

## บทที่ 6

### การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### 1. เป้าหมายและแนวทางการสร้างสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ จึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นต้องเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน และประชาชนพึงพอใจ เช่น บริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกอย่างเท่าเทียมกัน ถือเป็นเป้าหมายหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การเข้าถึงหลักประกันโดยให้บริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี หรือมีสุขภาพะที่เป็นเป้าหมายสูงของระบบสุขภาพ ประชาชนจะต้องพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพให้ได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ ให้ถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน เพื่อประชาชนทุกคน (All for health and health of all) ระบบจะเป็นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และมาตราที่ 79 ก็ยังระบุให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมสร้างและซ่อมสุขภาพอีกด้วย

หลักการและแนวทางในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการทำให้ประชาชนในสังคมมีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขกันโดยการจัดระบบให้คนที่มีความสุขภาพดี ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย หรือคนที่มีความฐานะดีช่วยเหลือคนที่ยากจนกว่าโดยกระจายความเสี่ยงของภาระทางด้านการเงินที่เกิดจากความเจ็บป่วย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภราดรภาพ (Solidarity) และให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น ระบบการประกันสุขภาพต้องเป็นระบบที่ยั่งยืนประกอบไปด้วยระบบการประกันสุขภาพใน 3 ด้านด้วยกัน ดังนี้

1. ความยั่งยืนทางนโยบาย (Policy Sustainability) ถือเป็นหลักประกันในการดำเนินการและได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลซึ่งได้มีการผลักดันกฎหมาย พระราชบัญญัติ

และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ถือเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิ์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเลือกขึ้นทะเบียนให้กับตนเองและครอบครัว หน่วยคู่สัญญานี้อาจจัดบริการโดยหน่วยบริการหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

**2. ระดับทุติยภูมิ (CUS Contracting Unit for Secondary Care)** เป็นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมทั้งโรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการเครือข่ายบริการทุติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ต้องให้บริการกับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากหน่วยปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยรับเข้าเป็นผู้ป่วยในต่อไป

**3. ระดับตติยภูมิ (CUT Contracting Unit for Tertiary Care)** เป็นหน่วยงานที่ให้บริการเป็นบริการทางการแพทย์ เฉพาะสาขาต้องใช้เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูง หน่วยบริการนี้อาจจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันเฉพาะทาง เช่น สถาบันมะเร็ง สถาบันราชานุกูล หรือ สถาบันประสาท เป็นต้น

ลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับจะมีแตกต่างออกไป ดังนี้คือ

1. ระดับปฐมภูมิที่ดี จะต้องประกอบไปด้วยสิ่งต่อไปนี้

1.1 เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนใช้บริการได้สะดวกเป็นด่านแรกที่ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐานให้บริการหลากหลายตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะสาขา

1.2 รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงป่วย และฟื้นฟูสภาพหรือตั้งแต่เกิดจนถึงสิ้นชีวิต

1.3 ให้บริการดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องให้บริการผสมผสานทุกด้าน ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

1.4 ทำหน้าที่ส่งต่อประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ และด้านสังคม เชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

## 2. ลักษณะการบริการแบบทุติยภูมิและตติยภูมิ ประกอบด้วยเรื่องต่อไปนี้

2.1 ให้บริการทางด้านการแพทย์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 มีบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือให้บริการได้มาตรฐานตามคณะกรรมการกลางกำหนด

2.3 มีระบบรับรองให้บริการฉุกเฉิน และผู้ประสบอุบัติเหตุได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

2.4 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยปฐมภูมิที่สะดวกไม่มีช่องว่างพร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องจากที่หน่วยปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสมแล้วพร้อมส่งข้อมูลและแผนการดูแลกลับไปให้ด้วย

### 2.5 มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิต้องจัดการและรับผิดชอบให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการภายใต้การให้บริการเพียงหน่วยเดียวหรือจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามมาตรฐาน การจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิจะต้องรับผิดชอบต่อประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ซึ่งรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ แต่ถ้าเป็นขนาดเล็ก จะต้องกว่า 10,000 คนได้ ถ้าพื้นที่ที่ได้เป็นที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่งไม่มีสถานอนามัยดูแลสามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ แต่ต้องคล่องตัว รับผิดชอบต่อประชากรไม่เกิน 10,000 คน ที่มากกว่านั้น ต้องจัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลที่อยู่ในชุมชนโดยประชาชนเดินทางมาใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์ หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องเปิดให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์โดยสามารถเชื่อมต่อบริการภายในเครือข่ายให้การดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ ทางด้านทันตกรรม ทั้งการป้องกันรักษาฟันฟูทันตกรรมและมีระบบเชื่อมต่ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง (หน่วยปฐมภูมิต้องมีเวลาดูแลสุขภาพเด็ก 1 - 8 วันต่อเดือนหญิงมีครรภ์รวมทั้งการวางแผนครอบครัว 1 - 2 วันต่อสัปดาห์เป็นอย่างน้อย มีบริการยาจัดจำหน่าย ให้บริการความรู้ประชาชน และออกเยี่ยมบ้าน บริการเชิงรุกประเมินสภาวะสุขภาพอีก 10 - 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นอย่างน้อย บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการแพทย์ 1 คนต่อประชากร 10,000 คน ในพื้นที่ทุรกันดารที่ไม่มีแพทย์ให้ใช้พยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คน ถ้าเป็นพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นมาตรฐานกำหนดให้ 1 คนต่อประชากร

1,250 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 คน ทันตแพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 1 : 40,000 คน เกสซ์กร ตามกำหนดแล้วต้องมีในอัตรา 1 : 15,000 คน ถ้าไม่พอให้จัดหาเจ้าพนักงาน เกสซ์กรหรือจัดหาผู้เข้ารับการอบรมมาปฏิบัติงานแทน สำหรับเกสซ์กรกำกับดูแลในอัตราส่วน 1 : 30,000 คน หลักการพิจารณาการขอเข้าร่วมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สถานพยาบาลเอกชนจะพิจารณาการเข้าร่วมปีละ 1 ครั้งทุกวันที่ 1 ตุลาคม เพื่อความสะดวก ในการบริหารจัดการรวมทั้งจัดงบประมาณด้วย

### **สิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

สิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประกอบด้วยบริการ พื้นฐานโดยอ้างอิงถึงชุดสิทธิประโยชน์หลักของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการ ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัวรวมทั้งการ บริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบ โรคศิลป์ การใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ประชาชนหรือนายจ้างจะต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนการบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการ ส่วนบุคคลและครอบครัวจะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาลและการจัดบริการในชุมชน เช่นการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ รวมถึงการบริการเสริมความรู้ความสามารถ ในการพึ่งตนเองของประชาชน

### **แนวปฏิบัติของผู้ใช้สิทธิการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล**

1. ผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ต้องเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ที่มีชื่อในฐานข้อมูลบุคลากร ภาครัฐของกรมบัญชีกลาง

2. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวสามารถ ตรวจสอบว่ามีชื่อในฐานข้อมูลตามข้อ 1 หรือไม่ ผ่าน Website กรมบัญชีกลาง ([www.cgd.go.th](http://www.cgd.go.th)) โดยเข้าไปที่หัวข้อสวัสดิการรักษายาบาลและเลือกรายการตรวจสอบสิทธิการรักษาสวัสดิการ

2.1 กรณีที่ตรวจสอบแล้วมีชื่อ : ต้องสมัครลงทะเบียน ณ สถานพยาบาล ที่ จะเข้ารับการรักษาก่อนกรณีผู้ป่วยนอกสามารถใช้ระบบจ่ายตรงได้หลังจากลงทะเบียนแล้ว 15 วัน และในช่วง 15 วันนั้น หากต้องเข้ารักษาพยาบาลให้นำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลไป วางเบิกกับต้นสังกัด

2.2 กรณีที่ตรวจสอบแล้วไม่มีชื่อ : ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ และบุคคลในครอบครัว ติดต่อนายทะเบียนของส่วนราชการที่ตนสังกัดอยู่ เพื่อทำการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลาง หลังจากมีชื่อในฐานข้อมูลฯ แล้วจึงจะสามารถสมัครลงทะเบียนตามข้อ 2.1 ได้

3. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิเข้าซ้อน (เช่น มีสิทธิประกันสังคม สิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลได้

4. หนังสือรับรองการมีสิทธิสำหรับโครงการผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง (แบบ 7101/1) ไม่สามารถนำมายื่นต่อสถานพยาบาลได้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป โดยให้ใช้ระบบจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล

5. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลยังคงสามารถนำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลมาวางเบิกกับต้นสังกัด กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก และขอหนังสือต้นสังกัด กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในได้ตามปกติ

6. กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน หากตรวจสอบแล้วมีชื่อตามข้อ 2.1 สามารถแจ้งโรงพยาบาล เพื่อให้ขอเลขอนุมัติแทนหนังสือรับรองการมีสิทธิทาง web page ได้รายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว.84 ลงวันที่ 28 กันยายน 2549

## **สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคม**

### **ข้อมูลสิทธิประกันสังคม**

#### **1. การเก็บเงินสมทบ เก็บได้จาก 3 ฝ่าย ดังนี้**

1.1 นายจ้าง 5% (ไม่คั้น 2% ออมคั้น 3%)

1.2 ลูกจ้าง 5% (ไม่คั้น 2% ออมคั้น 3%)

1.3 รัฐบาล 2.75% (ไม่คั้น 1.75% คั้น 1% ในรูปแบบสงเคราะห์บุตร)

#### **2. ประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับ เกิดเมื่อ**

2.1 กรณีเจ็บป่วย/ทุพพลภาพ จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนป่วย/ทุพพลภาพ

2.2 กรณีคลอดบุตร จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนคลอด

2.3 กรณีตาย จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายใน 6 เดือนก่อนตาย

2.4 กรณีสงเคราะห์บุตร จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายใน 36 เดือนก่อนมีสิทธิ

2.5 กรณีว่างงาน จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนว่างงาน

3. การเปลี่ยนสิทธิ จะเปลี่ยนได้ในเดือนมกราคม - มีนาคม ของทุกปีเท่านั้น ยกเว้นมีเหตุจำเป็นเช่นมีการย้ายข้ามจังหวัด ฯลฯ สามารถติดต่อ สำนักงานประกันสังคม จังหวัด

**สิทธิประโยชน์ตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)**



**บัตรทอง คือ**

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้แก่ผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**หลักประกันสุขภาพ คือ**

สิทธิและความคุ้มครองของประชาชนในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

**การบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ คือ**

การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้น โดยไปรับบริการได้ที่สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

**การขึ้นทะเบียนและการออกบัตรผู้มีสิทธิได้รับบัตรทอง คือ**  
ประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน

**ยกเว้น**

1. ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างเอกชนที่เข้ากองทุนประกันสังคม หรือลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนของส่วนราชการ ฯลฯ
2. ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการ (ข้าราชการการเมือง ข้าราชการพลเรือนสามัญ ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น) ลูกจ้างประจำของส่วนราชการ ฯลฯ
3. ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้ ได้แก่ พนักงานรัฐวิสาหกิจ อาสาสมัครดินแดน พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ ลูกจ้างที่ได้รับความคุ้มครองจาก พ.ร.บ.เงินทดแทน ฯลฯ

**สิทธิประโยชน์ของการรับบริการทางการแพทย์**

**บริการทางการแพทย์ที่ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีดังนี้**

1. การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว
5. ยาด้านไวรัสเอดส์กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
8. การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
9. การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

**การบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์**  
**เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการมีดังนี้**

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงที่สุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง นับตั้งแต่การใช้สิทธิในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ

4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

6. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

**บริการทางการแพทย์ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครอง มีดังนี้**

1. โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน (เนื่องจากมีงบประมาณเฉพาะ)

2. การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (เนื่องจากมีงบประมาณเฉพาะ)

3. อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

4. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

5. การผสมเทียม

6. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

7. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

8. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

9. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

10. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

11. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้นกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

12. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง



## สรุปถาม - ตอบ เรื่องการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดอุบล-ราชธานี

1. **ถาม** การมารับบริการและมีการตรวจหลายอย่างในครั้งเดียวจะเสียค่าใช้จ่ายอย่างไร เช่น เป็นหวัดและมาชุดหินปูนด้วย

**ตอบ** เสีย 30 บาท

2. **ถาม** มาฝากท้องที่คลินิก ANC ต้องเสีย 30 บาทหรือไม่

**ตอบ** ไม่ต้องเสียเงิน เพราะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ

3. **ถาม** มารับบริการฉีดวัคซีน ต้องเสีย 30 บาทหรือไม่

**ตอบ** - ไม่ต้องเสีย 30 บาท ในกรณีที่เป็นวัคซีนที่กรมควบคุมโรคติดต่อกำหนด  
- การฉีดวัคซีน T.T ถ้าเพื่อการรักษาต้องเก็บ 30 บาท เช่น ถูกตะปูตำ  
- เฉพาะ Rabies Vaccine ไม่ต้องเก็บ 30 บาท (ให้ฟรี)

4. **ถาม** กรณีผู้ป่วยมาตรวจที่สถานีอนามัย ต้องเสีย 30 บาทหรือไม่

**ตอบ** จ่ายตามความเป็นจริงแต่ไม่เกิน 30 บาท

5. **ถาม** กรณีมาล้างแผลทุกวัน ต้องเสีย 30 บาทหรือไม่

**ตอบ** จ่ายครั้งแรก 30 บาท ครั้งต่อไปไม่ต้องจ่ายจนกว่าแผลจะหาย

6. **ถาม** กรณีผู้ป่วยประสบภัยจากรถ

กรณีทำ พ.ร.บ.รถ

**ตอบ** ให้เบิกจาก พ.ร.บ.รถ ค่าเสียหายเบื้องต้น (30 บาท รวมอยู่ใน 15,000 บาท)

กรณีไม่ได้ทำ พ.ร.บ.รถ

**ตอบ** ให้จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น 15,000 บาท แต่ถ้าเก็บไม่ได้ ให้อยู่ในดุลพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

7. **ถาม** กรณี Refer จากสถานบริการปฐมภูมิ ถ้าคนไข้มาวันเดียวกับที่เขียนในใบ Refer หรือมาคนละวันกับที่เขียนในใบ Refer ต้องจ่าย 30 บาทหรือไม่

**ตอบ** ถ้ามีใบ Refer ไม่ต้องจ่าย 30 บาท ให้เขียนในใบ Refer ด้วยว่า ไม่ได้เก็บ

8. **ถาม** การตรวจร่างกายประจำปี ต้องเสียเงินหรือไม่

**ตอบ** ตรวจร่างกายประจำปีได้ ตามขั้นพื้นฐานที่โรงพยาบาลกำหนด ไม่ต้องจ่ายเงิน

9. **ถาม** กรณีมาขอรับยาเดิม ถ้าผู้ป่วยไม่ได้มาเอง ให้ญาติมาแทน ใช้สิทธิได้หรือ  
**ตอบ** จ่าย 30 บาท/ครั้ง ยกเว้นมารับยาวัณโรค ให้ฟรี

- การเก็บเงิน 30 บาท หมายถึง การเก็บต่อครั้ง แต่ต้องรวมถึงการรักษาต่อเนื่องและจบสิ้น เช่น กรณีมาตรวจครั้งแรก เจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือดครั้งต่อไป นัดฟังผลตรวจเลือด พร้อมได้รับยา ให้เสีย 30 บาท ครั้งเดียว

**แนวทาง** เก็บเงินครั้งแรกครั้งเดียว 30 บาท แต่การรายงานการให้บริการถือเป็น 2 ครั้ง

10. **ถาม** 30 บาท รักษาโรคเอดส์ได้หรือไม่

**ตอบ** ยาต้านไวรัสเอดส์ที่อยู่ในโครงการพิเศษของจังหวัดอุบลราชธานี ไม่ต้องจ่ายเงิน นอกเหนือจากนี้ต้องจ่ายเงินหมด

แยกเป็น 2 ประเด็น - รักษาต้านไวรัสเอดส์

- รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ถ้าเป็นการรักษาติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ในโครงการ 30 บาท

11. **ถาม** กรณีผ่าตัดเปลี่ยนไตและได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ใช้สิทธิ 30 บาทได้หรือไม่

**ตอบ** ไม่ได้ ต้องจ่ายเงินตามค่ารักษาพยาบาลจริง

12. **ถาม** กรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลหลัก แล้ว Refer จะต้องเสียค่ารถ Refer หรือไม่

**ตอบ** กรณีฉุกเฉินไม่ต้องจ่ายเงิน

13. **ถาม** กรณีนักศึกษาสถาบันราชภัฏ ไม่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่จังหวัดอุบลราชธานีต้องทำเช่นไร

**ตอบ** เสนอให้ลงที่อยู่เป็นจังหวัดอุบลราชธานี

**สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 7 แจ้ง**

- ถ้าผู้ป่วยมีบัตรทองของจังหวัดอุบลราชธานี มารับบริการ โดยไม่มีใบ Refer จะเก็บ 30 บาททุกราย

- ในช่วง 4 เดือน หากสถานบริการส่งเสมหะ, Culture ตรวจ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสรุป ข้อตกลงต่างๆ ให้สิ้นสุดเดือนกันยายน 2544 จะมีการนัดประชุมอีกครั้ง เพื่อ

หาแนวทางการดำเนินงาน ปี 2545 ต่อไป