาพยาบาลที่กำหนดล่วงหน้า (price schedule)

สาม สำหรับการรักษาทางเลือกที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีผลดี (choice of treatment) แต่มีราคาแพงกว่าการรักษาพื้นฐาน (standard treatment) เช่น การผ่าตัดข้อเข่าด้วยกล้อง การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง ซึ่งในส่วนนี้ ให้หน่วยงานบริหารกลางจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมา กำหนดอัตราร่วมจ่ายของผู้ป่วย โดยให้เครือข่ายสถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้

(3) กรณีอุบัติเหตุ และ อุกฉิม

กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้น ต้นสังกัดรับผิดชอบ ตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้คือ

หนึ่ง กรณีอุบัติเหตุ

กรณีจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเพราะเกิดอุบัติเหตุ สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลาง เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ และไม่จำกัดจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ตามประเภทและอัตราดังนี้คือ ค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง

ประเภทผู้ป่วยใน ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ตามประเภทและอัตราดังนี้คือ ค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 1,500 บาท หรือกรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมงตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประคบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ถ้ามีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่า 2 ชั่วโมง จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาท ต่อการประคบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือกรณีที่ต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 2,000 บาท และในกรณีต้องตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่จำเป็นเฉพาะการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed

Tomography Scan = CT Scan) และหรือการตรวจพิเศษเอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging = MRI) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

สอง กรณีฉุกเฉิน

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึง โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตตนเองหรือผู้อื่น โรคหรืออาการของโรคเป็นมาที่ต้องทำการช่วยชีวิตเป็นการด่วน หรือ โรคที่ต้องผ่าตัดด่วนหากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนี้สามารถเข้ารับบริการได้ในสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และสถานพยาบาลที่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเพื่อบริการทางการแพทย์อย่างฉุกเฉินนั้นสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลาง เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง

สาม กรณีส่งต่อ

นอกจากเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดในข้อหนึ่งและสองนี้แล้ว กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลางจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะให้แก่ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลอื่นและสถานพยาบาลนั้นมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลต่อที่สถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่งตามอัตราดังนี้ การส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ถ้าใช้รถพยาบาลหรือเรือพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ถ้าใช้พาหนะรับจ้างหรือพาหนะส่วนบุคคลหรือพาหนะอื่นๆ เหมายจ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง ส่วนการส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่นๆ นอกจากจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ 1 แล้ว กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลางจะจ่ายเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ 90 สตางค์ โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง

7.1.2 ชุดสิทธิประโยชน์นี้ ไม่ครอบคลุม การบริการทางการแพทย์ต่อไปนี้

(1) กลุ่มที่มีงบประมาณเฉพาะ ได้แก่ โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด และ ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. คู่ครองผู้ประสบภัยจากรถ

(2) กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศการกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และ การตรวจ วินิจฉัย และการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(3) กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทันตกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็ก ปากแหว่งเพดานโหว่ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการทดลอง ยาต้านไวรัสเอดส์ยกร่วมกัน การแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกและการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

7.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค มีขอบเขตการให้บริการ ดังต่อไปนี้คือ

7.2.1 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

7.2.2 การดูแลสุขภาพเด็กตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกัน การพัฒนาการและ

โภชนาการ

7.2.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)

7.2.4 การวางแผนครอบครัว

7.2.5 การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) โดยการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

7.2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพื้นฐานและการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย

7.2.7 การให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ โดย ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจและเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพให้กับประชาชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ ให้คำแนะนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมการจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อสุขภาพ มีการประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนและมีข้อมูลที่สามารถใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค

7.2.8 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

8. การขอขึ้นทะเบียนและมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของผู้มีสิทธิและไม่มีสิทธิ (www.med.cmu.ac.th, 2545, หน้า 2)

8.1 ผู้มีสิทธิได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับบัตรทอง

8.1.1 ผู้ไม่มีหลักประกันใดๆ ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตท้องที่ ที่ตนเองมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

8.1.2 ผู้ที่เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 500 บาทและบัตรหมดอายุ

8.2 ผู้ไม่มีสิทธิขึ้นทะเบียน

8.2.1 กลุ่มข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ บิดาและมารดา บุตร คู่สมรสที่เป็นผู้ได้รับสิทธิจากกลุ่มนี้

8.2.2 กลุ่มผู้มีบัตรประกันสุขภาพที่ยังไม่หมดอายุ

8.2.3 กลุ่มผู้ได้รับสิทธิ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ทุกประเภท

8.2.4 กลุ่มผู้มีบัตรประกันสังคม

8.3 การขอขึ้นทะเบียนและรับบัตรทอง

8.3.1 ให้ไปขึ้นทะเบียนที่ศูนย์บริการในเขตท้องที่ ที่ตนเองมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

8.3.2 ผู้ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ที่อื่นให้ทำการแจ้งย้ายชื่อเข้าทะเบียนบ้านในเขตท้องที่ที่ตนเองอยู่อาศัย

8.3.3 ผู้ยื่นจะต้องนำทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ที่รับลงทะเบียน

8.3.4 สำหรับผู้ที่ขึ้นทะเบียนขอมีบัตรไว้แล้ว สามารถไปรับบัตรตามท้องที่ที่ไปขึ้นทะเบียนไว้

9. ขั้นตอนการรับบริการมีดังนี้ (www.med.cmu.ac.th, 2545, หน้า 3) คือ

9.1 ผู้ที่มีสิทธิให้ไปแสดงตนเพื่อขึ้นทะเบียนและรับบัตรทอง ได้ที่ศูนย์บริการในเขตพื้นที่ ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน

9.2 เมื่อเจ็บป่วยทั่วไปต้องไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ระบุในบัตรทอง

9.3 จ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท ทุกครั้งที่ไปรับบริการ

9.4 กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกแห่ง

9.5 กรณีถูกส่งต่อจากหน่วยบริการประจำครอบครัว หรือ กรณีฉุกเฉิน ให้ไปรับบริการจากหน่วยบริการตามระบบส่งต่อที่กำหนด

9.6 ให้นำหลักฐานคือ บัตรประชาชนหรือใบแทน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่มีชื่อผู้ใช้บริการ และ ใบส่งตัวจากสถานบริการต่างๆ ใน โครงการ (ถ้ามี) นำไปด้วยทุกครั้งเมื่อใช้บริการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดี และลดภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล มีหลักประกันการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน ด้วยความเสมอภาค โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ที่กำหนดว่า “ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด ” (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544, หน้า 11) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว รัฐบาลจึงกำหนดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพโดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

การรับรู้

การรับรู้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ ในชีวิตประจำวันมนุษย์จะพบเห็นเพื่อนมนุษย์ หรือ คน และสิ่งแวดลอมต่างๆ ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต มนุษย์จะใช้จิตสำนึกในการสัมผัส โดยผ่านประสาทสัมผัส (ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง และใจ) แล้วกลายเป็นภาพปรากฏการณ์ (phenomena) ซึ่งต้องมีการแปลความหมายก่อนจึงเกิดการรับรู้ (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, 2543, หน้า 59)

1. ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ (perception) หมายถึง กระบวนการแปลความหมายและตีความสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน สิ่งที่ได้สัมผัส โดยใช้ระบบประสาทและสมอง (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, 2543, หน้า 59) และมีการแสดงออก ถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล (Frederick, 1997, P. 861) และเป็นกระบวนการที่จะเรียนรู้และเข้าใจเพื่อนมนุษย์ที่เป็นไปโดยธรรมชาติ (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, 2543, หน้า 59) การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญมาก ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจและอธิบายพฤติกรรมได้มากขึ้น (บุญเดิม พันรอด, มปป. หน้า 12)

2. กระบวนการของการรับรู้

กระบวนการรับรู้เป็น กระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่าง ความเข้าใจ ความรู้สึก การคิด ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรม

การรับรู้จะเกิดขึ้นได้จะต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการดังนี้ (กันยา สุวรรณแสง, 2540, หน้า 131) คือ

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้ามากระทบอวัยวะสัมผัส

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์อยู่ที่

สมอง

ขั้นที่ 3 สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ โดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ

ดังนั้นการรับรู้เกิดจากการที่เราได้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวโดยตรง สิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลแปลความหมายผ่านประสาทสัมผัส โดยอาศัยประสบการณ์เดิม ความจำ หรือความรู้เดิม ตลอดจนสถานการณ์ในขณะนั้นมาเป็นเครื่องช่วยโดยใช้กระบวนการจัดและกระทำกับข้อมูล (information processing) ทำให้เกิดความรู้สึก รู้ความหมายของสิ่งที่สัมผัส (กันยา สุวรรณแสง, 2540, หน้า 127, 129) กล่าวคือ เมื่อสิ่งเร้าหรือข้อมูลถูกป้อนเข้ามา กระบวนการภายในจะดำเนินการจัดและกระทำข้อมูลเหล่านั้นเป็นลำดับหลายขั้นตอน ข้อมูลที่ถูกป้อนเข้ามานั้นจะถูกกรองรหัสเพื่อเก็บรวบรวมไว้และนำไปใช้ภายหลัง (Dember&Warm, 1979, p. 14-15) การรับรู้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ อันนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจเชิงเหตุผล เพราะเมื่อมีการรับรู้ก็จะเกิดความรู้สึก และอารมณ์ต่อการสัมผัสสิ่งเร้า ซึ่งพัฒนาไปเป็นเจตคติ และเกิดพฤติกรรมตามมาในที่สุด (กันยา สุวรรณแสง, 2532, หน้า 50 อ้างใน สุดารัตน์ สุวรรณสาร, 2541, หน้า 53) ดังนั้นการที่บุคคลนึกคิดหรือเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ตาม จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ

เนื่องจากการรับรู้คือ การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องต่างต่าง ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความจากสิ่งที่ได้ยินได้เห็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากันเพราะแต่ละคนมีความรู้ ความรู้สึกและประสบการณ์ชีวิตไม่เท่ากัน ดังนั้นการวัดการรับรู้จึงต้องวัดจากสิ่งที่บุคคลแสดงออก อันได้แก่ความรู้สึก ความคิดเห็น ความรู้ ความเข้าใจ ต่อข้อมูลข่าวสารต่างๆ สำหรับการศึกษารครั้งนี้ การที่จะทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนเกี่ยวกับ สิทธิประโยชน์ ขั้นตอนการรับบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคร้อยละ 30 จึงวัดการรับรู้ของประชาชนโดยการสัมภาษณ์ จากแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารครั้งนี้เป็นการศึกษารการรับรู้ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ ได้สำรวจความเห็นในหัวข้อ หลักประกันสุขภาพในสายตาของประชาชนจากประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,516 คนใน 21 จังหวัดได้แก่ เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร ลำพูน ขอนแก่น สกลนคร นครราชสีมา กาฬสินธุ์ อุบลราชธานี สงขลา พัทลุง สุราษฎร์ธานี ปัตตานี ชลบุรี เพชรบุรี พระนครศรีอยุธยา นครปฐม กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการและปทุมธานี ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 10 มีนาคม 2543 พบว่า ประชาชนร้อยละ 63.7 มีความคิดเห็นว่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บริการที่จำเป็นอย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน ร้อยละ 23 เห็นว่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรี และร้อยละ 13.3 เห็นว่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ นอกจากนี้ประชาชนได้ให้ความจำกัดความของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าหมายความถึงบริการที่จำเป็นจริงๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน โดยค่าบริการไม่แพงจนต้องเดือดร้อนหมายความว่า อาจจะไม่ต้องฟรีทั้งหมดแต่จะเป็นในรูปแบบของสวัสดิการหรือการจ่ายบางส่วนเพื่อซื้อประกันสุขภาพก็ได้โดยประชาชนร้อยละ 61.7 เห็นว่กลุ่มผู้มีรายได้น้อยคือกลุ่มที่รัฐจะต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมาร้อยละ 50.2 คือกลุ่มผู้สูงอายุและร้อยละ 27.0 คือ กลุ่มประชาชนทั่วไป อีก ร้อยละ 38.3 เห็นว่รัฐควรจัดหลักประกันให้กับทุกกลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยที่รัฐบาลควรมีหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนทั่วประเทศ มีเพียงร้อยละ 4.3 เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วย ขณะที่ร้อยละ 2 ไม่มี

ความเห็น นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าประชาชน มีความเดือดร้อนจากค่ารักษาพยาบาลจำนวน ร้อยละ 59 โดยเมื่อมีความเดือดร้อนจะใช้วิธียืมเงินร้อยละ 40.3 กู้เงินร้อยละ 22.2 และขอรับการ สงเคราะห์ร้อยละ 16.6 และจะเดือดร้อนมากถึงร้อยละ 80 ถ้าคนในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยถึง ขั้นต้องนอนโรงพยาบาล (สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข, 2543, ไม่ระบุหน้า)

รศ.ดร. อัจฉรา จันทร์ฉายและคณะ ได้ทำการศึกษา ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการใน โครงการ 30 บาทจากโรงพยาบาล 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 379 คน ระยะเวลา 6 เดือน หลังจากเริ่มโครงการเมื่อ 1 เมษายน 2544 พบว่า ผู้ใช้บริการเห็นว่ามาตรฐานการบริการและการ รักษาพยาบาลที่ได้รับจากโรงพยาบาลนั้น ไม่แตกต่างจากที่เคยได้รับก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งที่มี ผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ส่วนมากเห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์สำหรับตนเองและเห็นด้วยที่ กำหนดให้มีสถานพยาบาลประจำตัว รวมทั้งเห็นว่าค่าบริการ 30 บาทมีความเหมาะสม และยินดีที่ จะจ่ายค่าบริการเพิ่มไม่เกิน 100 บาทเพื่อใช้ในการปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น สิ่งที่ควรปรับปรุงคือ ควรให้บริการรวดเร็วมากขึ้นพร้อมทั้งเสนอให้สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทุก แห่งและขยายการรักษาให้ครอบคลุมทุกโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสัตต์ แก้วบัวพันธ์ (2545) ที่ศึกษาถึง ความเต็มใจจ่ายในการจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ศูนย์ สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จำนวน 267 คน ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2545 ผลการศึกษาค้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเต็มใจจ่ายค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 54.94 บาท โดยเต็มใจจ่ายที่ราคา 30 บาท ร้อยละ 65.17 ที่ราคา 100 บาท ร้อยละ 14.98 และที่ราคา 50 บาท ร้อยละ 10.11 และถ้าโรงพยาบาลมีการปรับปรุงด้านการบริการ กลุ่มตัวอย่างที่เต็มใจจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 76.78 บาท โดยเต็มใจจ่ายที่ราคา 30 บาท ร้อยละ 37.45 ที่ราคา 100 บาทเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.97 และที่ราคา 50 บาทเพิ่มเป็นร้อยละ 16.48 จะเห็นได้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความเต็มใจจ่ายมากกว่า 30 บาทถ้ามีการปรับปรุงการให้บริการให้ดีขึ้น

สิริย์ลักษณ์ ไชยลังกา (2545) ได้ศึกษา การรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จากกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนที่มีบัตรทอง จำนวน 375 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.5 ได้ ทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และร้อยละ 20.3 ทราบจาก สื่อโทรทัศน์เท่ากับทราบจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการรับรู้ชุดสิทธิ ประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 รับรู้ถูกต้องว่าบัตร ทองใช้รักษาโรคเรื้อรังต่างๆได้ และ รับรู้ถูกต้องว่าสามารถใช้บัตรทองในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคด้วยเช่นกัน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การรับรู้มีความสำคัญที่ทำให้ทราบถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆของประชาชน โดย การแสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจและการปฏิบัติตามการรับรู้ต่างๆ สำหรับในเรื่องของ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งเป็นนโยบายเร่งด่วนและเป็นนโยบายด้านการสาธารณสุขและ สุขภาพของรัฐบาล มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ โดย ประชาชนไทย ทุกคนควรได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน ไม่มีภาระเรื่องค่าใช้จ่าย มีสิทธิ ประโยชน์หลัก ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นซึ่งประกอบด้วย การบริการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู สภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ โดยอ้างอิงมาจากชุดสิทธิประโยชน์ของ โครงการประกันสังคมและเพิ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว พร้อมกับมีระบบประกันคุณภาพบริการ รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง และบริการที่ได้รับต้องเป็นบริการที่มี ประสิทธิภาพต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (cost effectiveness) มีระบบบริการที่เน้นการสนับสนุนให้ ประชาชนใช้สถานพยาบาลพยาบาลปฐมภูมิโดยมีการกำหนดให้เป็นสถานพยาบาลประจำตัวที่ระบุ ในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ดังนั้นประชาชนที่มีสิทธิใช้บริการจึงควรมีการรับรู้ ตามนโยบายของรัฐในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ และ ขั้นตอนในการเข้ารับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และไปรับบริการได้ถูกต้องเหมาะสม